



Reportage & nouveautés
de l'expo

• N° 26 •

Mars - Avril 2007

Jod

• Journal d'omnipraticque dentaire •

Tceelating Gesloten Verpakking	BELGIE - BELGIQUE
Autorisation de Fermeture	P.B. - P.P.
B - 802	B - 802
Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire	
© Collège d'Omnipraticque Dentaire asbl, éd.	
Agrégation P307013 Tirage : 4.000 ex.	
Bureau de dépôt :	Adresse :
Charleroi X	JOD c/o COD
Mass post	B.P. 1091
	6000 Charleroi 1

CHARLEROI • SAMEDI 12 MAI 2007

Bousculer les limites de l'endodontie

BRUXELLES • SAMEDI 9 JUIN 2007

Trucs & ficelles en petite chirurgie buccale



L'ergonomie en solo

NAMUR • VENDREDI 23 MARS 2007 • 40 POINTS DOMAINE 2



SERVICE HOTLINE



NOUVEAU PANO I-MAX

owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE



NOUVEAU capteur KRYSTAL WIFI



KODAK 8000 C



NOUVEAU KODAK CR 7400



CASTELLINI

Débuter sous le signe de l'excellence

puma **EVO**



Castelbel

DISTRIBUTEUR
AGRÉÉ
CASTELLINI DEPUIS
32 ANS
MAIS AUSSI :

SERVICE



ETUDE D'AMÉNAGEMENT

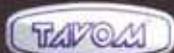


Tél: 010/818.343

E-mail: info@castelbel.be

WWW.CASTELBEL.BE

- CASTELLINI
- CATTANI
- CRYSTALMARK
- DCE
- DEGRE K
- DÜRR DENTAL
- EMS
- GAMASONIC
- KODAK
- KAVO DMI
- MECTRON
- METASYS
- MIELE
- NEOVO
- OMNIA
- OWANDY JULIE
- SATELEC
- TAU STERIL
- TAVOM
- TECNO - GAZ
- VELOPEX
- WELCH ALLYN
- WH



UNE LIGNE DE STERILISATION SUR MESURE
COMME VOUS EN REVEZ !

- GAMASONIC
- MIELE
- TAU STERIL
- TECNO-GAZ
- TAVOM
- WH



Alma
PLUS QU'UN MEUBLE,
UN PARTENAIRE POUR
LE PROFESSIONNEL...
POUR UNE ORGANISATION
PARFAITE DANS LE
MOINS DE TEMPS.
UNE MODULARITÉ QUI
RENDREZ-TOUS
LES SERVICES.





Édito

FIAT LUX

“L’ignorance est comme une ombre — elle n’a aucune réalité physique en soi, ce n’est que l’absence de lumière. On ne peut forcer une ombre à disparaître en la frappant, ni en la piétinant, pas plus qu’en l’invectivant, et toute autre forme de lutte émotionnelle ou physique se révèle pareillement impuissante. Non, si l’on veut faire disparaître une ombre, on doit l’inonder de lumière.”

Shakti Gawain sait ce qu’elle affirme. Pionnière dans le domaine du développement personnel, elle est aussi depuis 25 ans un auteur à succès, et a coaché des milliers d’individus dans leur quête d’un plus grand équilibre et d’une meilleure conscience de leur personnalité.

Que serait le monde sans lumière ? Et que serait la Science sans l’apprentissage ? Rien, tout simplement.

Si l’on en est enfin conscient, on participe avec ardeur et sans le moindre effort au développement de ses connaissances et de ses compétences. Lorsque, en tant que professionnel de la Santé, on touche à l’intégrité humaine au quotidien, cette démarche d’apprentissage prend encore, en plus, un sens éthique.

Ces valeurs, au-delà des nombreux avantages offerts par le COD à ses participants, expliquent sans doute l’engouement extraordinaire des dentistes pour notre programme scientifique 2007 ! À la mi-février, on observait une croissance des inscriptions de 52% par rapport à 2006. Vous avez bien lu : plus de la moitié en plus.

Nous ne croyons pas au hasard. La nécessité de formation continue dans le domaine dentaire se fait ressentir davantage chaque semaine. Le rôle contraignant des Autorités se résume finalement à officialiser une tendance inéluctable : faire la lumière sur les ténèbres. Opportunément, l’une de nos Universités n’a pas choisi une devise très éloignée.

Plus que jamais, et sur le long terme, le COD s’engage à vous accompagner dans votre démarche de formation continue odontologique, en vous offrant des activités scientifiques libres et de qualité internationale. Rejoignez-nous ! La cotisation est d’ailleurs gratuite. ■

- **La photo > 4**
- **Programme 2007 > 7**
- **Prochaines activités > 9 et 11**
 - **Dossier asepsie > 12**
 - Le lavage des mains > 13
 - Les critères de choix des gants > 15
 - La prévention des accidents d’exposition au sang > 19
 - **Pratique clinique > 24**
 - Hygiène et asepsie en endodontie
 - **Reportage ADF > 35**
 - Symposium RTR Septodont > 35
 - 5 nouveautés sélectionnées pour vous > 37
 - Concours > 39
 - **Accréditation > 35**
 - Peer-reviews : vite, sans rire !
 - **Petites annonces > 42**
 - **Inscriptions > 43**

Le Journal d’Omnipratique Dentaire est une publication du Collège d’Omnipratique Dentaire ASBL

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l’étranger :
EU : 34 EUR/an
Monde : 58 EUR/an

Newsletter électronique gratuite :
envoyez un mail à l’adresse
cod-newsletter-request@listes.belgavillage.be?subject=subscribe

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

Fortis Banque : 001-3545567-02
IBAN : BE 32 00 13 5455 6702
BIC : GEBABEBB

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n’engagent que la responsabilité de leur auteur

© Copyright
Collège d’Omnipratique Dentaire asbl, 2007
Reproduction interdite sauf accord



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

La photo

La Commission nationale dento-mutualiste a conclu, après un retard technique, un nouvel Accord pour les années 2007 et 2008.

Le texte de cet Accord a paru au moniteur Belge du 8 février dernier.

Un certain nombre d'initiatives nouvelles, soutenues par un budget en conséquence, sont prévues par cet Accord.

Citons :

- La réintroduction partielle des extractions (enfants jusqu'au 15^e anniversaire, certaines indications médicales) et la diminution de l'honoraire pour extractions complémentaires dans le même quadrant
- La technique de collage avec du matériel composite pour les incisives et canines
- L'isolation d'éléments au moyen d'une digue dentaire
- Un assouplissement (à déterminer) de la règle de continuité pour le détartrage (pas avant 2008)

Mais la nouveauté qui fera peut-être grincer des dents est la création de la consultation pour dentiste spécialiste en parodontologie, et en orthodontie. Évolution méritée selon les uns, boîte de Pandore et premier pas vers une Nomenclature à deux vitesses selon les autres... seul l'avenir nous dira qui a raison.

En attendant, espérons que cette initiative motivera les spécialistes à qui nous référons si volontiers nos cas complexes.

Comme Alexandra, 11 ans.



Piloter
vos images à distance,
c'est maintenant
un jeu d'enfant.



owandy
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

Krystal-X Wifi

Capteur numérique Wifi
pour imagerie dentaire



Doté d'une grande surface sensible (816 mm²), proche des dimensions physiques externes et d'une résolution élevée (26,3 pl/mm), le capteur Krystal-X existe maintenant **en version Wifi**.

Le boîtier du capteur, compact et design, est étudié pour se positionner à l'endroit de votre choix grâce à ses systèmes d'accroches. Le capteur est fixé au boîtier Wifi et se range dans un support conçu à cet effet. La transmission de l'image se fait en temps réel grâce à la technologie Wifi. Le Krystal-X Wifi possède une grande autonomie et est facilement rechargeable. Installez le récepteur du système Wifi sur le port USB de votre ordinateur et votre capteur fonctionne.

Julie

Owandy Benelux
68 chaussée Sara
1420 Braine l'Alleud
Tél. + 32 (0)2 384 30 99
Email : info-benelux@owandy.com
www.owandy.com

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

2007

La Qualité...
sinon rien !

En 2007 encore, le COD vous offre un programme varié et d'un très haut niveau international : des hommes, des femmes, jeunes et moins jeunes, académiciens ou praticiens libéraux, viendront partager avec nous leur savoir, leur expérience, leurs doutes, leurs succès, leurs erreurs...

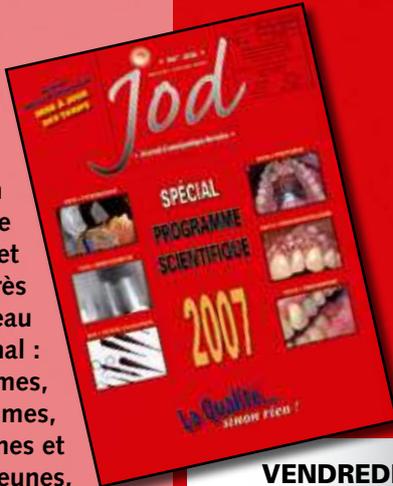
Vous allez adorer !

Depuis le lancement de ce programme le 15 janvier dernier, le COD a battu ses records d'inscriptions : meilleur chiffre au 31 janvier et meilleur chiffre au 15 février !

Faites votre choix aussi vite que possible, comme les centaines de Consœurs et Confrères qui ont déjà verrouillé leur participation pour toute l'année scientifique ! Après cette démarche prévoyante, vous n'aurez plus aucun souci pour les 10 mois à venir !

Tous les détails utiles figurent dans le JOD n°25 de janvier 2007 (voir ci-dessus).

Vous l'avez égaré ? Demandez-nous un nouvel exemplaire au 0473/41.51.67 ou par mail à l'adresse info@cod.be. Nous vous enverrons ce nouvel exemplaire gratuitement dans les 24 heures.



**VENDREDI
23 MARS**

9h00 - 17h00

NAMUR



**L'ergonomie en solo :
organisez votre travail à 2 mains !**

Herluf Skovsgaard

Accréditation : demandée - 40 UA 2
Agrément : 6 heures

**SAMEDI
12 MAI**

9h00 - 17h00

CHARLEROI



**Bousculer les limites
de l'endodontie**

Bertrand Khayat

Accréditation : demandée - 40 UA 4
Agrément : 6 heures

**SAMEDI
9 JUIN**

9h00 - 17h00

BRUXELLES



**Trucs & ficelles
en petite chirurgie buccale**

Huan Pham

Accréditation : demandée - 10 UA 1 + 30 UA 6
Agrément : 6 heures

**SAMEDI
29 SEPTEMBRE**

9h00 - 17h00

NAMUR



**Présent & avenir de la prothèse
amovible partielle métallique**

Jean Schittly - Estelle Schittly

Accréditation : demandée - 40 UA 7
Agrément : 6 heures

**VENDREDI
16 NOVEMBRE**

9h00 - 17h00

CHARLEROI



Chirurgie plastique parodontale

Alain Borghetti - Virginie Monnet-Corti

Accréditation : demandée - 40 UA 6
Agrément : 6 heures

**SAMEDI
15 DÉCEMBRE**

9h00 - 17h00

BRUXELLES



**DENTAL THEMA DAY
Odontologie & Tabagisme**

**Marcel Frydman - Joël Itic
Charles Micheau - Marion Adler**

Accréditation : demandée - 20 UA 1 + 20 UA 6
Agrément : 6 heures



**LE NOUVEAU DÜRR VISTASCAN PERIO:
UNE DÉCISION PERSPICACE**

Il est arrivé – le moment idéal de moderniser le diagnostic dans votre cabinet. Avec l'utilisation des écrans radioluminescents flexibles, réutilisables et la technologie de pointe du nouveau Dürr VistaScan Perio. > **Tous les formats intra-oraux** > **une qualité d'image de diagnostic jusqu'à une résolution de 40 PL/mm** au moyen de la technologie Dürr PCS > **aucun temps d'attente grâce au système de cassettes à multi insertions Dürr et au fonctionnement complètement automatisé y compris l'effacement** > **Status intermédiaire avec 8 clichés en 30 secondes environ.** Décidez-vous pour la compétence dans le diagnostic dentaire: Demandez à votre distributeur dentaire le nouveau Dürr VistaScan Perio et informez-vous sur www.vistascanperio.info! DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever, Tel. 0 15 61 62 71, Fax 0 15 61 09 57, info@durr.be.



LES IDEES FONT LE PROGRES. WWW.DURR.BE



NAMUR

VENDREDI 23 MARS 2007

L'ergonomie en solo

Organisez votre travail à 2 mains !



Objectifs de ce cours — Une bonne hygiène de vie commence par une bonne hygiène au travail. Or, le praticien belge néglige souvent son organisation, sa santé, sa bonne humeur au travail, sous le faux prétexte de devoir toujours « courir » pour des raisons économiques.

Cette présentation, confiée à un scandinave, spécialiste européen n°1 en matière d'ergonomie et d'organisation du travail au cabinet dentaire, a pour but de démontrer de manière pratique que l'excellence dans l'organisation se révèle fructueuse en termes de performance, de sécurité, de santé, de qualité de vie, et finalement aussi de rendement.

De nombreuses démonstrations réalistes, et une vidéo-projection sur écran géant d'un poste de travail recréé sur scène avec fauteuil, unit, instruments et mobiliers, permettront à chacun de ne rien manquer des ces astuces au quotidien.



Herluf Skovsgaard

Dentiste diplômé du Royal dental college, Aarhus, Danemark
Praticien libéral depuis 1970
Consultant en ergonomie pour XO Care (anc. Flex) et collaborateur de Komet
Plus de 600 communications sur l'ergonomie en danois, anglais, allemand, italien, français...

PROGRAMME

- 8h30 Accueil et petit déjeuner
- 9h00 Organisation efficace du poste de travail solo
- 10h30 Pause-café
- 11h00 Hygiène, sécurité et protection personnelle
- 12h30 Fast Lunch **NEW**
- 13h30 Méthodologie de travail en solo
- 15h00 Pause-café & desserts
- 15h30 Une assistante ? Pour quoi faire ?
- 17h00 Fin et formalités administratives

Fiche technique de ce cours



Organisateur



COD asbl

agréé par l'INAMI
sous le n°125

<i>Quand ?</i>	Vendredi 23 mars 2007, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
<i>Où ?</i>	Acinapolis, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
<i>Disponibilité ?</i>	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
<i>Accréditation ?</i>	OUI : demandée - 40 UA domaine 2	
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	184,- EUR
	Après 17/3/2007 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) :	+100,- EUR
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 45 du JOD n°25</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	179,- EUR
	Réduction-fidélité :	possible jusque 250,- EUR !
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

j.j.maes sygma

UNITS

FEDESA • CORAL



FEDESA



Convivialité, performance et rapport qualité/prix sont les principes qui ont guidé la réalisation de l'unité CORAL. Aucun effort n'a été épargné par FEDESA pour vous offrir ce concept au design magnifique.

Design compact,
équipement complet,
usage polyvalent
et rapport qualité/prix.



VERSIONS
POUR DENTISTES
DROITIER et
GAUCHER



j.j.maes sygma

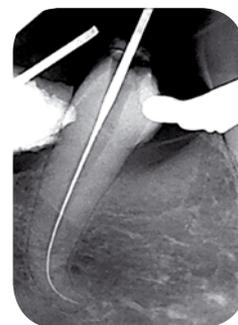
Parkstraat 34
3070 Kortenbergh
Tél. 02 759 42 52



www.jjmaessygma.be

CHARLEROI SAMEDI 12 MAI 2007

Bousculer les limites de l'endodontie



Objectifs de ce cours — Bousculer les certitudes, voici le propre de la Science et de la formation continue. Pour l'endodontie, ces dix dernières années ont été riches en bousculades, mais sommes-nous au bout de nos surprises ?

Si les concepts demeurent intacts, les méthodes pour parvenir aux objectifs subissent de perpétuelles évolutions. Parallèlement, les possibilités et les taux de succès endodontiques deviennent tels que le pronostic conservateur remet en question bien des plans de traitement prothétiques basés sur les implants.

Cette journée savoureuse a été conçue pour ouvrir les perspectives de l'endodontie de demain, qui trouve pourtant déjà ses applications dès aujourd'hui dans nos choix thérapeutiques, et qui est à la portée de l'omnipraticien qui souhaite la saisir.

Au pupitre : un conférencier d'exception qui a fait toute sa formation aux États-Unis.



Bertrand Khayat

DCD
Certificat en endodontie
Master en Endodontie
Professeur adjoint
d'endodontie
(Université de Pennsylvanie)
Pratique privée limitée à
l'endodontie à Paris
depuis 1985

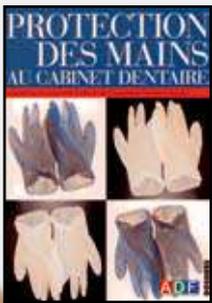
PROGRAMME

- 8h30** Accueil et petit déjeuner
- 9h00** Endodontie et implants :
quand faut-il conserver ou extraire ?
- 10h30** Pause-café
- 11h00** Nouveaux inserts à ultrasons
en endodontie conventionnelle
- 12h30** Fast Lunch **NEW**
- 13h30** Préparation canalair : le nickel-titane tient-il
toutes ses promesses ?
- 15h00** Pause-café & desserts
- 15h30** Chirurgie endodontique
ou endodontie chirurgicale ?
- 17h00** Fin et formalités administratives

Fiche technique de ce cours

 Organisateur COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125	<i>Quand ?</i>	Samedi 12 mai 2007, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	<i>Où ?</i>	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)	
	<i>Disponibilité ?</i>	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	<i>Accréditation ?</i>	OUI : demandée - 40 UA domaine 4	
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
	<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	184,- EUR
		Après 5/5/2007 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) :	+100,- EUR
	<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 45 du JOD n°25</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant :	179,- EUR
		Réduction-fidélité :	possible jusque 250,- EUR !
	<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

La protection personnelle au cabinet dentaire



prev. rel. in "Protection des mains"
© ADF, 2001/2003
et "Accidents d'exposition au sang"
© ADF, 2006

1. Le lavage des mains

L'apparition du sida a été un véritable catalyseur qui a modifié le comportement des professionnels de santé, alors que le risque de contamination par le virus de l'hépatite B, toujours présent de façon endémique, n'a en aucune façon fait changer le mode d'exercice des praticiens.

Et pourtant, les praticiens et leurs équipes sont très exposés. Le nombre de praticiens infectés par l'hépatite B s'est révélé être 10 fois supérieur par rapport à la population générale, ce nombre augmentant en fonction des années d'exercice.

Les mains constituent le premier vecteur de la contamination, 70 à 80% des infections étant manuportées. Le lavage des mains reste la meilleure des préventions et constitue le premier moyen de lutter contre l'infection nosocomiale en diminuant la transmission des micro-organismes présents sur les mains.

Dans ce cadre, cet article, issu des publications de l'ADF, est divisé en trois parties :

1. Le lavage des mains
2. Les critères de choix des gants
3. La prévention des accidents d'exposition au sang

> Isabelle KLEINFINGER
Laurence GUILLAIS
Michel AUBIER

Lavage simple ou standard

Objectif

- Prévenir la transmission manuportée
- Éliminer les salissures et souillures
- Éliminer la flore transitoire

Indications

- En arrivant et en quittant le cabinet
- Avant et après chaque patient
- Avant chaque activité ou soin et après chaque geste contaminant
- Avant et après le gantage
- Après tout geste de la vie courante (toilette, mouchage,...)

Matériel - Produits

- Eau
- Savon liquide doux avec distributeur adapté
- Solution alcoolique (Alcool « désinfectant » à 70° d'éthanol ou d'isopropanol)
- Essuie-mains à usage unique avec distributeur adapté
- Poubelle

Technique

Préparation

- Les mains et les avants-bras doivent être nus
- Ongles courts et lisses

Lavage

- Le temps minimum à respecter est de 30 secondes
- Mouiller les mains et les poignets et appliquer une seule dose de savon
- Laver la main en massant, en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, la pulpe des doigts et les poignets
- Rincer abondamment

Séchage

- Sécher soigneusement par tamponne-

ment des doigts, des paumes puis des avant-bras avec l'essuie-mains à usage unique, main par main

- Fermer le robinet (s'il n'est pas automatique) avec le dernier essuie-mains utilisé
- Jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans la toucher avec la main

Désinfection complémentaire avec une solution alcoolique

- Friction des mains et des avant-bras avec la solution alcoolique
- Séchage des mains et des avant-bras à l'air

Lavage antiseptique

Objectif

- Éliminer la flore transitoire
- Diminuer la flore résidante

Indication

- Geste invasif et mise en œuvre de techniques d'isolement septique ou aseptique
- Soin ou technique aseptique
- Après contact avec des objets potentiellement souillés par des liquides biologiques du patient
- Après contact avec un patient contaminé

Matériel - produits

- Savon antiseptique à large spectre³ en solution moussante (Chlorhexidine ou Polyvidone iodée) avec distributeur adapté
- Solution alcoolique (Alcool « désinfectant » à 70° d'éthanol ou d'isopropanol)
- Brosses à usage unique
- Essuie-mains à usage unique avec distributeur adapté
- Poubelle

●●● Technique

Préparation

- Les mains et les avant-bras doivent être nus, sans bagues ni montre

Lavage

- Le temps minimum à respecter est de 1 minute
- Mouiller les mains et les poignets et appliquer une seule dose de savon
- Laver en massant chaque main simultanément, insister sur les espaces inter-digitaux, le pourtour des ongles, la pulpe des doigts et les poignets
- Rincer abondamment du bout des doigts vers les poignets
- Maintenir les paumes dirigées vers le haut

Séchage

- Sécher soigneusement par tamponnement avec l'essuie-mains à usage unique
- Fermer le robinet (s'il n'est pas automatique) avec le dernier essuie-mains utilisé
- Jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans la toucher avec la main

Désinfection complémentaire avec une solution alcoolique

- Friction des mains et des avant-bras avec la solution alcoolique
- Séchage des mains et des avant-bras à l'air

Lavage chirurgical

Objectif

- Éliminer la flore transitoire
- Réduire et inhiber la flore résidante de façon significative (2 à 3 log de 10)

Indication

- Acte à haut risque infectieux en service de soins nécessitant une technique chirurgicale comme la pose d'un dispositif invasif
- Acte chirurgical : en bloc opératoire

Matériel - produits

- Savon antiseptique à large spectre en solution moussante (Chlorhexidine ou Polyvidone iodée) avec distributeur adapté
- Brosse à usage unique, stérile, imprégnée ou non de solution moussante an-

Lavage des mains « standard »



Étape 1. Paume à paume



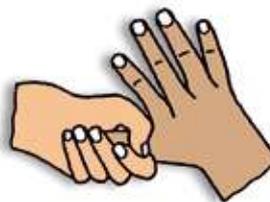
Étape 2. Paume de la main droite sur le dos de la main gauche puis paume de la main gauche sur dos de la main droite



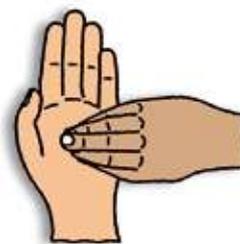
Étape 3. Paume à paume, les doigts entrelacés



Étape 4. Doigts repliés et imbriqués dans la paume opposés



Étape 5. Frotter dans un mouvement de rotation le pouce droit dans la paume gauche et vice versa



Étape 6. Mouvement de rotation, de va-et-vient avec les doigts serrés de la main droite dans la paume gauche, et vice versa

tiseptique ou brosse douce stérilisée en sachet unitaire

- Essuie-mains stériles
- Robinetterie dégagée à commande non manuelle
- Eau bactériologiquement pure
- Poubelle

Technique

- Port de masque et de coiffe
- Préparer la brosse
- Lavage en 3 temps :
 - 1er temps de pré-lavage :
 - Mouiller mains, poignets et avant-bras
 - Appliquer une seule dose de savon antiseptique et faire mousser abondamment par massage de l'extrémité des doigts, jusqu'aux coudes pendant 1 minute
 - Maintenir les mains toujours au-dessus des coudes pendant toute l'opération
 - Rincer abondamment les mains, poignets et avant-bras

– 2e temps :

- Reprendre une seule dose de savon (si la brosse n'est pas imprégnée)
- Faire mousser en massant selon la même technique du premier temps
- Prendre la brosse stérile
- Brosser les ongles et compter 30 secondes par main, soit 1 minute au total

– 3e temps :

- Reprendre une seule dose de savon, masser puis rincer et sécher
- Sécher par tamponnement avec un essuie-mains stérile à usage unique, un par membre, en allant des mains vers les coudes ou en changeant de surface pour chaque membre, mains vers le haut
- 1 minute par main ; 30 secondes pour chaque avant-bras soit 3 minutes au total
- Bien maintenir cette position lors de l'habillage
- Après 2 heures, nécessité de renouveler le lavage

Cette technique représente au total 6 minutes (avec le rinçage). ■

IMPORTANT

- Le port de gant n'exclut pas le lavage simple des mains
- Le séchoir à air chaud est interdit dans les secteurs de soins

	Moment	Objectifs	Moyens	Durée	Temps d'action
Lavage des mains et des avants-bras	Systématique Avant gantage Après gantage	Élimination des souillures Élimination et réduction de la flore transitoire	Eau courante avec savon ou solution alcoolique	Minimum 30 secondes	Court
Désinfection hygiénique des mains et des avants-bras	Après contamination Soins aseptiques	Élimination et destruction de la flore transitoire Influence variable sur la flore résidante	Savon à large spectre ou solution désinfectante à base d'alcool	Minimum 1 minute	Court
Désinfection chirurgicale des mains et des avants-bras	Avant acte chirurgical Bloc opératoire	Élimination et destruction de la flore transitoire Réduction et inhibition de la flore résidante	- Eau courante - Savon large spectre, à effet rémanent - Brosse stérile à usage unique Ou Eau courante avec savon + solution désinfectante à base d'alcool	2 fois 3 minutes soit 6 minutes	En fonction des produits : entre 2 et 6 heures

Récapitulatif des techniques de lavage des mains

2. Les critères de choix des gants

Les gants médicaux non réutilisables le plus couramment utilisés sont les gants d'examen ou de soins et les gants de chirurgie réservés aux actes invasifs. Comme tous les dispositifs médicaux, ils doivent être marqués « CE ».

La directive européenne sur le marquage CE des dispositifs médicaux indique que les gants d'examen appartiennent à la classe I qui définit les dispositifs médicaux temporaires (moins de 60 minutes) et non invasifs.

La mise sur le marché des gants d'examen soumis aux directives de la classe I ne s'accompagne que d'une simple déclaration de conformité du fabricant qui appose le marquage CE sans intervention d'un organisme extérieur chargé du contrôle.

Les gants de chirurgie appartiennent à la classe IIa regroupant les dispositifs médicaux temporaires invasifs de type chirurgical. Il est prévu l'intervention d'un organisme notifié pour le contrôle de conformité et l'approbation du système qualité du fabricant.

La fabrication des gants est très diversifiée et leur qualité est variable selon les processus mis en œuvre.

La qualité : premier critère de choix

En plus du marquage CE, les gants médicaux peuvent porter la marque NF-Médical⁴. Cette marque, est délivrée par le Laboratoire national d'essais (LNE) mandaté par l'AFNOR (*ndlr : en France*). Elle est garante de la conformité aux exigences imposées par les normes NF EN 455. Les cahiers des charges de la certification peuvent même imposer des exigences de qualité de produit supérieures aux caractéristiques normatives.

La présence du logo « NF-Médical » sur le conditionnement des gants médicaux est un gage de qualité et donc de sécurité pour les utilisateurs (*ndlr : en France*).

Les normes

Trois normes fondamentales concernent les gants.

1. La norme EN-455-1 décrit des essais d'étanchéité pour la détection de trous dans un lot de fabrication et fixe le niveau de qualité acceptable (NQA) à 1,5.

L'essai consiste à remplir les gants testés avec 1 litre d'eau et à rechercher la présence de fuites. Le NQA correspond au pourcentage maximum de gants, dans un lot de fabrication, pouvant présenter au moins un trou détectable à l'essai d'étanchéité à l'eau. Un NQA de 1,5 signifie que dans un lot de fabrication donné, 1,5 % de gants présentent un ou plusieurs micro-trous. Il est indispensable de connaître le NQA (ou AQL, Acceptable Quality Level) d'un gant pour juger de sa qualité. La qualité du gant est d'autant meilleure que le NQA est faible.

Ce type de renseignement devrait se trouver sur le conditionnement et sur la fiche technique du produit qui peut être demandée au fournisseur.

2. La norme EN-455-2 concerne les propriétés physiques des gants.

Elle prévoit leurs caractéristiques dimensionnelles et leur résistance à l'étirement jusqu'à la déchirure, c'est à dire leur force à la rupture.

La lecture de cette norme nous montre que la force à la rupture exigée, tous matériaux confondus, pour les gants de chirurgie est supérieure à celle exi- ●●●



www.prothetica.com

PROTHETICA
Laboratoire dentaire

Fournisseur de sourires.

02-512 00 62

Fournisseur officiel Procera®



●●● gée pour les gants d'examen ou de soins. Elle montre aussi une exigence supérieure pour les gants en latex par rapport aux autres matériaux (néoprène, vinyle).

Cette même norme met en évidence une réduction de la force à la rupture de l'ensemble des gants (examen ou soins et chirurgie) après l'opération de vieillissement accéléré. Ceci signifie que, lors de l'utilisation d'un gant latex, le risque de déchirure est toujours inférieur à celui encouru avec un gant de même type en un autre matériau.

Le latex est un matériau naturel dont le vieillissement correspond à une perte graduelle de ses propriétés d'élasticité et de résistance. Un caoutchouc qui a fixé environ 1% de son poids en oxygène est complètement dégradé et hors d'usage. Les gants ne doivent pas être conservés trop longtemps et doivent être gardés à l'abri de la chaleur, de l'oxygène de l'air ou de toute source d'ozone.

Ces règles de stockage permettent de garantir à l'utilisateur un produit aux qualités optimales et constantes.

3. La norme EN-455-3 traite de l'évaluation biologique des gants médicaux.

Cette troisième partie décrit :

- la recherche de substances chimiques, résidus de fabrication
- la mise en évidence d'endotoxines issues de la contamination bactérienne des matières premières
- le dosage des protéines extractibles à l'origine des réactions allergiques

L'apparition de cette dernière norme en mai 2000 est importante. Elle permet d'imposer un taux relativement bas de protéines et de substances chimiques résiduelles pour diminuer le risque d'apparition de phénomènes d'intolérance ou d'allergie chez les utilisateurs.

Il est à noter qu'aucune norme, tant en Europe qu'aux États Unis, ne traite spécifiquement de la qualité de la barrière bactériologique des gants. L'étanchéité à l'eau décrite dans la norme est, quant à elle, un marqueur fiable de la qualité de la barrière aux micro-organismes.

La présence d'un cadavre de moustique au sein du latex de ce gant fabriqué en Malaisie signe une mauvaise qualité sanitaire du procédé industriel (gant AloeCare, photo Vannuffel)

La barrière microbiologique : études expérimentales

1. Un gant étanche à l'eau est présumé étanche aux micro-organismes

De nombreux travaux associent l'efficacité du gant en tant que barrière aux micro-organismes (virus, bactéries) à des essais de perméabilité à différents liquides (eau, colorants, antiseptiques).

Les études couplant la perméabilité aux micro-organismes à une recherche de fuite visible de liquide révèlent que tous les gants présentant des fuites visibles laissent passer les virus alors que la réciproque n'est pas vérifiée systématiquement.

Un passage de virus pourrait se produire via des micro-trous non détectables. Certains auteurs ont mis en évidence, à l'examen au microscope électronique, la présence de particules virales piégées dans la structure des gants. On a pu constater un passage de poliovirus aussi bien dans des gants en latex qu'en vinyle.

Vinyle et latex apportent, lorsque la barrière n'est pas rompue, une même efficacité pour la protection contre le virus HIV, cinq fois plus volumineux que le poliovirus.

2. Matériaux et étanchéité aux micro-organismes

Des gants latex percés avec une aiguille 21 Gauge ne présentaient aucune fuite de liquide à l'essai d'étanchéité à l'eau et aucun passage de micro-organismes. En revanche, les gants de vinyle percés dans les mêmes conditions sont positifs aux deux tests de perméabilité à l'eau et aux micro-organismes. On peut donc supposer que les propriétés d'élasti-



cité du latex lui confèrent cet avantage de pouvoir retrouver son étanchéité, après effraction de la barrière avec une aiguille.

Korniewicz D. a constaté qu'après une durée d'utilisation intensive, le nombre de gants de vinyle laissant passer les virus est significativement supérieur à celui des gants de latex. Par ailleurs, l'étude de la perméabilité des gants à un colorant, comptabilise un pourcentage de fuite de 53% pour les gants de vinyle contre 3,3% pour les gants en latex, toujours pour un même niveau d'utilisation intensive.

Une étude comparative réalise un test d'étanchéité à l'eau avec des gants d'examen en latex, en vinyle et en nitrile « à la sortie de la boîte » et après 20 minutes d'utilisation. Les résultats de cette étude confirment que le niveau de protection offert, « à la sortie de la boîte », est comparable pour les trois matériaux.

Par contre, après simulation d'une utilisation correspondant à une activité des soins pendant 20 minutes, les résultats mettent en évidence un défaut d'étanchéité pouvant atteindre 61% de l'échantillon de gants en vinyle. Les résultats obtenus avec les gants d'examen de nitrile ou de latex sont comparables (3% et 4%).

On peut donc affirmer que si vinyle et latex apportent, lorsque le gant est neuf, le même niveau de protection, il n'en est plus de même après une durée d'utilisation élevée. Le gant devient poreux au cours de l'intervention, en l'absence même de perforation.

Vinyle ou latex, le choix du gant d'examen devra être fonction de la nature des manipulations envisagées

Le latex possède des caractéristiques d'élasticité à l'origine de sa résistance et de son confort. Sa résistance au déchirement reste élevée. Une nouvelle génération de gants en vinyle, appelés par les Anglo-saxons stretch vinyl, présentant une élasticité un peu supérieure à celle de l'ancienne génération, voit le jour. Toutefois leur élasticité est sans commune mesure avec celle des gants de latex.

Cette augmentation de l'élasticité du vinyle est obtenue par l'adjonction, en grande quantité, de plastifiants. Si elle permet d'améliorer la capa- ●●●

- cité d'élongation du gant, elle n'a aucune incidence sur la résistance à la rupture.

Le confort de ces gants en stretch vinyle est un peu meilleur que celui d'un gant de vinyle classique. Rego A. montre parfaitement que les stretch vinyl, après 20 minutes d'utilisation, présentent une rupture de l'étanchéité pouvant atteindre jusqu'à 20%, ce qui est très supérieur aux 3 % du nitrile et aux 4 % du latex.

Le gant en latex sera donc utilisé lorsque le gant doit être soumis à des forces d'étirement relativement importantes

Le gant en vinyle doit être réservé à une utilisation de courte durée et en l'absence de procédure à haut risque d'exposition à un agent pathogène.

Le latex permet des formes de gant qui

épousent très bien la main. Il est le matériau de choix lorsque l'opérateur doit faire preuve de dextérité. Sa taille peut être choisie au plus juste pour que la sensibilité tactile soit maximale.

En revanche le gant d'examen de vinyle ne doit pas être choisi trop ajusté, ce qui augmenterait son risque de rupture en cours d'utilisation.

Le gant d'examen latex est le mieux adapté aux gestes fins.

Malheureusement, le latex est un matériau très allergisant, pouvant être à l'origine d'allergies de type I., et des utilisations répétées sont susceptibles de provoquer la sensibilisation de l'utilisateur. Ce qui n'est pas le cas du vinyle. Un gant en nitrile permet d'assurer le même niveau de protection micro-biologique dans les limites évaluées.

Conclusion

Le gant médical à usage unique reste le matériel de choix pour la protection, à la fois du soignant et du soigné. On recommande son utilisation systématique dès qu'il y a contact possible avec tout fluide organique. Ceci est assorti de conseils concernant le choix du matériau qui doit être fonction du niveau de contraintes mécaniques que subira le gant et de la durée du soin.

La protection des praticiens en contact avec des patients contagieux ne peut être assurée que par le choix d'un gant de bonne qualité, d'un gant adapté au type et à la durée de la procédure. Le praticien ne devra jamais oublier que la performance du gant qu'il porte diminue pendant le soin et qu'au-delà de 30 minutes sa sécurité ne peut plus être garantie quel que soit le matériau. ■

Recommandations

1. Le choix d'un gant d'examen

Les recommandations applicables au choix d'un gant d'examen sont simples, elles reposent sur deux critères : la qualité et le matériau.

La qualité est garantie par :

- Le marquage CE, obligatoire
- Le label « NF-Médical », facultatif, mais garantie de qualité
- Le NQA, exprimé en pourcentage, d'autant meilleur que son chiffre est faible

Le choix du matériau repose sur 3 critères :

- La nature du geste
 - Si le geste nécessite une dextérité importante, il va faire subir au gant des contraintes mécaniques d'étirement d'autant plus importante : le gant en latex est le plus adapté. En cas d'allergie au latex, il convient de choisir un gant en nitrile.
 - Si le geste est simple et n'impose pas de contraintes mécaniques fortes, le gant de vinyle peut être choisi.
- La durée du geste
 - Le geste est court (quelques minutes), le gant vinyle peut être choisi.
 - La durée du geste est supérieure à 10 minutes, le gant en latex ou en nitrile peut être choisi. Le praticien ne doit pas oublier que le gant doit être changé toutes les 30 minutes.
- Le niveau de risque
 - Procédure à faible risque d'exposition à un agent pathogène : le gant en vinyle peut être choisi.
 - Procédure à haut risque d'exposition à un agent pathogène : le choix d'un gant en latex ou en nitrile est recommandé du fait de leur meilleure résistance aux forces d'étirement.

2. Les modalités d'utilisation

Les recommandations concernant les modalités d'utilisation des gants doivent être rappelées.

Le port du gant est limité à la durée du soin

Les gants doivent être mis juste avant le geste à risque et doivent être retirés immédiatement après.

Détection de trous

Il est prudent de réaliser un examen visuel après gantage pour la détection de trous.

Changement de gants

Lors d'un soin, une paire de gant latex ou de nitrile doit être changée au bout de 30 minutes d'utilisation, l'effet barrière ne pouvant plus être garantie au delà.

La fréquence des changements des gants d'examen de vinyle doit être supérieure (15-20 minutes).

Lavage des mains impératif

Le lavage des mains avant l'utilisation des gants et après leur retrait est impératif.

Le lavage après le retrait permet d'assurer l'élimination des germes qui auraient pu traverser le gant à travers un trou non détectable à l'œil nu. De plus ce lavage permet d'éliminer les résidus chimiques allergéniques concentrés dans la poudre d'amidon et qui restent sur les mains au retrait du gant.

Le lavage des mains au retrait réduit donc le risque d'apparition d'irritation cutanée ou d'allergies.

Lavage des gants à proscrire

Le lavage des gants et l'application de solutions antiseptiques sur les gants sont des pratiques hasardeuses à proscrire.

Ces pratiques altèrent la qualité de l'effet barrière, l'étanchéité des gants ne peut plus être garantie.

3. La prévention des accidents d'exposition au sang

Précautions et organisation du soin

• Précautions « standard »

La circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998 (*ndlr : en France*) rappelle la nécessité de la mise en œuvre des « précautions standard » face au risque de contamination liée au sang et aux liquides biologiques, le respect des règles d'asepsie et de préparation du malade et sur la maîtrise de la contamination de l'environnement.

• Précautions spécifiques à l'odontologie

Le tableau ci-contre synthétise l'ensemble des mesures à prendre au cabinet dentaire dans le cadre de la prévention des accidents d'exposition au sang.

Matériels de sécurité

L'utilisation de matériel de sécurité constitue une protection complémentaire. Il s'agit essentiellement des vêtements de protection (gants, masque, lunettes), des collecteurs pour objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT), de seringues de sécurité ou de protecteurs d'aiguilles.

Un guide des matériels de sécurité a été élaboré par le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants). Une base de données informatisées sur ces matériels (actualisant le contenu du guide) est également consultable sur le site internet du GERES : http://www.geres.org/14_bdd/14_bdd.htm

• Les gants

Intérêt du port des gants

– Les gants ont avant tout un effet barrière vis-à-vis des micro-organismes transmissibles par le sang. En effet, ils préviennent les contacts cutanés avec le sang et les liquides biologiques contenant du sang, surtout en cas de peau

	Risque	Matériel et organisation des soins
Anesthésie	Piqûre avec aiguille si : - recapuchonnage à 2 mains, - désinsertion à 2 mains après traitement, aiguille nue, - dépose de seringue et aiguille nue sur plateau.	- Recapuchonnage et désinsertion à une main - Utilisation de matériel de protection spécifique : - Seringue double-corps, - Recapuchonneur, - Aiguille rétractable. - Élimination : boîte à OPCT de volume important, placée au plus près du soin
Chirurgie	Piqûre, coupure (aiguille de suture, lame de bistouri) Blessure ou projections lors de l'utilisation d'instruments rotatifs	- Écarteurs adaptés, bistouri à usage unique - Sutures à deux pinces (technique «No-Touch») : éliminer l'aiguille à l'aide d'une pince - Gants ou double gantage - Masque avec visière ou lunettes de protection - Aspiration chirurgicale ou double aspiration - Scialytique, lumière froide frontale, loupes - Table opératoire rangée
Démoulage des modèles	Blessure avec couteau à plâtre	- Gants, points d'appui - Nettoyer et stériliser les couteaux - Désinfecter les empreintes
Détartrage, curetage	Blessure avec insert d'ultrasons, curettes	- Doubles gants, points d'appui - Désinfecter après chaque patient - Utiliser une clé spécifique de protection
Pré-désinfection et nettoyage des instruments	Blessure avec sondes, curettes...	- Gants, masque, lunettes - Bac de détergent-désinfectant dans la salle de soins - Pas de contact manuel avec les instruments - Même bac métallique avec anse pour les différentes étapes - Automates : cassettes, sets préparés
Extraction dentaire	Blessure avec syndesmote, élévateur	- Points d'appui - Protection de la main antagoniste à l'aide d'une compresse de protection
Soins conservateurs et prothétiques	Blessure avec fraises en dynamique ou en statique, projections	- Gants, points d'appui - Masque avec visière ou lunettes de protection - Double aspiration

lésée. Ils ont également un effet protecteur en cas de piqûre, surtout avec une aiguille pleine, par un phénomène d'essuyage de l'objet perforant, qui réduit significativement l'inoculum [Rego et Roley cités par ADF, 2001, Mast et

Bennett cités par Abiteboul et coll., 2003].

– Le port d'une double paire de gants fait passer de 15 à 5 % le taux de perforation des gants en fin d'intervention, et diviserait par 8 la quantité de ●●●

- sang transmis lors d'une perforation par aiguille pleine, par simple effet d'essuyage [Mast et coll., 1993 cités par Johanet, 2003].

Pour Bennett et Howard (1994), la réduction de l'inoculum pourrait éviter l'infection pour des virémies de 10 à 104 particules virales par mL [Abiteboul et coll., 2003]. Toutefois, Cardo et coll. (1997) n'ont pas pu démontrer d'effet protecteur des gants en cas d'exposition percutanée au VIH et Lot et coll. (2001) décrivent plusieurs cas de contaminations par piqûre, survenus malgré le port de gants [Abiteboul et coll., 2003].

Limites de protection

– Le latex semble plus protecteur que le vinyle, mais il existe de grandes variations entre marques et entre lots d'une même marque.

La qualité de fabrication est aussi importante que le matériau. Le degré de sollicitation joue également un rôle : vinyle et latex offrent une protection identique en cas de faible utilisation, le vinyle devient inefficace lors d'une utilisation intensive.

– Les trous et la porosité des gants augmentent en fonction de la durée du portage, de la température, de la faible épaisseur du gant et du degré de sudation de l'utilisateur.

En chirurgie, 12 à 18 % des gants sont perforés en fin d'intervention et plus de la moitié des perforations passe inaperçue. Des gants d'examen peuvent également présenter des trous après un certain temps de portage [Korniewicz et coll., 1990 cités par Abiteboul et coll., 2003].

– La porosité des gants, même exempts de trous, peut permettre le passage de virus, mais il n'y a pas de preuve que cela puisse entraîner une contamination entre patient et soignant.

– Le port d'une double paire de gants en chirurgie améliore la protection à condition de changer régulièrement le gant du dessus.

Effets secondaires du port de gants [Abiteboul et coll., 2003 ; Afssaps, 2005]

– Irritations fréquentes, favorisées par la fréquence du lavage des mains, la présence de poudre, la macération liée au port prolongé du gant...

– Allergies au latex : urticaires, asthmes, voire chocs anaphylactiques, liées aux protéines de latex de caoutchouc naturel.

Le procédé de fabrication des gants médicaux intervient dans la nature et la quantité des protéines de latex résiduelles au niveau des gants.

La norme NF EN 455-3 inclut diffé-

rentes méthodes de dosage des protéines totales libérées des gants. La quantité de protéines totales extractibles ne permet pas toujours d'estimer de façon précise le pouvoir allergénique d'un gant, car seule une fraction des protéines du latex est à l'origine des allergies au latex. Elle permet d'estimer le risque allergénique des gants seulement si le taux de protéines totales est inférieur à 50 mg/g, ce qui est le cas de la plupart des gants non poudrés. La poudre lubrifiante, utilisée pour faciliter le gantage, peut être l'agent vecteur d'allergènes, et en particulier des protéines du latex, favorisant leur pénétration au niveau des voies respiratoires et la sensibilisation tant des malades que des soignants.

La poudre peut aussi être à l'origine d'adhérence et de granulomes chez le malade opéré [Abiteboul et coll., 2003]. Chez le personnel de santé, l'allergie au latex est une maladie professionnelle. Selon Zak et coll. (2000), 3 à 17 % des soignants seraient sensibilisés contre environ 0 à 1 % dans la population générale [cités par Abiteboul et coll., 2003]. Laxenaire et coll. (1995), ont montré que 18 % des chocs allergiques per-opératoires sont

liés au latex [Abiteboul et coll., 2003]. Ces chocs surviennent surtout chez des patients lors d'un contact muqueux au cours d'une intervention chirurgicale du fait d'une sensibilisation antérieure souvent professionnelle ou liée à des soins multiples.

– Eczémas fréquents, en général liés aux additifs utilisés dans la fabrication des gants (latex mais aussi élastomères synthétiques : néoprène, nitrile) (Abiteboul et coll., 2003).

Bonnes pratiques d'utilisation [Abiteboul et coll., 2003]

– Adaptation au type et à la durée de la procédure de soins :

Les gants sont souvent inadaptés par rapport aux tâches (gants en latex à la place de gants de ménage pour des travaux de nettoyage !). Les gants stériles sont réservés aux gestes nécessitant un haut niveau d'asepsie (chirurgie). Les gants d'examen et de soins sont non stériles. Les gants de ménage sont utilisés pour les travaux de nettoyage.

Le port d'une double paire de gants changée toutes les 45 minutes est recommandé au bloc opératoire (implantologie). Les gants externes sont changés plus fréquemment.

Les gants en latex sont recommandés si le geste nécessite une grande dexté-

rité, s'il impose une contrainte mécanique forte ou dure plus de 10 minutes, ou si la procédure est à haut risque d'exposition à un agent pathogène.

En cas d'allergie au latex, les gants en nitrile sont préconisés.

Les gants sont souvent portés pendant des périodes trop longues. Lors d'un

soin, les gants en latex ou en nitrile doivent être changés au bout de 30 minutes (ceux en vinyle au bout de 15-20 minutes), l'effet barrière n'étant plus assuré au-delà.

– Éviter la contamination de l'environnement avec des mains gantées. La contamination croisée est fréquente en cas de tâches complexes avec des interruptions.

*Les gants en latex
ou en nitrile doivent
être changés au bout
de 30 minutes,
ceux en vinyle au bout
de 15-20 minutes*

RAPPEL !

*Les gants doivent
protéger le soignant
mais aussi le patient*



Le lavage des mains, ou la friction hydro-alcoolique, sont impératifs avant l'utilisation des gants et après leur retrait

– Le lavage des mains, ou la friction hydro-alcoolique, sont impératifs avant l'utilisation des gants et après leur retrait. La multiplication rapide de la flore résidante des mains sous les gants est due à l'effet occlusif. La présence de virus est possible lors d'un manque d'étanchéité du gant.

– Tolérance et confort d'utilisation :

Pour les gants latex, utiliser des gants non poudrés à teneur réduite en protéines diminue le risque d'allergie aux protéines du latex, et permet une friction hydro-alcoolique avant l'utilisation des gants et après leur retrait, afin d'éviter la formation "d'une pâte" sur les mains.

L'enfilage, l'ajustabilité à la main et la souplesse sont des critères importants à prendre en compte pour la dextérité lors des soins.

Critères de choix [ADF 2001 ; Abiteboul et coll., 2003 ; Geres 2004]

Les gants doivent être de qualité certifiée (marquage CE obligatoire ; le label NF Médical est facultatif mais est une garantie de qualité), et signe la conformité aux normes NF EN 455-1, 455-2 et 455-3 (voir plus haut).

– Aucune résistance chimique n'est exigée des gants médicaux, mais certains gants ont été testés vis-à-vis de certains agents chimiques (antiseptiques...) et possèdent la norme EN 374 : protection contre les risques chimiques et les micro-organismes (EN 374-1 : performances, EN 374-2 : résistance à la pénétration, EN 374-3 : résistance à la perméation).

– Les gants et sous-gants anti-coupures ne protègent pas des piqûres. Leurs performances à la coupure doivent avoir été évaluées par la norme EN 388 : protection contre les risques mécaniques (notamment résistance à l'abrasion, à la coupure par tranchage, à la déchirure, à la perforation).

Les gants en nitrile résistent mieux aux produits chimiques que les gants en latex.

• Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables

Il existe deux grands types de masques :

A. Les masques médicaux (masques de soins, masques chirurgicaux)

– Préviennent la contamination du patient par le soignant vis-à-vis d'agents infectieux transmissibles par voie "gouttelettes" (transmission par des gouttelettes de salive ou de sécrétions des voies aériennes supérieures) ou "aérienne" (transmission aéroportée par

de fines particules "droplet nuclei", poussières).

– Préviennent la contamination du soignant par le patient vis-à-vis d'agents infectieux transmissibles par voie "gouttelettes". En aucun cas ils ne le protègent contre les agents infectieux transmissibles par voie "aérienne".

– Avec une couche imperméable, ils protègent le soignant contre un risque de projection de sang ou de liquides biologiques en contenant. Ce masque est parfois équipé d'une visière protégeant les yeux.

– Leur efficacité est limitée dans le temps (ce filtre devient humide rapidement avec l'air expiré et inspiré chargé d'aérosols des instruments dynamiques).

– Ce sont des dispositifs médicaux (de classe I) qui relèvent de la directive européenne 93/42/CEE. Leur conformité à la directive est attestée par le marquage CE (sigle porté sur l'emballage).

B. Les appareils de protection respiratoire jetables ou masques de protection respiratoire

– Protègent le porteur contre l'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aérienne. Ils le protègent aussi contre le risque de transmission par voie "gouttelettes". Il existe 3 classes d'efficacité : FFP1, FFP2, FFP3 selon la norme EN 149 : 2001.

– Équipements de protection individuelle relevant de la directive européenne 89/686/CEE. La conformité de ces masques à la directive est attestée par le marquage CE. ●●●

Dénomination		Exemples d'indication
Masque médical	Sans couche imperméable	Actes de soins ou de petite chirurgie sans risque de projection de liquides biologiques
	Avec couche imperméable	Actes de soins ou de chirurgie avec risque de projection de liquides biologiques vers le soignant
Appareil de protection respiratoire jetable		Le choix entre FFP1, FFP2 ou FFP3 sera fonction de l'évaluation des risques (type d'agent biologique, tâche effectuée...) Tuberculose • FFP1 : soins ou visite à un patient tuberculeux contagieux • FFP2 : situations particulièrement à risque (expectoration induite (soins dentaires...), tuberculose multirésistante...)

••• • Lunettes

Pour tout acte de soins avec risque de projection de sang ou de liquides biologiques en contenant, il convient de faire porter des lunettes de protection et de préférence panoramiques, (éventuellement antibuée, anti-rayures, antistatique, anti-UV) et utilisables avec des lunettes de correction, ou un masque à visière.

Les lunettes de vue ne sont pas suffisamment protectrices [Johanet, 2003].

• Casaque chirurgicale à usage unique en non tissé renforcé

Les « précautions standard » précisent que lors des soins, le personnel soignant (praticien et assistante,...) doit porter une tenue de travail.

Le matériel tissé n'assure aucune protection s'il est humidifié, le non tissé offre une meilleure résistance à la pénétration des fluides.

Le matériel non tissé, voire non tissé renforcé, doit être utilisé en fonction du type d'intervention. La casaque chirurgicale à usage unique en non tissé renforcé empêche ou limite le contact cutané lors d'exposition au sang ou à des liquides biologiques contenant du sang. Elle est réservée aux actes chirurgicaux sanglants pouvant exposer les vêtements du soignant à ce type de projections [Johanet, 2003 ; Geres 2004].

• Élimination des objets piquants, coupants, tranchants (OPCT)

Règles de bonne pratique

Afin d'éviter le risque de piqûre ou coupure avec les OPCT traînants, il est nécessaire de les éliminer rapidement (voire même immédiatement) dans un collecteur adapté, en respectant certaines règles :

- le collecteur pour objets perforants doit être à portée de main (50 cm) pour l'élimination rapide, voire immédiate des OPCT chaque fois que cela est possible, en évitant toute dépose transitoire

- il ne faut jamais forcer lors de l'introduction des déchets

- il faut vérifier la stabilité pour permettre une élimination monomanuelle (fixation sur un support recommandée), ou si nécessaire une désadaptation monomanuelle avant élimination (fixation impérative sur un support)

- le système de fermeture définitive doit être activé dès que la limite de remplissage est atteinte, et le collecteur doit être évacué

Critères de choix des collecteurs pour objets perforants

- résistance aux chocs, à la perforation, à la compression

- présence d'une fermeture provisoire et d'une fermeture définitive

- étanchéité aux liquides résiduels, y compris en position couchée avec fermeture définitive

- être utilisable de façon unimanuelle, en particulier en cas de nécessité de désadaptation de l'aiguille (si possible tout jeter sans désadapter)

- être adapté au volume des déchets à éliminer (diamètre de l'orifice d'introduction et capacité du collecteur)

- visualisation du niveau et de la limite de remplissage

- système de fermeture définitive solidaire du dispositif, hermétique et inviolable

- présence d'une poignée pour le transport

- être incinérable

Information et formation du personnel

Le personnel doit être informé et formé sur ce type de matériel, souvent apparenté à une simple poubelle. En effet, paradoxalement, certains accidents d'exposition au sang décrits sont liés à ces matériels de sécurité :

- mauvaise introduction des OPCT dans un collecteur inadapté (collecteur trop petit, orifice d'introduction trop étroit)

- non-respect des règles d'utilisation du collecteur (collecteur trop rempli, collecteur instable, désadaptation ou élimination bi-manuelle...)

- surcharge de travail, mauvaise organisation des soins, rupture de stock... qui incitent à forcer l'ouverture, et dépasser la limite de remplissage, plutôt que changer de dispositif. ■

Le collecteur pour objets perforants doit être à portée de main (50 cm) pour l'élimination rapide, voire immédiate des OPCT chaque fois que cela est possible, en évitant toute dépose transitoire



"Grâce à Lamoral, nous
avons fait le bon choix."



Lamoral Training Center Bruxelles



Lamoral Training Center est un concept unique en son genre, un pionnier dans son domaine. On pourrait l'identifier au système nerveux. Ou le comparer à un salon professionnel permanent en format de poche. Une chose est sûre: **one-stop-shopping-point** idéal en matière d'équipements dentaires, il vous aidera à prendre les meilleures décisions. Situé dans une région centrale, vous y découvrirez, dans une ambiance agréable, les toutes nouvelles applications ainsi qu'un vaste éventail de produits de qualité, signés par les marques les plus éminentes, parfaitement adaptés les uns aux autres et prêts à être utilisés et testés. Sans oublier nos **workshops** et **formations pratiques**, qui vous permettront de perfectionner vos compétences.



Prenez rendez-vous. Nous prendrons le temps. Le temps de vous aider à choisir en connaissance de cause. A faire le bon choix.

lamoral
Dental | Equipment

Hygiène & asepsie en

Le traitement endodontique est assimilé à un acte de microchirurgie.

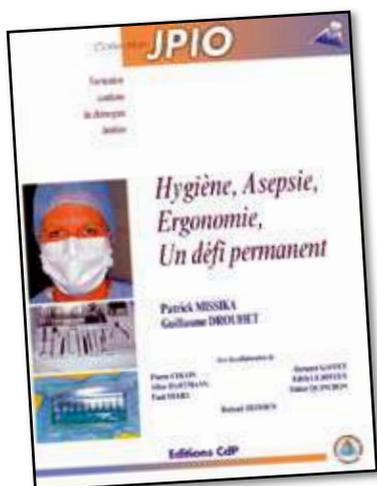
Une chaîne d'asepsie-antisepsie doit être établie et maintenue tout au long du traitement endodontique malgré les difficultés suivantes qui en constituent ses spécificités :

- multiples étapes d'un traitement réputé long et minutieux
- utilisation de nombreux instruments pointus accentuant le risque de piqûre
- introduction sur le plan de travail, comportant du matériel stérile, d'éléments non stériles

Les barrières physiques classiques de protection (champs, masque, lunettes, gants, etc.) sont connues ; nous leur adjoindrons la pose du champ opératoire, élément incontournable d'un acte aseptique où l'on ne doit pas infecter ni surinfecter.

> Aline HARTMANN

prev. rel. in "Hygiène, asepsie, ergonomie : un défi permanent", Patrick Missika, Guillaume Drouhet et coll., ©CdP éd., 2001



Commandez cet ouvrage ici : <http://www.editionscdp.fr>

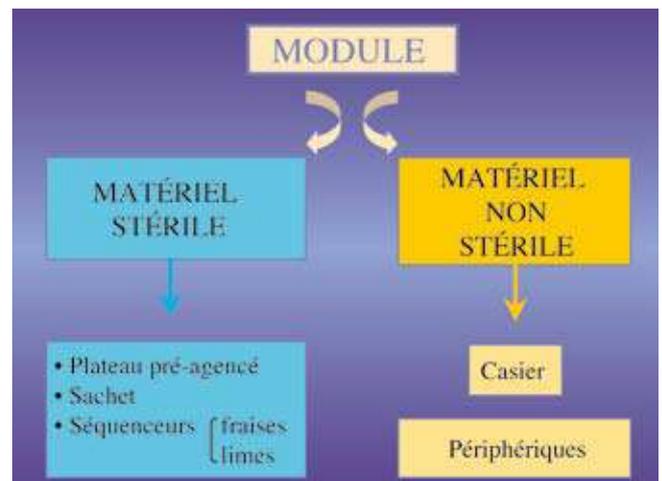


Fig.1. Composition des différents modules utilisés lors du traitement endodontique

L'endodontie est l'une des disciplines qui requiert la mise en œuvre d'une quantité très importante de matériel.

Nul doute que l'asepsie ne peut être effective sans ergonomie.

Les objectifs de chaque étape du traitement doivent être définis afin d'établir la liste puis le conditionnement de l'ensemble du matériel nécessaire à sa réalisation. Cette organisation, adaptée à chaque pratique, permet à l'opérateur de se concentrer exclusivement sur son acte.

Description du plateau technique

Le plateau technique nécessaire à la réalisation des différentes étapes du traitement endodontique (diagnostic, reconstitution coronaire pré-endodontique, pose du champ opératoire, accès, nettoyage et mise en forme canalaire, obturation) est regroupé en cinq modules qui comportent du matériel stérile et non stérile, d'utilisation systématique ou optionnelle (fig.1). Lorsque l'instrumentation rotative de l'unité est nécessaire dans une étape, nous supposons qu'elle est conditionnée et disponible.

Le matériel stérile est disposé dans des plateaux préparés, des sachets, des séquenceurs (pour les fraises et les séquences endodontiques).

Le matériel non stérile est regroupé dans des casiers.

Les périphériques, quant à eux, sont agencés sur différents supports autour du fauteuil (mural, tablettes, plan de travail).

La combinaison de ces différents modules permet d'aborder le traitement endodontique sous toutes ses formes : urgence, traitement initial, retraitement, en une ou plusieurs séances, pour satisfaire au mieux asepsie et ergonomie.

A. Module « Diagnostic » (fig.2)

Cette étape permet d'évaluer la santé pulpaire et concourt donc à l'établissement du plan de traitement global de restauration de la cavité buccale du patient. Elle est commune avec d'autres disciplines (dentisterie restauratrice, prothèse fixée). Lorsque le patient consulte pour des douleurs importantes, la dent causale et sa pathologie pulpaire sont identifiées et suivies dans la séance du traitement d'urgence.

endodontie

1. Matériel stérile d'utilisation systématique

• Plateau pré-agencé « Diagnostic »

C'est un plateau classique d'examen (miroir, sonde, précelles, canule d'aspiration) auquel on adjoint une sonde parodontale (PCP12 ; Hu Friedy), une spatule de bouche (destinée à la flamme uniquement) et un porte-boulettes coton.

• Sachet « Radio » (sachet individuel)

- angulateurs XCP de Rinn (pour les clichés rétroalvéolaires)
- angulateur Kwick-Bite (Hawe) (pour les clichés rétro-coronaires)

2. Matériel non stérile d'utilisation optionnelle « casier Diagnostic »

Il contient :

- spray de dichlorodifluorométhane (DDM) (Septodont)
- tube contenant des bâtonnets de gutta-percha (Dents-ply Detrey) + lampe à alcool
- films n° 2 DF57 Kodak (film double)
- coton-tige (test du mordu) ou tooth slooth (Professional Results)
- flacon de bleu de méthylène ;
- flacon H₂O₂ (10 volumes).

3. Périphériques non stériles d'utilisation optionnelle « Diagnostic »

Ils comprennent :

- tube radiogène
- négatoscope
- pulpe-testeur électronique (Vitality Scanner ; Analytic Technology) : sonde + électrode labiale (stériles sous sachet) + tube dentifrice
- lampe à photopolymériser (test de transillumination)
- aide visuelle : loupe ou microscope

B. Module « Reconstitution coronaire pré-endodontique »

1. Matériel stérile d'utilisation systématique

Il s'agit du séquenceur « Accès » (sous sachet) (fig.3)

2. Matériel non stérile d'utilisation optionnelle « casier Accès »

Il contient :

- appareil à ultrasons piézo-électrique + pièce à main + insert forme faucille stérile (sous sachet)
- bagues de cuivre
- bagues d'orthodontie sans bracket
- porte-matrice à bande annulaire



Fig.3. Le séquenceur « Accès ». Pour des raisons d'ergonomie, les différentes fraises nécessaires à la reconstitution coronaire temporaire de la dent et à l'accès endodontique sont réunies sur le même séquenceur (Nichrominox). Ce dernier doit pouvoir admettre des fraises FG et CA, de longueur classique ou à col long

- matériaux de reconstitution coronaire provisoire (IRM®, ciments : polycarboxylate, phosphate de zinc, CVI)
- extracteur de pivot de Gonon
- trousse de Masserann

C. Module « Champ Opérateur »

Ce matériel est utilisé préalablement et en complément de celui présenté aux points D ou E.

1. Matériel stérile d'utilisation systématique : sachet « Digue »

Il comporte :

- pince à crampons (Ivory)
- cadre à digue en plastique (Visi Frame ; Star Dental)
- ciseaux courbes à bouts arrondis

2. Matériel non stérile d'utilisation systématique (ou optionnelle) « casier Digue » (fig.4)

Il contient :



Fig.2. Module « Diagnostic » : vue d'ensemble



Fig.4. Dans le module « Champ Opérateur », le casier Digue. Cette présentation regroupe l'ensemble du matériel non stérile nécessaire à cette étape

- – digue en caoutchouc prédécoupée (6" x 6") d'épaisseur moyenne (medium) (Hygenic) ou digue en silicone (Hygenic) en cas d'allergie au latex
- serviette pour digue (napkin, Hygenic)
- 1 boîte de crampons (emballés individuellement sous sachet)
- pince à emporte-pièce (Ivory)
- fil de soie
- flacon d'alcool iodé ou de Bétadine

D. Module « Cavité d'accès - Nettoyage et Mise en Forme canalaire » (« N & MF »)

1. Matériel stérile d'utilisation systématique (ou optionnelle) « N & MF »

- Plateau pré-agencé « N & MF » (fig.5)

Les instruments sont réunis dans une boîte en aluminium anodisé de couleur (SDI MiniTray, taille 183 x 142 x 17) :

- miroir (n° 4 ou 5, rhodium front surface)
- sonde DG16
- sonde 17
- précelles Perry
- excavateur double d'endodontie à col long
- spatule de bouche
- pince hémostatique en métal
- pince de Miller Bausch
- porte-boulettes coton

Fig.6. Une séquence endodontique utilisée en rotation continue (ici, les ProTaper, Maillefer). Le nombre réduit d'instruments utilisés permet de les insérer sur une barrette (Nichrominox) qui, une fois ouverte, offre une bonne stabilité sur le plan de travail. Les coloris différents des supports téflon des barrettes sont utiles pour identifier la longueur des instruments (21, 25 mm, grande longueur)

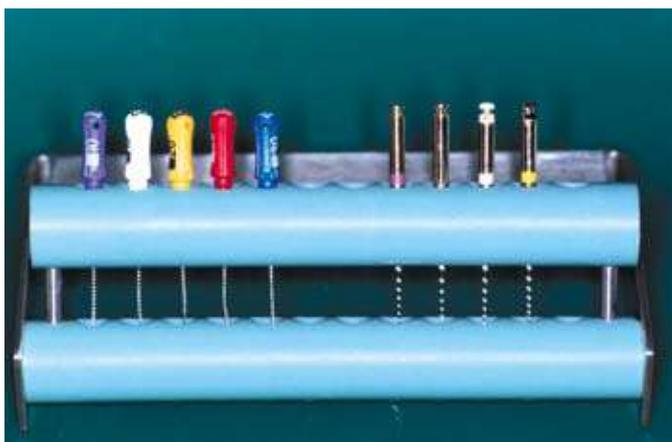


Fig.5. Dans le module « Nettoyage et Mise en Forme canalaire », le matériel stérile comprend le plateau pré-agencé et le séquenceur endodontique

- canule d'aspiration
- 2 clean-grips
- bague-réglette millimétrée (Union Broach)
- seringue à carpule pour anesthésie
- Contre-angle réducteur pour instrumentation rotative nickel-titane (à monter sur l'unit ou un bloc moteur électrique indépendant)
- Sachet séquenceur « Accès »
- Sachet séquenceur « Endo » (fig.6 et fig.7).

2. Matériel non stérile d'utilisation systématique (ou optionnelle) « casier N & MF »

- pot à déchets
- godet en verre contenant la solution d'irrigation : ClONa à 5 %
- 1 seringue + aiguille d'irrigation (seringue Plastipak BD, aiguille de calibre 22 gauge, soit 7/10 mm)
- gel chélatant (Glyde File Prep ; Detry Dentsply Maillefer) + embout jetable
- compresses de gaze
- papier à articuler

- films n° 2 DF58 Kodak (film simple)
- ciment temporaire d'obturation coronaire
- flacon de solvant + pipette plastique
- carpule d'anesthésie + aiguille
- seringue Ca(OH)₂ prête à l'emploi (pulpdent paste)

3. Périphériques non stériles d'utilisation optionnelle « N & MF »

- tube radiogène
- négatoscope
- aide visuelle (loupe ou microscope)
- localisateur d'apex de dernière (troisième) génération (Root ZX, Morita) + électrode labiale stérile (sous sachet)
- bloc moteur électrique indépendant.

Note : les deux précédents périphériques peuvent être ergonomiquement réunis en utilisant un contre-angle avec localisateur d'apex intégré (Tri-auto ZX ; Morita) ;

- appareil à ultrasons piézo-électrique + pièce à main + clé + limes (sous sachet)

Fig.7. Lorsque la mise en forme du canal nécessite de nombreux instruments, comme c'est souvent le cas dans une technique de mise en forme canalaire manuelle, il est pratique – et donc plus ergonomique – de piquer la séquence endodontique sur une éponge placée sur un support-bague (Endoring®, Jordco) qui sera mis au doigt de l'opérateur en temps utile



E. Module « Obturation canalaire »

1. Matériel stérile d'utilisation systématique

- Sachet « Obturation »
- fouloir à amalgame (obturation du plancher pulpaire)
- ciseaux Iris
- instruments de compactage de la gutta-percha adaptés à la technique d'obturation du praticien : spreaders (condensation latérale) ou fouloirs endodontiques (condensation verticale) (Pierre Machtou) ou insert du système B (Analytic Technology)) ou compacteur ther-momécanique ou condenseur nickel-titane (pour le système Microseal)
- seringue à carpule pour anesthésie
- Sachet « RADIO »

2. Matériel non stérile d'utilisation systématique (ou optionnelle) « casier Obturation »

- godet en verre contenant la solution d'irrigation EDTA à 17 %
- godet en verre contenant la solution d'irrigation CLONa à 5 %
- 2 seringues + aiguilles d'irrigation (seringue Plastipak BD, aiguille de ca-



Fig.8. Dans le module « Obturation Canalaire », un exemple de périphériques

libre 22 gauge, soit 7/10 mm)

- cônes de gutta-percha non normalisés (fine-medium, medium) ou tuteurs enrobés
- cônes de papier sous blister (Mynol)
- ciment d'obturation endodontique (Sealite®, Pierre Rolland)
- plaque de verre dépoli + spatule à ciment
- godet Dappen + poudre d'oxyde de zinc
- compresses de gaze
- papier à articuler
- source de chaleur (mini-chalumeau)
- films n°2 DF58 Kodak (simple) et n°2 DF57 Kodak (double)
- ciment temporaire d'obturation coronaire
- carpule d'anesthésie + aiguille

3. Périphériques non stériles d'utilisation systématique « Obturation » (fig.8)

Il s'agit de :

- tube radiogène
- négatoscope
- dispositif pour réchauffer, mettre en place la gutta-percha : réchauffeur électronique de gutta-percha (Touch'n Heat ; Analytic Technology) + Heat Carrier ou Système B (Analytic Technology) ou four Thermaprep Plus (système Thermafil) ou pistolet à gutta-percha (Obtura, Texceed) + aiguille (sous blister) à usage unique

Le tableau 1 récapitule toutes ces données. ●●●

Tableau 1. Sélection des éléments des modules nécessaires à la réalisation des différentes étapes du traitement endodontique

➡ = matériel à éliminer du plan de travail avant de passer à l'étape suivante

	Matériel stérile d'utilisation systématique	Matériel non stérile optionnel ou systématique (casier)	Matériel non stérile périphérique
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Plateaupréagencé « diagnostic » • Sachet « radio » 	oui -	oui -
Urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Plateaupréagencé « diagnostic » • Sachet « radio » • Séquenceur « accès » • Sachet « digue » 	oui ➡ - oui ➡ oui ➡	oui ➡ - - -
N & MF	<ul style="list-style-type: none"> • Plateaupréagencé « N & MF » • Séquenceur « accès » • Sachet « digue » • Séquenceur « endo » 	oui ➡ oui ➡ oui ➡ -	oui - - -
Obturation séance distincte	<ul style="list-style-type: none"> • Plateaupréagencé « N & MF » • Sachet « digue » • Sachet « obturation » • Sachet « radio » 	- oui ➡ oui -	- - oui -
Traitement une séance	<ul style="list-style-type: none"> • Plateaupréagencé « N & MF » • Séquenceur « accès » • Sachet « digue » • Séquenceur « endo » • Sachet « obturation » • Sachet « radio » 	oui ➡ oui ➡ oui ➡ - oui -	oui ➡ - - - oui -



Un seul gagnant ...

Bifix QM



Composite de collage durcissement dual

Bifix QM – universel pour tous les cas de collage et de scellement

- Autodurcissant et photopolymérisable pour plus de flexibilité et de sécurité
- Disponible en trois teintes:
T = transparent, U = universel et WO = blanc-opaque
- Bifix Try-In: pâtes d'essai pour déterminer la teinte
- Radio-opacité élevée
- Adhésif automordant et dual Futurabond DC
- Pour les collages de métaux, de céramique et de composites

VOCO Centre de Service:
 Jacques Wouters · GSM 0495 - 223922 · Tél./Fax 081 - 461648
 Quentin Montfort · GSM 0475 - 255112 · Tél./Fax 071 - 84 45 38
 P.O. Box 767 · 27457 Cuxhaven · Allemagne · Téléphone +49 (4721) 719-0 · Fax: +49 (4721) 719-140 · www.voco.com



La recherche scientifique créative

••• Organisation & gestuelle ergonomique

Pour des raisons de simplification, on considère que la salle de soins est prête à recevoir un patient : conditionnement du matériel fixe, sélection des différents modules nécessaires à la réalisation de l'acte programmé.

À tous les stades du traitement, on veille à disposer le matériel stérile d'utilisation systématique sur la tablette pectorale et, sur un ou plusieurs autres plans de travail, le matériel et les périphériques non stériles d'utilisation systématique ou optionnelle.

Un codage couleur permet une organisation aisée du traitement (fig.9).

A. Lors de la reconstitution coronaire pré-endodontique et de la mise en place du champ opératoire

- Sur la tablette pectorale, le couvercle du plateau pré-agencé « N & MF » est placé à côté de sa base. Le sachet « Digue » et le séquenceur « Accès » y sont transférés. Le matériel non stérile d'utilisation systématique ou optionnelle « casier Digue » et « casier Accès » sont disposés sur un autre plan de travail, à la droite du patient en général.

- Lorsque la préparation parodontale initiale n'a pu être effectuée dans une séance préalable, la dent d'appui doit être débarrassée du tartre.

- Les pertes de substance dentaire sont compensées par un matériau plastique, éventuellement supporté par une bague de cuivre ou d'orthodontie.

- Après sélection et essayage du crampon, dont les 4 mors reposent sous la ligne de plus grand contour de la dent, la digue d'épaisseur médium est perforée à l'aide de la pince emporte-pièce. Le tampon-encreur représentant les arcades dentaires facilite l'emplacement de la perforation (fig.10).

CODAGE COULEURS			
■ Endodontie ■ Dentisterie restauratrice	Instruments stériles	Casier	
Diagnostic	● ● ●	●	●
Reconstitution coronaire		●	
Digue	● ● ●	●	●
N & MF	● ●	●	●
Obturation	● ●		

Fig.9. L'identification des instruments dans les sachets ou les plateaux préagencés est établie à partir du codage couleurs par deux ou trois bagues, l'une définissant la ou les disciplines, l'autre l'étape du traitement. Cette dernière code également la couleur du casier

- Le champ opératoire et la dent sont désinfectés à l'aide de Bétadine ou d'alcool iodé.

- Si les séances de mise en forme canalaire et d'obturation sont distinctes, la référence du crampon sélectionné est consignée dans le dossier du patient.

- Le matériel non stérile d'utilisation optionnelle « Accès » ou systématique « Digue » est éliminé du plan de travail avant d'aborder l'étape suivante.

B. Lors de l'accès, du nettoyage et de la mise en forme canalaire

- Le casier regroupant le matériel non stérile de l'étape remplace celui de la précédente. Une attention toute particulière est apportée à la disposition des périphériques autour du fauteuil, sous peine d'être gêné par les différentes connexions des appareils.

- Sur la tablette pectorale, le séquenceur « Endo » est transféré dans le couvercle du plateau pré-agencé « N & MF ». La longueur de la séquence endodontique sélectionnée est déterminée à partir du cliché préopératoire. Le conditionnement de la séquence instrumentale en dehors du plateau laisse toute liberté à l'opérateur dans le choix de sa tech-

nique (détail non négligeable en des temps d'apparition de nouveaux instruments à un rythme soutenu !).

- Il faut penser à concentrer dans un espace réduit :

- le séquenceur
- la solution d'irrigation (fig.11)
- le contre-angle
- la cavité d'accès

Fig.11. Compte tenu de l'importance de l'irrigation dans l'étape du nettoyage et de la mise en forme du canal, la seringue doit pouvoir être remplie facilement d'une seule main

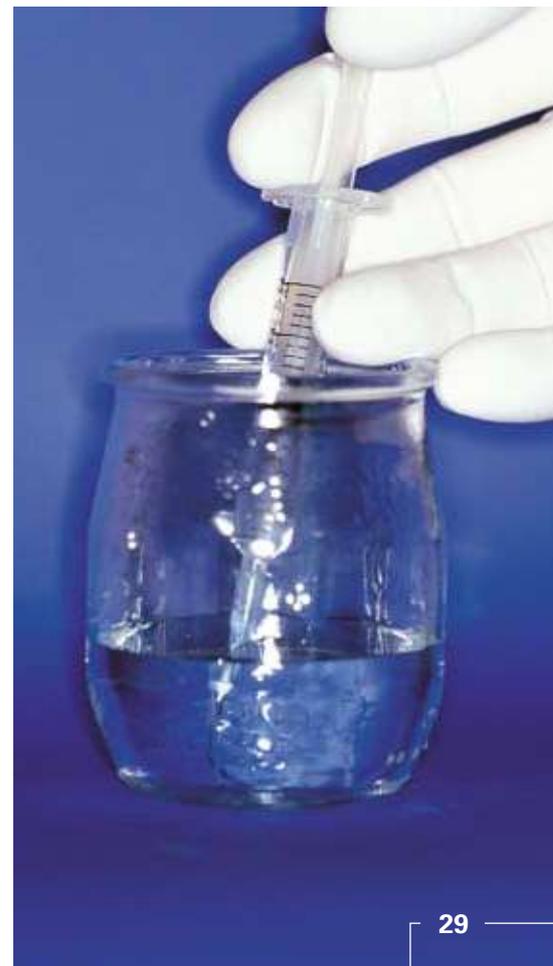


Fig.10. L'étanchéité du champ opératoire dépend du calibre de la perforation, laquelle devra donc s'adapter à la taille de la dent traitée (6 choix possibles). Le passage du fil dentaire de part et d'autre de la dent isolée assure le sertissage du caoutchouc autour du collet de la dent

- Se contraindre à replacer chaque instrument dans sa position initiale sur le support endodontique, ce qui représente une économie de temps et de fatigue, au cours d'un traitement qui requiert minutie et concentration (fig.12).



Fig.12. Lors de la mise en forme des canaux, les instruments doivent être régulièrement essuyés avec une compresse imbibée d'alcool, afin de les débarrasser des débris dentinaires (ou du matériau d'obturation) présents entre leurs spires. Les techniques utilisant la rotation continue minimisent le risque d'extrusion de débris septiques au-delà du périapex, les copeaux de dentine étant remontés par la rotation de l'instrument (principe de la vis d'Archimède)

- Ajout ou remplacement d'un instrument : tout instrument présentant une altération de ses spires doit être éliminé sans regret et jeté dans le container d'objets coupants. Il est parfois nécessaire de remplacer un foret de Gates Glidden qui s'est fracturé ou d'ajouter une lime (fig.13).

C. Lors de l'obturation canalaire

- Si l'obturation est réalisée au cours de la même séance que la mise en forme canalaire, le matériel et les périphériques non stériles « N & MF » sont éliminés du plan de travail et remplacés par ceux du casier « Obturation ». Le contenu du sachet stérile « Obturation » est disposé dans le couvercle du plateau préagencé.



Fig.13. Le conditionnement d'instruments stériles sous blister, que l'on ouvre à la demande au moment de l'emploi, est une aide indéniable dans la chaîne d'asepsie par rapport aux boîtes de stockage à rangement horizontal

- Séchage des canaux : pour améliorer la chaîne d'hygiène, il est préférable de choisir les conditionnements des pointes de papier absorbant (sous blister, 5 pointes stériles) plutôt que ceux présentés en vrac dans des boîtes.

- Désinfection des cônes de gutta-percha : l'oxyde de zinc entre pour 2/3 dans la composition des cônes de gutta-percha. Par son action antiseptique, il ne favorise pas la prolifération bactérienne (fig.14).

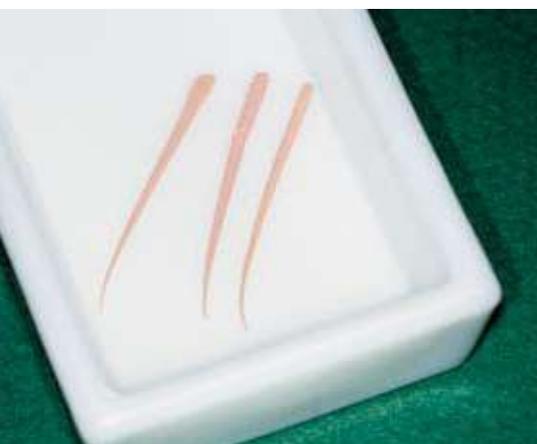


Fig.14. Une méthode simple de désinfection extemporanée des cônes de gutta-percha avant leur utilisation consiste à les immerger pendant une minute dans de l'hypochlorite de sodium à 5,25 %

D. Lors de la prise et du traitement des clichés radiographiques

Le traitement endodontique, acte classiquement réalisé à l'aveugle, nécessite à tous les stades – pré, per et post opératoires – la prise de nombreux clichés radiographiques. Ils ne sont le reflet de la morphologie endodontique qu'à la condition de s'affranchir des distorsions liées à la projection d'une structure tridimensionnelle sur un support plan. On veillera donc tout particulièrement au respect de la planéité du film, de la technique des plans parallèles et de la réalisation de clichés sous des incidences ortho et excentrées.

Note : En termes d'asepsie et d'ergonomie, l'imagerie numérisée apparaît séduisante mais, pour l'heure, dans l'attente d'une meilleure définition, la radiographie conventionnelle conserve toujours une place prépondérante (ndlr : avis rédigé en 2001).

1. Lors de la prise du cliché

Pour des raisons d'hygiène et de qualité du document radiographique, le film ne doit pas être maintenu en bouche par le doigt du patient. Un angulateur est utilisé aux stades pré et postopératoires. Lorsque la digue est en place, une pince hémostatique facilite la prise du cliché sans démontage du cadre.

Dès son contact avec la salive, le film devient source de contamination. Après son exposition, il doit donc être rincé à l'eau du robinet puis décontaminé à l'aide d'une lingette imprégnée d'un liquide nettoyant et désinfectant (lingettes Anios).

2. Lors du traitement du film

Dans la cuve plein-jour à manchons, le film, toujours maintenu par la lingette, est extrait de son enveloppe.

Note : Les pinces porte-films doivent être régulièrement nettoyées et désin-

fectées. Les feuilles de plomb sont ensuite stockées dans un sachet plastique réservé à cet usage, de même que les bains radio-graphiques usagés dans des bidons. Ils sont régulièrement confiés à un organisme de récupération des déchets.

Rôle de chaque étape du traitement dans l'assainissement de l'endodonte

A. Champ opératoire

Les avantages de ce dispositif ancien (Barnum, 1865), qui isole la dent de son environnement oral, ne sont plus à démontrer.

Soulignons toutefois qu'en terme d'hygiène la mise en place de cette barrière physique lors des soins :

- permet de diminuer de 98 % le nombre de micro-organismes projetés par l'instrumentation rotative dans l'environnement du cabinet dentaire. Ce sont autant de germes qui ne seront pas ré-inoculés par la main de l'opérateur
- supprime le risque de contamination de l'endodonte par la salive (« ne pas infecter ni surinfecter »)
- diminue la durée des contacts du praticien avec la salive

B. Nettoyage et mise en forme canalaire

1. Solutions d'irrigation

• Ces deux objectifs sont atteints simultanément : la mise en forme des canaux est réalisée par les instruments endodontiques qui sont nettoyés par les solutions d'irrigation.

• En endodontie, l'hypochlorite de sodium est la solution d'irrigation universellement utilisée pour :

– son action bactéricide qui assure la désinfection du système canalaire, lequel inclut également les zones demeurées à l'abri de l'action des instruments (fig.15)

– son action solvante sur les débris organiques (élimination du substrat bactérien)

– la mise en suspension et l'évacuation des débris minéraux et organiques détachés par l'action des instruments



Fig.15. L'obturation des canaux de cette seconde molaire mandibulaire objective une configuration anatomique en C. L'ensemble du système canalaire n'a pas pu être accessible aux instruments. L'action de la solution d'irrigation est alors déterminante afin d'assurer le parage complet de l'endodonte

L'hypochlorite de sodium est éjecté passivement dans le canal et contenu dans le réservoir délimité par les quatre parois de la cavité d'accès (fig.16). Pour conserver son efficacité, la solution doit être régulièrement renouvelée. L'élaboration d'une forme conique dans le canal optimise l'action de l'hypochlorite par la création d'un circuit hydraulique. La conservation de la perméabilité du canal permet de vérifier l'absence de blocage jusqu'à la constriction apicale, de déplacer et de renouveler la solution d'irrigation dans la région apicale.

• Avec l'apparition des techniques de mise en forme par rotation continue, la diminution du temps de contact de la solution au sein de l'endodonte pouvait faire craindre une moindre qualité de la désinfection. Mais l'obtention précoce d'une conicité apicale au cours de la mise en forme canalaire associée à une solution d'hypochlorite de sodium plus concentrée, ainsi que l'élimination de la « smear layer » par une solution d'EDTA, préviennent ce risque. À l'heure actuelle, un rinçage final des canaux avec 10 ml d'EDTA à 17 % suivi de 10 ml d'hypochlorite de sodium à 5 % est préconisé.

2. Place de la médication temporaire

Au début de l'endodontie, la pharmacologie dentaire occupait une place prépondérante. Les diverses médications intracanales étaient alors utilisées pour neutraliser les agents pathogènes des maladies pulpaires et périapicales.

À l'heure actuelle, l'importance accordée au parage canalaire a réduit progressivement le rôle de la médication temporaire, et ce d'autant plus que l'efficacité de cette médication (crésatine, formocrésol, PMCP) s'estompe au bout de 48 heures. Il est de mise, aujourd'hui, de laisser de l'hypochlorite de sodium en place dans les canaux



Fig.16. La reconstitution de la paroi distale à l'aide d'un IRM® permet de réaliser une cavité d'accès à quatre murs constituant un réservoir étanche pour l'hypochlorite de sodium

entre deux rendez-vous. L'hydroxyde de calcium, pur ou plutôt sous forme de spécialité prête à l'emploi, peut être utilisé. Son excellente action antiseptique le recommande dans le traitement des dents nécrosées, lorsque l'on ne peut sécher correctement un canal ou lorsque l'obturation n'est pas réalisée rapidement. Il est alors introduit dans le canal à l'aide d'un lentulo.

3. Flambée infectieuse

entre deux rendez-vous

Dans un contexte de traitement aseptique, cette situation est heureusement peu fréquente. Elle survient après la séance de nettoyage et mise en forme d'une dent souvent nécrosée et jus-

●●● qu'alors asymptomatique. Les événements à l'origine de cette parodontite apicale aiguë peuvent être :

– une modification de la flore intracanaulaire perturbée par l'ouverture brutale de la chambre pulpaire

– un ensemencement des tissus périapicaux par des débris nécrosés, des bactéries ou des endotoxines propulsées lors de la mise en forme du canal. À cet égard, les techniques de rotation continue, en minimisant les projections septiques au-delà de l'apex, présentent un intérêt certain

– une baisse des défenses immunitaires du patient (fatigue, maladie, stress)

C. Obturation endodontique

L'objectif de l'endodontie est de prévenir ou de guérir les parodontites apicales.

À l'heure actuelle, l'étanchéité de l'obturation endodontique se définit tant au niveau apical que coronaire afin d'assurer le succès au long cours du traitement.

1. Étanchéité apicale

L'objectif de l'obturation endodontique est de maintenir dans le temps le degré d'assainissement obtenu à l'issue du nettoyage et de la mise en forme. L'ajustage du maître-cône, scellé par un film mince de ciment, puis le compactage vertical de gutta-percha thermoplastifiée dans un canal dont la forme préparée est conique génèrent des forces de composante axiale et latérale permettant de réaliser un moule permanent de l'endodonte (fig.17).

2. Étanchéité coronaire

L'étanchéité du matériau provisoire d'obturation coronaire dépend de son épaisseur, du nombre et de l'occluso-divergence des parois de la cavité d'accès, du nombre et de la périodicité des rendez-vous.

Pour un ciment à base de sulfate de calcium (type Cavit®), l'épaisseur minimum requise est de 3,5 mm.

La reconstitution coronaire pré-endodontique est une étape à ne pas négliger, afin de prévenir la contamination du système canalaire pendant ou entre les séances de traitement (fig.18). La ré-



Fig.17. Afin d'isoler l'endodonte de son environnement parodontal, une obturation tridimensionnelle doit être mise en œuvre afin de clore toutes les portes de sortie du système canalaire

duction du nombre de séances va donc dans ce sens ; c'est un des avantages des techniques de mise en forme canalaire par rotation continue.

En cas de percolation de l'obturation coronaire, des études in vitro montrent que la progression jusqu'à l'apex des bactéries et des endotoxines bactériennes à l'interface obturation-parois canalaire est atteinte en 3 mois. Le délai de réalisation d'une obturation définitive étanche doit donc être le plus court possible. Lorsque les matériaux en plastique ne sont pas indiqués

pour compenser la perte de substance coronaire, il est indispensable de limiter une contamination salivaire lors des différentes étapes de la reconstitution prothétique de la dent dépulpée. Une attention toute particulière doit donc être accordée à la réalisation du logement de l'ancrage radulaire (fig.19), de l'empreinte et du scellement de la couronne provisoire ou définitive.

Certains auteurs accordent une place prépondérante à la qualité de la restauration coronaire par rapport à celle du traitement endodontique dans le suc-



Fig.18 a et b. Une obturation coronaire provisoire de pierre étanchéité : cette seconde molaire maxillaire présente une perte de substance coronaire distale importante et l'expansion hydrique du Cavit® associée à ses faibles propriétés mécaniques est à l'origine de fissures au sein de l'obturation. La reconstitution coronaire provisoire de la dent par une bague de cuivre résout le problème de l'étanchéité de la cavité d'accès entre deux séances ainsi que l'étanchéité du champ opératoire



cès à long terme des traitements coronoradiculaires : l'étanchéité apicale de l'obturation endodontique assurerait le pronostic à court terme et l'étanchéité de la restauration coronaire la pérennité du traitement endodontique.

À la fin de la séance de soins

A. Dans la salle de soins pour le matériel et les périphériques non stériles

Tous les éléments non stériles (flacons, périphériques, etc.) utilisés lors de la consultation sont laissés sur le plan de travail et doivent être nettoyés et désinfectés par pulvérisation avant d'être rangés (par exemple : Septinol SA ; S&M). Cette décontamination suppose que l'étiquetage des flacons soit en plastique.

B. Pour les plateaux pré-agencés et le matériel stérile en général

Tout le matériel souillé est rassemblé dans le plateau « N & MF » avant son transfert dans le bac de décontamination (Lysetol ; S&M) de la salle de stérilisation où il subit le protocole classique d'hygiène. Les compresses des clean-grips sont changées avant chaque stérilisation. Le codage couleurs des instruments facilite la reconstitution des plateaux pré-agencés ainsi que des différents sachets.

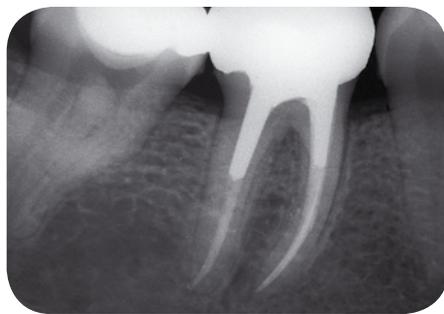


Fig.19. Lorsque la préparation d'un logement de tenon s'avère nécessaire, la technique de désobturation préconisée consiste à éliminer la gutta-percha avec des instruments chauds ou un foret de Gates Glidden à vitesse rapide. La longueur de l'obturation endodontique résiduelle doit être de 4 à 5 mm au minimum afin de ne pas perturber l'étanchéité apicale. Après désinfection du logement à la chlorhexidine, le tenon est scellé, sous digue, de préférence sans délai afin d'éviter toute perte d'étanchéité coronaire

C. Plus particulièrement pour les instruments endodontiques et les fraises

Les instruments endodontiques sont déposés de leur support et placés dans un bac à ultrasons contenant une solution de prédésinfection (Micro 10 ; Unident). Après rinçage et vérification du nettoyage, ils sont séchés de façon soigneuse puis remontés sur la barrette ou le porte-instrument, conditionnés puis stérilisés.

1. Affichage du nombre d'utilisations des séquences endodontiques

Pour limiter le risque de fracture de l'instrumentation, notamment rotative en nickel-titane, les séquences doivent être éliminées au bout d'un certain nombre d'utilisations (par exemple, 10 canaux pour les Profiles, Maillefer). Ce chiffre figure au dos du sachet de stérilisation. Il est réactualisé par le praticien après chaque utilisation en fonction du

nombre de canaux mis en forme et des contraintes subies par l'instrumentation.

2. Pour les instruments en acier-carbone

Seuls les forets, filières, trépan et l'entretoise de l'extracteur de Gonon sont concernés par ce problème. A cause du comportement électrochimique médiocre de l'alliage de ces dispositifs, ils ne peuvent supporter un cycle classique de stérilisation : ils sont seulement nettoyés, désinfectés et séchés soigneusement avant d'être reconditionnés.

3. Traitement des instruments neufs

L'usage des instruments s'effectue sous lubrification continue d'huile.

Cette pellicule grasseuse à la surface empêche la stérilisation : elle doit être éliminée par essuyage de l'instrument avec une compresse imbibée de chloroforme avant de procéder aux étapes classiques du protocole d'hygiène. ■

Fiche technique

- Avant l'entrée du patient dans la salle de soins, réunir sur les plans de travail l'ensemble du matériel, stérile et non stérile, nécessaire à la réalisation de la ou des étapes programmées (plateau pré-agencé, sachets, séquenceurs, casiers) pour ne pas avoir besoin d'ouvrir de tiroir pendant le soin
- Disposer le matériel stérile et non stérile sur des plans de travail différents
- Répartir les différents périphériques de façon à ne pas être gêné par leurs connexions
- Compenser les pertes de substance coronaire avant d'entreprendre le traitement
- S'assurer de l'étanchéité du champ opératoire
- Accorder une attention toute particulière à l'étape de la réalisation de l'accès endodontique
- Utiliser comme solution d'irrigation de l'hypochlorite de sodium à 5 %
- Renouveler régulièrement l'hypochlorite de sodium dans la cavité d'accès
- Maintenir la perméabilité apicale tout au long de la mise en forme canalaire

- Ne pas propulser de débris septiques au-delà du périapex
- Passer à l'étape suivante du traitement lorsque la précédente est totalement achevée
- Mettre en forme chaque canal complètement afin de conserver la mémoire tactile de son anatomie
- Éliminer un instrument endodontique dès la constatation de sa détérioration
- Avant d'utiliser un instrument endodontique neuf, éliminer la pellicule de graisse présente à sa surface à l'aide d'une compresse imbibée de chloroforme avant de procéder aux étapes classiques du protocole d'hygiène
- Lorsqu'il est disponible, préférer le matériel stérile conditionné sous blister (instruments de remplacement, cônes de papier)
- Utiliser les aiguilles à usage unique pour les présentations en seringue de l'agent chélatant et de l'hydroxyde de calcium
- Au fur et à mesure de l'avancée du traitement, débarrasser le plan de travail du matériel de l'étape précédente
- Désinfecter les cônes de gutta-percha avant leur utilisation en les immergeant pendant une minute dans de l'hypochlorite de sodium
- À l'issue de l'obturation endodontique, réaliser rapidement la reconstitution coronaire définitive ■

MEDICOTRONIX

Une entreprise à taille **humaine** au coeur de la **Wallonie**

Installations **GALBIATI**

Imagerie : Pano, capteur, RX, informatique

Hygiène : Autoclaves, ...

Mobilier, tabourets ergo.,

Consommables



Nouveau modèle EGO



 **galbiati**
Since 1935

Medicotronix, Zoning de Fleurus, Av. de l'Esperance, 44, 6220 Fleurus
Tel: 071/87.78.73, Fax: 071/81.98.75 email: gregmed@swing.be - www.medicotronix.be

Symposium

RTR Septodont

Lors du congrès de l'ADF à Paris, le Journal d'Omnipratique Dentaire a été invité par la société Septodont à participer au Symposium intitulé « Intérêt du R.T.R. dans le traitement des parodontites », présenté par l'équipe de Charles MICHEAU du département de Parodontologie et Implantologie de l'Université Paris 7 Denis Diderot.

Pour rappel, Charles MICHEAU est inscrit au programme du Collège d'Omnipratique Dentaire en 2007 avec une présentation sur la stratégie de traitement de la parodontite tabagique lors du Dental Thema Day « Odontologie et Tabagisme » le 15 décembre prochain.

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

La matinée a débuté par une présentation par le **Docteur Stéphane Kerner** sur le plan de traitement parodontal. Après un traitement parodontal « classique », détartrage et conseils classiques d'hygiène, il programme une séance de réévaluation après 60/90 jours. S'il y a des poches inférieures à 6 mm, il installe une thérapeutique parodontale de soutien. Si par contre, il y a des poches supérieures à 6 mm, il programme une chirurgie pour revenir à des poches inférieures à 4 mm. La récession gingivale, c'est la perte d'attache diminuée de la profondeur de poche. Et c'est l'importance de cette récession qui peut orienter le plan de traitement. Cependant, la chirurgie parodontale est une thérapeutique correctrice ; elle n'arrête pas la maladie et oblige donc un suivi attentif.

S'il y a des lésions à 2 ou 3 parois, un comblement peut être envisagé.

Après la chirurgie correctrice, un traitement parodontal de soutien est programmé tous les 3 à 6 mois.

Le second orateur, **Sébastien Jakmakjian**, abordait ensuite la thérapeutique chirurgicale. Le but est d'obtenir une régénération, c'est-à-dire une nouvelle attache, à la place du long épithélium de jonction que l'on a avec une chirurgie classique à lambeau. Trois sortes de régénération sont possibles : la régénération tissulaire guidée (RTG), la régénération tissulaire induite (RTI) et la

réparation avec un matériau de comblement.

• La RTG utilise une membrane pour empêcher les cellules épithéliales d'arriver les premières. C'est une technique difficile.

• La RTI va transformer les cellules pour qu'elles fabriquent une attache. C'est, par exemple, l'utilisation de l'Emdogain.

• La réparation, quant à elle, ne va pas entraîner de régénération, donc pas d'attache, mais va induire un long épithélium de jonction tout-à-fait satisfaisant. Le matériau de comblement doit être ostéogène, ostéoinducteur et ostéoconducteur. La majorité des matériaux de comblement est les trois à la fois. L'origine de ce matériau est organique ou synthétique. Si l'origine est organique, c'est soit autogène (intra-ou extra-oral), allogène (sur cadavres frais, banques d'os), ou xénogène (bovin, porcine ou corail). Dans les origines synthétiques, on retrouve le plâtre de Paris, les céramiques (phosphate tricalcique RTR, hydroxyapatites...), les polymères ou les bioverres.

Le R.T.R. est un phosphate tricalcique bêta, avec une biodégradation et une biorésorption entraînant, après 6 mois, le remplacement total du matériau par du tissu osseux lamellaire. Il est fourni sous deux formes : les cônes, composés de phosphate tricalcique bêta + collagène bovin, utilisés en post-extractionnel ; et en seringues, phosphate tricalcique seul, utilisé dans les lésions infraosseuses. Ses principales qualités : non toxique, non antigénique, résistant, stable et simple d'utilisation.

Dans la troisième partie, **Charles Micheau** a présenté un très grand ●●●



●●● nombre d'images cliniques des différentes étapes de placement du RTR. Le tableau ci-contre résume les différentes étapes cliniques.

Les résultats cliniques dépendent du bon niveau de ces différentes étapes.

Il lui arrive de mettre une petite membrane de Vicryl résorbable pour « tenir » les granules de RTR. Il a montré aussi ses échecs, car il estime important de savoir les montrer et aussi de les analyser. Quelques cas aussi de com-

blements post-extractions avec des cônes : le but est de conserver une bonne épaisseur osseuse dans l'optique d'y placer ensuite un implant.

Il termina alors par quelques conseils en post-opératoire :

- pas d'antibiotiques, un antidouleur type paracétamol + codéine
- ne pas mobiliser le lambeau et les sutures, c'est-à-dire pas de brossage du site opéré, et l'utilisation d'un bain de bouche à la chlorhexidine ■

PRATICIEN

Sélection du patient

Sélection de la lésion

Matériau

RÉSULTAT



ADF : 5 nouveautés sélectionnées pour vous

Lorsque l'on sillonne tout au long de l'année une multitude d'expositions dentaires, lorsqu'on fréquente la majorité des distributeurs et des fabricants, lorsqu'on visite un grand nombre de « journées portes ouvertes » et lorsqu'on est constamment plongé dans les revues professionnelles, on a vite l'impression que l'on connaît tous les produits, toutes les techniques, toutes les nouveautés. Et, heureusement, il arrive à chaque fois que nous découvrons des procédés encore susceptibles de nous étonner.

Voici donc quelques trouvailles que nous avons pu dénicher en arpentant les 21.000 m² de l'ADF, 11.000 m² de stands, 350 exposants...

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

En préparant l'installation d'un nouveau cabinet ou la restauration d'un cabinet plus ancien, le dentiste pense souvent à la vision globale de son installation : il faut que ça fasse « classe », ou bien plutôt que ça soit « clean » ou médical. Et bien, malgré cela, certaines firmes n'hésitent pas à être originales, entre autres dans le choix du recouvrement du fauteuil. Nous avons découvert cette installation sur le stand OMS. Il s'agit d'un unit de la gamme Universal, haut de gamme avec toutes les qualités attendues par les plus exigeants. Soyez rassurés tout de suite : il est aussi disponible dans des teintes classiques !



Sur le stand de la société Medical Project, spécialiste en imagerie dentaire, nous avons découvert ce générateur portable, le Port-X II. Une véritable révolution en matière de générateur de rayons X. Haute fréquence, 60 kV, temps d'exposition entièrement programmables, faible radiation : ses qualités sont nombreuses. Cette avancée technologique vous permettra de prendre des radios dans toutes les circonstances, dans toutes les positions mais également de partager votre générateur sur plusieurs fauteuils. C'est aussi parfait pour une utilisation en salle de chirurgie. Il peut en effet être complètement emballé pour une parfaite hygiène. Et à quel prix ? Tout aussi incroyable : 3.990 euros TTC !



À découvrir : les atouts révolutionnaires des implants en zircone Z-Look. Nous connaissons tous maintenant les reconstructions de prothèse fixe « tout céramique ». Voilà maintenant la chirurgie sans métal. Ses qualités : parfaite régénération des tissus souples, excellente ostéointégration, plus stable que le titane. Et dans ce cas précis, tous les instruments chirurgicaux sont en zircone : les forets, le bistouri...



Une petite évolution pour les traitements parodontiques : la Papilli SquirtBrush. Cette brosse interdente améliore sensiblement et efficacement le nettoyage interdente en associant une brosse interdente à une burette/réservoir qui diffuse un bain de bouche pour l'irrigation et la désinfection. C'est facile d'usage et pratique lors de déplacements. Cela facilite également les endroits difficiles d'accès tels que bridges, implants ou bagues orthodontiques.

Un éclairage de qualité, au-dessus de notre zone de travail, c'est très important. Si en plus, ce système permet une communication avec le patient, c'est Avisio de Zenium. C'est plus qu'un éclairage, c'est plus qu'un écran, c'est plus que les deux fonctions réunies. C'est une source lumineuse de haute précision et un vecteur multimédia pour informer, conseiller, justifier et détendre. De quoi construire un argumentaire de vente d'une redoutable efficacité. Un concept novateur pour enrichir et pérenniser la relation entre le praticien et son patient. Côté éclairage, Avisio garantit une température de 6500 kelvins pour un rendu de couleurs supérieur à 90%. Côté écran, c'est un LCD de 32 pouces, haute définition, haute résolution. Le tout équipé d'un émetteur/récepteur à 4 voies indépendantes : dessins animés, démonstrations, images buccales, radiographies, fiches dentaires, tout peut être diffusé pour une bonne communication. ■



COMMENT OFFRIR **PLUS** DE SÉCURITÉ À VOS PATIENTS ?



Nos solutions éprouvées contribuent à votre tranquillité d'esprit ainsi qu'à celle de vos patients.

- Des tests mécaniques rigoureux et une évaluation clinique approfondie
- Une recherche et un développement de pointe pour une amélioration constante
- 25 ans de partenariat avec l'ITI (« International Team for Implantology »)

Plus d'informations sur
www.straumann.com

Concours ADF

ki è ki ?

Le congrès de l'ADF à Paris en novembre dernier et l'immense exposition de matériel et matériaux dentaires qui l'accompagne, sont toujours l'occasion pour les rédacteurs du Journal d'Omnipratique Dentaire de rencontrer de nombreux Belges. Nous en avons photographié quelques-uns aux détours des couloirs. Cela nous a donné l'idée d'un petit jeu-concours afin de savoir si, vous aussi, vous les connaissez. Voici donc 9 photos ainsi que les 9 noms et les 9 firmes auxquelles ils appartiennent. A vous de remettre de l'ordre...

Qu'est-ce qu'on gagne ? Une main innocente tirera au sort 10 vainqueurs parmi les bonnes réponses, qui se verront offrir un splendide ouvrage scientifique des éditions CDP. De quoi associer amusement et intelligence !

Voici la liste des personnalités :

Dominique DESCHIETÈRE
Zara MEKAHLI
Pierre HEUSEN
Georges MARDAGA
Frank BRUGGEMAN
Séverine LETE
David VAN CUTSEM
Gregory DE COSTER
Christophe DE COCK

Et voici celle des firmes participantes :

Médocotronic
Dental Promotion & Innovation
Owandy Benelux
Heraeus Kulzer Benelux
Groupe ARSEUS
Septodont
Durr Dental
Denta
Castelbel

Pour chaque photo, transcrivez le nom de la personnalité et la firme correcte à laquelle elle appartient. Remplissez vos coordonnées et renvoyez votre bulletin avant le 20 avril 2007 à minuit, cachet de la Poste ou date du fax récepteur faisant foi.
Bonne chance à toutes et à tous !

Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :



Personnalité :
Firme :

Nom & prénom du participant :

Adresse :

24 - 27 October 2007

FDI Annual World Dental Congress

Dubai, UAE

الملتقى السنوي للإتحاد العالمي لطب الأسنان



www.fdiworldental.org
congress@fdiworldental.org



Officially Supported by:



National Partner:



In Partnership with:



Official Carrier:



Peer-reviews 2007

Vite, sans rire !

Le JOD n°25 a publié tous les détails de notre offre en peer-reviews pour 2007. Reportez-vous à ce numéro pour ne rien manquer !

Retenez en tout cas que notre formule de peer-reviews est véritablement imbattable. Tout d'abord sur le plan du concept, puisque chaque inscrit participera à 2 sessions consécutives, entrecoupées d'un simple petit quart d'heure de détente : les pertes de temps, très peu pour nous, et vous ? Ensuite sur le plan de la valeur ajoutée : nous vous offrons un véritable *débat de profession*, dans le

respect de l'esprit et de la lettre de ces réunions de Consœurs et Confrères. Enfin, une chaleureuse convivialité se dégage de nos peer-reviews. Demandez à ceux qui sont des habitués : ce n'est pas pour rien s'ils reviennent chaque année !

Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 79,- EUR seulement pour ceux qui participent à 2 activités de formation continue, et 158,- EUR pour les autres. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux deux

sessions, location, présentation d'un exposé, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et bien entendu, aucune cotisation à régler pour y avoir accès...

ATTENTION : les inscriptions sont très rapides, et certaines sessions sont complètes ou sur le point de l'être.

Alors, vite. Sans rire ! ■

COMPLÈT = trop tard

 = plus que quelques places, vite !

Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou par mail : info@cod.be



Nom & prénom :
 N° INAMI :
 Adresse :
 Code postal : Localité :
 GSM : Mail:
 Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CAPITALES SVP
 (NOUS NE POUVONS DONNER SUITE DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLETS)

Ma cotisation 2007 est **gratuite**, et je m'inscris à 2 peer-reviews 2007 du COD selon les modalités suivantes :

- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités de formation continue COD en 2007 et je bénéficie donc pour mes 2 peer-reviews du montant fidélité..... 79 EUR
- Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment aux activités de formation continue COD en 2007 et je règle donc pour mes 2 peer-reviews le montant de base..... 158 EUR

Mes préférences sont (cochez autant de cases que vous le souhaitez, nous essaierons de vous donner satisfaction) :

Je 21/06 Lamoral

- 08h30 + 10h15
- 12h00 + 13h45

Sa 22/09 Charleroi IESCA

- 08h30 + 10h15 
- 12h00 + 13h45
- 15h30 + 17h15

Sa 20/10 Gembloux

- 08h30 + 10h15 **COMPLÈT**
- 12h00 + 13h45 **COMPLÈT**
- 15h30 + 17h15 

Sa 01/12 Lamoral

- 08h30 + 10h15
- 12h00 + 13h45

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- Veuillez charger ma carte de crédit pour le montant de l'inscription

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 45 du JOD 25).

Date : Signature :





**ÉCRIRE
LISIBLEMENT
EN CAPITALES SVP**
(NOUS NE POUVONS DONNER SUITE
À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLETS)

Nom & prénom :
N° INAMI :
Adresse :
Code postal : Localité :
GSM : Mail:

Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :
.....

1. Inscription(s)

Ma cotisation 2007 est **gratuite**, et je m'inscris aux activités de formation continue du COD selon les modalités suivantes :

- | | | | |
|--------------------------|--|-----------|-----|
| <input type="checkbox"/> | L'ergonomie en solo : organisez votre travail à 2 mains ! (ve 23/03/2007) - Namur | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 17/03/2007..... | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Bousculer les limites de l'endodontie (sa 12/05/2007) - Charleroi | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 05/05/2007..... | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Trucs et ficelles en petite chirurgie buccale (sa 09/06/2007) - Bruxelles | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 02/06/2007..... | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Présent & avenir de la prothèse amovible partielle métallique (sa 29/09/2007) - Namur | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 22/09/2007..... | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie plastique parodontale (ve 16/11/2007) - Charleroi | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 09/11/2007..... | + 50 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Dental Thema Day « Odontologie & Tabagisme » (sa 15/12/2007) - Bruxelles | | |
| <input type="checkbox"/> | Base | 1 X 184 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾ | 1 X 179 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre : | X 92 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 08/12/2007..... | + 50 = | EUR |

Montant de base = EUR

2. Réductions (Lire les conditions en page 45 du JOD 25)

- | | | | |
|--------------------------|---|-------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 3 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 4 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 5 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR | | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 6 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 250 EUR | | EUR |

J'ai coché le montant «conjoint/collaborateur»⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant»⁽²⁾, je précise donc ci-dessous

⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :

⁽²⁾ Année du diplôme et université :

Total à régler = EUR

3. Règlement (Les places sont attribuées par ordre de réception du règlement)

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- Veuillez charger ma carte de crédit

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

4. Validation

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 45 du JOD 25).

Date : Signature :



ANAJECT, LA SERINGUE ÉLECTRONIQUE.

L'innovation en odontologie pédiatrique !

La solution idéale pour une anesthésie plus confortable et plus efficace. Revalorise la relation avec votre patient.

- Facilite et améliore la relation avec les jeunes patients.
- Le stress et l'anxiété des patients sont apaisés par une mélodie préenregistrée.
- Permet tout type d'anesthésie.
- Aucun effort de pression durant l'injection.

CD-R SUR DEMANDE



SEPTODONT NV-SA

Av. de la Constitution 87 ● B-1083 Bruxelles
Tél. (+32.2) 425 60 37 ● Fax (+32.2) 425 36 82
order@septodont.be ● www.septodont.be



75TH
ANNIVERSARY
1932-2007