

Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire © Collège d'OmniPratique Dentaire - éd. Assemblée P307013 Tirage : 4.000 ex.

• N° 48 •

Novembre - Décembre 2010

# Jod

• Journal d'omniPratique dentaire •

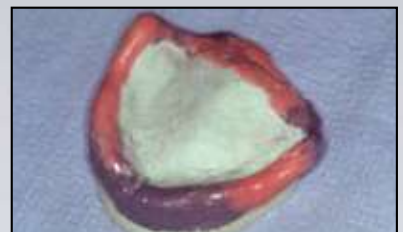


**PRATIQUE CLINIQUE** Empreinte & passivité en implantologie

**REPORTAGE** Révolution à Garancière pour les 36<sup>e</sup> Entretiens

**FORUM DES LECTEURS** Vos questions & les réponses du JOD

## DENTAL THEMA DAY



# « EMPREINTES »

**JOURNÉE THÉMATIQUE  
INTERUNIVERSITAIRE**

**BRUXELLES** SAMEDI 11 DÉCEMBRE 2010

## Édito

- La photo > 7
- Prochaines activités > 9
- L'actu médicale > 14
- Pratique clinique > 16  
Empreinte et passivité  
en prothèse implantaire
- Reportage > 27  
Révolution à Garancière
- Forum des lecteurs > 33
- Petites annonces > 36
- Inscriptions > 39

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

Le Journal d'OmniPratique Dentaire  
est une publication du  
Collège d'OmniPratique Dentaire ASBL

Pour nous contacter  
et pour recevoir gratuitement le JOD :  
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](http://www.cod.be)

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

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

Éditeur responsable :  
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD 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

**DENOMINATION DU MEDICAMENT SEPTANEST NORMAL**, solution injectable - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE - cartouche de 1,8 ml - cartouche de 1 ml Chlorhydrate d'articaine cartouche de 1,8 ml : 72,000 mg cartouche de 1 ml 40,000 mg Adréraline (sous forme de tartrate d'adréraline) cartouche de 1,8 ml - 0,009 mg cartouche de 1 ml : 0,005 mg Excipients : Chlorure de sodium, disulfite de sodium, édétate de sodium, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables. **FORME PHARMACÉUTIQUE** Solution injectable. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Anesthésie locale ou loco-régionale en pratique odonto-stomatologique. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 4 ans en raison du type d'anesthésie non adapté avant cet âge. **Posologie Adulte** : Pour la plupart des interventions courantes, une infiltration de 1,8 ml est suffisante. Dans tous les cas, l'injection devra être faite lentement (1 ml/min environ). Ne pas dépasser la dose de 7 mg de chlorhydrate d'articaine par kilogramme de poids corporel. **Enfant (de plus de 4 ans)** : La quantité injectée dépend de l'âge, du poids de l'enfant et du type d'intervention à réaliser. **Sujet âgé** : Réduction de moitié de la dose réservée à l'adulte. **Mode d'administration** INJECTION LOCALE OU RÉGIONALE INTRA-BUCCALE SOUS-MUQUEUSE. Vérifier qu'il n'y a pas d'effraction vasculaire par des tests d'aspiration répétés, en particulier lors d'anesthésie régionale (tronculaire). La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 1 ml de solution par minute. **CONTRE-INDICATIONS** - Hypersensibilité à l'articaine ou à des anesthésiques locaux similaires et à l'un des excipients de la préparation - Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sévères et non appareillés - Epilepsie non contrôlée par un traitement - Insuffisance hépatique grave - Porphyrurie - Enfant âgé de moins de 4 ans - Affections cardio-vasculaires : graves (telles que l'infarctus du myocarde récent) - troubles du rythme - arythmie - maladies cardiaques et ischémiques - hypertension - Thyrotoxicose - Diabète sévère - Patients sous inhibiteurs de la mono-amino-oxydase ou antidépresseurs tricycliques et patients présentant une myasthénie grave et un taux de cholinestérase peu élevé (contre-indication relative) - Injection intravasculaire. **EFFETS INDESIRABLES** En raison de la

présence de disulfite de sodium, risque de réactions allergiques y compris réaction anaphylactique et bronchospasme. Des réactions d'hypersensibilité de type retard ou immédiat ont été décrites avec l'articaine: les symptômes rencontrés sont d'ordre cutané tels qu'urticaire, œdème, prurit ou érythème ainsi que nausée, diarrhée, cornage et anaphylaxie. - sur le système nerveux central : nervosité, agitation, bâillements, tremblements, appréhension, nystagmus, logorrhée, céphalées, nausées, bourdonnements d'oreille, vertiges, vomissements. Ces signes d'appel nécessitent de demander au patient d'hyperventiler, ainsi qu'une surveillance attentive pour prévenir une éventuelle aggravation avec convulsions puis dépression du SNC. - sur le système respiratoire : tachypnée puis bradypnée, pouvant conduire à une apnée. - sur le système cardiovasculaire: tachycardie, bradycardie, dépression cardiovasculaire avec hypotension artérielle pouvant aboutir à un collapsus, troubles du rythme (extrasystoles ventriculaires, fibrillation ventriculaire), troubles de la conduction (bloc auriculo-ventriculaire). Ces manifestations cardiaques peuvent conduire à un arrêt cardiaque. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ SEPTODONT S.A.** 87, Avenue de la Constitution 1083 Bruxelles **NUMEROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** N° d'enregistrement : 1033 IS 34 F 12 **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale.

**CONTRE-INDICATIONS** - Hypersensibilité à l'articaine ou à des anesthésiques locaux similaires et à l'un des excipients de la préparation - Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sévères et non appareillés - Epilepsie non contrôlée par un traitement - Insuffisance hépatique grave - Porphyrurie - Enfant âgé de moins de 4 ans - Affections cardio-vasculaires : graves (telles que l'infarctus du myocarde récent) - troubles du rythme - arythmie - maladies cardiaques et ischémiques - hypertension - Thyrotoxicose - Diabète sévère - Patients sous inhibiteurs de la mono-amino-oxydase ou antidépresseurs tricycliques et patients présentant une myasthénie grave et un taux de cholinestérase peu élevé (contre-indication relative) - Injection intravasculaire. **EFFETS INDESIRABLES** En raison de la présence de disulfite de sodium, risque de réactions allergiques y compris réaction anaphylactique et bronchospasme. Des réactions d'hypersensibilité de type retard ou immédiat ont été décrites avec l'articaine: les symptômes rencontrés sont d'ordre cutané tels qu'urticaire, œdème, prurit ou érythème ainsi que nausée, diarrhée, cornage et anaphylaxie. - sur le système nerveux central: nervosité, agitation, bâillements, tremblements, appréhension, nystagmus, logorrhées, céphalées, nausées, bourdonnements d'oreille, vertiges, vomissements. Ces signes d'appel nécessitent de demander au patient d'hyperventiler, ainsi qu'une surveillance attentive pour prévenir une éventuelle aggravation avec convulsions puis dépression du SNC. - sur le système respiratoire : tachypnée puis bradypnée, pouvant conduire à une apnée. - sur le système cardiovasculaire : tachycardie, bradycardie, dépression cardiovasculaire avec hypotension artérielle pouvant aboutir à un collapsus, troubles du rythme (extrasystoles ventriculaires, fibrillation ventriculaire), troubles de la conduction (bloc auriculo-ventriculaire). Ces manifestations cardiaques peuvent conduire à un arrêt cardiaque. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ SEPTODONT S.A.** 87, Avenue de la Constitution 1083 Bruxelles **NUMEROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** N° d'enregistrement : 1033 IS 33 F 12 **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale.

**DENOMINATION DU MEDICAMENT SEPTANEST SPECIAL**, solution injectable - COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Chlorhydrate d'articaine cartouche de 1,8 ml : 72,000 mg - cartouche de 1 ml : 40,000 mg Adréraline (sous forme de tartrate d'adréraline) cartouche de 1,8 ml : 0,018 mg cartouche de 1 ml : 0,010 mg Excipients : Chlorure de sodium, disulfite de sodium, édétate de sodium, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables. **FORME PHARMACÉUTIQUE** Solution injectable. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Anesthésie locale ou loco-régionale en pratique odonto-stomatologique. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 4 ans en raison du type d'anesthésie non adapté avant cet âge. **Posologie Adulte** : Pour la plupart des interventions courantes, une infiltration de 1,8 ml est suffisante. Dans tous les cas, l'injection devra être faite lentement (1 ml/min environ). Ne pas dépasser la dose de 7 mg de chlorhydrate d'articaine par kilogramme de poids corporel. **Enfant (de plus de 4 ans)** : La quantité injectée dépend de l'âge, du poids de l'enfant et du type d'intervention à réaliser. **Sujet âgé** : Réduction de moitié de la dose réservée à l'adulte. **Mode d'administration** INJECTION LOCALE OU RÉGIONALE INTRA-BUCCALE SOUS-MUQUEUSE. Vérifier qu'il n'y a pas d'effraction vasculaire par des tests d'aspiration répétés, en particulier lors d'anesthésie régionale (tronculaire). La vitesse d'injection ne doit pas dépasser 1 ml de solution par minute.



## VOUS ADAPTEZ VOTRE ANESTHÉSIE À LA TAILLE DE VOS PATIENTS... SEPTANEST® AUSSI.



Tous les patients n'ont pas la même taille et certains nécessitent moins d'anesthésique que d'autres. C'est pourquoi Septodont propose désormais Septanest® en cartouches exclusives de 1 ml.

Grâce aux cartouches de 1,8 ml et aux nouvelles cartouches de 1 ml, vous pouvez gérer au mieux les besoins de chacun de vos patients.

Pour un meilleur contrôle des doses injectées et moins de gaspillage, Septodont® a la solution.



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

## Insouciant train-train

Souvenez-vous de Stéphane Steeman, qui ironisait en plein premier choc pétrolier, dans la peau d'un improbable Ministre (néerlandophone) de l'Économie : "Le pays est au bord du gouffre... grâce au gouvernement, il fera un pas en avant".

L'humoriste tintinophile et unitariste n'avait pas imaginé le scénario sans gouvernement... Gagnons-nous au change ? Pas certain. Le pays semble bien prêt au grand plongeon.

Car, pendant que personne ne se soucie des 25 milliards d'euros à dénicher pour retrouver l'équilibre budgétaire et assainir la dette publique, l'ancien gouvernement vaque aux affaires courantes comme si de rien n'était : ces milliards, ce n'est pas trop son problème.

Pour preuve : le budget des soins de santé 2011 a été avalisé sans sourciller le 18 octobre dernier par le Conseil Général de l'INAMI, et étalé dans la presse le lendemain matin par une Ministre des Affaires sociales triomphante, quoique démissionnaire. Montant des dépenses prévues : 25,87 milliards d'euros, soit 1,55 milliard de plus qu'en 2010 (+6%).

Et les prestataires, dans ce jeu de quilles ? À court terme, tout va bien. L'insouciant train-train de la sécu de Papa va se poursuivre. Mais c'est aussi se tirer une balle dans le pied, tant la chute sera plus dure à assumer.

Car les experts sont quasi unanimes sur la nécessaire présence des économies sur les taxes nouvelles. Ainsi, selon Rudi Thomaes, Administrateur délégué de la Fédération des entreprises de Belgique (FEB), 80% des efforts budgétaires doivent se faire en compressant les dépenses publiques. Quant à Guy Quaden, le Gouverneur de la Banque Nationale de Belgique, il n'a de cesse de marteler les conséquences négatives à long terme d'un déficit public élevé, estimant que des stratégies de sortie de crise doivent être mises en œuvre notamment en matière budgétaire, et clairement *communiquées*.

Ah, la communication... C'est bien le problème. Après avoir basé cette communication, pendant des années, sur l'État-providence et la gratuité des soins de santé, comment révéler — enfin ! — la vérité du gouffre social à l'opinion publique, sans s'exposer à une punition électorale ? ■

Achat sans  
risque !



**VBRING**

Achat sans risque !

Testez **GRATUITEMENT** le **Trial kit** pendant 15 jours. Si vous n'êtes pas satisfait, nous vous remboursons le **coffret d'introduction** !



### Achetez

le **coffret d'introduction** (349,00 €) comprenant :

- 1x anneau Vert
- 1x anneau Jaune
- Assortiment matrice (25x 4.5mm, 25x 5.5mm, 25x6.5mm)
- Assortiment coins interdentaires (25xsmall, 25xmedium, 25xlarge)
- 2x précelles Tweezer
- 1x Pince pour anneau

### et recevez gratuitement

le **Trial kit** (valeur : 223,00 €) comprenant :

- 1x anneau Vert
- Assortiment matrice
- Assortiment coins interdentaires
- 1x précelle Tweezer
- 1x Pince pour anneau



A la recherche d'un point de contact ?

Un petit anneau en nickel titane est suffisant dans la majorité des cavités de classe 2 !

Nos prix s'entendent HTVA. L'action est valable jusqu'au 15 décembre 2010.

**SOREDEX**

**DIGORA® Optime**

## DIGORA® Optime UV Nouvelles caractéristiques

- Désinfection UV
- Aide visuelle grâce à son écran
- Opticlean™ concept hygiénique



**Compact. Ingénieux. Rapide.**

## DIGORA® Optime, le système phosphore pour vos radiographies intra-orales.

### NOUVEAU CONCEPT Opticlean™ – Vraiment hygiénique !

Comme première solution phosphore pour les intra-orales, SOREDEX vous propose le Digora® Optime UV, un système de désinfection interne entièrement automatisé. L'intégration des ultraviolets élimine les virus nuisibles et bactéries contagieuses en dehors de la chaîne de création de l'image.

Cette NOUVELLE solution unique élimine le danger de contamination pour vos patients, votre personnel et vous-même et ce, même lorsque les risques sont élevés. C'est prouvé !

*Les meilleurs résultats cliniques pour vos diagnostics – avec le plus petit, le plus rapide et le plus convivial des systèmes phosphore sur le marché dentaire*

**Digital Imaging made easy™**

**lamoral**  
Dental Equipment



0800 14 605

Arseus Pyramid Building - Textielstraat 24 - 8790 Waregem - T 056/62 88 88 - dental@lamoral.be - www.lamoral.be

**F**aire preuve de compétence en matière d'empreinte, c'est une chose. La journée scientifique du COD, du 11 décembre prochain, y contribuera largement.

Encore faut-il que cette compétence s'inscrive dans une démarche plénière de qualité, où le plan de traitement occupe une place prépondérante.

A contrario, cette prothèse partielle, qui vient d'être placée pour solde de tout traitement chez une patiente de 65 ans, semble représenter un condensé de fautes professionnelles :

- Fautes liées à l'absence de globalité : pas de prise en charge de caries dentaires (notamment sur le pilier 13, avec fracture prochaine probable) ni de prise en charge parodontale et prophylactique, et racine de 44 laissée en place

- Fautes liées au concept prothétique : prothèse à vocation temporaire placée en tant que prothèse d'usage, appui muqueux sous-étendu avec risque d'ingestion accidentelle, absence d'appui dentaire, pas de plan d'occlusion, pas de rétablissement de la fonction occlusale postérieure, ligne incisive trop haute avec difficultés phonétiques et esthétiques, pas de soutien labial

- Fautes liées à la réalisation prothétique : absence de selle vestibulaire sans qu'aucune spécificité anatomique ne le justifie, crochets inox inadaptés et traumatogènes, teinte inadéquate

Ce genre de « traitement » ne peut naturellement aboutir qu'à un litige judiciaire, d'autant que la patiente a pris personnellement en charge une partie non négligeable du devis, et que le montant porté en compte de l'Assurance-maladie correspond à une prestation à délai.

Il est vrai que, en pratique quotidienne sous pression, il est parfois difficile de ne pas céder à la tentation du porte-empreinte rapide. Pourtant, la réflexion préopératoire, l'information du patient, l'obtention d'un consentement éclairé constituent une obligation légale et morale de la profession d'odontologiste.

Y renoncer, n'est-ce pas aussi se priver des facettes résolument universitaires de notre art ? ■



**DENTAL THEMA DAY**

**« EMPREINTES »**

JOURNÉE THÉMATIQUE INTERUNIVERSITAIRE



**Christophe Rignon-Bret**  
Paris 5



**Christian Vanzeveren**  
UCL



**Pascal De March**  
Nancy



**Gauthier Lescrenier**  
UCL



**Objectifs de ce cours** – Dans le cadre des traitements prothétiques, l'étape des empreintes revêt une importance à géométrie variable dans l'inconscient collectif des praticiens. Les uns estiment qu'il s'agit de la phase la plus déterminante du succès : c'est une opinion certainement réductrice, car le choix du concept prothétique, la fixation de l'enveloppe occlusale, ou encore la connaissance et le respect des critères esthétiques se révèlent tout aussi fondamentaux. Les autres pensent au contraire que les empreintes constituent une étape banale, que l'on déléguerait volontiers, ou à tout le moins que l'on réalise les yeux fermés avec une technique répétitive : ce n'est pas une meilleure approche, car une imparfaite compréhension du but recherché dans chaque situation clinique différente peut mener à la désillusion le jour de la mise en fonction.

Où se situe la vérité ? Probablement entre ces extrêmes. Les empreintes bien maîtrisées sont un élément fondateur de qualité prothétique, elles s'inscrivent dans un continuum thérapeutique indissociable qui doit mener le patient vers la satisfaction à long terme. Elles nécessitent beaucoup de réflexion et d'expertise, largement de quoi leur consacrer une journée thématique.



**My NobelProcera™**

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

Des nouveaux produits disponibles pour moderniser votre pratique!  
Apple Mac book, LG LED TV, Nespresso et plus ...

Coiffes NobelProcera™ et facettes NobelProcera™

Groupe A - 5 points

Bridges NobelProcera Alumine et Zircon sur dents naturelles:

Bridge implantaire NobelProcera en Titane.

Groupe B - 7 points/élément

Nouveau:  
NobelProcera en alliage Chrome Cobalt et NobelProcera Acrylic

Les meilleurs matériaux NobelProcera

Piliers NobelProcera™ scannés en Titane et bridge implantaire NobelProcera™ en Zircon.

Groupe C - 10 points/élément

Piliers NobelProcera™ scannés en Zircon.

Groupe D - 15 points

Coiffe ou bridge NobelProcera en alliage Chrome Cobalt ou Ti & couronne ou bridge Acrylic (Telio® CAD NobelProcera).

Groupe E - 2 points/élément

NobelProcera™ constitue, dans de nombreux cas, le meilleur choix pour vos patients. C'est aussi la raison pour laquelle Nobel Biocare s'investit continuellement dans cette gamme.

La recherche et le développement constituent les principaux piliers de cet engagement. Chaque commande de produits NobelProcera™ vous rapporte

des points. Surfez sans attendre sur [www.mynobelprocera.be](http://www.mynobelprocera.be) et cliquez sur 's'inscrire' et vous recevrez peu de temps après, par email, votre code personnel.

Dès ce moment, chaque commande vous rapportera une remise. Et, éventuellement à terme, de très beaux produits pour moderniser votre pratique!

Quelques exemples: LED TV, Apple Mac book, Nespresso, projecteur LCD, des modèles pour vos patients, abonnement Dental Master, appareil photo, des chèques de formation, etc...

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

**Fiche technique de ce cours**

 Organisateur COD asbl agréé par l'INAMI sous le n°125 agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	<b>Quand ?</b>	Samedi 11 décembre 2010, 9h - 17h (petit déj. offert dès 8h30)
	<b>Où ?</b>	CCC Wol. St Pierre, 93 avenue Charles Thielemans 1150 Bruxelles
	<b>Disponibilité ?</b>	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	<b>Accréditation ?</b>	OUI : accordée - 40 UA 7
	<b>Agrément ?</b>	OUI : 6 heures
	<b>Combien ?</b>	Montant de base tout compris : <b>190,- EUR</b> Paiement reçu après le 26/11 (PAS d'inscript. sur place) : +50,- EUR
	<b>Réductions* ?</b> <small>* conditions page 53 et sur <a href="http://www.cod.be">www.cod.be</a></small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2007)/étudiant : 185,- EUR <b>Réduction-fidélité : possible jusque 250,- EUR !</b>
	<b>S'inscrire !</b>	<b>Bulletin d'inscription en avant-dernière page</b>

# PHENOX



## TACTYS®

- Claviers hygiéniques en verre trempé
- SERIE "SLIM" de claviers ultra-fins
- wireless ou USB



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

## VISTEO



## owandy



## vistascan



- Scanner à très haute résolution au phosphore VISTASCAN de DÜRR



## FEDESA

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



optimize your dental office



# Nos peer-reviews 2010

Adresses & plans d'accès sur [www.cod.be](http://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 !

**COMPLET** = 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](mailto:info@cod.be)

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

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

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) :

Sa 4/12 Lamoral

**COMPLET** 11h15

12h00 + 13h45

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

N°                 exp.  /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : .....

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

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



## HÔPITAUX

### Des sous 1

Santhea, une association patronale qui défend les intérêts d'hôpitaux publics et privés non confessionnels, pointe du doigt les difficultés structurelles du financement de ses établissements hospitaliers. Yves Smeets, le Directeur général, s'en alarme du fait que le bénéfice du secteur représente moins de... 200 millions d'euros. Et de condamner la non indexation de subsides tels le Maribel social et Fonds budgétaire interdépartemental.

Par ailleurs, Santhea réclame la suppression du numerus clausus. Pour le bien des malades ? Pas du tout. Parce que le manque de pléthore permet aux médecins de dicter certaines conditions à l'embauche. Ce qui n'est pas du goût des directeurs d'hôpitaux, qui préféreraient la situation antérieure où les médecins étaient taillables et corvéables à merci.

### Des sous 2

Pénurie de praticiens dans les hôpitaux ? Le secteur de la pédiatrie serait en effet cruellement touché. Pourtant, le nombre de pédiatres en activité est passé de 1.141 en 1997 à 1.605 en 2010. Cherchez l'erreur...

La voici : pour rendre attractives les conditions de travail en hôpi-

tal (gardes obligatoires...), il a été décidé en 2008 de verser un honoraire de permanence à ces praticiens : 240 euros bruts par jour de présence. Las, dans les faits, aucun montant n'a encore été payé, deux ans plus tard ! Pourquoi chercher des pseudo-causes de pseudo-pénurie pseudo-structurelle, alors qu'il suffirait de payer les personnels existants selon les conditions décidées de commun accord ?

### Des sous 3

Réduire la durée des séjours hospitaliers, notamment par la promotion de l'hospitalisation de jour, c'est un vœu légitime, aussi bien sur le plan du budget des soins de santé que du confort du patient. Et ça marche. Le taux d'occupation des lits ne cesse de diminuer, passant de 72,8% en 2008 à 71% en 2009, alors que le nombre de lits a été contracté.

Du progrès, donc. Mais pas forcément du goût des hôpitaux, qui s'inquiètent que leur chiffre d'affaires global n'a progressé que de... 6,4% en 2009. Pas si mal pourtant pour un secteur 1/ en crise 2/ sans but lucratif...

### Des sous 4

Cinq millions d'euros. C'est ce que doivent à l'INAMI, encore en 2010, 32 établissements hospitaliers dans le cadre de la deuxième application du système des mon-

tants de référence. En résumé, il s'agit de niveler les « variations non justifiées de pratique » pour des interventions courantes effectuées en grand nombre. Non, on ne prononce pas le mot « fraude », mais on n'en est pas loin.

À noter que si en majorité (19) les hôpitaux en délicatesse sont wallons, c'est bien un établissement flamand qui présente la plus lourde ardoise.

## SÉCU

### Le mieux est l'ennemi du bien

Médecins et dentistes sont profilés quant à leurs prescriptions de médicaments bon marché. Les généralistes, par exemple, doivent atteindre 27% de prescriptions bon marché. Et ils y parviennent sans peine, puisque leur taux moyen est de 43%, avec certains bons soldats atteignant les 47%.

Voici de quoi donner des idées (bon marché aussi) à la Ministre Onkelinx : pourquoi ne pas décréter, affaires courantes ou pas, que 47% devient le taux atteindre par tous ? Si un le peut, tous doivent le pouvoir ! Car "la responsabilité individuelle est une méthode qui a donné de bons résultats" a déclaré la Ministre. Personal responsibility, n'est-ce pas un des principes fondateurs du conservatisme américain... lorsqu'on l'applique au patient plutôt qu'au prestataire ?

## HISTOIRE DE PLAFONDS

Début octobre, la Ministre Onkelinx s'est félicitée de l'instauration d'un plafond pour le ticket modérateur du spécialiste, fixé à 15,50 euros. Auparavant, ce ticket modérateur était variable, à 40% du montant de la consultation. Bonne nouvelle pour les patients ? Peut-être, si l'on considère les quelques piécettes que cette mesure laissera dans leur poche. Encore que, il y a toujours bien quelqu'un qui paie. Et puis, notre sécu n'était déjà pas exempt de systèmes dénaturant le ticket modérateur : statuts BIM et Omnio, maximum à facturer, franchise fiscale...

À force d'ajouter des plafonds sous les plafonds, on finira par toucher le sol.

## MÉDECINS

### Concurrence on line

Début octobre, un réseau de pharmacies liégeoises a lancé le site santis.be. Particularité : au travers d'un questionnaire en ligne, le patient peut décrire ses symptômes et être guidé vers un diagnostic (à la grosse louche) et une prescription pharmaceutique. Un clic plus loin, la commande est enregistrée dans le panier.

Mais sans sang bien sûr, les médecins aussi peuvent être un coûteux détour.

Sauf que... il y a comme de petits bugs. Faites le test en vous déclarant un homme souffrant de... règles douloureuses. On vous prescrira du Perdofermina sans sourciller !



## UNIFS

### On étouffe !

Quizz : combien y a-t-il d'étudiants inscrits cette année en première année de médecine dans les Universités belges ? ... Plus de 3.300 ! Pas mal pour un pays en « pénurie » de praticiens et disposant d'un « lourd » système de quotas. Problèmes à la clé, de l'aveu même du Conseil des Recteurs des Universités Francophones (Cref) : le principe d'enveloppe fermée pour le budget des universités entraîne manque de personnels, locaux exigus où il faut faire appel à la vidéoconférence pour dédoubler (et même détrippler, à l'ULB) les auditoires, et last but not least suppression pure et simple de travaux pratiques pour les derniers inscrits ! Pas à dire : si le nombre est rentré, la qualité est restée en vacances.

Et un des recteurs de s'aventurer : "Soit on nous dit qu'il faut beaucoup de médecins, et alors il faut nous donner les moyens de les former, soit ce n'est pas le cas, et alors il faut prendre des mesures pour en limiter le nombre." Ben oui, le numerus clausus, quoi.

## PATIENTS

### Tous des Tanguy

C'est la tendance, selon une étude Eurostat publiée début octobre : les jeunes Belges s'éternisent de plus en plus chez leurs parents. Dans la catégorie 18-24 ans, ce sont 72% des jeunes femmes et 81% des jeunes hommes qui n'ont pas quitté le domicile familial. Pour les 25-34 ans, encore 19% des hommes et 9% des femmes continuent de trouver confortable ce cocon parental.

En cause ? L'allongement des études (un peu) et une certaine crise (beaucoup). Un trend bien belge, que l'on retrouve à l'identique... en Europe de l'Est !



## DENTISTES

### Montre moi tes dents, je te dirai qui tu es

Les résultats de l'enquête nationale de santé 2008-2009 ont été rendus publics. Ils montrent notamment que plus le niveau d'éducation du ménage est élevé, plus les indicateurs de santé sont positifs. Non, une fois ? Le brossage des dents demeure le gros point noir, et "les inégalités sociales liées aux soins bucco-dentaires peuvent partiellement être expliquées par les habitudes alimentaires, le recours aux soins préventifs, le manque d'intérêt pour une dentition saine et le manque d'hygiène en général", a déclaré Fadila Laanan.

Si la brosse à dents révèle les inégalités sociales, à quand un décret mixité dans ce domaine ? Ce pays dispose de pas moins de cinq Ministres de la Santé pour le pondre ! Si, si : Laurette Onkelinx (Fédéral), Fadila Laanan (Bruxelles-Capitale), Éliane Tillieux (Région wallonne), Jo Vandeurzen (Vlaamse regering) et Harald Mollers (Deutschsprachige Gemeinschaft).

### Le rêve professionnel

"Ouvrez la bouche ! Encore !" Combien de fois ne faut-il pas répéter cette consigne au cours

d'une journée dentaire ? C'est pourquoi Francisco Domingo Joaquim, un jeune Angolais de vingt ans, représente le rêve ultime du dentiste. Il vient en effet d'entrer au Guinness des Records pour être l'humain à la plus grande bouche. C'est que, tout de même, il peut y enfiler une canette entière sans la dégonfler. À découvrir sur Dailymotion en tapant le nom du lauréat, et à passer en boucle, pour se faire une pause-détente, après le prochain patient non collaborant.

## CHERCHEURS

### In vitro veritas

Il se nomme Robert Edwards. C'est lui qui, en 1978, fut le père (virtuel) de Louise Brown, premier bébé-éprouvette, par une technique de fécondation in vitro passée dans les mœurs depuis lors. Pour cette avancée magistrale dans le traitement des infertilités, il vient de recevoir en 2010 le Prix Nobel de Médecine. Trente-deux années avant d'être consacré... Heureusement, la recherche va plus vite que les honneurs !

Aïe, l'Église n'a pas raté l'occasion de se taire : le Vatican a critiqué ce choix de Robert Edwards, par la bouche de Monseigneur Ignacio Carrasco de Paula, tout nouveau

Président de l'« Académie pontificale pour la vie »... Tiens, la fécondation in vitro, ce n'est pas donner la vie ?

### Papilloma... quoi ?

Virus. Papillomavirus. C'est ce micro-organisme responsable d'une partie non négligeable des cancers du col utérin. Or des chercheurs suédois viennent de mettre en évidence la pathogénie de ce virus dans le cancer oro-pharyngé, plus particulièrement le cancer de l'amygdale : cette étiologie pourrait représenter jusqu'à un tiers des nouveaux diagnostics en Suède. De là à mettre en cause les rapports bucco-génitaux, il n'y a qu'un pas, vite franchi par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).

"Nous observons une lente épidémie de cancers de la voie buccale, aux Etats-Unis et dans des pays d'Europe du nord, provoqués par des papillomavirus transmis sexuellement", ajoutent les chercheurs. Une nouvelle forme de justice immanente ? ■



Sur ces piliers de pont prêts à recevoir le tablier, la poutre horizontale est une entretoise : le but de cette structure de génie civil est de maintenir des rapports tridimensionnels stables entre les piliers, même sous la contrainte. Ce principe peut être appliqué pour les empreintes en prothèse implantaire



# Empreinte et passivité en prothèse implantaire

## Apport d'une technique avec entretoise

On considère souvent que les empreintes en vue de prothèse implantaire sont plus faciles à réaliser que les empreintes dans le cadre d'une prothèse conventionnelle.

Cette impression de clinicien s'avère correcte sur un seul critère : l'absence de nécessité de rechercher de parfaites limites de préparation de prothèse fixée, grâce à l'utilisation de transferts usinés.

A contrario, deux difficultés spécifiques surgissent dans les traitements prothétiques implantaires, avec des répercussions au niveau de la technique d'empreinte :

- l'immobilité absolue des implants, par rapport aux structures osseuses, mais aussi et surtout entre eux

- les conséquences délétères, notamment au niveau de l'ostéo-intégration, de tensions qui s'exerceraient chroniquement sur ou entre les implants après mise en fonction de la prothèse

La prise en compte de ces deux facteurs de risque combinés exige la mise en œuvre de précautions particulières tout au long du processus prothétique, dont la finalité est d'obtenir une passivité totale des armatures à visser ou sceller sur les piliers.

> Thierry VANNUFFEL

L'exigence de passivité des armatures en prothèse implanto-portée présente des conséquences au niveau des techniques métallurgiques, qui ont souvent fait l'objet de publications ; le but de cet article est plutôt de s'intéresser à la clinique, et de proposer une technique d'empreinte avec entretoise, compatible avec la passivité ultérieure des armatures, de manière prédictible et reproductible, sans pour autant allonger la durée des interventions au fauteuil.

### Principes de base

Une condition du succès à long terme des traitements prothétiques implanto-portés réside dans la passivité absolue

de l'armature, une fois en place. Aucune tolérance biologique n'est possible, comme on peut au contraire l'observer dans les situations cliniques conçues sur dents naturelles.

Si l'armature n'est pas strictement passive, occasionnant une tension sur l'ensemble des éléments prothétiques, les complications suivantes peuvent survenir :

- une perte osseuse le long des implants où les tensions se concentrent le plus
- des ennuis mécaniques, du plus simple comme un dévissage récurrent, au plus complexes telle la fracture de la vis de transfixation, voire de l'implant lui-même

Pour éviter ces écueils, il est, en premier lieu, de la responsabilité du praticien de procéder à une prise d'empreinte particulière, de manière à produire un modèle de travail garantissant un positionnement exact des analogues d'implants les uns par rapport aux autres. Pour y parvenir, deux approches complémentaires ont été suggérées :

#### 1. L'utilisation d'un matériau d'empreinte à très haute viscosité

Cette solution à base de polyéthers (exemples : Impregum® Penta de 3M Espe, Identium® heavy de Kettenbach) ou de polyvinylsiloxanes par addition (exemples : Flexitime® heavy tray de Heraeus Kulzer, Extrude® MPV de KerrHawe) ne donne des résultats suffisants et satisfaisants qu'en présence d'un seul transfert pour un seul implant. L'immobilité exacte de plusieurs transferts ne peut être garantie avec cette seule approche. En effet, si les transferts donnent l'impression d'être parfaitement situés et sertis au repos dans le matériau d'empreinte, il n'en est rien lorsqu'une contrainte, même

légère (digitale) est exercée. La probabilité d'obtenir une déformation ou un déplacement, déjà à la désinsertion, et surtout lors de la coulée du modèle, est élevée.

#### 2. Le recours à une entretoise entre transferts avant l'empreinte

En génie civil, on définit une entretoise (spacer, en anglais) comme une pièce architecturale rigide qui en relie d'autres pour garantir leur écartement fixe. Cette solution appliquée à l'empreinte implantaire garantit des rapports tridimensionnels entièrement stables entre les transferts, à chaque instant de l'ensemble de la procédure. Toutefois, la fabrication intrabuccale extemporanée d'une telle entretoise introduit d'autres facteurs de risques :

- la longueur de la procédure et les difficultés d'accès pour ces manipulations fines peuvent engendrer des défauts par la fatigue chez le praticien comme chez le patient
- la polymérisation du matériau de l'entretoise induit, en soi, un stress entre les transferts en raison de la contraction de prise
- l'utilisation de disques diamantés de section de l'entretoise, pour libérer le stress induit par cette contraction, est à proscrire en bouche pour des raisons évidentes de sécurité

C'est pourquoi il est proposé de recourir à un modèle intermédiaire pour la confection, sur établi, de cette entretoise.

### Traduction clinique

Le plan de traitement chez ce patient (Fig.1), présenté pour illustration, inclut la réalisation, sur maxillaire totalement édenté, d'une prothèse fixe ●●●



Fig.1. Cas clinique incluant une prothèse fixe en résine, avec armature en alliage semi-précieux, transvissée sur six implants



••• en résine, avec armature en alliage semi-précieux, transvissée sur six implants.

Le cahier des charges à remplir pour la création du modèle de travail est donc le suivant :

1. Un positionnement tridimensionnel fixe et exact des analogues d'implants, permettant la fabrication d'une armature strictement passive.

2. Pas de nécessité de détail fin de la muqueuse buccale ni de définition des bords, puisqu'il s'agit d'une prothèse vissée strictement implanto-portée ; les détails requis sont simplement ceux nécessaires à la réalisation d'une base d'occlusion au positionnement reproductible.

La technique d'empreinte choisie repose dès lors sur l'utilisation d'une entretoise entre les transferts, réalisée sur modèle intermédiaire, emportée dans un matériau simple mélange de haute viscosité.

### 1. Porte-empreinte individuel intermédiaire

Dans un premier temps, une empreinte à base d'hydrocolloïdes irréversibles est réalisée dans un porte-empreinte du commerce, et un modèle primaire est coulé en plâtre dur. Il n'est pas utile de procéder à la dépose des vis de cicatrisation pour cette étape.

Un porte-empreinte en résine est confectionné, laissant ajourer les emplacements occupés par les implants : porte-empreinte dit « ouvert » (Fig.2).

### 2. Empreinte intermédiaire

À la séance suivante, ce porte-empreinte individuel est utilisé pour situer, une première fois, les transferts d'implants. On ne cherche pas encore le positionnement définitif, mais bien une base de travail pour la fabrication de l'entretoise, sur établi.

Après avoir ôté les vis de cicatrisation, les transferts sont vissés sur les implants (Fig.3). Une empreinte est alors réalisée au moyen d'un matériau à haute viscosité pour emporter les transferts. Ces derniers sont dévissés avant désinsertion et les vis de cicatrisation sont alors remises en place. Après fixation

Fig.2. Modèle primaire avec porte-empreinte individuel « ouvert », réalisé par le laboratoire



Fig.3. Transferts vissés une première fois sur les implants



Fig.4. Modèle intermédiaire après coulée

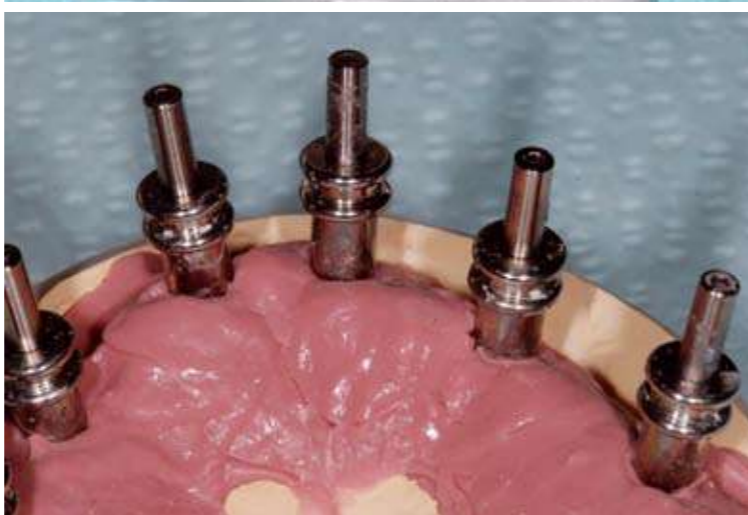
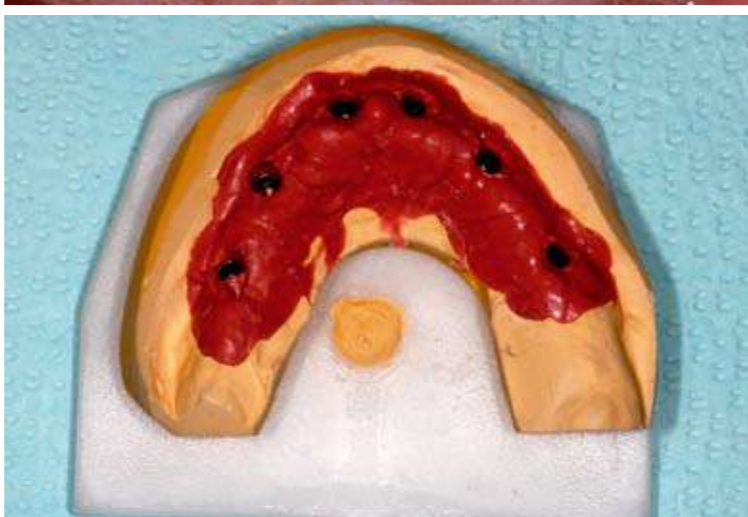


Fig.5. Modèle intermédiaire, avec transferts transvissés en place

des analogues sur les transferts et coulée, on obtient le modèle intermédiaire (Fig.4). Ces manipulations sont identiques à celles requises pour l'empreinte définitive (cf. infra) mais avec moins de rigueur.

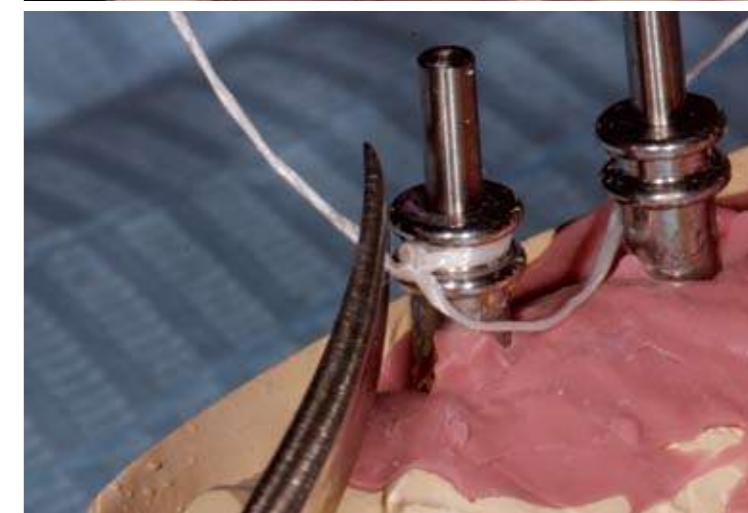
L'utilisation, pour le modèle intermédiaire, d'un silicone autour des analogues et d'un socle de qualité est facultative, mais recommandée pour rendre confortables les manipulations ultérieures.

### Variantes

1. Alternativement, il est possible d'utiliser un porte-empreinte du commerce pour cette étape, afin d'éviter la confection d'un premier porte-empreinte individuel. Toutefois, la faisabilité de cette option dépend fortement de la situation clinique. Dans le cas de prothèse amovible muco-portée stabilisée par des implants, le cahier des charges de l'empreinte comprend une définition de bords : on a tout intérêt à s'approcher aussi tôt que possible de cet objectif, au moyen d'un porte-empreinte individuel, dès la confection du modèle intermédiaire.

2. Une autre variante consiste en l'utilisation d'un porte-empreinte dit « fermé », destiné à être utilisé avec des transferts non dévissables avant désinsertion. Cette option est bien moins fiable pour le positionnement parfait des analogues, mais peut convenir pour la réalisation du modèle intermédiaire, à condition que le nombre d'implants soit limité et que leur divergence par rapport à un axe de désinsertion commun soit faible. Cette méthode exige aussi de disposer d'un set de transferts spécifiques en plus des transferts transvissés.

Fig.6 et 7. Le fil de soie assure tient le rôle de canevas de base pour la réalisation de l'entretoise



### 3. Réalisation de l'entretoise

Les transferts sont revissés dans les analogues du modèle intermédiaire (Fig.5). La fabrication de l'entretoise peut débuter sur établi plutôt qu'en bouche.

Le matériau choisi doit répondre aux impératifs suivants :

- une rigidité finale absolue, sans risque de fracture fonctionnelle
- une compatibilité avec un matériau de solidarisation finale en bouche

- une manipulation aisée
- une grande disponibilité sur le marché et un coût raisonnable (ce qui signifie que la matériau ne doit pas être réservé à cet usage)

La résine, utilisée dans les règles de l'art, remplit toutes ces conditions.

Les étapes suivantes sont exécutées :

- dressage, de proche en proche, d'un canevas en fil de soie (Fig.6, 7, 8 et 9)
- garnissage de ce canevas au moyen •••

Fig.8 et 9. De proche en proche, le fil de soie est tendu pour obtenir un treillis

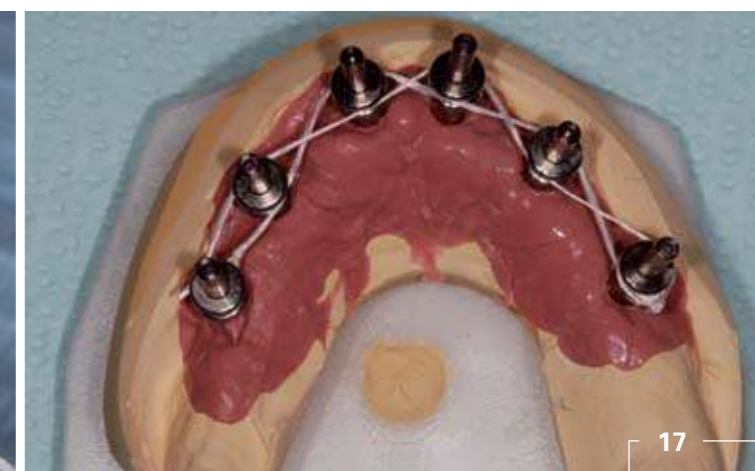
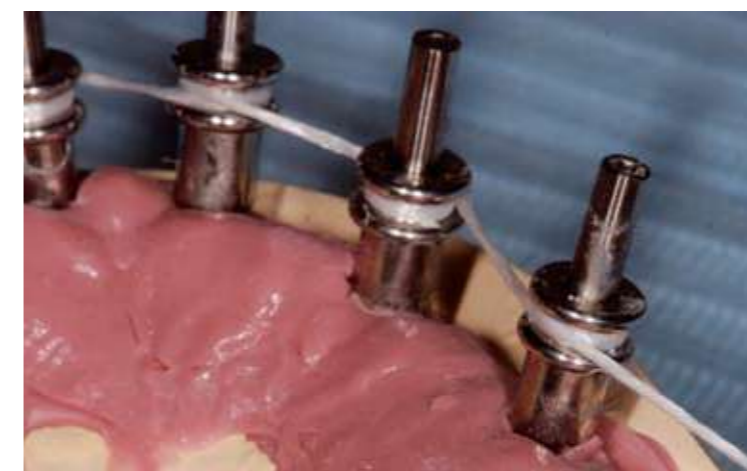




Fig.10 et 11. Garnissage du treillis de fil de soie au moyen d'un composite fluide photopolymérisable



Fig.12. Rigidification à l'aide de résine autopolymérisante en cartouche

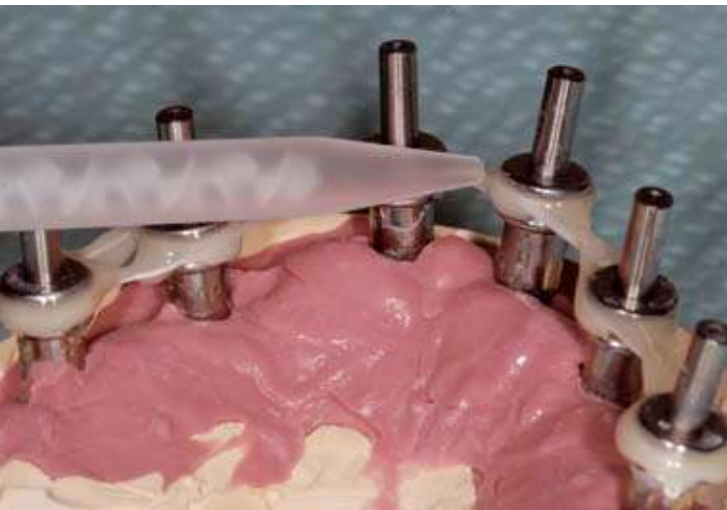
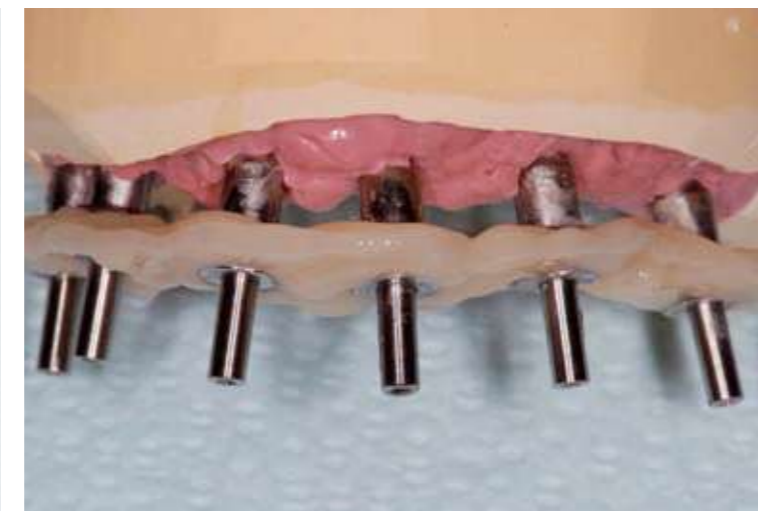


Fig.13 et 14. Le volume final de l'entretoise doit s'exprimer davantage dans la largeur que dans la hauteur



- d'un composite fluide (exemple : Grandio® Flow de Voco), de manière à fournir une première rigidité faisant office d'armature pour l'entretoise (Fig.10 et 11) ; le composite fluide se prête parfaitement à cette opération, car ses propriétés rhéologiques lui permettent de suivre le treillis sans coulée, et la photopolymérisation par zones apporte une grande souplesse à l'opérateur

- rigidification finale de l'entretoise à l'aide d'une résine autopolymérisante en cartouche (exemple : Structur® Premium de Voco) (Fig.12) ; il est important, afin de maximiser la rigidité, de donner du volume à cette entretoise dans la largeur et non dans l'épaisseur, car le matériau d'empreinte finale doit venir garnir la muqueuse sous-jacente et englober entièrement l'entretoise (Fig.13 et 14)

#### Attention

À ce stade de préparation, l'entretoise est emplies de tensions dues au serrage du fil de soie et aux contractions de prise liées aux divers temps de polymérisation, et ce d'autant plus que le volume de résine est important. Il est nécessaire de libérer ces tensions : au moyen d'un disque fin diamanté, monté sur pièce à main, des sections sont réalisées entre chaque transfert (Fig.15 et 16). Les emplacements des traits de section n'ont guère d'importance, pourvu qu'ils soient accessibles en bouche pour l'étape de solidarisation.

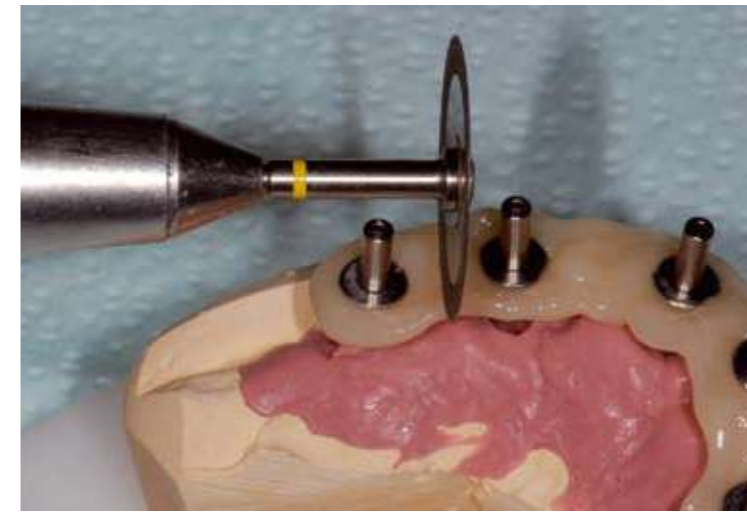


Fig.15 et 16. Section de l'entretoise, afin de libérer les tensions entre transferts

#### 4. Porte-empreinte individuel définitif

Une fois les traits de sections réalisés, les vis des transferts peuvent être ôtées du modèle. On recouvre alors l'ensemble de la structure d'un système d'espacement, et on réalise un porte-empreinte individuel définitif en résine (exemple : Ivolen® d'Ivoclar) (Fig.17). L'élaboration de ce porte-empreinte définitif doit être beaucoup plus fine que celle du porte-empreinte intermédiaire.

Lors de la finition, on s'assure de l'absence totale d'interférence entre le porte-empreinte, l'entretoise et les transferts (Fig.18). Les vis de transfixation sont alors remises en place, et le porte-empreinte individuel est « ouvert » de manière à laisser ajourer les vis ; un système de report d'emplacement au silicone de basse viscosité peut être utilisé. Le porte-empreinte est terminé en tenant compte de perforations suffisantes pour éviter toute interférence avec les vis de transferts (Fig.19). Afin d'optimiser l'étape clinique suivante, une attention toute particulière doit être apportée à la finition des perforations :

- les vis de transferts doivent dépasser de la résine d'environ un millimètre, une fois le porte-empreinte placé en situation finale
- il est très utile d'évaser, en cratères arrondis, l'entrée des perforations, afin de prévoir un essuyage doux du matériau d'empreinte, avant prise, autour des vis de transferts (Fig.20)

Ces précautions doivent garantir des gestes exempts de tensions lors de la phase clinique.

•••



Fig.17. Porte-empreinte individuel définitif réalisé après espacement



Fig.18. Vérification de l'absence totale d'interférence



Fig.19. Porte-empreinte individuel « ouvert » avec perforations pour les vis de transferts



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



## ••• 5. Mise en place de l'entretoise et empreinte définitive

Au début de la séance clinique réservée à l'empreinte définitive, le matériel sur mesure suivant est prêt (Fig.21) :

- modèle intermédiaire garni des transferts transvésés, avec entretoise sectionnée
- porte-empreinte individuel définitif « ouvert »

Après avoir ôté les vis de cicatrisation, les transferts sont vissés en place, chacun garni de son tronçon d'entretoise. Selon le type d'implants (avec clé de positionnement ou non), les tronçons seront automatiquement jointifs, ou devront être positionnés manuellement (Fig.22). Une radiographie permet de déterminer le bon ajustage de chaque transfert. Vient alors la seule manipulation buccale liée à l'entretoise : on solidarise les divers tronçons au moyen de résine autopolymérisante en cartouche. Vu les très faibles quantités impliquées (correspondant aux traits de disque), la contraction de polymérisation est devenue négligeable (Fig.23).

Après durcissement de la résine, l'empreinte est réalisée. Dans les cas de prothèse muco-implanto-portée, il peut être pertinent de procéder à un marginage du porte-empreinte au moyen de silicone de moyenne viscosité ou de pâte thermoplastique, et de procéder à une empreinte double mélange avec injection sous l'entretoise. Dans le cas illustré, strictement implanto-porté, ou le cahier des charges de l'empreinte n'inclut pas une définition précise des bords et de la muqueuse, toute la concentration se porte sur l'absence de contrainte : un simple mélange de silicone par addition haute viscosité ou de polyéther est utilisé pour cette empreinte dite « pick up ». On veille à dégager la tête des vis de transferts, avant prise du matériau, au moyen d'un rouleau de coton (Fig.24)

Après prise complète, en se fondant sur les spécifications du fabricant, les vis sont ôtées (Fig.25) et l'empreinte désinsérée et inspectée (Fig.26) : sous pression manuelle, aucun mouvement des transferts, unis par l'entretoise au sein du matériau, ne peut être mis en évidence. Les analogues sont récu- •••

Fig.20. Détail du type d'ouverture prescrit pour optimiser l'étape clinique d'empreinte

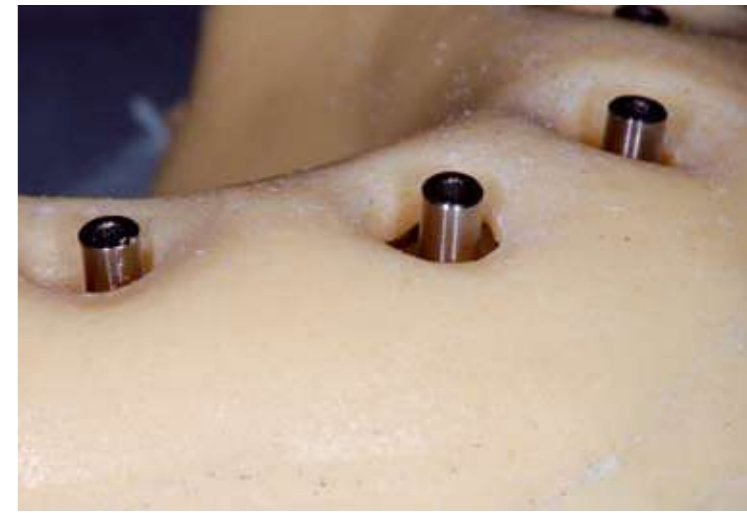


Fig.21. Matériel sur mesure prêt pour l'empreinte définitive



Fig.22. Positionnement des tronçons d'entretoise et vissage des transferts



Fig.23. Solidarisation intrabuccale des tronçons à la résine autopolymérisante



••• pérés du modèle intermédiaire et vissés sur les transferts, avant coulée du modèle de travail (Fig.27).

### 6. Enregistrement de l'occlusion

Lors de la séance ultérieure, l'occlusion est déterminée et enregistrée idéalement au moyen d'une base en résine permettant le vissage sur au moins deux implants (Fig.27). Les manipulations sont certes un peu plus délicates, mais le positionnement de la base sur le modèle est absolument certain et reproductible.

Après montage sur articulateur, le laboratoire de métallurgie peut confectionner l'armature du pont, sur base d'un wax up réalisé avant traitement. Cette étape métallurgique contient aussi, bien évidemment, des éléments propres qui sont déterminants pour la passivité finale de la prothèse. Ces éléments sortent du cadre de cet article, mais citons néanmoins :

- la maîtrise des expansions de revêtement
- la parfaite finition des joints abutments-analogues, surtout si les abutments sont coulés
- la capacité à déterminer la passivité sur modèle, si nécessaire en procédant à une section-brasure

En tout état de cause, l'armature livrée au cabinet dentaire doit être strictement passive sur le modèle de travail, ce qui, au vu de la technique d'empreinte avec entretoise, garantit aussi la passivité en bouche (Fig.28, 29 et 30).

Fig.25. Dévissage des vis de transferts

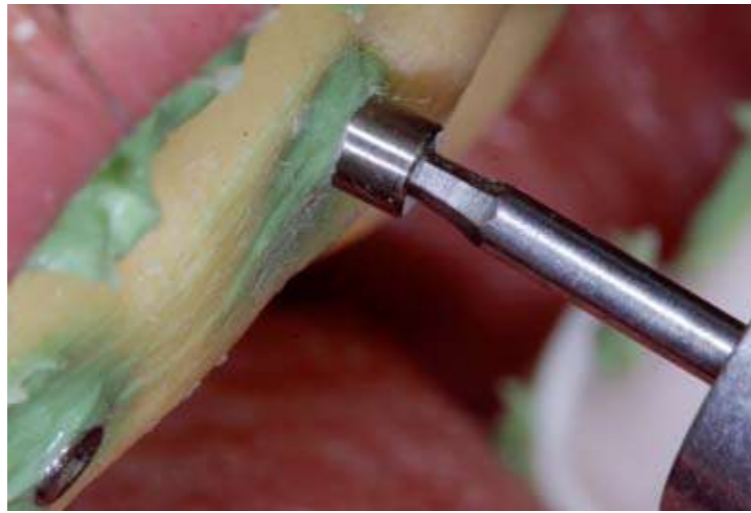


Fig.26. Après désinsertion, contrôle de l'immobilité totale des transferts



Fig.27. Modèle de travail après enlèvement de la réplique de la muqueuse en silicone : le positionnement des analogues est exactement celui des implants en bouche, de manière prédictible, grâce à la solidarisation des transferts par entretoise avant l'empreinte



Fig.27. Base d'occlusion transvissée sur au moins deux implants



Fig.24. Empreinte haute viscosité en place



### 7. Essai de l'armature et test de Sheffield

La séance clinique suivante est consacrée à l'essai d'armature. Tout d'abord, après avoir ôté les vis de couverture, les piliers sont vissés sur les implants avec le torque imposé par le fabricant. Ensuite l'armature est placée sur les implants et on procède au test de Sheffield pour vérifier la passivité :

1. Visser d'abord la vis de l'armature dans le pilier le plus distal. Aucun hiatus, testé à la sonde, ne peut apparaître entre l'armature et les autres piliers.
2. Ôter la vis utilisée lors de la première étape, et répéter l'opération avec le pilier le plus distal du côté contralatéral. De même, aucun hiatus ne peut apparaître entre l'armature et les autres piliers.
3. Ôter la vis utilisée lors de la deuxième étape, et transvisser complètement l'armature, avec le torque imposé par le fabricant, en commençant par les piliers centraux. Aucune vis ne peut révéler une difficulté d'insertion, et le patient ne doit ressentir subjectivement aucune tension.

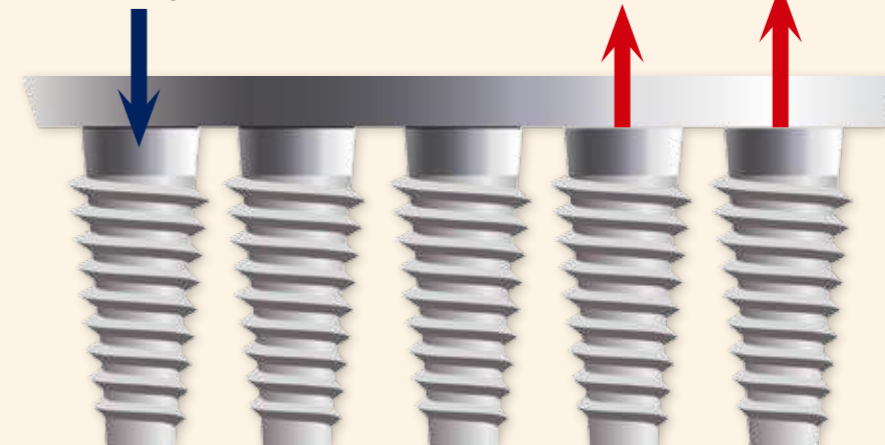
On peut à ce moment déclarer que l'armature est passive. Si tel n'est pas le cas, l'armature est scindée et des clés de brasure à la résine sont réalisées en bouche et transmises au laboratoire de métallurgie. •••

Fig.28, 29 et 30. Armature du pont implanto-porté, telle que livrée pour essai (Labo Prothetica)



### Test de Sheffield

Vissage



Une vis est serrée, alternativement, dans le pilier le plus distal. Si un soulèvement et un hiatus apparaissent du côté contralatéral, la preuve est faite que l'armature n'est pas en situation passive.

Dans le cas contraire, toutes les vis sont serrées au torque imposé par le fabricant : aucune difficulté de serrage ni aucune tension ne peut être décelée.

••• 8. Mise en fonction

Après montage final des dents et cuisson de la résine, le pont transvissé est prêt pour la mise en fonction (Fig.31).

Les piliers et l'armature sont vissés, chacun avec le torque imposé par le fabricant. L'occlusion est affinée en bouche, ensuite les puits d'accès aux vis sont comblés au moyen d'un composite (Fig.32, 33 et 34).

Conclusion

L'empreinte est une étape clé pour la réalisation d'armature passive en prothèse implantaire. Si deux implants ou davantage sont impliqués, une entretoise conçue sur mesure permet de garantir le maintien de rapports tridimensionnels fixes entre les transferts, et donc le positionnement exact des analogues d'implants au sein du modèle de travail.

La réalisation de cette entretoise n'alourdit pas les séances cliniques et n'introduit pas de facteur de risque supplémentaire dans la technique, si, grâce à l'utilisation d'un modèle intermédiaire, l'essentiel du travail se fait à l'établi. ■



Fig.31. Pont terminé prêt pour la mise en fonction (Labo Prothetica)



Fig.32. Comblement des puits au moyen de composite

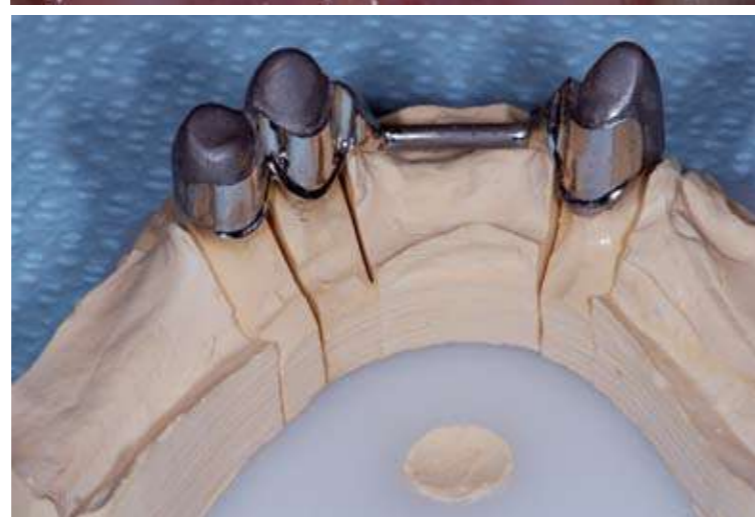


Fig.33. À la mandibule, on a opté pour une prothèse amovible partielle stabilisée par une barre de Dolder brasée sur des couronnes céramo-métalliques 33, 34 et 43



Fig.34. Cas terminé en fonction

Conseils lecture

Shafie H. Clinical and laboratory manual of implant overdentures. Blackwell Munksgaard, 2007.

Sethi A., Kaus T. Implantologie clinique. Quintessence international, 2007.

Bessade J. Le système Ankylos®. Éditions CdP, 2007.

Missika P., Benhamou A., Kleinfinger I. Accéder à l'implantologie, Éditions CdP, 2003

Bert M., Missika P. Les clés du succès en implantologie. Éditions CdP, 2009.

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

Votre partenaire en dentisterie

*Finndent 8000*



*La beauté scandinave*

*Galbiati Fox Easy*



*La beauté latine*

Conditions **Dentex** prolongées jusqu'au vendredi  
17 décembre 2010



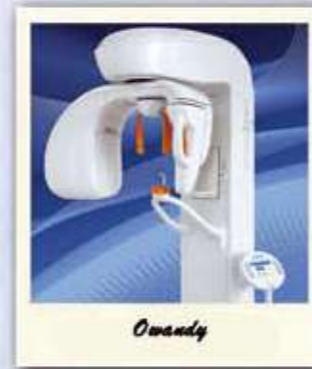
*Meubles (métal)  
Hygiène, Ergonomie, beauté.*



*Dürr Dental*



*Stérilisateur  
Le plus complet en classe B*



*Omandy*

**Gamme complète, ambiance conviviale**

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

Paris • 21-24/09/2010



## Révolution à Garancière pour les 36<sup>e</sup> Entretiens

C'est une véritable révolution dans l'histoire des Entretiens de Garancière qu'a dû affronter et vaincre le Directeur de ces 36<sup>e</sup> Entretiens, notre confrère Patrick Missika. En effet, avant de passer le flambeau à son successeur, Chantal Naulin-Ifi, il se devait de réussir ces journées qui marquaient un tournant dans l'histoire de cette Faculté.

> Pierre GOBBE-MAUDOUX

Le 17 juillet 2010 a vu le dernier patient franchir la porte du 5 rue Garancière à Paris, bâtiment qui abrite l'Association de l'Ecole Odontologique depuis 1900. Depuis septembre, les soins dentaires aux patients de la région parisienne prodigués par les étudiants et assistants de l'Université de Paris Diderot sont effectués dans les services d'odontologie de l'hôpital Rothschild et de la Pitié Salpêtrière. Ne reste plus à Garancière que la partie strictement universitaire...

Mais ces bouleversements ont donné des idées au Professeur Missika qui

veut donner à ces locaux une vocation unique en Europe. Son ambition est d'y créer ni plus ni moins qu'une sorte d'Université permanente dédiée au partage des connaissances, non seulement entre les enseignants et les étudiants, mais également entre les praticiens, par la mise à disposition de locaux permanents de formation continue.

Au rez-de-chaussée, un espace de convivialité étudiant permettra aux jeunes de se retrouver à la cafétéria, mais leur fournira aussi les moyens techniques de reprographie et d'accès à l'Internet. Au premier étage, une « salle des thèses »

permettra d'accueillir 80 personnes pour toutes sortes de conférences. S'y retrouvera également le nouvel Institut de Formation Continue Clinique de Garancière (IFCCG) qui permettra de délivrer des « Certificats de Compétence Clinique » (CCC), après formation dans trois cabinets dentaires équipés « High Tech ». Quatre salles de travaux dirigés (deux de 20 personnes, et deux autres de 30 personnes) se retrouveront également à ce niveau. Y restera encore le laboratoire de prothèse.

Le deuxième étage gardera sa salle de travaux pratiques avec fantômes, en accès libre aux étudiants. Des bureaux y seront aménagés pour le confort des enseignants ainsi qu'une salle des professeurs.

À l'étage supérieur, deux autres salles de travaux pratiques avec fantômes en position de bouche seront équ- ●●●

••• pées avec des « simulateurs », à l'intention des étudiants mais aussi des internes et des praticiens en formation continue.

Enfin, aux derniers étages, la bibliothèque de l'Ecole Odontologique sera entièrement restructurée et réaménagée, portant à 100 la capacité d'accueil des étudiants.

N'oublions pas non plus les auditoriums A et B au sous-sol, entièrement remis à neuf.

Vous l'aurez compris, à la lecture de ce descriptif précis, ce lieu offrira une véritable chance aux jeunes étudiants, mais aussi aux praticiens confirmés, de venir y découvrir dans les meilleures conditions les technologies nouvelles et les dernières avancées de la science dans le domaine de l'odontologie.

Pour comprendre au mieux la motivation qui a guidé Patrick Missika dans ces choix, le Journal d'Omnipratique Dentaire a réussi à l'intercepter au mi-

lieu de son emploi du temps très chargé pour lui poser quelques questions. Vous trouverez cette interview dans ce reportage.

Assurément, les Entretiens de Garancière restent fidèles à leur tradition : offrir aux praticiens une semaine de formation continue qui allie les conférences magistrales avec les séances de travaux pratiques et les démonstrations sur patients, dans tous les domaines de la dentisterie moderne. ■

## Rencontre avec Patrick Missika

### Directeur des 36<sup>e</sup> Entretiens de Garancière



Patrick Missika, en compagnie de Robert Garcia, Doyen de l'UFR Odontologie Paris Diderot

avec Kremlin-Bicêtre. Cette année, pour une séance avec les ORL pour aborder la problématique des sinus. Nous avons beaucoup développé les séances de travaux cliniques sur la Pitié-Salpêtrière et, cette année, dans le nouveau service de l'Hôpital Rothschild. Et nous avons fait une ouverture vers l'international avec des séances « francophones » en invitant des conférenciers canadiens et belges. Les amphis étaient complets avec de très belles conférences. Le nombre de participants a augmenté. Et je suis très heureux de passer le flambeau, dans la convivialité, à Chantal Naulin-I, qui est une amie de promotion.

**Le JOD — Patrick, vous passez le flambeau après deux années de Direction des Entretiens de Garancière... Quel bilan pouvez-vous tirer de ces deux années ?**

Patrick Missika — Je dirais que c'est un bilan positif, car il s'agit d'une organisation qui tourne depuis de nombreuses années, avec un rythme de changement habituel tous les deux ans ; j'ai donc hérité d'une machine bien rodée, bien huilée. J'ai apporté quelques petites modifications. L'essentielle, c'est que j'ai pratiquement supprimé le Comité d'Organisation et que j'ai fait appel à tous les anciens directeurs, qui sont pour la plupart des amis, pour gérer chacun une discipline. J'avais donc un seul interlocuteur par discipline qui gérait ensuite, un peu comme un ministre, la discipline dans son ensemble.

Cela a eu pour conséquence de supprimer toutes les réunions inutiles ; nous avons préparé les Entretiens avec une seule réunion mensuelle le mardi matin de 11h00 à midi. C'est l'avantage de travailler avec des gens qui avaient déjà piloté l'avion et qui, donc, savaient très bien le piloter. Ensuite, j'ai ouvert sur le monde extérieur, en particulier avec les hôpitaux. Par exemple

**Le JOD — Ce furent pourtant les deux années les plus difficiles de l'histoire des Entretiens, avec le déménagement et l'inconnue de la finition des locaux ?**

Patrick Missika — C'était le choix du Comité de Direction, avec son Président, Jean-Pierre Chairay. Ils savaient qu'il faudrait gérer cela en plus. Ils m'avaient alors choisi pour mon expérience. Cette situation ne m'a pas stressé du tout : j'ai organisé le congrès comme si tout allait être prêt dans les temps. Je suis passé hier à Rothschild : tous les blocs opératoires fonctionnaient. Donc tout roule, dans un service exceptionnel avec 7 blocs opératoires, 55 fauteuils, un amphi, des bureaux... On va perdre le côté unité de lieu mais on gagne en qualité de vie. Les deux ans ont permis de bien prendre le virage.

**Le JOD — Vous n'abandonnez pas pour autant Garancière... Expliquez à nos lecteurs ce que va être l'Institut de Formation Continue Clinique de Garancière.**

Patrick Missika — C'est l'aspect positif des choses, c'est-à-dire que nous récupérerons 2.000 mètres carrés de surface. Avec le •••

## Owandy • Une vision claire et instantanée

### I-Max Touch & Visteo

### Radiographier d'une seule main



#### Visteo

Capteur intra-oral à induction

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

#### I-Max Touch

Panoramique numérique

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

**Owandy**  
DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARE

#### Owandy Benelux

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



I-Max Touch

Visteo

Un système complet pour  
le collage de tenon et  
la reconstitution coronaire  
esthétique en  
une seule séance

Gradia Core™  
et Fiber Post™  
de GC.

La combinaison idéale de GC Fiber Post et de Gradia Core, tenon et composite pour le collage et la reconstitution corono-radulaire, offrant des propriétés de manipulation optimale, une approche conservatrice et des performances durables.  
La solution clinique... sans compromettre performances et esthétiques.

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  
http://france.gceurope.com

GC BENELUX B.V.  
Tel. +31.30.630.85.00  
info@benelux.gceurope.com  
http://benelux.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH  
Swiss Office  
Tel. +41.81.734.02.70  
info@switzerland.gceurope.com  
http://switzerland.gceurope.com

**GC**

••• Comité de Direction et avec le Doyen, Robert Garcia, moi-même devenant Vice-Doyen chargé de la Formation continue et de la Communication, nous avons décidé de faire de Garancière un pôle de Formation continue d'exception. La rénovation des amphithéâtres, le doublement de la surface de la bibliothèque, 4 salles de travaux dirigés au premier étage, et 3 cabinets équipés « high tech », tout cela représente un outil de formation exceptionnel. Dès novembre 2010, nous allons créer des Certificats de Compétence Clinique. Ce seront des modules sur deux jours, dans toutes les disciplines (endodontie, parodontie, laserthérapie, implantologie...) et les praticiens pourront prendre « à la carte » les formations qui leur conviennent. Cet outil sera ouvert sur le monde extérieur. J'en profite pour lancer l'invitation aux lecteurs du Journal d'Omnipratique Dentaire en Belgique.

**Le JOD — Comment pensez-vous que les étudiants vont vivre cette transition ?**

Patrick Missika — Je pourrai répondre plus précisément à cette question dans un an. En fait, nous étions une exception culturelle puisque, par exemple, à la Faculté de Montrouge, leurs locaux sont effectivement à Montrouge mais leurs centres de soins sont à Evry, à Créteil, à Branteneau ; donc, ils font leurs vacations dans des centres de soins qui sont dans les hôpitaux. Ce qui va compliquer un peu la vie de nos étudiants, c'est qu'en fait il va falloir que l'on regroupe leurs cours puisqu'ils vont devoir courir de l'hôpital Rothschild en sortant à midi pour aller suivre un cours à 13h00 à Garancière. Cela a été le travail du Docteur Jordan,

le Vice-Doyen chargé du deuxième cycle. On a réorganisé tous les emplois du temps. Donc, ça va bouger beaucoup de choses. Alors, quelle sera la perception de nos étudiants ? On verra à l'usage.

**Le JOD — Quelle sera la place de l'apprentissage de l'implantologie dans toute cette révolution ?**

Patrick Missika — Actuellement, 50% des sujets de conférences touchent à l'implantologie, à la prothèse implantaire, à la chirurgie pré-implantaire, aux sinus-lifts... Je pense qu'à ce niveau, c'est vraiment en phase d'ascension. Dans le cadre de la Faculté, nous avons intégré l'implantologie dans le deuxième cycle, ce qui signifie que, à partir de 2010-2011, nos étudiants de T1 vont poser des implants, et faire de la prothèse sur implants pour des cas simples. On considère donc que l'implantologie va prendre de la place, en particulier au détriment de la prothèse traditionnelle. Nous avons aussi une très forte demande par les confrères qui n'ont pas eu cette formation dans leur cursus universitaire. D'ailleurs, une des vocations de l'Institut de Formation Continue Clinique de Garancière sera, à la demande de sociétés d'implants, de faire de la formation spécifique sur certains systèmes implantaires. Il y aura donc aussi un cadre de partenariat public-privé.

Au niveau technologique, on est par contre dans une phase de stabilité, il y a moins d'innovations. C'est ce qui attire alors les praticiens qui ne veulent pas changer régulièrement de technique. ■

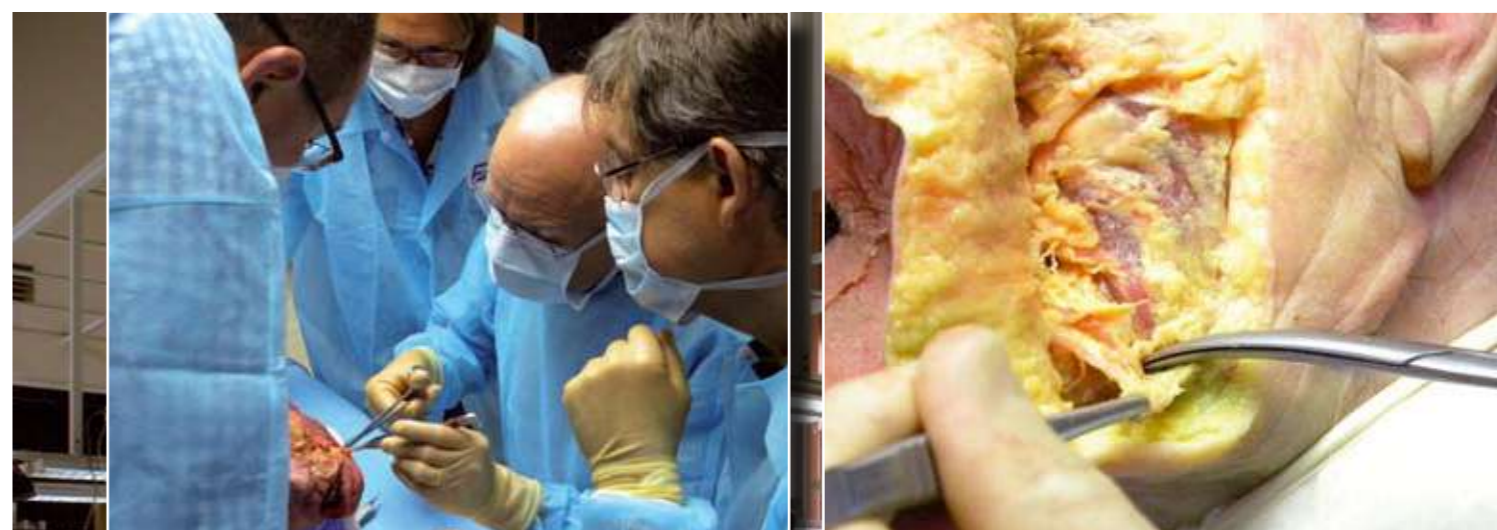
## Un atout de Garancière : les TP

C'est une journée de travaux pratiques passionnante que proposaient encore cette année les Entretiens de Garancière à un groupe de 25 participants. Se replonger dans les secrets de l'anatomie et redécouvrir artères, veines, muscles ou nerfs dans leur environnement réel.

Pour de nombreux participants, cela représentait un exercice assez délicat au départ car beaucoup n'avaient plus pratiqué ces dissections depuis des lustres. Cependant le Professeur Pierre Carpentier sait, par un bref exposé d'une quinzaine de minutes, replonger son auditoire dans le vif du sujet. Ici,

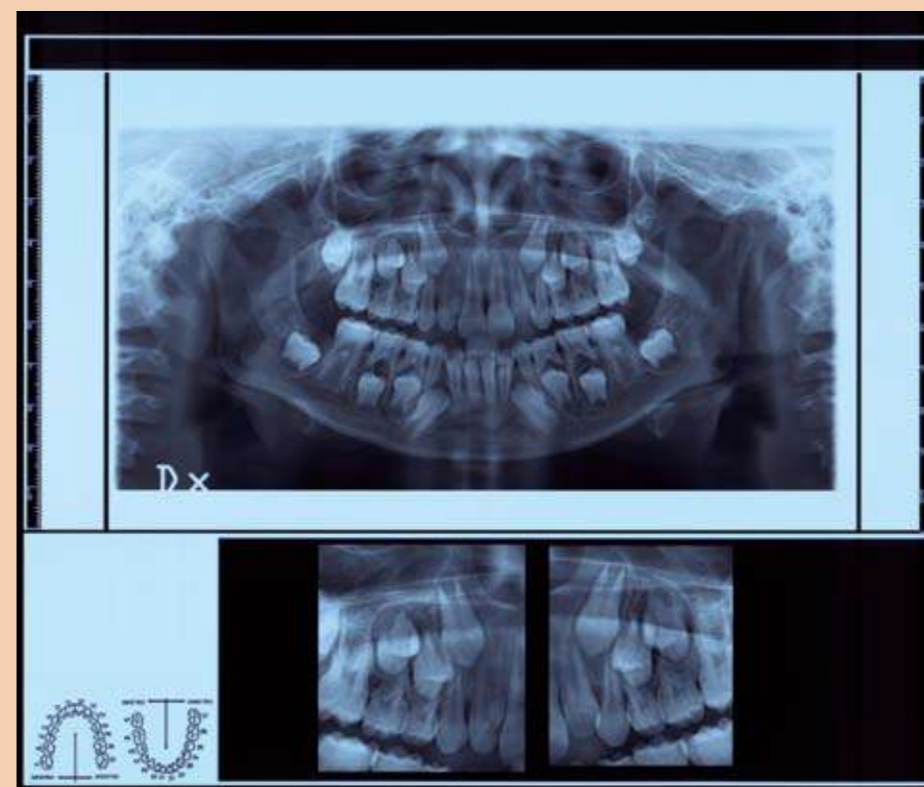
il s'agissait de bien connaître et reconnaître 10 éléments anatomiques importants lors de la pratique de la chirurgie implantaire : artère faciale, nerf dentaire...

Neuf pièces anatomiques étaient à disposition des participants, avec tout le matériel nécessaire pour isoler ces éléments anatomiques. En deuxième partie de journée, le groupe était divisé en deux, un groupe de « novices » et un groupe de « confirmés » pour réaliser la pose d'implants en conditions presque réelles. ■





## • Vos questions & les réponses du JOD •



Le panoramique dentaire est dans le collimateur du Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI : quelques précautions s'imposent pour les utilisateurs à haut profil

des actes basée sur la Science, permet d'éviter en principe tous les ennuis.

5. La norme de croissance de 4,5% hors index pour les soins de santé ne tiendra plus longtemps. Des arbitrages seront nécessaires, c'est-à-dire des révisions de certains actes, voire de tous les actes. Dans ce contexte, s'affranchir de la nomenclature en promulguant les actes non nomenclaturés dans sa pratique est probablement plus judicieux que de s'en remettre à une consommation élevée de la Nomenclature. Bien entendu, chacun fera selon sa patientèle.

•• **Vous êtes sûrement au fait de cette enquête lancée en ce moment sur les panoramiques, et qui concerne 200 dentistes. J'aimerais connaître votre avis sur la question.**

Vous parlez de l'enquête du Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI, intitulée « Indications de l'orthopantomogramme ». Il y est question de rechercher le pourquoi de ces prestations pour une vingtaine de patients par praticien. Attention : il s'agit bien de l'indication et non du diagnostic, ce dernier ne pouvant être établi (par définition) avant que l'examen panoramique ne soit réalisé.

Voici un avis en cinq points sur cette enquête.

1. Nous avons toujours considéré que la relative flexibilité pour certains actes de la Nomenclature doit toujours bénéficier au patient. Parfois, ce bénéfice est indirect : la flexibilité autorise à percevoir des honoraires meilleurs, qui eux-mêmes permettent des soins meilleurs. Mais il convient de toujours s'inscrire dans le cadre de la législation en vigueur. À ce titre, la surconsommation en tant que telle (pratiquer des actes inutiles, ou inutilement onéreux) est condamnable, y compris moralement, et d'autant plus lorsque cette surconsommation manifeste touche à des actes ionisants.

2. Il est un secret de polichinelle que le panoramique fait partie des prestations régulièrement surconsommées. Rien d'étonnant : le dentiste est à la fois le prescripteur et le bénéficiaire de l'acte. Dans la pratique, la surconsommation peut consister à procéder à un panoramique annuel systématique, pour chaque patient. Hormis des situations exceptionnelles (qui justifient pleinement que l'on ne touche pas à la périodicité d'un an), rien ne peut légitimer cette attitude systématique sur le plan scientifique.

3. Il n'est pas anormal que le Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux procède à une enquête ciblée auprès des grands profils — même si ce ciblage n'est pas forcément transparent. C'est plutôt préférable à une diminution de la valeur de l'acte pour tous les praticiens, comme cela s'est déjà passé en 1987, pour les panoramiques précisément. Le fait qu'il s'agisse d'un questionnaire plutôt qu'une visite impromptue au cabinet est plutôt... aimable. Il s'agit en tout cas d'une démarche préventive.

4. Bien entendu, veillez toujours à inscrire l'indication de vos panoramiques (et autres prestations) au dossier du patient. Exemple : « Recherche d'inclusions » ou « Bilan d'évaluation préprothétique » etc... Cette précaution, associée à une consommation

•• **Que pensez-vous la proposition de la Défense, en vue d'agréer des praticiens pour des soins dentaires de première ligne auprès des militaires ? Conseillez-vous d'y souscrire ?**

Depuis la fin du service militaire obligatoire, la Défense peine à assumer les soins médicaux et dentaires pour son cadre d'active. Il n'est dès lors pas étonnant qu'elle se tourne désormais vers les médecins et dentistes civils pour pourvoir à ces tâches.

La Défense propose donc actuellement aux prestataires de s'inscrire sur une liste de « dentistes agréés » s'ils marquent leur accord avec le fonctionnement du système, à savoir :

- la délivrance de soins nomenclaturés au tarif de l'Accord, dont le patient militaire paie effectivement la partie remboursée par sa mutuelle

- la facturation des tickets modérateurs auprès de la Défense

- la délivrance de soins non nomenclaturés selon les mêmes dispositions que celles rencontrées dans toute relation soignant-soigné

Comme dans tout, il y a du bon et du moins bon dans cette proposition. •••



Made by OMS

## Travailler dans le confort, ça détend



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

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

Discovery days  
20-21 novembre de 10 à 18h

démonstration permanente de radiologie digitale  
samedi 20 novembre | Sint-Niklaas  
dimanche 21 novembre | Nivelles

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

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



••• Le positif :

- il s'agit incontestablement d'un gisement de travail complémentaire pour la Profession, par rapport à la situation qui prévalait lorsque des miliciens se chargeaient de ces actes (pour une bouchée de pain)
- mieux vaut sans doute que l'exercice effectif de l'Art dentaire se retrouve dans les mains des prestataires privés, plutôt qu'il ne soit soumis à une fonctionnarisation
- ce type de patients est habitué à procéder par « ordres de marche » : il serait très étonnant d'y voir régner l'absentéisme ; il en va de même en matière de respect des obligations d'honoraires, par le militaire comme par la Défense

Le bémol :

- le principe d'une agrégation des praticiens fait craindre une atteinte au libre choix du patient ; toutefois dans la pratique, il semble bien que chaque praticien puisse souscrire au système et qu'il n'y ait pas de constitution de preferred providers
- il s'agit d'un travail administratif complémentaire

À chacun de faire la balance entre le positif et le négatif. Nous ne sommes certes pas habitués, en Europe, à ce mode de fonctionnement en réseau... qui fait pourtant les beaux jours de la Profession dentaire nord-américaine. Car il est évident qu'il s'agit d'un flux d'affaires vers des actes à valeur ajoutée échappant au système... si ce n'est pour le militaire lui-même, à tout le moins pour ses proches.

Les syndicats dentaires se sont élevés contre cette proposition de la Défense, qui avait pourtant reçu l'aval de l'Ordre des Médecins pour ce qui est des prestations médicales. Argument évoqué, en substance : il n'y a pas eu de négociations.

Un syndicat dentaire reste un syndicat : si l'on touche un peu à son pouvoir d'influence sur ses membres, il perd sa crédibilité et sa justification à lever de lourdes cotisations...

ABL s'invite désormais dans les cabinets dentaires civils et y crée un réseau de prestataires



La nature provisoire d'une obturation est une notion à géométrie variable, particulièrement en odontologie pédiatrique

•• Je réalise en ce moment une prothèse résine à armature titane montée avec 14 dents en résine, vissée dans les implants. Puis-je attester une prothèse complète résine amovible (puisque'elle est dévissable) ?

Bien que la définition de l'amovibilité d'une prothèse ne soit pas traitée comme telle dans la Nomenclature, on en trouve néanmoins une approche au sein de la règle interprétative numéro 09 (Moniteur Belge du 12/5/2006 ; prise d'effet au 1/9/2005) : "La base de la prothèse amovible totale doit couvrir la totalité des tissus portants, y compris certains organes dentaires éventuellement restants ou remplacés. [...] Une prothèse amovible totale peut être placée sur une mâchoire où, soit des racines subsistent, soit des implants ont été placés, à condition que ces éléments soient couverts par la prothèse amovible totale."

On peut déduire qu'un pont vissé sur implants ne répond pas à cette définition, dès lors que, d'une part, il n'y a pas de base, et, d'autre part, ni les tissus portants ni les implants ne sont totalement couverts.

Plus généralement, une règle non écrite considère depuis toujours que l'amovibilité doit être le fait du patient, et non du praticien. Ceci correspond à la définition admise de la « prothèse amovible » dans l'ensemble de la littérature scientifique.

Par exemple, un pont scellé sur dents naturelles peut toujours être descellé, ou un

pont vissé sur implants peut toujours être dévissé, à chaque fois par le praticien; cela n'en fait pas des « prothèses amovibles » pour autant, ni n'ouvre droit à l'intervention de l'Assurance-maladie.

Il est vrai que, afin d'obtenir davantage de sécurité juridique, cette question mériterait d'être posée au Conseil Technique Dentaire, même s'il n'y a guère lieu d'avoir de doutes sur la réponse à attendre.

•• Est-il exact qu'une nouvelle règle interprétative de la Nomenclature exige l'utilisation d'amalgame ou de composite pour les obturations ?

Vous faites certainement référence à l'art.2, 2° de l'Arrêté Royal du 18/4/2010 (MB. 29/4/2010), qui modifie le §4bis de l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14/9/1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 20/3/2009...

Cette disposition législative prévoit que "à l'exception de la prestation 374474-374485, pour toute(s) (les) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs », le matériel d'obturation doit être placé directement et durcir principalement dans la bouche (méthode directe). À l'exception des prestations 373575-373586 et 303575-303586, l(es) obturation(s) de cavité(s) et la restauration de la rubrique « soins conservateurs » ne peuvent pas être de nature provisoire pour entrer en ligne de compte pour un remboursement."

Quelle lecture faut-il faire de ce charabia ?

- Premièrement, il est confirmé explicitement que les méthodes indirectes d'obturation n'ouvrent pas droit à un remboursement. Pas question donc d'attester pour les inlays, onlays et autres facettes réalisées sur modèle.

Une exception : les couronnes pédodontiques sont évidemment attestables, même si l'on utilise un matériel préformé. Quant à l'aurification (pour ceux qui connaissent encore ce que représente cette technique éprouvée...), elle semble bien tomber sous le coup du remboursement.

• Deuxièmement, la notion de matériau fait indirectement son entrée au sein de la Nomenclature dentaire, mais il n'est nullement spécifié qu'il doit s'agir d'amalgame ou de composite. La « nature provisoire » est par contre explicitement exclue du champ d'application de la Nomenclature. Évidemment, cette « nature provisoire » est une notion à géométrie variable, qui dépend des circonstances cliniques particulières. S'il n'est pas raisonnable, par exemple, de considérer un Cavit® autrement qu'au travers de son caractère temporaire, il n'en va pas de même de nombreux autres matériaux utilisés de manière courante. De nombreux lecteurs nous ont ainsi interpellés quant à l'usage de l'IRM® ; ce matériau ne nous semble pas correspondre à une nature provisoire dans bien des indications cliniques (le nom même du matériau « Intermediate Restorative Material » évoque le moyen terme), et nous apparaît dans ces circonstances compatible avec l'attestation, par exemple sur une dent lactéale que l'on souhaite maintenir six mois sur l'arcade — à moins de vouloir considérer que toute obturation sur dent déciduale soit par essence provisoire, quod non ! Comme toujours, le bon sens clinique et administratif évitera tous les déboires aux praticiens.

Attention, une exception évidente : les éventuelles obturations réalisées dans le cadre du forfait de garde peuvent (doivent ?) toujours avoir une nature provisoire !

•• Une fois pour toutes, doit-on disposer d'un séparateur d'amalgame pour être accrédité ? La feuille « Registre du cabinet » ne le mentionne nullement... Est-ce un blanc seing ?

Pour être accrédité en 2010, le praticien de l'art dentaire doit répondre à des obligations bien codifiées, au nombre de huit :

1. Obtenir des unités d'accréditation dans le cadre de la formation complémentaire
2. Participer à des activités dans le cadre du peer-review
3. Collaborer à la collecte de données relatives à la politique menée en matière

de soins bucco-dentaires dans le cadre de l'INAMI

4. Satisfaire à la condition du seuil d'activité
5. Rentrer la feuille individuelle de présence
6. Remplir le registre du cabinet dentaire et l'envoyer avec la feuille individuelle de présence
7. Répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique (informations fournies par la SPF Santé publique à l'INAMI)
8. Satisfaire au règlement concernant la protection contre le danger des rayonnements ionisants (informations fournies par l'AFCN à l'INAMI)

La question du séparateur d'amalgame s'apprécie donc pleinement à l'aune de la septième exigence ; que le registre du cabinet dentaire reprenne l'information ou non est sans objet.

Or la législation relative au séparateur d'amalgame constitue une matière régionalisée : les conditions et exigences peuvent varier d'une Région à l'autre. En particulier, on retiendra que, si tous les praticiens doivent être équipés d'un séparateur d'amalgame en Région wallonne, une



Les orthodontistes exclusifs établis en Région de Bruxelles-Capitale sont dispensés d'obligation en matière de séparateur d'amalgame... un cadeau de Noël 1997 qui a des répercussions chaque année sur leur accréditation

exception existe pour les orthodontistes exclusifs en Région de Bruxelles-Capitale (Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 25/9/1997 réglant la gestion des déchets d'amalgame dentaire, et Arrêté du Gouvernement wallon du 29/4/1999 relatif aux effluents provenant des cabinets dentaires).

En conséquence, les orthodontistes exclusifs exerçant dans la Région de Bruxelles-Capitale ne doivent pas disposer d'un séparateur d'amalgame pour être accrédités, tous les autres praticiens tombant sous le coup de cette exigence. À noter que la détention du code de compétence 007 (législation postérieure) est étrangère à la question : c'est la réalité de l'exercice exclusif de l'orthodontie qui doit être prise en compte.

Nous ne sommes pas informés de contrôles qui seraient opérés sur le terrain pour établir le lien entre accréditation et séparateur d'amalgame. Il est néanmoins utile de rappeler que le praticien déclare, au travers de sa feuille de présence individuelle, respecter toutes les conditions légales dans tous les cabinets où il exerce, et que la communication de toute information inexacte peut entraîner un refus ou une suspension de l'accréditation avec remboursement de l'honoraire. ■



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 Mons CHERCHE dentiste DG-Ortho équipement moderne. Tél.: 056/55.70.63.

Maison Médicale Gilly CHERCHE dentiste pour collaboration longue durée. Matériel récent RX et pano numérique secrétariat. Tél.: 071/28.55.77 ou 0476/43.55.73.

Ass. dent. depuis 11 ans et gest. stock et matériel depuis 5 ans GÈRE votre stock achat sortie entretien gros et ptt mat. Contact: florencededee@skynet.be ou 0479/63.02.35.

Bruxelles CEE CHERCHE collabo long terme possibilité reprise. Tél.: 0497/41.68.90.

Dentiste DG Mons CHERCHE collaborateur(trice) équip. moderne. Tél.: 056/55.70.63.

**Matériel**

A VENDRE cause digitalisation développeuse Velopex extra-XE 400 EUR. Tél.: 071/21.81.98.

A VENDRE en très bon état Periomat plus Durr Dental 1.200 EUR (neuf = 1.990 EUR) Tél.: 0475/21.65.41.

A VENDRE Rx murale + pano + dévelop. Velopex + unit OMS Linea 90 fin d'activités. Le tout : 2.500 EUR. Tél.: 069/22.80.66.

A VENDRE cause cessation d'activité gros et petit matériel installation Planmeca Compact 12/2005 prix à convenir. Tél.: 0478/548.546 ou philippecolmant@hotmail.com.

CHERCHE fauteuil d'occasion Ritter D100. Tél 071/31.85.65.

VENDS autoclave Lisa Optima 24L radio murale Planmeca éclairage lumière du jour Airl. Tél.: 0033/490.49.12.71.

A VENDRE siège praticien asp. chir. mobile Durr instal. dentaire compl. armoire mobile bon état. Tél.: 0476/92.61.34.

A VENDRE panoramique OC 100 Instrumentarium (Trophy) avec bras télé 4.000 EUR scanner Digora PCT 10.000 EUR. Tél.: 0033/251.79.02.90.

**Remise / reprise / immo**

A LOUER Braine-le-Comte cabinet usage médical ou paramédical cause retraite. Tél.: 065/22.61.05.

A REPRENDRE Quevaucamps cabinet dentaire cause retraite (libre d'occupation 01/01/2011). Tél.: 065/22.61.05.

Cabinet A VENDRE à Woluwé St Lambert chirurgie et classique 2 fauteuils. Tél.: 071/36.00.44.

Perpignan centre ville magnifique cabinet 190m<sup>2</sup> gros CA possibilité bloc chirurgical implantologie-prothèse-occlusodontie CHERCHE confrère pour association ou vente échelonnée. Peut convenir à un couple. Tél.: 0033/468.51.22.23.

Ferney-Voltaire Genève aéroport cause retraite 2011 DONNE cabinet SCM RVG Adec et VENDS murs. Tél.: 0033/678.47.06.71.

Vous êtes Licencié en Science Dentaire ou Master en Science Dentaire.  
Vous disposez d'un grand appétit pour les matières scientifiques.  
Vous faites preuve d'esprit de synthèse.  
Vos capacités rédactionnelles sont élevées.  
Votre but professionnel est la qualité des soins...  
Alors rejoignez l'équipe du JOD !  
Nous pouvons vous proposer un épanouissement personnel dans une ambiance haut de gamme.

Contacts : info@cod.be

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.



**BANDES EN FIBRES DE VERRE IMPRÉGNÉES DE RÉSINE – SYNERGIE DES FIBRES DE VERRE ET DU COMPOSITE**

- Déformable, flexible et sans métal
- Contention, stabilisation et remplacement des dents au fauteuil
- Multiplication de la résistance à la flexion des composites par 5

**GrandTEC®**



**NOUVEAU**



Rendez-nous visite  
dentex 2010  
Brussels Expo - Stand: 207  
21.-23.10.2010

**VOCO**

**Bon pour une annonce gratuite**

à renvoyer au JOD c/o COD  
Avenue de l'Europe 40 6000 Charleroi  
ou par fax au 071 33 38 05 ou mail : info@cod.be




Made by VATECH

## Votre confort de travail est notre travail

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

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

**Discovery days**  
20-21 novembre de 10 à 18h

**démonstration permanente de radiologie digitale**  
samedi 20 novembre | Sint-Niklaas  
dimanche 21 novembre | Nivelles

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

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



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 INCOMPLÈTS)

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"/> | <b>Dental Thema Day « Empreintes » (sa 11/12/2010) - Bruxelles</b>               |           |     |
| <input type="checkbox"/> | Base .....   | 1 X 190 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | «Conjoint/collaborateur» <sup>(1)</sup> ou «Jeune/étudiant» <sup>(2)</sup> ..... | 1 X 185 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) assistante(s) .....   | X 95 =    | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'emmène mon (mes) technicien(s).....  | X 185 =   | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Frais en cas de règlement reçu après le 26/11/2010.....                          | + 50 =    | EUR |
|                          | <b>Total =</b>   |           | EUR |

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

- |                          |   |     |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 3 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR                                | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 4 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR                               | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 5 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR                               | EUR |
| <input type="checkbox"/> | Je m'inscris simultanément à 6 formations : je déduis une réduction-fidélité globale de 250 EUR                               | EUR |
| <input type="checkbox"/> | J'ai coché le montant «conjoint/collaborateur» <sup>(1)</sup> ou «jeune/étudiant» <sup>(2)</sup> , je précise donc ci-dessous |     |
|                          | <sup>(1)</sup> Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :  |     |
|                          | <sup>(2)</sup> Année du diplôme et université (2007 et plus tard) :   |     |
|                          | <b>Total à régler =</b>   | 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).

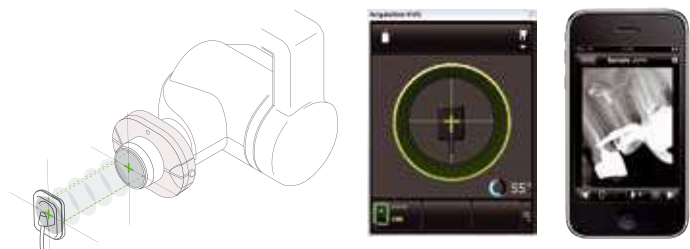
Date : ..... Signature : .....

# Des images réussies, du premier coup, à tous les coups.



## **Capteur KODAK RVG 6500 : le premier capteur avec un système de positionnement intelligent (IPS)**

Adieu les erreurs de positionnement ! Avec le capteur RVG 6500 équipé de l'IPS, vous visualisez la position du capteur sur votre écran. Laissez-vous guider jusqu'à la position idéale. Le positionnement n'a jamais été aussi simple. Combiné à la qualité d'image la plus élevée du marché et à la liberté du sans-fil, vous avez tous les atouts en main pour réussir vos clichés du premier coup, à tous les coups. Visitez [www.kodakdental.com](http://www.kodakdental.com).



L'IPS est compatible avec la plupart des modèles de générateur.

Carestream Health, Inc.

©Carestream Health, Inc. 2010.

RVG est une marque de Carestream Health, Inc.

La marque et l'habillage commercial Kodak sont utilisés sous licence de Kodak.