

JOD

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

Esthétique **antérieure** *tolérance zéro*

À L’AFFICHE

Charleroi • Samedi 25 avril 2015

40 UA • 6 heures FC

 David Gerdolle

PROCHAINEMENT



Invitation VIP Kuraray Noritake Party

Hall 11.3 / Stand D010

IDS
2015

„Votre sourire
change le monde.“

Proverbe japonais

Kuraray Noritake Dental Inc.
Creating Perfection

Rien de tel qu'un peu de détente au terme d'une journée chargée au salon, remplie de nouvelles impressions et informations sur le développement de produits de haute technologie. C'est avec plaisir que nous vous invitons à notre VIP Party à l'hôtel Hyatt Regency de Cologne. Venez y déguster avec nous des mets traditionnels japonais accompagnés de boissons typiques tandis que vous assistez à un court spectacle suivi de musique.

Nous espérons vous y voir !

Date: Mercredi 11 mars 2015
Heure: 18 h 30
Lieu: Hyatt Regency Köln,
Kennedy-Ufer 2a, 50679 Cologne
www.cologne.regency.hyatt.de
À 10 minutes de marche à peine de l'IDS



Inscrivez-vous dès maintenant à la VIP Party de Kuraray Noritake !
(au plus tard le 20 février) Réagissez rapidement, le nombre de places disponibles est limité. Veuillez compléter ce formulaire numérique et le renvoyer par e-mail à l'adresse info@kuraraydental.nl.

- Oui, je serai présent à la VIP Party de Kuraray Noritake le mercredi 11 mars
 J'ai malheureusement un empêchement et ne serai pas présent à la VIP Party de Kuraray Noritake

Si vous vous êtes inscrit par e-mail à notre VIP Party, vous recevrez votre bracelet VIP lors de votre visite à notre stand au salon IDS.

Kuraray Dental Benelux, Boîte Postale, 1970 AG IJMUIDEN Pays-Bas

Belgique
Téléfoon +32 (0) 475 81 92 58
E-mail info@kuraraydental.be
Website www.kuraraydental.be

Entreprise	

Nom	Prénom
_____	_____
Invité 1	

Invité 2	

Rue	

Code postal	Ville
_____	_____
Pays	

Téléphone	

E-mail	

JOD

Mars - Avril 2015 • n° 74



5 • Programme 2015

10 • Clinique

Restaurations adhésives esthétiques
des dents antérieures

18 • À 4 mains

Comment gérer un patient incivil ?

23 • Dent'hist

Quand les dentistes se paraient de bleu
ou de gris

26 • Reportage

Le JOD à l'ADF

30 • Annonces

31 • Inscriptions

Téléchargez ce JOD pour le lire sur tablette ou smartphone



Pour nous contacter
et pour recevoir gratuitement le JOD :
Rue du Moulin Blanc 28 - B 7130 Binche
Fax 064/36.68.29
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 39 EUR/an
Monde : 75 EUR/an

Website : www.cod.be

Infos publicité : press@cod.be

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 :

Thierry Vannuffel

Rue du Moulin Blanc 28 - B 7130 Binche

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright : COD asbl, 2015
Reproduction interdite sauf accord
Infographie : Thierry Vannuffel

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

Le voyage de la réussite

Récemment, un Confrère m'interrogeait sur l'ampleur de la fierté que la réussite du COD peut inspirer. Ne boudons pas notre plaisir : réussite objective il y a ! Jamais, en 15 saisons, les inscriptions n'ont été aussi vite enregistrées que cette année. Les nouveaux formats et thèmes rencontrent un succès phénoménal, avec de nombreuses séances complètes dès les premières semaines. De plus, la progression fulgurante du nombre de cotisants laisse augurer que, très vite, nous formerons, tous ensemble, l'association dentaire francophone la plus représentative du pays. Merci à tous de permettre ces résultats d'exception !

Cependant, la réussite est d'un autre ordre que la simple constatation de faits et de chiffres, aussi flamboyants soient ces derniers. La réussite est plutôt l'accomplissement d'un processus, où les spécialistes du management dégagent cinq clés :

- La passion : la réussite, c'est s'assurer que l'on est à la juste place dans son job, c'est *entretenir la passion plutôt qu'attendre la pension*
- La concentration : la réussite, c'est se focaliser sur le travail à accomplir, en accord avec ses valeurs profondes, *ne pas se laisser déranger* par tout ce qui va mal dans le monde et auquel on ne peut rien changer
- La valeur ajoutée : la réussite, c'est offrir toujours plus, parvenir à se démarquer de ses prétendus semblables, se demander (comme Milka) *"En quoi suis-je une vache violette parmi les autres vaches ?"*
- La formation continue : la réussite, c'est semer pour récolter, c'est investir en soi-même pour conjurer le statu quo, c'est maintenir *cette longueur d'avance qui fait notre brio*
- L'action : la réussite, c'est se montrer capable de changement, c'est sortir de son train-train anesthésiant, c'est *supporter quelques temps l'insupportable* jusqu'à ce qu'il devienne confortable, pour jouer dans une division supérieure et briger le championnat

Si tout ce qui précède constitue à la fois les outils et les indicateurs de la réussite, alors aucun doute : le COD est une réussite.

Mais ce n'est pas suffisant ! Pour valoriser cette réussite, il faut la maintenir en mouvement, pouvoir se remettre en question. Tout le temps. Une réussite sans nouveaux objectifs serait comme un oiseau sans aile : bien inutile !

En somme, la réussite n'est pas la destination. La réussite, c'est le voyage !

Le COD vous invite à partager ce voyage. ♦

Hyperion X5
vous facilite la vie.

NOUVEAU
Présentation
officielle à l'IDS

Juste ce qu'il vous faut.

- Fixation murale
- Esthétique
- Facilité de nettoyage
- Encombrement minimal

www.castelbel.be

info@castelbel.be 010/818 343

FC1



Esthétique antérieure
tolérance zéro
Charleroi • Samedi 25 avril

FC2



Orthoposturodentie
Namur • Vendredi 12 juin

FC3



Petite chirurgie buccale
Techniques & astuces
du spécialiste
Bruxelles • Samedi 3 octobre

FC4



**Nouveaux concepts
en paro**
Namur • Jeudi 12 novembre

FC5



**Implantologie
&
omnipratique**
Charleroi • Samedi 19 décembre

TP



**Travaux Pratiques
Révolutionnez
vos anesthésies !**
Charleroi • Jeudi 15 octobre

EC



**Hypnose
médicale**
au cabinet dentaire
Mo **COMPLET** re
Liège • Jeudi 10 décembre

RX



**Radioprotection
& radiophysique**
Mo **COMPLET** l
Diegem • Vendredi 9 octobre
Liège • Jeudi 3 décembre

PR



Peer-reviews
Nombreuses possibilités

FC1

FORMATION - CONFÉRENCE 1
CHARLEROI • SAMEDI 25 AVRIL 2015

Esthétique ^{À L'AFFICHE} antérieure tolérance zéro

David Gerdolle


FC2


FORMATION - CONFÉRENCE 2
NAMUR • VENDREDI 12 JUIN 2015

Orthoposturodontie ^{PROCHAINEMENT}

• OCCLUSION • POSTURE • OSTÉOPATHIE

Michel Clauzade

Fiche technique de cette activité	
Organisateur  COD asbl Agréé par l'INAMI sous le n°125	Quand ? Samedi 25 avril 2015, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ? CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)
	Disponibilité ? 320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ? OUI : demandée - 20 dom 4 + 20 dom 7
	Agrément ? 6 heures
	Repas ? Compris: petit déj. - pauses-café - lunch dînatoire - desserts
	Parking ? Gratuit, sur place (disponibilité limitée)
	Tarifs ? Montant de base pour adhérents tout compris : 180,- EUR Nombreuses réductions possibles : voir bulletin d'inscription
	S'inscrire ! Bulletin d'inscription en avant-dernière page

Fiche technique de cette activité	
Organisateur  COD asbl Agréé par l'INAMI sous le n°125	Quand ? Vendredi 12 juin 2015, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ? ACINAPOLIS • Rue de la Gare Fleurie 16 • 5100 Namur (Jambes)
	Disponibilité ? 400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ? OUI : demandée - 30 dom 1 + 10 dom 7
	Agrément ? 6 heures
	Repas ? Compris: petit déj. - pauses-café - lunch dînatoire - desserts
	Parking ? Gratuit, sur place (disponibilité limitée)
	Tarifs ? Montant de base pour adhérents tout compris : 180,- EUR Nombreuses réductions possibles : voir bulletin d'inscription
	S'inscrire ! Bulletin d'inscription en avant-dernière page



SÉMINAIRES RX

RX1 • MONS • JEUDI 30 AVRIL 2015
 RX2 • DIEGEM • VENDREDI 9 OCTOBRE 2015
 RX3 • LIÈGE • JEUDI 3 DÉCEMBRE 2015

Radioprotection & radiophysique

Avec certificat pour l'AFCN (validité : 5 ans)

Fiche technique de ces activités

 Organisateur COD asbl Agréé par l'INAMI sous le n°125		Quand ?	Jeudi 30 avril 2015, 9h00 - 12h30 ou 14h00 - 17h30
		Où ?	HÔTEL MERLON • Rue des Fusillés 12 • 7020 Mons (Nimy) COMPLET
		Quand ?	Vendredi 9 octobre 2015, 9h00 - 12h30 ou 14h00 - 17h30
		Où ?	NOVOTEL BRUSSELS AIRPORT • Da Vincilaan 25 • 1831 Diegem
		Quand ?	Jeudi 3 décembre 2015, 9h00 - 12h30 ou 14h00 - 17h30
		Où ?	HÔTEL CAMPANILE • Rue Jean-Baptiste Juppín 17-18 • 4000 Liège
	Disponibilité ?	25 places par session (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : demandée - 20 dom 3	
	Agrément ?	3 heures	
	Repas ?	Compris : pause-café	
Parking ?	Gratuit, sur place (disponibilité limitée)		
Tarifs ?	Montant de base pour adhérents tout compris : 220,- EUR Nombreuses réductions possibles : voir bulletin d'inscription		
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		



ENTRETIENS CLINIQUES

EC1 • MONS • JEUDI 8 OCTOBRE 2015
 EC2 • LIÈGE • JEUDI 10 DÉCEMBRE 2015

PROCHAINEMENT

Hypnose médicale au cabinet dentaire

Bernard Delzangles

Fiche technique de ces activités

 Organisateur COD asbl Agréé par l'INAMI sous le n°125		Quand ?	Jeudi 8 octobre 2015, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
		Où ?	HÔTEL MERLON • Rue des Fusillés 12 • 7020 Mons (Nimy) COMPLET
		Quand ?	Jeudi 10 décembre 2015, 9h00 - 17h00
		Où ?	HÔTEL CAMPANILE • Rue Jean-Baptiste Juppín 17-18 • 4000 Liège
	Disponibilité ?	25 places par session (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : demandée - 20 dom 1 + 20 dom 2	
	Agrément ?	6 heures	
	Repas ?	Compris : pauses-café - lunch chaud multi-services	
	Parking ?	Gratuit, sur place (disponibilité limitée)	
	Tarifs ?	Montant de base pour adhérents tout compris : 320,- EUR Nombreuses réductions possibles : voir bulletin d'inscription	
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		



Restaurations adhésives esthétiques des dents antérieures



Retrouvez cet article
au sein de cet ouvrage,
disponible sur :
www.editionsmdp.fr

Peu d'études évaluent le succès à moyen et long termes des restaurations antérieures. Les seules disponibles sont des études rétrospectives ou des comparatifs de matériaux à court terme qui donnent des informations limitées sur les critères de succès les plus significatifs.

Dans les évaluations cliniques, les critères d'observation internationaux concernant l'intégration esthétique sont la forme anatomique, les colorations marginales, la couleur de la masse, l'état de surface, la répartition des translucen-

dités, la tolérance parodontale, le confort et la satisfaction du patient.

En général, **il est reconnu que la qualité initiale de la restauration influence le succès à long terme** (c'est-à-dire l'obtention des scores les plus hauts pour les critères d'évaluation et leur maintien dans le temps) (Kim et al., 2013).

• Marie-Violaine BERTERETCHE, Franck DECUP

La L'évolution des techniques et les propositions de procédures cliniques ont le plus souvent été décrites par des rapports de cas réalisés par des experts. Ces descriptions servent de modèles et semblent donner des résultats satisfaisants même si leur fondement relève du bon sens clinique et pas encore de la preuve scientifique.

Pendant la procédure clinique, quatre paramètres conditionnent chronologiquement la réussite de l'intégration d'une restauration antérieure :

- la situation des limites de la préparation ;
- la restitution des paramètres de la couleur ;
- la reproduction des formes anatomiques ;
- la qualité de la finition de la surface et des joints de la restauration.

En fonction de l'atteinte des tissus et du niveau de destruction de l'anatomie, ces paramètres influenceront plus ou moins le résultat esthétique.

Trois situations classiquement rencontrées en clinique vont être décrites pour illustrer les procédures de réalisation des restaurations adhésives antérieures.

1. Faible atteinte tissulaire : approche par minicavité

Dans le secteur antérieur, cette situation correspond au traitement d'interception des lésions carieuses débutantes du site proximal, atteignant au plus le tiers médian de la dentine mais préservant encore l'émail vestibulaire. La démarche principale consiste à conserver absolument cet émail par une préparation à minima. L'accès à la lésion se fait par voie linguale avec des instruments de faible diamètre (fraises et inserts ultrasonores) et des aides optiques (Decup et Lasfargues, 2014). Le curetage du tissu dentinaire atteint est complet pour éliminer toute source de coloration interne qui pourrait rester visible par transparence. Seule la paroi pulpaire est traitée avec prudence pour limiter le risque d'effraction iatrogène. Les contours de la préparation restent en deçà des limites de visibilité. Même si la paroi de l'émail vestibulaire persistant est fine, il est préférable de la conserver pour préserver l'intégrité visuelle de cette surface exposée. L'obturation de ce type de cavité est simple et rapide.

Fig.1. Vue vestibulaire.
Lésions carieuses proximales visibles par transparence, en proximal sur 11.



Fig.2. Accès cavitaire par abord lingual, élimination de l'émail carié en périphérie, nettoyage et finitions des limites de la cavité à l'aide d'un insert ultrasonore diamanté héli-travaillant.



Fig.3. L'obturation adhésive est réalisée avec un adhésif M&R2 et un mono-incrément de composite teinte « dentine ».



Fig.4. La restauration est invisible et le restera dans le temps puisque le matériau et son bord n'émergent pas sur la face vestibulaire.



Un adhésif M&R2 infiltre efficacement l'émail non soutenu. Un composite monoteinte « dentine », s'accordant avec la dent, assure le besoin en saturation nécessaire derrière l'émail conservé. En général, un ou deux incréments permettent le comblement en respectant les règles de limitation des contraintes de polymérisation. Les finitions ont pour objectif d'éli-

miner tous les excès et de donner une surface lisse, confortable pour la langue, dans la partie linguale. Elles sont réalisées à l'aide de strips diamantés papier (Epitex de GC, Kerr, 3M), d'instruments manuels du type Micro Sickle ou mini-CK6, et de fraises diamantées à grain fin.

Le polissage est réalisé à l'aide de pointes de silicone diamantées (Fig.1 à 4). >>>



Paramètres de succès pour le traitement des faibles atteintes tissulaires :

- accès lingual ;
- préservation tissulaire (surtout émail vestibulaire) ;
- limite de préparation dans des zones non visibles.

2. Atteinte tissulaire modérée (cavité de classe III) : anticiper le vieillissement

Les restaurations des lésions antérieures moyennes qui atteignent l'émail vestibulaire révèlent une difficulté dans le contrôle de l'intégration optique pérenne du joint des contours cavitaires. En effet, les lignes de transition lumineuse, déterminées par l'anatomie primaire (transition entre les différentes faces) et secondaire (macrorelief), créent des reflets naturels auxquels le regard est habitué. Une rupture dans la continuité de ces reliefs devient une source de visibilité mettant en évidence les défauts. Cet aspect optique ne fera qu'augmenter avec le temps, par le ternissement du matériau et la coloration marginale due au vieillissement inévitable de la restauration en composite. Si la situation et la forme des joints s'éloignent trop des formes des reliefs naturels, ils seront une source d'échec esthétique évidente (Guerrieri et Decup, 2009 ; Guerrieri et al., 2012).

Les lignes de transition lumineuse, habituellement observées sur les dents antérieures, sont verticales ou horizontales, droites ou curvilignes, mais jamais obliques ou en demicercle (Fig.5). La transition optique entre la résine composite et la dent sera moins remarquable, surtout lorsque le matériau aura perdu une partie de sa brillance, si les joints s'accordent avec les lignes de transition lumineuse (Fig.6 et 7). Une finition de la préparation cavitaire peut être aménagée en ce sens. Sans augmenter du tout la profondeur cavitaire, le contour de la cavité peut être harmonisé, par l'intermédiaire du biseau amélaire, en suivant autant que possible les lignes du macrorelief anatomique.

Ici, une stratification simplifiée, en bicouche, est généralement suffisante (Khun et Colon, 2003 ; Blank, 2003). Mais dès que la cavité est transcoronaire

Fig.5. En blanc, lignes de transition lumineuse de la dent naturelle. En rouge, forme des joints des contours cavitaires à risque de vieillissement prématurément visible.



Fig.6. Plus forte visibilité des joints de ces restaurations en demicercle sur 11 et 21...



Fig.7 ... par rapport à la meilleure intégration des contours verticalisés selon les lignes de transition lumineuse sur les restaurations de ces deux dents (11 et 21).



(vestibulo-linguale), la lumière traverse le matériau. L'excès de translucidité qui donnerait un aspect optique grisé à la restauration constitue un écueil fréquent dans ces situations. L'utilisation d'une masse « émail » trop importante est à éviter. C'est la masse « dentine » qui doit être prédominante pour obtenir une réflexion suffisante de la lumière et rendre une luminosité dans la continuité de celle de la dent. Afin de reproduire les effets naturels translucides du bord proximal, une fine couche « émail » est utilisée sur une épaisseur limitée à 0,5 mm pour abaisser la luminosité à cet endroit uniquement.

La dégradation du joint étant une des caractéristiques d'évaluation les plus visibles, un soin particulier doit être apporté à sa finition pour éviter les excès qui deviendraient rapidement des zo-

nes de coloration inesthétique. À l'aide d'une fraise diamantée bague rouge, de disques abrasifs ou d'une pointe de bistouri, on cherche à obtenir un aplanissement du matériau jusqu'à une parfaite mise en continuité des surfaces entre la dent et la restauration (Fig.8 à 12).

Paramètres de succès pour le traitement des atteintes tissulaires modérées de classe III :

- tracé des limites de préparation selon les lignes de transition lumineuse ;
- stratification avec prédominance de la masse de composite « dentine » pour obtenir une luminosité suffisante ;
- finition des joints de la restauration.



Fig.8. Vue préopératoire. Des composites infiltrés en distal de 11 et 21 et en mésial de 22 sont visibles.



Fig.9. Vue préopératoire. Composite infiltré en distal de 11.



Fig.10. Après dépose de la restauration, curetage et finitions des marges. Noter la position des limites, au niveau des lignes de réflexion lumineuse horizontales et verticales.



Fig.11. Matricage à l'aide d'une matrice celluloïde, d'un coin en plastique et de résine souple photopolymérisable (Telio Inlay, Ivoclar).



Fig.12. Vue finale.

3. Atteinte tissulaire importante et du bord libre : recopier la dent naturelle

Dans cette situation, la reproduction du rendu chromatique et des effets optiques prend une importance majeure.

Deux étapes sont essentielles :

- analyser la cartographie chromatique de la dent à traiter et observer les dents adjacentes ;
- restituer ces paramètres de l'intégration optique (forme, teinte, translucidité) avec une stratification contrôlée de matériau composite.

La cartographie chromatique suit des règles d'observation dont on retiendra, comme éléments clés, que :

- la fidélité de la restitution des formes anatomiques est plus importante que l'exactitude de la teinte ;
- la teinte de base est définie par la dentine. L'émail règle la luminosité de la dent. La reproduction des répartitions de la translucidité (épaisseur d'émail) est plus importante que la couleur elle-même (Vanini et Mangani, 2001) ;
- les variations de saturation sont obtenues autant par celles de l'épaisseur du matériau composite que par le choix d'une teinte plus ou moins foncée (Devoto et al., 2010) ;
- l'anatomie interne de la dentine dans le tiers occlusal (forme des mamelons) ainsi que la répartition des zones d'opalescence déterminent l'aspect le plus visible de la dent antérieure ;
- plus la dent est caractérisée, plus l'intégration pourra être réussie, à condition de respecter la continuité des effets.

Le contrôle de la reproduction de la forme de la dent est le paramètre d'intégration visuelle principal. Cela est vrai du point de vue de l'harmonie anatomique propre et au sein de l'arcade, mais aussi pour la particularité des effets lumineux que le relief procure à la surface de la dent. Les anatomies secondaire et tertiaire représentent respectivement les macroreliefs et l'état de surface qui seront recopiés lors des finitions et du

>> polissage. L'anatomie primaire définit la forme générale de la dent. Pour les fortes pertes de substance, afin de mieux contrôler les difficultés, il est préférable de réaliser un « modèle de forme » de façon anticipé. On travaillera à partir d'un wax-up (réalisé au laboratoire) ou d'un mock-up (réalisé en bouche avec un composite, sans procédure adhésive) pour obtenir la forme générale souhaitée. Cette « maquette » doit reproduire les épaisseurs, les bombés proximaux ainsi que la forme des embrasures et elle doit tenir compte de l'occlusion. Par moulage, il en est tiré une clé en silicone qui sera découpée dans le sens frontal pour disposer d'une préforme de soutien lingual s'étendant jusqu'au bord libre. Une deuxième clé en silicone, découpée dans le sens sagittal, permet d'obtenir une jauge d'épaisseur, essentielle pour contrôler la répartition des masses de composite lors de la stratification (Dietschi, 2008).

Lors de la préparation, pour ces fortes pertes de substance, on optera pour des bords cavitaires réguliers, placés dans la continuité des reliefs. Un biseau assez large et suffisamment profond est préférable pour assurer un collage de qualité et une bonne transition optique entre le matériau et la dent. Pour la restauration, les concepts de stratification en trois couches sont les plus répandus et donnent d'excellents résultats (Dietschi, 2001 ; Magne et Holz, 1996).

Il existe une façon simple et précise de sélectionner la teinte des matériaux : une masse « dentine » est choisie par comparaison en déposant un incrément sur le tiers cervical de la dent. L'utilisation d'un filtre polarisé (polar_eyes™, Emulation) permet le choix le plus juste de cette teinte de base (Kim et al., 2012). La teinte de la masse « émail » est ensuite choisie en fonction de l'âge et de l'aspect de la dent. Lors de la stratification, la masse « émail » est utilisée pour construire un « mur palatin ». La masse « dentine » est ensuite répartie en épaisseur variable selon l'analyse initiale (d'un volume important en cervical, l'épaisseur diminue en direction du bord libre). Dans le tiers occlusal, les mamelons sont fidèlement reproduits et l'épaisseur laissée pour la masse « émail » est contrôlée avec la clé. Des caractérisations peuvent être ajoutées en profondeur pour renforcer les effets d'opalescence. La masse « émail » est ajoutée ensuite en surface vestibulaire et la forme est reproduite selon la continuité de la dent, les épais-

seurs nécessaires et la forme des dents collatérales (Magne et So, 2008). Plus la restauration est étendue, plus sa surface influencera le rendu optique de l'ensemble. Le temps consacré à cette étape est souvent sous-estimé et insuffisant. Il suffit pourtant de respecter un protocole et de rationaliser le matériel nécessaire pour optimiser le résultat.

Les étapes successives consistent d'abord en la finition de la forme globale, du contour proximal ainsi que des embrasures cervicales et vestibulaires. Puis l'aplanissement du joint dent-restauration est réalisé. Ensuite, les concavités et convexités du macrorelief sont créées en continuité de l'existant ou par comparaison aux dents adjacentes. Le polissage consiste ensuite à réduire les rugosités de surface, puis la caractérisation de la texture est obtenue en créant des microreliefs (fraise bague rouge),

généralement transverses, pour reproduire des microstructures en continuité avec la surface naturelle. Au final, un brillantage est obtenu avec une brosette et une pâte abrasive pour améliorer les effets de réflexion lumineuse sans éliminer ceux des microreliefs (Fig. 13 à 25).

Paramètres de succès pour le traitement des atteintes tissulaires importantes et du bord libre :

- analyse de la cartographie chromatique ;
- stratification composite anatomique et reproduction de la forme et du relief ;
- finition et reproduction de l'état de surface. ♦

© Editions Cdp, 2015.
Avec l'aimable autorisation des auteurs.

Fig.13. Situation initiale : un patient consulte pour une doléance esthétique par rapport à la teinte et à l'état de surface de sa restauration composite sur 21.



Fig.14. Vue intra-buccale.



Fig.15. Choix de la teinte à l'aide d'une photographie en lumière polarisée croisée.



Fig.16. Mise en place du champ opératoire, réalisation, découpe et vérification du repositionnement effectif de la clé palatine.



Fig.17. Dépose de l'ancienne restauration et réalisation d'un chanfrein vestibulaire.

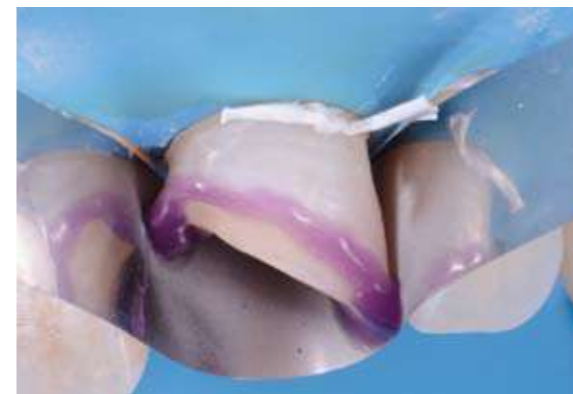


Fig.18. Sablage, mordantage sélectif amélaire pendant 20 secondes. Du gel de mordantage est ensuite déposé sur la surface dentinaire pendant 20 secondes avant d'être rincé abondamment. La bande de matrice métallique a pour but de protéger les dents collatérales pendant tout le protocole d'adhésion.



Fig.19. Montage du mur palatin en teinte « émail ».



Fig.20. Après stratification des deux teintes « dentine » et montage de la dernière couche vestibulaire en composite « émail », la macrogéographie et la microgéographie sont mises en évidence à l'aide d'une poudre argentée (Majesthetik Texturpuder, Picodent).



Fig.21. Après réalisation de l'état de surface et polissage.



Fig.22. Après réalisation de l'état de surface et polissage.



Fig.23. Vue finale.

Fig.24. Exemple de kit de polissage : fraises diamantées bague rouge, bague jaune et sans bague ; fraise multilame (éventuellement) ; disques souples abrasifs dans les trois granulométries ; strips abrasifs de deux granulométries différentes et décroissantes ; pointe et disque en silicone ; brosette avec pâte abrasive.



Fig.25. Vue finale.



Le ciment appartient au passé – une solution postérieure intégrale

Nobel Biocare présente plusieurs innovations qui se distinguent individuellement par leur qualité et dont leur association permet de les renforcer. Notre solution intégrale vous permet de surmonter les défis cliniques en zone postérieure.

Grandes alvéoles d'extraction, accès et élimination des excès de ciment difficiles, forces occlusales importantes. Voici certains défis auxquels font face les cliniciens lors de la restauration d'une dent postérieure. Notre solution intégrale permet un accès optimal en zone postérieure, ce qui simplifie le traitement. Optez pour les nouveaux implants larges (5,5 mm), également conçus pour la Fonction Immédiate. Placez ensuite une couronne implanto-portée monolithique avec un pertuis de vis angulé et obtenez un résultat final 100% sans ciment!

100% sans ciment

Évitez les risques associés à l'excès de ciment grâce à la couronne FCZ (Full contour Zirconia) implanto-portée transvisée. L'adaptateur en titane est maintenu mécaniquement sans risque de séparation des composants.

Contour intégral, solidité intégrale

Éliminez le risque de fracture de céramique (chipping) grâce à la couronne NobelProcera implanto-portée qui combine solidité et efficacité. La teinte de la zirconie est dans l'ensemble du matériau ce qui permet d'obtenir l'effet esthétique désiré.

Disponibles en huit teintes



Mise en fonction immédiate facilitée

Le protocole chirurgical et la conception des implants NobelActive et NobelParallel CC forment une combinaison unique destinée à permettre la Fonction Immédiate dans davantage de cas en offrant une stabilité primaire élevée.

Un autre angle

Obtenez une facilité d'accès grâce à l'utilisation d'un pertuis de vis angulé. Les instruments associés Omnigrip simplifient le travail. La fonction de préhension sur la vis permet au clinicien de travailler efficacement et en toute sécurité.

Aspect anatomique naturel

Simplifiez le traitement et réduisez le temps de travail en utilisant des piliers spécialement conçus pour la zone postérieure. Les piliers PEEK Healing et PEEK Temporary ont des formes anatomiques pour s'adapter aux contours des molaires.



NOUVELLE
RUBRIQUE



Comment *gérer* un patient incivil ?

L'assistante au cœur de la communication

Chacun et chacune d'entre nous a déjà été confronté à un patient qui exprime mécontentement ou frustration par un comportement incivil. Sans formation, sans réflexion en amont, le professionnel de Santé se sent alors bien démuni pour adopter la bonne réaction.

Souvent, la communication se détériore, et il n'est pas rare que nous appréhendions le rendez-vous suivant de ce patient, que nous jugeons d'emblée « difficile », voire ingérable.

C'est le thème de ce premier article d'une nouvelle rubrique destinée aux assistantes dentaires, et dont les dentistes exerçant en solo pourront aussi s'inspirer. Car en cette époque d'individualisme, les incivilités sont devenues

monnaie courante. L'assistante, grâce à sa position de « plaque tournante » au sein du cabinet dentaire, entretient des contacts privilégiés, aussi bien avec le patient qu'avec le dentiste : elle tient ainsi la première ligne du front ! Alors que faire si le ton monte ?

En tant qu'approche respectueuse de chacun, et outil pour mieux communiquer, la méthode de la Communication Non Violente (CNV) nous offre les clés pour éviter l'escalade, et ainsi prévenir une dégradation délétère de la relation soignant-soigné.

• *Françoise Delbeke-Vroman, IGH*

nos perceptions. C'est pourquoi la réponse naturelle apportée à une agression verbale ou non verbale se révèle très différente d'une personne à l'autre. Tâchons tout d'abord d'y voir clair, pour ensuite apprendre à adopter une ligne de conduite professionnelle et efficace.

Les 4 réactions spontanées

Quatre positionnements relationnels classifient notre réaction spontanée face à l'incivilité. Chacun de nous peut se reconnaître dans l'un ou l'autre de ces positionnements, en tout cas de manière prépondérante :

1. L'agressivité se fonde sur le principe d'une logique *exclusive*, ce qui signifie que la relation n'est accomplie que s'il y a un gagnant et un perdant : "J'ai raison et vous avez tort". L'agressivité mène à l'autoritarisme, à l'accusation, au jugement, voire même la dévalorisation de l'autre.

2. La passivité repose également sur une logique *exclusive*, mais inversée : "Vous avez raison et j'ai tort". Il y a ici aussi un perdant et un gagnant. Cependant, dans ce positionnement, nous avons recours à l'hésitation et aux justifications : "Peut-être, mais ce n'est pas de ma faute"...

3. La manipulation représente la troisième forme de logique *exclusive*, avec un gagnant et un perdant. Toutefois, dans ce cas de figure, le procédé est dissimulé : "Je domine... l'air de rien". Nous trichons alors avec nous-mêmes et avec l'autre, nous utilisons le chantage affectif, nous culpabilisons le patient, nous le menaçons...

4. L'assertivité enfin relève, contrairement aux trois premiers positionnements, d'une logique *inclusive* « gagnant/gagnant » : il s'agit de trouver des solutions respectueuses des intérêts mutuels. Nous honorons et responsabilisons, nous coopérons avec l'autre, qui se révèle alors un partenaire. Nous ne sommes ni agressifs, ni passifs, ni manipulateurs. Nous valorisons le patient, et si nous devons imposer certaines contraintes, nous sommes capables de le faire en douceur, car l'assertivité, en faisant le lit des cercles vertueux, contribue au leadership.

Les trois premières manières de réagir spontanément s'avèrent non fonctionnelles : elles mènent à l'échec de la relation sur le long terme. L'assertivité, en

revanche, permet d'évoluer vers une entente avec l'interlocuteur, en dépit de ses inévitables préjugés — et des nôtres ! —, et peu importe l'état d'esprit initial de chaque côté de la relation. C'est le départ d'une communication efficace et pérenne, à laquelle nous espérons aboutir (Fig.1).

Cependant, l'assertivité rencontre aussi ses détracteurs : certains considèrent que, réduite à une technique, elle n'est en réalité qu'une manipulation de la part de ceux qui ont suffisamment étudié la communication. En considérant cette critique, il est important de rester dans l'*attitude assertive*, qui est une forme d'art du compromis et de la concession, un choix de vie en somme ! >>>

Fig.1. La difficulté de la communication

“

Entre

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez...

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même ! ”

Nouvelle Encyclopédie
du Savoir Relatif et Absolu
Bernard Werber
(Trilogie des Fourmis)

>> De la théorie à la pratique : l'empathie

Afin de s'exercer à mettre en place une réaction professionnelle et assertive face à l'incivilité d'un patient, une première démarche est nécessaire. Il s'agit d'établir la distinction entre :

- la demande originelle, réelle et profonde du patient
- son interprétation de notre difficulté, voire incapacité, à combler cette demande

De même, nous devons prendre de la distance par rapport à nos propres interprétations des réactions de ce patient !

Voici un exemple récurrent de relation délétère en cascade :

in situ

Au téléphone, un patient se revendique d'une urgence et exige un rendez-vous immédiat. Or notre première disponibilité, pour le traiter dans les conditions optimales selon la charte de qualité du cabinet, se situe dans un délai de deux semaines.

L'assistante en informe le patient, mais ce dernier est furieux ! Son interprétation est la suivante : "Je souffre. On me connaît bien dans ce cabinet où j'ai déjà un dossier, mais et on ne veut pas m'aider. C'est donc qu'on ne me considère pas, je me sens pas respecté !"

A contrario, l'interprétation de l'assistante se décline comme suit : "Si ce patient est furieux malgré mes arguments, c'est qu'il ne respecte pas mon travail. Je n'y peux rien s'il ne se soigne pas régulièrement, s'il attend une situation d'urgence, et je me fâche à mon tour !"

Le déclenchement de ce type de réactions en cercle vicieux est expliqué par la psychologie. Chaque individu contient en lui un besoin de reconnaissance et de respect de ses valeurs, de son travail, de sa présence...

Ne pas ressentir cette reconnaissance et ce respect par l'interlocuteur est profondément dérangent et générateur d'émotions aussi diverses que la peur, la colère, la tristesse, mais aussi la joie. Ces émotions font évoluer la relation ; aussi est-il important de les reconnaître pour parvenir à se maîtriser.

Par cette maîtrise, la survenance d'un dialogue de sourds peut être anticipée et prévenue en amont, à la condition de :

- prendre de la distance
- comprendre la demande réelle du patient, lui faire savoir que nous avons entendu sa demande, ce qui le valorise
- et ensuite trouver ensemble un arrangement gagnant/gagnant
- le tout sans se laisser marcher sur les pieds !

L'ensemble de cette démarche, partie intégrante d'un positionnement relationnel assertif, est appelée l'empathie. Cette notion désigne un mécanisme par lequel un individu peut comprendre les émotions d'une autre personne, ce qui n'implique cependant pas de les partager, et encore moins de les endosser à la place de l'autre. L'empathie consiste à écouter, à se situer dans la bienveillance, à jouer le rôle de « miroir » (Fig.2).

Chacun se rappelle l'histoire de Blanche-Neige, où la Reine interroge le Miroir chaque jour, pour s'entendre dire ce qu'elle attend : "Oui, tu es la plus belle". Jusqu'au jour où le message change... et l'agressivité surgit.

L'empathie est une démarche gourmande en énergie. Elle exige un recadrage de soi continu ! Des conditions de fatigue la rendent plus difficile à mettre en œuvre. Cependant, le résultat est à la mesure de l'effort : à force de pratique, l'empathie peut devenir une habitude de communication particulièrement gratifiante.

Un démineur : la CNV

La méthode de Communication Non Violente, défendue par Marshall Rosenberg, peut être un outil pour nous aider à mettre en œuvre une attitude assertive. Elle passe aussi et surtout par une meilleure connaissance de nous-mêmes et une maîtrise de nos émotions.

Elle se fonde sur une séquence de quatre étapes, représentées par les lettres **O-S-B-D**.

1. O comme Observation : observer les faits sans jugement, reformuler la situation telle qu'elle se présente.

2. S comme Sentiments : identifier l'émotion de l'autre — peur, colère, tristesse ?

3. B comme Besoins : déceler le besoin de l'autre et le reformuler simplement.

4. D comme Demande : demander à l'autre de valider la reformulation de notre « résumé » des trois étapes précédentes.

Revenons à notre exemple ci-dessus, et tentons d'appliquer la CNV pour développer une attitude assertive, et donc une relation empathique gagnant-gagnant.

in situ

En appliquant la méthode CNV, l'assistante peut gérer l'échange téléphonique, après avoir décodé :

1. Observation : "Monsieur Dupont, vous me dites que vous souffrez et que vous pensez que la cause serait une dent mal soignée? Dites-moi exactement où vous avez mal"

(Écoute attentive).

2. Sentiment : "Je sens que vous êtes en colère d'avoir aussi mal, et surtout d'avoir à vous occuper de vos dents à un moment qui ne vous convient pas."

3. Besoin : "Vous attendez d'être soulagé de cette douleur au plus vite.



L'implosion des empreintes négatives dans l'estime de soi mène au burn out.

Le moment de l'affirmation de soi

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur l'écoute du patient ; nous avons cherché à identifier ses besoins. Une fois soulagé d'avoir été entendu, notre interlocuteur est prêt à nous écouter. Étape suivante, et changement de paradigme : c'est le moment opportun de penser... à soi !

Pourquoi penser à soi ? Parce que, pour chaque incivilité, voire agression, nous conservons en nous une empreinte négative plus ou moins forte, dans notre « sac à dos » de l'estime de soi. Si nous laissons les empreintes négatives s'accumuler, elles feront grandir en nous, petit à petit, le ressentiment, le mal-être. À un moment donné, ce « sac à dos » tellement rempli devra :

- soit **exploder** (chez les plus extravertis) : nous deviendrons inutilement agressifs
- soit **imploser** (chez les plus introvertis) : c'est le début de la dépression, du burn-out...

C'est pourquoi il est indispensable de s'affirmer au moment opportun de la relation, en suivant l'idée de Thomas d'Ansembourg : "Si je prends soin de l'autre en me négligeant moi-même, j'entretiens la négligence et non le soin."

Il est donc essentiel de pouvoir recadrer certaines personnes qui nous ont manqué de respect. Nous devons pouvoir vider ce « sac à dos » et dire à l'autre : "C'est la dernière fois que vous me dites cela". L'affirmation de soi fait ainsi partie intégrante de l'attitude assertive ; elle en est même le fondement étymologique.

En prenant un exemple au cabinet, adoptons la même méthode CNV pour, cette fois, exprimer notre ressenti et nous affirmer face à une incivilité :

in situ

Monsieur Durand se présente au cabinet à la date et l'heure du rendez-vous, que nous avons pourtant annulé suite à son absence injustifiée aux deux précédents rendez-vous. Il exige d'être reçu ! Or l'assistante refuse : le programme est complet. Le patient s'énerve, le ton monte... Il dit à l'assistante : "Vous êtes nulle !"

Prenons un peu de recul, respirons profondément et analysons.

L'interprétation du patient : "Je suis un patient de ce cabinet, et pourtant on

ne veut pas me recevoir alors que j'ai un rendez-vous. J'ai bien reçu le message pour annuler ce rendez-vous, mais cela ne m'arrange pas. C'est donc qu'on ne me considère pas, je ne me sens pas respecté !"

Pour la majorité des assistantes, la plus grande difficulté réside dans la maîtrise de soi : surtout garder son calme ! Ensuite, après avoir fait preuve d'empathie à l'égard du patient, et lorsque celui-ci s'est calmé, la CNV en quatre étapes arrive à point :

1. Observation : "Lorsque vous me dites que je suis « nulle », cela veut-il dire pour vous que je ne comprends rien, et que je ne fais pas bien mon travail ?"

2. Sentiment : "Je me sens jugée et ce sentiment me dérange."

3. Besoin : "Pour vous soigner et m'occuper de vous, j'ai besoin d'être sereine et rassurée sur notre mode de communication."

4. Demande : "Donc, je vous demande, Monsieur Durand, de rester courtois à mon égard et de me respecter. Êtes-vous d'accord avec cette manière d'agir ?"

Le patient prend conscience qu'il a été trop loin et pourrait s'excuser. Mieux, à sa prochaine visite, il n'y aura aucun ressentiment : le « sac à dos » de l'assistante aura été vidé !

Conclusion

En tant qu'assistante, nous avons bien entendu toujours la possibilité de faire appel au dentiste pour une situation relationnelle qui tourne mal. Celui-ci peut nous soutenir, mais en réalité son intervention n'est pas la solution : toute communication déficiente doit être rétablie entre le patient et l'assistante, c'est une question de crédibilité.

La méthode de Communication Non Violente en deux temps — un temps pour l'empathie à l'égard du patient, et un temps pour l'affirmation de soi du professionnel de Santé —, nous procure l'outil pour prendre en main la gestion de la communication, et ne plus subir les effets des incivilités lorsque tout dérape... Chaque jour, d'une manière ou l'autre, nous pouvons mettre en pratique cette méthode, pour une meilleure approche de l'autre et de ses attentes, et surtout pour exprimer nos propres besoins. ♦

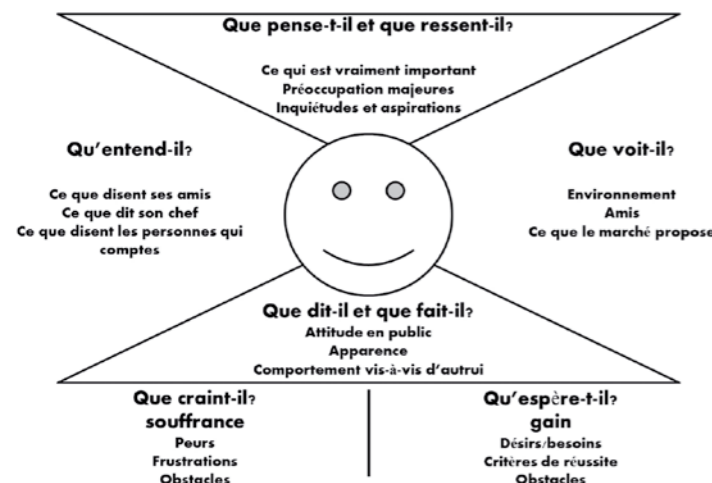


Fig.2. L'empathie : s'imaginer dans la peau de l'autre et dans son environnement permet de mieux le comprendre.

VistaScan Mini – la vitesse de manipulation d'un capteur



5 tailles de capteurs sans fil



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

Informations complémentaires sur notre site: www.durr.be

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

**DÜRR
DENTAL**



Quand les dentistes se paraient de bleu ou de gris

L'association de ces deux couleurs peut paraître surprenante pour la plupart d'entre vous. Néanmoins, les passionnés d'Histoire auront reconnu une référence à la Guerre de Sécession, conflit fratricide qui déchira les États-(dés) Unis entre 1861 et 1864 et qui coûta la vie à 600.000 Américains.

Guerre anti-esclavagiste pour les uns, aux causes multiples pour les autres, elle a impliqué toutes les couches de la société américaine, y compris les dentistes... Nous allons donc découvrir, au fil de cet article, le rôle des praticiens durant cette tragique période, et l'influence surprenante que certains d'entre eux ont exercé sur le déroulement du conflit, ainsi que sur l'état des soins dentaires aussi bien au Nord qu'au Sud.

• *Alexandre Debehogne, historien*

La guerre à pleines dents

Avant de se pencher sur l'American Civil War, il convient de s'interroger sur la pertinence du maintien d'une bonne hygiène orale pour combattre au 19^e siècle... Durant le conflit américain, 5.230 recrues sont réformées dans les États du Sud suite à des problèmes bucco-dentaires. Une bonne dentition est indispensable aux soldats d'infanterie. En effet, deux incisives, l'une en face de l'autre, sont nécessaires pour charger le fusil : les projectiles préemballés et les sachets de poudre doivent être déchirés avec les dents de devant !

Avant le déclenchement de la Guerre de Sécession, et ce malgré l'insistance de

nombreux dentistes, il n'y a pas de service dentaire dans l'armée américaine. À cette époque, la dentisterie n'est pas reconnue comme une discipline liée à la médecine. Les soins dentaires sont alors effectués par des chirurgiens et des médecins militaires. Ceux-ci réalisent quelques extractions s'ils disposent du matériel nécessaire.

Des confédérés négligés

En 1860, les États du Sud n'abritent que 500 dentistes. Ces États ne possèdent pas d'école dentaire, et seulement 10% des praticiens ont reçu une formation officielle. Ils sont donc trop peu nombreux pour s'occuper d'une armée qui

compte jusqu'à 600.000 hommes.

Lors du déclenchement du conflit, l'hygiène des soldats du Sud laisse grandement à désirer. De fait, les brosses à dents sont difficiles à trouver et la nourriture est peu variée. Le principal problème réside dans le coût des soins dentaires. La solde d'un soldat confédéré ne s'élève qu'à 18 dollars par mois. Or, un unique plombage revient à 120 dollars, soit 6 mois de paie, tandis qu'une extraction coûte 20 dollars. Devant de tels coûts, les troupes sudistes préférèrent épargner leur maigre solde plutôt que d'entretenir leur dentition, pourtant essentielle pour continuer le combat.

De plus, les soins deviennent de plus en plus précaires au Sud vu que la majorité >>

» des fournitures dentaires est fabriquée dans les États du Nord. Tant bien que les prisonniers de l'Union sont dépouillés de toutes leurs fournitures dentaires dès leur capture ! Toutefois, cela n'est pas suffisant pour combler la pénurie due au blocus exercé par le Nord.

Des nordistes mieux lotis ?

À l'instar de leurs ennemis du Sud, les soldats de l'Union sont dépourvus de dentistes au sein de leur armée. En effet, le gouvernement fédéral ne met pas de dentistes à la disposition de ses troupes au début du conflit, et ceux-ci ne disposent pas d'un statut particulier dans les rangs de l'armée. Les seuls services dentaires prodigués étaient de percer des abcès aux gencives et d'extraire les dents. Ce dernier soin était souvent pratiqué par un assistant hospitalier, dont la seule qualification était d'avoir un bras droit bien musclé.

Pour leurs soins dentaires, les troupes consultent des praticiens civils. Les cabinets sont littéralement pris d'assaut lors des passages des régiments, et les dentistes sont dans l'incapacité de soigner l'ensemble des soldats. Les Yankees rencontrent les mêmes ennuis que les trou-



pes confédérées. Le brossage des dents est très rare dans les rangs de l'Union, alors qu'il est de coutume dans les armées européennes à la même époque. De même, l'alimentation dépourvue de fruits et de légumes frais favorise le développement du scorbut, qui provoque la chute des dents.

Les dentistes dans l'armée

Aussi bien au Nord qu'au Sud, les chirurgiens-dentistes sont donc enrôlés dans l'armée au titre de combattants ordinaires. Néanmoins, leur fonction de militaire ne les empêche pas d'exercer, dans la mesure du possible, leur profession afin de soulager les dentitions douloureuses de leurs camarades : de fait, les dentistes emmènent leurs instruments dans leurs paquetages et les actes de dentisterie officieux sont légion. Citons le cas de E. Vines Turner, capitaine de l'ar-

mée confédérée, opérant sur le champ de bataille et utilisant une branche fourchue comme appui-tête.

La majorité des dentistes est engagée comme simples soldats. Néanmoins, certains praticiens possédant une meilleure connaissance médicale sont intégrés dans les hôpitaux de campa-

Durant la Guerre de Sécession, aucune des deux factions n'enrôla officiellement de dentiste pour pratiquer son art ; cependant, certains praticiens engagés comme combattants exercèrent de manière officieuse



Deux incisives, l'une en face de l'autre, sont nécessaires pour charger le fusil : les projectiles préemballés et les sachets de poudre doivent en effet être déchirés avec les dents de devant !

gne comme assistants hospitaliers, voire même comme chirurgiens, mais uniquement pour ceux qui sont titulaires d'un diplôme en médecine.

Il faut attendre la fin du conflit pour voir les dentistes être nommés dans les hôpitaux militaires : désormais, toutes les interventions dentaires sont pratiquées par des dentistes. Néanmoins, elles nécessitent l'accord d'un officier médical. On aménage des salles dans les hôpitaux où les dentistes disposent d'eau chaude, d'eau froide, de savon et de serviettes, ainsi que d'un siège et d'un soldat pour les assister.

Des avancées médicales importantes

À l'instar de la Grande Guerre, la Guerre de Sécession permet à la médecine (dentaire et généraliste) de faire d'immenses progrès. En effet, c'est dans le domaine médical que l'influence des dentistes se fait sentir. William T. Green Norton, inventeur de l'anesthésie à l'éther, a sauvé plus de 2.000 soldats des douleurs engendrées par les instruments des chirurgiens militaires. Samuel S. White commercialise en 1864, en pleine guerre, le premier crachoir avec alimentation d'eau et évacuation des eaux

de rinçage. Et enfin, il y a James Baxter Bean qui trouve un moyen de traiter ce qu'on peut appeler de manière un peu anachronique, les premières gueules cassées. De fait, les blessures par balle au visage laissent de graves séquelles à la mâchoire des soldats. Afin de soigner ces traumatismes, James Baxter Bean met au point une attelle inter-dentaire en caoutchouc rigide. Elle permet de réduire en interne la fracture et de la fixer. De nombreux soldats confédérés sont sauvés de la défiguration, voire de la mort, grâce aux attelles de Bean.

Au-delà de la dentisterie

Les chirurgiens-dentistes exercent une large influence, aussi efficace qu'improbable, sur plusieurs autres dimensions de la Guerre de Sécession : ils ne se contentent pas d'extraire des dents, de combler des caries ou de percer des abcès !

Certains dentistes comme Josephus Requa, avec sa batterie de fusils qui préfigure les premières mitrailleuses, ou Edward Maynard, avec ses percuteurs qui permettent un chargement des armes par la culasse et non plus par le canon, révolutionnent l'armement dans ce premier conflit majeur de l'ère indus-

trielle. D'autres comme Henry Parr ou Thomas Evans font jouer leur influence à l'étranger, notamment auprès des têtes couronnées européennes, pour peser diplomatiquement sur le déroulement du conflit.

Au cours de ces quatre années de guerre, les dentistes ont pris part à un conflit fratricide qui divisa l'Amérique et qui laisse encore aujourd'hui de douloureuses cicatrices. Les praticiens étaient loin d'être considérés à leur juste valeur par la hiérarchie militaire qui ne leur laissait aucune place dans les rangs de



Le dentiste confédéré James Baxter Bean mit au point une attelle interdentaire, afin de sauver de la défiguration les nombreux blessés par balle à la mâchoire (Photos : reconstitution de la bataille de Manassas, Virginie, 1861).

l'armée. Or, l'hygiène et les soins dentaires étaient indispensables pour garantir l'efficacité d'une armée où les soldats devaient utiliser leurs dents... pour pouvoir faire feu. De manière officieuse ou officielle, les dentistes ont exercé leur profession pour soulager leurs camarades. Néanmoins, la dentisterie a progressivement gagné ses galons lors de cette guerre civile, notamment grâce aux progrès médicaux amorcés par certains praticiens, mais également par la place qu'elle va se forger au sein d'une armée qui ne comprenait aucun dentiste au début du conflit. ♦



Savoir plus...

Cet article se base sur l'ouvrage de Xavier Riaud, « Les dentistes américains dans la Guerre de Sécession (1861-1865) ».

L'auteur s'attaque avec brio à un sujet qui lui tient à cœur. En effet, l'ouvrage d'une centaine de pages se lit aisément et est largement documenté. Les nombreux documents originaux et les illustrations donnent beaucoup de cachet à ce livre. Même s'il manque parfois de nuance — notamment en ce qui concerne les causes du déclenchement du conflit — et même s'il s'égare parfois en exposant beaucoup de destins de dentistes, l'ouvrage reste une référence pour les passionnés de la Guerre de Sécession et de l'Art dentaire.

Le JOD à l'ADF

Comme chaque année, votre journal était présent sur le congrès annuel de l'ADF à Paris, du 25 au 29 novembre 2014, afin de vous faire profiter de cette ambiance particulière du plus grand rassemblement scientifique de dentistes européens. C'est en effet une particularité de cette organisation unique de rassembler en un même lieu tous les acteurs de la profession dentaire à la fois pour de nombreux exposés scientifiques mais aussi pour une exposition grandiose de tout le matériel et tous

les matériaux disponibles pour mettre en pratique toutes nos connaissances acquises.

Nous avons assisté pour vous à la conférence de presse qui présentait un résumé intéressant de l'esprit de cette manifestation qui s'adresse aussi bien aux praticiens qu'aux assistantes, aux étudiants et aux techniciens en prothèse dentaire.

• Pierre GOBBE-MAUDOUX

Le Docteur Joël Trouillet, Secrétaire général de l'ADF, nous a présenté le congrès de l'ADF, Association Dentaire Française. C'est avant tout des chiffres à donner le tournis. L'ADF, c'est le regroupement de 25 Associations professionnelles (syndicats, sociétés savantes, associations diverses et industrie) qui fédèrent plus de 30.000 chirurgiens-dentistes. L'exposition déroule ses tapis sur plus de 40.000 m² pour 402 exposants qui présentent produits, techniques et matériel. Près de 8.000 praticiens ont participé aux 133 séances de formation continue réparties en conférences, séances interactives, travaux pratiques, démonstrations en direct, symposiums ou rencontres avec des orateurs prestigieux et aux 25 séances professionnelles. Plus de 30.000 personnes ont visité l'exposition dentaire. Il a insisté sur les particularités de cette édition 2014 : une plongée dans le cabinet du futur, en 2030, via une simulation 3D sur ordinateur ; le concours de l'innovation avec 10 candidats, présentant des produits innovants, du dentifrice à l'éclairage led, choisis par un jury professionnel et le studio TV qui permet à 41.000 praticiens français, qui sont libéraux à 90%, de prendre connaissance en direct de ces dernières technologies au service de 800.000 patients reçus quotidiennement.

Le Docteur Jean-Patrick Druo a alors présenté l'esprit du congrès 2014 : re-

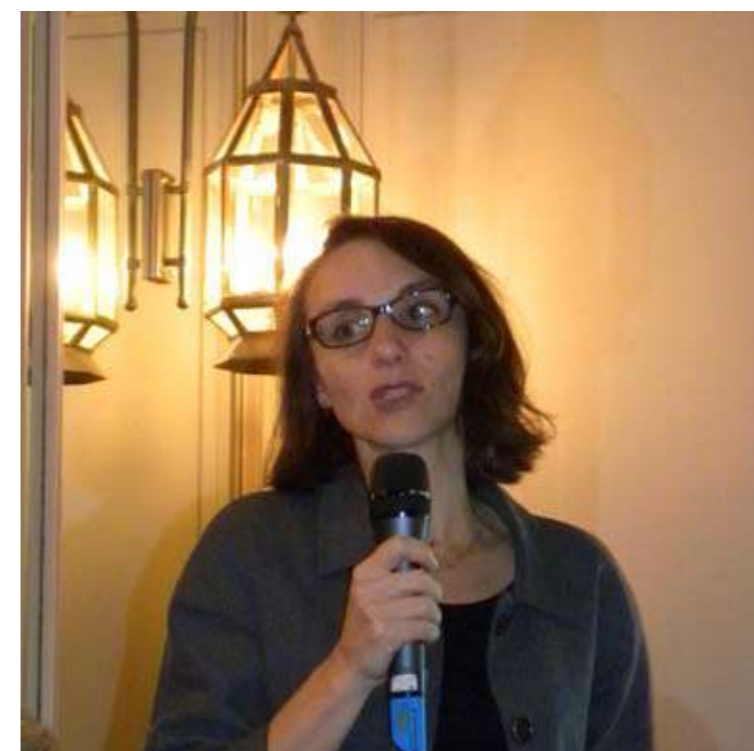


Le Docteur Daniel Viard représentant le COMIDENT

placer la cavité buccale au centre de la santé générale. Les praticiens de l'art dentaire sont de véritables acteurs de la santé des patients, ils jouent un rôle important d'observation et de prévention. Le chirurgien-dentiste est un maillon clé de la chaîne dédiée à la santé.

Madame Nadia Auzanneau (Opinion Way) a alors présenté une étude réalisée via internet en juillet 2014 auprès de

1.009 personnes. Cette étude a montré que seulement un tiers de la population sait que les problèmes bucco-dentaires peuvent être révélateurs de la santé générale. Et quand ils mentionnent ce lien, les symptômes évoqués sont le plus souvent des troubles visibles : le déchaussement, un gonflement qui ne passe pas, une plaie qui ne cicatrise pas... Seulement 54% des Français dé-



Nadia Auzanneau de Opinion Way présente l'étude réalisée en 2014

L'ADF en chiffres

40.000 m² d'exposition

30.000 chirurgiens-dentistes fédérés

26.000 visiteurs en 4 jours

8.000 participants aux conférences

600 conférenciers

402 exposants

133 conférences, débats, TP...

25 organisations regroupées

22 Dossiers de l'ADF

1 seule association : l'ADF !

clarent aller au moins une fois par an chez leur dentiste. La conclusion principale est qu'il y a encore du travail à faire pour sensibiliser les gens, surtout les hommes et les jeunes.

Le Professeur Jean-Christophe Fricain de l'Université de Bordeaux (et que nous avons déjà eu le plaisir d'entendre au COD) a présenté la bouche comme le miroir de la santé générale. Et cela pour l'ensemble de la bouche : non seulement les dents mais aussi les gencives, le parodonte, la langue, la salive... Par exemple, une malformation amélaire doit faire penser à une insuffisance rénale. Une nécrose gingivale peut avoir une origine bactérienne mais peut aussi traduire une leucémie aigüe, qui est alors une urgence vitale pour le patient, ou bien un diabète ou encore une hémophilie modérée. Des ostéomes multiples, syndrome de Gardner, peuvent survenir lors d'un cancer du côlon. Ce diagnostic a permis de sauver une patiente de 25 ans dont la mère était décédée de cette pathologie. L'observation approfondie de la langue permet un dépistage de différentes pathologies : tuberculose, syphilis, pemphigus, carence en vitamine B, lymphôme... Pour la salive, quant à elle, provenant du plasma, des études sont actuellement menées pour parvenir à des tests faciles à exécuter par le praticien dentaire pour

dépister précocement des maladies comme le diabète. Tout cela pour finalement conclure que, non, les dentistes ne sont pas de simples arracheurs de dents ou des vendeurs de prothèses !

Le Docteur Corinne Lallam, parodontiste, a alors expliqué les dangers qui peuvent résulter d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire. La bouche est l'expression de la santé. Il faut avoir une bouche saine pour avoir un corps sain. Nous savons tous que les gingivites entraînent un risque aggravé de maladies cardio-vasculaires, d'où la nécessité de faire un véritable profilage de nos patients, surtout les adolescents qui ont des comportements à risque. Il faut garder toujours à l'esprit qu'une plaque de trois jours en bouche correspond en termes de bactéries à la population de l'Inde ! Soigner la bouche d'un patient de cinquante ans, fumeur et présentant une parodontite, équivaut à soigner son cœur. La véritable solution face à ce problème est alors la prévention par une éducation stricte à l'efficacité du brossage.

Le Docteur Thierry Soulié, Secrétaire général de la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) aborde alors le délicat sujet du coût de la bonne santé buccale et de son impact sur la société. En trente années, le nombre de caries a été divisé par trois grâce au travail de prévention par une meilleure hygiène bucco-dentaire et par la prise de conscience des 6-9-12-15 et 18 ans avec la gratuité des soins entièrement pris en charge par les assurances maladie. On se retrouve actuellement avec deux types de population : le groupe des patients qui n'ont rien et celui de ceux qui baissent la vigilance. On voit cependant une recrudescence de la carie dans certains groupes de la >>>

La bouche, l'expression de notre santé



La visite virtuelle 3D du cabinet du futur



>> population : les malades chroniques, les personnes âgées, les handicapés ou encore les personnes en situation précaire.

Le Docteur Paul Cattaneo, référant auprès de l'ADF pour les nouvelles technologies, a essayé pour nous d'imaginer comment travaillera le dentiste de demain. Pour lui, le tournant actuel de la profession se situe dans le développement du numérique : imagerie, numérisation orale, conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO) et impression 3D sont la révolution dentaire du moment. Les bénéfices en sont évidents : précision du geste du praticien, amélioration de l'information donnée au patient, adhésion du patient au plan de traitement, réduction de l'exposition aux rayons X et confort du patient au fauteuil. L'utilisation d'articulateurs virtuels couplés à des scanners optiques

permet d'optimiser la conception des prothèses pour les rendre plus confortables et esthétiques. Enfin, l'impression 3D va permettre de réaliser des répliques en trois dimensions de la mâchoire du patient instantanément avec la réalisation de couronnes « minute ». N'oublions pas de mentionner aussi ici les grandes espérances et les grandes révolutions de notre pratique que vont pouvoir apporter les recherches avec les cellules souches. Reconstruire de la pulpe, recréer de la dentine, faire pousser de l'émail ou fabriquer de l'os seront bientôt des techniques à la portée de tous les praticiens...

Enfin, le Dr Daniel Viard, représentant du Comident réunissant à la fois les fabricants et les distributeurs de matériel et matériaux à usage des chirurgiens-dentistes a présenté les finalistes du prix de l'innovation 2014. Nous vous les présentons de façon succincte : Eyezoom Orascope, une loupe binoculaire à trois grossissements ; le dentifrice Colgate Défi Zéro Carie, un dentifrice anti-carie avec un neutralisateur d'acides de sucre ; Albédo LED D65, un luminaire LED délivrant une pure lumière du jour ; GC MI Varnish, un vernis désensibilisant à base de calcium, phosphate et fluor bio-disponibles ; Irrigatys, un dispositif d'irrigation optimale des canaux radiculaires ; Cobra Ultra Vision, un éclairage LED monté sur turbine ; les lunettes Goccler, un dispositif visuel de dépistage des cancers buccaux ; le Smart Dentin Grinder, pour transformer la dentine en matériau de comblement osseux autologue ; le Wam MD Guide, une série de 5 forets pilotes et 5 guides non forants pour optimiser le positionnement des implants et le Akibox/Akidata de WH pour le contrôle à distance du stérilisateur. Le lauréat 2014 de ce concours est le Smart Dentin Grinder. Cette technologie inédite utilise les dents fraîchement extraites pour les transformer en particules de dentine décontaminées d'une granularité de 300 à 1.200 microns. Ces particules peuvent ensuite être utilisées pour la greffe dans les alvéoles d'extraction ou comme matériau de comblement pour les défauts osseux.

Assurément, comme chaque année, cette semaine ADF était le lieu où il fallait être en cette fin de mois de novembre à Paris pour (re)découvrir toutes les facettes de notre beau métier. ♦



Le lauréat du prix de l'innovation 2014

Le cabinet dentaire du futur

- des empreintes optiques précises
- des tests salivaires préventifs
- une imagerie 3D
- des impressions 3D des prothèses
- un unit « connecté »
- un accès facile pour tous
- un travail en équipe
- un parcours santé sur le cloud

Dans le cadre de son développement constant, le JOD recherche des rédacteurs.
Don pour l'écriture ? Esprit de synthèse ? Envie de voyager dans le cadre scientifique ?

Proposez-vous : press@cod.be

Emploi / collaboration

Cabinet dentaire Ath patientèle très importante 30 ans d'activité ent. informatisé **RECHERCHE** un orthodontiste pour collaboration. Contact: bzz@scarlet.be.

France 120 km nord de Paris société 2 praticiens **CHERCHE** collaborateur H/F 2 j/sem assoc. envis. salle pano inform. Visiodent. Tél.: 0033/344.46.18.79.

Cabinet 2 fauteuils Anderlecht **CHERCHE** dentiste pour collab. temps plein ou partiel. Info: bijari1971@gmail.com.

Cab. dent. paro endo stomato centre Marche **CHERCHE** endo et pédo patientèle en attente. Tél.: 084/21.43.69.

France Marseille dentiste **CHERCHE** collaborateur. Tél.: 0033/662.04.60.70.

Matériel

A VENDRE installation Galbiati 06 complète état impeccable. fauteuil récent. Prix à discuter. Tél.: 04/921.16.90.

A VENDRE RX télé pano Morita 2004 capteur neuf 05/12 en ordre contrôlé valeur 39.900 vendu 8.000 à venir chercher. Tél.: 0497/50.18.50.

A VENDRE installation Planmeca Prostyle Compact A 2002 TB état recouvr. récent détartreur EMS (3000€) asp. chir. Durr (500€). Mail: anne.lagrou@skynet.be.

A VENDRE cause retraite install. Galbiati Smart 2008 état impeccable. 10.000€ à discuter s/place. Tél.: 071/50.39.04 (soir).

Remise / reprise / immo

France Toulouse sud cause retraite **CÈDE** cabinet dans maison médicale collaboration de transition. Tél.: 0033/681.21.08.51.

A LOUER Henri-Chapelle RDC pour prof. dentaire médicale libérale ou autres (actu cab.dent. depuis 1976, retraite 10/2015) entr. partic. hall salle d'att. WC cab, local radio ou stéril. ou autre park. aisé proche grands axes N3 et E40. Tél.: 087/88.24.94 (matin).

France Haute-Savoie 200 m frontière Genève **VENDS** parts dans structure 3 praticiens avec unité de chirurgie pano cecrec patientèle fidèle prix très intéressant compte tenu de revenus confortables. Tél.: 0033/612.04.36.18.

France Saint-Quentin **VENDS** cabinet dentaire récent (aux normes, installation de 2010) prix intéressant avec ou sans les murs. Tél.: 0033/682.17.81.83.

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.

Bon pour une annonce gratuite

à renvoyer au JOD c/o COD

Rue du Moulin Blanc 28 7130 Binche

ou par fax au 071 33 38 05 ou mail : info@cod.be

Grid for postal code and other information.

Formulaire à renvoyer complété au COD rue du Moulin Blanc 28, 7130 Binche. Fax : 064/36.68.29. Mail : info@cod.be.
Compléter lisiblement en capitales un formulaire par participant. Merci. Inscriptions effectives après règlement.

Dr Mr Mme Nom & prénom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Localité : _____ Nom (de société) et/ou adresse pour l'attestation fiscale, si différent : _____
 GSM : _____ Mail : _____
 N° INAMI : 3 _____ 0 _____

Je choisis d'adhérer au COD asbl pour l'année 2015

<input type="checkbox"/> Cotisation de base	99	EUR
<input type="checkbox"/> Cotisation Junior ⁽¹⁾	69	EUR
<input type="checkbox"/> Cotisation Master ⁽²⁾	39	EUR
<input type="checkbox"/> Option fi -FLEX ⁽³⁾	+ 120	EUR

(1) Numéros INAMI commençant par 3-12 ou 3-13 ou 3-14 ou 3-15
 (2) Étudiants en Master 1 ou 2
 (3) Assurance-annulation facultative : lire les conditions générales

FC1 • Esthétique antérieure : tolérance zéro ! (Sa 25/04 • Charleroi CEME)

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 230	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Junior ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 180	<input type="checkbox"/> Adhérent : 130	EUR
<input type="checkbox"/> Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 80	<input type="checkbox"/> Adhérent : 30	EUR
<input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)		nombre : x 100	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 13/04		+ 50	EUR

FC2 • Orthoposturodentie (Ve 12/06 • Namur Jambes)

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 230	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Junior ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 180	<input type="checkbox"/> Adhérent : 130	EUR
<input type="checkbox"/> Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 80	<input type="checkbox"/> Adhérent : 30	EUR
<input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)		nombre : x 100	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 1/06		+ 50	EUR

FC3 • Petite chirurgie buccale : techniques et astuces du spécialiste (Sa 3/10 • Bruxelles Auderghem)

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 230	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Junior ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 180	<input type="checkbox"/> Adhérent : 130	EUR
<input type="checkbox"/> Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 80	<input type="checkbox"/> Adhérent : 30	EUR
<input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)		nombre : x 100	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 21/09		+ 50	EUR

FC4 • Nouveaux concepts en paro (Je 12/11 • Namur Jambes)

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 230	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Junior ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 180	<input type="checkbox"/> Adhérent : 130	EUR
<input type="checkbox"/> Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 80	<input type="checkbox"/> Adhérent : 30	EUR
<input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)		nombre : x 100	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 30/10		+ 50	EUR

FC5 • Implantologie & omnipratique (Sa 19/12 • Charleroi CEME)

<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 230	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Junior ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 180	<input type="checkbox"/> Adhérent : 130	EUR
<input type="checkbox"/> Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 80	<input type="checkbox"/> Adhérent : 30	EUR
<input type="checkbox"/> J'emmène mon (mes) assistante(s)		nombre : x 100	EUR
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 7/12		+ 50	EUR

Réduction-fidélité **fi** (valide uniquement pour adhérents avec inscription Base ou Junior) :

<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 3 activités fi 2015 : je déduis donc une réduction-fidélité fi de 50 EUR	- 50	EUR
<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 4 activités fi 2015 : je déduis donc une réduction-fidélité fi de 100 EUR	- 100	EUR
<input type="checkbox"/> Je m'inscris simultanément à 5 activités fi 2015 : je déduis donc une réduction-fidélité fi de 150 EUR	- 150	EUR
Total FC =		EUR

TP • Révolutionnez vos anesthésies ! (Je 15/10 • Charleroi CEME)

<input type="checkbox"/> Base / Junior ⁽¹⁾ / Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 480	<input type="checkbox"/> Adhérent : 380	EUR
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités fi 2015, je déduis donc 80 EUR	- 80	EUR	
<input type="checkbox"/> En cas de règlement reçu après le 30/09	+ 50	EUR	

EC • Hypnose médicale au cabinet dentaire

<input type="checkbox"/> Base / Junior ⁽¹⁾ / Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 420	<input type="checkbox"/> Adhérent : 320	EUR
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités fi 2015, je déduis donc 60 EUR	- 60	EUR	

Ma préférence : **E COMPLÉTO** **EC2 Je 10/12 Liège**

RX • Radioprotection & radiophysique

<input type="checkbox"/> Base / Junior ⁽¹⁾ / Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 320	<input type="checkbox"/> Adhérent : 220	EUR
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités fi 2015, je déduis donc 20 EUR	- 20	EUR	

Ma préférence :

RX1 • Je 30/04 Mons	RX2 • Ve 9/10 Diegem	RX3 • Je 3/12 Liège
RX1A COMPLÉTO	RX2A <input type="checkbox"/> 09h00 - 12h30	RX3A <input type="checkbox"/> 09h00 - 12h30
RX1B COMPLÉTO	RX2B COMPLÉTO	RX3B <input type="checkbox"/> 14h00 - 17h30

PR • Deux sessions consécutives de peer-reviews 2015

<input type="checkbox"/> Base / Junior ⁽¹⁾ / Master ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non adhérent : 220	<input type="checkbox"/> Adhérent : 180	EUR
<input type="checkbox"/> Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités fi 2015, je déduis donc 100 EUR	- 100	EUR	

Ma (ou mes) préférence(s) :

PR1 • Je 25/06 NobelBiocare	PR2 • Sa 12/09 Charleroi IESCA	PR3 • Je 22/10 Wavre Castelbel	PR4 • Sa 24/10 Liège	PR5 • Sa 5/12 NobelBiocare
PR1A <input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	PR2A COMPLÉTO	PR3A <input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	PR4A <input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15	PR5A <input type="checkbox"/> 08h30 + 10h15
PR1B <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	PR2B <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	PR3B <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	PR4B <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45	PR5B <input type="checkbox"/> 12h00 + 13h45

Total général de ce formulaire = _____ EUR

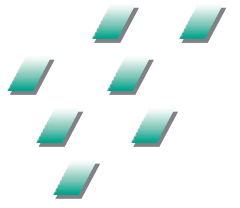
Par mon inscription et/ou mon paiement, je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire en page 41 du JOD 73 et sur www.cod.be).

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 : _____



Carré d'as: innovation, simplicité, polyvalence et fiabilité



G-CEM LinkAce™ de GC

G-CEM LinkAce, nouvelle génération de ciment en résine auto-adhérent mis au point par GC, s'appuie sur cette expertise en y ajoutant de nouveaux éléments haute technologie, tels qu'un système d'amorçage innovant garantissant une polymérisation rapide et sûre.

Une technologie innovante apportant des solutions fiables à un vaste éventail d'indications.

