

Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire © Collège d'Odontologie Dentaire asbl, éd. Agréation P307013 Tirage : 4.200 ex.

• N° 41 •

Septembre - Octobre 2009

# Jod

• Journal d'omnipraticque dentaire •

*Envoyé spécial*

**fdi** 

SINGAPORE 2009

**Prévention**

Dentiste-tabacologue :  
c'est possible !

**Vie scientifique**

International Association  
for Dental Research

# Précieux comme l'émail !

Activité pluridisciplinaire : pédo • conservatrice • prothèse • esthétique

CHARLEROI • SAMEDI 7 NOVEMBRE • 6 heures • 40 points



**BNP PARIBAS  
FORTIS**

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

Gérez vos avoirs à tout moment.

...ou ici Car James se trouve ici...



E.R.: Francis Peene, Fortis Banque s.a., Montagne du Parc 3, 1000 Bruxelles.

...et ici

James, votre conseiller personnel en placements chez BNP Paribas Fortis, est un concept unique en Belgique et reste à votre disposition **via vidéoconférence, e-mail ou gsm** du lundi au vendredi de 7 à 22 heures et le samedi de 9 à 17 heures.

Plus d'infos sur James? Appelez maintenant le **0800/16789** ou surfez sur **www.fortis.be/james**.

**BNP Paribas Fortis, accessible à tout moment**

# Édito

## L'arbitre a toujours raison

La fragile reprise économique ne doit pas faire oublier le marasme budgétaire, ni les formidables ajustements qui seront nécessaires, durant de longues années, pour rencontrer à nouveau les critères du Pacte de stabilité. Personne n'ose encore parler d'austérité. Les timides économies projetées, à divers niveaux de pouvoirs, suscitent d'emblée des levées de bouclier. Quant aux pistes menant à des recettes fiscales supplémentaires, elles ne feraient que pénaliser davantage ceux qui tirent vraiment la charrette de ce pays. Des arbitrages seront donc nécessaires. Sans doute impopulaires. Peut-être même douloureux. Mais l'arbitre gouvernemental aura de toute manière raison.

Question qui brûle sur toutes les lèvres médicales : qu'en sera-t-il alors de la norme de croissance de 4,5% hors index des soins de santé ? Fin septembre, les estimations techniques présentées devant le Comité de l'Assurance de l'INAMI, basées sur les dépenses 2009 connues jusqu'en mai, faisaient état d'une croissance prévisible en 2010 de quelque 4,2% à politique inchangée. Tout de même : une marge de 737 millions par rapport à la norme de 4,5%. Voici de quoi intéresser plus d'un cabinetard. Et si la norme était revue à son ancien niveau de 3%, ce sont près de 3,7 milliards d'euros qu'il ne faudrait plus aller chercher ailleurs... Impossible de savoir si l'on en arrivera là, mais la pression s'intensifie déjà, notamment en provenance de l'OpenVLD.

Avec pareil scénario, qu'advient-il de nos bons soins dentaires ? La croissance structurelle de notre secteur n'est certainement pas de 4,5%. Peut-être même pas des fatidiques 3%. C'est bien cet état de faits d'ailleurs, qui a permis la mise sur pied d'initiatives au cours des derniers Accords. Les syndicats dentaires ont jubilé d'avoir à moudre ce grain céleste. Certaines nouveautés furent heureuses, comme la création d'une prestation pour techniques adhésives. D'autres furent plutôt insolites, comme la parodontologie réservée à une tranche d'âge farfelue. Et d'autres enfin carrément baroques, comme la chronologie des implants mandibulaires. S'il faut restreindre à l'avenir, hé bien ! il suffira de faire les bons choix, et les scialytiques continueront de briller. De toute manière, là aussi l'arbitre aura raison. Et si une Nomenclature re-fondue leur est imposée, les praticiens, comme d'habitude, feront avec... Et aussi sans, à chaque occasion ! ■

## Sommaire

- La photo > 4
- Programme 2009 > 7
- Prochaines activités > 9
  - Accréditation > 13  
Peer-reviews 2009
  - L'actu médicale > 14
  - Prévention > 16  
Dentiste-tabacologue, c'est possible !
  - Vie scientifique > 18  
IADR : le chaînon manquant
  - Envoyé spécial > 26  
L'art dentaire au carrefour des mondes
  - Petites annonces > 36
  - Inscriptions > 39

Retrouvez le programme du COD sur [www.cod.be](http://www.cod.be)

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 : 35 EUR/an  
Monde : 60 EUR/an

Website : [www.cod.be](http://www.cod.be)

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, 2009  
Reproduction interdite sauf accord



L'émail est rarement considéré pour ce qu'il vaut vraiment. On lui préfère souvent, à tous les niveaux scientifiques et cliniques, le complexe dentino-pulpaire. Souvent aussi, le cément, en tant que partie du parodonte, retient davantage l'attention.

C'est vrai que ces tissus ont une biologie. En cela, on entend que non seulement ils peuvent être soumis à la maladie, mais que, en plus, il est possible d'interagir avec l'organisme pour obtenir guérison.

L'émail porte lui aussi son lot de maladies, mais il ne présente guère de potentiel de guérison, dès que la cavitation prend place. Le capital tissulaire est fixé une fois pour toutes dès l'éruption et la disparition de l'organe adamantin. C'est ce qui, a contrario, fait tout l'intérêt du tissu amélaire.

En effet, la thérapeutique ne peut être que strictement chirurgicale, c'est-à-dire avec une intervention iatrogène, et prothétique, ce qui signifie qu'un matériau de substitution est employé. L'intérêt de gestes aussi limi-

tés que possible et de matériaux le plus pérennes est évident.

L'émail dentaire est aussi le siège d'une incroyable complexité esthétique. Ses nuances sont sans fin. Variété chromatique, translucidité, états de surface, tout se mêle et rend difficile l'approche cosmétique unitaire.

Ses variations naturelles, tout au long de la vie, font et défont les sourires de chérubins aux sillons embryonnaires et les rictus nonagénaires à l'attrition marquée.

En somme, l'émail est un défi fantastique pour le praticien : à la croisée des chemins des disciplines, il stimule l'esprit d'économie tissulaire et révèle les vraies compétences.

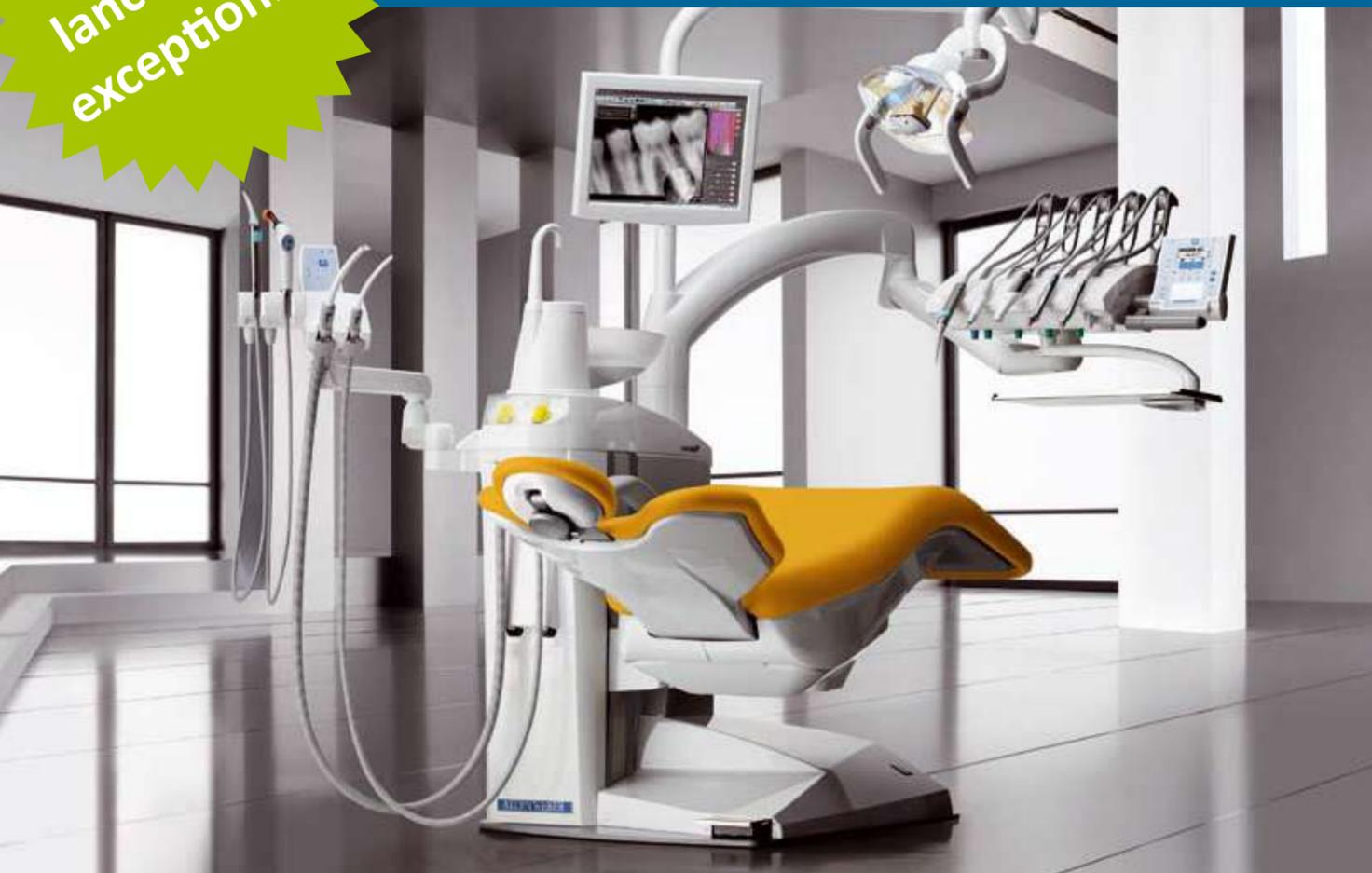
Il n'y a que de bonnes raisons, pour venir redécouvrir l'émail, avec nous, le samedi 7 novembre prochain à Charleroi ! Une journée pluridisciplinaire à ne pas manquer ! ■



# PROGRAMME 2009 • VISEZ HAUT !

Prix de lancement exceptionnel

EVOQUEZ VOTRE TALENT



XTRADENT PRESENTE LE NOUVEAU STERN S280TRc CONTINENTAL



ORSEUS DENTAL  
0800 14 444

Xtradent  
Textielstraat 24, 8790 WAREGEM  
dental@xtradent.be

Découvrez **Stern S280TRc**, l'unité de travail conçue sur votre talent, pensée pour joindre performance et design à un confort de travail sans précédent. Le fauteuil suspendu favorise une posture toujours optimale tout en réduisant la fatigue et en facilitant la concentration. Le meilleur choix pour libérer votre habileté et faciliter l'interaction de l'équipe médicale.

Série S, Série TR, Série TRc: 20 modèles Stern Weber pour chacune de vos exigences.

Découvrez ce nouveau modèle dès maintenant dans notre showroom sur rendez-vous

Showroom: Rue Birmingham 225 – 1070 ANDERLECHT



STERNWEBER

www.sternweber.com

Ci-contre les activités du COD encore programmées pour les prochains mois de 2009.

Comme d'habitude, nous vous offrons le programme parfait pour l'omnipraticien : des sujets variés, des conférenciers variés, des endroits variés, des dates variées.

Attention : toutes les activités connaissent un succès colossal et certaines afficheront « sold out ». Un conseil : si ce n'est déjà fait, inscrivez-vous sans retard..

Le JOD n°37 spécial programme 2009 reprend tous les détails illustrés.

Vous l'avez égaré ? Demandez-vous un nouvel exemplaire en téléphonant au 0473/41.51.67 ou en envoyant un mail à info@cod.be.

Nous nous ferons un plaisir de vous l'envoyer rapidement et gratuitement !



**CHARLEROI** SAMEDI 7/11/09

Dites "Précieux comme l'émail" !

ACCREDITATION DEMANDÉE : 10 UA 4 + 10 UA 5 + 20 UA 7

Déjà plus de 220 inscrits !  
Capacité élargie : 320  
Risque réel de « Sold out »



**BRUXELLES UCLE** SAMEDI 12/12/09

Dental Thema Day « Bruxisme »

ACCREDITATION DEMANDÉE : 20 UA 1 + 20 UA 7

Déjà plus de 400 inscrits !  
Capacité fixe : 450  
Risque réel de « Sold out »



**BRUXELLES LAMORAL / CHARLEROI / GEMBOUX**

Les peer-reviews du COD

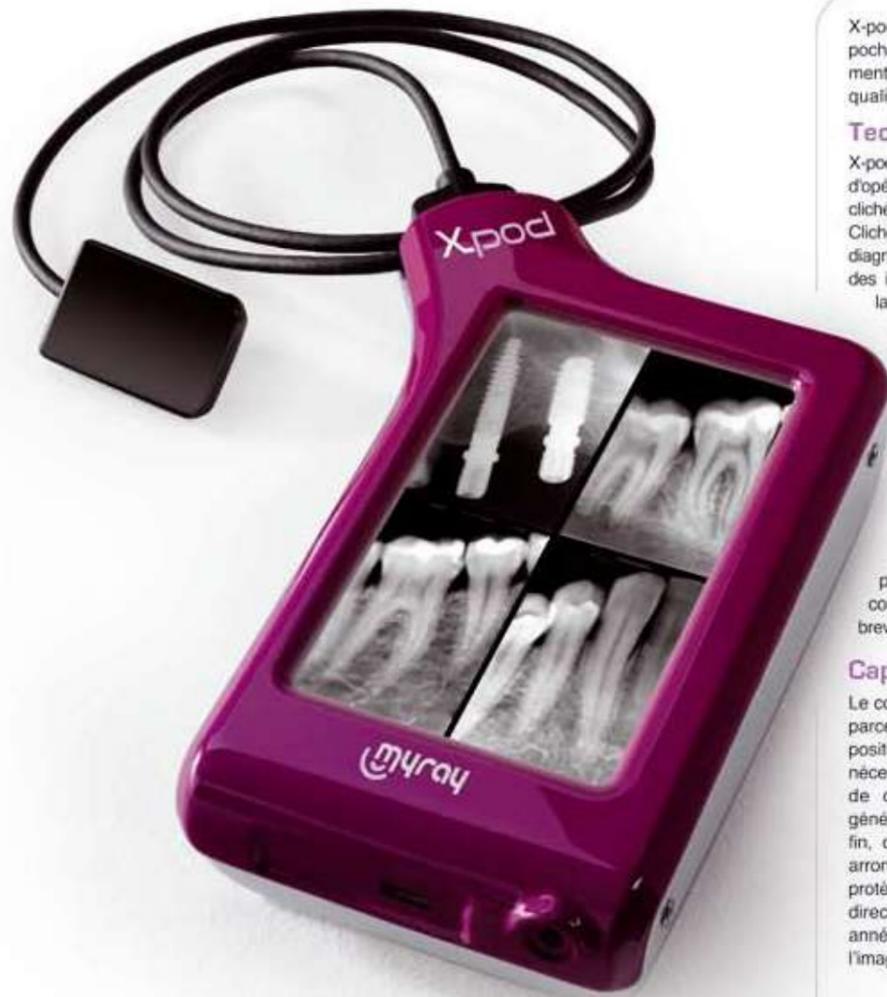
Taux d'occupation : > 90 %  
Pas de session supplémentaire prévue

Tous les détails en quelques clics sur [www.cod.be](http://www.cod.be)

# Xpod

Wireless Digital System

Dans le creux de la main  
Le diagnostic instantané



X-pod, le nouveau dispositif médical de poche créé par MyRay, réalise instantanément des clichés radiographiques de haute qualité dans le creux de la main.

#### Technologie en autonomie

X-pod vous permet de rentrer dans la salle d'opération et de disposer instantanément de clichés radiographiques parfaitement clairs. Clichés qui vous permettent de faire un diagnostic en examinant et en agrandissant des images haute résolution sur un écran large, mais dont les dimensions correspondent à celles d'un appareil de poche. Tout cela sans être lié à des fils, alimentations, logiciels ou un ordinateur: toutes les fonctions disponibles à travers son écran tactile. X-pod se recharge pendant la nuit et sa batterie aux polymères de lithium permet une autonomie d'une journée entière. X-pod sauvegarde les clichés sur la carte mémoire Secure Digital et vous permet de les partager au moyen du port USB ou par connectivité Bluetooth "sans interférence" brevetée.

#### Capteur ergonomique

Le confort du patient n'est pas une option, parce que lorsque le patient est dans une position agréable, le prendre en charge nécessite moins de temps. X-pod est doté de capteurs intra-oraux de dernière génération, avec un revêtement externe fin, des bords émoussés et des angles arrondis. Une couche en fibres optiques protège le capteur contre la pénétration directe des rayons X, permettant des années d'utilisation sans détérioration de l'image.





**RXDC HyperSphere+**  
High frequency X-ray unit



**Hyperion**  
Panoramic Imager



**SkyView**  
3D CBCT panoramic imager



**myray**  
new comfort  
in digital imaging

Distribué par Castelbel : contact par tél. au 010 818 343 ou par mail à info@castelbel.be

**Prochaines activités**

**CHARLEROI** SAMEDI 7 NOVEMBRE 2009

Déjà plus de 220 inscrits !  
Capacité élargie : 320  
Risque réel de « Sold out »

# Précieux comme l'émail !

Activité pluridisciplinaire : pédo • conservatrice • prothèse • esthétique

**Objectifs de ce cours** — On entend souvent des expressions comme : "Précieux comme la prune des yeux", ou même des allusions plus charnues encore... Mais l'organe dentaire ne semble pas avoir les faveurs de l'imaginaire collectif lorsqu'il s'agit d'établir une échelle de valeurs. Et pourtant, une dent perdue ne repoussera jamais ; et, si l'on parvient depuis un demi-siècle à provoquer l'apparition de dentine « tertiaire », si les recherches les plus récentes en matière de cellules souches laissent rêver à une régénération pulpaire dans un lointain avenir, l'émail quant à lui est bel et bien condamné à demeurer, toute la vie durant, pour chaque patient, un capital désespérément limité.

Un constat qui lui vaut bien une journée scientifique, au cours de laquelle nous aborderons les lésions déminéralisantes et leur thérapeutique, les pathologies non déminéralisantes et les approches cliniques les plus respectées dans ce domaine, les techniques prothétiques collées les moins invasives, et enfin la délicate question de la couleur dans toutes ses nuances. De quoi, après cette journée originale et variée, dire à l'unisson : "Précieux comme l'émail !"

### Fiche technique de ce cours

 Organisateur  COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125	<b>Quand ?</b>	Samedi 7 novembre 2009, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	<b>Où ?</b>	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)
	<b>Disponibilité ?</b>	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	<b>Accréditation ?</b>	OUI : accordée - 10 UA dom. 4 + 10 UA dom. 5 + 20 UA dom. 7
	<b>Agrément ?</b>	OUI : 6 heures
	<b>Combien ?</b>	Montant de base tout compris : <b>190,- EUR</b> Après 30/10/2009 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) : +100,- EUR
	<b>Réductions* ?</b> <small>*conditions sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2006)/Étudiant : 185,- EUR <b>Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !</b>
<b>S'inscrire !</b>	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>	

## PROGRAMME

- 9h00 Les lésions déminéralisantes : diagnostic et traitement
- 11h00 Les lésions non déminéralisantes et la microabrasion contrôlée
- 13h30 La prothèse a minima
- 15h30 La couleur : analyse, décision, transmission

Bulletin d'inscriptions en avant-dernière page ou sur [www.cod.be](http://www.cod.be)

## CONFÉRENCIERS



<b>Frédérique D'Arbonneau</b> Brest	<b>Thierry Rouach</b> Paris	<b>Alexandre Miara</b> Paris	<b>Hervé Maréchal</b> Flamanville
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

# Owandy • Une vision claire et instantanée

## I-Max Touch & Visteo Radiographier d'une seule main



### Visteo

Capteur intra-oral à induction

- Capteur CMOS par induction
- Angulateur capteur intégré et universel avec 7 positions prédéfinies ou une angulation libre
- Visualisation de la rotation du capteur dans les logiciels Julie
- Capteurs interchangeables T1 et T2 : 600 - 900 mm<sup>2</sup>
- Boîtier nomade, compact et Easy Clip
- Mordus ergonomiques
- Tous types d'exams radiologiques

### I-Max Touch

Panoramique numérique

- Ecran tactile intuitif. Vision en temps réel de l'image radiologique et zoom
- Exporter l'image directement sur clé USB
- Piloter l'appareil en réseau sur tous les postes du cabinet
- CCD Haute Définition
- 12 programmes
- Option Ceph avec capteur amovible ou fixe
- Intégration 100% compatible dans le logiciel Julie

**owandy**  
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

#### Owandy Benelux

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



I-Max Touch

Visteo

BRUXELLES UCLE SAMEDI 12 DÉCEMBRE 2009

# DENTAL THEMA DAY

## « BRUXISME »

Déjà plus de 400 inscrits !  
Capacité fixe : 450  
Risque réel de « Sold out »

### JOURNÉE THÉMATIQUE INTERUNIVERSITAIRE

**Objectifs de ce cours** – De l'avis général, le nombre des patients bruxomanes s'accroît régulièrement, même si c'est aller trop vite que d'impliquer les circonstances stressantes de la vie moderne. Par ailleurs, ces patients sont, plus qu'auparavant, enclins à consulter les odontologistes en vue d'une réhabilitation de leur sourire.

Et là : attention, danger ! On ne traite pas un bruxomane comme tout patient exempt de parafonction. Il convient de bien comprendre les mécanismes pathogènes et leurs conséquences, de connaître les spécificités thérapeutiques (de la plus simple comme la gouttière de libération occlusale aux plus complexes comme les grandes réhabilitations implantaires) et de s'assurer d'une maîtrise clinique sans faille.

Pour nous y aider, cette journée exceptionnelle réunira quatre puits de science sur le sujet, qui sont aussi des praticiens rompus à la prise en charge clinique du bruxisme, le tout dans une approche interuniversitaire.



#### Fiche technique de ce cours

 Organisateur  COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125	Quand ?	Samedi 12 décembre 2009, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	Où ?	Collège St Pierre, 213 avenue Coghén 1180 Bruxelles (Uccle)	
	Disponibilité ?	450 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : accordée - 10 UA domaine 1 + 30 UA domaine 7	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	<b>190,- EUR</b>
		Après 5/12/2009 : +50,- EUR Sur place (si disponibilité) :	+100,- EUR
	Réductions* ? <small>*conditions sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2006)/Étudiant :	185,- EUR
		Réduction-fidélité :	<b>possible jusque 250,- EUR !</b>
	S'inscrire !	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>	





ÉTUDIANTS

Ils n'ont rien compris

La communication à propos du numerus clausus a été en dessous de tout ces dernières années en Communauté française. Résultat : en première année bacho médecine, les inscriptions explosent. De 23% à l'UCL à 37% aux Facultés Notre-Dame de Namur, toutes les écoles connaissent le phénomène, avec à la clé près de 2.500 inscrits ! Bien entendu, les grandes faucheuses « chimie » et « physique » vont s'en redonner à cœur joie comme à la grande époque, pour faire le ménage parmi les touristes. N'empêche, cela suffira-t-il ? Le quota de nouveaux médecins francophones a été fixé à 492 pour la période 2015-2018, qui concerne les étudiants de première année 2009. Voilà qui fait tout de même 80% de candidats à recalculer, et ceci en présence d'un moratoire interdisant toute procédure de sélection !

Outre les conséquences pratiques sur la qualité de l'enseignement dispensé et le gâchis financier, on peut se demander ce que l'on fera de tous ceux qui réussiront mais n'entreront finalement pas en ligne de compte pour exercer la médecine. Un élargissement du quota ? Peut-être, partiellement. Car même en Flandre où existe un examen d'entrée, trop de candidats réussissent à passer le filtre. On parle donc déjà, sur base d'un cadastre médical qui mettrait en lumière certaines pénuries ciblées, d'orienter les étudiants surnuméraires vers ces filières : spécialités dénigrées, zones géographiques peu attractives... Mais est-ce pour arriver à ces contraintes après 9 ans et plus d'études, que les jeunes choisissent médecine ? S'y soumettront-ils sans exercer d'autres recours ? Et puis, il restera de toute manière des diplômés sur le carreau. Tout cela parce que quelques Ministres successifs n'ont pas eu le courage politique

de prendre la seule décision raisonnable : un concours. Du coup, c'est de l'opposition que fusent les idées : Jacques Brotchi (MR) vient de déposer une proposition dans ce sens. Mais l'opposition est là pour faire des propositions... rejetées.

Stagiaires salariés

Depuis juillet, les médecins généralistes stagiaires ne sont plus indépendants mais salariés. Dans la pratique, ce sont deux ASBL, une pour chaque rôle linguistique, qui font office d'employeurs. À la clé : une augmentation des coûts sociaux, évidemment. L'INAMI a dû dégager un budget de 13,6 millions d'euros pour financer ce nouveau statut !

Reste à savoir si un médecin stagiaire peut se préparer à toutes les facettes du métier de généraliste en étant confortablement salarié... Encore un pas vers une étatisation de la médecine ?

PATIENTS

Fumez, il en restera toujours quelque chose

En Allemagne, la compagnie AID, spécialisée dans l'assurance-vie, fait fort en commercialisant un produit de retraite complémentaire d'un assureur du Liechtenstein, dans lequel le fumeur perçoit davantage que le non fumeur ! Le fumeur présente-t-il donc moins de risque pour être récompensé de la sorte ? Pas du tout. Le raisonnement est purement mathématique : le fumeur ayant une espérance de vie nettement moins élevée, il percevra moins longtemps ses mensualités de retraite. Ces dernières peuvent donc être plus élevées... Cynique ? Oui, d'autant qu'il faut apporter de la preuve d'un tabagisme réellement actif, en se soumettant à un test biologique. Le monde à l'envers, quoi.

À votre bon cœur !

La Chine, championne du monde des exécutions capitales, ne connaît guère de pénurie de greffons, puisque 65% des organes transplantés proviennent de prisonniers exécutés. Mais l'éthique envahit aussi le pays du soleil levant, et la Croix-Rouge chinoise vient de mettre sur pied un autre système national de dons d'organes, afin de limiter la dépendance aux condamnés.

En Belgique, on n'exécute plus depuis longtemps, et donc un système bien rôdé de dons d'organe est en place, même dans l'inconscient collectif. Près de 70% des Belges se déclarent en effet d'accord avec un don d'organes après leur décès. La règle du consentement tacite prévaut d'ailleurs : il faut en effet s'enregistrer comme non donneur, plutôt que le contraire. La Wallonie trône d'ailleurs en tête, avec plus de 4,25 transplantations pour 10.000 habitants en 2008.

Toutefois, dans la pratique, les médecins confrontés au prélèvement demandent l'autorisation des proches, et le bât blesse à ce niveau car l'information est absente. Or, dans ces circonstances émotionnelles fortes, les décisions se prennent très lentement, ce qui est préjudiciable à la survie des greffons. Le résultat est que, globalement, le nombre de transplantations effectives a diminué en Belgique de 15% entre 2007 et 2008, selon des chiffres issus de l'INAMI.

Autre possibilité, pour contrer les problèmes liés aux donneurs décédés : faire appel aux donneurs vivants. C'est une piste suivie actuellement par le Gouvernement belge afin de réduire les listes d'attente. Reste le délicat problème éthique du dédommagement du donneur. Il faut à la fois déterminer un montant sérieux pour les inconvénients subis, et éviter une course au commerce. Évidemment, pour les condamnés chinois, la question ne s'est jamais posée...

Mais elle est où, la grippe A ?

Lors du second décès belge dû à la grippe A/H1N1, fin septembre, près de 8.000 cas avaient été recensés. Cela reste très peu, au moment où les vaccins font leur apparition dans les officines. Pourtant, la mobilisation a été et reste énorme.

Au sommet des mesures, une Loi (rien moins) accordant des pouvoirs spéciaux au Gouvernement en cas d'épidémie. L'attribution de ces pouvoirs spéciaux est limitée à un maximum de 6 mois à partir de la publication au Moniteur belge, et se termine au plus tard le 31 juillet 2010. Il s'agit clairement de court-circuiter le processus parlementaire, afin que le Gouvernement dispose d'un pouvoir de réaction rapide. Pour prendre quelles mesures ? Voici les pistes envisagées :

- Le plan d'approche national prévoit déjà des médicaments antiviraux pour toutes les personnes malades. Mais le Gouvernement souhaiterait que ces antiviraux soient délivrés directement au patient par le médecin traitant.
- Le nombre de dons de sang diminuant en période de grippe, on s'attend à une pénurie dans ce domaine. Le Gouvernement souhaite donc pouvoir relever le nombre maximal de dons par donneur et par an (4 en période normale).
- Enfin le Gouvernement souhaiterait un pouvoir accru en matière

de réquisition de personnel. La Loi organique actuelle ne prévoit en effet pas ce pouvoir pour les aides-soignants, le personnel d'entretien et de cuisine etc.

Tout cela pour ce que plus d'un médecin appelle une « gripette »... Et s'il s'agissait en fait d'un exercice grandeur nature, destiné à préparer la réaction à une autre maladie, plus tard ?

MÉDECINS

To Tamiflu or not to Tamiflu ?

Dans le cadre de la grippe A, la Ministre de la Santé a commandé 12,6 millions de doses de Tamiflu, sans procéder à un appel d'offres. Il n'en a pas fallu plus pour vexer les médecins. Partout, une opposition se fait entendre, car, selon plusieurs sources scientifiques, le Tamiflu serait déconseillé aux patients en bonne santé, ainsi qu'aux enfants et femmes enceintes, en raison notamment d'effets indésirables neuropsychiatriques graves. Ballotés entre les Autorités et le laboratoire Roche, d'une part, et les avis scientifiques d'autre part, les médecins généralistes ont exigé des recommandations de prescription. Afin de ne pas endosser seuls la responsabilité, au sein de la cacophonie ambiante.

Ils ont bien reçu les stocks d'antiviraux... mais pas les recommandations tant attendues !

INFIRMIÈRES

Et moi, et moi, et moi !

Une campagne de vaccination nationale, c'est aussi une aubaine économique. D'où montée au créneau de l'Association belge des praticiens de l'art infirmier, qui a dénoncé le fait que la stratégie mise en place pour lutter contre la grippe A/H1N1 ne fait pas appel à la profession. Et de préciser qu' « une consultation de médecin est facturée environ 35 euros, dont 25 seront remboursés. La visite d'une infirmière réalisant une injection sera, elle, facturée environ 6 euros, dont 4 remboursés. Sur plusieurs millions de patients potentiels, une économie d'échelle est donc tout à fait envisageable. »

La vaccination est certes une couverture, mais de là à la tirer à soi... D'autant que personne ne sait comment une infirmière traiterait un choc anaphylactique tous jours possible avec les vaccins !

INDUSTRIE PHARMA

Remboursé, mais pas pour tout le monde

Le lobby pharmaceutique a de nouveau dénoncé les dispositions réglementaires qui encadrent le remboursement des médicaments. Selon Pharma.be, 46 innovations

2008 concernaient près d'un million de patients, mais seuls 300.000 de ces derniers bénéficiaient du remboursement. Dès lors, beaucoup renoncent aux traitements, aggravant leurs pathologies et abandonnant toute idée de reprise professionnelle, avec des conséquences budgétaires plus élevées que le remboursement des médicaments en première intention, selon les pharmaceutiques belges.

Tout le monde cherche à défendre sa chapelle, mais reconnaissons que l'investissement à long terme n'est guère une priorité en ce pays où règne la rustine.

Pénurie de médocs

Autre question d'accessibilité : les stocks de médicaments au sein des officines et chez les grossistes. Il arrive que des malades doivent patienter jusqu'à 48 heures avant d'être fournis, car le médicament est sous quota de répartition. Pour certaines pathologies, ce délai n'est pas acceptable ; on pense par exemple à l'insuline.

Selon Pharma.be, des problèmes temporaires de fabrication existent, mais une cause plus larvée de cette pénurie réside dans la volonté des répartiteurs d'exporter les médicaments disponibles ; en effet, les prix imposés en Belgique offrent une marge bénéficiaire inférieure...

Comme quoi, moins cher, c'est parfois aussi moins bon.

HÔPITAUX

Facture salée

Pour une fois, ce ne sont pas les patients qui reçoivent une facture salée de l'hôpital, mais bien les hôpitaux qui vont devoir déboursier 6 millions d'euros à destination de l'INAMI.

En cause : le système, certes arbitraire, des « montants de référence », qui visent à réduire les trop grandes différences de coûts

pour la biologie clinique, l'imagerie médicale et les prestations techniques. Ils sont établis en calculant la moyenne nationale des dépenses réelles, augmentée de 10%. Une sorte de surconsommation établie statistiquement, en somme.

Résultat : 30 hôpitaux sur les 160 que compte le pays ont reçu une note variant de 60.000 à 324.000 euros.

Les établissements de Wallonie sont particulièrement touchés. Il se chuchote d'ailleurs que la mesure avait été prise in illo tempore par le Ministre flamand Vandenberghe pour compenser en partie les transferts Nord-Sud...

DENTISTES

Les bonbons, c'est pas bon

Une étude de l'Université de Cardiff, publiée fin septembre, révèle que la consommation de bonbons dans l'enfance prédispose aux comportements violents à l'âge adulte ? Il s'agissait tout de même d'une étude prospective à long terme portant sur 17.415 sujets britanniques nés en 1970, et faisant le lien entre la consommation de sucreries et le taux de condamnation judiciaires pour violences diverses.

Le phénomène est-il lié à la plus forte prévalence de caries dentaires, et à l'agressivité qui accompagne la douleur ? Pas du tout. Simon Moore, à la tête de l'étude, explique que « donner aux enfants des sucreries et des chocolats régulièrement pourrait les empêcher d'apprendre à patienter avant d'obtenir ce qu'ils veulent et les pousser à un comportement impulsif, étroitement associé à la délinquance ».

Devinez la suite : l'industrie alimentaire a contesté les résultats, indiquant qu'il s'agissait d'un problème plus général de démission parentale. ■



Le COD s'implique de nouveau

# Dentiste-tabacologue : c'est possible !



**Vous le savez, le COD s'implique farouchement dans le cadre de la prévention du tabagisme et la promotion du sevrage.**

**Dernière action en date : le soutien, au sein du milieu dentaire, de la campagne « Sevrage pour tous » dans le cadre du Plan national Cancer.**

**Découvrez cette initiative dans la brochure annexée à ce numéro du JOD, et, vous aussi, mobilisez-vous !**

> Le COD, avec le FARES

**L**a combinaison des aides augmente les chances d'un sevrage tabagique réussi !

Même si certains traitements médicamenteux ont fait leurs preuves, les études recommandent de les intégrer dans le cadre de l'accompagnement auprès d'un professionnel de santé<sup>1</sup>. Arrêter de fumer est un cheminement. Le fumeur abandonne un comportement et ses avantages. Il se défait progressivement d'un geste maintes fois répété tout en faisant face aux envies de fumer et au manque de nicotine. La consultation d'aide à l'arrêt permet d'accompagner le fumeur tout au long de sa démarche jusqu'à un nouvel équilibre de vie sans tabac.

À partir du 1<sup>er</sup> octobre dernier, la consultation d'aide à l'arrêt tabagique auprès d'un médecin ou d'un tabacologue reconnu bénéficie d'un remboursement partiel. Cette mesure, qui prévoit l'accessibilité du sevrage tabagique pour tous, est une réalisation du Plan national Cancer. Un Arrêté Royal publié ce 15 septembre 2009 fixe l'intervention à 30 euros pour la première consultation et à 20 euros pour chacune des suivantes, jusqu'à un total de 8 séances sur une période couvrant 2 années civiles. Toutefois, pour les femmes enceintes, l'intervention reste fixée à 30 euros par consultation et ce, pour un total de 8 séances maximum par grossesse.

Tous les fumeurs peuvent donc dé-

sormais bénéficier du remboursement de leurs consultations d'aide à l'arrêt auprès d'un médecin ou d'un tabacologue reconnu. Ce dernier est un professionnel de santé ou un licencié en psychologie qui a suivi une formation spécifique dans l'aide à l'arrêt du tabac. Oui, c'est donc désormais possible de devenir tabacologue au sein même d'un exercice d'omnipraticque dentaire !

Parallèlement à l'entrée en vigueur de l'AR, une campagne fédérale d'information mobilisent largement les associations de professionnels de santé (dont le COD), les mutuelles et les hôpitaux qui diffusent auprès de leurs membres et personnel plusieurs outils de communication explicatifs sur cette mesure et proposent des pistes pour orienter les patients fumeurs.

En effet, la mobilisation de différents professionnels de santé comme les dentistes, les infirmières, les sages-femmes, les pharmaciens, les kinés... a montré dans plusieurs pays une réelle efficacité dans la sensibilisation des patients fumeurs. Ils jouent un rôle-clé pour encourager et orienter les personnes vers les possibilités d'aides existantes : les consultations individuelles ou en groupe, la ligne téléphonique gratuite Tabac Stop 0800 111 00 et le coach Online [www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be), etc.

Dans le cadre de cette campagne, trois outils de communication ont été réalisés pour les professionnels de santé : un dépliant sur la procédure de remboursement, un arbre décisionnel sur l'abord de la question du tabagisme ainsi qu'un marque-page à remettre à leurs patients fumeurs.

Cette campagne est coordonnée par le FARES et la VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebrijding), avec le soutien du Service Public Fédéral Santé Publique et l'INAMI. Le FARES (Fonds des Affections Respiratoires), anciennement Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Éducation à la Santé, est une association sans but lucratif qui se consacre à la prévention du tabagisme, à la prévention et au suivi de la tuberculose et des affections respiratoires chroniques.

Une initiative à saluer pour venir à bout de ce fléau ! ■

## Les 38 associations partenaires

Association Belge des Diététiciens de Langue Française  
 Association Belge des praticiens de l'art infirmier  
 Association des Kinésithérapeutes belges  
 Association Pharmaceutique Belge  
 Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding  
 Centre du Cancer  
 COD - Collège d'Omnipraticque Dentaire  
 Confédération Belge des Infirmiers Indépendants  
 Fédération Belge des Psychologues  
 Fédération des Aides et Soins à Domicile  
 Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes  
 Fédération des Centres de Planning et de Consultation  
 Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial  
 Fédération Laïque des Centres de Planning Familial  
 Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant  
 Fédération des maisons médicales  
 Fondation Contre le Cancer  
 Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes  
 Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique  
 Ligue Cardiologique Belge  
 Ministère de la Santé de la Communauté Germanophone  
 Mutualité Chrétienne  
 Mutualité Libérale  
 Mutualités Libres  
 Mutualité Neutre de Bruxelles  
 Mutualité Socialiste  
 Office National de l'Enfance  
 Réseau Hôpital sans tabac  
 Société Belge d'Endocrinologie  
 Société Belge de Pédiatrie  
 Société Belge de Pneumologie  
 Société Royale Belge d'O.R.L.  
 Société Royale de Médecine Mentale  
 Société Scientifique de Médecine Générale asbl  
 Société Scientifique de Santé au Travail  
 Union des Kinésithérapeutes Francophones et Germanophones de Belgique  
 Union professionnelle des Chirurgiens belges  
 Union Professionnelle des Sages-femmes Belges

## En savoir plus...

[www.fares.be](http://www.fares.be)  
[www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be)  
 0800/111 00

<sup>1</sup>Shiffman, S. (1993). Smoking cessation treatment: any progress? *Journal Consulting Clinical Psychology*, 61, pp. 718 – 722.

Cinciripini, P. M., Cinciripini, L. G., Wallfisch, A., Haque, W. & Van Vunakis, H. (1996). Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: effects on cessation outcome, affect, and coping. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 64, 314 – 323.

Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E. & Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 114, pp. 555 – 562.



# IADR

## Le chaînon manquant



le génie civil, les statistiques... Cette diversité explique peut-être les lenteurs de l'association dans ses débuts. Ainsi, lors du premier congrès de 1922 à l'hôtel Plaza de New York, seulement deux communications furent présentées ; à comparer avec les quelque 1.000 exposés annuels de nos jours !

Ceci dit, dès l'adoption des statuts, il avait été bien convenu que l'IADR servirait de fédération à des sections locales qui, elles, devaient être les véritables moteurs du développement associatif. En 1922, ces sections n'étaient qu'au nombre de quatre, alors que l'on en dénombrait déjà 11 lors du 8<sup>e</sup> congrès annuel à Toronto, en 1930, et chacune de ces 11 sections — dont déjà une européenne à Vienne — avait une réelle activité avec des réunions sur base régulière. Ce meeting de Toronto de 1930 est d'ailleurs considéré aujourd'hui comme le véritable lancement international de l'IADR, qui n'allait plus jamais connaître de répit.

### Rayonnement

L'IADR s'est également rapidement intéressée aux autres sociétés scientifiques, n'hésitant à financer certaines d'entre elles et à s'associer à des projets externes, comme ceux de l'American Association for the Advancement of Science.

Étonnamment, l'organe de l'IADR, le Journal of Dental Research (JDR) avait vu le jour avant même la naissance de l'association, dès 1919. Durant tout un temps, le lien entre les deux entités fut d'ailleurs confus, notamment pour des raisons de financement des coûts énormes du journal, qui faisait largement appel aux donations privées. Ce n'est finalement qu'en 1934 que le JDR fut officiellement accepté comme publication officielle de l'IADR. La raison de cette fusion fut d'ordre pratique : le rédacteur en chef et principale cheville ouvrière du journal, William J. Gies, approchait de l'Émirat dans son Université de Columbia. Son successeur, Theodore Rosebury, n'eut pas beaucoup de chance : après six mois, il dut cesser toute publication en raison de la Grande Dépression. Le malheur allait encore frapper, puisque, lorsque ●●●

**Souvent, les dentistes se posent la question de la fiabilité des nouveaux produits et matériels qui envahissent les catalogues.**

**Les marques rivalisent d'ingéniosité pour proposer du « nouveau », qui forcément est aussi « différent » de la concurrence.**

**Une structure mondiale nous aide à faire le tri. Découverte.**

> Thierry VANNUFFEL

**N**ouveau en quoi ? Différent en quoi ? Le nouveau et le différent sont-ils nécessairement porteurs d'amélioration en termes cliniques ? Ou s'agit-il de simple marketing ?

Les cliniciens se sentent endosser le rôle de testeurs grandeur nature. De plus, le financement en est pour leurs frais, puisqu'il faut bien acheter ces produits mis sur le marché avant d'être testés cliniquement. Et en cas de problèmes, c'est encore une fois le praticien de terrain qui devra supporter toutes les

conséquences. La tentation est alors forte de se replier sur ce « qui marche » et « a toujours marché ». Mais dans ce cas, ne risque-t-on pas de passer à côté d'une réelle innovation ? D'un changement de concept salutaire ? Comment faire le tri ? Indéniablement, il semble manquer une étape entre le développement d'un produit et sa mise sur le marché. Cette étape, c'est la validation.

Heureusement, tout n'est pas si noir. Il est possible de s'informer scientifi-

quement sur le produit et, ainsi, faire un pas vers la dentisterie fondée sur la preuve. Pour nous y aider : l'IADR, International Association for Dental Research.

### Une vieille Dame bien alerte

Cette structure méconnue, pourtant âgée de quelque 90 ans, en jetant un pont entre recherche industrielle et application clinique, représente le chaînon manquant du processus d'innova-

tion en art dentaire. L'IADR fut fondée à New York le 10 décembre 1920. À cette époque, le concept de société scientifique spécialisée était tout à fait original ; en effet, la plupart des sociétés savantes en place étaient pluridisciplinaires.

L'IADR a immédiatement opté pour un intérêt centré sur la médecine dentaire, bien que l'aspect « Recherche » implique naturellement de sortir du strict champ d'activité dentaire, en s'intéressant à la chimie, la physique, la biologie,



Comprendre la Science qui « se cache derrière » nos produits et protocoles : un élément fondateur d'une pratique de qualité

**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](http://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](mailto:info@durr.be)



LES IDEES FONT LE PROGRES. [WWW.DURR.BE](http://WWW.DURR.BE)



••• William J. Gies accéda finalement à la présidence en 1939-1940, son successeur élu, Rudolf Kronfeld, décéda un mois avant de prendre fonction. Mais tout cela, ni plus que la seconde guerre mondiale, n'empêcha l'IADR de poursuivre l'édification de solides structures. Ainsi, le 28 juillet 1938 vit l'officialisation d'un Groupe de travail spécifique sur les Biomatériaux dentaires.

Les années cinquante furent marquées par la concrétisation du projet fédéral initial. En 1952, la North American Division fut instituée comme entité propre, la British Division dès 1953, et la Japanese Division en 1954. La mondialisation continua dans les années soixante, avec la création des divisions Continental Europe en 1964, sud africaine en 1966, australienne en 1968 et scandinave en 1969.

En 1965, en raison de l'accroissement du travail administratif, un bureau permanent fut adopté, bien modestement tout d'abord, avec un secrétaire-trésorier temps plein flanqué d'un assistant. Ce petit staff fut hébergé par l'American Dental Association, qui venait d'étrener de tout nouveaux locaux.

Le 16 mars 1970, une grandiose cérémonie à New York marqua le 50<sup>e</sup> anniversaire de l'association, où tous les Présidents de division furent invités en compagnie de leur staff. L'IADR avait atteint ses premiers objectifs : mondialisation, structure en fédération, reconnaissance scientifique grâce à de nombreux groupes de travail dédiés aux différentes disciplines de l'art dentaire. Elle était prête pour peser de tout son poids sur les formidables avancées qui s'annonçaient.

**L'IADR en 2009**

L'association bientôt centenaire se fixe une triple mission :

- Elle souhaite tout d'abord promouvoir la recherche et accroître le volume de connaissances, dans le but d'améliorer la santé orale dans le monde. Si c'est au travers de ses divisions et sections qu'elle poursuit ce but, elle ne renonce pas à s'associer aux associations dentaires, à l'industrie et aux pouvoirs publics.

- Elle se veut aussi être l'instance de représentation de la communauté des chercheurs en santé buccale. À ce titre, elle s'inscrit résolument dans une démarche prosélytique.

- Enfin, elle s'ordonne d'être un vecteur de diffusion de connaissances et de mise en application des découvertes de la recherche. C'est dans ce cadre qu'elle met en œuvre d'innombrables réunions ouvertes à l'ensemble de la Profession dentaire.

Pour réaliser d'aussi ambitieux défis, l'IADR peut compter sur un staff de 18 permanents au siège central de New York ! Pas moins de 35 divisions sont désormais fédérées sous cette coupole. Quant à la Belgique, elle appartient bien entendu à la Continental European Division, dont le Président actuel est Reinhard Hickel, de l'Université de Munich.

**Meetings**

Voici pourquoi le congrès annuel de la Continental European Division s'est tenu, du 9 au 12 septembre 2009, dans

la capitale bavaroise. Il s'agissait d'une réunion conjointe entre la Continental European Division, la Scandinavian Division et la Israeli Division.

Cet événement majeur de quatre jours s'est décliné en communications orales, en présentations de posters (souvent des résumés de publications récentes) et en workshops sur des points d'intérêt particulier. Tous les dentistes peuvent s'inscrire à ces réunions ; c'est l'occasion ou jamais de toucher au plus profond de la recherche et du développement. Le niveau est évidemment très élevé, et parfois éloigné — à première vue — de l'exercice quotidien. Mais le concept « *Understanding the Science behind* », comme le décrit Cora Bracho-Troconis, Directrice de la Recherche chez Septodont (Colorado), est aussi un élément fondateur d'une pratique de qualité.

Et cela permet aussi de mieux implémenter les nouveaux concepts, de mieux choisir ses produits, sur des bases déjà objectives, avant même de découvrir les résultats de la recherche, clinique cette fois, organisée souvent par les centres universitaires. ■

Meeting IADR  
Munich, septembre 2009

# Septodont : une collaboration scientifique exemplaire

Un meeting IADR est aussi une formidable opportunité de mêler la recherche industrielle et la recherche clinique.

La firme Septodont s'inscrit dans cette démarche. Lors de la réunion de Munich, un Lunch&Learn était organisé afin d'expliquer aux professionnels présents les innovations technologiques qui se cachent derrière le composite N'Durance®.

Une occasion unique de sonder les responsables de la firme sur leur implication réelle en matière de recherche, au bénéfice des praticiens de terrain et des patients...

> propos recueillis par Thierry VANNUFFEL



Zara Mekahli  
General Manager Benelux  
Septodont  
Bruxelles

**Le JOD — Septodont élargit de plus en plus son offre, avec des produits innovants. L'objectif est-il de devenir incontournable dans les cabinets dentaires ?**

Zara Mekahli — Septodont s'est fixé pour objectif d'apporter aux dentistes des produits qui contribuent à une meilleure dentisterie, pour le bénéfice de leurs patients. Depuis plus de 75 ans Septodont fabrique des produits dentaires de haute qualité. Présent dans plus de 150 pays, nos produits répondent aux standards nationaux et internationaux les plus exigeants. Ils subissent dans nos laboratoires des contrôles qualité très rigoureux. Nous maintenons notre tradition d'excellence et d'innovation en anesthésie, endodontie, chirurgie, restauration, hygiène... et couvrons l'ensemble des besoins thérapeutiques d'un cabinet dentaire.

Les praticiens savent qu'ils peuvent compter la qualité constante de nos produits. Leur confiance a fait de Septodont le leader de l'anesthésie locale avec plus de 500 millions d'injections réalisées dans le monde chaque année avec un anesthésique Septodont. Nous sommes fiers de notre rôle de leader et nous efforçons en permanence de nous remettre en question et d'améliorer nos produits.

**Le JOD — Particulièrement avec sa gamme N'Durance®, Septodont s'assure une position ambitieuse dans le domaine des matériaux d'odontologie conservatrice...**

Zara Mekahli — En effet. N'Durance®, issu de la technologie Nano-Dimer, apporte une avancée technologique dans le domaine des composites : il s'agit d'un nouveau type de résine diméthacrylate, l'acide dimère, dont le système de polymérisation permet à la fois de réduire la rétraction et le stress à la polymérisation et d'augmenter la conversion des monomères en polymères. Ceci afin de réduire les sensibilités postopératoires et d'améliorer la biocompatibilité par la diminution des monomères résiduels.

Cette nouvelle résine reste compatible avec les adhésifs actuels : le praticien peut continuer à utiliser le système d'adhésion qu'il apprécie et auquel il est habitué, sans changer ses procédures de travail. D'autre part, le système de charges de N'Durance® combine des nano particules et des nano agrégats. Cela en fait un composite polyvalent pour des restaurations antérieures et postérieures esthétiques et durables dans le temps.

Une étude actuellement menée à l'Université Catholique de Louvain et réalisée par l'équipe du Prof. Lambrechts, montre que notre composite N'Durance® présente une usure similaire à celle de l'émail humain, ce qui prouve l'excellence du matériau.

Cette plate-forme technologique Nano-Dimer se décline actuellement en un composite universel, N'Durance®, mais aussi en un composite fluide, N'Durance® Dimer Flow, et dans un futur proche en un matériau pour reconstitution de moignons.

Les retours positifs des utilisateurs confirment que N'Durance® est le composite antéro-postérieur de choix pour les praticiens et que la technologie Nano-Dimer représente une étape importante dans l'évolution des composites.

**Le JOD — S'appuyer sur le travail des chercheurs, c'est ce que devrait faire chaque fabricant. Comment une firme comme Septodont gère-t-elle ce défi dans la pratique ?**

Zara Mekahli — Dans la pratique, nos équipes recherche et développement travaillent étroitement avec les Universités.

La résine basée sur l'acide dimère a été développée par l'Université du Colorado. Notre département R&D a ensuite combiné cette résine avec un système de charges innovant pour aboutir à notre technologie Nano-Dimer. Nous avons ensuite travaillé avec les universités de Loma Linda, de Louvain et de Munich pour valider cliniquement notre composite.

Dans tous les domaines de la dentisterie, nous travaillons également en étroite collaboration avec plusieurs universités partout dans le monde pour pouvoir proposer aux dentistes des produits innovants et contribuer ainsi à une meilleure dentisterie, que ce soit par l'utilisation des technologies de pointe ou bien avec des produits reconnus et validés cliniquement depuis longtemps.

Au delà de la recherche, nous attachons une importance particulière à maintenir un lien permanent avec les praticiens, que ce soit au travers de groupes de travail, d'évaluations de produits, de conférences ou de publications scientifiques, afin de montrer que nous sommes à leur écoute et de continuer à mériter leur confiance. ■



Cora Bracho-Troconis  
R&D Manager  
Confi-Dental Products Co  
Denver, Colorado, USA

**Le JOD — Pensez-vous que l'IADR joue un rôle important dans le développement ou la validation de nouvelles technologies, ou procédures, ou encore de concepts pour la dentisterie d'aujourd'hui ?**

Cora Bracho-Troconis — Oui, vraiment. Les congrès de l'IADR constituent la plus formidable opportunité de rencontre entre les chercheurs industriels et les collègues issus des milieux universitaires qui font un travail de première importance. Pour Septodont, c'est fondamental de participer à ces manifestations, afin de recueillir toutes les informations sur les derniers développements, identifier les nouvelles technologies, et aussi les tendances dans le monde de la recherche dentaire. L'IADR représente également une possibilité d'harmoniser les procédures de tests des produits finis. Savez-vous que tous les nouveaux concepts aussi bien que tous les produits innovants mis récemment sur le marché ont fait l'objet de présentation et discussion au sein de l'IADR au cours des années qui ont précédé ? Ce dont on parle aujourd'hui à l'IADR, c'est donc clairement ce qui sera dans les tiroirs des dentistes demain.

**Le JOD — Iriez-vous jusque dire que l'industrie travaille main dans la main avec les chercheurs universitaires ?**

Cora Bracho-Troconis — En ce qui concerne ma firme, c'est tout à fait le cas. Nous pouvons faire état d'un joli passé de coopération avec différentes Universités de par le monde, et ceci dans de nombreux domaines : par exemple le transfert de technologies vers la sphère dentaire, le financement de doctorants, ou encore l'évaluation clinique des produits développés. Pour Septodont, il s'agit d'une approche complémentaire à la recherche interne à l'entreprise. Un exemple parlant : la technologie de résine à la base de notre nouveau composite nanohybride N'Durance® a été développée à l'Université du Colorado, et son transfert en dentisterie a été mis au point dans les laboratoires Septodont. Les deux équipes ont donc travaillé en collaboration étroite durant près de cinq ans.

**Le JOD — Dans le fond, les chercheurs trouvent aussi un très beau champ d'activité dans la diffusion de connaissances vers les praticiens, avec une optique de dentisterie fondée sur la preuve !**

Cora Bracho-Troconis — C'est certain. Les cliniciens ont tout intérêt à mieux comprendre la Science qui se cache derrière leur pratique de tous les jours. Les chercheurs de l'industrie aussi bien que des Universités ont un rôle fondamental dans ce domaine, en mettant sur pied des programmes conjoints de formation. ■



VIVA  
LA REVOLUCIÓN !!



# N'Durance®: la solution composite pour plus de biocompatibilité et de durabilité.

Septodont innove en utilisant dans sa nouvelle gamme de composites - N'Durance® et N'Durance® Dimer Flow - la Nano-Dimer Conversion Technology®.

Cette nouvelle technologie est l'unique combinaison d'une nouvelle résine offrant un taux de rétraction volumétrique extrêmement faible, une haute conversion des monomères en polymères et d'un système de charges nano-optimisé.

## Une nouvelle résine à faible rétraction:

Incluant des monomères issus de l'acide dimère, la rétraction volumétrique du composite universel N'Durance® est de 1.4%. Cette faible rétraction volumétrique (et le faible stress de polymérisation associé) est obtenu grâce à :

- des monomères de grandes tailles qui vont ainsi compenser la rétraction volumétrique
- une séparation de phase induite des polymères (PIPS) : à la polymérisation, les monomères vont polymériser en plusieurs phases, limitant également de cette façon la rétraction de polymérisation.

Cliniquement, cela se traduit par moins de tension aux interfaces composite/bonding/dent. Cela contribue à une meilleure qualité et une plus grande durabilité de la restauration mais aussi à moins de sensibilités post-opératoires.

## Une nouvelle résine à haute conversion de monomères:

Avec les résines diméthacrylates de type BisGMA/TEGDMA la réduction de la rétraction se fait au détriment de la conversion des monomères. La majorité des composites aujourd'hui ont un taux de conversion compris entre 40% et 60%.

Les monomères issus de l'acide dimère sont des molécules extrêmement souples et vont permettre d'augmenter la conversion finale des liaisons doubles. Le composite universel N'Durance® offre une conversion des monomères de 75%.

Les avantages d'une haute conversion sont les suivants :

- Amélioration des propriétés mécaniques pour une plus grande durabilité des restaurations
- Diminution des monomères résiduels pour une meilleure biocompatibilité
- Diminution de la solubilité et de l'absorption d'eau pour une meilleure résistance aux colorations

Ce système de charges confère au composite universel N'Durance® à la fois les caractéristiques de résistance nécessaire en postérieur et le rendu esthétique et la facilité de polissage indispensable en antérieur. De plus, ces charges confèrent aux composites N'Durance® une radio-opacité importante, proche de celle de l'amalgame, afin de distinguer aisément le composite de la structure dentaire.

## Une gamme de composites permettant d'aborder facilement toutes les situations cliniques :

N'Durance® est disponible sous forme de composite universel, pour des restaurations antérieures et postérieures en une opacité de Classe I à V. Un large choix de teintes est proposé : les 16 teintes Vita™ classiques + un opaque universel, un bleach white et une teinte incisale idéale pour améliorer le rendu esthétique. Thixotrope, la viscosité de N'Durance® s'adapte à votre préférence: plus vous le condensez, plus le composite devient souple tout en ne collant pas aux instruments. N'Durance® étant à base de diméthacrylates, il reste compatible avec tous les adhésifs courants.



N'Durance® existe aussi en composite fluide, ce qui permet de bénéficier des avantages de la technologie dimère pour les indications suivantes :

- Base/fond de cavité.
- Scellement de puits et fissures.
- Petites cavités.
- Réparation de restauration en composite.

Sa viscosité médium vous convaincra par le fait que le composite ne coule pas et reste bien en place jusqu'à la polymérisation. Grâce aux embouts ultrafins de la seringue N'Durance® dimer flow une mise en place précise même dans les très petites cavités est possible. Disponible en 2 seringues de 2g +20 embouts ultrafins en 8 teintes: (A1, A2, A3, A3.5, B1, C2, Universal Opaque, Bleach White).

## N'Durance™ Dimer Flow

Le composite révolutionnaire est maintenant aussi disponible en flowable !

L'exceptionnelle association des monomères du N'Durance™ Dimer Flow réduit le retrait de la résine. Faible retrait volumétrique et taux de conversion élevé du monomère confèrent à vos restaurations plus de **biocompatibilité et de durabilité**. Le retrait volumétrique plus faible et le taux de conversion élevé (75%) contribuent aussi à la diminution de la sensibilité postopératoire !

N'Durance™ Dimer Flow est multi-usages et indiqué pour :

- Base/fond de cavité
- Scellement de puits et fissures étendus
- Petites cavités
- Réparation de restauration

Grace aux fins embouts de la seringue N'Durance™ Dimer Flow permet une mise en place précise même pour les très petites cavités.

N'Durance™ Dimer Flow est compatible avec tous les agents de collages et avec tous les composites.

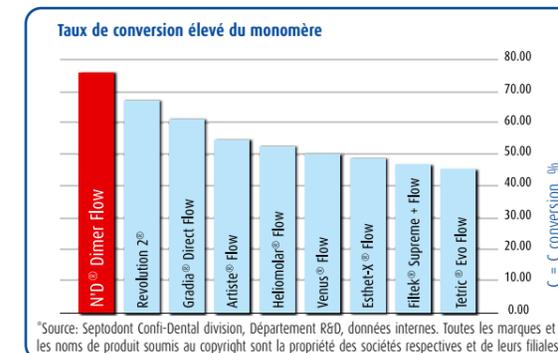
N'Durance™ Dimer Flow est extrêmement radio-opaque: les radiographies sont faciles à lire et montrent nettement la différence entre la dentine, l'émail et la restauration permettant ainsi un meilleur contrôle dans le temps.

Enfin, la très grande hydrophobicité du N'Durance™ Dimer Flow entraîne une diminution significative de l'absorption d'eau pour une durabilité esthétique des restaurations.

Disponible en 2 seringues de 2g +20 embouts ultrafins en 8 teintes: (A1, A2, A3, A3.5, B1, C2, Universal Opaque, Bleach White)

La meilleure des chimies faite toute la différence.

SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles  
Tél. +32 (0)2 425 60 37 • Fax +32 (0)2 425 36 82 • commande@septodont.be • www.septodont.be



## Un système de charges nano-optimisé :

Cette nouvelle résine à été combiné à un système de charge incluant de l'Ytterbium sous forme de nano-particules et nano-agrégats, du verre de Baryum et de la Silice.



SEPTODONT NV-SA • Tél. +32 (0)2 425 60 37 • Fax +32 (0)2 425 36 82 • commande@septodont.be • www.septodont.be

La FDI a choisi Singapour, la ville-état prodige, pour son 97<sup>e</sup> congrès annuel mondial, du 2 au 5 septembre 2009.

Un retour en fait, vers cet extrême sud-est asiatique, archipel de 64 îles, qui avait déjà accueilli l'événement planétaire lors de son édition de 1990.

Et, à la vérité, cette renaissance est bien compréhensible. Par le hasard de la géographie, Singapour trône à la croisée des chemins, au carrefour des mondes et des civilisations.

Mieux, cette *Cité du Lion* représente un laboratoire de la globalisation : les races et les genres s'y mêlent, les religions s'y frôlent, les fortunes s'y font et s'y défont tout au long d'un ascenseur social aux garde-fous vigilants, tout cela dans une paix sociale absolue et en absence de criminalité.

Cette position de choix sur les cartes, cet éclectisme racial et social, et aussi une conception solide de l'Autorité et des services publics, ont boosté la création et la rentabilisation d'infrastructures d'exception — et celui qui y organise son événement ne court pas le moindre risque. En témoigne notamment la tenue, chaque année paire, du pendant « Asie-Pacifique » de l'exposition IDS de Cologne.

> Thierry VANUFFEL



**fdi**

SINGAPORE 2009

# L'art dentaire au carrefour des mondes

Aucun doute possible, lorsque les portes fumées coulisent devant l'étranger quittant son hôtel surclimatisé, en route pour sa journée de congrès. Cette fournaise qui fouette le visage ! Cette sensation d'humidité collante ! Cette végétation d'ailleurs, émeraude et rosée à la fois ! Cette fourmilière bigarrée qui grouille sur les bitumes ! Et cette odeur, cette odeur omniprésente, mélange confus d'épices audacieux et d'assaisonnements insoupçonnés, d'ablutions séculaires et de fragrances contemporaines, de sous-bois tropical et de gaz à effet de serre... aucun doute : ce patchwork, c'est l'Asie.

## L'Occident tant envié

Avec précipitation, le congressiste traverse le boulevard au feu sonore, et s'enfonce par une porte dérobée dans le dédale des centres commerciaux à l'atmosphère régulée. Montréal revient

en mémoire. Mais si les Montréalais fuient les morsures de l'hiver dans leur cité souterraine, c'est plutôt à la moiteur cuisante de l'équateur que les Singapouriens, toute l'année durant, échappent sous terre.

Et là, l'Occident règne en maître. Gucci, Levi's, Tag-Heuer, Swarovski, Tommy Hilfiger, Timberland, Clarks, Lacoste, Mont-Blanc... Les boutiques affichent des teasers, dont les mannequins ont les yeux résolument débridés. Qui a prétendu que c'est l'Asie qui envahit le Monde ? À peine pouponnées chez le coiffeur, les belles se pressent chez la manucure et analysent les nouveaux assortiments de l'Occitane en Provence.

Bousculé par les hordes vomies du métro à Raffles Place, le congressiste se réfugie dans le City Link Mall. À une extrémité : un curieux sushi coréen. À l'autre : une pointe d'Amérique au ●●●

SINGAPORE

●● Starbucks. Entre les deux s'étale une profusion de coffee shops aux étals débordant de pâtisseries, viennoiseries et crackers. Toute la débauche trouvera preneur à l'heure du thé, coutume gravée à jamais dans les habitudes locales par l'invasisseur britannique. Le congressiste s'étonne d'ailleurs de la progression de l'obésité à Singapour : aux côtés des grossesses qui explosent, les embonpoints et rondeurs de toutes sortes font perdre la tête aux étalagistes, accoutumés à assortir les rayons de tailles small et medium.

En sortant du mall par le haut du lent escalier roulant, le congressiste croise du regard les groupes de jeunes Singapouriens en pause, qui ne s'adonnent plus au feng shui, mais grillent une cigarette à l'extérieur des établissements. Ils ressemblent quand même un peu à leurs ancêtres taoïstes, qui jetaient au brûlot du papier de chanvre lors des funérailles. Mais ce sont leurs propres funérailles que les jeunes asiatiques préparent, en se consacrant à ce tabagisme particulièrement actif.

Au dehors, le congressiste rejoint Bras Basah Road. Le long du trottoir, des rails de sécurité, et, à cinq mètres de hauteur, une cursive électrique temporaire garnie de projecteurs, rappellent que le Grand Prix de Formule 1 urbain est pour bientôt, immense copie de ce qui se fait sur le Rocher. Alors, pour innover, on roule plutôt la nuit. Et le Monaco d'Asie met les petits plats dans les grands pour sa seconde édition, car pour sa grande première du 28 septembre 2008, le crashgate de l'écurie Renault reste un douloureux souvenir.

Sur la droite, une immense tribune fixe encadre le boulevard qui mène à la Marina. Et là tout derrière, des grues gigantesques attestent que la ville encore gagne sur la mer.

Le congressiste se retourne : il fait face au Centre de congrès Suntec, immense structure tentaculaire de béton, d'acier et de verre.

Bon. Resserrer le col pour une journée dans le souffle des climatiseurs. Éviter la grippe H1N1, si possible. Rassembler son Anglais. Et entrer. Place à la Science ! ■



**SESSION SCIENTIFIQUE : OPÉRATOIRE**

**L'évolution des idées en dentisterie restauratrice**

Mark WOLFF (New York, USA)

Tout ce que les dentistes apprennent est trop mécaniste. Il faut en revenir au principe de base : « soigner la maladie ». Or soigne-t-on les patients aux moyens d'obturations...?

Le modèle conventionnel en restauratrice est en effet basé sur la séquence suivante :

- Réséquer/obturer chirurgicalement
- Dispenser des conseils de brossage et d'hygiène alimentaire
- Rappeler le patient, et le culpabiliser en cas de récurrence

Ce modèle doit impérativement être modernisé, car il ne s'attaque pas à la cause, qui est bactérienne.

• **Qu'est-ce vraiment que le « minimale-ment invasif » ?**

La dentisterie a minima se fonde sur un trépied :

1. Le concept traditionnel « Extension pour prévention » est remplacé par la notion de « prévention pour ne pas étendre ». Les principes initiaux de G.V. Black ne doivent même plus être respectés, car les matériaux ont profondément changé : la popularisation de l'adhésion, mais aussi la composition de l'amalgame lui-même avec de très hautes teneurs en cuivre, rendent fiables des cavités sans ouverture de

point de contact, ou même des bords en plein sillon. Ce premier axe est bien intégré aujourd'hui dans le modèle mécaniste, mais il est totalement insuffisant.

2. Il convient d'appliquer aussi les techniques les plus contemporaines, basées sur la preuve scientifique, et dirigées contre la maladie qui dans tous les cas est bactérienne.

3. Et enfin, il faut intégrer le principe selon lequel le diagramme de Miller (1890) est réversible. Miller expliquait en effet la cariogénèse comme la solubilisation des minéraux des tissus dentaires, dans un milieu acide provoqué par la fermentation aérobie de glucides. Ce que l'on sait aujourd'hui, c'est que cette réaction s'inverse en milieu alcalin. Le troisième axe du « minimale-ment invasif » consiste à développer une attitude permettant de replacer calcium et phosphates dans les tissus dentaires. Cliniquement, ceci n'est possible qu'avant toute cavitation, et donc une évaluation individuelle du risque est nécessaire.

• **Qu'est-ce que l'« évaluation individuelle du risque » ?**

1. Une pratique centrée sur le patient pour améliorer sa santé dentaire sur le long terme
2. L'utilisation des meilleures techniques et produits, soutenus par une véritable re-

cherche et des publications de qualité

3. La capacité de déterminer la probabilité de développer des caries dans un certain délai ; à ce niveau, on manque encore d'un modèle permettant une objectivation réelle en dehors du seul sens clinique

• **Quels sont les meilleurs facteurs protecteurs ?**

- Le tiercé dans l'ordre d'importance :
1. La salive (quantité et qualité)
  2. Le fluor et les agents de reminéralisation
  3. Les antibactériens

Le facteur terrain reste donc primordial. Le praticien et le patient peuvent toutefois agir sur les autres facteurs protecteurs.

• **Quels sont les bons réflexes sur les lésions débutantes ?**

1. Pas de sonde, pas d'ultrasons
2. Protéger la dent voisine de l'intervention proximale : on sait en effet que 90% des praticiens touchent la surface de contact voisine en première intervention, et 100% lors d'une réintervention — or, les surfaces touchées présentent un risque carieux 3,5 fois plus élevé)... ■

**SESSION SCIENTIFIQUE : ENDODONTIE CHIRURGICALE**

**Gestion chirurgicale des échecs endodontiques**

Rob RODA (Scottsdale, Arizona, USA)

Il ne faut pas confondre échec thérapeutique d'une part, et maladie post-thérapeutique d'autre part. Dans ce second cas, il s'agit de la persistance voire du déclenchement de la maladie après un premier traitement bien maîtrisé.

Un canal oublié est à ranger parmi les échecs. Une récurrence carieuse aboutissant à une périodontite est une maladie post-thérapeutique.

• **Les options en cas d'échec endodontique**

1. L'abstention, avec le risque de développement aigu.
2. L'extraction avec prothèse, option souvent choisie depuis le développement des implants.

3. L'extraction avec retraitement endodontique a retro et réimplantation : tout à fait indiqué lorsque la chirurgie classique présente un risque (exemple : présence du canal dentaire inférieur).

4. La reprise endodontique par voie orthograde, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle.

5. L'endodontie chirurgicale. Cette solution est fréquemment choisie, malgré le fait que son efficacité réelle soit difficile à prouver dans la littérature. En effet :

- il est très difficile dans ce cas de mettre sur pied des études en double aveugle
- il existe une disparité importante des cas de départ
- il est peu éthique de ne pas informer le patient

- l'évaluation ne peut être menée que sur des radiographies

Lorsque les études sont néanmoins menées, elles révèlent des taux de succès de la chirurgie apicale tournant autour de 59%. En comparaison, la reprise endodontique affiche des taux de succès disparates de 56 à 84% et le combiné reprise + chirurgie apicale est fréquemment proche de 80% de succès.

• **Mais qu'est-ce que le succès en endodontie (conventionnelle ou chirurgicale) ?**

Il faut la réunion d'une double interprétation :

1. L'interprétation scientifique stricte, qui associe le silence clinique et la guéri- ●●●

••• son osseuse radiologique

2. L'interprétation fonctionnelle, qui évalue la persistance de la dent sur l'arcade dans le temps et dans un contexte global

• **Quels sont les facteurs affectant le succès de l'endodontie chirurgicale ?**

- La préexistence d'une lésion péri-apicale : selon les études, le taux de succès chute de 9 à 30%.

- La qualité apparente de l'obturation canalair et/ou coronaire : si elle est bonne, le pronostic chute.

- La technique utilisée lors du traitement de première intention : les nouvelles technologies améliorent le pronostic, d'où l'intérêt de questionner le patient sur le contexte du premier traitement.

• **S'il fallait sortir une technologie du lot...**

...ce serait le microscope opératoire.

Une étude qui montre que le canal méso-vestibulaire mineur des molaires mandibulaires est présent dans presque 100% des cas, teste aussi l'aptitude des praticiens à le découvrir :

- sans aide optique : dans 15% des cas
- avec binoculaires : dans 62% des cas
- avec microscope opératoire : dans 74% des cas

• **Quelles sont les indications de la chirurgie endodontique ?**

Selon les directives de l'American Association of Endodontists :

1. L'absence de guérison osseuse après un temps « raisonnable »
2. L'absence de silence clinique
3. La présence de surextensions très importantes
4. La volonté de pratiquer aussi une biopsie
5. L'exploration chirurgicale (fêlure...)
6. La réparation des perforations et/ou résorptions
7. Lorsque le coût du démontage justifie une autre approche
8. ... et dans tous les cas, si l'anatomie permet l'intervention ■

**SESSION SCIENTIFIQUE : GÉRODONTOLOGIE**

**Soins buccaux pour patients âgés en ambulatoire ou en maison de retraite**

Abdel Rahim MOHAMMAD (Columbus, Ohio, USA)

La population gériatrique mondiale augmente à un rythme soutenu ; selon les Nations Unies, il faut considérer que 10% des humains émargent déjà à cette catégorie. En Amérique du Nord, le taux est en réalité de 13%, il varie dans les pays européens de 16 à 22%, et l'Asie est déjà au-delà de cette proportion. C'est évidemment l'Afrique qui fait baisser la moyenne mondiale en raison d'une espérance de vie réduite. Dès lors, les pays développés vont rapidement connaître des difficultés liées aux patients gériatriques, notamment en odontologie : problèmes spécifiques de l'âge évidemment, mais aussi pénurie de prestataires qualifiés, et accès financier aux soins et aux transports vers ces soins.

Quelques points spécifiques à la gérodontologie doivent retenir notre attention.

• **Les 6 différences avec la dentisterie générale**

- Les patients sont évidemment âgés. Conséquence : 86% souffrent d'une pathologie générale, et certains en présentent jusque 25.
- Les patients sont presque toujours polymédiqués.
- Des dysfonctions cognitives (par exemple certains symptômes de la maladie de Parkinson) doivent être gérées : elles ont en effet des répercussions directes sur l'hygiène buccale autant que sur la compliance.
- Des dysfonctions physiques ajoutent au problème (vision, goût...).
- Cette discipline requiert dès lors une

compétence particulière en matière d'anamnèse médicale générale.

- Il s'agit d'un défi pour le praticien, qui doit pouvoir différencier la prise d'âge normale (sénescence) de la prise d'âge pathologique (sénilité).

• **Le lien entre la plaque dentaire et la pneumonie hospitalière**

La plaque est un réservoir de germes, entre autres des aérobies pathogènes chez 57% des patients, selon une étude de 2004. On trouve la Staphylocoque doré dans 45% des cas, des bacilles gram négatif dans 42% des cas, et Pseudomonas aeruginosa dans 13% des cas.

Cette révélation met en lumière l'importance de l'hygiène dentaire (et prothétique) dans les maisons de repos et de soins, en tant que prévention de la pneumonie hospitalière.

• **Lutter efficacement contre la candidose**

La candidose buccale est une maladie opportuniste qui associe toujours Candida albicans, un Staphylocoque et un Streptocoque. On dénombre 6 formes cliniques :

- aiguë pseudo-membraneuse (muguet)
- aiguë atrophique (typiquement une glossite blanche sous antibiothérapie)
- chronique atrophique (stomatite sous-prothétique)
- chronique hyperplasique (leucoplasie à Candida, glossite rhomboïde médiane)
- chronique muco-cutanée
- cheilite angulaire

Attention : la détection de candidose en gérodontologie est fréquente mais pas anodine, car 25% des septicémies sont dues à Candida albicans.

Il faut donc traiter énergiquement, selon le schéma classique suivant :

1. Nystatine ou clotrimazole en traitement local (onguent, suspension...)
2. Amélioration de l'hygiène mécanique de la prothèse et absence de port durant la nuit au moins
3. Plonger la prothèse dans 1% de NaOCl et rinçage buccal avec cette même solution
4. Si récurrence seulement : traitement systémique par fluconazole 100 mg ou ketoconazole 200 mg, au moins trois semaines

• **En cas de sécheresse buccale...**

Les conseils suivants donnent les meilleurs résultats :

- Boire régulièrement de petites quantités d'eau
- Faire fondre de temps à autre un glaçon en bouche (température de freezer, pas de congélateur !)
- Réduire la caféine (café, thé, colas...)
- Éviter les boissons alcoolisées
- Humidifier l'air des pièces de sommeil
- Couvrir les lèvres d'un lubrifiant
- Seulement ensuite, si nécessaire : utiliser un substitut salivaire (exemples : OralBalance, Oasis...)



Made by VATECH

**Votre confort de travail est notre travail**

Dental Quality offre au dentiste un service de qualité pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie ou d'architecture, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix.

Nous associons l'expérience de nos différents spécialistes à des conseils cohérents et nous suivons votre projet jusque dans le moindre détail. Vous pourrez ainsi exercer votre profession avec minutie - et surtout, en toute sérénité.

Discovery days 21-22 novembre de 10 à 18h

Vous souhaitez découvrir notre approche? Appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition. Dental Quality, Chaussée de Mons 47, 1400 Nivelles Tél.: 067/844 284, www.dentalquality.be

Dental Quality. Qualité et service pour l'exercice de votre profession.





# Medicotronix S.a.



## Invitation

### A nos Journées d'informations :

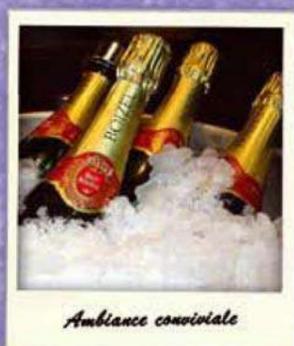
vendredi 23 octobre de 10 à 20 heures  
samedi 24 octobre de 10 à 18 heures  
dimanche 25 octobre de 10 à 18 heures



Excellent rapport qualité, prix !



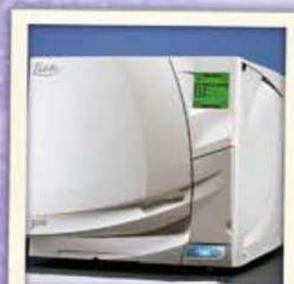
Démonstrations permanentes



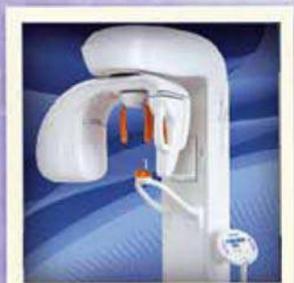
Ambiance conviviale



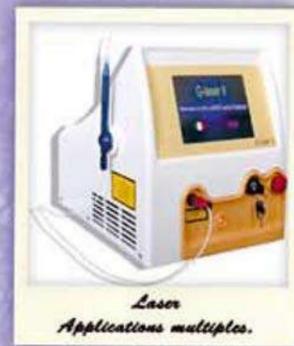
Mobilier (métal)  
Hygiène, Ergonomie, beauté.



Stérilisateur  
Le plus complet en classe B



L'imax Touch Orandy  
maître - achat, intuitif



Laser  
Applications multiples.

Conditions optimales, Parking assuré - accès facile, Service complet

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

### • • • • L'échelle de bénéfice en prothèse

Face à un patient édenté âgé ou très âgé, il est tentant de limiter les propositions thérapeutiques prothétiques à des solutions à budget limité.

Pourtant, il faut garder à l'esprit l'« échelle de bénéfice » pour le patient, qui peut schématiquement s'établir comme suit :

0 = édentement

1 = prothèses amovibles

2 = prothèses amovibles implanto-mucoportées (overdentures)

3 = prothèses amovibles implanto-portées

4 = prothèses fixes implanto-portées

5 = dents naturelles

Le praticien n'est pas à même de connaître les motivations ni les moyens du patient, et ne doit donc jamais prendre la décision à la place de ce dernier, qui souhaite peut-

être retrouver un plaisir de vie élevé dans son quatrième âge.

Le rôle de la médecine n'est en effet pas seulement d'ajouter des années à la vie, mais aussi de la vie aux années ! ■

## SESSION SCIENTIFIQUE : HYPERSENSIBILITÉ

### Nouvelle voie contre l'hypersensibilité dentinaire

Nicola WEST (Bristol, Royaume-Uni) / Mark Wolff (New York, USA) / Roger Ellwood (Manchester, Royaume-Uni)

**D**u point de vue épidémiologique, l'hypersensibilité dentinaire touche 15% de la population. Le maximum est atteint à l'âge de 30 ans, avec une prévalence plus élevée chez la femme que chez l'homme. La localisation la plus fréquente est au collet, mais on rapporte des hypersensibilités occlusales. Les canines et premières molaires sont les plus touchées, puis les incisives et les secondes prémolaires ; plus rarement, les molaires. Une étude de 2003 révèle que 50% des praticiens sont mal à l'aise face à cette plainte, alors que 71% d'entre eux ont des cas parmi leurs patients.

L'hypersensibilité est donc fréquente mais mal comprise. Le modèle étiologique est pourtant simple : l'ouverture des tubuli. La technique de brossage joue donc un rôle important, ainsi que le dentifrice utilisé, qui peut soit abraser soit oblitérer les tubuli.

La théorie pathogénétique de l'hypersensibilité inclut des mouvements de fluides dans ces tubuli. Plus le mouvement est important, plus l'hypersensibilité est élevée. Jouent aussi : le diamètre moyen des tubuli et le nombre de tubuli par unité de surface.

On distingue deux groupes :

- hypersensibilité sur dent saine
- hypersensibilité sur dent pathologique : érosion, abrasion, parodontopathies

On sait que, du point de vue histologique, la dentine hypersensible ne se distingue pas de la dentine saine ; au niveau pulpaire toutefois, il n'y a pas de consensus dans la littérature, certains estimant que la pulpe est saine, d'autres que la pulpe présente des signes inflammatoires.

Le diagnostic différentiel doit être opéré d'avec la carie dentaire, la fêlure ou fracture, le joint marginal défaillant et l'effet iatrogène d'un matériau. Cliniquement, on utilise un stimulus dent par dent, en oblitérant les collets voisins au moyen de rouleaux salivaires.

### • Pistes thérapeutiques

Au cabinet, on rencontre des patients avec de profondes érosions de collet sans douleur, et d'autres avec des lésions légères et des douleurs importantes. L'explication principale de ce paradoxe apparent réside dans la composition salivaire. Chez certains, le calcium et le phosphate se combinent avec les glycoprotéines pour former un précipitat qui obture les tubuli ; ces patients à la bouche alcaline forment aussi plus de tartre, et présentent quelques sensibilités, très passagères, après chaque détartrage.

Cette constatation rejoint les pistes thérapeutiques sérieuses (il est à noter qu'il existe sur le marché nombre de produits peu convaincants destinés à traiter l'hypersensibilité dentinaire : selon Addy en 2002, seul le traitement des hémorroïdes présente davantage de produits miracle !).

Ces pistes sont :

1. La désensibilisation neurologique
  - en pratiquant l'endo, ce qui est assez radical
  - en recourant aux sels de potassium, qui altèrent la repolarisation nerveuse : leur usage doit être permanent afin de créer un environnement saturé en potassium
2. L'obturation mécanique des tubuli
  - par greffe paro, quand c'est indiqué, et avec des conséquences douloureuses importantes
  - par collage de restaurations, souvent à renouveler
  - par précipitation dans les tubuli :
    - les sels de strontium ont été utilisés, mais sont incompatibles avec le fluorure
    - les agents de reminéralisation sont sur le marché depuis quelques années (Novamin, Recaldent, ACP) avec pour inconvénient qu'ils n'adhèrent pas à la dentine et sont rapidement lessivés

- une voie actuelle tend à utiliser l'arginine bicarbonate de calcium : cette molécule, en milieu alcalin, réagit avec le calcium et les phosphates de la dentine pour former une obturation tubulaire adhésive (Kleinberg, 2002)

### • L'arginine est-elle soutenue par la preuve scientifique ?

L'utilisation de l'arginine contre l'hypersensibilité dentinaire (Pro-Argin Technology®, Colgate Sensitive Pro-Relief®) bénéficie de l'appui de nombreuses études.

1. In vitro

- Visualisation des tubuli obturés au microscope électronique à balayage
- Analyse chimique de la composition des bouchons formés
- Scanner microscopique, aussi bien en réflectance qu'en fluorescence
- Mesure de la conductance hydraulique (ce point est fondamental, car il teste pour la première fois le modèle étiologique)

2. In vivo

La mesure du seuil de sensibilité tactile et à l'air soufflé, en post et aussi en pré détartrage, montre un soulagement immédiat durant au moins quatre semaines. ■





# Fluoruration de l'eau de distribution

## Singapour : l'ultime preuve

La carie dentaire demeure un fléau.

**Les dentistes belges continuent, année après année, génération après génération, à consacrer l'essentiel de leur temps à soigner cette maladie... dont on ne parlerait plus, ou presque, si des mesures de prévention horizontale et automatique étaient réellement mises en œuvre.**

**Pour toutes sortes de raisons pseudo-culturelles, ou par simple esprit de contradiction, la fluoruration de l'eau de distribution belge n'a pourtant jamais été entreprise. Il continue même de subsister des opposants, aussi farouches que dogmatiques, jusqu'au sein de la profession dentaire...**

**Cette fluoruration de l'eau de distribution, bien dosée et monitorée, représente pourtant la méthode la plus efficace et la plus sociale de parvenir à une prévention qui se mesure en termes de santé publique, mais également avec une traduction économique.**

> Th.V.

**A**u lieu de cela, la Belgique se perd en vains débats sur l'éventualité d'une pénurie de personnels dentaires, et préfère relever lentement mais sûrement des quotas de praticiens, qui passeront l'essentiel de leur temps à traiter une maladie qui pourrait ne pas exister !

Un peu de modestie. Voyons les résultats des pays qui agissent. Efficacement. Singapour en est l'ultime preuve.

### Concessus international

En matière de carie dentaire, il faut faire les constats fondamentaux suivants :

1. La carie dentaire revêt toutes les caractéristiques de la pandémie (Edelstein, 2006).
2. Les conséquences de la carie dentaire sont importantes en termes sanitaires. Au Royaume-Uni par exemple, 49% des enfants de 14 à 15 ans ont déjà vécu un épisode aigu de pathologie dentaire. Ce taux monte à 86% aux Philippines,

ce qui en fait la première cause d'absentéisme scolaire.

3. Les conséquences ne sont pas moins importantes en termes budgétaires. En Allemagne, le budget de la sécurité sociale consacré aux soins dentaires est plus élevé que celui réservé aux maladies cardiovasculaires. Dans les pays émergents, le coût doit la plupart du temps être supporté par la population, qui recourt dès lors souvent à l'abstention. Au Népal, par exemple, le prix de trois soins dentaires chez l'enfant représente le coût d'un mois de nourriture (12 dollars US)...

4. Des données internationales récentes montrent que l'accroissement de personnel dentaire n'enraye pas le problème carieux. En fait, il n'y a tout simplement aucune corrélation entre le nombre de dentistes par milliers d'habitants et l'indice CAO !

En raison de tous ces constats, il est particulièrement pertinent pour les États d'organiser une politique de

prévention de la carie dentaire basée notamment sur le fluor, en tant que bonne administration de santé buccale et générale.

Ceci a amené la FDI, en 2007, à prendre une résolution dans le sens d'une fluoruration automatique. Chaque pays est laissé libre de choisir les voies — eau, sel, lait, dentifrice — en fonction de ses critères propres (Ndlr. cette liberté d'application locale fait partie des arbitrages usuels dans les déclarations de portée internationale ; elle en limite hélas la portée et l'efficacité).

### Un demi-siècle

La Ville-État de Singapour n'a pas attendu la FDI pour embrasser la question de la carie dentaire.

Dès 1950, c'est-à-dire bien avant l'indépendance formelle de 1962, les Autorités singapouriennes se sont penchées sur les résultats de l'étude de Grand Rapids, Michigan (USA) en 1945, montrant une réduction significative de la carie dentaire suite à la fluoruration de l'eau de distribution, ainsi qu'aux travaux subséquents de Henry Trendley Dean tendant à établir une concentration non iatrogène.

La décision politique fut prise en 1951 et était basée sur le constat d'une eau de distribution locale contenant 0,2 ppm de fluorure, alors que, pour une ville au climat chaud située à 2° de l'équateur, où la consommation est plus élevée qu'ailleurs, le taux idéal se situait à 0,7 ppm (Galagan). L'entrée en fonction de la fluoruration de l'eau de distribution se fit en 1954, et les travaux s'achevèrent en 1957, lorsque 100% de la population furent couverts.

Singapour offre un terrain naturel composé essentiellement de marais de palétuviers, et l'eau de source y est donc salée et impropre à la consommation. C'est pourquoi le réseau d'approvisionnement était constitué d'eau de pluie filtrée d'une part, et d'importation de Malaisie d'autre part. Cette situation était techniquement favorable à une méthodologie centralisée de fluoruration basée sur l'apport de sodium silico-fluorure, à la fois présolubilisé et sous forme de granules. De-

puis lors, l'approvisionnement en eau est également assuré par deux nouvelles origines, le recyclage des eaux usées et la désalinisation d'eau de mer, mais le système est demeuré suffisamment centralisé que pour ne pas avoir à modifier la technologie d'origine.

### Confirmation de Grand Rapids

Les Autorités locales ont toujours voulu exercer un monitoring rapproché de la mesure.

En 1968, la première étude prospective à 10 ans été publiée. Il s'agissait de la mesure de l'indice CAO chez des enfants de 7 à 9 ans fréquentant 34 écoles primaires différentes réparties sur tout le territoire. La population contrôlée était fournie par des enfants du même âge habitant Malacca, une ville de Malaisie continentale proche de Singapour ne disposant pas de fluoruration de l'eau domestique. Les résultats ont montré une chute de l'indice CAO des enfants de Singapour de l'ordre de 30,8 à 31,1%, alors qu'aucune réduction significative ne pouvait être relevée à Malacca.

En corollaire, le taux d'opacité était de l'ordre de 5% à Singapour, alors qu'il était quasi nul à Malacca. Cette proportion a été jugée acceptable.

De 1970 à 2003, une enquête nationale longitudinale a été menée sur les enfants de 12, 15 et 18 ans, qui a confirmé la chute de l'indice CAO. Aucun contrôle n'ayant été utilisé cette fois, on soupçonne naturellement d'autres causes possibles, notamment le développement d'une politique de santé scolaire.

Enfin, en 2007, le Gouvernement a mis sur pied un Fluoride Review Committee, afin d'évaluer les éventuels problèmes liés à la fluoruration de l'eau. Comme partout, quelques voix s'élevaient en effet dans le monde dentaire local contre cette mesure horizontale, pourtant vieille de plus de 50 ans. Ce comité a remis les recommandations suivantes :

- Réduction de la concentration à 0,6 ppm pour tenter de limiter encore les opacités (aucun ostéosarcome n'ayant été diagnostiqué), ce qui est d'ores et déjà en application
- Poursuite du monitoring à ce nouveau taux
- Développement et mise à jour de toutes les connaissances technologiques et épidémiologiques relatives à la fluoruration de l'eau de distribution

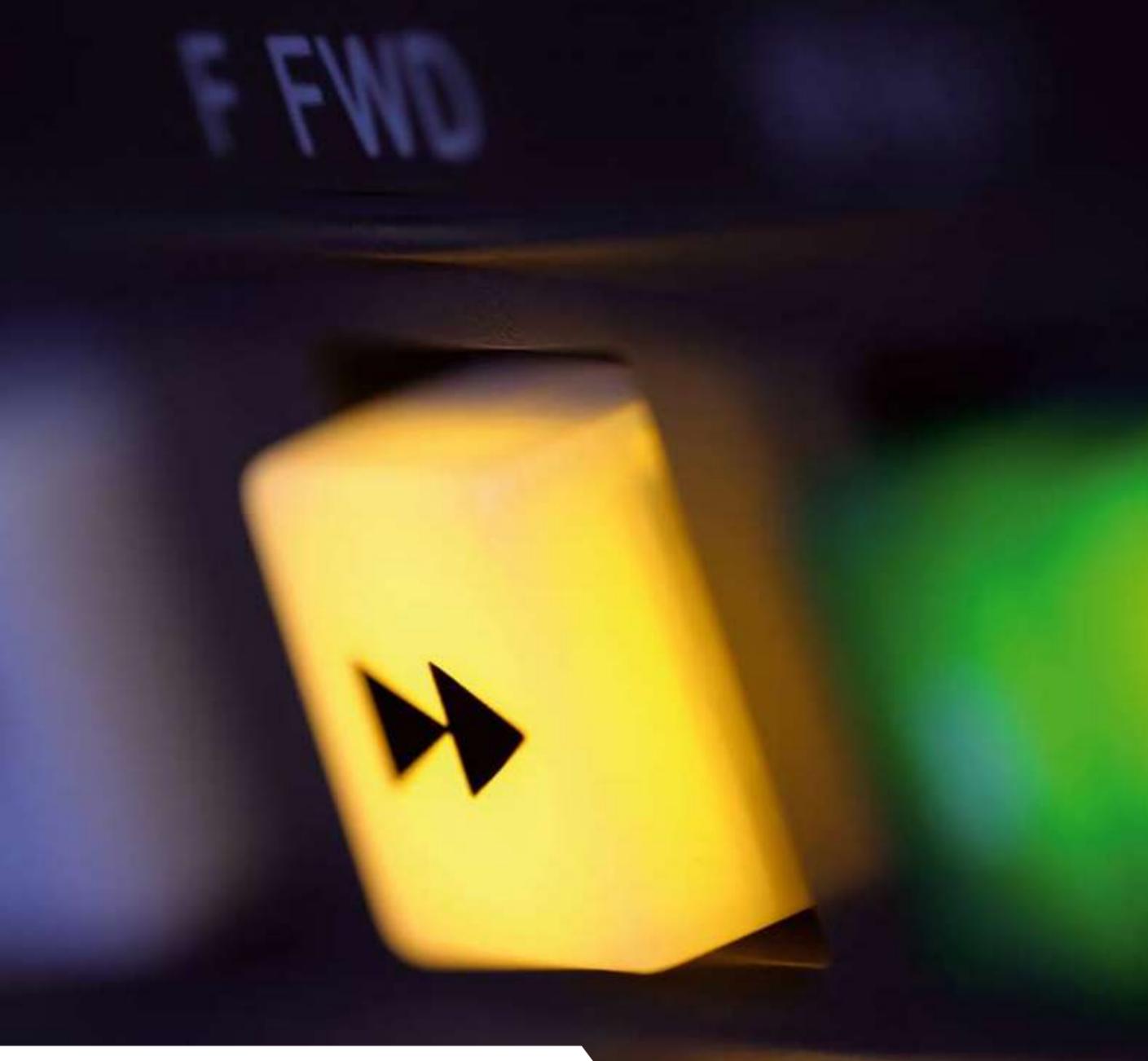
*Ndlr. Singapour constitue la preuve ultime de l'efficacité de la fluoruration de l'eau de distribution. Un régime fort (république parlementaire, mais où un parti unique se confond souvent avec l'administration) a permis la mise sur pied pertinente de ce programme préventif automatique. Il n'est pas acquis que ce soit aussi facile sous d'autres systèmes politiques, où le plaisir de contester est devenu un sport national, et où le processus décisionnel est soumis au lobbying et au clientélisme.*

Remerciements à Robert Yee et Eu Oy Chu (Forum « Oral Health through fluoride in South-East Asia », 3/9/2009, Singapour) ■



*La profession dentaire singapourienne n'est que peu confrontée à la carie dentaire ; ce qui lui laisse le temps d'agir dans d'autres disciplines, notamment l'orthodontie*





## AVANCE RAPIDE

### Composite de collage auto-adhésif à durcissement dual

- Adhésion sûre aux tissus dentaires et à la restauration
- Sans mordantage, sans bonding
- Odeur neutre, faible épaisseur de film (5-10 µm)
- Également compatible avec le zirconium
- Des embouts endo additionnels dans chaque coffret, pour une application précise également dans les canaux radiculaires
- Pour couronnes, bridges, inlays, onlays et pivots



**Bifix**



**VOCO**  
LES DENTALISTES



Bulletin à renvoyer complété au COD avenue de l'Europe 40, 6000 Charleroi ou fax au 071 33 38 05  
Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou www.cod.be

**Inscriptions**

**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 2009 est **gratuite**, et je m'inscris aux activités de formation continue du COD selon les modalités suivantes :

- Dites "Précieux comme l'email" ! (sa 7/11/2009) - Charleroi**
- |   |                 |     |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base .....   | 1 X 190 = ..... | EUR |
| <input type="checkbox"/> «Conjoint/collaborateur» <sup>(1)</sup> ou «Jeune/étudiant» <sup>(2)</sup> ..... | 1 X 185 = ..... | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s) ..... nombre :                                  | X 95 = .....    | EUR |
| <input type="checkbox"/> Frais en cas de règlement reçu après le 30/10/2009.....                          | + 50 = .....    | EUR |
- Dental Thema Day « Bruxisme » (sa 12/12/2009) - Bruxelles**
- |   |                 |     |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base .....   | 1 X 190 = ..... | EUR |
| <input type="checkbox"/> «Conjoint/collaborateur» <sup>(1)</sup> ou «Jeune/étudiant» <sup>(2)</sup> ..... | 1 X 185 = ..... | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s) ..... nombre :                                  | X 95 = .....    | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) technicien(s)..... nombre :                                   | X 185 = .....   | EUR |
| <input type="checkbox"/> Frais en cas de règlement reçu après le 5/12/2009.....                           | + 50 = .....    | EUR |
| <b>Total =</b> .....  |                 | EUR |

### 2. Réductions (Lire les conditions sur www.cod.be)

- J'ai coché le montant «conjoint/collaborateur»<sup>(1)</sup> ou «jeune/étudiant»<sup>(2)</sup>, je précise donc ci-dessous
- <sup>(1)</sup> Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :  
<sup>(2)</sup> Année du diplôme et université (2006 et plus tard) :

**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 sur www.cod.be).

Date : ..... Signature : .....

# NobelProcera™

Gamme complète de produits en zircone,  
en quatre couleurs



white<sup>1</sup>



light<sup>2</sup>



medium<sup>3</sup>



intense<sup>4</sup>

Certifié comme un excellent  
matériau pour son homogénéité  
et sa pureté

Résistance à la  
flexion exceptionnelle  
sans dégradation  
mécanique comparée  
à la zircone blanche\*



light colored<sup>5</sup>



Technique de  
coloration innovante

Performances esthétiques  
excellentes grâce à la  
coloration de l'infrastructure

intense colored<sup>6</sup>

Blanc<sup>1</sup>, clair<sup>2</sup>, intermédiaire<sup>3</sup>, intense<sup>4</sup>, teinte claire<sup>5</sup>, teinte intense<sup>6</sup>, GARANTIE PRODUIT NobelProcera™ de 5 ANS<sup>7</sup>

\* Test des composants NobelProcera™ en zircone par le Nordic Institute of Dental Materials (NIOM) : S306269B, S306205B.

\*\* Les produits destinés à la plate-forme NobelActive™ sont en cours de développement.



Suite au succès des chapes en zircone teintée NobelProcera, les mêmes couleurs sont désormais proposées pour la gamme complète de produits\*\* : chapes, bridges, piliers et bridges implantaire. La technique de coloration innovante garantit une homogénéité optimale du matériau et une couleur harmonieuse sur l'ensemble des armatures. Les études externes ne montrent aucune perte de résistance

par rapport à la zircone blanche\*. NobelProcera offre des solutions adaptées à toutes les indications : couronnes unitaires, bridges allant jusqu'à 14 unités, prothèses scellées ou vissées, fixes ou amovibles, sur dents naturelles ou implants. NobelProcera est un gage d'expérience et d'accès à des procédés industriels centralisés et validés par une assurance qualité. Précision d'adaptation, délais de traitement

accélérés, résultats homogènes et prévisibles : vous améliorez à la fois la satisfaction de vos patients et l'efficacité de votre travail. Nobel Biocare est le leader mondial en solutions dentaires innovantes, scientifiquement prouvées. Pour plus d'informations, contactez un représentant Nobel Biocare au 02/467 41 70 ou consultez notre site Internet : [www.nobelbiocare.com/nobelprocera](http://www.nobelbiocare.com/nobelprocera)