



Colloque Annuel de l'Association Nationale :
Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS)
Jeudi 29 Septembre 2016
 Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-Ferrand

Santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap :
Qualité de la prise en charge et Continuité des soins

08h00-8h15		ACCUEIL et CAFE
SEANCE PLENIERE		DPC chirurgiens-dentistes : No.DPC 18441600003
8h15-8h45	Allocutions de bienvenue	
8h45-9h30	Témoignage : « Qu'est-ce que j'attends de mon dentiste ? » (intervenants usagers/famille)	
09h30-10h15	Pourquoi des besoins spécifiques en santé bucco-dentaire ? Pr Martine Hennequin	
10h15-10h45	PAUSE CAFE	
10h45-11h30	Evaluation des interventions de promotion de la santé orale dans les établissements spécialisés, Dr Eric-Nicolas Bory	
11h30-12h15	Evaluation des réseaux – l'exemple du Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap de la région Rhône-Alpes, Dr Caroline Gondlach	
12h15-13h00	PAUSE DEJEUNER (collation sur place)	
ATELIERS INTERACTIFS	Educateurs, orthophonistes, infirmières...	DPC chirurgiens-dentistes <i>No.DPC 18441600003</i>
13h00-14h20	EVALUATION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE C Catteau, M Bessadet, C Delfosse, N Decerle, G Bonnet, ML Munoz-Sanchez Reconnaître les besoins d'hygiène et les besoins en soins. Identifier les troubles de la mastication et de la déglutition	CONTINUITÉ DES SOINS Pr Pierre Farge Comment référer un patient à l'hôpital, ou vers un réseau de soins ?
14h20-14h40	PAUSE CAFE	
14h40-16h00	suite Reconnaître les besoins d'hygiène et les besoins en soins. Identifier les troubles de la mastication et de la déglutition	V Collado, PY Cousson, C Batisse, N Linas, D Soulier, D Faulks Faire un bilan fonctionnel : vos patients ont-ils des déficiences masticatoires ?
16h00-16h30	RESUME de la journée et CLOTURE	
16h30- 16h45	Evaluation DPC chirurgiens-dentistes	



Fiche d'INSCRIPTION sur www.soss.fr et sur le site www.ogdpc.fr pour les chirurgiens-dentistes souhaitant une prise en charge DPC (No. 18441600003).



Santé Orale et Soins Spécifiques
Association française pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

ASSEMBLEES GENERALES de l'Association Nationale :
Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS)

Mercredi 28 Septembre 2016 à 18h

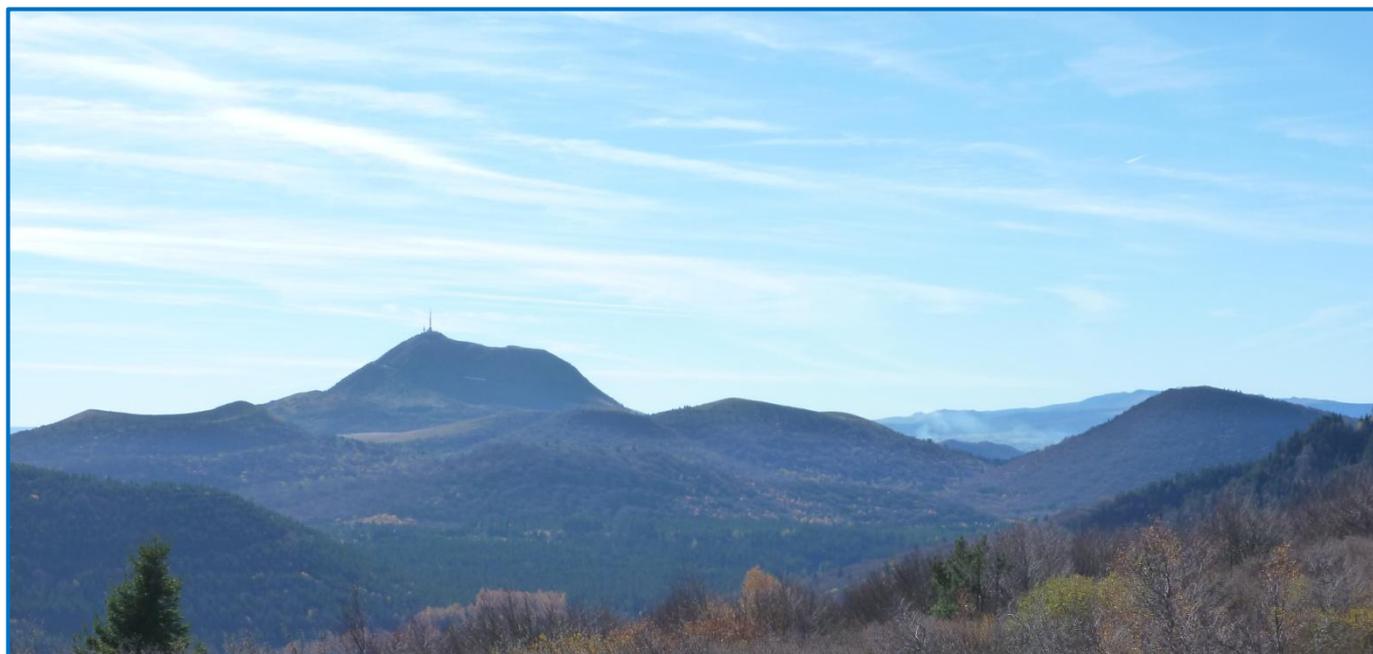
A Clermont-Ferrand

**AG ordinaire, suivi d'une AG extraordinaire pour voter le changement d'adresse
du siège de l'association**

L'AG sera suivie d'un repas convivial

(aux frais de chacun, inscription obligatoire avant le 20 septembre).

Venez nombreux !



2 rue de Braga

63000 CLERMONT-FERRAND

Transport

Gare SNCF, 15 minutes à pied

ou 5 minutes en Bus B

Centre-ville, 15 minutes en

Bus B, arrêt « CHU Estaing »

ou Tram A, arrêt « Gravières »

Aéroport, 10 minutes en taxi

Hôtels à proximité

- Hôtel Clermont Estaing

www.hotelclermontestaing.com

- Hôtel Ibis & Hôtel Ibis Budget

'Clermont-Ferrand Centre Montferrand'

www.hotel-ibis-clermontferrand.com

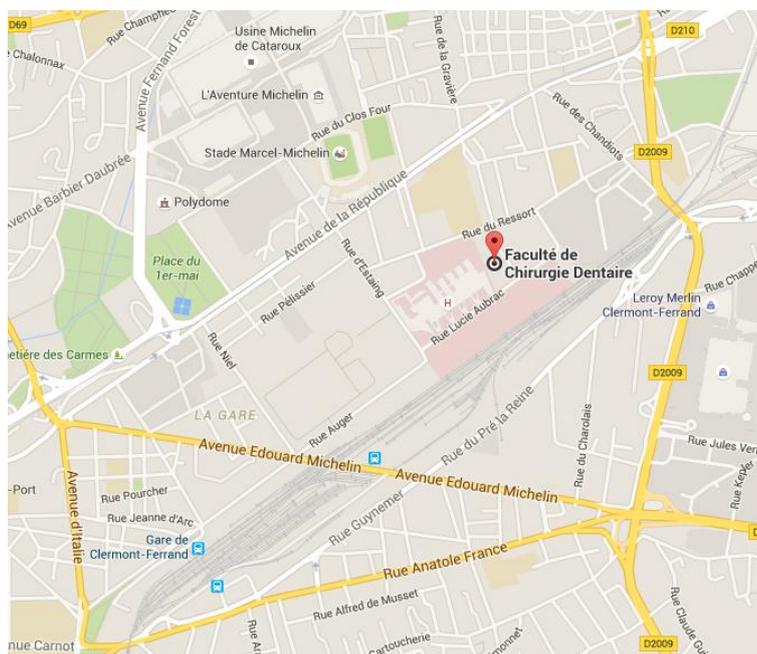
- Campanile 'Clermont Centre'

www.campanile.com

- Residhome Appart Hotel Gergovia

www.residhome.com

Ou grand choix d'hôtels en centre-ville



INSCRIPTIONS (HORS DPC)

Professionnels à jour de cotisation SOSS (HORS DPC) :

Tarif jusqu'au 14 Juillet 2016 :	55€
Du 15 Juillet au 20 Septembre 2016 :	65€ (collation déjeuner comprise)
Inscription après le 20 Septembre 2016 :	60€ (collation déjeuner NON comprise)

Professionnels non-adhérents SOSS (HORS DPC) :

Tarif jusqu'au 14 Juillet 2016 :	95€
Du 15 Juillet au 20 Septembre 2016 :	105€ (collation déjeuner comprise)
Inscription après le 20 Septembre 2016 :	100€ (collation déjeuner NON comprise)

Etudiants :

Sur justificatif (inscription obligatoire) :	0€ (collation déjeuner NON comprise)
--	--------------------------------------

Non-professionnels, familles et usagers :

Tarif jusqu'au 19 Septembre :	15€ (collation déjeuner comprise)
Inscription après le 20 Septembre 2016 :	10€ (collation déjeuner NON comprise)



**Colloque Annuel de l'Association Nationale :
Santé Orale et Soins Spécifiques (SOSS)
Jeudi 29 Septembre 2016
Faculté de Chirurgie Dentaire, Clermont-Ferrand
FICHE D'INSCRIPTION**

Nom et Prénom: _____

Adresse (si professionnelle, lieu de travail) : _____

Adresse email (obligatoire) : _____

Je m'inscris au Colloque SOSS 2016 et je joins un chèque à l'ordre de : **Association SOSS** au montant correspondant à mon inscription. **Adresse retour** : Mme Caroline Eschevins, Faculté de Chirurgie-Dentaire, 2 rue Braga, 63100 Clermont-Ferrand

❖ **Chirurgiens dentistes inscrits avec prise en charge DPC**

0€ Je suis inscrit(e) sur www.ogdpc.fr, no. 18441600003, (collation déjeuner comprise*)

❖ **Professionnels, précisez:** chirurgien-dentiste ; infirmier; éducateur ; kinésithérapeute ; aide-soignant ; médecin ; orthophoniste ; administratif, autre, précisez

a jour de cotisation SOSS (hors DPC)

- 55€ avant le 14 juillet (collation déjeuner comprise*)
 65€ du 15 juillet au 20 septembre (collation déjeuner comprise*)
 60€ après le 20 septembre (collation déjeuner NON comprise)

non adhérents à SOSS (hors DPC)

- 95€ avant le 14 juillet (collation déjeuner comprise*)
 105€ avant le 20 septembre (collation déjeuner comprise*)
 100€ après le 20 septembre (collation déjeuner NON comprise)

❖ **Etudiants** (Justificatif à joindre obligatoirement)

- 0€ (collation déjeuner NON comprise)
 15€ avant le 20 septembre (collation déjeuner comprise*)

❖ **Non-professionnels, familles et usagers**

- 15€ avant le 20 septembre (collation déjeuner comprise*)
 10€ après le 20 septembre (collation déjeuner NON comprise)

Assemblées Générale du mercredi 28 sept à 18h (adhérents SOSS uniquement):

- Je suis à jour de ma cotisation SOSS et je serai présent(e) à l'Assemblée Générale Ordinaire suivi par l'AG Extraordinaire, le Mercredi 28 Sept 2016 à 18h à Clermont-Ferrand.
 Je souhaite participer au repas* qui suivra les AGs (à mes frais, inscription avant le 20 sept).

*Merci de préciser si besoins nutritionnels particuliers :



Santé Orale et Soins Spécifiques
Association française pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

Bulletin d'adhésion SOSS

Personne Physique

Personne Morale

Nom ou Raison sociale :

.....

Si Personne Morale, représentée par (Nom et fonction) :

.....

Si Personne Morale, combien d'adhérents au sein de l'organisation :

Adresse postale :

.....

Téléphone(s) :

E-mail (obligatoire) :

En adhérant à SOSS, j'accepte que mon nom, ou le nom de ma structure, et mon adresse email soient partagés avec les autres membres de l'association.

Je souhaite

adhérer ou

renouveler mon adhésion

et verse la somme de **35 €** - Personne Physique **100 €** - Personne Morale

(par chèque, à l'ordre de **Association SOSS**)

Je souhaite soutenir l'action de l'association SOSS et verse la somme de :€.

Nous vous remercions de bien vouloir nous renvoyer ce bulletin, accompagné du règlement à :

**Denise Faulks, trésorier SOSS, CROC, Faculté de Chirurgie Dentaire,
2 rue Braga, 63100 Clermont-Ferrand**

A, le / /

Signature

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »