

JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd. • Agréation P307013 • Tirage : 3.800 ex.

FC4

Toute l'orthodontie de l'omnipraticien-qui-ne-fait-pas-d'orthodontie

Matinée : l'enfant
Après-midi : l'adulte

Charleroi • Samedi 10 novembre 2012
30 UA dom 5 + 10 UA dom 7 • 6 heures FC



Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



ACTIVE
BIOSILICATE
TECHNOLOGY

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

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

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

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

Profitez des offres exceptionnelles Dentex et vous gagnerez peut-être un **workshop exclusif Biodentine™ !**

Valable lors d'une visite à notre stand.

N° du stand: 805, Palais 7



SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles
Tél. 02 425 60 37 • Fax 02 425 36 82 • info@septodont.be • www.septodont.be



JOD

Septembre - Octobre 2012 • n° 59



- 4 • La photo
- 7 • Programme 2012
- 9 • Prochaines activités
- 16 • L'actu med
- 18 • Envoyé spécial
FDI : le congrès du centenaire
- 31 • Psy
Le pied-dans-la-porte
- 36 • Annonces
- 39 • Inscriptions

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

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
Avenue de l'Europe 40 - B 6000 Charleroi
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 35 EUR/an
Monde : 60 EUR/an

Website : www.cod.be

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

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

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

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2012
Reproduction interdite sauf accord

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

La nécessaire interdisciplinarité

Est-il encore possible aujourd'hui, pour un praticien, d'assumer seul toutes les facettes de la dentisterie ?

Non. Aussi bien quant à la maîtrise des concepts, pour la garantie de l'expertise clinique, ou encore du fait du plateau technique à déployer, il est devenu illusoire pour le praticien de l'art dentaire de faire la preuve d'une performance tous azimuts.

Conséquence : de plus en plus de dentistes choisissent d'investir et de s'investir dans une discipline thérapeutique particulière — ou au contraire, d'exclure de leur pratique ce qui leur paraît impossible à réaliser dans les règles. C'est tout à leur honneur ! Mais ce constat de sélection professionnelle ne doit évidemment pas, paradoxalement, mettre en péril la qualité des soins, par une restriction des services offerts à la population, selon le principe que si l'on ne dispose que d'un marteau, on a tendance à tout voir comme un clou.

C'est pourquoi il convient d'encourager :

- l'acquisition et le maintien de connaissances dans des domaines que l'on ne pratique pas, ou peu : l'activité du COD sur l'orthodontie, le 10 novembre prochain à Charleroi, s'inscrit exactement dans cette démarche
- la création de *réseaux de compétences*, capables d'une approche globale d'interdisciplinarité, peu importe que ce soit en cabinet intégré ou au contraire en utilisant les structures actuelles, singulièrement en région rurale

Faut-il dès lors mettre en place une batterie de spécialités officielles ?

Non plus. Bien évidemment, on peut concevoir que ceux qui consacrent plusieurs années à développer des aptitudes de haut niveau, dans une branche de notre art, recherchent la reconnaissance légitime de leurs pairs, par exemple par la sanction d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire complémentaire. Pour autant, rien ne semble justifier d'y mêler les Autorités et le public. À cet égard, on attend toujours une évaluation de l'impact de la spécialité officielle en parodontologie sur la santé buccale de notre population.

Alors, des endodontistes, des pédodontistes, des occlusodontistes, des prosthodontistes, des implantologues, des posturologues-naturopathes-homéopathes et tutti quanti ? Oui ! Mille fois oui !

Mais que cela reste de l'omnipratique partagée ! ♦

L'omnipraticien revêt un rôle central dans la détection et l'interception des pathologies de toutes disciplines, voire dans l'évaluation des traitements déjà entrepris. C'est évidemment le cas en orthodontie et orthopédie dento-faciale.

Cette jeune patiente de 15 ans se présente suite à un traitement orthodontique terminé, après une phase active de 6 ans et demi, mais ne donnant pas satisfaction fonctionnelle et esthétique.

À l'examen, on note entre autres :

- Une tendance à la classe III squelettique. Le nez est peu développé et les malaires sont effacés, ce qui est compatible avec une respiration buccale. Ceci est confirmé radiologiquement par une tendance à l'ouverture de l'angle antérieur de la base du crâne et une fermeture de l'angle sphénoïdal.
- Une classe III dentaire selon Angle. Du côté droit, l'occlusion est croisée au niveau des canines et des incisives latérales, avec palatoversion de la 12. Le point interincisif supérieur est décalé d'environ un millimètre vers la droite par rapport à l'axe du visage, tandis que le point interincisif inférieur accuse un décalage d'environ 3 millimètres. La déviation ne se présente qu'en fonction : la patiente est obligée, par son occlusion dentaire, de prendre cette position en intercuspidation.

Il s'agit donc d'une occlusion pathologique nécessitant une prise en charge. Une abstention thérapeutique pourrait résulter, à moyen ou long terme, en pathologies induites notamment articulaires.

Probablement, ce cas devra désormais être traité en chirurgie orthognathique, alors qu'un traitement non invasif pouvait reposer sur une interception précoce en âge juvénile, selon la classification de Björk¹, c'est-à-dire dans la fenêtre variable existant entre l'enfance et l'adolescence, et dont le but est :

- de traiter le plus précocement possible les troubles squelettiques (même sans se soucier des dents) afin de prévenir le cercle vicieux de la *spirale dysmorpho-dysfonctionnelle*, pour reprendre les termes de Delaire²
- de procéder à des déverrouillages dans les trois dimensions de l'espace, dont l'intérêt de la précocité est rappelé par Gugino³ : *"Plus le traitement est précoce, plus la face s'adapte à votre concept ; plus le traitement est tardif, plus votre concept doit s'adapter à la face"*
- d'évaluer le degré de difficulté afin de fixer un objectif réaliste en fin d'interception, en accord avec la patiente et ses parents



¹Variations in the growth pattern of human mandible : longitudinal radiographic study by implant method. J. Dent Res, 1963 ; 42:400-411

²L'intrication des fonctions de l'extrémité céphalique et les inter-relations morpho-fonctionnelles oro-faciales. Orthod. Fr., 1993 ; 64:48-52

³Les concepts du déverrouillage : l'interaction entre forme et fonction. Rev Orth Dentofac, 2000 ; 34 :83-108

LE MUST

Enfin : la paro atraumatique



Thérapie parodontale avec le Vector Paro

- Thérapie et prophylaxie atraumatique des parodontites et des péri-implantites
- Anesthésie très rarement nécessaire
- Sans chirurgie
- Cément préservé
- Polissage des surfaces atraumatique et non-invasif

Options :

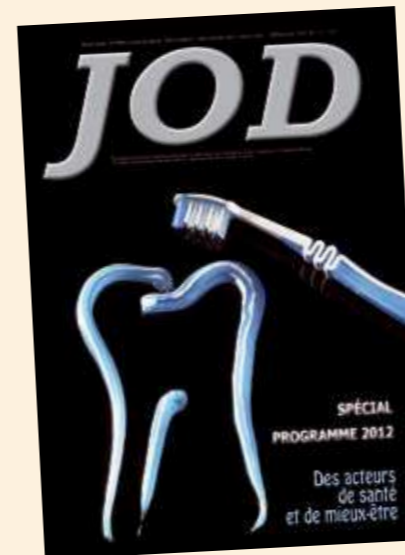
- Scaler lumineux pour phase initiale
- Pièce à main avec inserts pour recall et traitement de la péri-implantite

Plus d'informations sur 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

Action reprise
de votre ancien
appareil

Demandez des renseignements !
Stand 204



Affichez votre passion pour la qualité et rejoignez, en 2012 encore, le programme scientifique du COD.

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

Le JOD n°55 spécial programme 2012 reprend tous les détails illustrés.

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

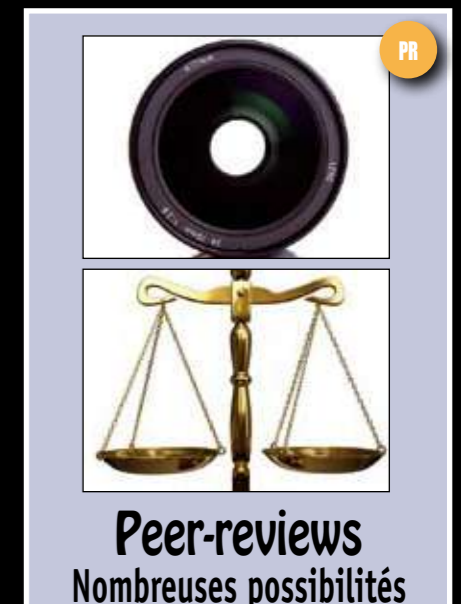
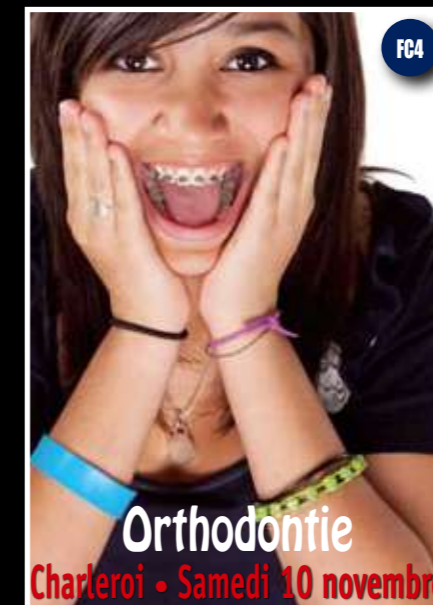
Nous nous ferons un plaisir de vous l'envoyer rapidement et gratuitement !



Depuis 2001

Formations-conférences, travaux pratiques, entretiens cliniques, peer-reviews...

La solution globale
pour votre formation continue !



Travailler dans le confort, ça détend

Qualité et service pour l'exercice de votre profession

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.

18-19-20 OCT. 2012

DENTEX

palais 7 | stand 205

Carving
oms



Appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.

Dental Quality - Chaussée de Mons 47 - 1400 Nivelles

T 067 844 284 - www.dentalquality.be

Dental Quality

PROCHAINES ACTIVITÉS

Charleroi • Samedi 10 novembre 2012

Déjà plus de 280 inscrits !

FC4

Toute l'orthodontie de l'omnipraticien-qui-ne-fait-pas-d'orthodontie

Objectifs de ce cours — L'orthodontie a bien évolué ces dix dernières années, et pas uniquement en raison de développements techniques tel l'avènement des mini-implants ou des multi-attaches linguales. Le paradoxe veut que ce soit au moment où la spécialité et l'exercice exclusif deviennent largement admis que cette branche de la médecine dentaire se retrouve au carrefour de toutes les disciplines odontologiques : la pédodontie et l'esthétique bien entendu, mais aussi désormais la parodontologie, la prothèse, l'implantologie, la régénération tissulaire... bénéficient incontestablement d'une phase orthodontique.

Ainsi, l'orthodontie vient aujourd'hui compléter l'arsenal quotidien de l'omnipraticien, même si ce dernier délègue la plupart du temps l'aspect mécanique à des Confrères qui ont fait le choix de la spécialité. Et il est devenu antiscientifique, peu inspiré sur le plan clinique, et risqué d'un point de vue judiciaire, de ne pas spontanément intégrer l'approche orthodontique dans les plans de traitement.

L'objectif de cette journée s'inscrit donc dans le partage indispensable des éléments contemporains de la discipline orthodontique, pour permettre aux omnipraticiens d'en connaître les possibilités réelles et le calendrier d'action. La matinée sera consacrée au patient enfant, et l'après-midi au patient adulte.



• L'ENFANT

ORTHODONTIE INTERCEPTIVE DE L'OMNIPRATICIEN

Claude Chabre

DCD, DSO
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale
MCU-PH Paris 7 Diderot

Éric Serfaty


DCD
CES de Technologie des biomatériaux et DEA de Biologie et Biomatériaux du milieu buccal et osseux (Paris 5 Descartes)
Postgraduate et M.Sc. Tufts University Boston (USA)
Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale



• L'ADULTE

OPTIMISATION DES PLANS DE TRAITEMENT PROTHÉTIQUES ET IMPLANTAIRES

Fiche technique de cette activité

| | | | |
|---|--|--|-----------------------------|
| Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395 | Quand ? | Samedi 10 novembre 2012, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30) | |
| | Où ? | CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi) | |
| | Disponibilité ? | 320 places (attribuées par ordre de réception du règlement) | |
| | Accréditation ? | OUI : accordée - 30 dom 5 + 10 dom 7 | |
| | Agrément ? | OUI : 6 heures | |
| | Combien ? | Montant de base tout compris : | 195,- EUR |
| | | Paiement reçu après le 29/10 (PAS d'inscrit. sur place) : | +50,- EUR |
| | Réductions* ? <small>*conditions page 43 JOD 55 et sur www.cod.be</small> | Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2009)/étudiant : | 185,- EUR |
| | | Réduction-fidélité sur programme : | possible jusque 450,- EUR ! |
| | S'inscrire ! | Bulletin d'inscription en avant-dernière page | |

NOUVEAU : KaVo ESTETICA® E30

**Vous rêviez
de l'avoir.**



Intéressé ? Contactez Christiane Rosemaryn pour un rendez-vous au téléphone 02/257 40 91 ou via email christiane.rosemaryn@henryschein.be

KaVo. Dental Excellence.

Bruxelles • Samedi 15 décembre 2012



Déjà plus de 250 inscrits !


Journée pluridisciplinaire & interuniversitaire

Cancers buccaux

Aussi une affaire de dentistes

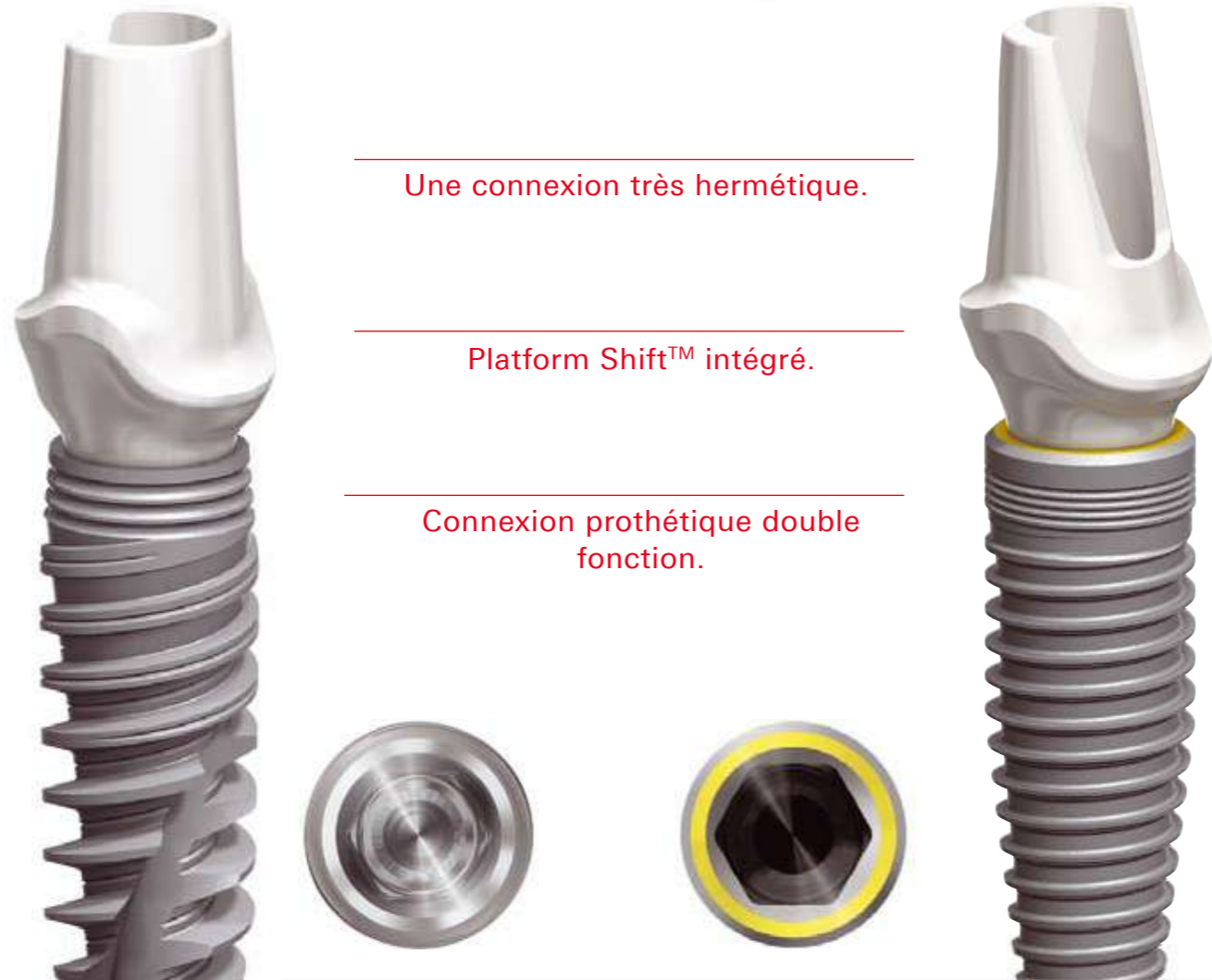


Fiche technique de cette activité

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------|
| <p>Organisateur</p>  <p>COD asbl</p> <p>Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125</p> <p>France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395</p> | Quand ? | Samedi 15 décembre 2012, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30) | |
| | Où ? | AUDITOIRE J CAMPUS ÉRASME, 808 route de Lennik 1070 Bruxelles | |
| | Disponibilité ? | 475 places (attribuées par ordre de réception du règlement) | |
| | Accréditation ? | OUI : accordée - 30 dom 1 + 10 dom 7 | |
| | Agrément ? | OUI : 6 heures | |
| | Combien ? | Montant de base tout compris : | 195,- EUR |
| | | Paiement reçu après le 3/12 (PAS d'inscrit. sur place) : | +50,- EUR |
| | Réductions* ? <small>* conditions page 43 JOD55 et sur www.cod.be</small> | Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2009)/étudiant : | 185,- EUR |
| | | Réduction-fidélité sur programme : | possible jusque 450,- EUR ! |
| | S'inscrire ! | Bulletin d'inscription en avant-dernière page | |

Une connexion conique, Deux corps d'implants.

DENTEX Nous vous attendons, stand 606!



Une connexion très hermétique.

Platform Shift™ intégré.

Connexion prothétique double fonction.

Nous vous présentons: NobelActive™ et NobelReplace® CC (= Connexion Conique)

Ils vous offrent :

Une optimisation de la réponse biologique des tissus durs et des tissus mous péri-implantaires contribuant à une esthétique naturelle.

Une connexion conique interne avec verrouillage hexagonal, offrant une très grande étanchéité et une résistance mécanique élevée.

Une double fonction de la connexion prothétique vous permettant de faire des restaurations solitaires ou multiples directes sur implants.

Leur sourire, vos compétences, nos solutions.



Appelez le 02/467 41 70 ou connectez-vous au site nobelbiocare.com



© Nobel Biocare Services AG, 2011. All rights reserved. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare.
Disclaimer: Some products may not be regulatory cleared/released for sale in all markets. Please contact the local Nobel Biocare sales office for current product assortment and availability. 1 Dental Product Shopper élu NobelReplace Tapered Meilleur Produit 2011. www.dentalproductshopper.com/nobelreplace

EC

Entretiens cliniques
Nouvelle formule d'activités
limitées à 2 X 20 places
pour une interactivité maximale

Bruxelles • Samedis 13 octobre et 17 novembre 2012

La PAC mandibulaire stabilisée sur implants

Apprendre. Comprendre. Réaliser.

Objectifs de ces EC — Depuis quelques décennies, les sociétés industrielles cessent de relever le défi de l'augmentation de la longévité humaine, ce qui conduit à un accroissement du nombre de patients édentés uni ou bi maxillaires, constituant un réel problème de santé publique. En effet, malgré la satisfaction initiale que la prothèse amovible mandibulaire peut procurer, celle-ci entraîne un véritable handicap pour les patients, avec nécessité pour les praticiens de maîtriser les différentes modalités de stabilisation de la prothèse amovible par des implants.

L'objectif de cette journée est d'aborder la globalité du traitement de stabilisation d'une prothèse complète mandibulaire par des implants, commençant par les techniques de la réalisation de prothèse complète mandibulaire par des implants, en passant par les différents types de systèmes d'attachement, et l'analyse pré-implantaire, jusqu'à la maintenance post-prothétique, en passant par toutes les étapes du traitement afin de les intégrer dans la pratique quotidienne du cabinet d'omnipraticien.

Des séances *hands-on* permettront aux praticiens de manipuler des modèles métalliques et de prendre des empreintes sur des modèles de démonstration.

A la fin de cette journée, les participants seront capables de réaliser eux-mêmes une prothèse amovible stabilisée par des implants.



Ramin



Barbieux



Pascale Bohyn



Sibel Cetik

| Une technique de cette activité | |
|---------------------------------|--|
| Quand ? | Choix entre les samedis 13 octobre ou 17 novembre 2012 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30) |
| Où ? | BÂTIMENT F CAMPUS ÉRASME, 808 route de Lennik 1070 Bruxelles |
| Disponibilité ? | 20 places par date (attribuées par ordre de réception du règlement) |
| Accréditation ? | OUI : accordée - 40 dom 7 |
| Agrément ? | OUI : 6 heures |
| Combien ? | Montant de base tout compris : 375,- EUR |
| | Avec 2 activités FC au moment de l'inscription : 275,- EUR Paiement reçu après le 1/10 ou 5/11 (selon date choisie) : +50,- EUR |
| S'inscrire ! | Bulletin d'inscription en avant-dernière page |



**DPI vous offre
un moteur
Endo Silver Reciproc**



**Vous souhaitez utiliser le nouveau système Reciproc pour la préparation canalaire mécanisée avec 1 instrument mais vous n'êtes pas encore équipé !
Nous avons la solution**



A l'achat de :

- 1 moteur Reciproc Silver
- 30 recharges d'instrument Reciproc (21, 25 et 31 mm) (R25, R40 et R50)
6 instruments par blister stérile
- 1 système Kit (21 ou 25 mm)
Contenant :
 - 6 instruments R25
 - 3 instruments R40
 - 3 instruments R50
 - 1 assortiment pointe papier stérile
 - 1 assortiment gutta percha
- 5 recharges de limes de cathéterisme C-Pilot
Disponible en 17, 21 et 25 mm en Ø 06, 08, 10 et 12
- 2 supports Interim Stand

Nous rachetons votre contre-angle ou moteur endo usagé pour la somme de 1250€ HT

Package : 2589€
Moteur Reciproc : 1250€
Reprise : -1250€

2589€ HT
→ **soit 33% de remise**



DPI - Dental Promotion & Innovation
Boulevard Industriel, 101 - 1070 Anderlecht
T : 02 558 17 00 - F : 02 558 17 10



**Attention : plus que 12 places
au moment de boucler**

Les peer-reviews du COD

Le complément zen pour votre accréditation

Le COD est l'inventeur des peer-reviews sans perte de temps : deux sessions qui se suivent, le même jour. Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 85,- EUR seulement. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux deux sessions, location, présentation et animation des séances, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et bien entendu, aucune cotisation pour y avoir accès... Seule condition pour bénéficier de ce prix attractif : suivre aussi un minimum de formation continue au COD ! Et dans le cas contraire, vous êtes évidemment bien accueilli !

Référez-vous au **formulaire d'inscription en avant-dernière page** pour connaître **les horaires et les lieux de rendez-vous**. Adresses précises et plans d'accès sont, comme toujours, disponibles en ligne sur www.cod.be.

Bienvenue dans la grande famille de nos peer-reviews ! Près de la moitié des praticiens francophones accrédités nous font déjà confiance !

Nos thèmes 2012

« Et vous, vous souriez pour la photo ? »

Modérateur : Pierre Gobbe-Maudoux



En ce siècle de l'image, chaque praticien doit pouvoir documenter ses cas par ses propres photos. Ce peer-review sera l'occasion d'échanger nos expériences dans le domaine.

Ensemble, nous passerons en revue les principes généraux de la photographie, le matériel le mieux adapté à la spécificité de la photographie buccale et des exemples cliniques bien précis.

« Histoires de responsabilité civile professionnelle »

Modérateur : Thierry Vannuffel



Généralement, les dentistes assurent leur RCP et croient que tout est ainsi réglé. Mais la vraie vie est différente : les cas de plaintes de patients se multiplient et peuvent réserver quelques... surprises.

Sur base de cas réels d'expertises, nous dresserons un inventaire des grands classiques de la RCP en dentisterie, et en déduirons ensemble quelques principes de précaution pour l'exercice quotidien.

Ça se passe aussi près de chez vous

Intéressant. Vous disposez d'un club local ou d'un groupe de peer-reviews dans votre région ? Vous souhaiteriez inviter le COD pour animer vos sessions ? C'est possible ! Plusieurs régions ont profité de cette formule en test dans le passé. Vous aussi, bénéficiez désormais de nos peer-reviews en formule « clé sur porte », près de chez vous.

Pour toute information sur les modalités, écrivez-nous : info@cod.be



香港

Le congrès du centenaire

S'il faut en croire Wilson Mizner, "la vie est une dure lutte, et les 100 premières années en sont les plus pénibles". Dans ce cas, le congrès annuel de la FDI n'a plus rien à craindre pour l'avenir, car il vient de souffler sa centième bougie fin août.

Car, si c'est dès 1901 que la première édition vit le jour à Londres, les conflits mondiaux du 20^e siècle forcèrent deux interruptions de longue durée : de 1915 à 1920 tout d'abord, de 1940 à 1945 ensuite. • **Thierry VANUFFEL**

Ce centenaire annoncé fut conçu et accueilli dans l'esprit d'une force tranquille, se reposant sur des acquis solides et en évitant les tentations de fastes inutiles. Réparti sur quatre jours, l'événement a compté un total cumulé de plus de 10.000 entrées.

Deux plateaux géants, et de deux à cinq salles plus confinées pour des réunions thématiques, accueillant les congressistes, gratifiés en supplément d'une exposition de taille humaine mais très complète.

La programmation des congrès de la FDI repose toujours sur un alléchant trépied, lui donnant à la fois sa dimension internationale et son incomparable spécificité :

- des sessions cliniques à forte valeur ajoutée, immédiatement transposables à la pratique, confiées à des conférenciers de réputation mondiale
- des séances « découverte », s'intéressant à l'aspect local de l'événement, mettant en scène des conférenciers du crû sur des thématiques parfois étonnantes
- des forums, réunissant des panels d'experts, pour faire le point sur les grands

enjeux de Santé publique auxquels notre Profession est confrontée : ce dernier aspect donne l'unique opportunité au participant de prendre de la hauteur, et de mettre son propre exercice en perspective des défis à l'échelle planétaire

C'est pourquoi on ne revient jamais tout à fait le même d'un congrès de la FDI. En guise de partage, vous pourrez lire dans les pages qui suivent quelques abstracts de ces sessions scientifiques.

Pour quoi l'Asie ?

Tout d'abord programmé à Genève, à quelques encablures de la Tour de Cointrin où la FDI a installé ses bureaux, le congrès mondial 2012 a finalement migré vers les côtes de la Mer de Chine Méridionale, à Hong Kong, là où un premier événement de la sorte s'était tenu avec succès en 1995. Mais à cette époque, c'est l'Union Jack qui flottait encore sur la petite enclave capitaliste.

Personne n'a oublié que, la nuit du 1er juillet 1997, par une atmosphère torride et orageuse, ces petits territoires hautement stratégiques et symboliques retournèrent à la Chine, après 156 an- ➤

La baie de Victoria Harbour offre à l'ancien « Port des parfums » de l'Empire britannique un décor qui convient parfaitement à une ville internationale de congrès.



Congrès de la FDI Hong Kong

29/08 - 1/09/2012

>> nées de domination britannique. Une fois passée la crainte du changement, cette réunification teintée de nationalisme s'est vite révélée être un atout considérable pour la vie économique hong kongaise, dans une métropole aux deux visages, métissée entre Asie et Occident.

C'est pourquoi aujourd'hui, des quartiers populaires de Kowloon aux bars pour expats de Wanchai, jusqu'aux galeries de Central ou à l'abri anti-typhon d'Aberdeen, on peut croiser sans étonnement un chef étoilé Michelin ou un calligraphe traditionnel sur sa chaise de plastique, le tout dans une ambiance urbaine chaude et humide où il est de bon ton de marcher vite.

Dotée d'une population de quelque 7 millions d'habitants, la métropole peut désormais se prévaloir d'un produit intérieur brut supérieur à celui du Portugal, ou encore du Danemark. Sa Bourse a récemment rejoint le club des dix plus importantes places financières au monde, en termes de capitalisation — un comble pour une région qui partage son destin avec le dernier grand empire communiste... mais communiste pour combien de temps encore ? En corollaire de cet afflux de capitaux, Hong Kong offre le plein emploi et se révèle un paradis de la consommation... sans la moindre TVA ! En dépit d'une exigüité certaine de leurs logements, les autochtones y entassent à l'envi les fruits des plus récentes avancées technologiques et les produits de luxe européens.

Hong Kong, c'est aussi une destination touristique de premier plan, aussi bien pour les affaires que pour la villégiature : les infrastructures y sont de top niveau, avec notamment une offre hôtelière de 62.300 chambres, et de nouveaux investissements sont en cours afin de rendre l'environnement un peu moins bétonné et plus en phase avec la verdure tropicale qui règne sur la plupart des îles au large. Rien d'étonnant donc à découvrir une ville de congrès confortable et rôdée aux méga-événements. Les Autorités locales ont bien compris tout le potentiel économique de ce secteur, allant même jusqu'à créer un fonds doté de centaines de millions de dollars hong kongais (des dizaines de millions d'euros), destiné à cofinancer les événements d'envergure mondiale qui souhaiteraient y déposer leurs valises. Un avantage qui n'est peut-être pas étranger au choix 2012 de la FDI... ♦



Hong Kong Convention and Exhibition Centre

Le HKCEC est de ces centres de congrès aux espaces surdimensionnés, à la lumière verticale, où il fait bon déambuler, ou s'arrêter pour s'imprégner de la vue panoramique sur le port et son enchevêtrement de ferries.

Inauguré dès 1988 sur les quais sud de Victoria Harbour, il put s'adapter au cours du temps et des événements, et subit une première phase d'extension entre 1994 et 1997, lorsque la jetée, qui fait actuellement son cachet, fut aménagée au détriment de la mer et couverte d'une toiture ondulante pour simuler l'aile d'un albatros. Une seconde extension, moins spectaculaire, entre 2006 et 2009, porta la surface totale des plateaux opérationnels louables à quelque 92.000 mètres carrés... presque 10 hectares !

Ses deux salles de congrès offrent 6.100 sièges, et sont accompagnées de 6 halls d'exposition, 2 théâtres, 52 salles de réunion, 7 restaurants, un business center et un parking de 1.300 voitures et 50 autocars. Ce n'est d'ailleurs qu'une infime partie de ce complexe qui fut occupée par la FDI.

L'atout principal du HKCEC réside dans sa localisation centrale à North Wanchai, à côté d'un important hub de transport en commun, et reliée à d'innombrables hôtels alentour par un réseau de passerelles piétonnières hors-sol permettant d'éviter le trafic routier. ♦



SESSION SCIENTIFIQUE

La reminéralisation, ou le traitement non invasif des caries débutantes



Eric Reynolds (Melbourne, Australie)

La reminéralisation est un sujet à la mode, mais il faut préciser d'emblée que cette thématique ne s'applique qu'aux lésions non cavitaires de l'émail ; il est donc hors de question de reminéraliser des caries de dentine.

Toutefois, le champ d'application peut être large, car des études récentes montrent une recrudescence de la carie chez l'enfant, ce qui semble directement lié à l'augmentation de la consommation de boissons en bouteilles. En effet, ces boissons contiennent généralement des sucres, d'une part, et même s'il s'agit d'eau, celle-ci n'est presque jamais fluorée, d'autre part.

En parallèle, le vieillissement de la population est responsable de nouvelles formes de caries gérodontologiques.

Le modèle pathogénique carieux a néanmoins peu évolué, encore que l'importance de la flore bactérienne ait pris un peu plus de poids (contrairement au modèle parodontopathique, ndlr). On reconnaît aujourd'hui que les commensaux ont un rôle protecteur, et on parle de transformation du biofilm vers une flore pathogène, avec notamment le développement du bien connu *Streptococcus mutans*.

Des évidences montrent qu'il ne faut que 20 minutes à une flore pathogène pour produire de l'acide : le pH descend à une valeur 5, parfois même proche de 4, avant que les bactéries ne se tuent elles-mêmes par cette production. L'acidification est la plus importante en présence de saccharose, fructose, maltose et glucose (sous pH 5).

Le tampon salivaire ne peut intervenir qu'avec un effet retard ; la stratégie prophylactique demeure donc la diminution de la fréquence d'alimentation, afin de donner à la salive de larges fenêtres d'activité. L'action de cette dernière regroupe quatre natures complémentaires :

- nettoyage, hydratation et lubrification
- neutralisation acide/base
- apport de calcium et de phosphate
- propriétés anti-bactériennes

La perte salivaire se révèle donc pathogénique : gériatrie, xérostomie, effets indésirables de certains médicaments et/ou modes de vie...

Le *white spot* constitue quant à lui une lésion sui generis, débutante et à l'équilibre précaire, sur surface lisse. Sa détection rapide est essentielle, suivie d'une intervention non invasive.

Mais comment fonctionne un traitement de reminéralisation ?

L'émail sain doit être considéré comme une apatite carbonatée, c'est-à-dire déficiente en phosphate, et où, de plus, une partie du calcium est remplacée par du sodium. Le rapport calcium/phosphore y est d'environ 1,62 — ce qui en fait une apatite « normale » également présente dans la dentine et l'os.

En début de lésion carieuse, un trou central se creuse dans le prisme cristallin d'apatite carbonatée, en forme de beignet américain (*donut*). Un traitement de reminéralisation consiste à remplacer l'apatite carbonatée partiellement dissoute par une apatite riche en phosphore, en calcium et en fluor (fluoroapatite).

Beaucoup d'études ont prouvé l'efficacité des dentifrices et bains de bouche fluorés. Pourtant, depuis 2006, on sait que la formation réelle de fluoroapatite est assez limitée au départ des dentifrices usuels, du fait de la faible teneur des fluides *in vivo* en phosphate et calcium. D'où l'idée d'apporter ces compléments en même temps que le fluor. Mais comment ?

Des études animales ont montré le rôle anticariogène du lait, du lait concentré, du lait en poudre et du fromage ; d'autres études ont pu y identifier les composants anticariogènes suivants : la caséine, le calcium et le phosphate. Des produits ont donc été développés à base de ces trois composants, dont Recaldent® fut le pionnier. Ils associent le fluorure et des nanocomplexes de CPP-ACP (phosphopeptides de caséine et phosphate de calcium amorphe). Depuis 1997, cette formulation a été soutenue par plus de 100 publications.

Un vecteur intéressant semble être le chewing-gum, comme le suggère une étude prospective récente sur 2.720 patients durant 2 ans : la reminéralisation obtenue est significativement plus importante dans la fenêtre des 5 à 7 premières minutes, probablement grâce à l'effet additionnel de la stimulation salivaire. On y observe 53% de régressions des lésions en plus que sur la population contrôlée, et 20% en moins de progressions de lésions.

D'autres études se sont consacrées au type de minéral déposé, et ont conclu qu'il s'agit bien de fluoroapatite, avec une teneur élevée en fluor. Aucune porosité n'a été observée dans les zones de néoformation de la structure cristalline.



En pratique clinique...

Pour toutes ces raisons, la reminéralisation devrait intégrer tout cabinet d'omnipratique. De nombreux produits sont aujourd'hui disponibles : Oravive®, Booster®, Densshield®, Denclude®, Age-defying®, Apagard Premio®, NuCare®, Dr Collins®, Denclude®...

Attention toutefois, ils ne sont pas tous équivalents. Si, par exemple, ToothMousse® et MI Paste Plus® sont soutenus par des études, 3M Espe Clinpro® n'a pas montré une efficacité supérieure à celle d'un placebo.

Après application au cabinet, il convient de ni cracher ni rincer. Il est totalement sécurisé d'avaler le produit si nécessaire.

Les indications sont excellentes en orthodontie, dans les cas de *white spots* autour des brackets : la détection devrait en être opérée dès quatre semaines après collage. Les lésions actives sont faciles à déceler, car elles changent d'aspect lors du séchage.

Les autres indications classiques englobent les sensibilités dentinaires et l'évaluation individuelle d'un risque carieux élevé. Dans ce dernier cas, l'utilisation de CPP-ACP complète une fluoruration locale à 5.000 ppm. ♦



SESSION SCIENTIFIQUE

Traitement des lésions endodontiques : comment améliorer l'efficacité ?



Jean-Yves Cochet
(Paris, France)

Garder les bactéries à l'esprit

La clé de la guérison en endodontie repose sur l'élimination des bactéries et la prévention de la recontamination. L'unique but de l'instrumentation est donc la lutte contre les germes, mais on sait que l'on n'atteint moins de 40% de l'objectif avec les instruments seuls. Si on y ajoute une irrigation au NaOCl, on peut briguer près de 60%, mais pas davantage.

L'intérêt de l'irrigation repose en réalité sur deux concepts complémentaires :

- un rôle antibactérien le plus large possible, mais on sait qu'il existe des résistants à NaOCl — et même à Ca(OH)₂ (Enterococcus faecalis) dont la dernière indication demeure l'impossibilité de sécher les canaux
- mais aussi l'élimination de la boue dentinaire, ce que ne peut faire NaOCl seul

Dans ces conditions, quel agent chimique convient-il d'utiliser ?

Torabinejad (Loma Linda) propose le MTAD™ (Bio-Pure™, Dentsply), un mélange de doxycycline, d'acide citrique, et d'un détergent le Tween 80. Le protocole impose l'utilisation de NaOCl dilué à 1,3% durant 20 minutes, suivi de 5 minutes d'exposition au MTAD™. À noter que la doxycycline est utilisée uniquement pour sa capacité de liaison à la dentine. L'étude de Torabinejad montre que ce procédé détruit E. faecalis, mieux qu'avec l'association NaOCl et EDTA. Un léger inconvénient technique réside dans le fait que le Bio-Pure™ doit être préparé extemporanément.

Haapasalo (Vancouver) propose quant à lui le QMix™ (Dentsply), composé d'EDTA, de chlorhexidine, d'un détergent et d'eau. Des études ont montré que cette solution tue E. faecalis et ôte la boue dentinaire. De nombreux avantages en font aujourd'hui le produit de choix indiqué pour une irrigation de 60 à 90 secondes en fin de protocole : il présente deux actions en un seul temps, sans odeur ni coloration, semble moins détruire la struc-

ture collagène de la dentine canalaire, et est prêt à l'usage et peu onéreux.

Actuellement, se procurer ces produits peut hélas se révéler difficile en Europe.

Usage rationnel de la tomodontométrie

La prescription d'un scan est parfois considérée comme excessive en endodontie. Pourtant, la clinique montre que, dans bien des situations, ce type d'imagerie permet de prendre de meilleures décisions, ce qui se traduit aussi par un bénéfice en termes économiques.

Voici trois indications où le scan se révèle décisif :

- Montrer que la chirurgie est contre-indiquée : d'autant plus important si l'on prend en compte le taux de guérison toujours meilleur par voie coronaire lorsque c'est possible
- Prouver que la conservation de la dent est une option de meilleur pronostic que la planification d'un implant
- Valider des signes précoces de guérison, invisibles en radiologie 2D, permettant d'anticiper les plans de traitement prothétiques

Évolution des instruments

Les instruments sont dans une nouvelle phase d'évolution avec l'arrivée sur le marché du Recipro™, du Wave One™ et du Vortex™. Toutefois, il ne faut jamais oublier que l'essentiel n'est ni la manière de travailler de l'instrument, ni sa taille, mais bien l'importance de la conicité apicale en fin de procédure : elle doit atteindre au minimum 6%.

Quelques points à retenir :

- Certains nouveaux instruments provoquent une diminution de la longueur de travail en cours de traitement, ce qui nécessite une rectification avant obturation
- Les appareillages complémentaires de l'irrigation se révèlent efficaces surtout pour désinfecter l'isthme impossible à préparer mécaniquement
- Le M-Wire™ est un nouvel alliage NiTi plus élastique : Kuttler (Fort Lauderdale) a démontré un accroissement du nombre de cycles nécessaires avant fracture
- Le Vortex™ (Ben Johnson, Tulsa) est en fait un Profile™ équipé de M-Wire™ et de quelques ajustements de forme — le Vortex™ Blue propose une modification thermodynamique complémentaire ♦



Créez l'æ-motion avec G-æ-nial de GC

Le composite universel pour des restaurations esthétiques invisibles en technique mono teinte ou multi teintes.

Système innovant de sélection de teinte en fonction de l'âge.



Avec G-aenial, renforcez votre talent esthétique et créez des restaurations invisibles naturelles grâce au système de teinte simplifié. Le choix de la teinte émail dépend de l'âge de votre patient :

- JE - Email Junior pour les plus jeunes
- AE - Email Adult pour les adultes
- SE - Email Senior pour les personnes âgées

Sélectionner les bonnes teintes n'a jamais été aussi simple !

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

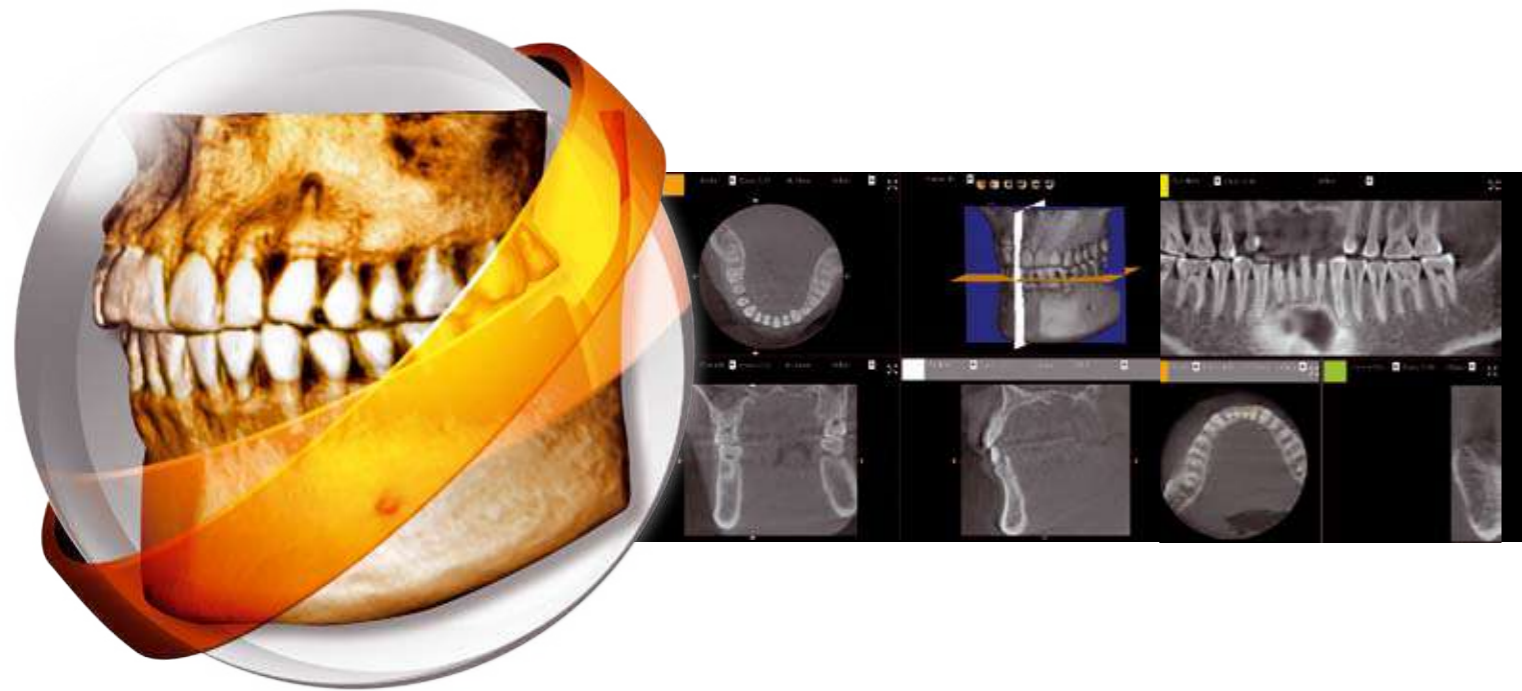
GC BENELUX B.V.
Tel. +31.30.630.85.00
info@benelux.gceurope.com
http://benelux.gceurope.com

GC FRANCE s.a.s.
Tel. +33.1.49.80.37.91
info@france.gceurope.com
http://france.gceurope.com

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



Une nouvelle **DIMENSION** ajoutée à votre panoramique



IDENTITE INSTRUMENTS - www.identite.fr

I-MAX TOUCH 3D Panoramique évolutif 3 en 1

L'évolution naturelle de votre panoramique I-Max Touch, c'est l'acquisition de l'intégralité de la dentition en un seul volume 3D (9 x 8 cm) pour un champ d'examen étendu : idéal pour la simulation en implantologie.

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



SESSION SCIENTIFIQUE

Maladies parodontales : étiologie, pathogénie, diagnostic et traitement revisités



Pierre Baehni
(Genève, Suisse)



Dana Graves
(Philadelphie, USA)



Mark Bartold
(Adelaïde, Australie)

Classification

La dernière classification en date des maladies parodontales est celle de l'American Academy of Periodontology en 1999. Il y est question de parodontite agressive, parodontite chronique, parodontite en relation avec un problème systémique et parodontite nécrosante.

Néanmoins, les classifications n'ont jamais fait l'unanimité. Elles sont importantes en matière de recherche, mais n'ont guère de pertinence clinique.

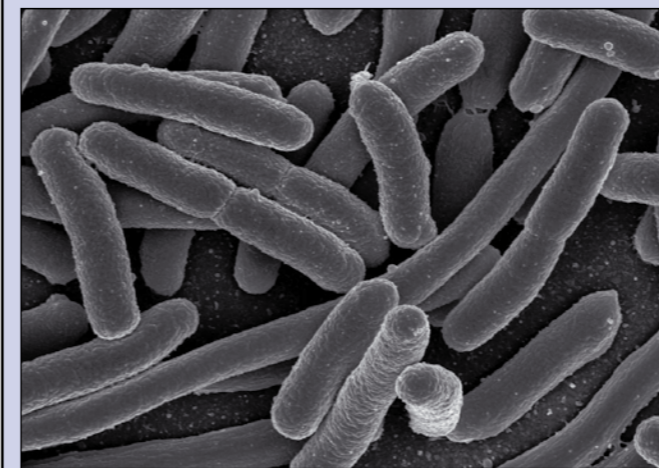
Les maladies parodontales sont toutefois un problème de Santé publique à prévalence élevée. Une enquête de santé menée aux États-Unis de 1999 à 2004 a révélé que 48% de la population âgée de plus de 30 ans souffraient d'une forme de parodontopathie.

déterminants : salive et biofilm en premier lieu.

Diagnostic

Un diagnostic est défini comme « la reconnaissance et la détermination d'une maladie ou d'un état par l'étude des signes et des symptômes ». Il faut admettre qu'en matière de parodontologie, peu de dossiers de patients mentionnent un diagnostic clair issu d'un processus comme le suggère cette définition.

Le schéma classique est de procéder à un *screening*, menant à un traitement actif, puis à une réévaluation, et enfin à une maintenance. Sans doute faudrait-il évoluer vers une démarche où le but est avant tout d'établir la liste des problèmes et de confronter celle-ci avec les attentes du patient. Par exemple : ce dernier s'engage-t-il à une observance stricte ? Sur base de cette confrontation, des objectifs thérapeutiques peuvent être établis, ce qui permet de déterminer les moyens individualisés d'y parvenir, avant de mettre en œuvre le traitement...



On connaît bien aujourd'hui la succession de phases dans la pathogénie des maladies parodontales :

Pathogénie

On connaît bien aujourd'hui la succession de phases dans la pathogénie des maladies parodontales :

Facteurs de risque individuels

Un consensus existe pour affirmer que chaque patient doit être considéré dans sa globalité : genre, âge, niveau d'éducation, statut social, comportement, style de vie, addictions, stress, génétique, santé générale... peuvent influencer sur le développement des maladies parodontales, dont on peut dire qu'elles partagent des facteurs de risque communs avec des pathologies générales comme le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires...

Bien entendu, des facteurs locaux restent

- colonisation bactérienne
- pénétration tissulaire des bactéries ou de leurs produits
- réponse inflammatoire de l'hôte
- perte d'attache
- processus de réparation permettant de limiter le phénomène

L'évolution du concept bactériologique a subi des sursauts considérables au cours des années. De 1930 à la fin des années 80, le modèle de la plaque non spécifique

régnait en maître : seul le défaut d'hygiène était considéré comme étiopathogénique. Ensuite, face à diverses incohérences cliniques, le modèle de la plaque spécifique s'est imposé jusqu'au début du 21^e siècle. Trop simple, il a encore évolué vers le concept de biofilm, modèle récent issu des techniques d'identification précise des bactéries et de leurs interactions. Dès ce moment, la question centrale est devenue : y a-t-il ou non des pathogènes dans la plaque ?

Rôle central de l'inflammation

Mais le modèle actuel a encore évolué. Dans un cadre multifactoriel où les bactéries sont nécessaires mais pas suffisantes, on considère désormais que la cause véritable des maladies parodontales est la réponse inadéquate de l'hôte à l'infection, avec des dommages collatéraux au niveau des tissus de soutien.

Toute la recherche actuelle est orientée sur ce modèle inflammatoire et immunitaire, afin d'identifier des causes spécifiques aux parodontopathies et déterminer des voies thérapeutiques de type pharmacologique. Les cytokines (par exemple l'interleukine-1 β) sont connues de longue date pour avoir un rôle délétère sur le tissu conjonctif en cas d'emballlement de la réaction inflammatoire. Un autre exemple de médiateurs, particulièrement ciblé aujourd'hui par la recherche, est le RANKL, une molécule produite par les lymphocytes et qui stimule les ostéoclastes (*receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand*, encore appelé *TNF-related activation-induced cytokine*).

Cette évolution de concept est compatible avec des études très récentes montrant que l'amélioration drastique de l'hygiène dans certaines populations réduit certes l'incidence des gingivites, mais pas significativement celle des maladies parodontales.

Plus osé encore, un modèle récent d'évaluation du risque parodontal (Lay et Torretti) ne tient plus aucun compte de la présence de biofilm ! Ce concept est compatible avec l'idée que, dans un corps hu-



>> main, seules 10% des cellules sont... humaines, le reste étant composé d'autres espèces pouvant varier de commensales à pathogènes.

La question se pose donc de savoir si ce ne sont pas les maladies parodontales, une fois installées, qui créent l'environnement plus favorable aux espèces pathogènes qu'aux commensales ?

Pharmacologie

En attendant le développement éventuel d'un anti-inflammatoire ou d'un agent immunosuppresseur spécifique aux parodontopathies, deux approches pharmacologiques se révèlent déjà intéressantes :

- les acides gras oméga-3, éventuellement associés à de faibles doses d'acide acétylsalicylique

• l'azithromycine, pour laquelle nous disposons d'évidence de son rôle anti-inflammatoire en sus de son action antibiotique, à raison de 500 mg/jour durant 3 jours

Mais est-il indiqué de prescrire ces médicaments d'office ? Probablement pas, en raison des effets systémiques indésirables. ♦

Exposition mondiale

Une carrière de dentiste n'est pas entièrement accomplie si l'on n'a pas, une fois dans sa vie, participé à une exposition asiatique. Les opportunités sont nombreuses, à Hong Kong, Pékin, Shanghai, Singapour...

Leur intérêt spécifique vient de la juxtaposition quasi aléatoire, dans une sorte de chassé-croisé brutal, des marques occidentales d'une part, qui nous sont bien connues et visent la formidable croissance des marchés émergents, et des productions locales d'autre part — où le meilleur peut côtoyer le pire —, qui tentent d'exporter vers le monde. ♦



SESSION SCIENTIFIQUE

Forum « Le tabagisme, la santé buccale et le dentiste »



Judith McKay (Hong Kong, SAR Chine)



Newell Johnson (Brisbane, Australie)



Habib Benzian (Londres, UK)



Homer Tso (Hong Kong, SAR Chine)



• Plus grave, les dentistes se révèlent très peu impliqués dans la question du sevrage de leurs patients : moins de 5% sont actifs dans ce domaine. Or, les odontologistes constituent une profession de choix dans ce cadre, en raison de leur proximité avec les patients et aussi en vertu de leur rôle modèle. Des études ont ainsi démontré que les dentistes peuvent être aussi efficaces que les médecins dans le cadre de la motivation au sevrage.

Les associations nationales dentaires devraient donc développer une position de leadership anti-tabac et faire connaître cette politique directement au grand public ; elles devraient tout autant apporter un soutien logistique aux membres de la profession dentaire, et jouer d'influence pour que des honoraires soient prévus pour le dentiste impliqué dans le sevrage tabagique. Hélas, tout ceci n'est que trop rare.

C'est pourquoi les associations anti-tabac ne s'allient plus seulement aujourd'hui avec les organisations professionnelles médicales et dentaires, mais aussi directement avec les gouvernements. De nombreux obstacles se dressent toutefois aussi sur la route d'une synergie efficace entre ONG et gouvernements :

- Le lobbying de l'industrie du tabac
- Les revendications libertaires ("Je fume car c'est mon droit")
- L'effet de dilution face à d'autres maladies ou événements
- Le peu d'attente de la population en termes de prévention et l'attention maxi-

male focalisée sur les progrès de la thérapeutique

- La considération du tabagisme comme une question individuelle et non sociétale (Santé publique)
- Un retour fiscal intéressant à court terme pour les États, et donc une mauvaise estimation des coûts réels pour la société
- Un financement déficient de la recherche en matière de sevrage

Il existe ainsi une convention-cadre de l'OMS (Framework Convention on Tobacco Control) que certains pays refusent de signer pour des raisons politiques : USA, Philippines...

Ce protocole est basé sur six politiques symbolisées par l'acronyme MPOWER :

- Monitor : surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protect : protéger la population contre la fumée du tabac (lois d'interdiction dans les restaurants...)
- Offer : offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Warn : mettre en garde contre les dangers du tabagisme (avertissements sur les paquets et diverses ressources d'informations à destination du grand public)
- Enforce : faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et du sponsoring de l'industrie (attention aux nouveaux médias sociaux déjà infiltrés, notamment Twitter)
- Raise : augmenter les taxes sur le tabac >>

On peut parler du tabagisme en termes épidémiques. En Asie par exemple, la prévalence du tabagisme est très élevée, pour les deux sexes, y compris pour des modes de consommation « sans fumée ». Les détails sur ce fléau sont mis à jour sur :

www.tobaccoatlas.org.

Il existe toutefois des raisons d'espérer, et Hong Kong en fait partie. En effet, on y assiste à une diminution spectaculaire de la prévalence tabagique, passant de 39,7% en 1982 à 19,9% en 2010 chez les hommes, et de 23,3% à 11,1% chez les femmes.

Quelques faits inquiétants au niveau mondial :

- Les étudiants en professions de santé comptent parmi les plus grands fumeurs.
- La consommation personnelle des dentistes a été évaluée par plus de 40 études. Il en ressort une incidence de tabagie s'étalant entre 18 et 45% ! L'Italie et le Brésil semblent les plus touchés, ainsi que la gent masculine. Pourtant, plus des trois quarts des praticiens déclarent vouloir cesser de fumer.

>> **Santé buccale et lutte contre le tabac**

Il existe depuis longtemps des évidences du lien entre tabagisme et cancer, surtout du poumon. On sait que l'effet est dose-dépendant et qu'il dépend aussi de l'âge du début de l'addiction. En ce qui concerne les cancers buccaux, le tabagisme est la cause dans plus de 80% des cas chez l'homme et plus de 40% chez la femme.

Du point de vue parodontal, on peut synthétiser l'effet du tabagisme comme suit :

- effet masquant de la gingivite suite à une vasoconstriction
- il existe un seuil, au-delà duquel les conséquences sont explosives

- le risque global est multiplié par 5
- le patient confond systématiquement l'effet du tabagisme avec l'âge

- en cas de sevrage, les bénéfices ne surviennent qu'après plusieurs années

Par ailleurs, le risque d'implantite est 2 à 4 fois plus élevé. Les études longitudinales manquent toutefois, surtout sur l'effet du sevrage dans le temps.

En ce qui concerne la cariologie, nous manquons de littérature de qualité. On peut cependant affirmer que l'effet du tabagisme est masqué par l'altération du régime et que les conséquences cariologiques dépendent de l'effet sur les maladies

parodontales, notamment l'apparition de caries radiculaires.

Enfin, du point de vue des effets carcinologiques, les données sont très différentes pour les cancers buccaux et les cancers oro-pharyngés.

Toutes les formes de tabagies n'ont par ailleurs pas les mêmes effets ; il existe des formes plus toxiques auxquelles on ne pense par toujours en Occident : gutkha, pan parag ou bidies (Inde), toombak (Soudan)... Quant au tabac à priser (connu sous le nom de *moist snuff* et en recrudescence en Scandinavie en tant que substitut nicotinique), il existe trop peu de données sur sa toxicité réelle. ♦



www.fdi2013istanbul.org

Destination Istanbul...

Après une valse hésitation sud-coréenne, le prochain congrès de la FDI sera stambouliote, du 29 août au 1er septembre 2013, sous l'égide de la Turkish Dental Association.

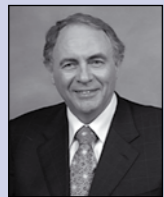
Cette association nationale a rejoint la FDI en 1988, et fait œuvre de beaucoup de dynamisme depuis lors, organisant des réunions de Commissions de la FDI et plusieurs congrès de dimension continentale, et envoyant des représentants jusqu'au Conseil de la FDI.

En allusion au Bosphore, le congrès 2013 aura pour thématique : « *Bridging Continents for Global Oral Health* ». Tout un programme... et une destination un peu moins exotique et surtout plus accessible pour le praticien belge. À bon entendre ! ♦



SESSION SCIENTIFIQUE

Cancers buccaux : le défi mondial se poursuit !



Newell Johnson
(Brisbane, Australie)



Cun-Yu Wang
(Los Angeles, USA)

Les tendances actuellement observées en matière de cancers buccaux sont à la fois étonnantes et alarmantes :

- L'incidence augmente, particulièrement dans le tiers-monde où la population explose et où un diagnostic précoce est tout simplement impossible. Par exemple, les cancers buccaux représentent le néo numéro 1 au Sri Lanka.
- La variation géographique est importante. Jusqu'en 1980, la France était le pays le plus touché, relayé depuis lors par la Grèce. Cette évolution met sans doute en lumière un problème de distinction entre les cancers buccaux et le cancer oro-pharyngé, qui semblent bien représenter deux entités pathologiques différentes, à tout le moins sur le plan épidémiologique.
- Le risque est plus important chez l'homme que chez la femme : il est usuel de relier ce constat au mode de vie. Toutefois, il existe désormais un groupe épidémiologique jeune n'ayant reçu aucune exposition aux facteurs de risques traditionnels.

- Le taux de mortalité ne montre aucun signe d'amélioration !

Que nous dit la littérature ?

- Avec une prévalence globale de 2,6%, les cancers buccaux représentent le 6^e cancer au monde
- 5% sont des carcinomes *in situ*
- Les dysplasies se répartissent équitablement entre 1/3 de cas sévères, 1/3 de cas modérés et 1/3 de cas légers
- Si 20% des dysplasies évoluent effectivement vers un stade malin, 80% des cancers buccaux apparaissent sans dysplasie préalable !
- Il existe des preuves que c'est le processus inflammatoire de défense qui induit la transformation néoplasique

Facteurs de risque

On peut classer les facteurs de risque en cinq catégories :

1. La prédisposition génétique

On a pu mettre en évidence des défauts génétiques dans les processus de réparation de l'ADN. Il existe une énorme recherche sur ce sujet, qui pourrait à terme révolutionner, en l'individualisant, l'approche prophylactique.

2. Le tabagisme

Il existe depuis 1956 des évidences scientifiques certaines de ce facteur de risque, lié à la présence de carcinogènes, notamment les nitrosamines, en haute concentration, dans les produits réactifs de la nicotine. L'exposition peut être (très) indirecte, par exemple via des poussières présentes dans des locaux où du tabac a été consommé, ou qui transitent par les vêtements des fumeurs.

3. L'alcoolisme

L'alcool augmente la perméabilité de la muqueuse buccale aux carcinogènes : il



a donc un rôle facilitant. Les effets sont importants au delà de 14% vol. et si le temps d'exposition est élevé. L'alcoolisme chronique multiplie donc le risque induit par le tabagisme, essentiellement dans la forme buccale, moins dans la forme pharyngée.

4. Le déséquilibre du régime

Les végétariens montrent une incidence nettement moindre.

On connaît le rôle protecteur des fruits et légumes, notamment les carottes et les tomates. La consommation d'œufs serait également en liaison avec une baisse du risque.

5. Les infections buccales

Aucun lien étiologique n'est établi entre parodontopathies et cancers buccaux, pas plus qu'entre hygiène buccale et cancers buccaux. Pourtant, l'infection locale peut agir comme promoteur.

En infectiologie, on désigne ainsi le papillomavirus comme facteur de risque.

Sur la centaine de types de papillomavirus connus, environ 30 sont impliqués dans les pathologies de la muqueuse buccale. Or depuis 1997, le mécanisme oncogénique est parfaitement documenté pour la muqueuse du col utérin.

Se pose donc la question du vaccin, largement diffusé auprès des jeunes filles pour les formes HPV 16 et HPV 18. Il ne serait pas difficile techniquement d'ajouter d'autres formes aux vaccins existants.

Diagnostic

Traditionnellement, le diagnostic est fortuit et basé sur l'examen personnel du patient, complété par l'examen de confirmation du dentiste.

Il existe diverses aides au diagnostic visuel, notamment le bleu de toluidine et la chémoluminescence (Visi-Light®, MicroLux™/DL, Orasoptic™ Diagnostic Kit...) mais l'utilité clinique de ces systè-

mes n'est pas véritablement soutenue par des preuves scientifiques.

D'ailleurs, à ce jour, il n'existe pas d'évidence que la détection fortuite visuelle réduit efficacement l'incidence. C'est pourquoi les grands espoirs actuels de perspectives diagnostiques sont ailleurs :

- les anticorps spécifiques dans le sérum
- les marqueurs biologiques dans la salive

Traitement

Les données épidémiologiques montrent que la chirurgie demeure le traitement donnant le meilleur taux de survie. Mais parfois on observe aussi une survie élevée en l'absence de tout traitement... alors pour quoi traiter ? Il est clair qu'une douleur importante est associée aux cancers buccaux, aussi bien physique que psychologique. Le suicide n'est pas rare.

L'espoir actuel repose sur les biothérapies, qui représentent le chemin à suivre, bien qu'il soit très difficile, dans la mesure où il est nécessaire d'appréhender le modèle biologique individuellement, en ce compris l'influence de la génétique et les mécanismes de métastases.

Il nous reste aussi à comprendre pourquoi certaines cellules cancéreuses se révèlent résistantes à la chimiothérapie. ♦

«La similitude
de GrandioSO avec
la dent m'a
convaincu !»

Dr. H. Gräber

Profitez des
offres actuelles!*

PLUS PROCHE DE LA DENT

L'addition des caractéristiques physiques fait de Grandio®SO le matériau de restauration le plus proche de la dent au monde.** Cela signifie pour l'utilisateur des restaurations durables et fiables et, avant tout, des patients contents.

- Utilisation en antéro-postérieur pour les exigences les plus élevées
- Opacité naturelle pour un résultat similaire à la dent avec une seule teinte
- Teintier intelligent avec de nouvelles teintes ^{VOCO}A3.25 et ^{VOCO}A5
- Consistance souple, forte résistance à la lumière ambiante, polissage à reflets facile

* Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.fr

** Commandez notre information scientifique.

GrandioSO



Le pied-dans-la-porte ... ou comment obtenir de nos patients un consentement éclairé « progressif »

La Loi du 22/08/2002 (M.B. 26/09/2002) relative aux droits du patient consacre sans conteste le consentement éclairé comme pierre angulaire de la relation soignant-soigné.

Dans leur exercice, les praticiens reposent le plus souvent leur démarche clinique, pour l'obtention de ce consentement éclairé, sur la communication consciente : explica-

tions, arguments et autres raisonnements logiques. Cette procédure ne peut être esquivée, mais, seule, elle peut se révéler insuffisante à verrouiller un plein consentement pour la thérapeutique de choix, voire une observance durable de prescription. C'est pourquoi il est pertinent d'y adjoindre une technique de psychologie de l'engagement.

• **Thierry VANUFFEL**

L'article 8 §1 de la Loi du 22/08/2002 stipule que le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. L'alinéa suivant détaille ensuite les informations que le praticien doit obligatoirement fournir : l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires, les risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles, les répercussions financières, les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement. Aucun doute : il s'agit bien là de communication consciente à laquelle il serait illégal de se soustraire.

Mais les effets de cette procédure brutale et formatée peuvent s'avérer délétères. D'autant que le texte légal précise encore que le patient a le droit de refuser ou de retirer à tout moment son

consentement pour une intervention : un consentement refusé pour une thérapeutique de choix, ou même retiré alors que le traitement est entamé, voici ce que les professionnels souhaitent le moins rencontrer, avant tout dans l'intérêt même du patient !

Heureusement, la psychologie de l'engagement vient au secours du praticien. Il s'agit en fait d'adjoindre une communication vers l'inconscient à la communication consciente et légale. Comment ? En sachant se montrer progressif, en « préparant le terrain », avant l'annonce de la thérapeutique impliquant le consentement.

Expérimentations

Freedman et Fraser ont été les premiers, dès 1966, à étudier cette « préparation de terrain », c'est-à-dire l'effet potentiel

d'un acte préparatoire, sur le comportement des gens (J. Freedman & S. Fraser, *Compliance without pressure: the foot-in-the-door technique*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 1966, 195-202). L'hypothèse de base était d'étudier si oui ou non, et dans quelle mesure, faire tout d'abord accepter par les sujets de l'expérimentation une requête aux allures anodines, permettait de les engager dans un processus les menant ensuite à accepter une seconde requête, celle réellement visée, beaucoup plus « coûteuse » (pas nécessairement en termes financiers).

Dans un premier test, les auteurs demandaient à des ménagères américaines, formant un groupe représentatif, si elles acceptaient, dans le cadre d'une étude de marché, qu'une équipe d'enquêteurs procède à un inventaire complet de leurs biens de consommation, au cours d'une visite domiciliaire. Ces >>>

» conditions contrôle étaient sans nul doute « coûteuses » : plusieurs heures de temps perdu, des inconnus fouillant dans les armoires, du désordre et de la casse potentielle... Aussi, comme on pouvait s'y attendre, 78% des ménagères sondées refusèrent de collaborer.

En parallèle, une condition expérimentale était testée sur un autre groupe représentatif : il s'agissait ici de procéder à un acte préparatoire anodin. On demandait aux ménagères américaines, par téléphone, de bien vouloir répondre à une brève enquête de consommation se limitant à 8 questions. La plupart acceptaient évidemment, vu l'absence de coût. Quelques jours plus tard, on demandait alors à celles-ci d'accepter la même visite domiciliaire que dans le groupe contrôle ; Freedman et Fraser observèrent alors une acceptation de la part de 53% des sujets, au lieu des 22% de la population contrôle. L'acte préparatoire avait joué son rôle.

Une autre expérimentation, visant à illustrer ce *piéd-dans-la-porte* ou *phénomène du premier pas*, mettait en place la même méthodologie, mais la requête visée concernait d'édification d'un gigantesque panneau publicitaire vanant la sécurité routière. Cette requête était très coûteuse, vu qu'elle défigurait la maison et masquait la vue : logiquement, seules 17% des ménagères acceptèrent dans le groupe contrôle.

La condition expérimentale, auprès d'un autre groupe, était de demander la réalisation d'un acte préparatoire sous la forme de l'apposition d'un autocollant de 20 centimètres carrés à la fenêtre, parlant lui aussi de sécurité routière. Quelques jours plus tard, la requête visant l'édification du panneau publicitaire était formulée : le taux d'acceptation de ce groupe fut de 76%...

Par la suite, de nombreux chercheurs approfondirent cette découverte de l'effet d'un acte préparatoire, pour mieux en préciser les contours et en développer le concept. On sait aujourd'hui, par exemple, que si un lien est établi entre l'acte préparatoire et la requête, l'effet du *piéd-dans-la-porte* est plus marqué. Toutefois, ce lien peut parfaitement être indirect. Ainsi, un sujet acceptant de surveiller quelques instants un caddie dans une file au supermarché (acte préparatoire non coûteux) peut se voir engagé dans une démarche qui lui est pourtant étrangère, comme aider longuement à ranger un étal effondré (requête très



Le phénomène du premier pas, ou *piéd-dans-la-porte* : une technique particulièrement pertinente et efficace entre *pédodontie*

coûteuse en temps). On sait aussi que le mobile fourni pour faire surveiller le caddie a son importance : plus il est futile, mieux le sujet sera préparé à accepter la requête qui lui est coûteuse ! On sait enfin que le délai entre l'acte préparatoire et la requête coûteuse peut revêtir une importance... Toutes ces variables sont désormais employées et évaluées au quotidien par les spécialistes du marketing.

Théorie

La théorie psychologique sous-jacente est complexe et fait appel à la notion de *dissonance cognitive* (Festinger, 1956).

Pour faire bref et imagé, un sujet qui accepte une demande peu coûteuse l'accepte justement parce qu'elle est peu coûteuse, voire impossible à refuser : il s'agit d'une décision rationnelle. Toutefois, ce faisant, il construit ou renforce l'image positive que son inconscient a de lui-même. Par exemple, il s'inscrit dans une démarche d'altruisme : *"Oui, moi, je suis de ceux qui font la promotion de la sécurité routière"*. Lorsque survient la requête coûteuse, un conflit s'installe dans les pensées de l'individu, entre la raison qui voudrait refuser, et l'inconscient qui voudrait accepter pour construire plus avant cette image positive de soi. Cette contradiction génère une tension désagréable, à laquelle le sujet peut échapper de diverses manières : dans le cas du *phénomène du premier pas*, il donne la victoire à son inconscient.

Limites

Deux limites sont à mentionner.

1. Les techniques de psychologie de l'engagement ne fonctionnent pas sur tous les sujets. Il faut éviter la tentation de la surinterprétation statistique, pouvoir reconnaître un cas qui ne donne pas de résultat et stopper l'application d'une technique. Souvent, la personnalité du sujet donnera une indication préalable — et nous aurons peut-être un jour l'occasion de parler de caractériorologie.

2. À l'inverse, certains sujets peuvent répondre trop bien, et s'inscrire dans une *escalade d'engagement*. Ce phénomène a, lui aussi, été parfaitement étudié et documenté. Il peut contribuer à expliquer l'addiction au jeu, par exemple : *"Encore une partie, je vais me refaire."* Dans d'autres situations, on parle de *piège abscons* : *"J'ai déjà attendu mon bus une heure, j'attendrai encore bien un quart d'heure, même si j'habite à 10 minutes à pied."*

Il convient pour un praticien de l'art de guérir usant de psychologie de l'engagement, d'éviter à son patient cet effet boule de neige incontrôlable, en ce qui concerne la consommation de soins de santé.

Vie courante

Nous rencontrons au quotidien le *phénomène du premier pas*, souvent de manière bien orchestrée.

Il faut rappeler la force d'engagement du « oui » : répondre par l'affirmative à une question anodine nous engage pour la suite. *"Madame, aimez-vous les animaux ?"* est un parfait acte préparatoire pour nous vendre une carte de soutien d'un prétendu organisme de sauvegarde des éléphants. Nous faire prendre en main un catalogue gratuit est aussi un acte préparatoire pour nous inciter à entrer dans le magasin d'en face. Donner si facilement l'heure qui nous est demandée, voilà qui nous engage à abandonner une piécette auprès du mendiant qui nous la réclame dans l'instant suivant.

Quant aux sondages express concernant nos assurances, ils n'ont d'autre but que de nous préparer à un changement de compagnie !

Le dentiste consommateur

Naturellement, le dentiste, en tant que force d'achat professionnelle dans un milieu où tout est onéreux, n'échappe pas au phénomène. Voici quelques applications du *piéd-dans-la-porte*, auxquelles nous sommes régulièrement soumis :

- le tube de dentifrice familial que l'on nous offre, pour nous engager à conseiller cette marque aux patients
- l'échantillon gracieux du dernier composé en date, que l'on reçoit accompagné du kit complet « sans engagement » de l'acquérir
- les travaux pratiques bon marché,

dans l'industrie ou chez le fournisseur, suivis d'une visite du délégué commercial avec une offre ciblée pour le matériel utilisé

• le caducée que l'on nous propose de coller sur notre pare-brise, pour nous engager à régler la prochaine cotisation usurière de l'association dentaire...

Il ne s'agit pas ici de crier haro sur ces techniques, qui peuvent contribuer efficacement à nous inciter au changement lorsque c'est nécessaire, mais bien d'attirer l'attention sur la continuelle vigilance dont il faut faire preuve en tant que consommateur.

Le dentiste thérapeute

Revenons au consentement éclairé qu'il faut obtenir de nos patients.

Nous l'avons vu au travers des expérimentations des psychologues sociaux : la technique du *premier pas* peut nous aider à améliorer notre taux d'acceptation des propositions thérapeutiques, et surtout, par un effet d'engagement, à inscrire dans la durée l'observance par les patients de leurs propres options. Il s'agit non pas de faire prendre des décisions qui ne sont pas voulues par le patient, mais bien de faire basculer les hésitations dans le camp de l'acceptation, ou encore de renforcer et pérenniser une décision favorable consciente, au moyen d'une technique tout en douceur menant à un consentement éclairé « progressif ». Par rapport à la technique abrupte de la communication à base d'arguments, il y a amélioration !

Mais comment exercer la traduction clinique du « *premier pas* » dans nos cabinets dentaires ? C'est souvent le patient qui va nous fournir l'indice majeur : le motif de sa première consultation. Le dentiste doit (lui aussi) apprendre à écouter le patient, et dès que possible donner une suite favorable à la demande initiale : cet acte technique souvent anodin, en comparaison d'un plan de traitement élaboré, constituera l'acte préparatoire que le patient pose, en se laissant soigner, et ouvrira la voie à un consentement éclairé plus large, et obtenu progressivement.

Prenons l'exemple d'un patient se présentant pour un « petit détartrage », expression fréquente qui peut d'ailleurs camoufler une demande non dite bien plus large. Si ce patient souffre manifestement d'une parodontopathie avan-

cée, la tentation du professionnel non formé en psychologie sera d'expliquer, avec moult arguments et force persuasion, l'inutilité d'un « petit détartrage » ; il s'évertuera à proposer d'emblée un diagnostic parodontal complet... ce qui lui sera souvent refusé. À l'opposé, un praticien averti acceptera de procéder à un léger polissage et à un nettoyage des colorations, dont le but n'est nullement de soigner le patient au moyen d'un acte médical soutenu par la Science, mais bien d'engager celui-ci de manière à obtenir ensuite un consentement pour aller plus avant dans la démarche thérapeutique.

Quelques autres exemples d'application de cette technique :

- en prothèse : procéder à une réparation d'une prothèse existante, avant de proposer une nouvelle réhabilitation globale
- en pédodontie : faire accepter d'abord à un nettoyage prophylactique, avant de se lancer dans des pulpotomies
- en esthétique : fixer un objectif simple au moyen d'un éclaircissement ambulatoire, avant de présenter un plan de traitement par facettes...

Forts de ces exemples, nous devons encore discerner la frontière entre l'intérêt certain du *piéd-dans-la-porte* en médecine dentaire, et les limitations que nous imposent la Science, notre expérience personnelle, et les besoins réels du patient.

Mais n'est-ce pas pour parvenir à cette vision claire par nous-mêmes, que nous sommes universitaires ? ♦

Dans le prochain numéro

La porte-au-nez

Apprenez comment augmenter « l'ambition thérapeutique » de vos patients

DISCLAIMER

Bien que les psychologues sociaux se réfèrent souvent au terme péjoratif de « manipulation » pour désigner les effets de leurs techniques, nous préférons, avec Robert Cialdini, parler d'« influence ».

Pour en savoir plus sur l'utilisation éthique de l'influence en médecine, reportez-vous au JOD n°58, p. 20.

GARDER LE SOURIRE



CONGRÈS ADF 2012

DU 27 NOVEMBRE AU 1^{er} DÉCEMBRE 2012
PALAIS DES CONGRÈS / PORTE MAILLOT

DU 28 NOVEMBRE AU 1^{er} DÉCEMBRE 2012
EXPOSITION INTERNATIONALE

WWW.ADF.ASSO.FR

ADF ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE comixdent

Travailler dans le confort, ça détend

18-19-20 OCT. 2012

DENTEX

palais 7 | stand 205



Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality propose 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.

PaX-i One Shot
vatech

Decouvrez au Dentex le nouveau
CBCT 3 en 1 Pax-i 3D 8*8 et 12*9

Contactez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.

Dental Quality - Chaussée de Mons 47 - 1400 Nivelles

T 067 844 284 - www.dentalquality.be

**Dental
Quality**

Nouveautés et promotions 2012

Dentex: stand 605

Pourquoi attendre pour se faire plaisir? Profitez déjà de nos promotions



CASTELLINI

New Skema 8
Just for you!

Castelbel

Tél.: 010 81 83 43
www.castelbel.be

INSCRIPTIONS

Formulaire à renvoyer complété au COD rue de l'Étang 151, 6042 Lodelinsart ou par fax : 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels : 04 73 41 51 67 ou info@cod.be

Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci.

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

FC4 • Toute l'ortho de l'omnipraticien-qui-ne-fait-pas-d'ortho (sa 10/11/2012) - Charleroi

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base..... | 1 X 195 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur ⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant ⁽²⁾ | 1 X 185 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : | X 95 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 29/10/2012..... | + 50 = | EUR |

FC5 • Cancers buccaux, aussi une affaire de dentistes (sa 15/12/2012) - Bruxelles

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Base..... | 1 X 195 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Conjoint/collaborateur ⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant ⁽²⁾ | 1 X 185 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : | X 95 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 3/12/2012..... | + 50 = | EUR |

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

⁽²⁾ Année du diplôme et université (2009 et plus tard) :

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

EC • La PAC mandibulaire stabilisée sur implants (sa 13/10/2012 ou 17/11/2012) - Bruxelles

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012..... | 1 X 275 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2012..... | 1 X 375 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 1/10/2012 (EC1) ou 5/11/2012 (EC2)..... | + 50 = | EUR |
- Mon choix de date est : **COMPLÉTÉ** 7/2012 **COMPLÉTÉ** 7/2012

PR • Deux sessions consécutives de PR 2012

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2012..... | 1 X 85 = | EUR |
| <input type="checkbox"/> Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2012..... | 1 X 185 = | EUR |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je 25/10 Wavre Castelbel | <input type="checkbox"/> Sa 8/12 Bruxelles Lamoral |
| <input type="checkbox"/> COMPLÉTÉ | <input type="checkbox"/> COMPLÉTÉ |
| <input type="checkbox"/> COMPLÉTÉ | <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45 ⚠ |

Total général de ce formulaire = EUR

Par mon inscription et/ou mon paiement, je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire page 43 JOD 55 et sur www.cod.be).

- Je verse ce jour le total général de ce formulaire 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 total général de ce formulaire

N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :
 Date : Signature :



CLEARFIL™ DC CORE PLUS

POUR UN DEPART FULGURANT...

Le nouveau CLEARFIL™ DC CORE PLUS possède de nombreux atouts. Le matériau se travaille facilement tout en nécessitant peu de force. Après application il reste bien en place lors du modelage du moignon. Sa résistance et son élasticité sont adaptées aux forces auxquelles la structure du moignon est confrontée. De plus, son temps de travail est long, de sorte qu'il n'est plus nécessaire de changer entre-temps de compule mélangeuse.

CLEARFIL™ DC CORE PLUS présente, en tant que matériau de reconstitution, encore un autre avantage: il s'utilise de manière optimale en conjonction avec CLEARFIL™ S³ BOND PLUS. En effet, il permet à cet adhésif d'également durcir à des endroits inacces-

sibles à la lumière. Cette approche unique à deux étapes est garante d'une adhésion fiable basée sur la technologie CLEARFIL™ éprouvée.

Bref, avec CLEARFIL™ DC CORE PLUS, vous prendrez sous peu un départ fulgurant pour une parfaite reconstitution de moignon.



CLEARFIL™ DC CORE PLUS: LA MEILLEURE RECONSTITUTION AVEC LE MOINS DE COMPOSANTS

kuraray

Kuraray Dental Benelux B.V.

BE: Tél.: +32 (0)475 819 258, info@kuraraydental.be, www.kuraraydental.be

NL: Boîte postale 299, 1970 AG IJmuiden, Pays-Bas, Tél.: +31 (0)255 523 701, info@kuraraydental.nl, www.kuraraydental.nl