

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 : 4.000 ex.

• N° 45 •

Mai - Juin 2010

7od

• Journal d'odontologie dentaire •

PRATIQUE CLINIQUE

Prévention !
Oui, mais quelle prévention ?

MONDE DE L'INDUSTRIE

30 heures chez GC Europe

REPORTAGE

ADF : toujours du neuf

Les 4 défis de la pédodontie

BRUXELLES • SAMEDI 12 JUIN • 40 UA

- La photo > 4
- Programme scientifique > 7
- Prochaines activités > 9
- Pratique clinique > 14
 - Prévention !
 - Oui, mais quelle prévention ?
- Monde de l'industrie > 21
 - 30 heures chez GC Europe
- Reportage > 27
 - ADF : toujours du neuf
- Forum > 33
 - Courrier des lecteurs
- Petites annonces > 36
- Inscriptions > 39

Retrouvez le programme
du COD sur
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 :
Avenue de l'Europe 40 - B 6000 Charleroi
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

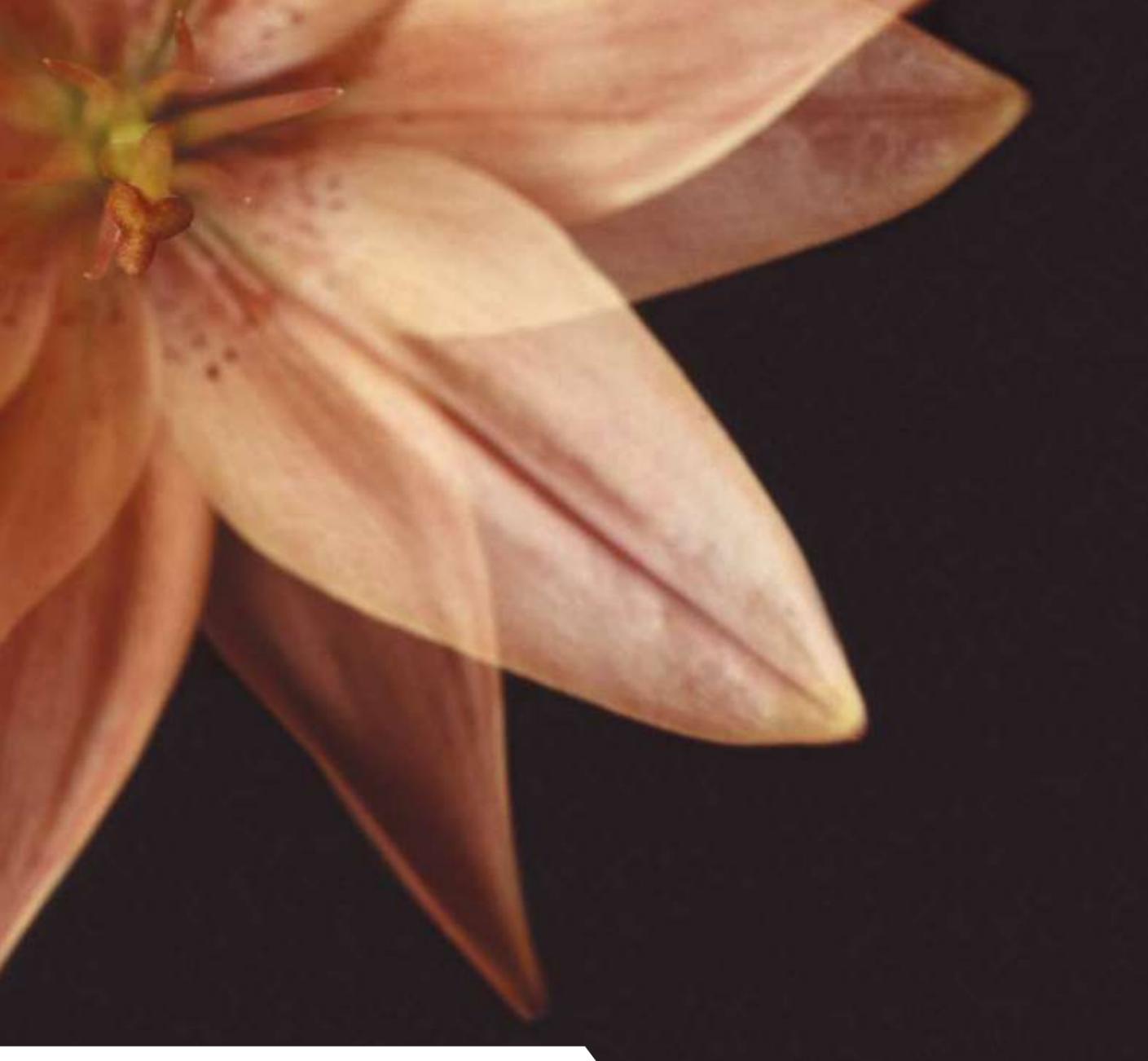
Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité
exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles
constituent des indications pour le lecteur et
non de la publicité

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

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD DG
Rue du Moulin Blanc 28 - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2010
Reproduction interdite sauf accord

 Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Édito

**“Au jeu du hasard,
un patient sur le billard
— le volcan vomit”**

C'est fait, après vingt ans de tergiversations. Une Loi du 31 mars 2010 “relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé” inscrit la responsabilité sans faute du prestataire de soins dans le Droit belge (Moniteur du 2 avril 2010).

Voici qui consacre une sorte de responsabilité objective en cas d'aléa thérapeutique. En clair : lorsque l'acte a été parfaitement posé mais qu'il en ressort néanmoins un dommage — même statistiquement inévitable —, le patient dispose aujourd'hui d'une procédure simplifiée pour obtenir une réparation.

Sujet pour le bac : faut-il indemniser les effets du hasard ? Apparemment, le corrigé repose sur un oui manichéen. Car désormais, dans nos sociétés, tout est question d'argent à soutirer, même de la simple faute-à-pas-de-chance.

Un exemple médiatisé l'a prouvé récemment : lorsque Eyjafjallajökull, en Islande, entre en éruption et cloue au sol la flotte aérienne, des dizaines de milliers de vacanciers bloqués dans leur paradis réclament — et souvent obtiennent — une compensation aux retards. Y a-t-il un responsable à cette poussée de fièvre de la Terre, hormis le hasard ? Pardi non. Mais il faut quand même soutirer de l'argent.

C'est aujourd'hui officiellement pareil en ce qui concerne les effets du hasard médical belge. Attention : entre responsabilité objective et faute professionnelle, la frontière est parfois floue et se fonde sur une interprétation d'expert. Une formation continue de qualité demeure l'arme préventive et défensive de choix. Les dentistes en entendront parler, tôt ou tard. Juste le temps, pour le service juridique des mutuelles, de se couler dans le moule tout frais.

Nos rapports aux patients seront-ils alors modifiés par ce nouveau mode de pensée ? En tout cas, cela valait bien un haïku. ■

LA SIMPLICITÉ EST LA SOPHISTICATION SUPRÊME (LÉONARD DE VINCI)

Composite de restauration esthétique

- Deux étapes simples
- Une stratification naturelle
- Un résultat brillant
- Maintenant disponible en teinte gingivale

THE DENTAL
ADVISOR
++++½



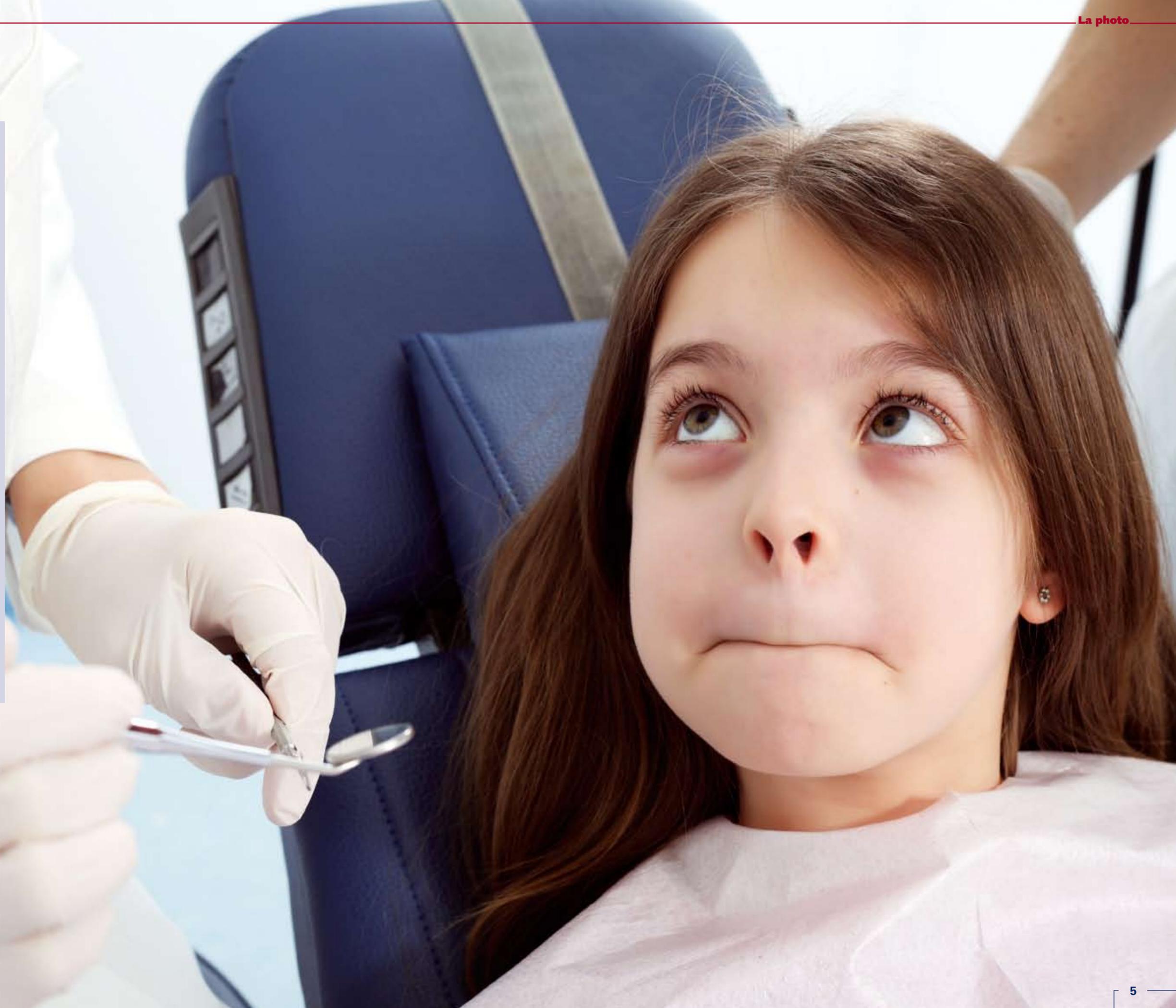
A M A R I S



Compliance. C'est par cet anglicisme que l'on désigne généralement l'observance par le patient des traitements qui lui sont proposés, et plus généralement sa collaboration voire son implication dans les processus thérapeutiques.

Obtenir la compliance des patients au cabinet dentaire a représenté un challenge de tous temps. C'est le cas chez les enfants, bien entendu, baignés dans l'imaginaire et le conditionnement néfaste des persiflages contre les dentistes. Remonter cette pente glissante requiert un savoir-faire particulier. Il en sera largement question lors de l'activité du 12 juin prochain : « Les 4 défis de la pédodontie ».

Ce manque de compliance s'étend aussi jusqu'à l'âge adulte, où il peut prendre une forme plus larvée : l'absentéisme. L'actualité judiciaire récente a porté sur la place publique les difficultés auxquelles la Profession dentaire est confrontée face à ce fléau. Les solutions semblent représenter la quadrature du cercle pour bien des praticiens. Pourtant, il suffit de comprendre que l'absentéisme chronique n'est rien d'autre, pour le patient adulte, qu'une manière d'exprimer son refus des soins. Il faut alors en tirer toutes les conséquences qui s'imposent... ■



Medicotronix

s.a.

Votre partenaire en dentisterie

présente, dès maintenant et en exclusivité, l'installation dentaire de style nordique, la Finndent 8000

La beauté Nordique

- Ergonomie scandinave
- Facilité d'entretien
- Fiabilité dans le temps
- Très bonne réputation mondiale
- Robustesse
- Asepsie aisée
- Manipulation simple



Medicotronix, c'est aussi un programme complet

- Installations : Galbiati, Finndent
- Meubles : Galbiati
- Radiologie digitale : Owandy
- Hygiène et instrumentations : W&H
- Autres : Satelec, EMS, Dürr Dental, Bien Air, Catani, ...

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

Programme scientifique



Objectif Satisfaction

PROGRAMME 2010

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des activités à venir du COD, dans le cadre du programme 2010 « Objectif Satisfaction ». Tous les détails ont été publiés dans le JOD n°43 de janvier-février 2010. Vous l'avez égaré et vous voudriez en recevoir un nouvel exemplaire ? Aucun problème, et c'est gratuit : écrivez-nous simplement un petit mot à l'adresse info@cod.be. Ou rendez-vous sur www.cod.be pour obtenir les mêmes informations en quelques clics.

Attention : toutes nos activités connaissent un grand succès. La plupart affichent « COMPLET » longtemps en avance. Un conseil ne tardez pas à vous inscrire !

En ce qui concerne les TP, archi-complets, nous avons ouvert une nouvelle date... déjà bien garnie à l'heure de boucler ce JOD ! Intéressé ? Inscrivez-vous maintenant !

TP
Nouvelle séance



LES ISNES PARC CRÉALYS JEUDI 2/12/2010

Travaux Pratiques « Rotation continue et NiTi »

ACCREDITATION ACCORDÉE : 40 UA 4

FC3



BRUXELLES WOLOWÉ ST LAMBERT SAMEDI 12/06/2010

Les 4 défis de la pédodontie

ACCREDITATION ACCORDÉE : 40 UA 5

FC4



CHARLEROI SAMEDI 2/10/2010

Cours de prestige : Parodontie médicale

ACCREDITATION ACCORDÉE : 10 UA 1 + 30 UA 6

La «50^e» du COD

FC5



NAMUR VENDREDI 12/11/2010

Le compo, tout le compo, rien que le compo

ACCREDITATION ACCORDÉE : 40 UA 4

FC6



BRUXELLES WOLUWÉ ST PIERRE SAMEDI 11/12/2010

Dental Thema Day « Empreintes »

ACCREDITATION ACCORDÉE : 40 UA 7

PR

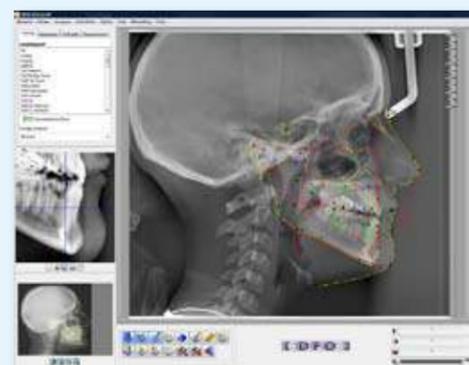


BRUXELLES LAMORAL / CHARLEROI IESCA / HAASRODE GC

Les peer-reviews du COD

Tous les détails en quelques clics sur www.cod.be

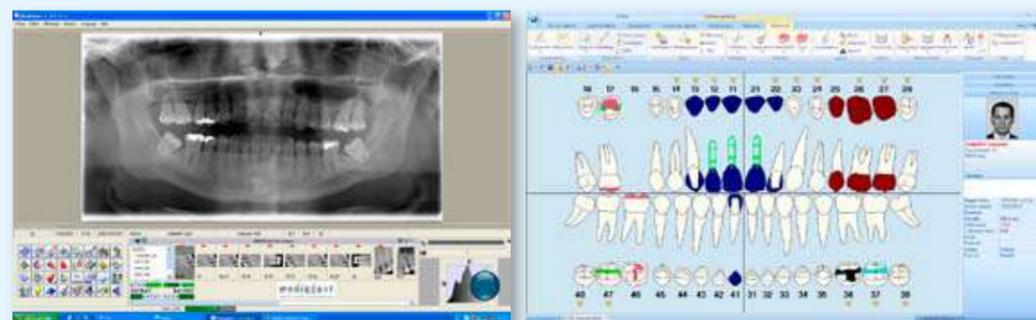
Corilus, la solution globale du logiciel jusqu'à l'imagerie



Baltes Imaging Edition

Mediagent appartient à la toute nouvelle génération de logiciels d'imagerie médicale. C'est un programme universel, capable de piloter à lui seul n'importe quel système d'imagerie digitale (pano, capteur phosphore, caméra, ...). De plus, Mediagent améliore de manière significative la qualité des radiographies même lorsque celles-ci sont surexposées. **L'intégration complète avec Baltes**, notre logiciel de gestion dentaire, permet de relier vos patients à vos images, directement visibles dans Baltes. En outre, lors de la prise de clichés, plus de risque d'oublier de les tarifier car ils sont automatiquement comptabilisés.

BALTES
Software for dentists



Vous pensez élargir, voire renouveler votre système d'imagerie digitale?

Corilus propose une large gamme de systèmes de digitalisation: **panoramiques** (Morita), **capteurs intra-oraux** (Kodak, Owandy, Dürr, Sopro et Mediagent), **caméras intra-orales** (Kodak, Dürr et Sopro) et **générateurs RX** (Kodak et Owandy).

Nos représentants vous aideront à choisir parmi une gamme très étendue de solutions, l'équipement le mieux adapté à vos besoins.

Inscrivez-vous à l'une de nos démonstrations !

En juin prochain, vous aurez l'occasion de découvrir tous les avantages de **Baltes Imaging Edition** ainsi que notre sélection de **systèmes d'imagerie digitale**. A ce jour, plus de 2400 dentistes font déjà confiance à Corilus. **Pourquoi pas vous ?**

Pour plus d'informations ou pour vous inscrire, consultez l'agenda de votre secteur sur www.corilus.be

New!

Mediagent MDX3

New!

Capteur Wifi Kodak 6500

MORITA

New!

Camera Wifi Kodak 1500

Capteur Visteo

Les 4 défis de la pédodontie

Fiche technique de ce cours	
<i>Quand ?</i>	Samedi 12 juin 2010, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
<i>Où ?</i>	WOLUBILIS, 251 avenue Paul Hymans 1200 Bruxelles
<i>Disponibilité ?</i>	475 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 40 UA 5
<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris : 190,- EUR
	Paiement reçu après le 28/5 (PAS d'inscrit. sur place) : +50,- EUR
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions page 53 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2007)/étudiant : 185,- EUR
	Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page

CONFÉRENCIERS



Yves Delbos Bordeaux
Corinne Tardieu Marseille
Jean-Louis Sixou Rennes
Frédéric Courson Paris

PROGRAMME

9h00 Défi n°1 : Les bonnes habitudes de la petite enfance

11h00 Défi n°2 : La complicité du jeune patient

13h30 Défi n°3 : Une anesthésie efficace et bien acceptée

15h30 Défi n°4 : Des techniques judicieuses et des matériaux performants

Objectifs de ce cours — La médecine dentaire pédiatrique est une composante essentielle de l'omnipraticque, ou de la « dentisterie familiale » comme on dit en Amérique du Nord. En effet, les enfants sont présents dans bien des cellules familiales, et il est difficilement concevable de s'intéresser aux réhabilitations de l'adulte sans se préoccuper de la génération future. Naturellement, certaines situations exigent une prise en charge spécialisée, et les omnipraticiens sont reconnaissants envers leurs collègues qui ont fait le choix de limiter leur exercice à la pédodontie. Mais ce recours, pour continuer de montrer son efficacité dans le cadre d'une Santé publique bien gérée, doit se limiter aux tableaux cliniques réellement exceptionnels. Dans les autres cas, la solution la plus pertinente repose sur une pédodontie de proximité.

C'est pourquoi l'omnipraticien doit être armé pour faire face aux défis posés par les jeunes patients. Nous en avons identifié quatre majeurs, et avons mis sur pied une journée que nous partagerons avec quatre éminents enseignants dans ce domaine. À chacun le rôle de relever l'un de ces défis, et de nous révéler les données acquises et les astuces cliniques qui nous permettront un exercice pédodontique plus serein et mieux intégré.

VistaScan Mini – la vitesse de manipulation d'un capteur



5 tailles de capteurs sans fil

- Connexion USB et Net
- Tous les formats taille 0 à taille 4
- Scanner avec la plus haute définition actuelle : 22 pl/mm
- Manipulation plus facile qu'un capteur

Informations complémentaires sur notre site: www.durr.be
DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever
 Belgique, Tel.: +32 (0) 15 61 62 71, Fax: +32 (0) 15 61 09 57, info@durr.be



Nos peer-reviews 2010

Adresses & plans d'accès sur www.cod.be

Objectifs de nos peer-reviews – Savez-vous quel pays fait référence en Europe, en matière de peer-review ? Oui, c'est la Belgique. Et savez-vous où se rendent les observateurs étrangers qui veulent implémenter le peer-review dans leur pays ? Et oui : au COD ! Pourquoi ? Parce que nous allons au-delà des simples obligations : nous vous offrons un véritable débat de profession, dans le respect de l'esprit et de la lettre de ces réunions de Consœurs et Confrères. Une chaleureuse convivialité se dégage de nos peer-reviews. Demandez à ceux qui sont des habitués : ce n'est pas pour rien s'ils reviennent chaque année !

Cette année, nous vous proposons deux thèmes très pragmatiques : les gadgets et l'asepsie au cabinet ! De quoi passer 3 heures variées, en apprenant et en échangeant du concret avec ses pairs.

ATTENTION : comme toujours, les inscriptions sont très rapides, et certaines sessions sont complètes ou sur le point de l'être. Alors, sécurisez vite votre participation, car il n'y aura pas de place pour tout le monde !

COMPLÈT = trop tard

= plus que quelques places, vite !

PR

Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl 40 av. de l'Europe 6000 Charleroi ou par fax au 071 33 38 05
 Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou par mail : info@cod.be

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

ÉCRIRE LISIÈLEMENT EN CAPITALES SVP
 (NOUS NE POUVONS DONNER SUITE À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLÈTS)

Ma cotisation 2010 est **gratuite**, et je m'inscris à 2 peer-reviews (PR) 2010 du COD selon les modalités suivantes :

- Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités de formation continue (FC) COD en 2010 et je bénéficie donc pour mes 2 peer-reviews du montant fidélité (j'empêche une réduction de 100 euros) 82 EUR
- Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment aux activités de formation continue (FC) COD en 2010 et je règle donc pour mes 2 peer-reviews le montant de base 182 EUR

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

Je 03/06 Lamoral	Sa 18/09 Charleroi IESCA	Je 28/10 GC Haasrode	Sa 4/12 Lamoral
<input type="checkbox"/> COMPLÈT 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> COMPLÈT 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	<input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15
<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	<input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45
	<input type="checkbox"/> 15h30 + 17h15	<input type="checkbox"/> 15h30 + 17h15	

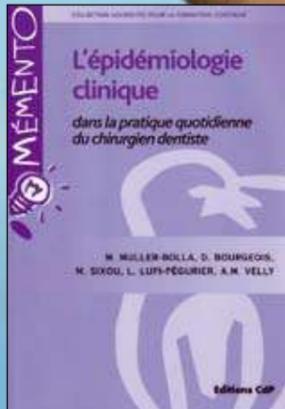
- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
- Veuillez charger ma carte de crédit pour le montant de l'inscription

N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire pages 51 et 53 du JOD n°43 et sur www.cod.be).

Date : Signature :



Déjà paru dans « L'épidémiologie clinique dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste », CdP éd., 2009 Chap. 6 (p.79-89)

L'épidémiologie clinique est la science de la formulation de prévisions concernant une population de patients en comptabilisant les événements cliniques dans des populations similaires à l'aide de rigoureuses méthodes scientifiques.

Prévention !

Oui, mais quelle prévention ?

Ainsi, l'épidémiologie constitue une aide à la démarche clinique. Elle permet au praticien de donner une information technique, économique ou orientée vers l'amélioration de la qualité de vie pour chaque solution thérapeutique afin d'obtenir un consentement éclairé de son patient.

> Jacques Veronneau
Ana Miriam Velly
Michèle Muller-Bolla

Déjà paru dans « L'épidémiologie clinique dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste », CdP éd., 2009 Chap. 6 (p.79-89)

En amont, l'épidémiologie permet, par la connaissance de la distribution des maladies et de ses déterminants, d'identifier, de comprendre et d'expliquer le développement d'une maladie ainsi que son évolution naturelle : "Pourquoi a-t-il eu cette maladie ? Comment va-t-elle évoluer ?" Suite à cette première approche, elle peut donc proposer des réponses à la question que le praticien va légitimement se poser : "Que puis-je faire pour mon patient ?"

Cet article s'intéresse à l'épidémiologie clinique appliquée au domaine de la prévention en odontologie. Ainsi, par exemple, à l'occasion d'une première consultation motivée par une mauvaise haleine, le chirurgien dentiste met en

évidence de nombreuses caries. En pratique, en complément des explications à donner à ce nouveau patient pour répondre au motif de la consultation, il lui indique les solutions thérapeutiques et les mesures préventives validées et adaptées à son cas.

La démarche à visée préventive conseillée lors de situations semblables obéit à différentes étapes appartenant à la fois aux domaines de la science dentaire comportementale et clinique afin de tendre vers une prévention individuelle optimale (Tableau 1).

La prévention individuelle est à différencier de la prévention communautaire mise en place à l'échelle de la population en faisant notamment usage de programmes.

Actions à privilégier	Principaux bénéfices associés
Situer le patient en regard de son potentiel préventif (quels comportements individuels est-il prêt à modifier ?)	Optimiser les choix à proposer au patient en prenant en compte son habileté et ses préférences
Choix préventifs fondés sur une approche de dentisterie factuelle	Considérer son habileté et ses préférences par rapport aux connaissances scientifiques
Installer un continuum entre la prise en charge et l'effet désiré	Vue globale du continuum diagnostic-pronostic

Tableau 1. Prise en charge d'un nouveau patient pour tendre vers une prévention individuelle optimale

individuelle, d'autres sont appréhendés de façon plus efficace avec une approche mixte.

L'addiction au tabac impliqué dans les maladies parodontales est, par exemple, mieux combattue quand les consultations individuelles au cabinet dentaire sont relayées par une approche communautaire, comme les campagnes d'information, et par des réglementations, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Qu'entend-on par prévention ?

La prévention se décline classiquement de trois façons en fonction du moment où elle intervient dans l'évolution de la maladie (Fig.1).

1. Prévention primaire

Elle vise à empêcher l'apparition d'une maladie en agissant sur ses facteurs de risque et en éliminant dans la mesure du possible ses causes. Ainsi, en rédui-

sant le nombre de nouveaux cas dans une période donnée, elle vise à réduire l'incidence de la maladie.

La fluoruration de l'eau de boisson en est un exemple classique : elle a augmenté le taux d'enfants de 12 ans indemnes de carie dans la population visée en les exposant aux fluorures avant toute manifestation clinique de la maladie.

À cet exemple de prévention primaire à l'échelle de la communauté, il faut opposer la prévention primaire individuelle représentée par les conseils donnés aux patients exempts de maladies bucco-dentaires sur de meilleurs modes de vie.

L'enseignement de l'usage hebdomadaire du fil dentaire à un enfant de 8 ans est un exemple de prévention primaire des maladies carieuses et parodontales.

2. Prévention secondaire

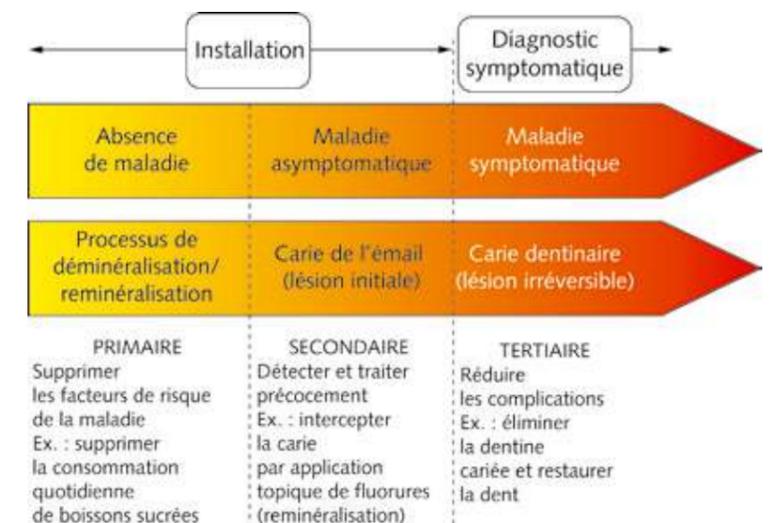
Elle détecte la maladie précocement, à un stade initial lorsqu'elle est en- ●●●

La fluoruration de l'eau de boisson est un exemple d'action de prévention communautaire qui a fait la preuve de son efficacité dans les pays anglosaxons.

L'évaluation de ce type d'action ne sera pas développée dans cet article car elle n'a pas un intérêt direct dans l'exercice quotidien du chirurgien dentiste.

Lorsque la prévention doit être considérée à l'échelle individuelle, elle se réfère à des examens de santé réguliers (dépistage) et à des actes cliniques spécifiques. L'application de fluorures topiques en est un exemple. Cependant, si certains problèmes de santé bucco-dentaire, tels que le contrôle de la plaque bactérienne ou de la mauvaise haleine, se préviennent mieux à l'échelle

Fig.1. Les trois niveaux de prévention (Schéma de Fletcher et al. modifié)



●●● core asymptomatique. Elle arrête sa progression avec un traitement adéquat. Lorsqu'elle agit sur des pathologies réversibles, elle a pour objectif de réduire la prévalence de la maladie.

Suite à une visite de contrôle, c'est le scellement de sillons réalisé sur une molaire affectée par une lésion initiale ou la restauration d'une dent asymptomatique affectée par une carie limitée de la dentine.

Elle intègre la notion de dépistage qui est l'identification d'une maladie asymptomatique ou d'un facteur de risque par l'interrogatoire, l'examen clinique ou un test de dépistage.

Les tests bactériologiques de sensibilité carieuse sont des tests de dépistage évaluant le taux salivaire de streptocoques mutans corrélé à un risque de carie plus ou moins élevé.

Le dépistage identifie des personnes apparemment saines alors qu'elles présentent un facteur de risque de la maladie ou la maladie elle-même, à un stade infra-clinique.

3. Prévention tertiaire

Elle correspond à des actes cliniques effectués pour limiter la détérioration inhérente à la maladie. Elle prévient les complications d'une affection déjà présente en agissant sur la sévérité de l'affection.

La biopulpectomie est un acte de prévention tertiaire effectué sur une dent présentant des signes de pulpite irréversible.

Ainsi, la prévention tertiaire peut englober l'odontologie restauratrice ou prothétique et, de ce fait, se différencie mal de la médecine dentaire curative. Contrairement à elle, la prévention tertiaire doit dépasser le simple traitement des problèmes actuels du patient. Elle est capitale dans la gestion des maladies graves car elle vise à réduire la prévalence des incapacités.

Dans le cas de la prise en charge des patients affectés par un cancer de la bouche, au-delà du pronostic vital, la prévention tertiaire vise à améliorer la qualité de vie du patient.

Détermination des facteurs de risque dans l'action préventive

Identification des risques potentiels en santé bucco-dentaire

On a vu précédemment que la prévention primaire comme la prévention secondaire cherche à intervenir précocement sur les facteurs de protection ou de risque de la maladie. Elles visent à supprimer les facteurs de risque modifiables associés au développement de la maladie en intervenant à l'aide des sciences comportementales (conseils éducatifs) et chimiques (agents thérapeutiques).

C'est l'éducation des mères à haut risque de transmission de streptocoques mutans à leurs jeunes enfants pour prévenir la carie de la petite enfance : elles doivent notamment éviter d'utiliser la

même cuillère pour tester la température des aliments ou les goûter avant de leur donner à manger.

Ces facteurs de risque ont été précédemment mis en évidence à l'occasion d'études cas-témoins, de cohorte ou d'essais cliniques. Dans ce contexte, les essais cliniques contrôlés et randomisés et les études de cohorte sont les méthodologies les plus appropriées car elles permettent de prouver l'antériorité de l'exposition au facteur de risque par rapport à l'apparition de la maladie.

Ainsi, une étude de cohorte réalisée chez des enfants inclus à 1 an et suivis pendant 14 ans a établi que le risque de développer des caries à 15 ans était 1,6 fois plus élevé chez les enfants en surpoids ou obèses.

Les préventions primaire et secondaire s'intéressent également aux facteurs de risque non modifiables, comme par exemple le niveau d'éducation, afin de mieux cibler les individus à risque. Les actions ou actes de prévention exclusivement mis en place chez ces patients seront plus coût-efficaces.

C'est les scellements de sillons effectués sur les secondes molaires permanentes d'un enfant de 12 ans à C3AOD élevé ou dont les parents ont des difficultés financières. La réalisation de scellements de sillons chez un enfant indemne de carie a été qualifiée de surtraitement lorsqu'il appartient à un niveau socio-économique favorisé.

Test de dépistage des facteurs de risque au service de la prévention

Le test de dépistage (prévention secondaire) a pour objectif d'améliorer le pronostic de la maladie en autorisant un traitement précoce. Son efficacité dépend de sa capacité à départager les individus sans manifestation clinique de la maladie mais potentiellement atteints par celle-ci, des personnes qui en sont exemptes. Le dépistage peut également identifier les facteurs associés à un risque élevé de la maladie dans le but d'intervenir cette fois en prévention primaire sur cette maladie.

Le recours au dépistage requiert ainsi l'observation d'une série de critères résumés dans le Tableau 2. Classiquement évoqué à l'échelle de la population, c'est le dépistage des caries dans les écoles.

Au niveau individuel, il équivaut à la consultation de contrôle dans le cadre du cabinet dentaire.

Le dépistage est à distinguer du diagnostic. En cas de résultats positifs ou douteux au test de dépistage, le patient fait l'objet d'examens diagnostiques cette fois systématiquement réalisés par le chirurgien dentiste en cabinet. C'est la radiographie retro-coronaire faite en complément de l'examen clinique suite à la mise en évidence d'un changement de teinte localisé de l'émail. Le diagnostic suspecté du fait du dépistage est ainsi confirmé ou non. Ces examens ou tests diagnostiques sont donc utilisés en complément chez les patients présentant des signes ou troubles définis.

Le dépistage doit être effectué régulièrement mais quelle signification doit-on donner au terme « régulier » ?

Dans notre pratique, la fréquence du dépistage peut dépendre du risque de carie individuel (RCI) : annuellement chez les adultes à RCI élevé et une fois tous les deux ans dans le cas contraire

Cette fréquence accrue en cas de risque élevé trouve toute sa justification dans l'efficacité des actes de prévention primaire et secondaire sur le processus carieux. Dans un contexte plus général, la fréquence du dépistage dépend

- La maladie ou la condition à identifier doit constituer un problème important de santé
- L'histoire naturelle de la maladie, notamment avant la phase symptomatique, doit être connue
- Elle doit avoir un stade précoce identifiable
- Un test de dépistage doit exister et il doit être acceptable pour les individus
- Un traitement précoce de la maladie doit être plus bénéfique qu'une prise en charge tardive
- Les intervalles de dépistage doivent être modulés en fonction de l'histoire de la maladie
- Le bénéfice résultant du dépistage doit être supérieur à son risque
- Il doit répondre positivement à une analyse coût/bénéfice

également de la qualité des méthodes employées, c'est-à-dire de la sensibilité, de la spécificité, de la simplicité et du coût du test. Autrement dit, avec quelle fréquence doit-on réaliser un test salivaire de dosage des streptocoques mutans et des lactobacilles pour prévenir le développement de caries ? C'est une question relative à la notion de coût-efficacité à laquelle aucun investigateur n'a encore répondu.

Quels actes de prévention doit-on choisir pour son patient ?

Mesure de l'efficacité des actes de prévention

Avant de choisir une stratégie de prévention adaptée à son patient, le praticien devra rechercher celle qui est la plus efficace en se référant si possible à

un ou plusieurs essais cliniques contrôlés et randomisés sur le sujet.

Cette méthodologie reconnue comme la meilleure est particulièrement adaptée dans le cas des traitements précoces indiqués à l'occasion du dépistage. Elle permet d'évaluer leur efficacité dans des conditions idéales (efficacité potentielle ou efficacité) ou dans des conditions habituelles (efficacité réelle ou effectiveness) classiquement moins bonnes. D'autres fois, la stratégie préventive est évaluée par des études de cohorte prospectives de moindre qualité.

Les résultats sont classiquement exprimés en se référant à la fraction préventive (FP) qui permet de calculer la proportion de cas évités chez les exposés à la stratégie préventive (facteur protecteur) du fait de celle-ci (Encadré 1). Elle indique la proportion réelle d'effet préventif associé à la mesure ou au produit utilisé (Tableau 3).

$$FP = (I_{ne} - I_e) / I_{ne} = 1 - RR$$

I_{ne} = Incidence de la maladie chez les personnes non exposées au facteur protecteur

I_e = Incidence de la maladie chez les personnes exposées

$$RR = I_e / I_{ne}$$

Encadré 1. La fraction préventive. L'incidence de la maladie est déterminée par les deux groupes suivis, l'un étant exposé au facteur protecteur (I_e) et l'autre non (I_{ne}). À l'issue de l'étude, la fraction préventive indique la proportion de cas de maladie évités par l'exposition au facteur protecteur

Tableau 3. Une méta-analyse a permis de démontrer qu'environ 40 % des enfants dont les dents avaient été soumises 2 fois par an à une application de vernis fluoré n'ont pas eu de carie. Du fait de la variation aléatoire liée à l'échantillonnage, des valeurs de 9 à 72 % (intervalle de confiance à 95 %) pouvaient être observées

Fluorures topiques	Fraction préventive	Intervalle de confiance à 95 %
Vernis fluoré	40 %	9-72
Gel fluoré	21 %	14-28
Dentifrice fluoré	24 %	21-28
Mousse fluorée	Non validées	Non validées
Solution de bain de bouche fluorée	26 %	22-29



Prévention secondaire, le dépistage identifie des personnes apparemment saines alors qu'elles présentent un facteur de risque de la maladie ou la maladie elle-même

- De la formule de la fraction préventive (Encadré), on en déduit aisément que nombre d'études évaluant l'effet préventif d'un acte se réfèrent au risque relatif (RR) pour l'exprimer même si celui-ci est classiquement associé à l'étiologie de la maladie.

Ainsi, l'efficacité des scellements de sillons 1 an après leur mise en place a été exprimée par un RR de 0,14 (intervalle de confiance à 95 % : 0,09-0,19) du fait d'une incidence de la carie beaucoup plus basse dans le groupe scellé comparé au groupe non scellé. Ceci indique que le risque de carie est réduit d'environ 86 % chez les sujets avec des scellements depuis 1 an.

Enfin, certains auteurs lui préfèrent à juste titre le risque attribuable (RA) car il est moins instable que le RR dans les populations à faible prévalence carieuse. Ainsi, l'intervalle de confiance à 95 % du RA sera moins étendu que celui du RR. Le RA, ou différence de risque, est la différence entre l'incidence de la maladie chez les exposés et non-exposés ($I_e - I_{ne}$). Il renseigne sur l'incidence de la maladie attribuable à l'acte de prévention.

En conclusion, quelle que soit la mesure d'effets utilisée, elle fait toujours appel à l'incidence de la maladie dans les deux groupes soumis ou non à la stratégie préventive, l'incidence étant l'expression de base du risque.

Évaluation des actes de prévention inhérents au dépistage

L'évaluation de l'efficacité des actes de prévention secondaire (traitement précoce pré-symptomatique) est difficilement dissociable des tests de dépistage à l'origine de leur indication.

Dans ce contexte, le lecteur doit être averti des éventuels biais à identifier dans les essais cliniques correspondants. Certains sont inhérents au temps dit « de devancement » qui est le temps séparant le dépistage des premiers symptômes alors que d'autres dépendent de l'évolution plus ou moins rapide de la maladie (Fig.2).

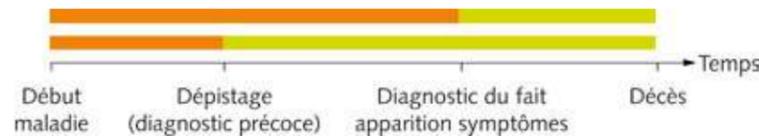


Fig.2. Biais particuliers aux études évaluant l'efficacité des actes de prévention secondaire :

- **Biais de devancement du temps (lead-time bias)** à redouter lorsque le temps séparant le dépistage des premiers symptômes est long et la maladie létale. Le traitement précoce de prévention secondaire pourra alors apparaître faussement plus efficace que celui mis en place à l'apparition des premiers symptômes, du fait du plus long suivi des personnes dépistées avant leur décès. Pour prévenir ce biais, le critère d'évaluation ne doit pas être le taux de survie à partir du moment du diagnostic. Il doit être remplacé par le taux de mortalité par âge à comparer entre le groupe des sujets dépistés et celui des sujets diagnostiqués après l'apparition des premiers symptômes. Un essai clinique randomisé a ainsi mis en évidence l'efficacité du dépistage visuel de cancers oraux dans la diminution du taux de mortalité attendu.
- **Biais de durée d'évolution (length-time bias)** à redouter lorsque la proportion de lésions à évolution lente diagnostiquées à l'occasion d'un dépistage est supérieure à celle observée en pratique quotidienne. L'inclusion d'un plus grand nombre de lésions à évolution lente à l'occasion de l'évaluation d'un dépistage le fait faussement apparaître comme efficace. Ainsi, le dépistage des cancers à évolution lente peut apparaître faussement plus efficace que celui des cancers à évolution rapide du seul fait de la gravité des cancers proportionnelle à leur rapidité d'évolution. Les cancers à évolution rapide ont une phase asymptomatique plus courte et un pronostic plus mauvais.

En complément de ces notions de temps, la compliance peut également fausser l'évaluation, les patients coopérants ayant de meilleurs pronostics sans l'influence du dépistage. Pour prévenir ces biais d'observance (compliance bias), la randomisation doit être de règle. Par exemple, un groupe d'individus volontaires ne doit pas être comparé à un groupe de sujets qui ne le sont pas, les premiers étant plus enclins à suivre les recommandations associées à un traitement précoce.

Recommandations préventives actuelles fondées sur l'évidence scientifique

Nous devons ici réinsister sur la nécessité de recourir aux revues systématiques de la littérature pour connaître les résultats de différentes stratégies préventives et sélectionner la plus adaptée (Tableau 3). Évoquons également les recommandations de bonnes pratiques cliniques qui s'inscrivent dans une démarche de dentisterie fondée sur les faits (<http://www.cebd.org/>)¹ : celle-ci offre un classement en fonction du ni-

veau de la preuve scientifique (http://en.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_medicine). La recherche d'options validées doit être de règle même si elle n'est pas encore systématisée. En effet, de 30 à 40 % des patients ne recevraient pas les soins médicaux fondés sur le meilleur niveau de preuve et de 20 à 25 % des soins seraient fournis alors qu'ils ne sont pas indiqués ou potentiellement nuisibles.

Choix des actes de prévention adaptés au patient

En pratique, les actes de prévention les plus efficaces et les recommandations ne sont pas toujours applicables au patient qui consulte (Tableau 1). De ce fait, il est nécessaire d'adopter une stratégie d'interrogatoire motivante pour adapter les choix en fonction du patient. Il faut également considérer le facteur de risque socio-économique afin de suggérer des options préventives économiquement réalistes. Il faut toujours construire une intervention sur le facteur le plus facilement modifiable pour le patient, en faisant le choix des

actes de prévention correspondants garantis par la dentisterie fondée sur les faits.

• Savoir situer son patient dans son contexte préventif spécifique

Dans cette démarche, le patient est évalué selon sa prédisposition actuelle à la prévention bucco-dentaire. Ainsi, dès la première consultation, le praticien doit faire le choix d'une écoute active et non celui d'un monologue prescriptif.

Un exemple sera non pas de dire au patient ce qu'il doit faire mais plutôt de l'écouter parler du motif de sa consultation en reprenant régulièrement ses mots pour faire la preuve d'une écoute attentive. Le praticien doit toujours veiller à créer un lien significatif et respectueux d'échange avec son patient.

Ceci peut se faire en cherchant à savoir ce qu'il aime et n'aime pas, afin de mieux le connaître ; et cet échange peut ou non porter sur sa santé bucco-dentaire.

Ainsi, il a été mis en évidence par un essai clinique randomisé, incluant quatre groupes tests et un groupe contrôle, que le thème éducatif dentaire et la fréquence des interventions importaient peu ; seul le lien créé avec la mère d'un jeune enfant était un facteur commun à la réussite de la prévention de la carie de la petite enfance lors de visites à domicile dans des quartiers défavorisés

Cette stratégie de l'interrogatoire motivant (IM) a été créée au début des années soixante dans la prévention de dépendances addictives au tabac et à l'alcool. C'est à ce jour la seule stratégie éducative validée pour la prévention de la carie précoce de la petite enfance après comparaison avec une approche éducative traditionnelle de la prévention de la carie dentaire.

L'IM situe le patient dans un des quatre stades de prédisposition à la santé bucco-dentaire et évalue sa volonté de changement.



Au stade de l'action, le patient motivé est prêt à être accompagné pour optimiser les choix préventifs

Le premier stade est appelé pré-contemplatif car le patient n'est absolument pas disposé à changer ses habitudes nocives. La santé bucco-dentaire n'a pas d'importance à ses yeux. Le patient contemplatif (deuxième stade) n'est pas prêt pour le changement mais il y songe parfois. Dans son cas, les informations et les échanges pourraient donner des résultats en matière de prévention. Le troisième stade est celui de l'action pour le patient motivé. Celui-ci est prêt à être accompagné pour optimiser les choix préventifs. Enfin, le quatrième stade définit le patient déjà actif qui consulte à nouveau son praticien pour valider ses actions préventives (stade dit de retour).

• Installer un continuum entre la prise en charge et l'effet désiré

Si l'on reprend l'exemple introductif du patient venu consulter du fait de sa mauvaise haleine, l'examen clinique a révélé de nombreuses caries et l'IM a détecté son stade contemplatif. Au cours des échanges, le praticien a par exemple pu constater que son problème était avant tout social : il est gêné dans sa communication avec autrui du fait de son haleine. En identifiant sa priorité, le praticien peut poser un diagnostic à la fois clinique et comportemental afin d'optimiser la mise en place d'une stratégie préventive. Il va donc lui recommander des mesures de prévention à la fois simples pour être adaptées à

son stade contemplatif, explicitées en référence à son problème prioritaire et validées par la dentisterie fondée sur la preuve. Et d'une façon plus générale, tous les traitements restaurateurs (prévention tertiaire) doivent être envisagés par rapport à ce problème identifié.

C'est en effet la détermination du continuum entre la prise en charge potentielle du patient et l'effet désiré qui permet d'obtenir les meilleurs résultats.

Cette approche doit être de règle en matière de prévention car l'implication durable du patient est davantage mise à contribution qu'à l'occasion des soins limités dans le temps. ■

À RETENIR

Le praticien doit identifier les facteurs modifiables et non modifiables. Les facteurs non modifiables permettent de cibler les personnes qui doivent faire l'objet de mesures de prévention. Les facteurs modifiables sont corrigés à l'occasion de la prévention primaire ou secondaire. La stratégie préventive doit passer par une triade patient-praticien-science pour optimiser la portée de la prévention voulue. ■

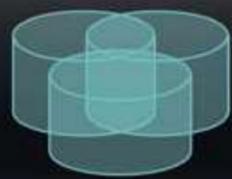


Système d'imagerie extra-orale KODAK 9000 3D

L'innovation, à portée de main

**NOUVEAU : disponible avec programme 3D "Stitching"**

Un champ d'examen étendu au prix de la 3D à champ localisé



Assemblage automatique de volumes 3D



Examens 3D de plusieurs quadrants

GC Meeting
and Education Center
à Haasrode (Leuven)

GC



30 heures chez GC Europe

Chacun d'entre nous connaît les produits GC, mais peu de praticiens connaissent la société GC.

Le Journal d'Omnipratique Dentaire a été invité à se plonger dans l'univers européen de cette entreprise lors d'une visite et d'un stage, sur le GC Europe Campus à Haasrode, à côté de Leuven.

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

La société General Chemistry a été créée en 1921 à Tokyo par trois fondateurs : Yoshinosuki Enjo, Tokuemon Mizuno et Kiyoshi Nakao. C'étaient trois jeunes gens qui avaient tout juste en main leur diplôme de chimie appliquée de l'Université impériale de Tokyo (actuellement l'Université de Tokyo). Ils ont mis en place une société de recherche dans un petit espace de 50m² à Ikebukuro, Tokyo. Tous les produits dentaires provenaient alors de l'importation. Débordant d'ambition, les trois jeunes entrepreneurs ont appelé leur société « GC » (General Chemical).

Le premier produit GC, sorti l'année suivante, a très vite été oublié mais dès 1925, les fondateurs se sont appliqués à la fabrication de produits de qualité en pensant au point de vue du client. Cela a contribué à stimuler la croissance de l'entreprise.

La philosophie GC est basée sur l'enseignement du Semui. Le Semui est la notion qui constitue le Sutra (Classique) du soi-disant Kannon. Pour expliquer ce concept en utilisant des termes modernes, nous dirons que c'est un

mode de vie par lequel on se débarrasse des pensées égoïstes et où on se met soi-même dans la situation des autres. Tout faire en pensant au point de vue des autres aide à vivre en fin de compte une bonne vie.

Kiyoshi Nakao, l'un des fondateurs de la GC, a institué la devise de cette société basée sur l'enseignement du « Semui » après leur premier échec : « Un vrai produit est un produit né de l'interdépendance, pour lequel on se débarrasse des pensées égoïstes et on pense au point de vue des autres. » Tous les employés sont invités à agir en tant que membres d'une grande famille, où ils se retirent de la pensée égocentrique et se consacrent au respect de leurs semblables ou « Nakama ». Ils s'efforcent alors de penser du point de vue du client et de fabriquer des produits de qualité.

GC a toujours respecté le dévouement de ses fondateurs. En 1981, ils ont in-

troduit leur système unique de contrôle de la qualité totale appelé GQC (GC Quality Control). Par la suite, GQC a été élargi dans le GQM (GC gestion de la qualité) d'activité, qui est désormais le moteur des efforts de l'entreprise à contribuer à préserver la qualité de ses produits.

GC s'engage à atteindre une excellente qualité, et cet engagement est solidement ancré dans tous les employés travaillant dans tous les départements en matière de recherche, de production, de vente etc... En effet, cette pensée est un atout culturel important de la GC. En restant fidèle à cet engagement, GC continuera à jouer un rôle dans la société grâce à des produits dentaires qui veulent faire du 21^e siècle, le « siècle de la Santé ».

Grâce à des dentistes, des techniciens, des hygiénistes et autres spécialistes des soins dentaires dans le monde entier qui utilisent ses produits, GC désire ●●●

**Tout faire en pensant
au point de vue
des autres aide à vivre
en fin de compte
une bonne vie**

●●● apporter une contribution majeure à la santé des gens. En tant que fabricant de produits dentaires au niveau mondial, GC Corporation cherche constamment à produire des produits originaux qui sont respectueux de l'environnement ainsi que respectueux des patients et, en prenant un pas d'avance sur les besoins des patients, tandis que, dans le même temps, GC prend grand soin de minimiser l'impact des procédés de fabrication sur l'environnement.

Par la production de produits qui respectent la Terre, ils continueront à créer des produits à forte valeur ajoutée pour assurer la santé bucco-dentaire de la population du monde au cours du 21^e siècle, un siècle qu'ils considèrent comme le siècle de la santé.

À la suite des efforts de GC à cet égard, la société a obtenu la norme de certification ISO 9001 (Qualité des systèmes) en 1994, et la certification ISO 14001 (Système de Management Environnemental) en 1998. GC est devenue en 2000 la première entreprise dans l'industrie dentaire à recevoir le Prix Deming Application. En 2003, GC a été certifiée ISO 13485, et en 2004, elle est devenue la 18^e compagnie au monde à avoir remporté la médaille de la qualité au Japon, le summum de contrôle de la qualité. Comme une marque supplémentaire de la réputation de l'entreprise, le marché mondial a reconnu les produits GC comme étant synonyme de qualité et de respect de l'environnement.

GC Tech.Europe : centre ultra-moderne pour les toutes dernières technologies de pointe



La GM1000 : une machine 5 axes de ultra haute vitesse et de haute précision.

Avec une gamme exceptionnelle de près de 600 différents types de produits commercialisés dans plus de 100 pays, GC contribue à maintenir la santé des personnes dans le monde entier. Naturellement, les trois sites de fabrication de l'entreprise dans le monde entier sont tous certifiés ISO et livrent des produits de la plus haute qualité.

La société est dirigée aujourd'hui par le petit-fils de Mr Nakao, Makato Nakao, Président de GC.

À la conquête du monde

Cette société mondialisée développe deux grandes zones d'activité, le cabinet dentaire et le laboratoire dentaire, et présente trois implantations mondiales : l'une à Tokyo, l'autre à San Francisco, et la troisième à Leuven en Belgique. Chaque site a sa spécificité et assure la production d'une gamme de produits : l'Asie produit les ciments, les verre-ionomères et le composite ; l'Europe, les plâtres et la céramique ; et l'Amérique, les matériaux d'empreinte.

La gamme Gradia Lab est actuellement utilisée par 7000 laboratoires en Europe. Mais, au laboratoire, le technicien a plus de temps que le dentiste, en bouche. Dès lors, GC a développé une gamme Gradia Direct, plus simple d'utilisation. Les qualités de ce matériau : souple, non collant, thixotrope et non sensible à la lumière ambiante

Le centre de Haasrode est aussi la structure de distribution des produits pour toute l'Europe. Pas étonnant dès lors d'y voir un va et vient de semi-re-

morques à destination de tous les pays européens.

En réponse à l'accroissement constant de la demande en produits GC et pour anticiper la croissance économique en Europe, des travaux d'extension de cet entrepôt ont commencé le 4 janvier 2010 afin d'atteindre une superficie totale de 4500 m².

Technologies de pointe

GC a également ouvert son troisième centre de fraisage sur le site GC à Haasrode (Leuven). Cette nouvelle branche offre des produits et services de haute qualité utilisant les technologies avancées de CAD/CAM de GC. Un laboratoire dentaire est inclus dans ce centre pour la finition de tous les bridges et couronnes Zirconium ainsi que les abutments Zircon ou Titane sur implants.

Mais quelles sont les propriétés des Zircons Aadvia ? Une grande résistance, une excellente biocompatibilité, une connexion de haute précision et une morphologie illimitée.

La GM1000 est une machine 5 axes de ultra haute vitesse et de haute précision pour une taille de machine exceptionnellement compacte. Cette unité de fraisage est équipée d'un système de palettes de travail avec une capacité de 60 cas cliniques résultant d'un fonctionnement entièrement automatique 24h/24h. En raison de sa haute précision et des temps d'indexation à ultra haute vitesse, les temps de cycle au cours de 5 axes simultanés d'usinage

sont fortement réduits. Le GC Aadvia Scan est conçu pour créer des numérisations 3D de précision des préparations d'inlay, préparations de pont, wax-ups et piliers implantaires.

Des copies de modèles 3D en plâtre du client sont disponibles en quelques minutes. Enregistré dans un format ouvert, ils peuvent être utilisés directement dans le logiciel de modélisation GC Aadvia Scan.

Enfin, le nouveau four à haute température a été développé pour le frittage des céramiques zirconium. Le dispositif est équipé d'une unité de contrôle du programme et, par conséquent, peut être utilisé pour toutes les céramiques disponibles sur le marché.

Formation

Et GC a décidé, il y a quelques mois, d'installer à Leuven son centre de formation pour techniciens dentaires et pour dentistes pour toute l'Europe. Le 29 septembre 2008, GC a inauguré à Haasrode sur le GC Europe Campus, son Meeting and Education Centre. En tant qu'entreprise innovante dans le domaine dentaire, il est très important de veiller à une continuelle poursuite du développement et de la recherche et de mettre en pratique ces concepts de nouveaux produits et méthodes, qui dépassent les standards de qualité dans le monde entier tout en protégeant l'environnement mondial et, en définitive tout individu.

Ambiance dans le laboratoire lors d'une formation : mettre tout de suite en pratique les enseignements reçus



Logiciel de modélisation GC Aadvia Scan



Immédiatement, le visiteur est sous le charme de cette architecture originale et lumineuse.

Ce nouveau Centre de Réunion & d'Education couvre une impressionnante surface de 1.600m² de plancher utilisable. Au rez de chaussée, un hall d'accueil est ouvert, y compris une réception et un salon pour accueillir les invités. Également situé au rez de chaussée, une salle de réunion de 75m² et une grande cafétéria accueillante. Toutes les salles de formation sont situées au premier étage. Une salle multimédia de 135 m² sert pour les réunions et les présentations. Le laboratoire de formation modulaire pour techniciens peut accueillir jusqu'à 12 personnes pour des séances pratiques de formation, ainsi qu'une salle séparée pour le plâtre et le polissage et une troisième pièce pour les mises en moufle et les coulées. En rapport avec les autres espaces de formation, on retrouve un cabinet complet de chirurgie dentaire, entièrement équipé en radiologie numérique et avec une salle de stérilisation.

Dans ces nouvelles installations, GC

permet la réunion des professionnels des soins dentaires de l'Europe et du reste du monde, et d'échanger connaissances et expériences.

Il est très intéressant de consulter le livre d'or placé dans le hall d'entrée pour non seulement découvrir que ce centre de formation est en activité tous les jours de la semaine mais aussi que ses visiteurs proviennent vraiment de toutes les régions du monde.

Différents modules de cours pratiques, des présentations et des démonstrations pour les technologies de tous les grands produits GC sont proposés aux

GC Tech.Europe : les technologies avancées de CAD/CAM de GC au service de la profession dentaire

techniciens dentaires, aux dentistes, aux hygiénistes, aux étudiants et aux équipes de vente des produits GC. Ces événements sont assurés par un propre groupe de formateurs de la société,

mais aussi par un réseau extérieur, mondialement reconnu, de professionnels.

Nous avons eu l'occasion de participer à un de ces modules, principalement axé sur la reconstruction en composite au fauteuil selon la technique de la stratification. Nous avons ainsi pu apprécier le professionnalisme de ces formations ainsi que l'excellente ambiance régnant entre les participants et toute l'équipe GC.

Sur le marché belge, nous avons surtout appris à connaître les produits GC au cabinet dentaire pour leurs iono- ●●●

••• mères de verre ou leurs matériaux d'empreintes. Par la suite, les résines composites ont aussi progressivement envahi le marché. Avec son Laboratoire GC Tech à Leuven, la firme se positionne donc sur le marché du « all ceram ».

Mais une autre vision de la santé bucco-dentaire doit également attirer notre attention : la notion d'« Invasion minimale ». En effet, GC est sans doute la seule société dans le domaine dentaire à offrir un aussi large assortiment de produits de prévention et d'intervention à minima.

La prévention des caries est possible si le patient est prêt à changer ses habitudes. L'alimentation et le brossage des dents doit être optimisé pour être efficace dans la prévention des caries. Mais dans la pratique, les traitements de prévention active visent à réduire les facteurs de risque carieux et la promotion de la reminéralisation. Le plus efficace est alors une combinaison de nettoyage dentaire professionnel mécanique, d'antibactériens, d'une saine alimentation et de médicaments visant à promouvoir la reminéralisation. Dry-Mouth, MI Paste, Fuji Triage et Tooth-Mousse doivent alors rejoindre notre arsenal.

L'examen d'un patient ne se limite pas aux dents, mais il prend en compte les facteurs de risque de caries, comme l'alimentation, les habitudes de brossage et la salive. Afin de diagnostiquer et de surveiller les caries le seuil de diagnostic doit être réduit aux premiers

signes cliniques de la carie de l'émail. Ces premières formes sont cliniquement décelables dans les fissures sur les surfaces planes ainsi que sur les rayons X pour les espaces interdentaires.

De nouveaux outils de diagnostic sont aussi disponibles pour aider à identifier les facteurs de risque et également pour motiver les patients. Tests salivaires et

indicateurs de plaque font partie de l'assortiment.

Opter pour la restauration des lésions précoces avec des traitements non invasifs de reminéralisation et la restauration des lésions en utilisant des matériaux bioactifs et ainsi de conserver autant que possible la structure dentaire (minimal invasive cavités) est à la base du concept MI de restauration. Avec EQUIA de GC EUROPE, les verres ionomères ne sont plus une solution temporaire de restauration.

Ce matériau verre ionomère de base vous donne non seulement une solution à long terme de restauration, mais une esthétique tout aussi grande ! Ces bio-matériaux de restauration active avec une liaison chimique à la structure de la dent nécessitent moins de suppression de structure de la dent que les matériaux traditionnels.

Ainsi, GC espère réaliser son rêve de contribuer à faire du 21^e siècle, le siècle de la santé. ■



L'ensemble de la gamme est mis à disposition des stagiaires



Premier exercice : reconstruction d'un bord incisal

Notre groupe lors de la découverte de ce centre : on y retrouve Christophe Decock (Dental Advisor Benelux) et Dirk Galle (Technical and Training Manager GC Europe)





GC Kalore™:

le matériau composite du futur. Grâce à la technologie unique des monomères de DuPont.



Kalore™ est le composite de restauration du futur. Un matériau parfaitement modulable basé sur la technologie révolutionnaire des monomères de DuPont.

Kalore™ présente le plus faible stress de polymérisation du marché, un polissage facile et une brillance naturelle... pour des résultats esthétiques très élevés. Etes-vous prêts?



Découvrez le composite dentaire du futur : www.gceurope.com



GC EUROPE N.V.
Head Office
Tel. +32.16.74.10.00
info@gceurope.com
www.gceurope.com

GC FRANCE s.a.s.
Tel. +33.1.49.80.37.91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com

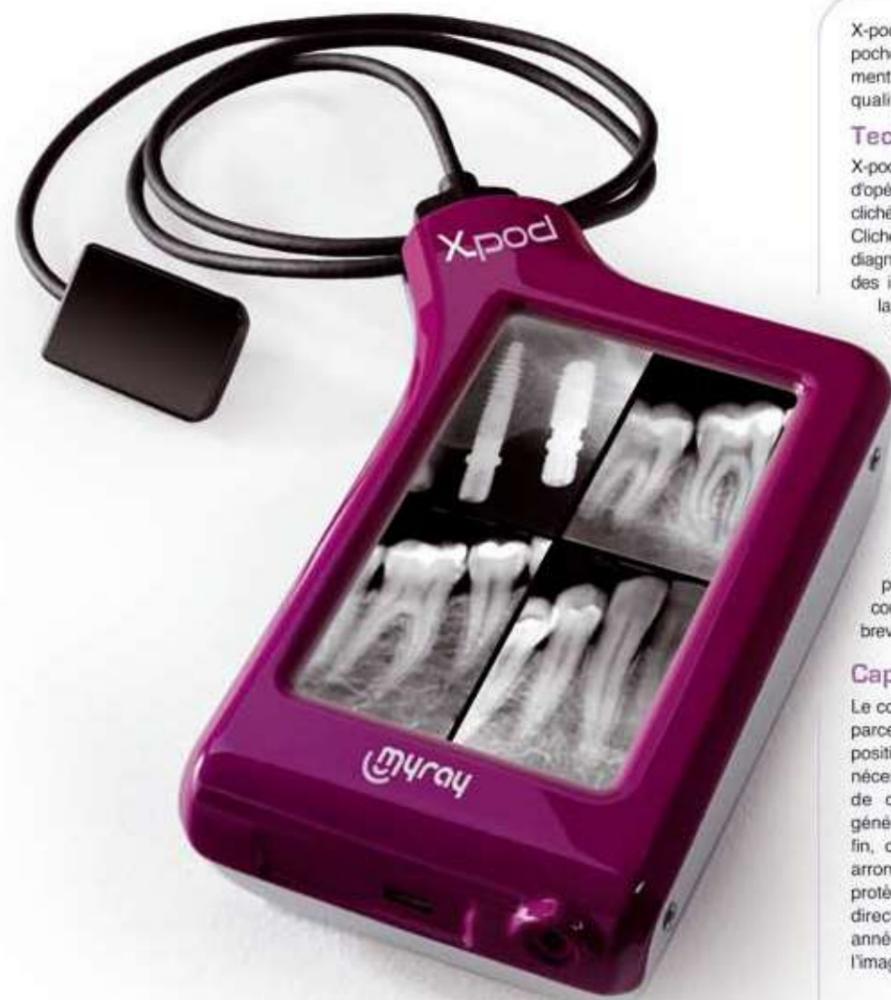
GC BENELUX B.V.
Tel. +31.30.630.85.00
info@benelux.gceurope.com
www.benelux.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.81.734.02.70
info@switzerland.gceurope.com
www.switzerland.gceurope.com

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

Reportage

Comme chaque année, le JOD s'est promené parmi les allées de l'exposition qui accompagne le congrès annuel de l'Association Dentaire Française.

Nous vous présentons ici les lauréats du « Prix de l'innovation » décerné chaque année par les organisateurs et les journalistes présents sur l'exposition. Nous y avons ajouté les deux « Coups de cœur » du JOD.

Pour suivre, une page *people* avec un aperçu des responsables et délégués belges croisés sur les stands de leurs firmes.

Rencontre aussi avec François Unger, Président scientifique du congrès de l'ADF 2009, l'occasion de connaître son opinion sur la formation continue en France.

Bonne lecture ! ●●●

> Pierre GOBBE-MAUDOUX



ADF

Toujours du neuf

ADF : Prix de l'innovation

L'exposition de l'ADF décerne chaque année des « Prix de l'innovation ». Le J.O.D. s'est intéressé spécialement cette année à ces nouveautés qui pourraient révolutionner notre pratique dans quelques années. En voici quelques unes...



Owandy présentait une révolution dans le domaine de l'imagerie dentaire : le premier capteur intra-oral à induction sans câble. Visteo est un ensemble unique capteur, boîtier, angulateur universel avec une transmission sans fil. Il allie donc liberté de mouvement et simplicité de diagnostic. La rotation de l'angulateur couvre toutes les possibilités de clichés. Elle offre les positions standards et la possibilité de s'en extraire avec stabilité. L'intégration du câble dans l'angulateur optimise l'hygiène de l'appareil. Les capteurs T1 et T2 sont également interchangeables. Le même boîtier pouvant s'utiliser sur plusieurs fauteuils en mode partagé. Avec une très haute définition (>20 pl/mm), les capteurs Visteo bénéficient des toutes dernières avancées technologiques.

Chez **Ultradent**, voici la lampe à polymériser Led VALO. Fine et maniable, cette lampe Led offre une accessibilité inégalée sans compromettre ni le confort du patient, ni l'efficacité de polymérisation. Le faisceau de lumière concentré et cylindrique offre une polymérisation uniforme et complète de tous les matériaux dentaires grâce à son large spectre. Valo possède un corps élancé en aluminium aéronautique recouvert de téflon, pour une légèreté et une longévité exceptionnelles.



Schein France a reçu le prix de l'innovation pour l'originalité de son stand qui accueillait ses visiteurs de façon très agréable et esthétique.



Chez **Komet**, la nouvelle fraise « CeraBur K1SM » est la première fraise d'excavation à profiter des avantages de la céramique de haute performance. Outre une longévité accrue, cette fraise est particulièrement efficace sur la dentine molle, cariée, tout en épargnant la substance saine, dure. La gamme s'étend de la taille 010 à la 023, avec col court ou long. Une étude élaborée par l'Université de Münster en Allemagne a montré l'entière satisfaction de tous ses utilisateurs.



La firme de meubles dentaires **Dental Art** innove dans le domaine avec la sortie de son meuble ZERO. Imagine : vous effleurez le disque central, un nouveau monde s'ouvre à vous... l'ouverture en croissant de lune vous laisse découvrir, à portée de main, tout le matériel disponible : gobelets, serviettes, canules d'aspiration, pompes à salive, bavettes, gants, masques... Une collection de couleurs (vert, rouge, bleu, jaune, glycine et blanc) et de décorations vont donner aux cabinets dentaires une touche de vitalité et d'entrain. C'est le design pur, mis au service de l'efficacité.



ADF : Les coups de cœur du JOD

Une nouvelle approche de vos patients et de votre confort avec **Eyework !**

Inside remplace le miroir habituel et offre l'avantage d'être lumineux et sans buée, puisque équipé d'un jet d'air pulsé. Aucune dent n'est inaccessible à votre vue grâce à l'agrandissement à volonté de l'image. Chaque soin devient d'une précision incroyablement nette. La manipulation est simple, accessible à tous, quelles que soient l'expérience et les habitudes. Fixé sur un bras compensé, Inside ne nécessite pas de main supplémentaire et se manie très simplement. La posture de travail est optimale. Probablement aussi révolutionnaire que l'endoscopie en médecine ! Découvrez-le sur <http://www.eyework.eu>.

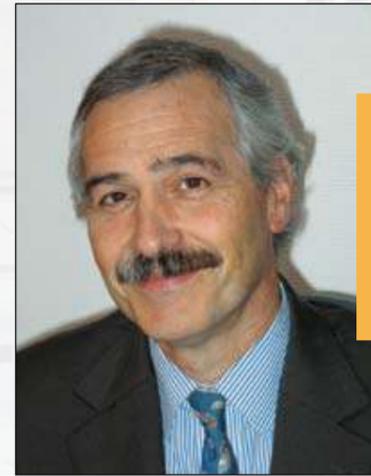


ADF : Côté « people »...

Paris n'est qu'à 1 heure 40 de Bruxelles avec le Thalys. Pas étonnant dès lors de croiser dans les allées de l'exposition un certain nombre de professionnels du secteur dentaire de Belgique, venus y chercher les informations indispensables à un service parfait à la clientèle. En voici quelques-uns, de façon non exhaustive...



ADF : En coulisses



François Unger, Président scientifique de l'ADF 2009, a répondu aux questions du JOD, à peine quelques jours avant son déplacement à Bruxelles dans le cadre du Dental Thema Day « Bruxisme » organisé par le COD.

Le JOD — François, vous êtes le Président scientifique du congrès 2009 de l'ADF. Expliquez-nous quels ont été les critères de choix des conférenciers ?

François Unger — Le président scientifique du congrès de l'ADF ne choisit pas directement les conférenciers. L'ADF est une organisation très pyramidale. Le président scientifique choisit les 12 ou 13 membres de son conseil scientifique. Ceux-ci, après discussion au sein du conseil scientifique et établissement du programme du congrès, choisissent, chacun pour sa discipline, les responsables des séances retenues. Et ce sont ensuite ces responsables de séances qui choisissent leurs conférenciers. En fait, si le président scientifique s'entoure d'un conseil scientifique de personnalités de qualité, il leur délègue en totalité la supervision de l'organisation des séances et donc du choix des intervenants. Cette situation a été la mienne, car j'ai pu bénéficier du concours de personnes exceptionnelles dans mon conseil scientifique : ils ont tout fait !

Le JOD — Ce congrès est devenu la plus grande manifestation de formation continue des chirurgiens dentistes en Europe. Comment expliquez-vous cet engouement ?

François Unger — Ce qui fait le succès du théâtre et plus largement des spectacles, c'est la règle de l'unité : unité de lieu, unité de temps et unité d'action. Le congrès de l'ADF est un grand show qui regroupe dans un même lieu, dans une même semaine, tout ce que le monde francophone peut réunir en matière d'enseignants de qualité, de jeunes confrères et consoeurs dynamiques et d'innovations technologiques. Imaginez 140 séances en 5 jours, sur parfois 10 salles en simultanément, et dans le même temps une exposition de près de 400 stands... Les praticiens peuvent en quelques jours se former, s'équiper, se rencontrer,

et recharger leurs batteries pour un optimisme renouvelé. Près de 8.000 praticiens se sont inscrits. Peut être même plus. Il y a eu plus de 30.000 passages dans l'exposition. Toute l'odontologie française converge vers la porte Maillot durant la dernière semaine de novembre, chaque année. Le rendez vous est pris depuis plus de 30 ans. C'est incontournable aujourd'hui.

Le JOD — A voir la fréquentation des salles, cette année est d'ores et déjà un succès. Quels sont les domaines de l'odontologie qui attirent le plus actuellement ?

François Unger — En France, en matière de formation continue, le domaine qui attire le plus est l'implantologie. Près de 50% de toutes les formations faites à ce titre dans notre pays en 2008 ont concerné l'implantologie. Mais on peut dire que l'offre du congrès de l'ADF est tellement large que nous y trouvons toutes les disciplines. Bien sûr l'implantologie. Mais il faut aussi noter des séances immenses pour l'occlusodontie, l'anesthésie, la justification juridique des honoraires, ou les techniques restauratrices à minima.

Le JOD — Et pensez-vous que lors de ce congrès, le rêve a pu devenir réalité pour un plus grand nombre ?

François Unger — Je l'espère en tout cas ; même si je mesure à quel point il devient difficile, dans le cadre de réglementations toujours plus tyranniques de pouvoir exercer le beau métier de chirurgien dentiste sous une forme idéale. La réalité, en France, est chaque jour plus contraignante, et l'avenir ne semble pas devoir inverser la tendance. ■

Liège implantologie "live" 4ème édition 19-20-21 mai



La mise en fonction immédiate

Les standards actualisés en 2010

2 jours complets de retransmission en direct et en haute définition de poses d'implants suivies de mise en fonction prothétique immédiate avec les techniques les plus actualisées!

Orateurs:

Prof. Eric Rompen
Prof. Marc Lamy
Prof. Alain Vanheusden
Mr. Geoffrey Lecloux
Mme. Caroline Legros

Ne ratez pas ce congrès unique! Consultez le programme et saisissez cette dernière chance pour vous inscrire.

Pour toutes inscriptions et plus d'information, vous pouvez consulter notre site web:

www.ulg-congreslive2010.be

En collaboration avec



• Courrier des lecteurs •



J'ai 64 ans et désire continuer mon activité de dentiste généraliste après 65 ans, deux jours par semaine. Mon fils termine la médecine générale. Pouvons-nous travailler à la même adresse, dans deux pièces séparées par la salle d'attente commune? Pouvons-nous créer une société?

Aucune règle particulière ne régit les modalités pratiques de l'exercice clinique de l'art dentaire, ni les statuts définissant une société créée dans le but de dispenser des soins dentaires. Il faut d'ailleurs remarquer que bien des dentistes ont créé, par le passé, une société à but multiple : par exemple l'exercice de la profession de dentiste mais aussi la gestion d'un patrimoine immobilier, et ceci au sein de la même société. A priori donc, rien ne s'oppose, pour le dentiste, à exercer en partageant une salle d'attente avec un médecin généraliste et en fondant une société avec ce dernier.

Mais, pour le médecin, il en va tout autrement. En effet, les statuts d'une société dont le but est l'exercice de l'art médical doivent être approuvés par l'Ordre des médecins. L'appréciation se fait au cas par cas, mais retenons que, en principe, les associés doivent tous être médecins, et que les statuts ne peuvent prévoir d'autre but que l'exercice de la médecine.

En 2010, la prime d'accréditation augmentera. J'ai entendu dire qu'il s'agit de compenser les coûts liés aux nouvelles réglementations en matière de radiations ionisantes. Mais est-il acceptable de rémunérer de la sorte tous les praticiens, alors que seuls ceux qui disposent d'un cabinet doivent assumer les coûts de matériel RX?

En 2010, l'honoraire forfaitaire d'accréditation — payé aux environs de juillet 2011 — passera à 2.605,33 euros, soit une augmentation de quelque 250 euros sur base annuelle. La justification officielle de cette majoration d'honoraire repose, en effet, sur les contraintes en matière de radioprotection, plus exactement le fait que l'obligation de formation continue en ce domaine peut être intégrée, sans autre formalité et avec l'assentiment bienveillant de l'AFCN, dans le cadre des exigences de l'accréditation : il s'agit du doublement des unités requises dans le domaine 3, pour les cycles débutant en 2010 et les années ultérieures.

Que faut-il en penser ? Naturellement, trouver une source créative de financement de nouvelles obligations est souvent de bonne guerre. Toutefois, dans la formule retenue, on relève pas mal d'écueils :

L'accréditation représente une source créative de financement pour les obligations en matière de radioprotection... mais la formule retenue présente pas mal d'écueils

- les praticiens disposant d'un cabinet ont des obligations bien plus élevées (y compris la mise aux normes du matériel lourd !) que les collaborateurs ou les prestataires hospitaliers ; pourtant, le financement ne tient pas compte de ces différences

- les obligations pèsent, tout aussi brutalement, sur les praticiens qui font le choix d'une formation continue libre, en dehors du formatage de l'accréditation ; or, pour ceux-ci, aucun financement n'est prévu, ce qui ajoute à la pression pour « rentrer dans le rang »

- de manière générale, l'augmentation des forfaits et des « aides d'État » ne fait que creuser la tombe de l'exercice libéral ; à ce propos, nous avons d'ailleurs toujours affirmé que le risque financier dans l'accréditation résidait bien dans l'augmentation de l'honoraire forfaitaire (par opposition aux honoraires à l'acte), et non dans le partage d'une enveloppe exiguë entre des praticiens de plus en plus nombreux à souscrire au système

••• **Qu'entend-on exactement, dans le cadre des contrats couvrant la responsabilité professionnelle du dentiste, par les mots « sans implantologie » ? S'agit-il d'une exclusion de la prothèse sur implants ?**

Certaines polices garantissant la responsabilité civile contractuelle des praticiens de l'art dentaire distinguent l'exercice avec implantologie de l'exercice sans implantologie. Les primes sont évidemment calculées en conséquence...

Vu l'ampleur possible des dédommagements réclamés en cas de sinistre (supposé ou réel), il n'est pas anodin de s'enquérir auprès de sa compagnie de la portée exacte du terme « implantologie » : cette définition doit faire partie intégrante des conditions générales ou particulières. En l'espèce, on veillera par exemple à faire mentionner que la prothèse sur implants est bien couverte par un contrat « sans implantologie ».

Dans un cas récent vécu par un Confrère, la compagnie d'assurances renvoyait la définition de l'implantologie dentaire à l'Ordre des médecins. Interpellé par nos soins, le Conseil national nous a répondu par un déni de compétence... Autrement dit, la définition de l'implantologie dans ce contrat d'assurances n'existait tout simplement pas, ce qui ressemble à une porte ouverte à toutes les interprétations.

Un conseil, si vous pratiquez la prothèse sur implants sans poser l'acte chirurgical lui-même : faites stipuler dans les conditions particulières que l'exercice prothétique est couvert. Voici une formulation générique et acceptable : "Seule la pose d'implants est exclue de la garantie". De cette manière, tous les actes prothétiques (et préparatoires : pensez à la responsabilité du plan de traitement !) sont automatiquement couverts. À noter qu'une couverture de ce type se trouve sur le marché pour un montant annuel de moins de 100 euros hors taxe, pour un capital assuré de l'ordre de 2,5 millions d'euros.

En Belgique, l'apposition d'un panneau directionnel vers les cabinets dentaires est illégale



Suite à la construction d'un bâtiment pour le cabinet dentaire, je vais prochainement déménager. Cependant, cette nouvelle localisation étant située à moins de 10 km de l'actuelle, en zone plus rurale, j'aurais voulu savoir si un panneau indicateur fléché, en bord de route, est permis afin de guider au mieux les patients, ou est-ce perçu comme une forme de publicité, et donc dans ce cas, interdit ?

Au sein de l'Union Européenne, cette matière relève de la compétence des États. Aussi, en Belgique, restent d'application :

- l'Arrêté royal du 9 novembre 1951 « complétant l'Arrêté royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire »
- la loi du 15 avril 1958 « relative à la publicité en matière de soins dentaires »
- la loi AMI du 9 août 1963

L'exposé des motifs de la première référence est très révélateur de la situation du tissu sanitaire odontologique de l'époque, qui trouve encore en partie un prolongement aujourd'hui : "Il est nécessaire d'interdire les pratiques portant atteinte à la dignité qui doit caractériser l'exercice d'une profession médicale, et spécialement certains procédés commerciaux employés dans le but d'attirer la clientèle". Il s'ensuit entre autres un article 8 quinquies stipulant : "Pour l'annonce au public, est seule autorisée sur l'im-

meuble dans lequel une personne qualifiée [...] exerce l'art dentaire, l'apposition d'une inscription ou d'une plaque de dimensions et d'aspect discrets, portant le nom du praticien et éventuellement sa qualification légale [...]". Il est donc bien question de l'autorisation d'une plaque sur l'immeuble, et non pas d'un panneau indicateur à distance de l'immeuble.

L'article 1 de la seconde référence confirme que "Nul ne peut se livrer directement ou indirectement à quelque publicité que ce soit en vue de soigner ou de faire soigner [...] les affections de la bouche et des dents, notamment au moyen d'étalage ou d'enseignes, d'inscriptions ou de plaques [...]".

L'article 127 de la troisième référence confirme encore de manière générale l'interdiction de la publicité pour tous les dispensateurs de soins. Ce point n'est pas anecdotique. En effet, si les sanctions sont rares dans le cadre des deux premières références (plaintes classées sans suite par les Parquets), la troisième référence bénéficie d'une procédure judiciaire différente, au sein même de l'INAMI, avec à la clé la possibilité d'amendes élevées, voire de suspension d'exercice dans le cadre de l'Assurance-maladie.

En conclusion, l'apposition d'un panneau indicateur « cabinet dentaire » est illégale et fortement déconseillée. ■

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 mm²
- 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 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



Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl, avenue de l'Europe 40, 6000 Charleroi ou par fax au 071 33 38 05 ou à retranscrire par mail à l'adresse info@cod.be

Nom & prénom (facultatif) :

- QUESTION SUGGESTION CRITIQUE ENCOURAGEMENT

.....

Emploi / collaboration

Dentiste généraliste région du Centre sortie 21 autoroute E19/E42 prox. grands hôpitaux régionaux souhaite PARTAGER ses installations. Location mensuelle et charges comprises. Tél.: 0475/77.02.01.

CHU La Louvière ENGAGE LSD part time pour renforcer équipe dynamique et motivée. Patientèle importante. Statut indépendant. Pas de frais d'entrée. Assistance au fauteuil. Renseignements et CV: mbarthel@chu-tivoli.be ou tél.: 064/22 99 93 (après 17h00).

Maison médicale Gilly CHERCHE dentiste. Tél.: 071/28.55.77 ou 0476/43.55.73.

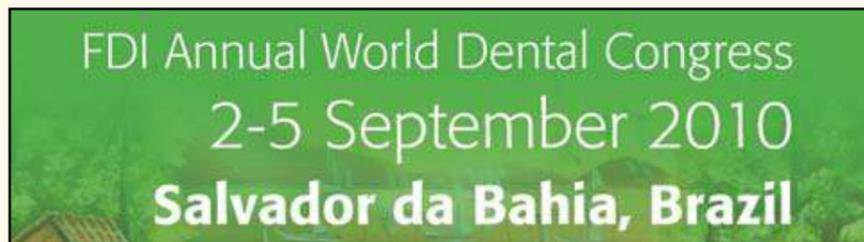
DG établi à Etterbeek CHERCHE dentiste (H/F) pour partager cabinet. Modalités à convenir. Email: rtebiani@yahoo.fr.

Cabinet dentaire région Tournai CHERCHE dentiste pour patientèle en attente Equipement moderne. Grande souplesse pour collaboration location revente. Contact: cabinetdentaire76@gmail.com.

Matériel

A VENDRE lampe photopolym. 3M Espe Elipar FreeLight parfait état. 500 euros. Tél.: 071/78.79.34.

A VENDRE Liège fauteuil KaVo Primus 1058 S/TM/C/G + 2 sièges KaVo Physio 5007, parfait état (2007). Tél.: 04/233.77.87 (mardi et mercredi +jeudi matin). Mail: lowette.cointe@skynet.be.



Cabinet de groupe région du Centre souhaite ACQUÉRIR microscope mural occasion pour endodontie exclusive. Tél.: 0475/77.02.01.

A VENDRE instal. dent. Marus pneum. fauteuil program. scialyt. crachoir unit 3 cord. spir. seringue 3 fonct. sup. aspi chir. Très bon état. 6.500 euros possib. instr rot. RX pano lampe polym. détarteur etc en sus. Tél.: 02/ 374.46.44 ou 0475/96.26.61.

A VENDRE RX murale instruments daviers asp. chir. Durr séparateur Ag fauteuils unit. Bon état. Tél.: 0476/92.61.34.

Remise / reprise / immo

A VENDRE maison 1995 pour prof. lib. (Grivegnée) cabinet RdC habitation 1^{er} ét. jardin 600 m². 275.000 EUR. Infos tél.: Weytjens 0496/85.32.37.

Anvers A VENDRE maison de maître rénovée OK prof. lib. 3 ch. garage jardin plancher moulures. Tél.: 02/539.11.77.

Cabinet A CÉDER à Uccle avec achat de l'appartement. Tél.: 0495/57.40.65.

A REMETTRE Andenne immeuble

avec deux cabinets dentaires. Tél.: 085/84.36.66.

Cannes Croisette VENDS cabinet standing bloc op. paro implanto prothèse idéal pour praticien expérimenté Anglais indispensable. Tél.: 0033/609.52.43.77 après 20h ou jean-pierre.chetry@hotmail.fr.

VENDS cabinet centre ville Amiens cause retraite 2 postes Julie RVG 50KE. Tél.: 0033/322.91.54.97.

A VENDRE pour cause retraite villa 6 càc 3 sdb avec consultation attenante hall récept. 2 faut. labo pano télé dans jardin arboré centre Malmedy. Rens. et photos: joseph.vandervleugel@skynet.be.

A 5 mn centre Dunkerque DONNE cabinet tenu 30 ans contre achat murs et matériel possibilité 2ème fauteuil. Tél.: 0033/328.68.54.63 après 20 h.

Offre d'emploi ou de collaboration, recherche d'un interim ou d'une reprise de cabinet, matériel dentaire à vendre, plateau professionnel à louer...?

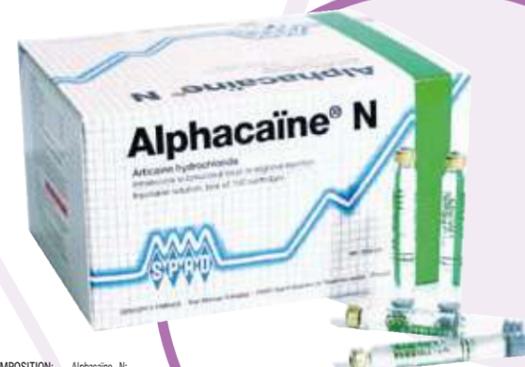
N'hésitez plus et pensez JOD !

Et en plus : c'est gratuit.

Offre réservée aux praticiens.

La rédaction se réserve le droit de ne publier que les annonces présentant les caractéristiques légales et déontologiques en vigueur.

Néanmoins, le JOD ne peut être tenu responsable du contenu, de la nature ou des conséquences des annonces publiées.



Emballage de 100 carpules ref 120435

COMPOSITION: - Alphacaine N: articaine HCl 40 mg + épinéphrine HCl 0,006 mg par ml. - Alphacaine SP: articaine HCl 40 mg + épinéphrine HCl 0,012 mg par ml. INDICATIONS: Pour anesthésie intrabuccale, terminale et de conduction en dentisterie. CONTRA-INDICATIONS: Les contre-indications de l'Alphacaine sont les mêmes que celles des autres anesthésiques locaux. L'administration intraveineuse est contre-indiquée chez les malades présentant le syndrome d'Adams-Stokes, des troubles graves de la conduction (bloc) et ceux atteints d'insuffisance cardiaque grave. Par suite du comportement particulier de la résorption de la muqueuse buccale, et du risque d'une injection I.V. accidentelle, on ne pratiquera pas, en dentisterie, d'anesthésie locale à ce type de patients. Comme contre-indication habituelle de l'agent vaso-constricteur, il y a la tachycardie paroxysmique, la fibrillation très fréquente, le glaucome avec "narrow angle". EFFETS SECONDAIRES: On ne connaît pas d'effets secondaires particuliers à l'Alphacaine substrat. Des troubles circulatoires liés que chute de la pression sanguine, modification de la fréquence du pouls - également après anesthésie épidurale - peuvent survenir, un contrôle rigoureux est nécessaire. Ils sont néanmoins rares. Bien que des réactions allergiques n'aient pas encore été observées, elles ne sont cependant pas à exclure. Comme avec tous les anesthésiques locaux, des troubles nerveux centraux, dépendant de la dose, peuvent survenir - bourdonnements d'oreille - bourdonnement jusqu'à la perte de conscience - troubles respiratoires jusqu'à l'arrêt respiratoire - tremblement et contraction musculaire, jusqu'à spasme général - nausée jusqu'à vomissement. Les effets secondaires liés à l'épinéphrine (tachycardie, troubles du rythme cardiaque, augmentation de la pression sanguine) ne sont que très rarement observés, par suite de la faible concentration (200 000 (0,5 mg %)). TRAITEMENT DES EFFETS SECONDAIRES: a) dus à l'anesthésie locale. Les remarques suivantes sont valables pour tous les anesthésiques locaux utilisés: Lorsque les premiers signes d'effets secondaires ou d'intoxication - p. ex. sensation de vertige, agitation motrice, toux - apparaissent pendant l'injection, il faut aussitôt interrompre celle-ci. Coucher le patient à plat, contrôler le pouls et la pression sanguine. Il convient de tenir en permanence, à portée de la main, une solution pour perfusion prête à l'emploi et le cas échéant de l'installer - même si une aggravation des symptômes ne se manifeste pas - ne fait ce que pour pouvoir procéder immédiatement à l'injection intraveineuse en cas de nécessité. L'insufflation d'oxygène est indiquée. Les analgésiques centraux sont contre-indiqués. Dans les troubles respiratoires légers, l'administration d'oxygène est utile; dans les cas plus graves on soutiendra la respiration avec de l'oxygène (O2) ou avec de l'air enrichi en oxygène, le cas échéant par intubation endotrachéale et contrôle de la respiration. Les tremblements musculaires et/ou les spasmes généralisés sont à traiter avec des injections intraveineuses de barbituriques à action courte ou ultra-courte. Il convient, sous administration d'oxygène et sous contrôle de la circulation, d'injecter lentement les barbituriques - ou éventuellement de diazépam (sédation, respiration) et de raccorder à l'aiguille mise en place une solution pour perfusion. Les chutes de pression sanguine et l'augmentation du pouls - ou la bradycardie sont souvent compensées seulement par la mise en position horizontale ou en plaçant la tête plus bas que le corps. En cas de corticostéroïdes (p. ex. 200 mg de 6-méthylprednisolone); en cas de menace de défaillance circulatoire imminente il peut être indiqué d'injecter en plus, soit avec la perfusion 0,5 - 1 mg d'épinéphrine ou de norépinéphrine en solution diluée (1:1000). b) effets secondaires liés à l'épinéphrine. Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, d'un infarctus, récent ou souffrant de douleurs postangineuses ainsi que chez les hypertendus chez lesquels il peut se développer une forte tachycardie ou tachyarrhythmie il semble indiqué d'injecter prudemment par voie I.V. des β-sympatholytiques. Dans tous les cas, l'administration d'oxygène et un contrôle circulatoire sont nécessaires. Les augmentations de la pression sanguine chez les malades hypertendus doivent éventuellement être traitées par des vaso-dilatateurs périphériques. MODE D'ADMINISTRATION: L'activité anesthésique de l'Alphacaine N suffit amplement pour la plupart des interventions dentaires. Il est même possible, avant une extraction simple d'une dent non enflammée de la mâchoire supérieure de pratiquer un dépôt vestibulaire de 1,8 ml par dent et de renoncer à l'inévitable injection palatine appliquée jusqu'à présent. Si une anesthésie complète n'apparaît pas, il est recommandable de faire une seconde injection vestibulaire de 1,8 ml. Si l'on incise ou suture le palais, il est indiqué de faire un dépôt dans le palais, mais de très petites quantités (env. 0,1 ml par point) suffisent. Pour extraction simple des prémolaires de la mâchoire inférieure, une anesthésie terminale de 1,8 ml d'Alphacaine N ou d'Alphacaine SP par dent, suffit en général; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il faut recourir à l'anesthésie de conduction à l'orifice supérieur du canal dentaire. Avant d'envisager celle-ci on essaiera une injection vestibulaire de 1 - 1,8 ml. Chez les malades atteints d'hypertonie, d'artériosclérose évolutive, d'affections cardiaques ou de diabète, l'Alphacaine N est l'anesthésique de choix en raison de sa concentration extrêmement faible en suprénaline. L'action de l'Alphacaine N ou de l'Alphacaine SP débute très rapidement. Après un temps de latence de 3 minutes au plus, l'anesthésie est complète dans la plupart des cas. Si, exceptionnellement, il n'en était pas ainsi, il est recommandé de patienter encore 2 minutes, de procéder seulement alors à une seconde injection. Le temps d'action de l'Alphacaine N et l'Alphacaine SP n'est pas inférieur à 45 minutes et couvre ainsi complètement la durée des interventions dentaires. L'Alphacaine SP est utilisée en premier lieu en chirurgie des muqueuses et des os qui réclame une ischémie particulièrement bonne. Elle est de plus indiquée dans les interventions dont la durée prévisible dépassera l'heure. Comme autres indications on peut noter l'extirpation pulpaire et l'extraction des dents avec périodontite. Les quantités à injecter sont les mêmes que pour l'Alphacaine N. On a, en dentisterie, injecté jusqu'à 240 mg d'Alphacaine N ou d'Alphacaine SP. REMARQUE PARTICULIÈRE: Lors de l'administration d'un anesthésique la pression sanguine peut diminuer, un contrôle rigoureux est donc nécessaire. PRÉSENTATIONS: Alphacaine N - 100 ampoules cylindriques de 1,8 ml FORMULES: Alphacaine N: Articainum hydrochloridum 40 mg, Epinephrini hydrochloridum 0,006 mg, Natrii metabisulfis, Natrii chloridum, Aqua ad injectabilia q.s. ad 1 ml. Alphacaine SP: Articainum hydrochloridum 40 mg, Epinephrini hydrochloridum 0,012 mg, Natrii metabisulfis, Natrii chloridum, Aqua ad injectabilia q.s. ad 1 ml. ALPHACAIN N 1902 IS 60 F 12 1902 IS 61 F 12 Titulaire d'enregistrement: Omega Pharma NV Vencovegweg 26 BE-9610 Nazareth



Emballage de 100 carpules ref 120437



Alphacaine - Dentsply SPAD

- ✓ **Plus de sureté**
 - faible effet cardio-dépresseur
 - faible concentration en adrénaline (Comparable à la sécrétion endogène d'adrénaline en 1 minute / patient au repos)
- ✓ **une efficacité reconnue depuis plus de 20 ans**
 - temps de latence très court
 - 95% de fixation de l'anesthésie aux protéines
- ✓ **une tolérance accrue**
 - sans EDTA
 - sans autre additif
- ✓ **une sécurité prouvée**
 - plus de 25 ans de recul clinique
 - étude clinique sur 10.500 cas (moins de 0,4% d'effets secondaires)
- ✓ **posologie réduite**
 - 1/6 de carpule par traitement

Demandez votre paquet d'introduction

1 boîte d'Alphacaine et 1 seringue!

0800 14 444

Salle d'exposition Xtradent - Rue Birmingham 225 - 1070 Bruxelles
Arseus Pyramid Building - Textielstraat 24 - 8790 Waregem - dental@xtradent.be



ARSEUS DENTAL



PHENOX

JOURNEES PORTES OUVERTES

4 - 5 JUIN de 10 à 22 H



UNIT ZAFIRO



- display à 24 fonctions
- Système de désinfection des sprays
- Système de désinfection des tuyaux d'aspiration chirurgicale
- Sciolytique à LED
- MM lumière à induction [Titane]
- Seringue 6 fonctions avec éclairage LED



owandy



- Pano I-MAX Touch à 12 programmes
- Capteurs OWANDY CCD à scintillateur wireless WIFI



Qdent



- Design scandinave
- Ergonomie très poussée
- Système de fouëtés breveté et bien balancé
- Versions pour droitiers ou gauchers
- Structure en aluminium

NSK



2 instruments achetés = 1 raccord NSK lumière **GRATUIT**
Réf. 1 PTL-CL-4HV



M600L M95L

€1246,- hors TVA

S-MAX



vistascan DÜRR DENTAL

- Scanner à très haute résolution au phosphore VISTASCAN de DÜRR



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 2010 est gratuite, et je m'inscris aux activités de formation continue (FC) du COD selon les modalités suivantes :

<input type="checkbox"/>	FC3 Les 4 défis de la pédodontie (sa 12/06/2010) - Bruxelles			
<input type="checkbox"/>	Base	1 X 190 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	«Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾	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 28/5/2010.....	+ 50 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	FC4 La 50 ^e du COD • Parodontie médicale (sa 2/10/2010) - Charleroi			
<input type="checkbox"/>	Base (pour tous).....	1 X 210 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	J'emmène mon (mes) assistante(s) nombre :	X 105 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	Frais en cas de règlement reçu après le 17/9/2010.....	+ 50 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	Je ne souhaite pas profiter de l'action DPI			
<input type="checkbox"/>	FC5 Le compo, tout le compo, rien que le compo (ve 12/11/2010) - Namur			
<input type="checkbox"/>	Base	1 X 190 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	«Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾	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 29/10/2010.....	+ 50 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	FC6 Dental Thema Day « Empreintes » (sa 11/12/2010) - Bruxelles			
<input type="checkbox"/>	Base	1 X 190 =	.....	EUR
<input type="checkbox"/>	«Conjoint/collaborateur» ⁽¹⁾ ou «Jeune/étudiant» ⁽²⁾	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 26/11/2010.....	+ 50 =	.....	EUR
	Total =		.....	EUR

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

- Je m'inscris simultanément à 3 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR
- Je m'inscris simultanément à 4 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR
- Je m'inscris simultanément à 5 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR
- Je m'inscris simultanément à 6 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 250 EUR

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

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

⁽²⁾ Année du diplôme et université (2007 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 page 53 du JOD n°43 et sur www.cod.be).

Date : Signature :



Excelsiorlaan 4a - 1930 Zaventem
Tel +32 2 721 5054
Fax +32 2 721 5024
www.phenox.be - info@phenox.be

optimize your dental office

RACEGEL

Sang & salive sous contrôle!

Gel de préparation sulculaire sans fil de rétraction

Consistance gel

- Application très facile et indolore

Embouts d'application coudés

- Ergonomie accentuée

Thermosensible

- Reste en place et facile à éliminer

Gel coloré

- Bonne visibilité des zones traitées

PRÉPARATION SULCULAIRE SANS FIL DE RÉTRACTION

- Avant prise d'empreinte
- Avant pose d'une restauration en composite ou en verre-ionomère



Contenu du coffret:

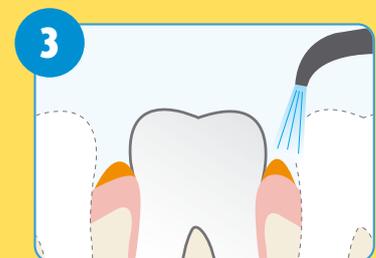
- 3 seringues de 1,4 g de gel
- 30 embouts applicateurs



Appliquer le gel directement dans le sulcus



Laisser agir environ 2 minutes



Rincer



Sécher



SEPTODONT NV-SA ● Avenue 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

PLUS DE 78 ANNÉES D'EXPÉRIENCE DÉDIÉES AU DÉVELOPPEMENT ET À LA FABRICATION DE PRODUITS INNOVANTS POUR LES PROFESSIONNELS DES SOINS DENTAIRES. DEPUIS 1932.