

**ENVOYÉ
SPÉCIAL**


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PARODONTOLOGIE
ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

• N° 16 •

Juillet - Août 2005


JOD
• Journal d'omnipratique dentaire •

Töelating Gesloten Verpakking	BELGIE - BELGIQUE
Autorisation de Fermeture	P.B. - P.P.
B - 802	B - 802
Périodique bimestriel destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire	
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd.	
Agréation P307013 Tirage : 4.000 ex.	
Bureau de dépôt : Charleroi X Mass post	Adresse : JOD c/o COD B.P. 1091 6000 Charleroi 1

Vérités
cliniques

L'esthétique de **A** à **Z**



Cours de Rentrée

NAMUR

Samedi 1^{er} octobre 2005



j.j. maes sygma
your personal touch



STERN WEBER



STERN WEBER
Style et Fiabilité réunis

J.J. MAES SYGMA

Showroom: Parkstraat 34 • 3070 Kortenberg Tél. 02 759 42 52 • Fax 02 759 37 20
Showroom: Plezantstraat 22 • 9100 St-Niklaas Tél. 03 780 20 00 • Fax 03 780 20 01
www.jjmaessygma.be



En cette période de l'année, on ne peut que penser à celles et ceux qui, pour la première fois de leur vie, ne vont pas « rentrer » à l'Université : nos Consœurs et nos Confrères fraîchement diplômés. Bienvenue dans la Profession dentaire ! Vous faites désormais partie d'une grande famille qui présente de multiples atouts, mais qui subit hélas aussi, de plus en plus, des contraintes indésirables.

Parmi celles-ci, figure la formation continue obligatoire. Certes, depuis toujours, la formation continue est la pierre angulaire de notre Profession. Sur le plan déontologique, et aussi du point de vue de la viabilité économique de nos cabinets. Mais cette formation continue devrait être librement choisie et consentie. Hélas, depuis 1997, il en va tout autrement. Ce fut d'abord l'accréditation, puis la recertification du diplôme tous les 6 ans : aujourd'hui, vous êtes astreints à 60 heures de formation tous les 6 ans, avec un minimum annuel de 6 heures. Pourquoi ? Parce que la société civile et les Autorités, encouragés par quelques lobbies de praticiens, veulent désormais des garanties sur la pérennité de nos compétences.

Heureusement, le COD, depuis 2001, vous gratifie d'une formation de haute qualité avec une participation aux frais raisonnable, notamment la cotisation gratuite ! Ainsi chez nous, la formation continue n'est JAMAIS ressentie comme une obligation, quelles que soient les réglementations en vigueur. Plus de 1.300 dentistes ont déjà rejoint notre approche. Et nous persévérons.

Pour preuve : le 1^{er} octobre prochain, nous invitons à Namur un orateur canadien exceptionnel, Robert Valiquette. L'occasion pour chacun de découvrir l'approche esthétique globale. Et vraiment tout sur la céramique, de A à Z : A comme Alumine, Z comme Zircon. Du concret, dès le lundi suivant. Mais oui, en Europe aussi.

Découvrez cette journée de formation en page 13 de ce JOD. Et il y a une bonne nouvelle : **si vous êtes diplômé(e) 2005, ce cours vous est offert à 50 EUR tout compris !** Non, il n'y a rien à ajouter. C'est la manière COD de vous accueillir parmi les dentistes. Vos 6 premières heures obligatoires (*ouch, le vilain mot*) pour 50 EUR ! Profitez vite de ce cadeau, et faites passer le message... ■

- **Pratique clinique > 5**
La position des limites cervicales de préparation en prothèse fixée
- **Prochaine activité > 13**
L'esthétique de A à Z
Namur, 1^{er} octobre 2005
- **Programme 2005 > 15**
Démasquons les vérités cliniques
- **Supplément détachable > 17**
Honoraires et remboursements des prestations dentaires
- **Envoyé spécial > 22**
Congrès International de Parodontologie et Implantologie Orale — Bordeaux — juin 2005
- **Rapport scientifique > 27**
Que penser des études cliniques ?
- **Humanitaire > 28**
« Pour un sourire éclatant »... dans le tiers-monde aussi !
- **Accréditation > 32**
Peer-reviews 2005 : êtes-vous en ordre ?
- **Petites annonces > 34**
- **Inscriptions > 35**

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

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
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, 2005
Reproduction interdite sauf accord



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

Economique. Rapide. Judicieux.

X-tra fil

**Composite de restauration
photopolymérisable pour
le secteur postérieur**

● **Rentabilité**

Restaurations du secteur postérieur
en teinte esthétique unique avec un
rapport qualité-prix attrayant

● **Rapidité**

Polymérisation jusqu'à 4 mm
de profondeur en 10 secondes

● **Judicieux**

Manipulation facile, propriétés
physiques excellentes



VOCO Centre de Service:
Jacques Wouters - GSM 0495 - 22 39 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 - Téléphone +49 (4721) 719-0 - Fax: +49 (4721) 719-140 - www.voco.com

VOCO

La recherche scientifique créative

La position des limites cervicales de préparation en prothèse fixée

Analyse de la littérature, conséquences cliniques

Le choix et la détermination de la position des limites de préparation cervicale ont toujours été un sujet de controverse. Les habitudes font que dans la majorité des cas, les limites de préparation sont situées sous la gencive.

De plus, une certaine recherche esthétique pousse à l'enfouissement de ces limites.

Une analyse de la littérature permet d'avoir une bonne idée de la notion d'espace biologique, de la profondeur moyenne du sillon alvéolo-dentaire et de la réponse biologique du parodonte face à l'agression que représente une restauration prothétique. En fonction de ces données, il est possible d'avoir une autre approche clinique.

En étant très respectueux de l'anatomie et de la biologie du parodonte marginal, les deux impératifs indispensables à la réalisation d'une prothèse fixée de qualité — absence d'inflammation et esthétique — sont conciliables.

> Philippe VIARGUES

Prev. rel. in ROS, © SOP, Paris, 2005

La détermination de la position de la limite cervicale de préparation a toujours été un sujet de controverse opposant plus ou moins les tenants des trois positions possibles de cette limite : intra sulculaire, juxta gingivale ou supra gingivale.

Hier, les oppositions se faisaient déjà entre ceux, qui pensaient qu'enfouir les limites était une garantie pour la reconstitution, et ceux qui croyaient qu'elles étaient nuisibles pour le parodonte.

Aujourd'hui les oppositions sont plutôt entre les tenants d'une dentisterie toute esthétique et les « biologistes ».

Déjà, en 1998, Schillingburg et coll. écrivaient « *la tradition veut que les limites cervicales soient sous gingivales. L'origine de cette conception erronée est une croyance qui veut qu'un sulcus gingival corresponde à une bande de substance dentaire exempte de carie* ».

À l'inverse, Black en 1891 proposait : « *Aucune atteinte de la dent n'est possible au niveau des bords prothétiques s'ils sont recouverts de gencive saine* ».

De nombreux auteurs se fondèrent

sur cette affirmation, afin de justifier des limites intra sulculaires voire sous gingivales (Herlands et coll., 1962 ; Smith 1956 ; Abrahams 1963)...

Pour certains, le risque carieux, l'amélioration de la rétention, ou la sensibilité radulaire justifient cette position de limite (Mount 1970 ; Ingraham et coll., 1981 ; Wilson 1981 ; Becker and Kaldahl, 1981 ; Nevins and Skurow, 1984 ; Gardner 1982 ; Stein and Kuwata, 1977). En général ils justifiaient également leurs choix pour des raisons esthétiques, rejoignant ainsi des auteurs comme Goldstein (1976).

Pourtant, à la même époque, d'autres praticiens se posaient déjà la question de la tolérance de telles limites.

Un grand nombre montra une relation entre la position des bords prothétiques et l'inflammation. (Wærhaug 1953 ; Wilson 1981 ; Larato 1969 ; Loe 1968 ; Silness 1980 ; Jamesone and Malone, 1982 ; Lang et coll., 1983).

Où en sommes-nous aujourd'hui et quelles sont les données qui, sans être forcément fondées sur la preuve, nous permettent de justifier nos choix cliniques ?

•• Espace biologique : les données acquises

Depuis Gargiulo et coll. (1961) et leurs travaux, la notion d'espace biologique est une notion admise par tous. Autour de la dent, il existe un système d'attache composé d'une attache conjonctive et d'une attache épithéliale qui mesure en moyenne un peu plus de 2 mm de hauteur. Les moyennes trouvées par Gargiulo et coll. (attache conjonctive : 1,07 mm, attache épithéliale : 0,97 mm) sont confirmées, à quelques décimales près, par Vacek et coll. (1994) (attache conjonctive : 0,77 +/- 0,29 mm, attache épithéliale : 1,14 +/- 0,49 mm).

Gargiulo a clairement montré que l'espace biologique diminue avec le temps et que cette diminution se fait surtout au détriment de l'attache épithéliale, l'attache conjonctive semblant être relativement stable dans le temps. La formulation du « dogme » proposé par Borghetti et Monnet-Corti (2000) : « *La hauteur d'attache conjonctive est relativement constante et égale à 1 mm. La hauteur d'attache épithéliale est plus variable mais est en moyenne de 1 mm* » peut donc être adoptée.

Nous pouvons conclure à la lecture des différentes publications que l'espace biologique n'est pas une constante, qu'il varie d'un individu à un autre et que cette donnée doit être prise en compte lors de nos différentes démarches thérapeutiques.

Fig. 1a. Agression de l'espace biologique par un biseau métallique trop profondément "sous gingival"



L'ensemble des publications traitant de ce sujet montre que toutes agressions de l'espace biologique par une reconstitution, quelle qu'elle soit, provoque une réaction inflammatoire qui entraîne une récession gingivale en présence d'un parodonte dit fin et la formation d'une poche parodontale quand l'agression est en rapport avec un parodonte dit épais. (Parma-Benfenati et coll., 1985 et 1986 ; Tal et coll., 1988 et 1989 ; Kois 1996 ; Koke et coll., 2003.)

Günay et coll. (2000) ont établi que plus une limite de préparation est profondément située sous la gencive, plus les indices mettant en évidence l'inflammation sont élevés. De même, la profondeur au sondage augmente proportionnellement à l'enfouissement des limites et de façon significative.

La limite de préparation d'une reconstitution ne devra jamais prendre le risque de profaner l'intégrité de l'espace biologique.

Si nous reprenons la définition proposée par Borghetti et Monnet-Corti (2000) « *Est appelée intra sulculaire ou intra crevriculaire une limite située dans le sulcus. Est appelée sous gingivale une limite située apicalement au sulcus, c'est-à-dire au niveau du système d'attache de la gencive* ».

Une limite ne doit JAMAIS être sous gingivale (Fig. 1a, b, c).

Fig. 1b. Chirurgie afin de recréer un espace biologique compatible avec la santé



Limites intra-sulculaires : les données acquises

• La profondeur du sillon

Dans ce paragraphe, il ne peut être question que de mesure sur un parodonte sain ou assaini, ce qui est cohérent puisqu'une reconstitution prothétique, quelle qu'elle soit, ne peut s'envisager que sur un parodonte sain. Depuis les travaux de Listgarten (1980) il est admis que, hormis le diamètre de la sonde utilisée et la pression exercée, plus l'inflammation est importante et plus (à pression constante) la profondeur déterminée sera grande.

Les différentes études qui ont cherché à évaluer la profondeur du sillon donnent des valeurs comprises, pour un parodonte sain et après éruption complète des dents, comprises entre 0,5 et 2 mm de profondeur (Lindhe 1998). Pour Wilson et Maynard (1981) la profondeur maximum est de 1,5 mm. Pour Mattout et coll. (2003) et pour Rateischak et coll. (1986) le sillon avoisine 0,5 mm. Chiche (1995) citant Newcomb, Robinson et Vitek, Drago et Williams propose, pour les dents antérieures une profondeur de sillon comprise entre 0,5 et 1 mm (Fig 2).

La marge de manoeuvre à l'intérieur du sillon est donc extrêmement faible et le risque d'empiéter sur les premières cellules épithéliales de l'attache, non négligeable.

Fig. 1c. La cicatrisation après 4 mois





Fig. 2 : Sondage pré opératoire afin d'évaluer la profondeur du sulcus

La position du bord prothétique doit respecter l'épithélium de jonction et conserver une certaine marge d'erreur (Chiche 1995).

Déjà pour Waerhaug en 1953, les bords prothétiques « sous gingivaux », bien adaptés, ne pouvaient être tolérés que s'ils se trouvent à une distance minimum de 0,4 mm des premières cellules épithéliales. De la même façon il montre que pour être accessible au brossage, une limite ne doit jamais être enfouie de plus de 0,7mm. (1982).

Wilson et Maynard (1981) affirmaient « qu'une zone de dent non préparée doit persister entre la limite de préparation et l'épithélium jonctionnel. Idéalement cette zone doit mesurer 0,5mm ».

• Position des limites et inflammation

Sur un plan biologique, il existe un consensus sur le fait qu'à qualité de joint dento-prothétique égale, plus une limite de préparation est éloignée du système d'attache épithélio-conjonctif, meilleure sera la tolérance biologique. Pratiquement tous les travaux qui ont étudié la relation entre la position des limites de préparation et l'inflammation gingivale sont d'accord pour admettre la règle suivante : plus une limite est placée profondément dans le sillon alvéolo-dentaire, plus la réaction inflammatoire est importante (Fig. 3).

Muller (1986) montrait en étudiant 49 dents piliers de bridge, 25 en position supra gingivale et 22 en position juxta gingivale, une première différence. La

gencive en regard des limites de préparation juxta gingivale avait un taux d'inflammation légèrement supérieur comparée à la gencive en regard des limites supra gingivales dont les indices gingivaux (G.I.) sont pratiquement nuls. Par contre la composition de la flore bactérienne reste identique.

Si à composition bactérienne identique, il existe une légère différence en terme d'inflammation, cela ne peut être que la traduction d'une masse bactérienne légèrement plus importante (Van Palenstein Helderman 1981) ce qui peut s'expliquer par un défaut de maintenance quotidienne ou par l'imperfection des joints dento-prothétiques favorisant l'accumulation bactérienne.

Flores de Jacoby et coll. (1989) étudièrent, 6 à 8 semaines après leur mise en place et après un an, 693 faces de couronnes dont les bords étaient situés en position supra gingivale pour 415

(59,9 %), 135 étant en position juxta gingivale (19,5 %) et 231, en position intra sulculaire (20,6 %). Ils notèrent les indices de plaque, gingivaux, la profondeur au sondage et l'écoulement de fluide gingival, et réalisèrent des prélèvements bactériens. Lors du premier examen, mis à part pour l'indice de plaque et la profondeur au sondage, il existait une différence significative entre les 3 différentes positions de limites prothétiques. Au plan microbiologique existait déjà une différence significative de composition bactérienne entre le groupe à limites intra sulculaires et les groupes à limites juxta ou supra gingivales. Après une année, mis à part l'indice de plaque, tous les paramètres étudiés mirent en évidence des différences hautement significatives toujours en défaveur du groupe à limites intra sulculaires. Les auteurs concluaient dans leur discussion : « *La microbiologie du groupe à limites sous gingivales, caracté-* ●●●

Fig. 3 : Limites trop profondément intra sulculaires, à l'origine d'une inflammation importante





Fig. 4 : Bonne réponse tissulaire obtenue grâce à la bonne qualité d'ajustage possible avec des limites juxta gingivales et la bonne tolérance des procédés céramo céramiques (dans ce cas 2 In céram 5 ans après la pose)

●●● *térisée par un nombre de cocci plus bas et un nombre de spirochètes plus élevé que dans les 2 autres groupes, confirme clairement l'influence adverse d'une telle localisation sur la santé parodontale* ».

À l'opposé, une étude rétrospective de Carnevale et coll. (1990 a et b), sur 510 dents couronnées à limites intra sulculaires, n'a pas révélé de différence significative de l'indice gingival en comparaison avec des dents non couronnées. Les auteurs concluaient que la qualité de l'ajustage semble aussi importante que la position des limites. Il faut cependant remarquer que les dents étudiées étaient toutes des dents atteintes de parodontites modérées à sévères et, qu'à ce titre, elles avaient toutes subi des interventions de chirurgie parodontale avec ostéectomie/ostéoplastie, et positionnement apical des lambeaux. De plus, il est bien connu que cette équipe prépare les dents au cours de la chirurgie et jusqu'à la crête osseuse ce qui modifie probablement de façon importante la biologie du système d'attache alvéolo dentaire.

De plus tous les patients inclus dans

l'étude suivaient un programme de maintenance post opératoire qui tout en étant irréprochable dans son approche n'en reste pas moins difficilement applicable dans le cadre d'une dentisterie habituelle...

En plus de la qualité de l'ajustage des éléments prothétiques, d'autres hypothèses sont envisagées par la même équipe (Capri et coll., 2003). Ils proposent comme explication, bien que reconnaissant le faible niveau de connaissance sur ce sujet, que les ciments ou les colles utilisés actuellement seraient mieux tolérés biologiquement, de par leur meilleure granulométrie et leur plus faible niveau de porosité comparée au traditionnel ciment au phosphate de zinc.

Si, dans le cadre d'un exercice classique qui veut éviter tout risque d'inflammation post prothétique, l'on souhaite rester au plus près d'une dentisterie fondée sur la preuve alors, **la limite de préparation d'une reconstitution devrait toujours se trouver en position supra gingivale.**

• Intérêt clinique des limites de préparation supra ou juxta gingivales

Le simple bon sens suffit afin de comprendre l'intérêt de la détermination supra ou juxta gingivale des limites de préparation d'une reconstruction prothétique fixée.

- Le risque de léser le parodonte par la restauration est nul.

- La préparation des dents est simplifiée et permet une « finition » des limites plus précise (Fig. 4).

- Le fait de rester à distance du parodonte permet de réaliser une préparation totalement atraumatique pour le parodonte. Ceci est une garantie pour la conservation de l'intégrité du parodonte marginal et aura des répercussions sur la prise d'empreintes (Fig. 5a, b).

- La réalisation et du moins l'ajustage et les finitions des prothèses provisoires sont grandement facilités.

- L'inflammation, résultant souvent de l'impossibilité d'obtenir des prothèses provisoires parfaitement ajustées et polies, a moins de chance d'apparaître (Fig. 6a, b, c).

- L'efficacité des mesures d'hygiène est facilitée par rapport à un patient porteur de restaurations provisoires à limites intra sulculaires.

- Les prises d'empreintes sont grandement facilitées. Le risque de déformation ou de déchirure du matériau d'empreinte est pratiquement nul.

- La vérification de la qualité de ●●●



Fig. 5a et b : Exemples de préparations atraumatiques, respectant parfaitement le parodonte.





Duo EXCLUSIVE 70ème Anniversaire



~~€ 32.000,00~~ T.V.A.C.

- Fauteuil Dama avec 4 programmes
- Eclairage Luna
- Seringue Multisteril 2 Titanium Chaude
- Micromoteur Implantor 2 LF Brushless, fibres optiques
- Turbine Titanium Gold 2 attache rapide, fibres optiques
- Détartreur piezo-électrique PIEZOLIGHT 5, fibres optiques

- Aspiration chirurgicale « L » monoposte
- SHD Désinfection des canules aspiration
- Système Autosteril
- Pédale avec Joystick pour les mouvements fauteuil
- Tabouret RONDO pour Dentiste

€ 25.900,00 T.V.A.C.

PRIX SPECIAL 70ème Anniversaire

En outre, vous avez la possibilité de choisir, gratuitement, une des options suivantes :

1ère option :

- Extra kit micromoteur électrique implantor 2 LF Brushless
- Tabouret Vector Praticien à la place du Rondo

2ème option :

- Récupérateur d'amalgame centrifuge DÜRR ou METASYS à la place de l'aspiration type « L »

Castelbel

- Avenue Sabin, 14 - 1300 Wavre
- Tél. : 010 / 818 343
- Fax : 010 / 816 851
- E-mail : info@castelbel.be
- www.castelbel.be

DERNIÈRE NOUVEAUTÉ :
LE PUMA ELI
COMPLET
À PARTIR DE :

€ 16.000,00 T.V.A.C.





Fig. 6a et b : Préparation juxta gingivale permettant la réalisation d'une couronne provisoire correctement adaptée.

Fig. 6c : La céramique le jour du scellement.

••• l'adaptation est facile à réaliser.

- L'élimination du ciment de scellement ou de la colle peut être parfaitement effectuée.

- Le parodonte étant parfaitement respecté à tous les stades de l'élaboration prothétique, il est probable que le risque d'inflammation diminuant, le risque de voir apparaître une récession gingivale est très fortement diminué.

• **Le problème esthétique lié aux limites juxta ou supra gingivales**

Aujourd'hui il est établi que l'aspect prévention des caries des limites supra gingivales n'est pas scientifiquement justifié et que l'augmentation de la rétention d'un élément prothétique peut être résolu aisément par l'utilisation de « boîtes » ou de rainures et dans les cas extrêmes, par le recours à la chirurgie parodontale d'élongation coronaire. De plus les ciments et les colles modernes apporteront souvent une réponse simple à ces problèmes liés à l'insuffisance de rétention. La seule indication restante pour des limites intra sulculaires est l'aspect souvent qualifié d'inesthétique des limites supra ou juxta gingivales.

A la lecture des études de Tjan (1984), des ouvrages de Borghetti et Monnet-Corti (2000), de Chiche et Pinault (1995) et de Paris et Faucher (2004), il est possible de faire la synthèse suivante. Lors du sourire, 70 % de la population présente une ligne de sourire moyenne, c'est-à-dire que les surfaces dentaires et les embrasures gingivales antérieures sont visibles, 20 % des patients ne montrent pas du tout de gencive : ligne du sourire basse. Dix

pour cent de la population présentent une ligne du sourire haute (sourire dit gingival), c'est-à-dire qui montre la totalité des dents jusqu'à la première ou à la seconde prémolaire supérieure.

En simplifiant cela veut dire que seuls, environ 70 % des patients dévoilent les collets vestibulaires de leurs premières prémolaires supérieures lors d'un sourire forcé et seulement 10 % montrent leurs premières molaires supérieures dans les mêmes circonstances. Cela signifie que dans une bouche « normale » ou « moyenne » seules sont visibles 10 demi-dents. En résumé le problème esthétique ne se poserait que pour l'équivalent de 5 dents (10 demi-dents) et sur 80 % de la population !

De plus, il faut aujourd'hui moduler la notion de « limite juxta gingivale synonyme de résultat inesthétique » En effet, avec l'évolution des concepts prothétiques et surtout l'évolution des matériaux utilisables afin de remplacer ou de restaurer des dents du secteur antérieur il est aisé de pallier dans la majeure partie des cas le « préjudice » lié à ce type de limite (Fig. 7a ,b).

La multiplication des procédés céramo-céramiques, des ciments ou des colles pratiquement invisibles, rend les limites juxta gingivales sur dents vivantes, parfaitement invisibles, dans la mesure, ou ces limites sont de bonne qualité.

En ce qui concerne les dents dépulpées, le problème est plus lié à la coloration de la racine qui peut apparaître. Même dans ces cas, les techniques de greffes de conjonctif enfoui peuvent, en masquant la coloration souvent visible à travers la gencive permettre l'établissement d'une limite juxta gingivale parfaitement intégrée tant sur le plan biologique qu'esthétique.

Les améliorations apportées aux différents procédés céramo-céramiques sont incontestablement un plus tant sur le plan esthétique que biologique de par leurs qualités de transparence, d'adaptation et de tolérance biologique.

Dans le cadre de restaurations céramo-métalliques, l'utilisation de joint céramique/dent, difficile de réalisation, semble être la meilleure solution.

Fig. 7a. Intégration de 6 céramo céramiques à limites juxta gingivales (In céram, 1 an après la pose).



Fig. 7b. Intégration de 2 céramo céramiques à limites supra gingivales (Empress, 4 ans après la pose).



Logique clinique dans la détermination de la position des limites de préparation dans le secteur antérieur

Si, pour une quelconque raison, la décision de placer une limite de préparation en position intra sulculaire est prise, alors un certain protocole, extrêmement rigoureux, doit être suivi. Cette décision ne devrait être prise que dans un secteur particulièrement visible et en l'absence de toute inflammation gingivale cliniquement détectable. Le parodonte est sain ou assaini.

Le premier geste à faire quand l'indication d'une reconstitution prothétique est posée dans le secteur antérieur est sûrement de SONDER le sillon (Fig 2). Il est inconcevable d'envisager de placer une limite de préparation sans connaître avec précision la profondeur du sillon, au moins dans la partie vestibulaire, de la dent concernée. La décision de placer une limite intra sulculaire ne pourra être prise qu'après cette mesure.

Celle-ci confirmera, dans la majorité des cas, les données de la littérature examinée précédemment ; la profondeur du sillon, surtout en présence d'un parodonte fin, sera pratiquement toujours inférieure à 1 mm. Toujours en se référant à la littérature, si on veut respecter la distance minimum de 0,5 mm, préconisée par les différents auteurs, au delà de laquelle ne doit pas se situer la limite de préparation, il est facile de constater qu'entre une limite intra sulculaire non iatrogène et une limite juxta gingivale, il n'y a, au maximum que 0,5 mm. Dans la mesure où 0,2 mm semble nécessaire afin de ne pas empiéter sur cette zone, cela signifie en fait que nous ne disposons que de 0,3 mm pour placer cette limite.

Cela a plusieurs conséquences. Cette préparation ne peut se faire sereinement sans interposer un fil dans le fond du sillon afin d'éviter toutes interférences avec le parodonte marginal. Cette technique de protection par l'interposition d'un fil dans le sillon lors de la préparation de la dent a été préconisée par Drago et Williams en 1981 et semble

aujourd'hui admise par tous. Il peut n'être mis en place que dans la moitié vestibulaire du sillon puisque, à priori, les limites palatines, disto et mésio palatines seront, elles, supra gingivales (Fig 8a, b, c).

Afin que ce fil ne se prenne pas dans la fraise lors de la préparation de la limite vestibulaire, il faut utiliser des fils tressés. Le plus simple et le plus économique est d'utiliser du fil de suture en soie chirurgicale décimale 2. Ce fil est utilisé non imprégné par un produit quelconque, mais simplement humidifié par de l'eau.

Placer des limites de préparation à 0,5 ou 0,7 mm intra sulculaire comme le préconisent de nombreux auteurs (Laborde dans le livre de Borghetti et Monnet-Corti, 2000 ; Chiche 1995) n'est envisageable que si le sillon présente une profondeur au sondage de 1,5 mm.

Quand une chirurgie parodontale (lambeau déplacé apicalement) a été réalisée préalablement au traitement prothétique et que des limites intra sulculaires sont indiquées, un délai de 24 semaines est nécessaire afin de voir se reformer un sillon compatible avec ce type de limites. En effet, après ce type de chirurgie le sillon n'existe plus et il faut attendre sa reformation.

Conclusion

En fait, depuis longtemps de nombreux auteurs ont compris que les limites prothétiques ne devraient pas être autrement que supra ou juxta gingivales. « Les évidences énoncées dans les paragraphes précédents rendent inacceptable la perpétuation de la routine qui veut que les limites de préparation soient sous gingivales. Aussi souvent que possible elles doivent être sus gingivales » (Shillingburg 1988). Si on accepte que le « vrai » problème esthétique ne se pose que pour l'équivalent de 5 dents (10 demi-dents), cela sous entend pour les « 23 dents restantes (en excluant les dents de sagesse) » les limites de préparation doivent être supra ou, au pire, juxta gingivales. Après avoir passé en revue tous les problèmes que peu- ●●●

Fig. 8a. Préparation atraumatique avec un fil intra sulculaire de protection



Fig. 8b et c. Intégration d'une céramo céramique à limites juxta gingivales, à la pose et 5 ans plus tard





Fig. 9 : Vue palatine du cas de la Fig. 6 avec des limites supra gingivale

Fig. 10 a. Limites supra gingivales sur une molaire inférieure.
b. Limites juxta gingivales sur deux prémolaires inférieures

••• vent poser des limites intra sulculaires, qu'est ce qui justifie de faire la limite de préparation palatine d'une 11 ou d'une 13 dans une telle situation (Fig. 9) ? De même, quelle serait la justification d'une telle limite pour une molaire ou des prémolaires inférieures (Fig. 10 a, b) ? De plus, il est bien évident qu'une limite, et l'ensemble d'une démarche parodonto prothétique qui privilégie la biologie, a obligatoirement pour conséquence de diminuer la quantité de récession gingivale. Il est admis aujourd'hui que les récessions gingivales sont liées à l'inflammation et, à rien d'autre, mis à part les traumatismes (directs : brossage, mauvaises habitudes — ou indirects : occlusion). Il ne faut jamais oublier qu'une limite intra sulculaire est une future limite juxta voire supra gingivale... avec quelques dixièmes ou millimètres de gencive en moins ! Bien sûr tout cela s'applique essentiellement dans les cas de reconstitutions unitaires. Les reconstitutions plurales qui doivent reprendre l'ensemble de ces principes laissent parfois un peu moins de latitude dans leurs applications.

Watson et Crispin (1981) montrent que après avoir expliqué les bienfaits d'une limite biologique par rapport aux risques que représente une limite intra sulculaire, les patients choisissent la santé par rapport à la beauté. Il est vrai que cette étude a 20 ans et qu'il serait malhonnête de ne pas reconnaître que la société, face à la notion d'image et aux problèmes esthétiques, a considérablement changé. Aujourd'hui, il est clair qu'esthétique et biologie peuvent trouver des terrains d'entente et qu'il ne faut pas trop sacrifier l'un au détriment de l'autre. Quelques concessions sont toujours envisageables, en fonction de données particulières. Mais, la recherche du beau n'exclut pas la sagesse. ■

ABRAHAMS E. J. Combination shoulder-feather edge veneer crown preparation. *J prosth Dent* 1963;13:901. BECKER C.M., KALDHAL W.B. Current theories of crown contour, margin placement and pontic design. *J prosth Dent* 1981;45:268. BLACK G.V. The management of enamel margins. *Dent Cosmos* 1891;33:85. BLOCK P. L. Restorative margins and periodontal health : a new look at an old perspective. *J Prosth Dent* 1987;57:683-689. BORGHETTI A., MONNET-CORTI V. Chirurgie plastique parodontale. Ed: CdP Paris, 2000. CAPRI D., FUZZI M., CARNEVALE G. Intégration biologique des restaurations dentaires. *J Parodont Impl orale* 2003;22:147-162. CARNEVALE G., DI FEBO G., FUZZI M. A retrospective analysis of the perio prosthetic aspect of teeth re-prepared during periodontal surgery. *J clin Periodont* 1990b;17:313-316. CARNEVALE G., DI FEBO G., BISCARO L., STERRANTINO S.F., FUZZI M. An in vitro study of teeth re-prepared during periodontal surgery. *Rev Int Parodont dent Rest* 1990a;10:40-55. CHICHE G., PINAULT A. Esthétique et restauration des dents antérieures. Ed: CdP Paris, 1995. DRAGOO M.R., WILLIAMS G.B. Réactions des tissus parodontaux aux interventions prothétiques. *Rev Int Parodont dent Rest* 1981;1:9-23 FLORES DE JACOBYL., ZAFIROPOULOS G.G., CIANCO S. Incidence de la localisation des bords de couronnes sur la plaque bactérienne et sur la santé parodontale. *Rev Int Parodont dent Rest* 1989;9:196-205. GARDNER F. M. Margins of complete crownx- Litterature review. *J prosth Dent* 1982;48:396. GARGIULO A.W., WEINTZ F.M., ORBAN B. Dimensions and relations of the dento gingival junction in human. *J Periodont* 1961;32:261-267. GOLDSTEIN R. E. Esthetic in dentistry. Ed: J.B. Lippincott Co. Philadelphia, 1976;804. GÜNAY H., TSCHERNITSCHKEK H., GEURTSSEN W. Ligne de finition des preparation et santé parodontale - Etude clinique prospective sur 2 ans. *Rev Int Parodont dent Rest* 2000;20:173-181. HERLANDS R. E., LUCCAJJ., MORRIS M. L. Forms, contours and extensions of full coverage restorations in occlusal reconstruction. *Dent Clin N A m e r* 1962;6:147. INGRAHAM R., SOCHATP., HAUSING F. Rotary gingival curettage - A new technique for tooth preparation and management of the gingival sulcus for impression taking. *Int J Periodont Rest Dent* 1981;1(4):9. JAMESON L.M., MALONE W.F.P. Crown contours and gingival response. *J Prosth Dent* 1982;47:620. KOIS J.C. The restorative-periodontal interface: biological parameters. *Periodontology* 2000 1996;11:29-38. KOKE U., SANDER C., HEINECKE A., MULLER H.P. A possible influence of gingival dimensions on attachment loss and gingival recession following placement of artificial crowns. *Rev Int Parodont dent Rest* 2003;23:439-445. LANG N.P., KIELER A., ANDERHALDEN K. Clinical and microbiological effect of clinically perfect margins. *J Clin Periodont* 1983;10:563. LARATO D.C. Effect of cervical margins on gingival. *J Calif dent Assoc* 1969;45:19. LINDHE I. Clinical periodontology and implant dentistry 3ème éd. Ed: Munksgaard Copenhagen, 1998. LISTGARTEN M.A. Periodontal probing : what does it mean ? *J Clin Periodont* 1980;7:165-176. LOE H. Reactions of marginal periodontal tissues to restoratives procedures. *Int dent J* 1968;18:759. MATTOUT P., MATTOUTC. Les therapeutiques parodontales et implantaies. E d : Quintess Inter Paris, 2003. MOUNTG.J. Crowns and gingival tissue. *Aust dent J* 1970;15:253. MULLER H.P.

Biblio

The effect of artificial crown margins at the gingival margin on the periodontal conditions in a group of periodontally supervised patients treated with fixed bridges. *J Clin Periodont* 1986; 13:97-102. NEVINS M., SKUROWH. M. The intracrevicular restorative margin, the biologic width and the maintenance of gingival margin. *Int J Periodont Rest Dent* 1984;4(3):31. PARIS J.C., FAUCHER A.J. Le guide esthétique. Ed: Quintess Inter Paris, 2004. PARMA-BENFENATI S., FUGAZZOTTZ P., RUBEN M. Incidence de la situation des bords d'une restauration prothétique sur le devenir post chirurgical et la nature du parodonte. 1ère partie. *Rev Int Parodont dent Rest* 1985;6:31-50. PARMA-BENFENATI S., FUGAZZOTTZ P., FERREIRA P., RUBEN M., KRAMER G. Incidence de la situation des bords d'une restauration prothétique sur le devenir post chirurgical et la nature du parodonte. 2ème partie. *Rev Int Parodont dent Rest* 1986;1:65- 75. R ATEITSCHAK K.H., RATEITSCHAK E.M., W O L F H.F., HASSELL T.M. Atlas de parodontologie. Flammarion Paris, 1986. SCHILLINGBURG H.T., JACOBI R., BRACKETT S. Les préparations en prothèses fixées. Ed: CdP Paris, 1988. SILNESS J. Fixed prosthodontics and periodontal health. *Dent Clin N Amer* 1980;24:317. SMITH G. P. Full crown preparation. *N Y J Dent* 1956;26:307. STEIN R.S., KUWATA M.A. Dentist and a dental technologist analyze current ceramometal procedures. *Dent Clin N Amer* 1977;21:729. TAL H., SOLDINGER M., DREIANGELA., PITARU S. Periodontale response to long term abuse of gingival attachment by supra crestal amalgam restorations. *J Clin Periodont* 1989;16:654-659. TALH., SOLDINGER M., DREIANGELA., PITARU S. Réponse à l'agression parodontale chez le chien: suppression de l'attache gingivale et mise en place supra crestale d'obturation d'amalgame. *Rev Int Parodont dent Rest* 1988;3:45-54. TJAN A.H.L., MILLER P.D. Some esthetic factors in a smile. *J prosth Dent* 1984;51:24- 28. VACEK J.S., GHER M.E., ASSAD D.A., RICHARDSIB A.C., GIAMBRESI L.I. The dimension of the human dentogingival junction. *Int J Periodont Rest Dent* 1994;14:155-165. VAN PALENSTEIN HELDERLANN W. Microbial etiology of periodontal disease. *J Clin Periodont* 1981;4:261-280. WAERHAUG J. Temporary restorations:advantages and disadvantages. *Dent Clin N Amer* 1982;24:305. WAERHAUG J. Tissue reaction around artificial crowns. *J Periodont* 1953 24:172. WATSON J.F., CRISPIN B.J. M a rgin placement of esthetic veneer crowns. PartIII Attitudes of patients and dentists. *J Pro s t h D e n t* 1981;45:499. WILSON R.D., MAYNARD G. Intracrevicular restorative dentistry. *Int J Periodont Rest Dent* 1981;1:35. ■



Robert Valiquette

Docteur en médecine dentaire
(Université de Montréal)
Certificat de réhabilitation
prosthodontique
Pratique privée exclusive en
prothèse (Greenfield, Canada)
Membre de l'IADR
Nombreux exposés sur la
technologie prothétique en
Amérique du Nord

Objectifs — La dentisterie esthétique a connu un essor formidable. Toutefois elle est parfois la source de dérapages à cause de pressions purement commerciales et mercantiles.

Faisons le point sur les toutes dernières techniques esthétiques tout en peaufinant des façons de faire qui ont prouvé leur raison d'être. Évoluons en restant critiques et essayons de garder un esprit de synthèse en intégrant des concepts multidisciplinaires.

Cette approche devrait allier les techniques modernes, les notions d'esthétique et les principes de communication et d'intégrité qui pourront redonner une certaine noblesse à la dentisterie esthétique.

Pour relever ces défis, le COD est heureux de vous présenter pour la première fois un conférencier nord américain — francophone !

**Prochaine
activité**

NAMUR

SAMEDI

**1^{ER} OCTOBRE 2005
9h00 - 17h30**

**9h00 La dentisterie sans métal :
où en sommes-nous vraiment ?**

**14h00 Restauration en composite
des antérieures, facettes, inlays
et onlays en céramique de verre**

**11h00 Application clinique des matériaux
céramiques en couronnes et ponts,
et en restaurations implanto-portées**

**16h00 Vision élargie
de la dentisterie esthétique**

L'esthétique de A à Z

**!!! CADEAU !!!
Diplômés 2005
= 50 EUR**

A comme Alumine, Z comme Zirconie



Fiche technique de ce cours	
Quand ?	Samedi 1 ^{er} octobre 2005, 9h00 - 17h30
Où ?	Acinapolis Jambes (face à la gare - vaste parking réservé)
Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
Accréditation ?	OUI : accordée sous le n° 10365 - 40 UA7
Agrément DG ?	OUI : 6 heures
Combien ?	Montant de base tout compris 180,- EUR Après 23/9/2005 : +50,- Sur place (si disp.) : +100,-
Réductions* ? <small>* voir JOD 13 page 41</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune/Étudiant : 5 % Réduction-fidélité : jusque 25 %
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page

Kodak | Dental Systems

Rapidité numérique. Qualité Kodak.

Systèmes de radiologie numérique KODAK RVG 5000 et 6000.

Vous souhaitez réaliser des radios d'une grande précision, en quelques secondes en restant à proximité du fauteuil ? Découvrez les systèmes de radiologie numérique KODAK RVG 5000 et 6000 (auparavant Trophy RVG Access et RVG Ultimate).

Le système RVG 5000 est idéal si vous souhaitez passer à la radiologie numérique en toute simplicité. Clarté, contrastes, facilité d'utilisation... Vous disposez de la qualité Kodak à un coût étonnamment abordable.

Le système RVG 6000, avec plus de 20 lp/mm¹, offre la plus haute résolution réelle existant sur le marché. Vos diagnostics, même les plus complexes, se réalisent en un clin d'œil. Le système fonctionne avec toutes les solutions d'imagerie et de gestion Kodak, et peut s'intégrer facilement à d'autres logiciels de gestion.



Et question service, là aussi vous bénéficiez de la rapidité et de la qualité Kodak.

Pour plus d'informations, appelez le **0800 199 39**
ou rendez-vous sur **www.kodak.com/dental**

Imagerie argentique | Imagerie numérique | Services



© Eastman Kodak Company, 2004.
Kodak, Trophy et RVG sont des marques déposées
d'Eastman Kodak Company.

¹ Alan G. Farnon, BDS, PhD,Sc, MBA and Taisko T. Farnon, DMD, MS, PhD, RT(R),
"Digital Intraoral Radiography '04", American Association of Dental Maxillofacial
Radiographic Technicians Newsletter, 11 printemps, 2004.



Démasquons les vérités cliniques



Retrouvez tous les détails du programme 2005 dans le JOD Spécial n°13.

Vous l'avez égaré ? Réclamez vite un nouvel exemplaire gratuit au 0473/41.51.67, ou par fax au 071/33.38.05, ou par courrier électronique : mail.cod@swing.be !

Vous pouvez encore obtenir une réduction-fidélité de 10 %, soit 54 EUR, en souscrivant simultanément aux 3 formations ci-dessous. Oui : 486 EUR seulement pour 18 heures de formation de niveau international.

Décidé ? Vous trouverez un BULLETIN D'INSCRIPTIONS EN AVANT-DERNIÈRE PAGE DE CE NUMÉRO !

**SAMEDI
1^{ER} OCTOBRE**

9h00 - 17h30

NAMUR



L'esthétique de A à Z

Robert Valiquette

Accréditation : accordée - 40 UA7
Agrément DG : 6 heures

**VENDREDI
18 NOVEMBRE**

9h00 - 17h30

CHARLEROI



L'Art et la Science de l'adhésion

Jean-Pierre Attal

Accréditation : accordée - 20 UA4 + 20 UA7
Agrément DG : 6 heures

**SAMEDI
10 DÉCEMBRE**

9h00 - 17h30

BRUXELLES



**Dental Thema Day
« Gérodontologie »**

**Ziad Noujeim / Serge Bouillaguet /
Faouzi Riachi / Pierre Santoni**

Accréditation : accordée - 10 UA1 + 10 UA4 + 10 UA6 + 10 UA7
Agrément DG : 6 heures

*Le COD
Ma formation continue*

PROGRAMME 2005



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





Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL

BP 1091 - 6000 Charleroi

Tél. : 0473/41.51.67 - Fax : 071/33.38.05 - Courriel : mail.cod@swing.be

Honoraires et remboursements des prestations dentaires



CODE INAMI	CODES INAMI HOSP.	LIBELLE	VALEUR	HONORAIRES	REMB. A.O.	REMB. AIM	T.M. A.O.	T.M. AIM
CONSULTATION								
301011		consultation au cabinet d'un dentiste	N5	17,85	13,54	17,85	4,31	0
301033		consultation à domicile	N11	24,77	18,58	24,77	6,19	0
301055		supplément WE et JF 8-21h	N3	7,71	5,79	7,71	1,92	0
301070		supplément nuit 21-8h	N5,5	16,71	12,54	16,71	4,17	0
OBTURATIONS Dents de Lait								
303811	303822	obturation 1 face	L30	36,97	34,40	36,97	2,57	0
303833	303844	obturation 2 faces	L40	49,29	46,72	49,29	2,57	0
303855	303866	obturation 3 faces et +	L50	61,61	59,04	61,61	2,57	0
OBTURATIONS Dents définitives moins de 12 ans								
303892	303903	obturation 1 face	L30	36,97	34,40	36,97	2,57	0
303914	303925	obturation 2 faces	L40	49,29	46,72	49,29	2,57	0
303936	303940	obturation 3 faces et +	L50	61,61	59,04	61,61	2,57	0
303951	303962	restauration cuspidale ou bord incisal	L60	73,93	71,36	73,93	2,57	0
303973	303984	restauration complète de couronne	L70	86,26	83,69	86,26	2,57	0
OBTURATIONS Dents définitives de 12 ans à moins de 18 ans								
304216	304220	obturation 1 face	L20	24,64	22,07	24,64	2,57	0
304231	304242	obturation 2 faces	L30	36,97	34,40	36,97	2,57	0
304253	304264	obturation 3 faces et +	L40	49,29	46,72	49,29	2,57	0
304275	304286	restauration cuspidale ou bord incisal	L50	61,61	59,04	61,61	2,57	0
304290	304301	restauration complète de couronne	L60	73,93	71,36	73,93	2,57	0
OBTURATIONS Dents définitives à partir de 18 ans								
304371	304382	obturation 1 face	L20	24,64	18,48	24,64	6,16	0
304393	304404	obturation 2 faces	L30	36,97	29,85	36,97	7,12	0
304415	304426	obturation 3 faces et +	L40	49,29	42,17	49,29	7,12	0
304430	304441	restauration cuspidale ou bord incisal	L50	61,61	53,33	61,61	8,28	0
304452	304463	restauration complète de couronne	L60	73,93	65,65	73,93	8,28	0
TRAITEMENT ET OBTURATION RADICULAIRE DE DENT moins de 18 ans								
304312	304323	1 canal	L30	47,87	44,54	47,87	3,33	0
304533	304544	2 canaux	L40	63,83	60,5	63,83	3,33	0
304555	304566	3 canaux	L50	95,74	92,41	95,74	3,33	0
304570	304581	4 canaux	L60	127,66	124,33	127,66	3,33	0
TRAITEMENT ET OBTURATION RADICULAIRE DE DENT à partir de 18 ans								
304496	304500	1 canal	L30	47,87	38,66	47,87	9,21	0
304592	304603	2 canaux	L40	63,83	54,62	63,83	9,21	0
304614	304625	3 canaux	L50	95,74	86,53	95,74	9,21	0
304636	304640	4 canaux	L60	127,66	118,45	127,66	9,21	0
ABLATION de racines moins de 18 ans								
304754	304765	ablation une racine	L15	27,91	24,58	27,91	3,33	0
304776	304780	ablation plusieurs racines /dent	L20	37,22	33,89	37,22	3,33	0
ABLATION de racines à partir de 18 ans								
304710	304721	ablation une racine	L15	27,91	20,94	27,91	6,97	0
304732	304743	ablation plusieurs racines /dent	L20	37,22	27,92	37,22	9,3	0
EXTRACTIONS								
304813	304824	extraction éléments de dent définitive < 14 ans	L21,21	30,00	22,50	30,00	7,5	0
SOINS PREVENTIFS								
301556		examen buccal annuel 1er semestre < 18 ans	N7	19,18	15,62	19,18	3,56	0
301571		examen buccal annuel 2e semestre < 18 ans	N7	19,18	15,62	19,18	3,56	0
301593		examen buccal annuel de 18 à 50 ans	N20,96	51,27	48,09	51,27	3,18	0
302514		scellement fissure/dent/quadrant jusque 14 ans	L10	11,50	10,35	11,50	1,15	0
302536		scellement fissure/dent supplém./quadrant	L7	8,05	7,25	8,05	0,8	0
DETARTRAGE (handicapés)								
301696	301700	détartrage quadrant 1 /trimestre	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
301711	301722	détartrage quadrant 2 /trimestre	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
301733	301744	détartrage quadrant 3 /trimestre	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
301755	301766	détartrage quadrant 4 /trimestre	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
301770	301781	détartrage quadrants cumulés (3 ou -)	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
DETARTRAGE à partir de 18 ans								
302153	302164	détartrage quadrant 1	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
302175	302186	détartrage quadrant 2	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
302190	302201	détartrage quadrant 3	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
302212	302223	détartrage quadrant 4	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0
302234	302245	détartrage quadrants cumulés (3 ou -)	L10	11,50	8,63	11,50	2,87	0

CODE INAMI AMB.	CODES INAMI HOSP.	LIBELLE	VALEUR	HONORAIRES	REMB. A.O.	REMB. AIM	T.M. A.O.	T.M. AIM
RADIOLOGIE								
307016	307020	radiographie extrabuccale hémimaxillaire	N26	20,39	15,30	18,36	5,09	2,03
307031	307042	radiographie intrabuccale	N13	10,19	7,65	9,18	2,54	1,01
307053	307064	radiographie intrabuccale suppl.	N8	6,27	4,71	5,65	1,56	0,62
307090	307101	radiographie panoramique (1 x/an)	N41	34,79	26,10	31,32	8,69	3,47
307112	307123	télé 1 cliché (1 x/an)	N40	31,36	23,52	28,23	7,84	3,13
307134	307145	télé 2 clichés (1 x/an)	N55	43,13	32,35	38,82	10,78	4,31
ORTHODONTIE								
305594	305605	examen préliminaire	L50	66,31	49,74	66,31	16,57	0
305616	305620	forfait mensuel	L16,5	19,85	14,89	19,85	4,96	0
305653	305664	forfait mensuel suivi interrup + 6 mois	L16,5	19,85	14,89	19,85	4,96	0
305712	305723	forfait mensuel suivi trmt actif non remb.	L16,5	19,85	14,89	19,85	4,96	0
305631	305642	forfait appareil début traitement	L125	150,34	112,76	150,34	37,58	0
305675	305686	forfait appareil après 6 mois	L125	150,34	112,76	150,34	37,58	0
305830	305841	examen avec rapport	L20	26,12	19,59	26,12	6,53	0
305852	305863	séance de contrôle	L12	14,43	10,83	14,43	3,60	0
305874	305885	confection de moulages CTD	L15	18,04	13,53	18,04	4,51	0
305896	305900	contention suivie d' 1 interrup. + 6 mois	L12	14,43	10,83	14,43	3,60	0
PROTHESE								
à partir de 50 ans								
307731	307742	prothèse supérieure 1 dent	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307753	307764	prothèse inférieure 1 dent	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307775	307786	prothèse supérieure 2 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307790	307801	prothèse inférieure 2 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307812	307823	prothèse supérieure 3 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307834	307845	prothèse inférieure 3 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307856	307860	prothèse supérieure 4 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307871	307882	prothèse inférieure 4 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307893	307904	prothèse supérieure 5 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307915	307926	prothèse inférieure 5 dents	L376	296,72	222,54	281,89	74,18	14,83
307930	307941	prothèse supérieure 6 dents	L412	325,13	243,85	308,88	81,28	16,25
307952	307963	prothèse inférieure 6 dents	L412	325,13	243,85	308,88	81,28	16,25
307974	307985	prothèse supérieure 7 dents	L412	325,13	243,85	308,88	81,28	16,25
307996	308000	prothèse inférieure 7 dents	L412	325,13	243,85	308,88	81,28	16,25
308011	308022	prothèse supérieure 8 dents	L453	357,49	268,12	339,62	89,37	17,87
308033	308044	prothèse inférieure 8 dents	L453	357,49	268,12	339,62	89,37	17,87
308055	308066	prothèse supérieure 9 dents	L453	357,49	268,12	339,62	89,37	17,87
308070	308081	prothèse inférieure 9 dents	L453	357,49	268,12	339,62	89,37	17,87
308092	308103	prothèse supérieure 10 dents	L526	415,10	311,33	394,35	103,77	20,75
308114	308125	prothèse inférieure 10 dents	L526	415,10	311,33	394,35	103,77	20,75
308136	308140	prothèse supérieure 11 dents	L526	415,10	311,33	394,35	103,77	20,75
308151	308162	prothèse inférieure 11 dents	L526	415,10	311,33	394,35	103,77	20,75
308254	308265	adjonction 1 dent	L85	67,08	50,31	67,08	16,77	0
308276	308280	adjonction dent supplémentaire	L24,5	19,33	14,50	19,33	4,83	0
308291	308302	réparation proth. 1 à 11 dents	L61,5	48,53	36,40	48,53	12,13	0
308313	308324	rebasage prothèse 1 à 5 dents	L113	89,02	66,76	84,57	22,25	4,45
308313	308324	rebasage prothèse 6 ou 7 dents	L124	97,54	73,16	92,66	24,38	4,86
308313	308324	rebasage prothèse 8 ou 9 dents	L136	107,25	80,44	101,89	26,61	5,36
308313	308324	rebasage prothèse 10 ou 11 dents	L158	124,53	93,40	118,31	31,13	6,22
308832	308843	prothèse supérieure 12 dents	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
308854	308865	prothèse inférieure 12 dents	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
308876	308880	prothèse supérieure 13 dents	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
308891	308902	prothèse inférieure 13 dents	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
308994	307005	réparation prothèse 12 ou 13 dents	L61,5	48,53	36,40	48,53	12,13	0
307156	307160	rebasage prothèse 12 ou 13 dents	L180	142,05	106,54	134,95	35,51	7,10
308913	308924	prothèse totale supérieure	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
308935	308946	prothèse totale inférieure	L600	473,49	355,12	449,82	118,37	23,67
307171	307182	réparation prothèse totale	L61,5	48,53	36,40	48,53	12,13	0
308950	308961	rebasage prothèse totale	L180	142,05	106,54	134,95	35,51	7,10

PETITE CHIRURGIE BUCCALE								
317030	317041	alvéolectomie	K42	44,67	44,67	44,67	0,00	0,00
317052	317063	traitement ostéite alvéolaire	K62	65,94	65,94	65,94	0,00	0,00
317074	317085	gingivectomie étendue /mchoire (min 6 dents)	K21	22,33	22,33	22,33	0,00	0,00
317111	317122	exérèse tumeur bénigne	K10	10,64	10,64	10,64	0,00	0,00
317170	317181	frénectomie	K42	44,67	44,67	44,67	0,00	0,00
317192	317203	incision abcès dentaire	K10	10,64	10,64	10,64	0,00	0,00
317214	317225	extr. sous anesth générale (min 8 dents)	K125	160,53	160,53	160,53	0,00	0,00
317236	317240	extraction de dent incluse	K75	79,77	79,77	79,77	0,00	0,00
317251	317262	extr. sous anesth générale (moins de 8 dents)	K75	79,77	79,77	79,77	0,00	0,00
317295	317306	prothèses spéciales	K400	642,12	642,12	642,12	0,00	0,00
SUPPLEMENTS PRESTATIONS TECHNIQUES URGENTES			K = 0,968279					
599653		< ou = K ou L10 ou N17	K12	11,62	8,72	11,62	2,90	0,00
599631		> K ou L10 ou N17 et < ou = K ou L25 ou N42	K20	19,37	14,53	19,37	4,84	0,00
599618		> K ou L25 ou N42 et < ou = K ou L50 ou N85	K40	38,73	29,05	38,73	9,68	0,00
599594		> K ou L50 ou N85 et < ou = K ou L75 ou N125	K60	58,10	43,58	58,10	14,52	0,00
599572		> K ou L75 ou N125 et < ou = K ou L120 ou N200	K80	77,46	58,10	77,46	19,36	0,00
599550		> K ou L120 ou N200 et < ou = K ou L180 ou N300	K100	96,83	72,63	96,83	24,20	0,00
599535		> K ou L180 ou N300 et < ou = K ou L300 ou N500	K120	116,19	87,15	116,19	29,04	0,00
599313		> K ou L300 ou N500	K150	145,24	108,93	145,24	36,31	0,00
SUPPLEMENTS PRESTATIONS TECHNIQUES URGENTES			K = 1,452417					
	599684	< ou = K ou L10 ou N17	K12	17,43	13,08	17,43	4,35	0,00
	599642	> K ou L10 ou N17 et < ou = K ou L25 ou N42	K20	29,05	21,79	29,05	7,26	0,00
	599620	> K ou L25 ou N42 et < ou = K ou L50 ou N85	K40	58,10	43,58	58,10	14,52	0,00
	599605	> K ou L50 ou N85 et < ou = K ou L75 ou N125	K60	87,15	65,37	87,15	21,78	0,00
	599583	> K ou L75 ou N125 et < ou = K ou L120 ou N200	K80	116,19	87,15	116,19	29,04	0,00
	599561	> K ou L120 ou N200 et < ou = K ou L180 ou N300	K100	145,24	108,93	145,24	36,31	0,00
	599546	> K ou L180 ou N300 et < ou = K ou L300 ou N500	K120	174,29	130,72	174,29	43,57	0,00
	599524	> K ou L300 ou N500	K150	217,66	163,40	217,66	54,46	0,00

AGENDA À VENIR

**SAMEDI
1^{ER} OCTOBRE**

9h00 - 17h30

NAMUR



L'esthétique de A à Z

Robert Valiquette

Accréditation : accordée - 40 UA7
Agrément DG : 6 heures

**VENDREDI
18 NOVEMBRE**

9h00 - 17h30

CHARLEROI



L'Art et la Science de l'adhésion

Jean-Pierre Attal

Accréditation : accordée - 20 UA4 + 20 UA7
Agrément DG : 6 heures

**SAMEDI
10 DÉCEMBRE**

9h00 - 17h30

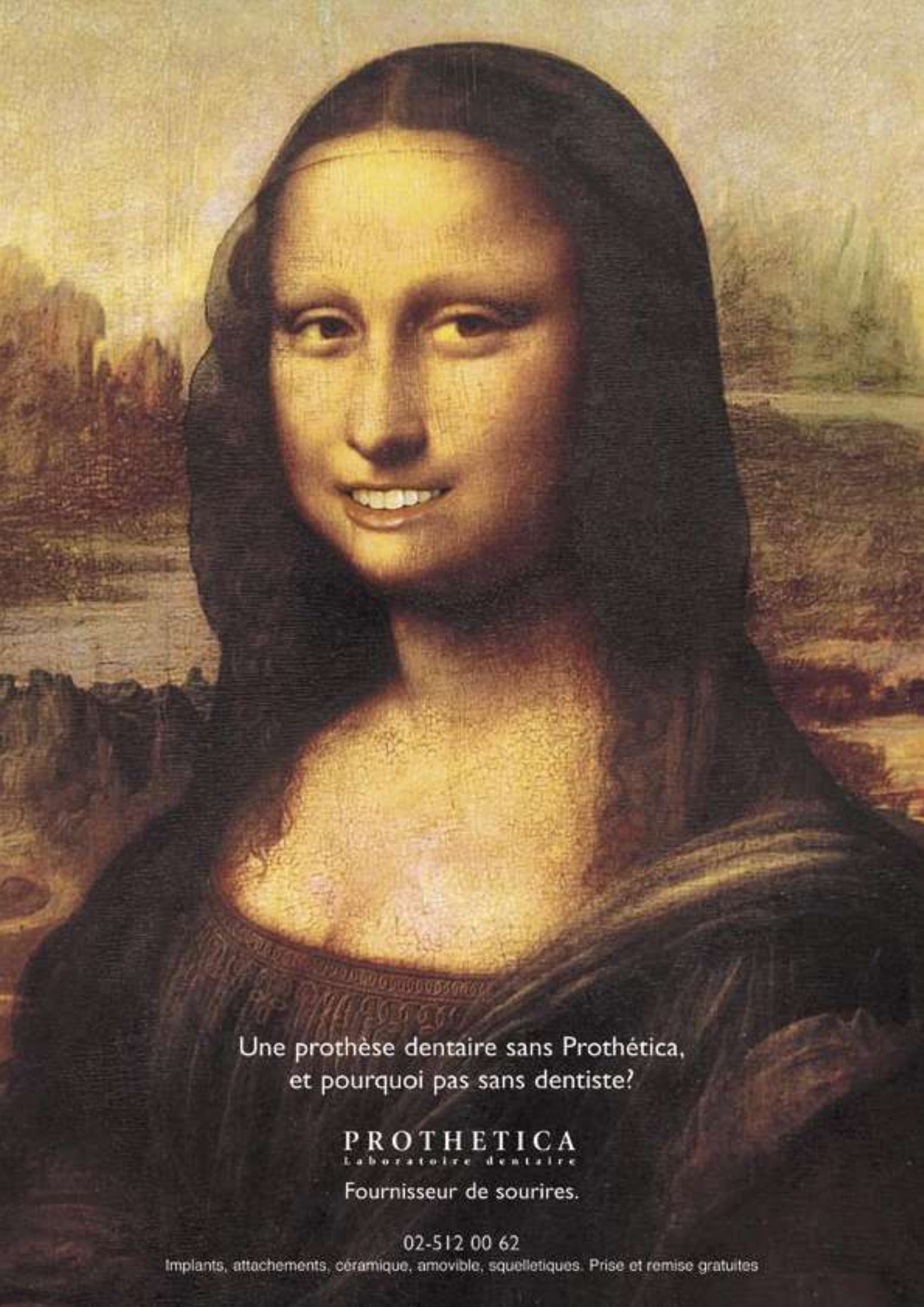
BRUXELLES



**Dental Thema Day
« Gérodontologie »**

**Ziad Noujeim / Serge Bouillaguet /
Faouzi Riachi / Pierre Santoni**

Accréditation : accordée - 10 UA1 + 10 UA4 + 10 UA6 + 10 UA7
Agrément DG : 6 heures



Une prothèse dentaire sans Prothética,
et pourquoi pas sans dentiste?

PROTHETICA
Laboratoire dentaire

Fournisseur de sourires.

02-512 00 62

Implants, attachements, céramique, amovible, squelettiques. Prise et remise gratuites

Congrès international

Bordeaux

16 - 18 juin 2005

Les 2 faces d'une même

médaille

C'est à Bordeaux que la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale a établi ses quartiers, pour son Congrès annuel, en ce superbe mois de juin 2005

qui a contribué à attirer les congressistes au rendez-vous girondin. Tout naturellement, le Centre de Parodontologie et Implantologie Orale d'Aquitaine a joué le rôle de partenaire privilégié de l'événement.

« Paro - Implanto : les 2 faces d'une même médaille », tel était le thème général retenu pour cette manifestation d'échelle européenne. Pourquoi ce titre si affirmatif ? "Il paraît évident, explique Virginie Monnet-Corti, Présidente scientifique du Congrès, que la Parodontologie et l'Implantologie sont bel et bien indissociables même si on les oppose parfois comme sur une médaille : dos à dos. La médaille, c'est notre patient soigné satisfait, c'est notre récompense. Le revers de la médaille, est-ce l'implantologie ? Est-ce la parodontie ? Je pense plutôt que cette métaphore symbolise une alternative bien indiquée, bien pesée et non pas le résultat du hasard à pile ou face qui serait incompatible avec une attitude scientifique."

Le ton est donné : les parodontistes font une O.P.A. définitive sur l'implantologie. Et le haut niveau des interventions scientifiques ... et politiques bordelaises n'a pas semblé leur donner tort !

> Thierry VANNUFFEL



de Parodontologie et d'Implantologie Orale



Le Palais des Congrès de Bordeaux fait partie d'un complexe conférencier et hôtelier de premier plan, dont la force a facilement convaincu les organisateurs de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale pour leur Congrès 2005. Situé au lieu-dit « Le Lac », le centre lui-même dispose de trois amphithéâtres (977, 353 et 195 places), un espace pluriel avec bar panoramique, vestiaires, sanitaires, signalétique dynamique et accès sur parvis extérieur couvert, et aussi 10 salles de commissions, jumelables deux à deux, permettant la mise sur pied de séances plus intimes.

Le complexe comprend également un parc d'expositions de plus de 50.000 mètres carrés d'un seul tenant, où se déroulent chaque année le fameux « Vinexpo », la vitrine mondiale des vins fins du Bordelais, mais aussi le Salon Auto-Moto, Aérosolutions et le Jumping International de Bordeaux.

Enfin, toute la gamme des chaînes hôtelières françaises et internationales est présente sur le site : Sofitel, Novotel, Mercure, Campanile, Sheraton... à vous de choisir !

Seule ombre au tableau : tout ce beau matériel ne peut évidemment se cacher en plein centre ville. C'est donc le long du périphérique autoroutier que le congressiste non motorisé doit se cantonner, un peu comme si un Palais des Congrès de Bruxelles voyait le jour à Neder-over-Heembeek. Pas de pitié donc : le vieux Bordeaux et ses ponts sur la Garonne n'étaient pas au programme, pas plus d'ailleurs que

les appellations rêvées comme Listrac, Pauillac, Sauternes ou Pomerol, que l'on ne pouvait que subodorer sur les plaques de sorties de l'autoroute, au départ de l'aéroport de Mérignac...

Originalité & qualité

Le moins que l'on puisse écrire, est que la SFPIO connaît son public, et fait la démonstration de l'originalité et de la qualité nécessaires au maintien de l'intérêt des participants.

Citons les caractéristiques suivantes :

- Le programme débutait le jeudi 16 juin à 14h30 pour se terminer le samedi 18 juin à 12h30. D'aspect curieux de prime abord, cet horaire s'est en fait révélé idéal, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les congressistes pouvaient voyager le jeudi matin, et donc disposaient d'une journée normale de cabinet le mercredi. À noter que la plupart des vols à destination de Bordeaux arrivent tôt le matin (celui de Bruxelles avant 8h00 !), ce qui permet un acheminement à l'aise vers le lieu de la manifestation. De même pour le retour, les participants avaient la possibilité de voyager le samedi après-midi et de disposer d'une journée dominicale complète en famille. Par ailleurs, cet horaire sur trois jours ne contraignait en fait qu'à un seul repas sur site, le vendredi midi.

- Et ce repas n'était pas n'importe lequel ! Sur inscription préalable, des déjeuners-conférences étaient en effet programmés, chaque table de 10 personnes maximum étant animée par une

personnalité incontournable de la parodontologie française : Paul Mattout (« Peut-on raccourcir les délais dans un plan de traitement efficace ? »), Henri Tenenbaum (« La péri-implantite existe bien »), Jean-Marc Dersot (« Recouvrement radiculaire : quelle est la meilleure technique chirurgicale ? »), Christine Romagna (« La parodontologie, autrement »), Philippe Bouchard (« Principes biologiques de la chirurgie plastique parodontale »), Jean-Pierre Gardella (« Mise en esthétique immédiate en implantologie »)...

Pour tout que la parodontologie hante, le programme scientifique magistral avait aussi de quoi faire frissonner. ●●●



Preuves qu'œnologie et odontologie peuvent faire bon ménage, des stands de dégustation de produits de terroir agrémentaient l'exposition dentaire, et faisaient office d'estaminets pour le cocktail dînatoire du vendredi midi



Bernard Paquelet, Président de la Société Française de Parodontologie et Implantologie Orale :

“ La particularité de notre Société est d'être une confédération, depuis 2002, lorsque les 12 sociétés régionales organisées autour des villes universitaires se sont regroupées ; notre fonctionnement est dès lors pyramidal. Nous représentons ainsi un total de plus de 900 membres, qui ne sont pas nécessairement des parodontistes exclusifs.

Nos buts sont très variés. Il s'agit d'une part de la diffusion des connaissances, au travers de notre Congrès annuel, mais encore d'autres cycles de formation, dont votre Journal d'OmniPratique Dentaire s'est déjà fait l'écho.

D'autre part, nous visons aussi à faire connaître la parodontologie auprès du grand public et des Confrères, dont certains ne sont pas assez sensibilisés. Nous avons ainsi mis sur pied la « Semaine de la santé gingivale » avec des partenaires industriels, dont l'objectif est d'obtenir un reflet de l'activité parodontale dans les cabinets d'omniPratique en France.

Enfin, nous ne nions pas un but à visée politique : nous sommes ainsi membre de l'European Federation of Periodontology, qui est une grosse machine permettant d'espérer la levée à terme de certains blocages syndicaux et ordinaires en France, en matière d'hygiénistes notamment. ”

●●● Bien soutenue par l'European Federation of Periodontology, la SFPIO a pu compter sur la présence de tout le gratin européen en la matière.

Le jeudi après-midi était consacré à une conférence sur le thème « Comment concevoir et lire une étude clinique ? » avec la participation, notamment, d'Henri Tenenbaum (*lire ailleurs dans cette édition*). Dans le même temps, quatre ateliers pratiques étaient organisés en collaboration avec l'industrie, avec pour sujets le traitement parodontal ultrasonique mécanisé (EMS - Vector Dürr Dental - Detrey Dentsply), les mini-implants (Anthogyr), la piézo-chirurgie osseuse (Mectron) et le Camlog (Alta Medica).



La matinée du vendredi fut consacrée à une séance sur l'avenir de la parodontie en Europe. Le Président de séance, Jean-Louis Giovannoli, y avait convié quatre ténors internationaux : Pierre Baehni (Genève), Mariano Sanz (Madrid), et la paire italo-britannique composée de Pierpaulo Cortellini et Maurizio Tonetti, qui sont les deux auteurs les plus prolifiques du moment sur le thème de la régénération tissulaire. Même si l'on dut déplorer l'absence in fine du dernier nommé (récemment déménagé aux États-Unis), remplacé au pied levé — et avec brio — par Stefan Renvert, cette séance fut tout simplement sublime.

Quel plaisir, notamment, d'écouter un Mariano Sanz politicien plaider en faveur de la reconnaissance de la spécialité de parodontologue, muni d'arguments statistiques parfois un peu bricolés, mais servis avec un charisme

remarquable pour un orateur qui parlait à 10h00 à Madrid et à 15h00 à Bordeaux ! Quant à Pierpaulo Cortellini, il prouva par a + b que l'avenir de la paro, c'est déjà aujourd'hui, thématique non moins politicienne, évidemment.

Petit regret : Pierre Baehni s'est exprimé en anglais, comme ses compagnons de séance, *par souci d'homogénéité*. Pourtant, qu'y a-t-il d'homogène à voir un francophone parler anglais à d'autres francophones ?

L'après-midi du vendredi offrait le choix entre deux séances. D'une part, un grand amphithéâtre accueillait « Les différents systèmes implantaires dans les traitements esthétiques : quel avantage, quel intérêt ? ». Les participants ont ainsi pu entendre une brochette d'utilisateurs au quotidien, comme Tord Berglundh (Göteborg), Joachim Hermann (Stuttgart), Joseph Kan (Los Angeles)... comparer les systèmes proposés par Astra tech, Dentsply Friadent, Straumann, 3I Implant Innovation et Nobel Biocare. D'autre part, une salle de convention présentait la séance du Collège National des Enseignants en Parodontologie, sur la thématique : « Conserver/Implanter : un match en 4 reprises » où s'affrontèrent à fleurets scientifiques non mouchetés les différents professeurs de Facultés françaises, certains partisans des solutions implantaires, les autres plus conservateurs et biologiques.

Enfin, la matinée du samedi se concentrait sur les orateurs français et proposait l'avenir de la parodontologie, sur les thèmes de la pérennité des traitements parodontaux et implantaires, la transplantation et autres sujets connexes.

Différences de surface

En résumé, les 2 faces de la médaille *paro-implanto* ont été parfaitement présentées au cours de ce congrès. Le pari de la Présidente scientifique est certainement gagné.

Néanmoins, quelle conclusion faut-il en tirer ? Probablement qu'il existe deux courants divergents en parodontologie. D'une part un courant très conservateur, qui place l'organe dentaire et son parodonte comme objectifs, un courant peu moderne diront ses détracteurs, mais un courant biologique diront ses partisans. D'autre part, s'est développé un courant interventionniste, qui croit dans le miracle de l'implantologie peut-être davantage que dans le fondement de la preuve des techniques conservatrices, un courant qui nie l'essence même de la parodontologie diront les uns, mais qui fait montre d'un réalisme systématique, diront les autres.

Entre les deux tendances, la plupart des parodontistes — et plus encore des omnipraticiens — naviguent en tentant de concilier les possibilités cliniques, les acquis de la science et les aspirations lé-

gitimes des patients. C'est la meilleure garantie d'une adéquation des soins.

Finalement, la situation française de 2005 n'est guère différente de ce que connut la Belgique avant la création de la spécialité en parodontologie. Notre pays comptait alors aussi, parmi les paros universitaires, des partisans d'une parodontologie largement pratiquée par les généralistes — là où cette discipline prend tout son sens, en première ligne — et d'autres, qui ne rêvaient que de Nomenclature réservée, et de champ d'activité spécial faisant main basse sur les implants.

Puis, lorsqu'un *momentum* apparut pour créer la spécialité dans les faits, les deux camps oublièrent bien vite leurs différences de surface.

La France connaîtra-t-elle une évolution semblable ? L'avenir le dira. Mais que ceux de nos amis français qui souhaitent continuer à mettre au quotidien la paro au centre de leur exercice d'omnipraticien relisent l'histoire récente de leurs voisins du Nord.

Pour une fois que les Belges ont une longueur d'avance... ■



Bernard Barthe,
Président du Congrès 2005 :

" Cela fait 38 ans qu'un tel Congrès de paro est organisé annuellement en France. pour cette édition, nous réunissons 330 participants et 35 exposants. Nous espérons que ce beau résultat permettra de faire mieux connaître encore la parodontologie.

Il ne faut pas en conclure que nous poursuivons à tout crin la reconnaissance légale de cette spécialité : pour l'heure, les avis sont partagés sur le sujet. Mais nous voulons en tout cas faire évoluer notre Nomenclature, qui est très limitée en la matière : détartrage et gingivectomie, c'est tout, et c'est bien trop peu ! "



Congrès International de la SFPIO 2006

30, 31 mars et 1^{er} avril

Certitudes cliniques et pronostic

Président : Vincent Jaumet - Président scientifique : Philippe Viargues
Comité scientifique : Alain Borghetti, Charles Micheau, Bernard Paquetet, Franck Renouard

**PROCHAIN
RENDEZ-VOUS**



Palais des Congrès de Versailles

Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale - 0033 1 42 93 55 79
www.sfparo.org

Diagnostic: la voie du futur



Diagnostic digital Dürr

La technique du scanner à plaque au phosphore pour tous les formats existants avec VistaScan

Le diagnostic et la documentation avec la caméra intra-orale VistaCam

Le traitement de l'image et l'archivage avec DBSWIN



Nouvelles perspectives pour la pratique dentaire

Le diagnostic est sans aucun doute le domaine de la dentisterie qui évolue le plus à l'heure actuelle. Dürr Dental est un pionnier de l'évolution comme le prouvent les innovations telles que le nouveau scanner à plaque au phosphore VistaScan compatible avec tout appareil RX et la nouvelle caméra mobile VistaCam. Mais une seule chose compte surtout pour les praticiens en ces temps mouvementés : la fiabilité. Dürr Dental ne fixe pas de tendance à court terme, mais s'impose en tant que fabricant des solutions orientées vers la continuité.

Grâce au VistaScan à technologie PCS (Photon Collecting System), la technique des scanners à plaque au phosphore perce aussi en médecine dentaire. Quelques secondes suffisent pour transformer tout format de cliché dentaire en une image digitale d'une qualité époustouflante, tout en continuant à utiliser les appareils RX actuels. La VistaCam, une caméra intra-orale confortable à haute résolution, version sans câble (par émetteur-récepteur radio), ou version câblée, complètent utilement les concepts de diagnostics modernes. Le logiciel de traitement d'image et d'archivage DBSWIN soutient enfin tous les domaines par sa conception modulaire.

DÜRR DENTAL Belgium B.V.B.A.
Molenheidebaan 97
3191 Hever
Tel.: 0 15 61 62 71
Fax: 0 15 61 09 57
info@duerr.be

www.duerr.de

 **DÜRR
DENTAL**

Que penser des « études cliniques » ?

Le dentiste abonné à une revue scientifique est régulièrement confronté à la publication d'études cliniques.

Cette recherche clinique a pu paraître parfois dévalorisée par rapport à la recherche fondamentale. Ce sentiment peut provenir de l'impression que de nombreux biais entachent les résultats d'erreurs.

Pourtant, de bons protocoles permettent d'éviter ces écueils et de tirer des enseignements importants de ce type d'études.

Tel était notamment le thème d'une séance difficile, mais essentielle, présidée par Philippe Viargues à l'occasion du Congrès International de Parodontologie et Implantologie Orale de Bordeaux, en juin dernier.

Nous reproduisons ici les pistes de réflexion soulignées par Henri Tenebaum, Professeur à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg.

> Rapporté par Thierry VANNUFFEL

L'étude clinique : un maillon obligatoire entre recherche fondamentale et application clinique



Quatre questions d'importance doivent être posées par le lecteur dans sa validation de l'étude clinique.

1. L'étude a-t-elle une pertinence clinique ?

Il est tout d'abord important de peser l'intérêt clinique d'une étude. On a par exemple déterminé qu'un traitement de 9 mois à la doxycycline à dose sub-antibiotique produit une diminution de poches de 0,5 mm : cette connaissance présente-t-elle une réelle pertinence clinique ?

Il faut dès lors distinguer l'effet, l'efficacité, l'efficace et le rendement.

- L'effet est constitué des résultats observés après intervention.
- L'efficacité est l'importance du bénéfice obtenu par l'intervention dans des circonstances idéales.
- L'efficace est l'importance du bénéfice obtenu par l'intervention dans des conditions conventionnelles.
- Le rendement est l'importance du bénéfice obtenu compte tenu de l'investissement en termes d'efforts, de coûts et d'effets secondaires.

Le lecteur d'une étude clinique doit pouvoir discerner, parmi ces notions, ce qui est réellement mesuré par l'étude.

2. Quel fut l'entraînement des investigateurs ?

Il s'agit d'un élément particulièrement sensible dans les études multicentriques.

Cet entraînement doit être réalisé aussi bien pour un seul investigateur avec des mesures répétées que pour plusieurs investigateurs qui évaluent successivement le même sujet. Une reproductibilité atteignant 70 à 80% est nécessaire ($k = \text{kappa}$).

En général, une étude monocentrique avec un seul investigateur conduit à moins de variabilité dans les mesures.

3. Quelle fut la rigueur dans la transmission des observations ?

En effet, des erreurs minimales mais marginales peuvent faire perdre un patient en cours d'étude.

De même, les « perdus de vue », s'ils sont nombreux, laissent planer un doute sur la recevabilité des résultats.

4. La détermination des déviations majeures et mineures était-elle objective ?

La compliance du patient au traitement est un point fondamental et difficile à évaluer avec objectivité. Pour un traitement au long cours, 80% de compliance au traitement sont considérés comme excellents. Il faut savoir que ce taux n'est jamais atteint, par exemple, pour l'étude d'un antiseptique en usage local pendant 7 jours !

Conclusion

Par rapport à la recherche fondamentale, la recherche clinique exige au moins autant de rigueur et souvent plus d'investissement en temps et en énergie. Elle reste un passage obligatoire entre la recherche fondamentale et l'application clinique.

La publication d'études cliniques est dès lors aussi vitale que celle concernant la recherche fondamentale. Elle est en tout cas bien plus pertinente que d'autres types d'articles, comme des rapports de cas ou des descriptifs techniques. Ces deux derniers genres peuvent se révéler de précieuses sources d'informations, mais il est important d'en faire la lecture avec la conscience qu'il ne s'agit pas d'articles scientifiques comme tels.

Enfin, face à la relative désorganisation actuelle, il est grand temps que voie le jour un réseau international de qualité pour assumer cette recherche clinique odontologique. ■

« Pour un sourire éclatant »

« Pour un sourire éclatant » est l'intitulé d'un projet de développement social et humain original dont l'association « ARDENT » est l'initiateur.

Outre des objectifs de formation et de recherche, « Ardent » œuvre aussi pour l'Homme grâce à sa section humanitaire : Ardent Partage.

Son engagement au service de l'être humain et de sa santé est la continuité d'une aventure commencée au Népal, poursuivie en Tanzanie, et qui se prolonge actuellement en Inde, à Madagascar et au Congo.

En 1994, le Dr S. Roess, alors Président de l'association, a envoyé et installé un premier fauteuil dentaire dans une structure médicale tibétaine, au Népal.

Cette action s'est développée en 1998-99 dans ce même centre, avec la récupération, l'envoi et le montage d'un laboratoire de prothèses ; James M., prothésiste alsacien, a formé au cours de son séjour de 6 mois un népalais à ce très technique métier. Le centre de soins est autonome depuis 2000 ; y sont salariés des dentistes népalais et accueillis des dentistes et prothésistes bénévoles français et italiens.

> Fabien ZETTEL

En 2000-2001, Ardent Partage a participé avec des organisations américaine (A.D.A.) et tibétaine, à une opération similaire : création d'un cabinet dentaire et d'un laboratoire de prothèses, dans un autre centre médical tibétain, toujours au Népal. Cette structure est également autonome ; elle salarie des dentistes népalais et reçoit des dentistes et des prothésistes occidentaux en missions de soins.

Depuis juin 2003, la création d'une clinique dentaire (2 fauteuils et un labo) dans le Nord-Ouest de la Tanzanie, à Bukoba, au bord du Lac Victoria, s'est concrétisée.

La ville de Bukoba au Nord-Ouest de la Tanzanie, située dans la Kagera, région limitée par la frontière avec l'Ouganda au Nord, le lac Victoria à l'Est, Rwanda et Burundi à l'Ouest.

La région est peuplée de 1.743.000 habitants.

Partenariat & objectifs

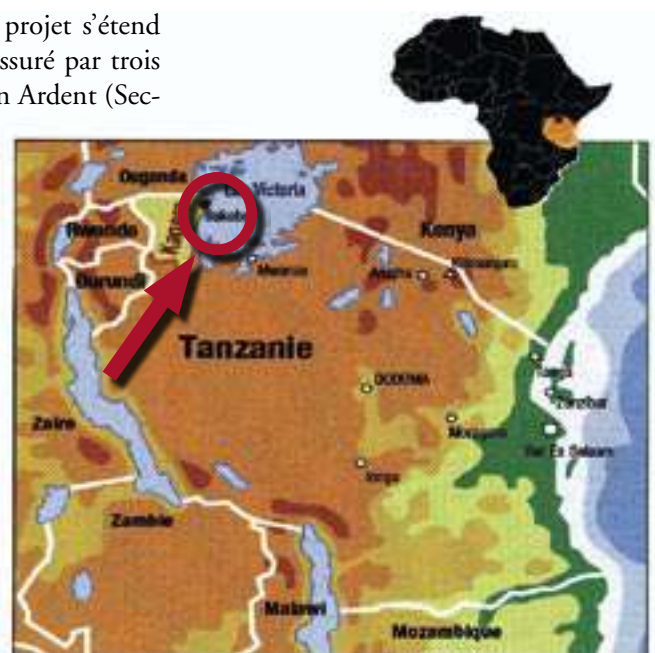
Le calendrier global du projet s'étend de 1999 à 2006 et est assuré par trois partenaires : l'Association Ardent (Section Ardent Partage), l'ONG Partage Tanzania (PTZ) et l'Association Partage Tanzania France.



Les objectifs de ce projet africain sont les suivants :

- Soigner les enfants orphelins pris en charge par PTZ et les éduquer à une meilleure alimentation et hygiène dentaire
- Aménager un cabinet dentaire et un laboratoire de prothèses
- Permettre à la population d'accéder à des soins dentaires
- Former un dentiste et un prothésiste tanzaniens
- Pérenniser ces activités de soins dentaires

La population de la Kagera est estimée à près de deux millions d'habitants



Situation géographique de la ville de Bukoba, où se développe le projet Ardent Partage

...dans le Tiers-Monde aussi !

dont 50% a moins de 15 ans. L'ethnie principale «Haya» est mélangée à un afflux important de réfugiés des pays voisins (Burundi, Rwanda) lors des guerres interethniques de ces dernières années. L'arrivée des réfugiés n'a pas été le seul désastre que la région ait connu. A la fin des années 70, la guerre avec l'Ouganda a fortement affaibli la contrée. La dégradation des conditions de vie s'est poursuivie avec la chute des cours de la principale production locale : le café. Actuellement, aucune culture de remplacement n'a encore fait ses preuves. Réduite à l'autarcie la plus complète au milieu de ses plantations de bananes, la grande majorité de la population vit en-dessous du seuil minimal de pauvreté.

Dans ces régions rurales, les soins dentaires se limitent à des extractions réalisées sans anesthésie, avec les moyens à disposition (rayons de bicyclette...), le tout sans suivi médical. Les seuls soins modernes pratiqués en Tanzanie sont prodigués à Dar Es Salaam (environ 1600 km) et depuis peu à Mwanza (de l'autre côté du Lac Victoria). Il ne faut pas oublier de noter l'effort de l'hôpital de Bukoba où une infirmière spécialisée pratique des extractions.

Dans un tel contexte, le projet conjoint de PTZ et d'Ardent Partage s'inscrivait comme une priorité à laquelle la région n'avait absolument pas les moyens de répondre.

L'isolement de la région et les moyens de transport ne permettaient pas, jusqu'à présent, de mener une politique dentaire satisfaisante. Les dispensaires trop éloignés des villages n'incitent pas les habitants à consulter et ne favorisent pas les traitements au long cours ou réguliers. Malgré l'excellente organisation médicale mise en place par PTZ dans les villages de la Kagera, les patients sont souvent obligés d'atten-

dre six mois avant le passage du dentiste tanzanien. Les moyens dont celui-ci dispose lui permettent de ne pratiquer que des extractions alors que beaucoup de ces dents extraites pourraient facilement être soignées et sauvées avec des moyens adaptés.

Pour la population jeune, aucune prévention ni motivation ou éducation à l'hygiène n'existe dans les villages et les écoles. Faute de temps et de personnel, le dépistage des caries ou des cas à traiter au cours du bref passage du dentiste (présent quelques heures pour des extractions urgentes) n'est pas possible. Sans l'aide d'une association et sans structure installée, le coût de soins dentaires resterait prohibitif pour l'ONG Partage Tanzania.

Historique du projet tanzanien

• Premier séjour en 1998-1999

Mission d'évaluation des besoins et de la situation sanitaire dentaire.

Interventions en brousse au cours d'une tournée de 2 semaines dans 16 villages regroupant 4000 enfants... et soins d'urgence (extractions) — jusqu'à 80 patients par jour — en collaboration avec un dentiste tanzanien. Celui-ci, en poste dans un dispensaire éloigné, ne peut être sollicité qu'une ou deux fois dans l'année par PTZ.

Les intervenants font le constat d'une situation dentaire dramatique : très peu d'hygiène, encore moins de soins dispensés et une absence quasi totale de structure (pas d'équipement) dans un rayon de 200 km, excepté deux fauteuils vétustes dans des dispensaires à plus de 60 et 80 km de piste ! Inaccessibles pour 99 % de la population...

• Préparation du projet en 2000

Définition de la structure dentaire et du type de soins qui seront proposés.

L'objectif de l'O.N.G. Partage Tanzanie est d'amener un enfant à l'âge adulte, sain, éduqué et responsable. Parce que la lutte contre la pauvreté se doit d'abord de prendre en compte la santé, le développement de la clinique dentaire de Bukoba s'inscrit dans une démarche de solidarité internationale.

Récupération d'une première partie du matériel, recherche de locaux et envoi d'un conteneur par bateau.

Initialement prévu pour être réceptionné début 2000, le conteneur dentaire n'est arrivé qu'en mars 2001 à la frontière tanzanienne ; il y est encore resté immobilisé trois mois, par le service des douanes, pour raisons administratives...

• Deuxième mission en 2001

Détermination des objectifs avec Philippe Krynen (PTZ) et Ardent Partage.

Nouveau séjour en brousse de prévention dans les écoles et de soins dans les villages du programme. En juin 2001, le responsable du projet, le Dr Fabien Zettel, accompagné de son frère Rémi, technicien, sont allés à Bukoba, suivre les travaux d'installation entrepris ; l'aménagement des locaux et du cabinet dentaire a pu débuter dans les meilleures conditions. Le matériel, réceptionné le 2 juillet 2001, avait subi des dégâts durant le transport : bris de l'embase d'un des fauteuils, boîtier électrique du compresseur en miettes !



••• • Phase de réalisation en 2003

Installation des fauteuils, recherche de dentistes coopérants, ouverture de la clinique.

Après le deuxième séjour à Bukoba, Ardent Partage avait expédié en fin d'année 2002, un troisième fauteuil et tout le matériel équipant un laboratoire de prothèses (don d'un stomatologue). Nos « Ardents techniciens » sont retournés à Bukoba, en février 2003 ; l'aménagement des locaux s'est poursuivi... et en mettant la main à la pâte, les équipements ont pu être installés avant l'arrivée du premier dentiste volontaire, début avril.

Les premiers soins sont dispensés à la clinique dentaire dès le mois de mai. Prothésistes et dentistes français volontaires se relaient actuellement, assurant la formation des Tanzaniens engagés par PTZ.

La clinique s'occupe gratuitement des orphelins de PTZ et des indigents, mais répond également à une demande de la population locale ; la ville de Bukoba compte tout de même 30.000 âmes.

Dès juin 2003, un bilan des 4000 orphelins est effectué et un suivi des enfants ainsi que de leur entourage direct est assuré dans les villages ; les enfants sont rapatriés à Bukoba et les soins sont réalisés au cabinet dentaire.

Dans un contexte d'action humanitaire, un tel projet de développement durable nécessite un investissement initial que ne peuvent fournir ni la population ni les associations ou ONG locales. Aussi de tels projets sont-ils lourds à mettre en place et à soutenir ; de ce fait, les attentes de résultats sont encore plus grandes...

**Ardent Partage fait appel
aux fournisseurs dentaires
mais également aux confrères
dentistes et aux techniciens,
ainsi qu'à toutes les autres
bonnes volontés...**

**Contact :
FabZetMulh@aol.com**

*Le bâtiment de la clinique
dentaire Ardent Partage
à Bukoba,
et son unité de soins*



Une entraide internationale, respectant en priorité l'Être humain et la spécificité de sa culture, est le seul moyen de permettre aux plus démunis de bénéficier d'un minimum de soins et au pays, d'encourager des actions qui, à terme, l'accompagneront dans une évolution harmonieuse et durable.

Clinique dentaire

La création d'un cabinet dentaire et les soins réalisés, permettent de participer à une meilleure santé globale des individus dans un contexte où se cumulent malaria, parasitose, dysenterie et infections multiples.

Le matériel a été révisé et installé pour pouvoir s'adapter aux difficiles contraintes locales (filtration de l'eau, chaleur, etc.).

Bienvenue aux dentistes et prothésistes volontaires pour se relayer et assurer soins et prothèses, pendant 2 à 3 ans, afin que la structure acquière son autonomie !

Le premier check-up des orphelins, qui a débuté en 2003 dans les villages, a pour objet de lister les problèmes mais aussi de tester la validité d'acquisition d'une unité dentaire mobile.

Pour assurer une qualité optimale des

soins, le dentiste européen complètera la formation du dentiste tanzanien, diplômé mais peu habitué à un matériel et des produits performants.

La deuxième partie de la clinique est occupée par le laboratoire de prothèses. Il n'existe aucun laboratoire moderne de prothèses au nord de la Tanzanie ; le seul répertorié est à Dar Es Salaam et il fait effectuer ses travaux délicats par des laboratoires étrangers.

Le besoin en prothèses de qualité est immense. Les techniciens tanzaniens suivent dans leur pays, un cursus d'enseignement de deux à trois ans ; un complément de formation est indispensable pour que les prothèses réalisées répondent aux critères de qualité fixés par Ardent Partage et PTZ. Cette formation supplémentaire est assurée par un prothésiste européen.

Les premières prothèses ont été réalisées en binôme et, comme le dentiste, le prothésiste tanzanien deviendra, nous l'espérons, autonome à l'horizon 2006.

Clinique et laboratoire dentaires sont installés selon les normes valables en France ; la qualité de l'équipement et des soins dispensés doit favoriser la pérennité de la structure et aider à son développement et à l'acquisition de son



Le laboratoire de prothèse de la clinique de Bukoba, et son technicien français, dans son rôle d'enseignant... après avoir participé aux derniers travaux de peinture et de menuiserie

autonomie. Une équipe locale d'entretien technique a aussi été formée ; elle assure la maintenance régulière : petites réparations, filtres...

Les besoins restent de deux ordres : ceux nécessaires à l'approvisionnement de la clinique (instruments, produits et consommables) et les besoins en personnel expérimenté (dentistes et techniciens) prêt à séjourner un ou plusieurs mois en Tanzanie.

Actions en cours

Aujourd'hui, nous participons à cinq projets dans des pays en voie de développement.

• Congo

Objectif : créer un cabinet dentaire dans le cadre d'un dispensaire, soigner les populations et former le personnel médical. Envoi en juin de 2 fauteuils, en partenariat avec une association du Morbihan, l'association « Goma - Saint-Avé ».

• Inde

Objectif : aménager le cabinet dentaire existant et y adjoindre un laboratoire de prothèses en partenariat avec l'association « Chagpori France ».

• Madagascar

Objectif : missions régulières de praticiens et envoi de matériel. Départ prochain en mission d'un dentiste avec l'association « Echanges Non Marchands » et contacts à Strasbourg, pour soutenir une dentiste humanitaire du pays.

• Népal

Objectif : suite des missions de soins et acquisition de l'autonomie dès fin 2004. Le planning des missions de soins est bien rempli et s'achève normalement cette année.

• Tanzanie

Objectif : suite des missions de soins et de formation, en partenariat et au bénéfice de l'O.N.G. « Partage Tanzania ».

Perspectives & projets

Pour la bonne marche et la poursuite de ce projet en Tanzanie, ainsi que pour les actions auxquelles nous participons en partenariat avec d'autres associations, nous recherchons des confrères dentistes qui voudraient donner de leur temps et participer à une action humanitaire originale dans un pays en voie

de développement. Nous recherchons, de la même façon, des techniciens expérimentés disposés à former le personnel local et à suivre l'approvisionnement et le fonctionnement des laboratoires de prothèses.

Ainsi avons-nous décidé de répondre, dans la mesure de nos possibilités et avec votre aide, à ces besoins, et pour ce faire, de donner plus d'ampleur à notre action humanitaire. S'engager dans cette perspective de développement, nous conduit à créer un atelier ; dans ce but, nous sommes à la recherche d'un local, d'outillage électrique et mécanique, de matériel de bureau (ordinateur) et d'un véhicule utilitaire (fourgon).

Les contacts rapprochés et privilégiés avec les différents fournisseurs dentaires de la région, confirment leur soutien unanime par les dons d'équipements récupérés (fauteuils, radiographies, compresseur...) qu'ils sont prêts à consentir.

L'objectif est de créer un atelier de remise en état de ce matériel, de trouver un véhicule pour la récupération et le transport des équipements, de permettre l'embauche, à terme, de trois ou quatre personnes (chômeurs ou jeunes), et de participer à une œuvre civique d'insertion et/ou de ré-insertion en assurant une formation technique aux personnes employées, tout en recyclant du matériel dentaire.

La participation aux installations et la découverte d'autres populations et de conditions de vie bien plus précaires, apportera une formation humaine aux personnes employées dans l'atelier, en les valorisant, et leur permettra de relativiser leurs propres difficultés.

Pour monter ce projet d'atelier, nous sommes aussi à la recherche de toute aide, participation active au sein de l'association ou financière, directe ou indirecte, nous permettant d'engager, en France, une œuvre sociale tout en concrétisant des projets de développement durable en faveur de pays et de populations défavorisées. ■

Peer-reviews 2005

Êtes-vous en ordre ???



Nos peer-reviews « Classic » 2005 sont décentralisés dans le temps et l'espace puisque nous vous proposons trois dates et le choix entre Bruxelles (Neder-over-Heembeek où nous accueillera aimablement la firme Lamoral) et Charleroi (école IESCA de Gilly, comme les années précédentes).

Notre formule est véritablement imbattable. Tout d'abord sur le plan du concept, puisque chaque inscrit participera à **2 sessions consécutives** : les pertes de temps, très peu pour nous, et vous ? Ensuite sur le plan de la valeur ajoutée : nous vous offrons un véritable **débat de profession**, dans le respect de l'esprit et de la lettre de ces réunions de Consœurs et Confrères.

Tout cela vous est offert pour 75,- EUR. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux 2 sessions, location, présentation d'un exposé, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café.

Voyez les détails des horaires sur le bulletin d'inscription ci-contre et faites-nous connaître vos préférences. Chaque horaire proposé est valable pour 2 sessions consécutives.

Le COD affecte les participants dans des groupes en tenant compte autant que possible des préférences mentionnées sur les bulletins d'inscription. Les affectations finales sont sans appel et se font en tenant compte des critères suivants, dans l'ordre :

- date de réception du règlement
- nombre de participations aux activités de formation continue COD en 2005

Plusieurs séances sont complètes et beaucoup d'autres sont proches de l'être. Dès lors, un conseil : ne traînez pas. Il n'est pas prévu d'ajouter des sessions. Les retardataires risquent tout simplement de passer à côté de l'accréditation.

Attention : afin de garantir le respect des conditions de l'accréditation en nombre minimal et maximal de participants, il n'est pas possible d'annuler une participation à un peer-review (aucun remboursement n'est prévu pour quelque raison que ce soit).

17 septembre



IESCA

27, rue de l'Hôpital
6060 Gilly

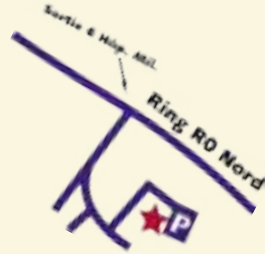
Configuration COD :
12 X 20 places



17 décembre



Lamoral
Training Center
7, Font St Landry
1120 Neder-over-Heembeek
Configuration COD :
12 X 20 places



Nos sujets 2005

Tous les participants bénéficient automatiquement des 2 sujets suivants :

- Amalgame : pour ou contre ?
- Dentistes & publicité

Accréditation de nos peer-reviews garantie !

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

Je m'inscris à 2 PEER-REVIEWS « CLASSIC » 2005 75 EUR
 Mes préférences sont (cochez autant de cases que vous le souhaitez) :

17/9 Charleroi (IESCA)

17/12 Bruxelles (Lamoral)

8h30 12h 15h30

8h30 12h 15h30

- 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 :

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (voy. JOD 13, page 41).

Date : _____ Signature : _____

Emploi

Clinique dentaire à Bruxelles CHERCHE assistante tps plein - polyvalente. Mail: boic@belgacom.net.

Ardèche cabinet multipraticiens, qualité de vie et de travail, matériel au top, CHERCHE collaborateurs(s) ou trice(s) couple bienvenu dispo pour remplacement, puis collaboration en octobre spécialistes bienvenus. Mail: thr.atcr@wanadoo.fr.

Cause extension d'activité, recherche pour centre dentaire à Nîmes un dentiste omnipraticien à temps complet (35 h) sur 4 j ou 4,5 j. Tél.: 0033/466.04.30.01 (heures de bureau).

Assistante dentaire exp. CHERCHE travail tps plein région liégeoise. Tél.: 0498/475.671.

Venez REJOINDRE l'équipe d'un de nos centres de santé dentaire mutualistes de l'agglomération grenobloise (Voiron ou Pont de Claix). Vous serez chirurgien dentiste au statut de salarié, disposant d'un plateau technique d'un très bon niveau, des solutions de formation continue tout au long de votre carrière, possibilité d'horaires aménagés, assistante au fauteuil, secrétariat. Contact : Jean Luc Poujoulat au 0033/476.20.27.27 ou 0033/685.03.50.74.

Brantome (Dordogne) CHERCHE collaborateur(trice) 2 jours par semaine salarié(e) possible à partir de septembre 2005. Tél: 0033/553.05.70.66.

Matériel

A VENDRE terminal C-ZAM I(H) pour Proton cause double emploi. Idéal pour débiter paiement électronique. Valeur 416 EUR laissé pour 200 EUR. Tél.: 064/34.06.09.

A VENDRE localisateur d'apex Root ZX parfait état de fonctionnement cse double emploi. Tél.: 0479/55.13.32.

A VENDRE Unit dentaire Kavo Regie 1050A en bon état de marche. Tél.: 0495/50.18.40 après 20h.

Coolsan IV ED filmscanner Nikon A VENDRE 750 euros jamais servi. Tél. - Fax: 081/46.24.07.

A VENDRE Dentomat lampe photopo 3M petite instrumentation. Tél.: 081/46.05.21.

A VENDRE unit Cast fouets RX Trophy Pano-Télé, RX Mural, dev. autom., autoclave. Tél.: 0494/87.03.78 soirée.

A VENDRE installation ancienne suite décès Bozard. Tél.: 010/40.24.03 après 18h.

Remise / reprise / immo

Cabinet dentaire très bien situé WSL A REMETTRE cause cessation activité. Tél.: 0475/54.91.60.

Liège A VENDRE appart. cause décès. 2 ch. cuisine équipée garage - immeuble de standing. Tél.: 04/223.53.95.

A REPRENDRE Côte d'Azur cabinet de stomatologie omnipraticien (soins

- prothèses - chirurgie) CA 2004: 300 K. Matériel neuf informatisé sacrifié à 45 K cause départ retraite été 2005. Tél.: 0033/494.96.61.20. Fax: 0033/494.49.00.52.

Cognac - Angoulême, dans joli petit village, cabinet 1 fauteuil dans SCM. CA: 290 K. Bénéfice : 140 K. Tél.: 0033/545.93.11.41.

Liège A REMETTRE cause retraite cabinet en pleine activité. Tél.: 0475/22.55.51 si possible après 19h.

A VENDRE cabinet dentaire + maison 2 chambres + jardin - Hainaut - très bonne patientèle. Tél.: 02/653.89.68.

Urgent. Cause retraite VENDS très bon cabinet dentaire tenu 35 ans, clientèle fidélisée, gestion RVG, dans très agréable et lumineux appartement 75 m2 dans petite copropriété nord Strasbourg, quartier dynamique. Avec ou sans appartement. Possibilité d'installer un 2ème fauteuil. Prix intéressant. Tél.: 0033/688.39.35.73 ou 0033/388.33.09.94 (cabinet).

Divers

CHERCHE praticiens fans de Macintosh en vue constituer club d'utilisateurs dentistes (échange d'expériences, veille technologique, visites d'expos...). Mail: dental.mac@skynet.be.

A VENDRE appart 94m2 sal + 2 chamb + cuis + sdb +wc à 500m de la plage Agadir MAROC, prix à débattre : 100 K. Mail: O.ABOUAMER@menara.ma. Tél.: 00212/48.84.39.38.

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
BP 1091 6000 Charleroi 1
ou par fax au 071 33 38 05



ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CAPITALES SVP

(NOUS NE POUVONS DONNER SUITE
À DES BULLETINS ILLISIBLES OU INCOMPLETS)

Nom & prénom :

N° INAMI :

Adresse :

Code postal : Localité :

GSM : Mail:

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

.....

1. Inscription(s)

Je m'inscris aux activités de formation continue selon les modalités suivantes :

L'ESTHÉTIQUE DE A à Z (sa 1/10/2005) - Namur

- Base 1 X 180 = EUR
- Promotion spéciale diplômés 2005 (non cumulable avec réduction jeune)... 1 X 50 = EUR
- Frais en cas d'inscription et/ou règlement effectif après le 23/9/2005..... + 50 = EUR

L'ART ET LA SCIENCE DE L'ADHÉSION (ve 18/11/2005) - Charleroi

- Base 1 X 180 = EUR
- Frais en cas d'inscription et/ou règlement effectif après le 10/11/2005..... + 50 = EUR

Dental Thema Day « GÉRODONTOLOGIE » (sa 10/12/2005) - Bruxelles

- Base 1 X 180 = EUR
- Frais en cas d'inscription et/ou règlement effectif après le 2/12/2005..... + 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 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 :

⁽²⁾ Année du diplôme (à partir de 2002) et université :


⁽¹⁾ et ⁽²⁾ Voir conditions en page 41 du JOD n°13

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

Je marque mon accord avec les conditions générales du COD (voy. page 41 du JOD n°13).

Date : Signature :



AGENDA À VENIR

**SAMEDI
1^{ER} OCTOBRE**

9h00 - 17h30

NAMUR



L'esthétique de A à Z

Robert Valiquette

Accréditation : accordée - 40 UA7
Agrément DG : 6 heures

**VENDREDI
18 NOVEMBRE**

9h00 - 17h30

CHARLEROI



L'Art et la Science de l'adhésion

Jean-Pierre Attal

Accréditation : accordée - 20 UA4 + 20 UA7
Agrément DG : 6 heures

**SAMEDI
10 DÉCEMBRE**

9h00 - 17h30

BRUXELLES



**Dental Thema Day
« Gérodontologie »**

**Ziad Noujeim / Serge Bouillaguet /
Faouzi Riachi / Pierre Santoni**

Accréditation : accordée - 10 UA1 + 10 UA4 + 10 UA6 + 10 UA7
Agrément DG : 6 heures

*Le COD
Ma formation continue*