

Telating Gesloten
Verpakking
Autorisation de Fermeture
BELGIE - BELGIQUE
P.B. - P.P.
B - 802

Périodique bimestriel destiné aux
dentistes généralistes et spécialistes,
aux étudiants en science dentaire,
et à l'industrie dentaire
Agrégation P307013
Tirage : 4.000 ex.

Bureau de dépôt :
Charleroi X
Mass post
Adresse :
JOD c/o COD
B.P. 1091
6000 Charleroi 1

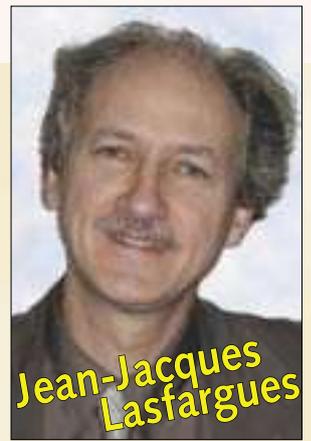
• N° 9 •

Mai - Juin 2004

• Journal d'oenipratique dentaire •

CHARLEROI SAMEDI 15 MAI 2004

La pratique **moderne** du composite **postérieur**



RÉALITÉS
au quotidien

LIÈGE VENDREDI 18 JUIN 2004



Stabilité - stabilisation **occlusale** en denture naturelle



Belgisch Certificatieprogramma
Proef 8208 n. 441.12700.0

Van nu af aan CASTELLINI S.p.A. wil wijzen
op het systeem CERTIFICATIE, gericht op
het verbeteren van de kwaliteit van zijn
producten, strikte naleving van de wetgeving
op dit gebied, de uitbreiding van zijn
aanbod van diensten en het streven
naar voortdurende verbetering van zijn
prestaties.



**dans la sphère de l'excellence
vous n'avez pas encore tout vu**



8-334008



CASTELLINI

CASTELBEL SA

Zoning Wouwe Noord - Avenue Sablon 14 - B-1300 WAREMME - Belgique - Tel. +32(0)10/818.343 - Fax +32(0)10/816.851

E-mail : info@castelbel.be - Internet: www.castelbel.be



Certification ISO 9001
Quality management system
800-10-0001



Édito

Le COD vous fait vivre un printemps 2004 formidable.

Dès le 26 mars dernier, à Wépion, près de 180 praticiens ont pu étudier et comprendre le pourquoi des troubles musculo-squelettiques du dentiste. Mieux : au cours d'exercices pratiques, ils ont pu établir un **programme de prévention exceptionnel** ! On a ainsi vu des dizaines de participants se lever et répéter en direct les exercices proposés par Jean Ginisty. Une spontanéité sans précédent en Belgique a de la sorte envahi les activités du COD.

Bravo et merci ! Ceux qui le souhaitent peuvent retrouver les fiches techniques de ce programme de prévention sur le site Internet de la SOP, à l'adresse : <http://www.sop.asso.fr/CPrat/conseil-20-1.html>.

Un printemps formidable au COD

Mais le printemps ne fait que commencer...

C'est à Charleroi, le samedi 15 mai prochain, que le maître actuel du composite postérieur en France, Jean-Jacques Lasfargues, viendra nous exposer le pourquoi et le comment du collage postérieur. Un événement à ne manquer sous aucun prétexte, comme l'ont déjà compris **260 praticiens**.

Vite : il reste une quarantaine de places au moment de boucler ce numéro du JOD. Si vous réalisez régulièrement des composites postérieurs, voyez tous les détails en page 13 et inscrivez-vous aujourd'hui encore !

C'est ensuite pour la **première fois à Liège**, le vendredi 18 juin après-midi, qu'Olivier Hüe abordera pour nous un sujet qui fait fureur dans les fiches d'évaluation relevées lors des activités COD : l'occlusion sur dents naturelles. Tout sur les additions, soustractions et déplacements... c'est en page 15, et, comme d'habitude, c'est sans aucune cotisation à régler au préalable.

Cerise sur le gâteau : le COD vous offre l'**accréditation sans souci**, avec la possibilité de participer à des peer-reviews programmés le samedi du Dentex, au coeur même du Parc des Expositions de Bruxelles. Mot d'ordre inchangé : s'inscrire vite, en raison de l'affluence ! Tous les détails en page 25...

Excellent printemps scientifique à toutes et à tous ! ■

• **Jeu-concours > 4**
Gagnez une boîte Grandio !

• **Pratique clinique > 5**
Principes de préparation des cavités pour restaurations adhésives sur dents postérieures

• **Prochaine activité > 13**
La pratique moderne du composite postérieur

• **Prochaine activité > 15**
Stabilité - stabilisation occlusale en denture naturelle

• **Programme 2004 > 17**
Réalités au quotidien

• **Nouveautés > 19**
Implantor et Duo de Castellini

• **Reportage > 21**
Suisse : paradis du dentiste européen ?

• **Peer-reviews > 25**

• **Inscriptions > 27**

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67
Fax 071 33 38 05
mail.cod@swing.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 32 EUR/an
Monde : 55 EUR/an

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

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

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur

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



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

Une boîte de Grandio en cadeau !

Ci-contre votre traditionnel jeu de mots cachés, avec encore un cadeau exceptionnel à la clé.

La thématique de ce numéro concerne l'occlusion. Logique, puisque ce sujet sera d'actualité lors de la venue d'Olivier Hüe à Liège, le vendredi 18 juin après midi (voir tous les détails en page 15).

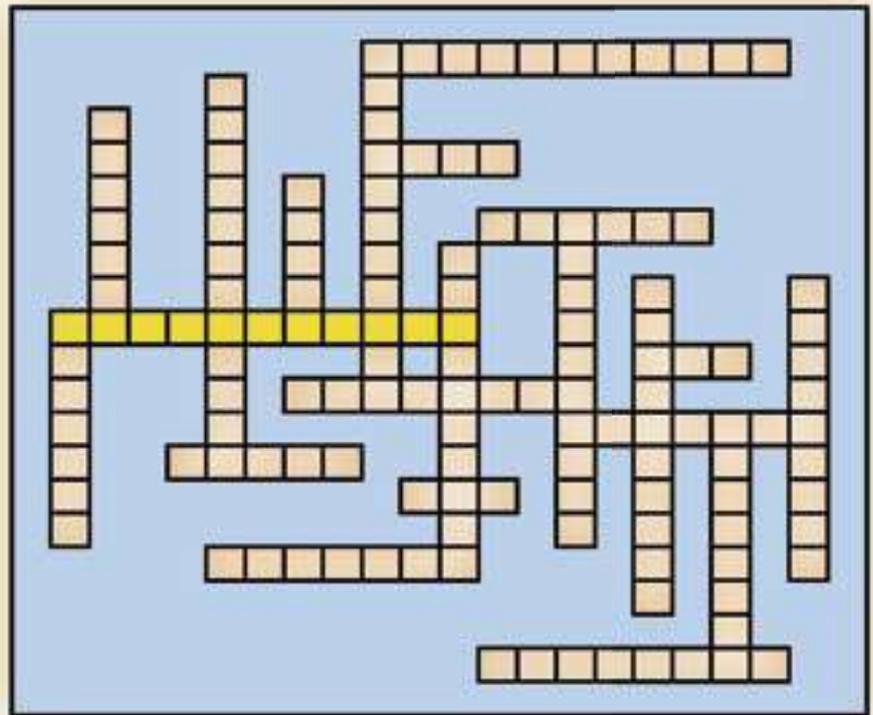
Transcrivez le mot mystère (en orange), sur papier libre, accompagné de vos nom, prénom, adresse et n° INAMI, et adressez le tout, pour le 16 juillet 2004 à minuit au plus tard, à l'adresse suivante :

JOD c/o COD
B.P. 1091
6000 Charleroi 1

Le vainqueur sera tiré au sort parmi les bonnes réponses et son nom sera publié dans le JOD n° 10.

Résultat du numéro 8

Un kit Voco Calcicur/ Calcimol/Ionoseal est remporté par :
Myriam KESTELYN
de Leuze en Hainaut
qui a trouvé le mot :
« Compression ».



Les mots à replacer :

DOULEUR - CONDYLE - ARTICULATEUR - BRUIT - CUSPIDE - GUIDE -
CREPITEMENT - PLAN - COMPRESSION - DISQUE - LATERALITE - ARTHROSE
- JIG - SIFFLEMENT - MEULAGE - CLAQUEMENT - ARC - MOUVEMENT -
CEPHALEE - ARTICULE

A GAGNER

Qui dit mieux ? À gagner cette fois un kit complet Grandio, comprenant 50 capsules de composite hybride antéro-postérieur à nanoparticules, 50 doses uniques Solobond et 5 ml d'etching Vococid en seringue.

Un cadeau d'une valeur de 230,- EUR offert par la firme



VOCO



Principes de préparation des cavités pour restaurations adhésives sur dents postérieures

Les principes de préparation des cavités établis par G.W. BLACK en 1908, l'ont été en vue de restaurations à l'amalgame d'argent, matériau non adhésif.

La philosophie de ces principes reste d'actualité concernant la chronologie opératoire de la préparation des cavités pour restaurations adhésives.

Les principes eux-mêmes doivent être modifiés pour s'adapter aux biomatériaux adhésifs.

> *prev. rel. in*

*Dossiers de l'ADF
Commission des Dispositifs Médicaux*

© ADF, 2002

Ainsi, deux concepts nouveaux sont apparus :

- l'inutilité de création de rétention intrinsèques à la cavité ou architecturales, avantageusement remplacées par le collage,
- l'économie tissulaire (des tissus sains), engendrée à la fois par la suppression des formes de rétention, mais aussi par la suppression des formes de stabilité (fond plats, rainures, cavités annexes...).

De plus, sont apparus, dans le sens de l'économie tissulaire, de nouvelles voies d'abord à la cavité de carie (tunnelisation, pseudo-classe III par abord vestibulaire de la carie proximale...). L'extension prophylactique de la restauration aux sillons anfractueux et aux zones de libre nettoyage n'est pas supprimée mais remplacée par les scellement de sillons (technique adhésive)

et par la réalisation de biseaux dans les zones à risques.

Enfin, d'autres moyens que la fraise permettent aujourd'hui de réaliser des cavités a minima, lors de caries débutantes.

On pourrait donc énoncer ainsi les principes de préparation des cavités de classe I et II (Medioni, 1991 ou site 1 et 2 de Mount et coll, 1997; Mount et coll, 1998), en tenant compte des concepts précédemment évoqués d'absence de rétention et d'économie tissulaire (Lasfargues, 1998; Lasfargues et coll, 2000).

Principe d'économie tissulaire

- Accès à la lésion basé sur la préservation des tissus sains en réalisant une économie quantitative et qualitative : conservation des crêtes marginales (Reeh et coll, 1989).

- – Conservation de l'émail périphérique même non soutenu, s'il n'est pas soumis aux contraintes occlusales.
- Conservation éventuellement d'une couche de dentine déminéralisée en fond de cavité afin de préserver l'organe pulpaire vivant, si la symptomatologie clinique le permet.

Principe d'adhésion

Les restaurations adhésives permettent aujourd'hui d'obtenir des résultats durables, fiables et reproductibles d'un point de vue :

- mécanique : l'adhésion à la dentine et l'émail est suffisamment puissante pour renforcer la dent restaurée ;
- biologique : l'étanchéité assurée par le collage va assurer la protection du complexe dentino-pulpaire en évitant la percolation et les caries récurrentes.

Principe de Bio-intégration

Le succès du traitement conservateur restaurateur sera apprécié à différents niveaux :

- biocompatibilité des matériaux au niveau pulpaire et parodontal ;
- rétablissement de l'anatomie et de la fonction de l'organe restauré ;
- esthétique ;
- restauration durable dans le temps, pouvant éventuellement prévenir la récurrence de carie.

Il est à noter à ce titre, le développement de matériaux dits « bio-actifs » qui pourraient jouer ce rôle (CVI, CVIMAR...) (Lasfargues, 1998).

À l'énoncé de ces principes, la classification de Black devient obsolète, et il convient dès à présent d'utiliser la classification de Mount et coll, 1997, modifiée par Lasfargues et coll, 2000, résumée dans le concept SI/STA (Tableau 1).

Il ne s'agit plus de classer les cavités selon un modèle architectural prédéfini en fonction du siège de la lésion, de la résistance du matériau d'obturation (à l'époque l'amalgame d'argent), mais de considérer l'aspect médical préventif du traitement de la lésion carieuse, défini par la lésion elle-même, c'est-à-dire le volume, la morphologie et la topographie de la perte de substance.

Ce modèle, basé donc sur le site de la lésion (SI) et son stade d'évolution (STA), permet une grande liberté de choix thérapeutiques, allant du traitement non-invasif (re-minéralisation) dans les caries de l'émail débutantes, jusqu'au traitement chirurgical¹.

Il prend en compte l'évolution des matériaux (et particulièrement celle des matériaux adhésifs et de leur propriétés bio-actives), des nouvelles méthodes de préparation des cavités, ainsi que du contexte local (hygiène) et général (cariosusceptibilité, régime alimentaire) de l'individu.

Ainsi, les formes "libres" de cavités dites "adhésives" (Porte et coll, 1948), associées aux scellements de sillons pour le groupe prémolaire/molaire (Simonsen, 1978), permettent aujourd'hui d'avoir cette approche véritablement conservatrice de la dentisterie restauratrice.

¹ JJ Lasfargue et coll. (2000) ajoute, dans cette classification Si/Sta, le stade 0 où il y a atteinte carieuse mais sans cavitation.

Au stade 0 : pas de traitement invasif (verniss fluorés, contrôle...).

Au stade 1 et 2 : possibilités de restauration par techniques directes.

Au stade 3 et 4 : restaurations indirectes, voire dépulpaire pour ancrage radiculaire au stade 4 car il ne reste plus suffisamment de parois coronaires résiduelles.

Les procédures cliniques

Certes l'amalgame d'argent reste le matériau dont la mise en œuvre est aisée et rapide, et surtout pour lequel les erreurs techniques de manipulation ne semblent pas avoir de conséquences sur la longévité des restaurations. Les procédures cliniques et le maniement des matériaux adhésifs nécessitent une rigueur technique et une maîtrise parfaite de toutes les étapes pour garantir le succès de la restauration. Les fautes, les erreurs ne sont pas pardonnées : la sanction est immédiate par perte de l'obturation, ou médiata, par récurrence de carie.

L'indication de restauration aux résines composites par technique directe, doit être posée, et l'on peut suivre les paramètres du choix proposé par Dietschi et coll, 1997 (Tableau 2).

On voit donc que l'indication de technique directe s'applique aux cavités SI/STA de petite et moyenne étendues. On pourra, dans les cavités de moyenne et grosse étendues, si l'on peut réaliser une technique directe, associer une résine composite fluide ou un CVIMAR en fond de cavité, afin de diminuer le volume de composite et par là même les risques de hiatus dus à la contraction de polymérisation.

Dans cette approche médicale des restaurations adhésives des dents postérieures, il est évident qu'il faut respecter un certain protocole dont nous allons énoncer les différentes étapes.

1. Diagnostic clinique et radiologique. L'examen clinique minutieux et un cliché rétrocoronaire (bite-wing) préopératoire permettront d'évaluer très précisément le volume de la perte de substance, son contexte occlusal, proximo-dentaire et gingival.

Si/Sta	0	1	2	3	4	Black
1	10	11	12	13	14	I, IV bord libre
2	20	21	22	23	24	II, III, IV angle
3	30	31	32	33	34	V

Tableau 1. Correspondance classification Si/Sta - Black.

Paramètres	Variables	Technique directe	Technique semi-directe	Technique indirecte
Nombre de restaurations à réaliser	2	++	++	-
	3	+	-	+
Volume des restaurations	Petit	+++	-	-
	Moyen	++	+	-
	Gros	-	++	+
Épaisseur d'émail résiduel	≤ 1,5 mm	++	++	++
	≥ 1 mm	-/+	+	+

Tableau 2. Critères de choix d'une technique de restauration (selon Dietschi et coll. 1997).

Pose de l'indication d'une restauration adhésive, choix du matériau (technique directe) ou des matériaux (technique sandwich).

2. Anesthésie si nécessaire.

3. Pose d'un champ opératoire étanche (digue) de préférence sur le cadran et au moins une dent en mésial et en distal de la dent à traiter.

Eviter de poser un crampon sur la dent traitée (carie proximale) afin de permettre la pose d'une matrice.

4. Accès à la cavité de carie. Éviction des tissus cariés. Préparation de la cavité.

– Accès

Il doit se faire en privilégiant l'économie tissulaire tout en permettant l'éviction contrôlée et contrôlable des tissus cariés.

L'accès à la cavité de carie, particulièrement pour les caries proximales, essaiera de respecter la crête marginale si le volume et la situation de la carie le permettent. Cet accès sera réalisé à l'aide de fraises diamantées (boule ou poire) montées sur turbine sous spray. Pour les petites cavités, il est possible d'utiliser les inserts diamantés de KAVO (Hugo et coll, 1998) (système Sonicsys) ou l'air abrasion (Ferdianakis et coll, 1999).

– Éviction des tissus cariés :

L'émail carié est totalement éliminé. La dentine cariée sera aussi éliminée après

contrôle par des colorants spécifiques. La dentine cariée est éliminée à l'aide de fraises boules acier ou tungstène montées sur contre-angle à vitesse lente, sous spray. Le contrôle est effectué manuellement à l'aide d'une sonde et le curetage, éventuellement complété avec un excavateur affûté, adapté à la cavité.

D'autres moyens, chimiques ou chimio-mécaniques (système CARISOL) peuvent également être utilisés, permettant l'éviction de la dentine infectée, à minima.

– Mise en forme de la cavité :

Le plus souvent la cavité aura la forme laissée par l'éviction des tissus cariés, c'est-à-dire par une forme sphéroïdale. On ne cherchera pas à donner une forme géométrique à la cavité.

La mise en forme terminale consistera essentiellement par la finition du bord cavo-superficiel et par les vérifications d'épaisseurs de matériau de restauration et de contacts occlusaux statiques et dynamiques.

Si des parois d'émail non soutenues apparaissent en fin de curetage et qu'elles ne sont pas soumises au stress occlusal, elles seront conservées et renforcées par le collage.

5. La finition des bords sera ainsi réalisée.

– Bords nets au niveau occlusal

– Biseaux proximaux et cervical. Ces biseaux sont controversés dans la littérature.

– La limite gingivale des cavités proximales fait aussi l'objet de controverses. Il est clair que cette limite doit être accessible (pose du champ opératoire étanche). L'importance de la présence d'émail à ce niveau ou de son absence devient secondaire avec les adhésifs récents. Il existe cependant une controverse concernant la réalisation d'un biseau à ce niveau quant à sa forme (plat ou convexe) et son angulation (Castillo, 1999; Dietrich et coll, 1999) ou même quant à l'emploi de système soniques (Krejci et coll, 1998).

Les sillons anfractueux ne seront préparés et ouverts qu'en cas de doute d'infiltration carieuse. Sinon, il seront englobés dans un " scellement de sillons adhésifs " réalisé après la finition de la restauration (Simonsen, 1978).

6. Toilette de la cavité

Des solutions désinfectantes (tubulicid, cavity-cleanser) peuvent être utilisées avant de réaliser les étapes de la restauration proprement dite.

De nouveaux types d'instruments de préparation des cavités se font jour: sono-abrasion, air abrasion, LASER pulsé néodyme-Yag. Ces matériels et instruments vont dans le sens de l'économie tissulaire et des préparations cavitaires à minima.

7. Protection dentino-pulpaire ou non (Pashley, 1992; Roulet et coll, 2000; Roulet, 1997).

Hors des controverses actuelles à ●●●



j.j. maes sygma
your personal touch



NOUVEAU!

Acanto Lux. Une nouvelle dimension s'offre à vous !



Convivialité, performance et rapport qualité/prix sont les principes qui ont guidé la réalisation de l'ACANTO.

Aucun effort n'a été épargné par FEDESA pour vous offrir ce concept au design magnifique.

J.J. MAES SYGMA

Showroom: Parkstraat 34 • 3070 Kortenberg • Tel. 02 759 42 52 • Fax 02 759 37 20

Showroom: Plezantstraat 22 • 9100 St-Niklaas • Tel. 03 780 20 00 • Fax 03 780 20 01

www.jjmaessygma.be


FEDESA



●●● ce sujet, il est clair que la qualité de la dentine, l'âge du patient, le passé pathologique de la dent, le bilan physiopathologique pulpaire interviendront dans la décision thérapeutique de coiffage dentinaire.

Toutefois, l'objectif à atteindre est de permettre une restauration biologiquement intégrée, donc sans risque d'infiltration bactérienne secondaire et sans agression iatrogène.

Même si certains auteurs préconisent la réalisation de coiffage direct à l'aide d'un adhésif, il est plus prudent d'avoir un comportement médical et rationnel: l'important sera d'évaluer l'épaisseur de dentine résiduelle (EDR) sur le cliché rétrocoronaire. Si cette EDR est inférieur à 2 mm on réalisera une protection dentino-pulpaire à l'aide d'hydroxyde de calcium déposé a minima uniquement en regard de la zone la plus profonde, recouvert de CVIMAR. On prendra soin de laisser le maximum de surface dentinaire exposée autour du coiffage afin de réaliser un couche hybride périphérique.

Si cette EDR est supérieure à 2 mm, et si de surcroît il s'agit de dentine réactionnelle, c'est la réalisation d'une couche hybride et le scellement des tubuli dentinaires qui assureront le mieux la protection dentino-pulpaire.

Les réactions de sensibilité post-opératoires en seront ainsi diminuées voire inexistantes, et dépendent surtout de la technique d'insertion du matériau de restauration (stratification) ainsi que de la rétraction de polymérisation.

8. Mise en œuvre de la restauration par technique directe.

– Conditionnement des tissus minéralisés (Van Meerbeck et coll, 1996).

L'évolution des adhésifs a considérablement simplifié les manœuvres opératoires :

Mordançage total amélo-dentinaire pendant 30 secondes, à l'aide d'acide orthophosphorique de 35 à 37% sous forme de gel coloré, injecté à la seringue.

On commence par le pourtour de la cavité (émail) pour terminer au niveau dentinaire.

Le rinçage au spray air/eau, sans graisse, durera 30 secondes au moins, afin d'éliminer les résidus d'acide et de produits

de la décalcification.

Idéalement nous devrions, au séchage, avoir un aspect blanc-crayeux au niveau de l'émail, et une dentine légèrement humide afin d'éviter le collapsus de la couche de collagène décalcifiée.

Cliniquement il est très difficile d'obtenir cet aspect. La plupart des auteurs recommandent donc d'appliquer un « léger jet d'air » (Linden et coll, 1995), acte imprécis et non reproductible. L'autre solution peut être de sécher l'émail et la dentine puis de ré-humidifier la dentine secondairement.

L'emploi de systèmes adhésifs à une seule étape, à deux étapes (dissolvant la boue dentinaire, automordançant ou éliminant la boue dentinaire) ou en trois étapes (éliminant la boue dentinaire) (Van Meerbeck et coll, 1996), permet aujourd'hui d'obtenir de façon reproductible et fiable une bonne adhésion aux tissus minéralisés, à condition de respecter les protocoles proposés par les fabricants.

– Insertion du matériau

Les techniques de stratification et procédures de photopolymérisation.

Cette étape importante de la réalisation d'une restauration adhésive va conditionner en grande partie le succès ou l'échec de la restauration quant à son étanchéité marginale, et de ce fait sa pérennité.

Les techniques proposées sont très nombreuses, depuis l'obturation en seul apport « technique en masse unique » (Dietschi et coll, 1997) jusqu'à l'incorporation d'inserts en céramique pour réduire le volume du composite, en passant par les innombrables techniques multicouches (Lutz et coll, 1980/90; T'jan et coll, 1992).

Pour le cas particulier des cavités de classe II, il sera nécessaire d'envisager l'emploi de matrice proximale pour obtenir un point de contact fonctionnel.

Après de nombreuses controverses concernant le choix des matrices, métalliques ou translucides, la qualité du point de contact obtenu, la faisabilité clinique et le facteur temps ont largement tranché en faveur de l'emploi de matrices métalliques conventionnelles (Kays cité par Dietschi et coll, 1997) avec ou sans porte matrice, avec écartement par coins de bois.

Cependant, certaines techniques multicouches sont basées sur l'emploi de matrices transparentes et coins translucides (Lutz 1996, cité par Dietschi et coll, 1997), permettant d'avoir trois vecteurs différents de polymérisation. Si cette technique donne d'excellents résultats, elle très consommatrice en temps, et la mise en place d'une matrice translucide n'est pas toujours aisée, surtout du côté proximal sain: cette technique est difficilement compatible dans une pratique quotidienne.

Ces techniques d'insertion dépendent toutes du volume de la restauration, en rapport avec la contraction de polymérisation du composite, et l'étendue de la carie (facteur C) (Davidson et coll, 1984).

Ainsi on pourra décrire deux techniques simples, utilisables en pratique quotidienne :

– L'apport unique, réservé aux cavités occlusales de très petit volume (Dietschi et coll, 1997) (profondeur de la cavité n'excédant pas 2 mm), avec une insolation minimum de 40 secondes. Il est important de contrôler les caractéristiques et le bon état de fonctionnement de la lampe à photopolymériser.

– Les techniques multicouches pour les cavités petites et moyennes, occlusales et proximales, avec des variantes associées à des techniques d'insolation classiques ou progressives :

- couches horizontales (Lutz et coll, 1980/90), pour les cavités de site 2 ;

- technique des 3 sites de Lutz (1986), pour les cavités moyennes de site 1 et 2. Il s'agit d'une technique de polymérisation des restaurations proximales molaires devant permettre de diminuer au maximum le retrait de polymérisation. Pour cela, on utilise une matrice transparente avec coins de plastique transparent. La polymérisation débute par la face occlusale, couche par couche en premier lieu, puis avec deux lampes, une linguale ou palatine et une vestibulaire. Pour la face proximale et au niveau cervical la polymérisation se fait à travers le coin plastique transparent ;

- technique oblique (T'jan et coll, 1992), pour les cavités moyenne de site 1 et 2.

Cette dernière technique semble le plus répondre à la fois aux exigences de ●●●

●●● pratique simple (dans le cadre de matériaux alternatifs à l'amalgame) et aux exigences d'étanchéité et de contraction de polymérisation (Davidson et coll, 1984).

La technique consiste à déposer une première couche oblique dans le fond de la cavité, prenant appui sur la paroi pulpaire et une paroi vestibulaire ou palatine (site 1), ou paroi gingivale, paroi proximale vestibulaire ou palatine/linguale, et paroi interne de la matrice (site 2).

La deuxième couche, toujours oblique, sera déposée à l'opposé de la première. La dernière couche sera horizontale et reconstituera l'anatomie de la face occlusale.

Afin de réduire le volume de matériau composite la technique sandwich est depuis longtemps proposée par Mac Lean et coll: il peut être intéressant dans le cas de cavités profondes (site 1 et 2), d'utiliser soit un CVIMAR , soit un composite fluide en fond de cavité (Mount et coll, 1997).

L'emploi de compules à embouts fins montées sur des seringues à injection permet d'optimiser la mise en œuvre

de ces techniques, et d'économiser du matériau sans le polluer. De même, l'utilisation de spatules et fouloirs en nitrure de titane permet, de façon précise et confortable, d'insérer les différents incréments de matériau qui ne colle pas à ces instruments (Dietschi et coll, 1997; Medioni, 1991).

Certains auteurs (Ericson et coll, 1991; Jorgensen et coll, 1984) proposent l'utilisation d'embouts translucides de condensation et de polymérisation simultanées montés sur le tube de quartz de la lampe à photopolymériser, ce qui diminuerait la contraction de polymérisation.

D'autres auteurs proposent l'emploi d'instruments spécifiques en plastique translucide (Contact pro, CEJ Dental) permettant à la fois de condenser l'incrément de composite, de le plaquer contre une matrice translucide et de polymériser, instrument en place.

En résumé, nous trouverons dans le tableau 3 ci-dessous la technique la plus adaptée de restauration en fonction de la perte de substance.

Enfin, un autre avantage de ces techniques de stratification concerne l'esthé-

tique finale de la restauration: on peut ainsi faire varier les teintes au cours du montage de la restauration.

On utilisera des teintes « dentine » opaques, plus jaunes pour les premières couches déposées en fond de cavité, des teintes « émail », plus claires et translucides en surface.

Il sera même possible d'utiliser des composites de « maquillage » fortement colorés en orange ou brun, pour simuler des sillons occlusaux colorés. Ces maquillants seront déposés avant la couche « émail ».

Ainsi, les techniques d'insertion proposées permettent de répondre à la fois aux critères imposés par le matériau composite (contraction de polymérisation, contraintes, degré de polymérisation) et aux critères biologiques (étanchéité, protection de l'organe dentino-pulpaire et mimétisme de la restauration) (Bouschlicher et coll, 1997).

9. Finitions, polissage, glaçage

L'étape technique ultime et incontournable des restaurations aux résines composite concerne la finition et le polissage de cette obturation. Selon (Dietschi ●●●

Perte de substance (Si/Sta)	Matrice/Coin	Technique d'insertion	Technique de polymérisation
1/1	Sans	1 incrément	Insolation (40 s minimum)
1/2	Sans	Insertion oblique, (3 incréments minimum)	Progressive ou avec embouts, + insolation finale et à travers les cuspidés
1/3	Translucide Coins transparents	Avec CVIMAR ou composite fluide puis insertion oblique	Progressive ou avec embouts + insolation finale et à travers les cuspidés
2/1	Métallique Coins de bois	Insertion multicouches horizontales (3 incréments minimum)	Polymérisation en 3 sites + photopolymérisation finale
2/2	Métallique Coins de bois	Insertion multicouches horizontales (3 incréments minimum)	Progressive ou avec embouts, + insolation finale et à travers les cuspidés
2/3	Métallique Coins de bois	Avec CVIMAR ou composite fluide, puis insertion horizontale (3 incréments minimum)	Progressive ou avec embouts, + insolation finale et à travers les cuspidés

Tableau 3. Technique d'insertion et de polymérisation selon la perte de substance.

RADIOLOGIE
DENTAIRE



IMAGERIE
NUMÉRIQUE



LOGICIELS
DENTAIRES



TROPHY BENELUX
Centre Cal les Dauphins
30, avenue des Nymphes
1410 WATERLOO
BELGIQUE
Tél : + 32 2 354 15 28
Fax : + 32 2 256 51 79
Email : info@trophybenelux.be
www.trophybenelux.be

A la source d'une belle image naissent les grands traitements.

Rien de tel qu'une bonne image pour construire un diagnostic fiable et précis. En intra et en extra-oral, en argentique comme en numérique. Trophy, leader mondial de l'imagerie dentaire, propose une gamme complète de solutions adaptées à tous types de besoins et d'exercices. Seul fabricant au monde à maîtriser la chaîne de l'image dans son intégralité, Trophy s'engage à mettre à votre service des produits innovants et performants qui vous aident à travailler mieux, plus vite et plus intelligemment. Pour un diagnostic et un traitement de haute qualité, exigez la garantie de la maîtrise totale. Exigez l'exigence Trophy.


trophy

En vente auprès de nos distributeurs agréés.
Démonstration ou documentation sur simple demande au
02/354 15 28



Les principes de Black énoncés pour l'amalgame doivent être modifiés pour s'adapter aux biomatériaux adhésifs.

- et coll, 1997) les objectifs de cette étape s'énoncent en trois points :
 - obtenir une parfaite continuité entre les tissus dentaires et la restauration aux niveaux des bords occlusaux et proximaux ;
 - aplanir les surfaces irrégulières ou assurer la sauvegarde de celles déjà déterminées ;
 - éliminer tous les éventuels défauts marginaux.

Les techniques de finition et de polissage ne doivent en aucun cas altérer ou détruire la restauration. Elles ne doivent que l'améliorer.

Enfin cette étape est nécessaire afin d'éliminer la surface de la dernière couche de composite, qui serait mal polymérisée au contact de l'oxygène de l'air. Cette couche d'inhibition résisterait mal aux contraintes mécaniques de la fonction masticatoire.

Certains auteurs (Bergmann et coll, 1991; Bovey et coll, 1948) ont même proposé de recouvrir le dernier incrément de matériau d'un gel de glycérine (Airblock, Detrey) et de réaliser l'insolation à travers ce gel, afin de permettre une bonne polymérisation du matériau à l'abri de l'oxygène de l'air.

Cette procédure devrait être systématiquement appliquée.

Après dépose du champ opératoire caoutchouté et mise en place d'un champ opératoire restreint (rouleaux de cotons et aspiration salivaire), les différents temps opératoires de cet étape sont :

- Mise en forme anatomique et fonctionnelle, élimination des excès.
- Les techniques de stratification permettent un montage de la restauration comparable au « wax-up » des techni-

ciens de laboratoire, ce que Brouillet appelle le « composite-up ». Elles devraient limiter les excès de matériau et obtenir une anatomie occlusale et proximale avec très peu de retouches. La sculpture par soustraction n'est pas une bonne technique pour les restaurations aux composites.

Nous devrions donc nous borner à éliminer les excès lors de cette étape, et à contrôler les points d'occlusions statique et dynamique, et la tension du point de contact.

- Pour la face occlusale, nous utiliserons des fraises en Carbone de Tungstène multilames (12 ou 20 Lames, flamme ou ogivale) (Komet) ou des fraises diamantées bague rouge (flamme, ogivale), montées sur contre-angle bague rouge sous spray air-eau.

- Après contrôle du point de contact au fil de soie cirée, les excès cervicaux seront éliminés à l'aide de bandelettes abrasives gros grain (Hawe Neos, Detrey).

Il faut éviter l'emploi de fraise dans cette zone. Eventuellement, en cas d'excès sur les parois proximales de la cavité, dans les zones accessibles, on pourra employer des disques abrasifs, mais avec précaution.

– Polissage

La littérature est très abondante sur les moyens et techniques de polissage, mais aucune méthodologie ne se dégage de façon sûre et reproductible.

On y trouve même certaines controverses, car la plupart des techniques sont testées in vitro.

Il faut avoir à l'esprit que l'aspect immédiat de la restauration après polissage, ne durera que très peu de temps, dans la mesure où dès la mise en fonction,

les processus de dégradation physico-chimique induits par le milieu buccal et l'usure modifieront très rapidement cet état de surface.

Cependant, les manœuvres de polissage devront attirer toute notre attention et notre minutie, afin d'obtenir une surface lisse la plus régulière possible pour minimiser ces effets. Le polissage sera réalisé à l'aide de pointes montées en résine (Enhance, Detrey) ou de fraises multilames (30 lames KOMET) ou diamantées (bague jaune, blanche, KOMET), afin d'obtenir le meilleur état de surface possible.

- Scellement des bords marginaux, glaçage

Lors des étapes de finition et polissage, certains défauts ou micro-défauts peuvent avoir été créés au niveau marginal. La plupart des auteurs conseillent de réaliser un scellement des bords marginaux après ces étapes, tout en sachant que l'aspect brillant obtenu n'est que très éphémère :

- sous champ opératoire restreint, mordantage du bord marginal de l'obturation à l'acide orthophosphorique pendant 30 secondes ;
- rinçage et séchage complet ;
- application d'une résine spéciale (FORTIFY Bisico), qu'on laisse pénétrer pendant une minute dans les anfractuosités, puis qu'on photopolymérise. On peut également utiliser des résines de scellement de sillons.

10. Suivi postopératoire

Un suivi post-opératoire immédiat (à 8 jours) et de contrôle (tous les 6 mois) doit être instauré afin de vérifier l'intégration fonctionnelle de la restauration. ■



**Jean-Jacques
Lasfargues**

DCD, DSO, DEO
Professeur des Universités
Responsable du département
d'Odontologie conservatrice et
Endodontie (Paris 5)
Fondateur et Rédacteur en chef
de « Réalités Cliniques »
Plus de 150 publications, plus
de 260 communications dans
le monde

Objectifs — Depuis les dernières décennies, le besoin de développer une dentisterie plus préventive s'est progressivement imposé : c'est une nécessité de limiter le coût biologique de nos interventions, pour ralentir le turn-over du cycle des restaurations, et pour améliorer la longévité dentaire dans un contexte d'augmentation de la durée de la vie.

Au lieu du réducteur « fraiser et obturer » de notre ancienne dentisterie opératoire, il s'agit aujourd'hui de **conserver, protéger, renforcer, pérenniser**, objectifs cardinaux de la dentisterie restauratrice moderne, une odontologie qui se veut résolument, *enfin et réellement conservatrice*.



La pratique **moderne** du composite **postérieur**

PROGRAMME

- 8h30 Accueil-café et petit déjeuner
- 9h00 La prise de décision en Dentisterie Restauratrice
- 10h30 Pause-café
- 11h00 Le point sur les adhésifs et les composites
- 12h30 Lunch
- 14h00 Exérèse des tissus cariés et préparations cavitaires conservatrices
- 15h30 Pause-café et desserts
- 16h00 Composites postérieurs directs et indirects
- 17h30 Fin

Charleroi Espace
Meeting Européen
147, rue des Français
6020 Dampremy

Déjà 260 inscrits
Reste : 40 places



Fiche technique de ce cours

<i>Quand ?</i>	Samedi 15 mai 2004, 9h00 - 17h30
<i>Où ?</i>	Charleroi Espace Meeting Européen
<i>Disponibilité ?</i>	300 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
<i>Accréditation ?</i>	OUI : agréé sous le n° 8354 - 40 UA sd 4
<i>Agrément DG ?</i>	OUI : 6 heures
<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris 180,- EUR
	Après le 5/5/04 : +50,- Sur place (si disp.) : +100,-
<i>Réductions* ?</i> <small>* conditions en page 41 du JOD 7 (janvier 2004)</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : 5 %
	Réduction-fidélité : jusque 25 %
<i>S'inscrire !</i>	Bulletin d'inscription en avant-dernière page

1^{ère} fois
à Liège !

Prochaine
activité

LIÈGE

VENDREDI

18 JUIN 2004



Olivier Hüe

DCD, DSO

Maître de Conférences
Université Paris 7 Denis Diderot
Praticien hospitalier Hôtel-Dieu
Garancière

Responsable du département
de prothèse

Nombreuses publications

Objectifs — Les restaurations prothétiques de petites, moyennes a fortiori de grandes étendues doivent bien évidemment rétablir les différentes fonctions physiologiques spécifiques au système manducateur, mais aussi ne pas créer de déséquilibre occlusal susceptible de générer des déséquilibres musculo-articulaires, et à l'opposé contribuer au traitement de ces mêmes déséquilibres.

En effet, les déséquilibres occlusaux, longtemps appelés SADAM ou plus récemment les algies de l'appareil manducateur (ADAM), possèdent de nombreuses étiologies. Parmi celles-ci, les unités dentaires, l'occlusion jouent un rôle plus ou moins contesté mais cependant réel. En conséquence, en présence d'une restauration prothétique, l'examen clinique doit être complet de manière à confirmer l'absence d'un déséquilibre occlusal ou à mettre en évidence l'existence de ce dernier.

L'objectif de ce cours est dès lors de parvenir à détecter les problèmes et les traiter avant de passer à la phase ultime, celle consacrée à la restauration prothétique.

Stabilité - stabilisation occlusale en denture naturelle



Comment la **conserver** ? Comment la **rétablir** ?

Fiche technique de ce cours

Quand ?	Vendredi 18 juin 2004, 14h00 - 17h30
Où ?	Auditorium Fortis Banque Liège
Disponibilité ?	250 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
Accréditation ?	OUI : agréé sous le n° 8409 - 20 UA sd 7
Agrément DG ?	OUI : 3 heures
Combien ?	Montant de base tout compris 100,- EUR
	Après le 8/6/04 : +50,- Sur place (si disp.) : +100,-
Réductions* ? <small>* conditions en page 41 du JOD 7 (janvier 2004)</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : 5 %
	Réduction-fidélité : jusque 25 %
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page

RÉALITÉS
du quotidien

Auditorium Fortis Banque

8, place Xavier Neujean
4000 Liège



L'ÉQUIPE OFFICIELLE FOURNISSEUR DE SOURIRES.

1-Sandrine Boucqueau
Responsable département «amovibles»

2-Jean-Philippe Branle
Spécialisé en «squelettiques»

3-Nancy Labar
Préparation modèles & empreintes

4-Hassen Hedili
Ressources humaines et «amovibles»

5-Didier Nollet
Spécialisé en armatures fixes, implants, attachements, fraisage, CAD-CAM, proceera

6-Olivier de Lovinfosse
Spécialisé en céramique, conférencier et auteur d'articles scientifiques

7-Samia El Kalai
Céramiste

8-Benjamin Vanderheyden
Armatures fixes

9-Nadia Tahri
Porte-empreintes & Cires d'occlusion

10-Laurent Santunione
Spécialisé en «montages» (Amovible)

11-Philippe Vandecandelaere
Responsable du Laboratoire

12-Frédéric & Sonia
Livreurs

**ON PARLE BEAUCOUP DE NOUS MAIS ÊTES-VOUS
SÛR DE BIEN NOUS CONNAÎTRE ?**



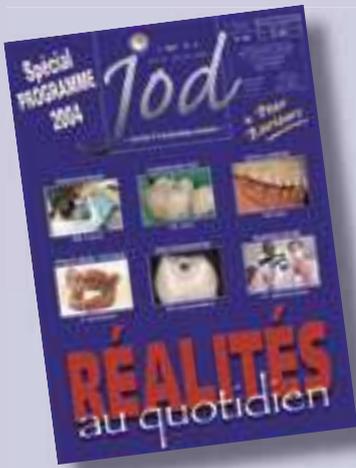
PROTHETICA
Laboratoire dentaire

notre service express

SPEED  **Dental**

02 - 512 00 62

Rue de Hal, 3 - 1190 Bruxelles



Programme 2004

Ci-dessous la liste des prochaines activités du COD.

Nous avons rassemblé ces activités scientifiques sous le titre générique « Réalités au quotidien », car ce programme est idéal pour le dentiste généraliste qui s'implique dans la formation continue. Tout s'y trouve : qualité et diversité scientifiques, orateurs francophones, salles de congrès de grand confort, convivialité des moments de détente, et tout ce qu'il faut pour votre accréditation et le maintien du remboursement de vos patients.

Il vous est possible de vous inscrire à ces activités à tout moment de l'année, dans les limites de disponibilité. Un bon conseil : ne traînez pas. Le succès est déjà colossal pour certaines activités.

La volonté première du COD est que les participants s'inscrivent en pleine connaissance de cause.
Pas de chat dans un sac chez nous !

Souhaitez-vous ?

- plus d'informations sur l'ensemble des activités 2004
- les présentations écrites par les conférenciers
 - les détails des curriculum vitae des orateurs
- les adresses, plans d'accès et les détails techniques des centres de congrès
- le résumé de toutes vos obligations en matière de formation continue
 - une foule d'autres informations pratiques

Consultez le JOD n°7 Spécial Programme 2004 de janvier !

Vous l'avez égaré ?
Demandez-nous un nouvel exemplaire gratuit par téléphone au 04 73 41 51 67 ou par courrier électronique à l'adresse mail.cod@swing.be.



Complétez vite le bulletin d'inscription en avant-dernière page et déterminez vous-même votre réduction-fidélité !

<p>Samedi 15 mai 8h30 - 17h30 CHARLEROI</p>		<p>La pratique moderne du composite postérieur Jean-Jacques Lasfargues Accréditation : agréé sous le n° 8354 - 40 UA sd 4 Maintien de l'agrément DG : 6 heures</p>
<p>Vendredi 18 juin 13h30 - 17h30 LIÈGE</p>		<p>Stabilité - stabilisation occlusale en denture naturelle Olivier Hüe Accréditation : agréé sous le n° 8409 - 20 UA sd 7 Maintien de l'agrément DG : 3 heures</p>
<p>Samedi 2 octobre 8h30 - 17h30 CHARLEROI</p>		<p>Les 10 commandements de la prothèse complète Jean-Paul Louis Accréditation : agréé sous le n° 8355 - 40 UA sd 7 Maintien de l'agrément DG : 6 heures</p>
<p>Samedi 20 novembre 8h30 - 12h30 BRUXELLES</p>		<p>L'« infiniment petit » : Microcavités & lésions de collet Frank Decup & Richard Kaleka Accréditation : agréé sous le n° 8372 - 20 UA sd 4 Maintien de l'agrément DG : 3 heures</p>
<p>Samedi 13 décembre 8h30 - 17h30 CHARLEROI</p>		<p>Dental Thema Day Radiologie dentaire Radiodiagnostic + radioprotection Accréditation : agréé sous le n° 8410 - 40 UA sd 3 Maintien de l'agrément DG : 6 heures Exigences en matière de radioprotection : couvertes</p>

L'enseignement pratique au fauteuil



Un programme complet de Parodontologie et d'Implantologie Cycle de 6 séminaires de 2 journées

- | | |
|---|--|
| <p>1. Des bases indispensables à la clinique;
le traitement non chirurgical
11 - 12 mars 2004</p> | <p>4. Régénération tissulaire guidée.
Régénération osseuse pré-implantaire
et péri-implantaire
7 - 8 octobre 2004</p> |
| <p>2. La chirurgie pré-prothétique,
la chirurgie osseuse résectrice,
les techniques reconstructives
13 - 14 mai 2004</p> | <p>5. IMPLANTS I.
Les techniques de traitements implantaires
chirurgicaux et prothétiques
2 - 3 décembre 2004</p> |
| <p>3. Problèmes muco-gingivaux
et traitement des dénudations radiculaires
1 - 2 juillet 2004</p> | <p>6. IMPLANTS II.
Cas complexes parodontaux, implantaires
et prothétiques
février 2005</p> |

Implantor 2L Brushless

Le micromoteur dont vous avez toujours rêvé !

Si la firme CASTELLINI nous a toujours habitués à des prouesses techniques se montrant à l'avant-garde de l'innovation, elle le prouve encore une fois avec son tout nouveau micromoteur révolutionnaire.

Tout en conservant les dimensions et le poids d'un micromoteur utilisé d'habitude en pratique courante, et par conséquent inférieure aux modèles spécifiques en périphériques séparés, il allie à la fois une utilisation pour la dentisterie conservatrice, la chirurgie et l'endodontie, le tout parfaitement incorporé aux unités de la gamme.

Ses principales caractéristiques techniques sont sa vitesse variable linéairement de 200 à 50.000 t/m maintenue constante quelque soit la charge et l'absence de balais excluant ainsi tout élément sensible à l'usure.

Conservative

La large plage de vitesse à couple constant autorise son utilisation quelque soit la technique requise. Avec un contre angle multiplicateur par 5, la vitesse de rotation de la fraise atteint les 250.000 t/m, ce qui égale la vitesse moyenne de la turbine en charge avec l'avantage d'une puissance largement supérieure. Le menu de l'unité offre une vue du choix du rapport réduction / multiplication indiquant la vitesse de rotation réelle de la fraise.

Implantologie

Outre le fait d'être pourvu d'un spray externe ou interne l'utilisation chirurgicale est garantie par la prestation du micromoteur à basse vitesse et de la possibilité offerte par le software de programmer la valeur du couple. Avec l'utilisation d'un contre angle WH WS-75 E/KM le couple maximum est de 50 Ncm. Le display de l'unité fournit l'indication de la valeur en Ncm suivant le type de pièce présélectionnée.

Endodontie

Avec le mode ENDO, son utilisation pour les interventions d'endodontie canalaire s'active par une commande sur la tablette de l'unité. Lorsque cette fonction est activée, la vitesse se voit limitée à 9.000 t/m et n'est pas réglable avec la pédale de commande.

Après la sélection du rapport de transmission de la pièce choisie, le couple est limité à 5 Ncm tout en restant réglable en pourcentage de 1 à 100.

S'offrent alors à l'utilisateur trois types de fonctionnement :

- NORM (normale) : le micromoteur s'arrête automatiquement lorsqu'il atteint le couple maximum programmé.
- REV (reverse) : lorsqu'il atteint le couple maximum imposé, le micromoteur tourne en sens inverse durant une seconde puis il s'arrête.
- AREV (autoreverse) : lorsqu'il atteint le couple maximum imposé, le micromoteur inverse la rotation durant une seconde et tourne à nouveau en sens horaire pour reprendre le cycle jusqu'à rejoindre son couple maximum. Pour l'arrêter, il suffit de lâcher la pédale de commande.

Ce micromoteur est déjà de série dans toute la gamme CASTELLINI. Quoi de plus normal tellement il est difficile de s'en passer ! La recherche que vous souhaitez est entre de bonnes mains et dans la sphère de l'excellence, vous n'avez pas encore tout vu. ■

Communiqué de CASTELBEL SA
Avenue Sabin 14 - 1300 WAVRE
Tél. 010 818 343
info@castelbel.be - www.castelbel.be

DUO DE CASTELLINI ET SI C'ETAIT LA PERFECTION !

Habitués que nous sommes au prodigieux pouvoir innovateur de la firme CASTELLINI, cette fois nous devons reconnaître qu'elle a fait fort, très fort.

En effet, tout y est nouveau et ce qui saute immédiatement aux yeux, c'est la symétrie parfaite de l'ensemble rendant possible son utilisation tant pour droitier, gaucher ou ambidextre.

En peu de mouvements vous le transformez en la version souhaitée repoussant à l'infini les possibilités ergonomiques d'utilisation. Une instrumentation HI-TECH équipée à souhait une tablette stylisée d'une rare efficacité.

De toute évidence, la présence d'origine du nouveau micromoteur IMPLANTOR BRUSHLESS 50.000 t/m s'imposait. Cela veut tout simplement dire qu'il vous est possible de l'utiliser en configuration soit habituelle, soit chirurgicale comme un moteur d'implantologie, soit endo avec un contrôle parfait du couple empêchant toute fausse route.

Côté hygiène, l'évolution s'inscrit dans la continuité par le perfectionnement des systèmes déjà existants. Un AUTOSTERIL CASTELLINI TOP CLASS avec alimentation autonome, désinfection des circuits de spray, cycles de 2-5-10 minutes + cycle de nuit pour assurer une sécurité totale sans perte de temps. A cela s'ajoute un cycle de désinfection de l'ensemble du système d'aspiration et une grande cuvette crachoir en céramique parfaitement extractible pour en faciliter l'entretien.

En résumé, nous touchons à la perfection qu'il vous est possible de découvrir dès les 13, 14, 15 et 16 mai prochain (de 10 à 18h) à l'occasion des JOURNEES NOUVEAUTES qu'organise la firme CASTELBEL à l'occasion de ces 30 ANS d'expérience.

Une visite qui s'impose ! ■



MONTRÉAL

Canada

Congrès annuel

printemps 2004

Plus de 225
exposants

Palais des Congrès de Montréal

Réservez vos dates

29 mai au 2 juin 2004

Montréal • Canada

Plus de 80 conférenciers dont :

Médecine buccale

Dr Michael A. Huber
Pr Roger A. Montell
Dr Peter Chauvin
Dr Jean-Paul Goulet
Dr Benoît Lalonde
Dr Louis G. DePaola

Capsules télévisées

Dr Daniel Tanguay
Dre Olga Skica
Dr Michel Bigras
Dr Emanuel Alvaro
Dr Louis De Koninck
Dr Jeff Erdan
Dr Stéphane Roy
Mme Sylvie Martel

Endodontie

Dr Normand Aubre
Dr Pierre Machtou
Dr Barry Lee Musikant
Dr Stephen P. Niemczyk
Dr Donald C. Yu

Dentisterie restauratrice

Dr Gordon J. Christensen
Dr Gerald E. Denehy
Dre Dorothy McComb
Dr Alain Landry
Dr Barry Dolman
Dr Dominique Estrade

Implantologie

Dr Pietro Di Battista
Dr Yvan Poitras
Dr Gilles Dubé
Dr Jacques A. Boileau
Dr Denis J. Gosselin
Dr Louis Trudel
Dre Linda Nicholson
Dr François Gagnon

Dentisterie esthétique

Dr Ian Shuman
Dre Simona Cuevas
M. Adrian Jurim
Dr Robert Weller

Mme Kathy Adisano

Dr Jeff Bruclia
Dr Joseph L. Caruso
Dr Serge Bouillaguet
Dr Michel Degrange
Dr José Vreven

Orthodontie

Dr Gregory Wilkinson
Dr Claude Chabre
Dr André J. Horn

Dentisterie haute technologie

Dr Thomas K. Hedge
Dr Kenneth S. Magid
Dr Michael Swick
Dre Manon Paquette

Management

Dr Joe Steven
Dr Mark Troilo
Dr Michel M. Couture
Dr Joe Schwartz

Parodontie

Dr Philippe Gibert
Dre Marie Andrée Houle
Dr Samuel Low
Dr Pietro Di Battista
Dre Elise Shoghikian
Dr Louis Jay Malcmacher
Mme Nancy Keselyak
Mme Sherry Burns

Contrôle de la douleur

Dre Thuan Dao
Dre D. De Ville de Périère
Dr Pierre Blanchet
Dr François Lavigne
Dr Gilles Lavigne
Dr Daniel A. Haas

Environnement

Dr Jean Barbeau
Dr Pierre Payment
Dr Poul Erik Petersen
Dr Jacques Véronneau
Dr Joe Schwarcz

Dr Gilles Bocage

M. Brian Payne
Dre Louise Denhez
Dre Lise Goulet
Dr Maurice Poulin
Dr Benoît Trottier

Chirurgie buccale

Dr Robert R. Edwab
Dre Mireille Faucher
Dr François Wilson
Dr Gaëtan Noreau
Dr Jacques Goulet
Dr Christian Robin
Dr Philippe Libersa
Dr Julien Ghannoum

Prosthodontie

Dr Jean-Paul Louis
M. Peter T. Pontsa
Dr Hugo Ciaburro
Dr Ian Shuman
Dr Robert Valiquette



Suisse : paradis du dentiste européen ?

Dans notre édition de janvier (JOD n° 7 spécial programme 2004, pp. 5-7), vous avez pu lire un article résumant les obligations légales du dentiste belge en matière de formation continue.

Des peer-reviews ont également été programmés sur ce thème, de manière à permettre à chaque praticien de s'informer dans le détail, et de s'exprimer aussi, à ce propos.

Quoi qu'il en soit des avis, il est important de relativiser notre situation et nos obligations belges dans le contexte de nos voisins immédiats. Le JOD a enquêté en Suisse, et vous pouvez découvrir dans cet article que nos Consœurs et Confrères helvètes sont logés à une enseigne, certes différente, mais finalement pas si éloignée.

> Thierry VANNUFFEL, LSD

Vue de l'extérieur, la situation professionnelle du dentiste suisse peut paraître enviable.

Sous certains aspects, cette impression n'est pas fautive. Toutefois, l'herbe semble toujours plus verte dans le pré du voisin, et si l'on veut comparer, il faut pouvoir tout comparer. D'ailleurs, plus rien ne s'oppose à l'installation en Suisse des praticiens issus de l'Union Européenne. Alors, autant savoir...

Rencontre avec le Dr Anselm Wiskott et Patricia Berset, responsables de la formation continue à l'École de médecine dentaire de l'Université de Genève.

Le contexte helvète

Le JOD — Docteur Wiskott, la pléthore que l'on connaît dans de nombreux pays européens a-t-elle épargné la profession dentaire en Suisse ?

Anselm Wiskott — En grande partie. On recense aujourd'hui environ 4.200 praticiens pour une population de 7 millions d'habitants. Cette densité est jugée plutôt faible. Quels que soient les modèles utilisés pour cibler les besoins du public suisse en matière de soins dentaires pour les années à venir, tous s'accordent à dire qu'il y aura une pénurie dans 10 à 15 ans.

Je vois deux causes majeures à cette situation : d'une part, l'absence de promotion des études en dentisterie au cours des années 80 et 90, et d'autre part l'amélioration du pronostic dentaire de la population. En effet, le recul de l'édentation a pour effet l'accroissement des besoins en soins sur une période plus longue.

Le JOD — Pour un praticien belge, cette situation ressemble à une sorte de paradis...

Anselm Wiskott — C'est plutôt au niveau des conditions de travail que le dentiste suisse est enviable. Nous sommes le dernier bastion de l'exercice libéral en Europe, puisqu'il n'y a pas de système de sécurité sociale généralisée pour les soins dentaires : plus de 80 % des facturations se font directement au patient sans le moindre remboursement. Cela débouche sur une relation praticien-patient très spécifique.

Le JOD — Quant aux honoraires, ils sont également dans la tranche supérieure.

Anselm Wiskott — La plupart des dentistes se font honorer à un taux horaire de 300 à 400 francs suisses (*ndlr* : 200 à 265 EUR). Il faut signaler que les conditions d'exploitation sont très onéreuses. Par exemple, un technicien dentaire facture sa céramo-

métallique aux environs de 600 francs suisses (*ndlr* : 400 EUR), ce prix pouvant même doubler en fonction de la notoriété.

Par ailleurs, tous les cabinets fonctionnent avec du personnel : au moins une assistante, souvent une hygiéniste. Le taux horaire de l'hygiéniste est en moyenne de 100 francs suisses, ce qui rend ces soins abordables pour le patient, et permet au praticien de ne pratiquer que des actes à plus forte valeur médicale où les honoraires sont mieux valorisés. Le patient suisse ne soulève aucune objection à être orienté vers l'hygiéniste du cabinet, si son cas ne relève pas de l'intervention exclusive et spécialisée du praticien.

Le JOD — Les dentistes suisses sont donc pleinement satisfaits de l'existence de la profession d'hygiéniste ?

Anselm Wiskott — C'est tout simplement inconcevable autrement chez nous. L'hygiéniste est une collaboratrice indispensable du cabinet : elle pratique en quasi autonomie les détartrages, les radiographies et parfois les anesthésies, ce qui soulage grandement le dentiste. Certaines hygiénistes ont obtenu le droit de s'installer en exercice libéral, mais ce n'est qu'une infime minorité qui décide de franchir ce cap, d'une part en raison des investissements très élevés, et d'autre part parce qu'elles ne souhaitent que rarement exercer à temps plein.

L'hygiéniste est une collaboratrice indispensable du cabinet

Par ailleurs, les relations sont excellentes avec les techniciens de laboratoire. Il arrive que les essais soient réalisés chez le technicien, qui dispose parfois d'un fauteuil dentaire. Dans ce cas, le dentiste n'est même pas présent lors de l'essai. C'est le technicien qui dépose les provisoires, procède aux adaptations qu'il juge nécessaires, et replace les provisoires. Toutefois, la relation contractuelle n'existe qu'entre le dentiste et le patient d'une part, et entre le dentiste et le technicien d'autre part. Le technicien n'a pas de responsabilité propre vis-à-vis du patient, et le patient ne paie des honoraires qu'au seul dentiste.

Le JOD — Un praticien belge pourrait-il venir s'insérer dans ce système assez différent de ce qu'il connaît ?

Anselm Wiskott — Sur le plan légal, rien ne s'y oppose. Des accords bilatéraux existent entre la Suisse et l'Union Européenne. Il s'agit notamment de régler la libre circulation des citoyens au moyen de la reconnaissance réciproque des diplômes. Il suffit donc qu'un dentiste belge dispose d'un diplôme belge pour être en droit d'exercer ou même s'installer en Suisse.

En 2003, on recensait entre 500 et 600 dentistes européens ayant bénéficié de cette mesure, dont la moitié en fait travaillait déjà en Suisse depuis quelques temps et a procédé à une régularisation.

Le JOD — En matière de formation continue, la Suisse s'inscrit-elle à son tour dans le mouvement de contraintes en vigueur chez ses voisins ?

Anselm Wiskott — Tout à fait, la formation continue est devenue obligatoire chez nous. Dans la pratique, le médecin-dentiste exerçant en Suisse doit suivre 80 heures annuelles de formation obligatoire, dont 30 heures sont admises en *self standing* : il s'agit des lectures de revues, des visions de cassettes etc, pour lesquelles aucune preuve ne doit être apportée. En ce qui concerne les 50 heures restantes, il doit s'agir de participations à des séances selon une règle de base qui prévoit que le sujet doit « contribuer au développement professionnel ». Ceci laisse naturellement libre cours à de larges interprétations, y compris des réunions organisées par des banques sur la manière de placer son argent. Il n'existe en effet pas de comité d'évaluation, de pondération, d'agrégation : c'est chaque organisateur qui a le droit de certifier nominativement la présence des médecin-dentistes à ses séances, et ces certificats ne sont pas remis en cause.

Formaco

Le JOD — Dans ce contexte, Madame Berset, l'Université de Genève apporte sa pierre à l'édifice d'une manière très sérieuse...

Patricia Berset — Cela fait maintenant 10 ans que l'Unige s'investit dans la formation continue. Nous nous adressons à un public particulièrement large : 1.500 dentistes constituent no-

Patricia Berset et Anselm Wiskott, chevilles ouvrières de la formation continue à l'École de médecine dentaire de Genève





La multiplication des boutiques de prothèse ne semble pas inquiéter les dentistes suisses



tre base de données, mais nous ciblons aussi les assistantes, les hygiénistes et les techniciens.

Nous offrons un programme très varié comprenant des conférenciers issus de notre École, mais aussi d'autres Universités suisses et de l'étranger. Ceci s'inscrit parfaitement dans la philosophie de notre Université, qui prône l'esprit d'ouverture.

Anselm Wiskott — C'est exact. Le monde académique doit être ouvert par nature et ne peut évoluer en vase clos. D'ailleurs, dans notre Université, tous les postes vacants sont systématiquement disponibles pour tout candidat suisse et étranger. Nos Professeurs proviennent ainsi d'autres Universités, comme par exemple Andréa Mombelli qui est issu de Berne, ou notre dernière arrivée, Frauke Müller, qui nous vient de Mayence.

Le JOD — Cela ne pose pas quels problèmes linguistiques ?

Anselm Wiskott — Sans doute au départ, mais ce n'est guère l'essentiel. Tout le monde reconnaît que l'anglais est le vecteur scientifique par défaut, et de plus en plus d'écoles suisses enseignent dans cette langue. Même si, à l'Université de Genève, les cours se donnent en principe en français, la maîtrise de l'anglais devrait être inscrite comme une valeur de toute formation scientifique, notamment la médecine dentaire.

Il s'agit un peu d'une conséquence pratique du modèle fédéral suisse, dont, peut-être, les Belges devraient s'inspirer ? ■

Informations complémentaires

Site de l'École de médecine dentaire de Genève :

<http://cmusun9.unige.ch/smd/index1.html>

Programme de formation continue 2004 (Formaco) :

http://cmusun9.unige.ch/smd/enseign/formaco/FormaCo_2004.pdf

Site de l'association des dentistes suisses :

<http://www.sso.ch/>

Accords bilatéraux Suisse-Union Européenne :

<http://www.europa.admin.ch/ba/f/>



Votations : signes visibles des spécificités suisses, auxquelles l'exercice de la profession dentaire n'échappe pas



Peer-reviews du COD

quelques places encore disponibles

Après le succès des peer-reviews du 24 avril dernier, tenus à Gilly, dans la périphérie de Charleroi, qui ont affiché presque « complet », nous pouvons encore vous proposer la journée du samedi 23 octobre prochain. En effet, dans le cadre du Dentex, le COD met sur pied une seconde journée de peer-reviews, qui se tiendront dans l'enceinte même du Parc des expositions de Bruxelles.

Attention : certaines de ces sessions sont déjà complètes. Nous ne pouvons que vous conseiller une inscription rapide dans les créneaux encore disponibles.

Face à la surcharge de travail administratif lié aux très nombreuses inscriptions aux activités de formation continue (plus de 1.100 inscriptions au moment du bouclage), nous avons décidé de ne PAS ajouter de troisième journée de peer-reviews. Cette opportunité du 23 octobre est donc la dernière pour 2004. À bon entendre !

Journée 2 : samedi 23/10/2004

8 sessions de 20 participants maximum

Lieu : Holiday Inn
Av. Impératrice Charlotte 6 à 1020 Bruxelles



Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05
Renseignements complémentaires éventuels au 04 73 41 51 67 ou par mail : mail.cod@swing.be



Nom & prénom :
N° INAMI :
Adresse :
Code postal : Localité :
GSM : Mail:

**ÉCRIRE
LISIBLEMENT
EN CAPITALES SVP**

Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent :
.....

Je m'inscris selon les modalités suivantes :

- 1 PEER-REVIEW COD 2004 40 EUR
- 2 PEER-REVIEWS COD 2004 65 EUR

Mes préférences sont :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 9h00 Form. cont. oblig. | <input type="checkbox"/> 9h00 Alim. cariogènes |
| <input type="checkbox"/> 11h00 Tiers-payant | <input type="checkbox"/> 11h00 Occlusion au quotidien |
| <input type="checkbox"/> 14h00 Tiers-payant | <input type="checkbox"/> 14h00 Aliments cariogènes |
| <input type="checkbox"/> 16h00 Form. cont. oblig. | <input type="checkbox"/> 16h00 Occlusion au quotidien |

J'accepte les règles du COD, notamment mon affectation si nécessaire à un autre moment, un autre lieu, un autre sujet

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte 001-3545567-02 du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL
- Veuillez charger ma carte de crédit pour le montant de l'inscription



N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

Date : Signature :



**ÉCRIRE
LISIBLEMENT
EN CAPITALES SVP**

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

1. Inscription(s)

Je m'inscris selon les modalités suivantes :

- COMPOSITES - Jean-Jacques Lasfargues (15/5/2004) - CHARLEROI - 40 UA sd4**
 - Base 1 X 180 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 5/5/2004 + 50 = EUR
 - OCCLUSION - Olivier Hüe (18/6/2004) - LIÈGE - 20 UA sd7**
 - Base 1 X 100 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 8/6/2004 + 50 = EUR
 - PROTHÈSE TOTALE - Jean-Paul Louis (2/10/2004) - CHARLEROI - 40 UA sd7**
 - Base 1 X 180 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 22/9/2004 + 50 = EUR
 - MICRODONTIE - F. Decup & R. Kaleka (20/11/2004) - BRUXELLES - 20 UA sd4**
 - Base 1 X 100 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 10/11/2004 + 50 = EUR
 - RADIOLOGIE - Dental Thema Day (11/12/2004) - BRUXELLES - 40 UA sd3**
 - Base 1 X 180 = EUR
 - J'emmène mon (mes) assistant(e)(s) X 90 = EUR
 - Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 1/12/2004 + 50 = EUR
- Montant de base =** EUR

2. Réduction(s)

- Je m'inscris simultanément à 3 formations, donc je bénéficie d'une réduction-fidélité de 10% EUR
- Je m'inscris simultanément à 4 formations, donc je bénéficie d'une réduction-fidélité de 15% EUR
- Je m'inscris simultanément à 5 formations, donc je bénéficie d'une réduction-fidélité de 20% EUR
- Je suis «conjoint/collaborateur»⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant»⁽²⁾, donc je bénéficie d'une réduction de 5% EUR

⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit et payant le montant de base (ou fidélité) :

⁽²⁾ Année du diplôme et université :

⁽¹⁾ et ⁽²⁾ Voir conditions en page 41 du JOD n°7

Total à régler = EUR

3. Règlement (Les places sont attribuées par ordre de réception du règlement)

- Je verse ce jour le montant de l'inscription sur le compte 001-3545567-02 du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL
- Ci-joint un chèque barré de ce montant
- Veuillez charger ma carte de crédit 

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

4. Validation

Date : Signature :

La consistance fait la différence



VOCO Ionofil Molar AC Quick ciment verre ionomère immédiatement condensable

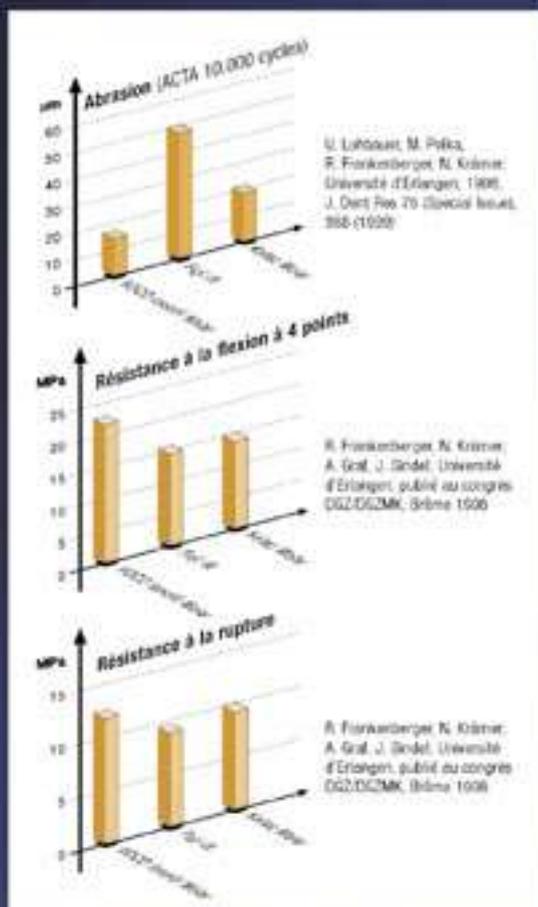
La consistance idéale de votre ciment est immédiatement disponible. Appliquer et condenser immédiatement.

Testez VOCO Ionofil Molar AC Quick:

- ▶ Consistance immédiatement condensable et non-collante
- ▶ Temps de prise rapide (seulement 2,5 min)
- ▶ Des obturations postérieures durables et des valeurs d'abrasion réduites
- ▶ En teintes A1, A3, B3 pour des restaurations esthétiques
- ▶ Résistance élevée à la compression et à la flexion
- ▶ Les capsules AC sont compatibles avec les appareils Aplicap



Demandez - nous maintenant votre échantillon gratuit!



Fuji IX est une marque déposée de GC America Inc.
Ketac Molar est une marque déposée d'ESPE Dental AG
Aplicap est une marque déposée d'ESPE Dental AG

VOCO Centre de Service:
Jacques Wouters - GSM 0405 - 22 38 22 - Tél./Fax 081 46 16 48
Quentin Montfort - GSM 0475 - 25 51 12 - Tél./Fax 02 64 43 834
P.O. Box 767 - 27457 Cuxhaven - Allemagne - Tél. +49 (4721) 719-0 - Fax +49 (4721) 719-140 - www.voco.com

VOCO

La recherche scientifique créative