

## → Engagement Délai : 7 jours porte-à-porte

Notre plate-forme logistique optimisée et bien rodée, ainsi que la réactivité de nos techniciens, nous permettent de vous proposer le délai exceptionnel d'**1 semaine porte-à-porte en Province** et **6 jours porte-à-porte à Paris**.  
(Sauf enlèvement le Lundi : 8 jours porte-à-porte en Province et 7 jours porte-à-porte à Paris)



### Grille des Délais\*

Enlèvement des Empreintes au Cabinet	Réception des Empreintes chez Protilab	Expédition des Travaux de chez Protilab	Réception des Travaux au Cabinet à Paris	Réception des Travaux au Cabinet en Province
LUNDI	MARDI	LUNDI	LUNDI	MARDI
MARDI	MERCREDI	LUNDI	LUNDI	MARDI
MERCREDI	JEUDI	MARDI	MARDI	MERCREDI
JEUDI	VENDREDI	MERCREDI	MERCREDI	JEUDI
VENDREDI	SAMEDI	JEUDI	JEUDI	VENDREDI

\*Délai pour travaux classiques. Prévoir 1 jour de plus pour : Stellite finition directe, bridge au-delà de 3 éléments, travaux combinés...

## → A Votre Ecoute, A Votre Service...

Chaque praticien bénéficie du suivi personnalisé par un **Prothésiste-Conseil dédié**, votre interlocuteur unique pour toute question d'ordre technique.

En outre, nos assistantes administratives et logistiques sont à votre écoute de **9h00 à 18h00** sans interruption pour toute information concernant une date de livraison, un transport, une facture etc...



## → Commander c'est facile !

Demande de Coursier : **01 53 25 03 80** ou

**N°Azur 0 810 81 81 19**  
PRIX APPEL LOCAL

### Paris

Enlèvement et Livraison **gratuits** de jour

### Province

> **TNT ou Chronopost :**

Passages réguliers **gratuits** au Cabinet de 1 à 5 fois par semaine

Passage non-régulier : participation de 10 € (demande avant 14h00 pour un enlèvement le jour même entre 14h30 et 18h00)

> **La Poste :**

Acheminement des empreintes par vos soins via Distingo ou les Prêt-à-Poster de La Poste, Colissimo, Chronopost etc.

**Livraisons gratuites** par **TNT** ou **Chronopost** (au choix).



### Banlieue

Enlèvement et Livraison **gratuits** de nuit  
(Installation gratuite d'une boîte de liaison)

[www.protilab.com](http://www.protilab.com)



UN NOUVEAU SYSTEME DE DESSICCATION  
A MEMBRANE POUR UNE QUALITE D'AIR  
TOUJOURS MEILLEURE

Les compresseurs Dürr établissent depuis des années des règles pour l'alimentation en air comprimé et la qualité de l'air dans les laboratoires et les cabinets dentaires. Un air dépourvu d'huile, sec et hygiénique produit avec la technique de compression de l'aéronautique a créé une nouvelle qualité dans le traitement de la médecine dentaire. Une innovation vous attend à nouveau: le lancement du nouveau système de dessiccation à membrane Dürr: > Séchage maximale de l'air > Degré d'élimination de l'eau trois fois plus élevé que la dessiccation habituel > Pas de terrain favorable pour les bactéries ou la corrosion > Fonctionnement en continu sans temps de régénération. Le programme complet des compresseurs Dürr Silver Airline est maintenant disponible avec le nouveau système de dessiccation à membrane. Demandez à votre dépôt dentaire le nouveau coeur du cabinet! DÜRR DENTAL FRANCE S.A.R.L., 26, rue Diderot, 92000 Nanterre, Tél. 0 1 55 69 11 50, Fax 0 1 55 69 11 51, info@durr.fr

Niveau 2  
stand M32

LES IDEES FONT LE PROGRES. [WWW.DURR.FR](http://WWW.DURR.FR)



DÜRR  
DENTAL

## ESTHÉTIQUE

# Une dimension incontournable de notre métier



**Y**a-t-il une dentisterie non esthétique ? Par cette phrase provocatrice, nous insistons sur le fait que l'esthétique en dentisterie ne constitue pas une spécialité en soi. Esthétique et fonction sont inséparables. Tout acte thérapeutique restaurateur qui respecte les critères de forme et de fonction a une dimension esthétique. Il faut rendre hommage à la « Dentogénique », instaurée par Frush et Fisher dans les années 50, qui met au premier plan le facteur âge dans la trilogie : Sexe, Personnalité, Age (facteur SPA) dans les réhabilitations esthétiques. Les

<sup>DR</sup> composantes de la personnalité, les habitudes comportementales et les années modèlent l'expression du visage et du sourire de « l'intérieur vers l'extérieur ». Matthias Kern évoque le pouvoir expressif de nos prothèses lorsqu'il écrit : « *Les dents sont des projecteurs de vitalité.* »

Il est classique de dire que les pôles attractifs d'un visage sont constitués par le regard et le sourire. Ce dernier est le plus important en terme de communication.

C'est parce que nous pouvons intervenir sur le sourire que notre métier a cette dimension esthétique si forte au même titre que les chirurgiens plasticiens qui corrigent les disgrâces ou atténuent les effets de l'âge.

Un numéro spécial esthétique en un nombre de pages limité est un défi face au développement et à la diversification des techniques. Ces nouveaux moyens répondent à une vraie demande de nos patients. Nous devons nous former car la santé intègre le bien-être psychique et social lié à un beau sourire.

C'est un grand plaisir de réunir dans ce numéro du Fil Dentaire, des praticiens qui pour la plupart travaillent ensemble depuis de nombreuses années et sont impliqués à la fois dans l'exercice libéral, dans la formation continue et dans la recherche clinique. Jean-Christophe Paris introduit ce numéro en nous parlant de principes généraux à rattacher à la consultation esthétique. Georgine Picard aborde un problème physiologique peu considéré dans la profession, celui des défauts de la vision des couleurs ou dyschromatopsies. Avec Stéphanie Pineau, nous présentons les évolutions récentes en colorimétrie. Stefan Koubi dégage dans son article une méthodologie clinique rattachée aux techniques céramo-céramiques. Les articles suivants déclinent des techniques esthétiques ou présentent des cas cliniques remarquables : Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet argumentent une solution originale au problème de la perte d'une incisive chez un enfant de 14 ans ou l'implantologie ne peut être évoquée, Stéphanie Ortet expose la technique des masques ce qui permet de prévisualiser le volume final des restaurations dans la technique des facettes de céramique collées, René Serfaty nous propose un protocole simplifié dans la stratification antérieure des composites. Et enfin, Jean-Louis Brouillet et Francis Louise illustrent l'apport de la chirurgie muco-gingivale dans les traitements restaurateurs antérieurs.

Ces huit articles regroupent une somme importante de nouveaux concepts, de savoir et de tours de main, aussi je vous souhaite une très bonne lecture.

**Jean-François LASSERRE**  
*Fondateur du groupe Symbiose*

<b>Sur le fil</b>	> 6 à 14
Actualités France et International	
Nouveaux produits – Revue de presse	
<b>Clinic Regard</b>	> 16 à 18
Enseigner, pratiquer et se former en esthétique :	
Un certain déficit dans la formation hospitalo-universitaire	
<b>Clinic Analyse</b>	> 20 à 23
Écouter et comprendre nos patients	
<b>Clinic Focus</b>	> 24 à 28
Couleurs et vision : Les dyschromatopsies	
<b>Clinic Focus</b>	> 30 à 32
Le relevé de la couleur :	
Quelles sont les évolutions instrumentales ?	
<b>Clinic Step by Step</b>	> 34 à 36
Les restaurations esthétiques en céramique collée :	
100 fois sur la méthode	
<b>Clinic Step by Step</b>	> 38 à 42
Bridge collé cantilever en céramique de haute ténacité assemblé à l'aide d'une colle réactive	
<b>Clinic Step by Step</b>	> 44 à 46
Les transitoires à partir des masques :	
Un préalable incontournable en facette céramique collée	
<b>Clinic Step by Step</b>	> 48 à 50
Composite antérieur stratifié :	
A propos d'une nouvelle masse email...	
<b>Clinic Focus</b>	> 52 à 54
La greffe de tissu conjonctif enfouie :	
Un atout pour l'esthétique et la pérennité des restaurations prothétiques antérieures	
<b>Interview Rencontre</b>	> 56
Mais qui est donc le Dr Philippe Pirnay ?	
<b>Conseil Organisation</b>	> 58 et 59
Gestion des rendez-vous :	
La colonne vertébrale de votre cabinet	
<b>Conseil Gestion RH</b>	> 60 et 61
Quand rien ne va plus : La solution amiable de rupture conventionnelle	
<b>Conseil Organisation</b>	> 62 et 63
Ne subissez plus votre agenda !	
<b>Conseil Éco</b>	> 64 et 65
Le démembrement de propriété	
<b>Au Fil du temps</b>	> 66 à 70
Agenda	
<b>Petites Annonces</b>	> 73 et 74

2<sup>ème</sup> Congrès ITI France  
23-24 Janvier 2009-Paris



## Les Clés de la Réussite en Prothèse Implantaire

Comment accéder simplement aux dernières évolutions de la prothèse implantaire ?

Toutes les réponses aux questions que vous vous posez au quotidien, lors des conférences, ateliers et petits-déjeuners cliniques qui réuniront les meilleurs spécialistes suisses, américains et français

### Programme Scientifique

#### **Urs Belser**

Les facteurs clés de succès en esthétique

#### **Anselm Wiskott**

La réponse osseuse aux contraintes mécaniques : aspects biologiques  
Mécaniques des structures implanto-portées : analyses numériques et données expérimentales

#### **Francesca Vailati**

Planification, réalisation, temporisation et restauration prothético-implantaire définitive au maxillaire en fonction des facteurs de risque prothétique

#### **Joseph Kan**

Placement et mise en charge immédiate de l'implant : Comment obtenir un succès clinique et esthétique prévisible. Prévisibilité et gestion des papilles en implantologie : science, art et limites

#### **Patrick Simonet**

Les contraintes occlusales en prothèse implanto-portée

#### **Jean-François Tulasne**

Apports des greffes osseuses en chirurgie, prothèse et esthétique implantaires

#### **François Unger**

CFAO : nouvelles technologies, nouveaux matériaux prothétiques et implantaires

#### **Urs Belser**

L'esthétique en implantologie : où en sommes-nous aujourd'hui ?

**Chawket Mannai** Président du Congrès

**Patrick Renault** Président Scientifique du Congrès

Le congrès de la section française de l'ITI

**Maurice Leize** Président de l'ITI France

**Paul Rousseau** ITI Education Delegate France



Renseignements / inscription :

[www.iti.org/congres-france](http://www.iti.org/congres-france)

e.mail : [france@itisection.org](mailto:france@itisection.org)

Lieu du Congrès : Eurosites George V - 75008 Paris

Goldponsors : **straumann**

**etkon**  
CAUSAM BY BETHALKAMANI

Partenaires : **QUINTESSENCE**  
International

**Editions CdP**

**proxis**

**NSK**

**dental-on-Line**

## HERAEUS

## Flexitime Bite®

La gamme des matériaux d'empreinte par addition Flexitime® de Heraeus s'enrichit d'un nouveau produit, spécialement développé pour l'enregistrement classique de l'occlusion et l'enregistrement optique des antagonistes en CFAO (CAD-CAM). Ce silicone à réaction d'addition associe une précision fiable et sûre à une manipulation commode, et présente une large palette d'indications.

Grâce à sa dureté finale extra-haute de 40 Shore D (≥ 94 Shore A), Flexitime Bite® prévient les déplacements indésirables lors du montage des modèles dans l'articulateur. Sa thixotropie marquée empêche l'écoulement du matériau hors de la surface occlusale et dans les espaces inter-dentaires, ce qui permet une désinsertion plus aisée. Pour l'enregistrement de données en 3D des antagonistes en ayant recours à la technologie CAD-CAM, par exemple pour la réalisation de restaurations en tout-céramique, Flexitime Bite s'avère parfaitement scannable sans emploi de poudre et offre une manipulation simple, pratique et sûre. Il présente un temps de travail confortable et un temps de prise rapide en bouche (30 secondes). Le découpage au scalpel ou le meulage est facile et s'effectue avec un minimum de risque de fracture. La consistance crémeuse garantit l'absence de résistance lors de l'occlusion. ◆

Cartouches d'auto-mélange de 50ml, compatibles avec les pistolets extrudeurs existants.



Heraeus

N°AZUR : 0 810 813 250 - Fax : 01 69 28 78 22  
Email : dentaire@heraeus.com

## SUNSTAR

## GUM® AFTAMED®

La ligne Gum® Aftamed® est composée de quatre produits, adaptés aux besoins de chacun, quel que soit son âge : un gel adulte, un gel junior, un bain de bouche et un spray. Ces soins sont destinés à soigner les aphtes et autres petites lésions buccales, telles que les blessures orthodontiques et prothétiques ou les brûlures mineures. Leur formule contient une combinaison inédite de deux actifs : de l'acide hyaluronique de haut poids moléculaire et un film protecteur hydratant, qui permettent de soulager immédiatement et durablement la douleur, en formant sur la lésion un



film protecteur hydratant et adhésif. Sans contre-indication ni effet indésirable, ces produits peuvent être utilisés par les diabétiques, les femmes enceintes et les enfants de plus de 36 mois. Ils sont sans alcool, sans sucre et sans danger en cas d'ingestion. Leur pH salivaire est neutre.

Le gel adulte et le gel junior (goût bubble gum) peuvent être utilisés aussi souvent que nécessaire, avant et après chaque repas, en application locale directe sur la lésion. Le spray conviendra aux zones les plus difficiles d'accès, grâce à une pompe multidirectionnelle pratique et hygiénique. Enfin, le bain de bouche est tout particulièrement efficace en cas de lésions buccales multiples (appareil orthodontique, prothèse) et en prévention chez les sujets à risque (diabétiques, fumeurs, personnes immunodéprimées, personnes âgées, femmes enceintes). ◆

Prix : 4,85 € (gel adulte et enfant) et 6 € (spray & bain de bouche)

## SUNSTAR

GUM<sup>AE</sup> original White

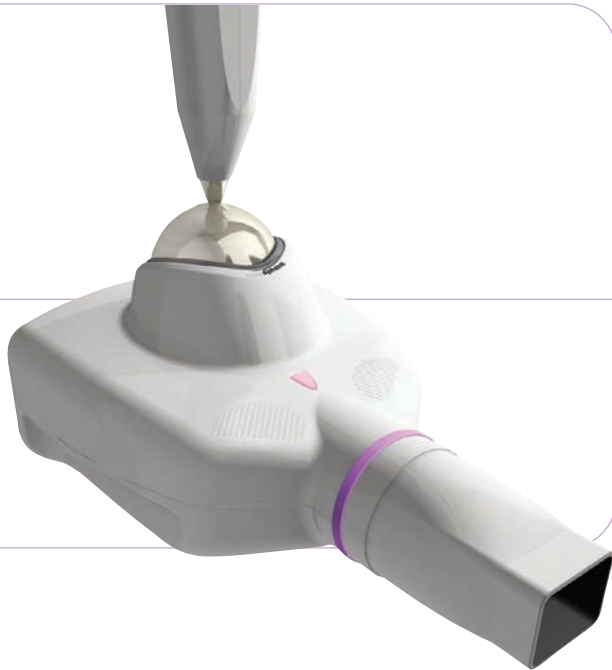
Pour lutter au quotidien contre la coloration des dents, Sunstar propose une gamme complète, GUM<sup>AE</sup> original White, qui se compose d'une brosse à dent, d'un dentifrice, d'un fil dentaire et d'un bain de bouche. La brosse à dents « sonique », conçue pour améliorer l'efficacité du dentifrice, provoque des « vibrations » qui vont microniser les bulles de mousse du dentifrice et ainsi augmenter sa surface de contact du dentifrice avec la dent, mêmes dans les espaces inter-dentaires. Enrichie en fluor (1490 ppm), la formulation du dentifrice combine du disodium POE alkylsulfosuccinate (actif Stain Clear) à des particules ultra-fines de silicium hydraté, pour prévenir et éliminer en douceur les colorations. Le bain de bouche dispose du même actif « Stain Clear », qui dissout et nettoie les colorations de surfaces et dépose une pellicule protectrice qui prévient leur réapparition. Il contient des vitamines B5, E, de l'allantôine, du fluor et de l'iso-



malt pour le renforcement des gencives et la protection de l'email. Enfin, le fil dentaire contient de la silice micronisée dont l'action réduit les colorations dans les espaces les plus difficiles d'accès. Rien que ça ! ◆

Sunstar  
www.sunstar.fr

New comfort in digital imaging



## RXDC

Appareil radiographique haute fréquence



### Technologie HyperSphere et télécommande numérique sans fil

La sphère à rotation totale est révolutionnaire dans tous les sens du terme. Le générateur peut pivoter librement. Un dispositif sensible permet le blocage/déblocage pour un positionnement parfait et sans effort d'une incidence à l'autre. La télécommande offre une gamme complète de programmes intuitifs pour toutes les incidences intra-orales. RXDC définit automatiquement les expositions en fonction des incidences.



## WDS

Capteur radiographique numérique

### Images radiographiques de haute définition

Capteur intra-oral à trois couches, meilleur diagnostic avec une exposition minimale aux rayons X.

### Technologie Bluetooth®

La transmission avec technologie Bluetooth® permet une visualisation rapide et une totale liberté de mouvement. Fonctionne avec tous les générateurs intra-oraux.

ADF Paris 2008 25-29 Novembre - Stand Medical Universal - 2M17 niveau 2



www.my-ray.com



so simple, so different

POLYDENTIA

## Maximat Plus

**M**aximat Plus est un nouveau système universel destiné à la fixation de matrices métalliques ou transparentes dans le secteur des dents postérieures, qui rend désormais inutile le recours au porte-matrice traditionnel. Sa manipulation est simple et rapide : une fois le cylindre placé sur la dent avec la matrice, elle peut être serrée avec une seule main pour une meilleure visibilité. Une fois la matrice serrée, il suffit de retirer l'instrument tendeur de la bouche. Le cylindre reste en bouche seulement au cours des soins ; sa taille ergonomique a été étudiée pour ne pas entraver la mise en place des coins inter-dentaires. Grâce à Maximat Plus, plusieurs obturations peuvent être réalisées au cours de la même séance sur un cadran. À la fin des soins, il suffit d'introduire à nouveau l'instrument tendeur pour desserrer et enlever aisément la matrice. Une innovation encensée par la prestigieuse revue « The Dental Advisor ».

*Adaptable à toutes les matrices traditionnelles jusqu'à une hauteur de 7mm, cylindre à usage unique, tendeur autoclavable. Les cylindres existent également avec des matrices en acier pré-montées et bombées (épaisseur 0,04 mm et 0,025 mm).*



## Fiber-Splint™ ML Multi-Layer

**I**déale comme grille de contention pour les dents très mobiles en parodontologie, pour les dents réimplantées, transplantées ou avec une mobilité post-traumatique, Fiber-Splint™ ML Multi-Layer peut être aussi utilisé pour renforcer les ponts provisoires. Elle est composée de six bandes de fibre de verre extra-fine (0,05 mm) cousues en superposition. La flexibilité de la bande reste inaltérée également dans la version multicouche. La manipulation des bandes ne nécessite ni ciseaux, ni gants spéciaux et les pinces de fixation livrées avec le kit Fiber-Splint™ ML Multi-Layer facilitent l'application des bandes. Une



alternative aux attelles en métal, pour des contentions esthétiques et moins invasives pour les patients.

*Utilisable avec le Fiber-Bond de Polydentia ou un bond habituel.*

**POLYDENTIA**  
Tél.: + 41 91 946 29 48  
Email : [info@polydentia.com](mailto:info@polydentia.com)  
[www.polydentia.com](http://www.polydentia.com)

IDENTIX

## Swiss loupes/swiss led

**F**ruits de la technologie Suisse, les Swiss Loupes possèdent une grande finesse de détail associée à une légèreté surprenante (36g.). Pour le porteur de correction, un système innovant de cerces Titane clipsables permet une évolution adaptée à ses yeux. Votre champ visuel est transformé par l'utilisation d'un éclairage coaxial complémentaire Swiss Led Hautes Performances qui élimine toute ombre due aux scialytiques. La batterie (piles Ni-Mh rechargeables économiques à grande autonomie) se positionne aisément dans votre poche. L'éclairage SwissLED assure un champ de travail constant et qualitatif (type lumière du jour) assurant une diminution de la fatigue visuelle. Des matériaux de



haute qualité (Titane, verre minéral), associés à un grossissement de 2,5X, font des Swiss Loupes, un excellent outil visuel.

*Stand ADF 1L46*

**Identix**  
Tél. : 03.88.20.53.17  
Email : [contact@identix.fr](mailto:contact@identix.fr)  
[www.identix.fr](http://www.identix.fr)

BUSCH

## Élimination rapide d'amalgame

**A**vec les instruments diamantés et les fraises en carbure traditionnelles, il est très délicat d'éliminer les anciennes obturations à l'amalgame

L'instrument 32HG de Busch en dimension 012 permet d'y remédier grâce à une lame tranchante : dépassant le front de la partie travaillante, elle permet par un forage axial la pénétration rapide dans les obturations à

l'amalgame. Grâce à la solidité de la denture croisée, un enlèvement effectif de copeaux d'amalgame à faible dégagement de chaleur est possible.

*Instruments en tige CA et en tige CA-long disponibles en 4 tailles ISO.*

**Busch & Co. KG**  
Tél. : +49 2263 860  
Email : [mail@busch.eu](mailto:mail@busch.eu)  
[www.busch.eu](http://www.busch.eu)



EFFICACITÉ PROUVÉE

ADF  
Stand 3M32

© 2007 RGB Torre Lazur McCann Healthcare Milano

**G·U·M**  
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

# PerioBalance™

200 MILLIONS DE PROBIOTIQUES  
DANS UN SEUL COMPRIMÉ  
**POUR AIDER À COMBATTRE LA GINGIVITE.**

Le seul probiotique à visée bucco-dentaire. Des changements de l'équilibre bactérien buccal peuvent favoriser le développement de maladies parodontales.<sup>1</sup> GUM® PerioBalance™ contient du *Lactobacillus reuteri Prodentis*, premier probiotique dont l'efficacité sur la santé buccale a été montrée dans des études cliniques appropriées. GUM® PerioBalance™ rééquilibre la flore bactérienne parodontale en favorisant la diminution de la plaque dentaire et en réduisant l'inflammation gingivale (-30% de gingivite en 14 jours)<sup>2-4</sup>. Associé au brossage et à l'utilisation du fil dentaire, GUM® PerioBalance™ est un probiotique qui aide à renforcer les défenses naturelles de la bouche. Adapté aux adultes et enfants de plus de 6 ans. Existe en comprimé à sucer et en chewing-gum.



EN PHARMACIE ET PARAPHARMACIE

1. Calgar E et al. Oral Disease 2005 ; 11 : 131-137. - 2. Patent WO 2005/120527 - PCT/SE2005/000897. 3. Calgar E et al. Acta Odontol Scand 2006 ; 64: 314-318. - 4. Krasse P et al. Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by probiotic Lactobacillus reuteri. Swed Dent J 2006 ; 30 : 55-60.

**GENCIVES SAINES. VIE SAINE.**  
[www.sunstar.fr](http://www.sunstar.fr)

SUNSTAR  
**G·U·M**  
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

**DIBINSERTS**

## Inserts Parodontaires

**D**IDIBInserts, spécialiste de la médecine des soins et dentaire, propose une large gamme d'inserts parodontaires, compatibles avec les principaux détartreurs disponibles sur le marché.

DIBInserts a choisi comme partenaires de développement des sociétés Suisses ayant une large expérience dans la production d'outils médicaux, garantissant l'acquisition d'un produit Swiss made de haute technologie à un prix très raisonnable. À découvrir à l'ADF !

◆  
Stand ADF n°2T09

**DIBInserts**

Tél : 03 29 22 34 19 - Email : [info@dibinserts.com](mailto:info@dibinserts.com)  
[www.dibinserts.com](http://www.dibinserts.com)

**PLANMECA**

## Identify with Colour

**P**lanmeca vient apporter de nouvelles couleurs au cabinet. Quatre différentes pierres précieuses, le Topaze, le Saphir, le Jade et le Cristal, viennent prêter leurs robes aux élégants units du fabricant finlandais, et permettent au praticien de personnaliser son cabinet. Ces combinaisons élégantes de couleurs minérales, naturellement chaudes et décontractantes aideront les patients, en particulier les enfants, à se relaxer plus facilement. Disponibles pour le Compact i, le Compact S et le Compact C des Units Planmeca, l'utilisateur peut entièrement personnaliser la couleur de son Unit, en disposant



au choix de 4 thématiques « couleurs précieuses ». Ces thématiques sont également combinables par deux pour les garnitures, associées à la couleur blanche traditionnelle. Les garnitures des fauteuils, standards et « Ultra » (viscoélastique), sont disponibles en 28 couleurs différentes au total.

◆  
Stand ADF : 2L13

**Planmeca**

[www.planmeca.com](http://www.planmeca.com)

**T.B.R.**

## Implant TBR Short Connect

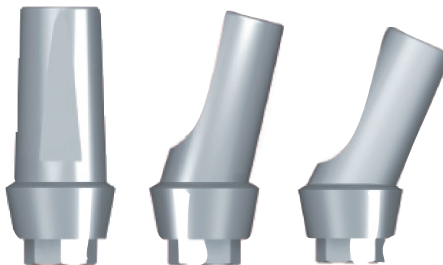
**N**ouveauté ADF 2008, l'implant TBR Short Connect de 6 mm de longueur va permettre de travailler sur des zones à faible hauteur osseuse afin d'éviter le recours à la chirurgie de reconstruction osseuse.



◆  
Bientôt disponibles en diamètre 4 mm et 5 mm, avec technologie Swissclip, pose directe au contre-angle, à l'aide des instruments de la trousse Zirconnect.

## Moignons TBR Switch

**E**n plus de son nouvel implant, les équipes scientifiques du Groupe T.B.R. ont développé le pilier T.B.R. Switch afin de préserver l'espace bio-



logique que forme le duo symbiotique os-gencive. Sa caractéristique se traduit par sa taille inférieure à l'implant évitant ainsi une prolifération bactérienne. Il va supprimer l'effet de cratérisation qui se forme sur les piliers classiques.

◆  
Ces nouveautés seront présentées sur le stand ADF du Groupe TBR : 3M35.

**T.B.R.**

[www.tbr-group.com](http://www.tbr-group.com)

**SCHÜLKE**

## Un nouveau visage pour la gamme S&M

**F**ondée en 1889, la société Schülke & Mayr (groupe Air Liquide) est un leader européen des produits d'hygiène, désinfection et antiseptie destinés au secteur de la santé, avec des produits bien connus tels que Giga-sept®, Septinol®, Mikroizid® ou encore

Desderman®. La gamme S&M prend aujourd'hui une nouvelle impulsion avec le lancement de Schülke : nouveau nom de marque international, nouvelle image, nouveaux packagings et un nouveau logo symbolisant le dynamisme et les valeurs de notre

marque. Les produits sont mis au point dans un laboratoire interne, qui procède à des tests extensifs de matière-comptabilité et de toxicologie avant la mise sur le marché des produits. S&M France dispose également d'un centre qui délivre des formations « hygiènes » sur mesure.

◆  
A découvrir à l'ADF, Stand 1M05, avec 1 an d'hygiène à gagner chaque jour.



**Schülke**

Email : [smfrance.info@airliquide.com](mailto:smfrance.info@airliquide.com)

un **positionnement** parfait  
c'est désormais **facile**



**Compatible**, s'adapte à votre système de radiologie  
**Intuitif**, visualisez votre intervention à 360°  
**Rapide**, optimisez votre temps, réduisez les manipulations  
**Simple**, gagnez en confort, sans rien changer  
**Précis**, réussissez vos clichés à 100%

**ADF  
STAND  
2T01**

POUR UNE DEMONSTRATION  
APPELEZ LE 01 48 59 59 59

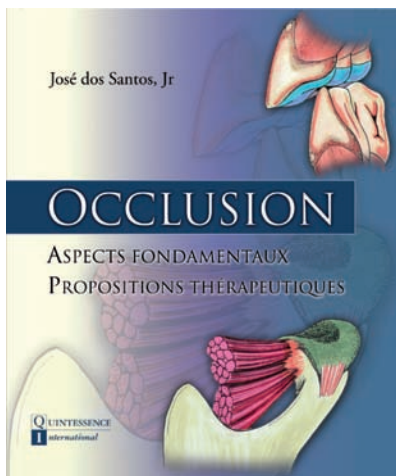
REJOIGNEZ-NOUS SUR [www.easypos.fr](http://www.easypos.fr)

EasyPos™ est distribué par HYPHEN Development - 116, rue de Charenton - 75012 Paris

QUINTESSENCE INTERNATIONAL

# Occlusion Aspects fondamentaux. Propositions thérapeutiques

Par J. dos Santos - Traduit par F. Liger et S. Perelmuter



Les grands principes de l'occlusion sont appliqués aux restaurations occluso-fonctionnelles, au diagnostic des douleurs oro-faciales et dysfonctionnements temporo-mandibulaires, à la réalisation des gouttières occlusales et à l'équilibration des dents naturelles. Dans cet ouvrage, un chapitre particulièrement original est consacré au traitement occlusal des malocclusions. Son auteur, José Dos Santos, est un auteur prolifique, spécialiste des traitements des dysfonctions de l'appareil manducateur et de l'occlusion, qui a publié de nombreux articles dans des revues scientifiques du monde entier.

**Quintessence International**  
Stand ADF n°1M36 - 240 p. - 354 ill. - Prix : 138 €  
[www.quintessence-international.com](http://www.quintessence-international.com)



Observatoire Dental Insight

Le premier observatoire indépendant des achats de consommables des cabinets dentaires

Accueil

L'observatoire

- > Le concept
- > Pourquoi vous inscrire
- > Avantages adhérents
- > Vous inscrire
- > Les chiffres clés

Plus de 350 praticiens nous font confiance. Et vous ?

Gérez vos achats de fournitures dentaires de manière plus performante grâce à votre inscription à l'Observatoire Dental Insight ©. Nous vous adressons des tableaux de bord trimestriels GRATUITS en contrepartie de l'envoi régulier de vos factures de consommables. Ces informations vous permettent d'évaluer la gestion de vos stocks de manière globale et de comparer vos habitudes de consommation avec celles de l'ensemble de la profession.

ACTU EN LIGNE

**[www.dentalinsight.fr](http://www.dentalinsight.fr)**

L'Observatoire Dental Insight (ODI), créé en 2006, spécialiste des études de marché en dentaire, vient de lancer son site Internet, destiné au renforcement des liens entre les adhérents et l'équipe de l'Observatoire. Ce site propose une lettre d'info trimestrielle, une revue de presse ciblée et l'actualité du programme de l'ODI (réunions, enquêtes-produits, tables rondes...). Inscriptions et adhésions en lignes.

L'Observatoire Dental Insight offre à ses adhérents des outils performants et impartiaux pour estimer le coût réel de leurs achats de fournitures dentaires. L'adhésion est gratuite et la confidentialité des données entièrement garantie. Pour les remercier de leur fidélité, les adhérents reçoivent des chèques cadeaux pour chaque trimestre de participation et une synthèse détaillée de leurs achats.

**L'Observatoire Dental Insight**  
[info@dentalinsight.fr](mailto:info@dentalinsight.fr)

ADF 2008 STAND 1L46



LA NOUVELLE RÉFÉRENCE DE L'

**éco praticien**  
économe écoresponsable écopratique

Isept' Gel mains

Mouss' Spray surfaces

Lingettes Jumbo+

Savon Care 3 en 1

Instru+



Le rendez-vous  
**bien-être**  
STAND 1L46  
**GAGNEZ**  
des séjours SPA 5\* en  
Irlande et en Autriche

- Interpalpenhotel (Autriche)
- Hotel Europe (Killarney)

\* tirage au sort sans obligation d'achat

T : +33 (0)3 88 20 53 17  
[contact@identix.fr](mailto:contact@identix.fr)  
[www.ecopraticien.fr](http://www.ecopraticien.fr)

**i-dentix®** 22 quai Rouget de Lisle - 67000 Strasbourg - France

**9 secondes...**

**ça peut être une performance...**

**COMPACT - RAPIDE – EFFICACE**

Radio panoramique numérique en **9 secondes**

**CRANEX<sup>®</sup> Novus**

Panoramique numérique  
Faible dose  
Ultra rapide

**Votre bénéfice**

- Simplicité d'utilisation
- Positionnement simplifié
- Panoramique adulte en 9 s.
- Panoramique enfant en 7 s.
- Flux de travail optimisé

**Les solutions les plus simples  
sont souvent les meilleures...**

Avec son design contemporain et de taille compacte, la CRANEX Novus<sup>®</sup> s'inscrit parfaitement dans la tendance actuelle.



Et seulement  
**4,5 s en intra-oral!**  
**DIGORA<sup>®</sup> Optime**



**A.D.F.  
NIVEAU 2  
STAND 2M17**

[www.m-u.fr](http://www.m-u.fr)

# Enseigner, pratiquer et se former en esthétique

**« Mordre la vie à pleine dents » ou « vingt ans et toutes ses dents » sont des adages porteurs de la symbolique de santé et de jeunesse rattachée aux dents et au sourire. A l'heure où les Seniors veulent paraître plus jeunes et en bonne santé le plus longtemps possible, l'esthétique est devenue une demande prioritaire pour nos patients. Loin de s'opposer à la fonction ou à la biologie, elle est une dimension incontournable et pluridisciplinaire de la dentisterie actuelle.**



**Dr Jean-François LASSERRE**

■ Chirurgien-dentiste  
■ MCU, Faculté dentaire de Bordeaux

## Un certain déficit dans la formation Hospitalo-Universitaire

Le développement rapide de la dentisterie esthétique n'a pas été totalement intégré dans l'enseignement universitaire et à un moindre degré dans la pratique hospitalière. Malgré une volonté d'harmonisation, il existe une grande disparité dans les programmes de nos seize Facultés dentaires en France. De manière générale, l'enseignement de la dentisterie esthétique est morcelé dans les cours des différentes sous disciplines et ne constitue pas une entité ou une « unité d'enseignement » à proprement parler. L'esthétique est parfois abordée dans les séminaires pluridisciplinaires de sixième année (T1), ou dans les enseignements optionnels de quatrième, cinquième ou sixième année (D2, D3, T1) réservés à des petits groupes et donc cet enseignement ne bénéficie pas à la totalité des promotions d'étudiants.

**Fig. 1 :** Travail avec des loupes (grossissement X3) pour la finition des joints de céramique collée.

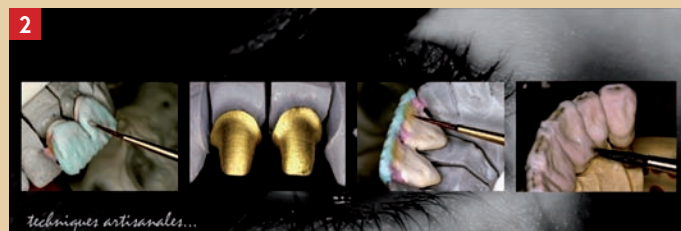
**Fig. 2 :** Le travail du cosmétique au laboratoire de prothèse reste toujours artisanal.

La philosophie de l'esthétique doit s'enseigner dans le cadre de l'approche globale du plan de traitement et plus précisément dès que l'étudiant est confronté à la pratique clinique. En terme de pédagogie, l'enseignement de l'esthétique peut se séparer en trois parties :

- **les fondamentaux de l'esthétique** qui font appel à des domaines aussi variés que la psychologie, les neurosciences, l'anthropologie, les sciences comportementales, la physique et comprennent les problèmes essentiels de la forme, de la couleur et de la composition dentaire ;
- **l'entraînement à l'analyse de cas et à la planification des traitements.** Cette étape est fondamentale dans la formation pré clinique des étudiants. Elle nécessite un entraînement sur des cas concrets pour acquérir des réflexes de planification et un bon esprit organisationnel. Il doit conduire l'étudiant à une autonomie dans la gestion de ses cas cliniques ;
- **les techniques spécialisées « step by step ».** Pour citer le Professeur Georges Dorignac, dont on connaît l'implication dans la réforme des études Odontologiques, c'est le côté « *ouvrier spécialisé* » de notre profession. Il faut savoir décliner dans les diverses spécialités les gestes et la maîtrise des matériaux et des techniques. Les traitements d'éclaircissements, les facettes de céramique collées, les techniques directes de composite antérieur stratifié, la chirurgie plastique muco-gingivale, l'orthodontie ou la prothèse implanto-portée constituent quelques exemples des domaines d'application des techniques esthétiques.

## Pratiquer la Dentisterie Esthétique

La pratique de la dentisterie esthétique est exigeante en terme de plateau technique. Elle demande aussi un investissement dans la formation du personnel du cabinet dentaire. Le travail à l'aide de loupes de grossissement trois ou dans certaines étapes sous binocu-



Venez nous voir  
à l'ADF  
26.-29.11.2008  
Stand 1 N 17  
PARIS

**Facile. Biocompatible. Condensable.**

**Obturation des dents postérieures**

## VOCO Ionofil Molar AC Quick

**Ciment verre ionomère pour les dents postérieures**

- Concept de matériau éprouvé pour l'obturation des dents postérieures en teinte esthétique
- Aucun mélange manuel, sans mordançage, sans bonding
- Libération de fluorures protecteurs, biocompatible
- Consistance immédiatement condensable
- Excellentes caractéristiques physiques



VOCO Service Center:  
Philippe Sellame (Sud) Port. 06 86 45 10 92  
Arnaud Hochart (Sud-Ouest, Centre, Est) Port. 06 74 20 61 66  
Armando Léal (Nord, I.D.F., Ouest) Port. 06 09 25 69 78

P.O. Box 767 · 27457 Cuxhaven · Allemagne · Tél. +49 (4721) 719-0 · Fax: +49 (4721) 719-140 · www.voco.fr

**VOCO**

La recherche scientifique créative

**VISITEZ-NOUS  
AU NIVEAU  
1 STAND T 50**



**CONGRÈS ADF  
2008**  
PALAIS DES CONGRÈS  
DU 26 AU 29 NOVEMBRE  
PORTE MAILLOT - PARIS

Exposition internationale **ADF** comXcent

**POLYDENTIA SA**  
Swiss Products for Fine Dentistry



Vista-Tec



Systèmes de contention



Tenons en fibre de verre



Systèmes de matrices



Nouveauté!  
Quickmat Deluxe



Matrices et  
coins interdentaires



Visières de protection



Fig. 3 : Le groupe Mimésis lors d'un stage en Italie chez le docteur Vanini.

Fig. 4 :  
a. Jean-Pierre Attal et  
b. Gil Tirllet du groupe Smile.

Fig. 5 : Le groupe Symbiose de Bordeaux lors d'un cours sur le collage des facettes de céramiques organisé à Sofia en Bulgarie.

Fig. 6 : René Serfaty lors d'un TP sur les facettes de céramique organisé à Strasbourg.

laire s'avère particulièrement utile dans le polissage des joints de céramique collée et dans les techniques de micro dentisterie (Fig. 1).

Tous les responsables des associations de notre cercle de formation continue sont des cliniciens ou des prothésistes au contact des problèmes de terrain. Ceci est essentiel dans la formation car comme aime le dire le professeur Michel Degrange : « *il n'est pas inutile de pratiquer le métier que l'on enseigne* ». Pour arriver à un haut niveau de dentisterie esthétique, il faut améliorer la communication entre les cabinets et les laboratoires de prothèses, celle-ci est souvent insuffisante ou inexistante. Par exemple, l'utilisation de la macrophotographie numérique est obligatoire, de bonnes prises de vue doivent toujours accompagner les modèles de travail. L'usage des colorimètres ou des caméras intra buccales améliore aussi la communication lorsque le prothésiste ne peut être présent au fauteuil. Quelle que soit la qualité du travail de laboratoire la prothèse doit toujours subir plusieurs essais cliniques suivi d'améliorations esthétiques et fonctionnelles pour arriver à un niveau d'excellence. Ceci tient à la dimension artisanale du travail de laboratoire (Fig. 2). Un tel investissement a forcément une répercussion sur les coûts des prothèses.

### Se Former en Esthétique

Nous sommes nombreux, au travers d'un réseau national de passionnés, à travailler pour organiser et structurer la dentisterie esthétique. Rendons hommage à la Société

Française de Dentisterie Esthétique (SFDE) qui a été pionnière dans le domaine et a fait connaître les grands noms des spécialistes en esthétique. Depuis quelques années, ont émergé aux quatre coins de l'hexagone des groupes de recherche en Dentisterie Esthétique. Ils travaillent en concordance, en se répartissant des thématiques de recherche. Les résultats sont présentés chaque année aux journées de Mimésis qui constituent le temps fort du regroupement des membres de ce réseau amical. Mimésis fêtera ses dix ans en octobre 2009.

Citons pour la région de Marseille l'association **Mimésis** et l'**Académie du Sourire** animées par JC Paris, A Faucher, JL Brouillet, S Ortet et leur groupe de travail (Fig. 3) ; pour la région parisienne le **groupe Smile** fondé par G Tirllet et JP Attal (Fig. 4 a et b) ; pour la région bordelaise l'**association Symbiose** créée sous l'impulsion de JF Lasserre, de plusieurs prothésistes et de jeunes enseignant et étudiants (Fig. 5) et enfin le **groupe du DU d'esthétique** de R Serfaty de Strasbourg (Fig. 6) qui a incontestablement un rayonnement international par les nombreux étudiants étrangers qu'il accueille.

Tous ces groupes de travail, associations, ou sociétés, ont une implication forte dans la formation continue nationale ou internationale au travers de conférences, de travaux pratiques destinés à de petits groupes ou enfin par des publications didactiques dans les revues nationales. Un bel enthousiasme qui ne demande qu'à être transmis. ♦

**ADF 2008  
stand 1N12**

## Sunflex<sup>®</sup> PARTIALS



**Prothèse adjointe flexible**

**Avantages**

- Pas de crochet métallique.
- Une plus haute résistance aux taches que les autres acryliques.
- Une parfaite flexibilité.
- La possibilité de rebaser et réparer.
- Indéformable, incassable.

**Indications**

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Idéal pour prothèse provisoire Implantaire
- Recommandé aux personnes allergiques au monomère.
- Peut être utilisé sur un châssis métallique.



**Finition sur Châssis**



## Suntech<sup>®</sup> CAD/CAM CROWNS



**ZIRCON**  
TOUT CÉRAMIQUE PAR CAO/FAO  
BIOCOMPATIBLE



**LIGHT<sup>®</sup>**  
LA NOUVELLE RÉFÉRENCE PAR CAO/FAO  
BIOCOMPATIBLE



**Suntech PRO**  
COURONNES PROVISOIRES



**Suntech**  
scanner 3Shape D-640™

### Centre d'usinage Suntech



## SunSparkle<sup>®</sup> DENTAL CLEANING SYSTEM



### kit de nettoyage SunSparkle™ pour prothèses adjointes

SunSparkle™ est un système complet pour nettoyer et désinfecter tout type de prothèse adjointe.

SunSparkle™ est cliniquement prouvé de nettoyer 99,9 % de la plaque bactérienne ainsi que les taches de café, thé et tabac.

# Écouter et comprendre nos patients

**L'écoute des motivations de nos patients représente une étape fondamentale lors de toute réhabilitation esthétique. De la qualité de la relation avec le patient, du temps consacré à son écoute et à la compréhension de ses problèmes, dépendront réussite et satisfaction réciproque à l'issue du traitement.**



**Dr Jean-Christophe PARIS**

- Chirurgien-dentiste  
Faculté Dentaire  
de Marseille
- Association Mimesis
- Académie du Sourire

**A** l'heure actuelle, il est évident que pour satisfaire cette attente tout en partageant une sérénité mutuelle lors des séquences opératoires, l'opérateur doit faire preuve non seulement de compétences techniques mais être capable d'instaurer un dialogue personnalisé avec son patient. (1)

Ces temps d'observation, d'écoute réciproque consacrés à la compréhension de ces demandes vont permettre d'établir une relation de confiance indispensable à l'adhésion à un plan de traitement objectif qui tiendra également compte d'impératifs techniques.

Cela suppose une remise en question parfois difficile du praticien :

- au niveau de l'image qu'il se fait de lui-même.
- Au niveau de l'image qu'il transmet au patient.

Car même s'il a choisi cette profession en pensant que c'était un travail technique, spécialisé et bien circonscrit, la réalité professionnelle l'oblige souvent à dépasser cette limite. (1)

Qu'il le veuille ou non, il finit par s'occuper de la personnalité de celui qui le consulte (2).

## L'image du praticien : pour lui-même et pour le patient

Prévoir un temps pour les consultations préopératoires génératrices de dialogues constructifs, est indispensable. Si le praticien reste maître de son acte opératoire, il n'est pas seul à décider de son bien fondé qui est d'abord le désir du patient. Il doit donc avoir une réelle écoute et engager un dialogue pour comprendre le contenu de la demande et reconnaître l'aspiration du patient. Le praticien se doit de détecter toute demande irrationnelle, injustifiée et orienter, si besoin, le patient vers d'autres thérapeutiques. Trois points méritent d'être approfondis :

1. Comprendre et évaluer l'importance et le retentissement d'un défaut physique chez un patient. **Si la demande est justifiée**, la correction d'un léger défaut peut avoir des effets très bénéfiques si ce dernier, même minime, est particulièrement lourd de significations péjoratives pour le patient.
2. Détecter et réduire les attentes irrationnelles, voire pathologiques, plus ou moins réalisables que peut contenir la demande. Dans ce cas précis, le praticien doit orienter le patient vers une autre décision thérapeutique. Il empêche les gros écueils en expliquant les limites thérapeutiques des restaurations. Il sera en droit, **s'il suspecte une demande injustifiée**, de refuser d'accéder au désir du patient (cas du patient insatisfait, revendicateur) et si nécessaire, de le diriger vers une psychothérapie. (1)
3. Savoir ce que pense l'entourage familial du patient à propos du projet de traitement. Les réactions des proches peuvent faciliter ou compliquer (lorsqu'ils sont hostiles au changement d'un être qu'ils aiment tel qu'il est) l'adaptation du patient à sa nouvelle image, voire même provoquer l'échec du traitement (3).

*La communication patient-praticien, stimulée par les nouvelles technologies (ex : photographie numérique) est un élément incontournable de l'approche psychologique. De la qualité de cette relation dépendra l'issue du traitement d'esthétique.*

**Fig.1:** la relation patient-praticien, une étape fondamentale du plan de traitement. (extrait de « Le Guide Esthétique. Editions Quintessence Paris 2003. Paris, JC, Faucher AJ, Makarian-Yerokine MH, et col.)



Le praticien doit permettre et favoriser la libre expression de son patient en lui permettant d'exprimer ses attentes et d'expliquer les motifs de son complexe. Cette démarche n'est pas toujours aisée pour un spécialiste qui n'est pas formé à une telle attitude pouvant même être contraire à l'image qu'il se fait de sa profession et malgré tout imbu de son savoir. Ce changement d'attitude contribue au succès de la relation praticien-patient (Fig. 1).

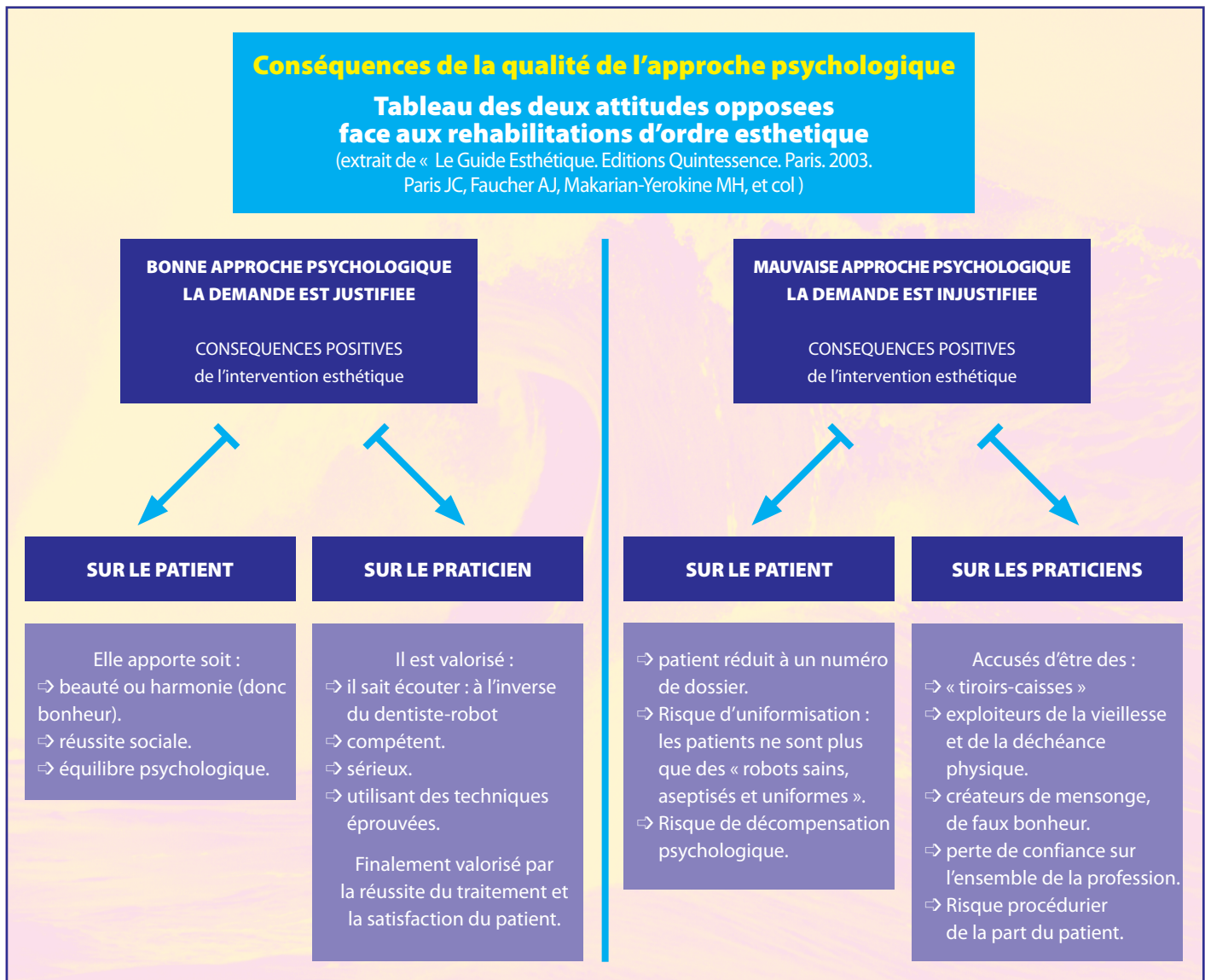
### Importance de la relation patient-praticien : cas du patient insatisfait, revendicateur

La restauration d'ordre esthétique a une portée sociale indéniable pour notre patient, elle lui permet aussi de se définir en tant qu'individu. La modification de l'apparence fait partie d'une démarche de réalisation de soi. Dans cette perspective, la relation patient-praticien a une importance toute particulière. (1)

Lors de nos réhabilitations esthétiques nous pouvons être confrontés à un patient insatisfait, voir même revendicateur alors que le résultat est techniquement excellent : le praticien a réalisé une parfaite intégration biologique dans la bouche du pa-

tient. Cette issue regrettable est due à une mauvaise prise en compte de l'intégration psychologique du patient à sa nouvelle image (4). Cette situation s'explique essentiellement par deux causes :

1. Ce que cache la demande du patient a été mal apprécié ; il existe deux types de demande :
  - **la demande est justifiée : la disgrâce est réelle.** Le désir d'amélioration est important, pouvant suivre éventuellement la mode. On sait que l'on va pouvoir aider notre patient et lui apporter un « plus ».
  - **la demande est injustifiée ou pathologique faisant apparaître un malaise intérieur ou psychologique ;** cela est sûrement le cas ici : on peut avoir à faire à une personnalité qui manque d'assurance et qui essaie de coller à la mode ou bien on peut avoir une demande pathologique émanant d'une personnalité ayant des problèmes d'identité (mauvaise évaluation de son image). **Lorsqu'on observe une discordance entre la réalité du trouble et la disgrâce**, manifestée par des affirmations exagérées du type « je ne peux plus vivre ainsi » ou « je ne peux plus me regarder », il faudra se montrer très prudent car quoi que l'on fasse, la nouvelle image de ce patient ne le satisfera pas



ADF  
Niveau 1  
stand T46

Plus de  
55 000  
systèmes  
utilisés

# La lampe la plus efficace du marché...

50% des patients obtiennent des teintes B1 ou plus claires en tout **juste 45 minutes.**



Par le numéro 1 mondial du blanchiment

# ZOOM!<sup>®</sup>

*Advanced Power*<sup>™</sup>

Contactez nous au : 0 810 40 08 46  
Ou par fax au : 01 43 40 00 24

[www.discusdental.fr](http://www.discusdental.fr)

DISCUS DENTAL<sup>®</sup>

(4). On sera toujours en position d'échec parce que cet être ne s'aime pas et ce qui compte c'est l'imaginaire du patient. Il pourra se montrer soit revendicateur (=ennuis pour le dentiste) ou évoluer vers une décompensation psychologique due à un espoir d'amélioration déçu (et il ne pourra jamais en être autrement) entraînant désillusion et attitude dépressive. Lorsqu'en consultation préopératoire il persiste le moindre doute, il est évidemment recommandé de ne pas commencer le traitement et d'adresser cette personne en psychothérapie ou en bilan psychologique préopératoire. (5)

2. La relation n'a pas été satisfaisante. Etant donné l'importance des enjeux (c'est-à-dire mise en cause du sentiment d'identité du patient) la qualité de la relation que celui-ci engage avec le praticien est déterminante pour l'issue psychologique de l'intervention et sa satisfaction.

Cette relation implique la rencontre de deux désirs et une juste évaluation de la demande ; d'où l'importance de consultations préopératoires avec étude photographique, diagnostic à l'aide du Guide Esthétique (1), plan de traitement grâce au Schéma Esthétique (1), essayages, modifications. Tout ceci servant de support à l'échange et objectivant la véracité du projet. ♦



## BIBLIOGRAPHIE

1. Paris JC, Faucher AJ, Andrieu P, Devotto W, Humeau A, Lucci D, Makarian-Yerokine MH, Orthlieb JD, Palacci P, Tassery H. Le Guide Esthétique. Editions Quintessence. Paris. 2003.
2. Valentin C., Dowek D., Morin F. Le malade fonctionnel en odontostomatologie psychosomatique 1988 ; 15 : 39-52 .
3. Rousselet N. Les poly-opérés, thèse de médecine, Paris, 1972.
4. Pasini W., Haynal A. Manuel de psychologie Odontologique, Masson, Paris, 1992.
5. Ferragut E. Psychiatre, Psychanalyste, responsable de l'unité de psychopathologie du centre anti-douleur au CHU de Montpellier; entretien Mars 2002.

Fig. 2 : à éviter...

Une attitude du praticien trop autoritaire, cherchant à impressionner et imposer son point de vue .

(extrait de « Le Guide Esthétique . Editions Quintessence . Paris . 2003.Paris JC, Faucher AJ, Makarian-Yerokine MH, et col)

# PRODONT - HOLLIGER

FABRICANT FRANCAIS D'INSTRUMENTATION ET PRODUITS DENTAIRE

**L'expérience du fabricant  
La qualité des instruments  
L'esprit innovant**

[www.prodont-holliger.com](http://www.prodont-holliger.com)

1156, Route de la Sine 06140 Vence France Tel. 04 93 24 20 82 - Fax. 04 93 24 68 26 Email: [info@prodont-holliger.fr](mailto:info@prodont-holliger.fr)



# Couleurs & vision : les dyschromatopsies

**Le but ultime d'une reconstitution prothétique dentaire est son intégration parfaite et harmonieuse dans le sourire. L'illusion du naturel passe obligatoirement par une étape de choix de la couleur en rapport avec les dents naturelles. Cette étape décisive dans le rendu esthétique est intimement liée à la perception des couleurs par le praticien. L'objet de cet article est de rappeler les propriétés de la lumière, source même de toutes perceptions, et de comprendre l'origine des anomalies de vision des couleurs. Elles sont regroupées sous le terme de dyschromatopsies. Ces dysfonctionnements des récepteurs visuels ont-ils une incidence sur la pratique quotidienne d'un chirurgien dentiste ?**



**Dr Georgine PICARD**  
■ Attachée d'enseignement, Faculté dentaire de Bordeaux

## La lumière et les couleurs

La lumière est l'essence même de la vie. En 1922, Louis de Broglie introduit la notion de « dualité onde/corpuscule » : dans certains cas, comme dans les phénomènes d'interférence ou de diffraction, la lumière impose des aspects ondulatoires, dans d'autres, en particulier lors des interactions avec la matière, c'est la conception corpusculaire qui l'emporte. La couleur est un attribut de la lumière, une des conséquences de son interaction avec la matière. La couleur est la perception par l'oeil d'une ou plusieurs fréquences d'ondes lumineuses. La couleur est une notion perceptive alors que la longueur d'onde est une notion physique. L'ensemble des fréquences des ondes lumineuses forme le spectre des couleurs allant des IR aux UV (Fig. 1).

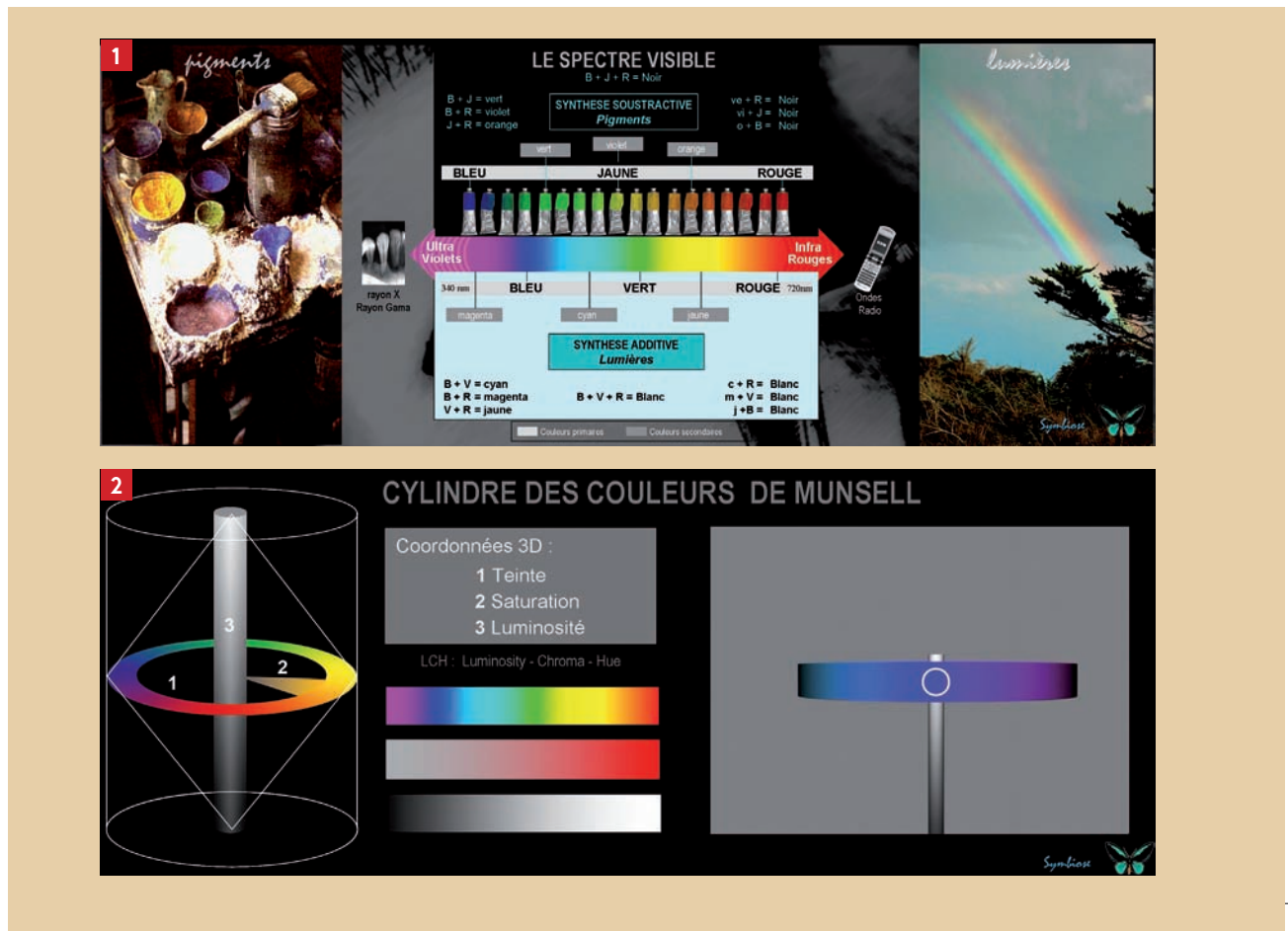
L'ensemble des couleurs est défini par trois dimensions. On parle de trivariance de la couleur représentée classiquement dans le système de Munsell (Fig. 2) :

- **La luminosité** correspond à l'intensité de la lumière réfléchie ou à la valeur de gris d'une couleur.
- **La saturation** indique la densité ou la pureté de la teinte. Une teinte se désature par adjonction de gris.
- **La teinte** est aussi appelée tonalité chromatique. A chaque teinte pure est associée une longueur d'onde.

Le monde des couleurs reste un domaine relativement méconnu des praticiens alors que les couleurs sont omniprésentes dans notre pratique. Notre perception colorée est fréquemment sollicitée lors du choix de la couleur pour l'élaboration prothétique et les restaurations esthétiques de composites ou de céramiques. L'objectif est de s'harmoniser le plus possible avec les dents naturelles. Mais d'autres domaines font appel à la vision des couleurs, par exemple dans la reconnaissance de la petite instrumentation endodontique, la norme ISO établit un code entre les couleurs et les diamètres. De même, en ce qui concerne les matériaux à empreinte, les silicones sont de couleurs contrastées en fonction de leur propriété intrinsèque de viscosité (light, medium,



**Dr Jean-François LASSERRE**  
■ Chirurgien-dentiste  
■ MCU, Faculté dentaire de Bordeaux



**Fig. 1 :**  
Le Spectre visible, la synthèse additive & la synthèse soustractive.

**Fig. 2 :**  
Représentation tridimensionnelle des couleurs du système de Munsell.

heavy). Certains alginates prennent une autre couleur lors du changement de phase.

### La couleur des dents naturelles

Pour ce qui est de la couleur des dents, on répartit schématiquement l'ensemble des couleurs des dents sur une dominante de jaune-orangé très désaturée. Comme toutes les couleurs, la couleur d'une dent se caractérise par sa luminosité, sa saturation et sa teinte. Le choix de couleur s'effectue classiquement à l'aide d'un teintier. Le 3D-Master® de Vita est recommandé car il est conçu de manière à déterminer la couleur de la dent dans son intégralité tridimensionnelle avec une priorité pour la détermination de la luminosité qui est le facteur prépondérant dans la détermination de la couleur (1). Le sens coloré du praticien est sans cesse sollicité. Même s'il est possible de s'adapter avec des dispositifs numériques (spectrophotomètres, colorimètres) (2), le choix de la couleur fait encore très souvent appel à la perception visuelle du praticien. Il est alors intéressant de s'attarder sur les défauts de la perception colorée des chirurgiens-dentistes (3).

### Les dyschromatopsies

Le phénomène de perception colorée se fait grâce aux photorécepteurs qui tapissent la rétine. Il existe deux types de photorécepteurs : les bâtonnets responsables de la vision nocturne et les cônes contenant des photopigments les rendant sensibles aux couleurs et qui sont fonctionnels uniquement en vision diurne. Il existe trois types de photopigments et donc trois types de cônes. Les dyschromatopsies regroupent l'ensemble des défauts de perception des couleurs. Il existe deux catégories : les

dyschromatopsies héréditaires et les dyschromatopsies acquises (4).

### Les dyschromatopsies héréditaires

#### La vision trichromatique anormale

Elle correspond à une altération partielle de vision d'un pigment coloré.

- La protanomalie correspond à une altération partielle du gène codant pour le pigment rétinien sensible au rouge.
- La deutéranomalie correspond à une altération partielle du gène codant pour le pigment rétinien sensible au vert.
- La tritanomalie correspond à une altération partielle du gène codant pour le pigment rétinien sensible au bleu.

#### La vision dichromatique

Il s'agit de l'absence totale de vision de l'une des couleurs élémentaires (RVB).

- La protanopie signifie absence de fonctionnalité totale du pigment rouge.
- La deutéranopie signifie absence de fonctionnalité totale du pigment vert.
- La tritanopie signifie absence de fonctionnalité totale du pigment bleu.

#### La vision monochromatique

C'est un défaut total de perception colorée aussi appelé achromatisme. Il est très rare, ne touchant que 0,003 % de la population. Il s'agit de l'atteinte d'au moins deux types de cônes rétininiens. Schématiquement, un monochrome voit en noir et blanc avec des nuances de gris et de façon relativement floue. Il réagit seulement aux variations de luminosité et de saturation.

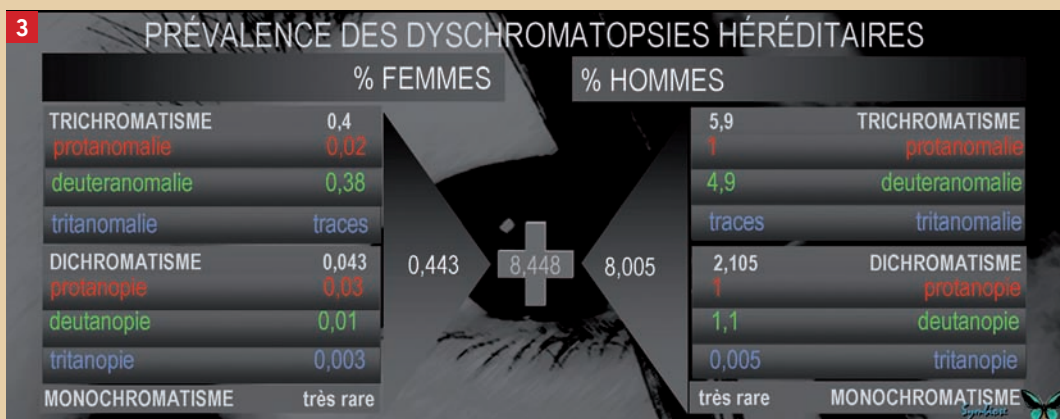


Fig. 3 : Prévalence des dyschromatopsies héréditaires en Europe.

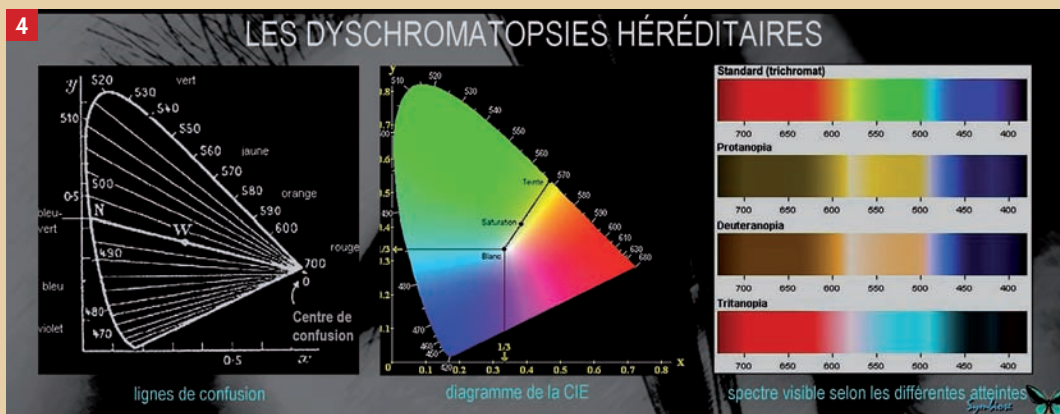
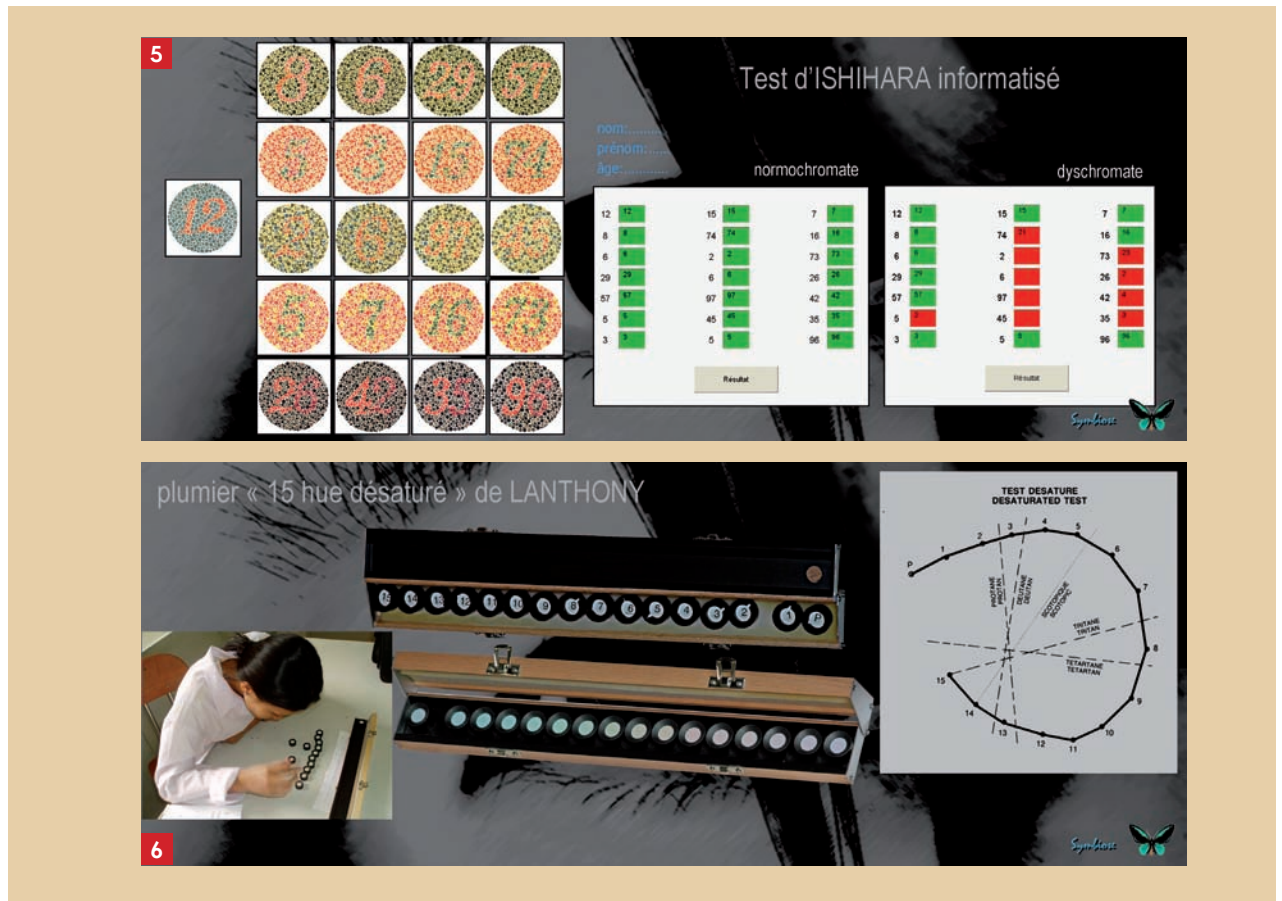


Fig. 4 : Diagramme de la commission internationale de l'éclairage et lignes de confusion.



**Fig. 5 :**  
Test de confusion chromatique d'Ishihara.

**Fig. 6 :**  
Test 15 Hue désaturé de Lanthony.

**Fig. 7 :**  
Exemple de résultats anormaux chez un deutéranope sévère dépisté avec les deux tests.

Les dyschromatopsies héréditaires sont bilatérales et symétriques, invariables au cours du temps, inconscientes, isolées sur le plan pathologique et incurables actuellement. Les déficits protan et deutan concernent le chromosome X alors que le déficit tritan est en rapport avec la paire autosomale n°7. Cette répartition des gènes sur le chromosome X explique la fréquence plus élevée chez les hommes. En effet, sur les 8,5 % de la population française concernés par les dyschromatopsies, la quasi-totalité des sujets sont de sexe masculin alors qu'une infime partie, de l'ordre de 0,5 %, concerne les femmes (Fig. 3).

**Diagramme de la CIE et lignes de confusion**

Le diagramme de la Commission Internationale de l'Éclairage (CIE) représente toutes les lumières colorées de notre univers physique. En fonction du dichromatisme, il existe des droites remarquables appelées lignes de confusion (Fig. 4). En vision trichromate normale, les points de ces lignes de confusion correspondent à des couleurs distinctes et bien définies alors qu'en vision dichromate, ils sont tous confondus ; le dichromate ne fait aucune distinction de couleur.

**Les dyschromatopsies acquises**

Les dyschromatopsies acquises sont secondaires aux maladies de l'œil et des voies optiques. Elles sont souvent bilatérales asymétriques (voire unilatérales dans certains cas), évolutives, conscientes et accompagnées d'autres signes oculaires. Les défauts acquis de la perception colorée concernent d'avantage l'axe bleu-jaune (type tritan). Ces déficits acquis intéressent aussi bien les hommes que les

femmes dans des proportions égales. Le mécanisme physiopathologique diffère des dyschromatopsies héréditaires car le mécanisme pathologique dans les dyschromatopsies acquises est lésionnel. Ainsi, leur caractère colorimétrique se distingue des défauts colorés congénitaux.

**Évaluation des dyschromatopsies des chirurgiens-dentistes**

Cet outil a pour objet de tester la vision des couleurs. Cependant, il ne dispense en aucun cas un diagnostic clinique. Si une anomalie de perception colorée est décelée, une consultation chez un ophtalmologiste est recommandée afin d'approfondir l'anomalie détectée. Parmi les tests permettant de mettre en évidence une dyschromatopsie, on retrouve les tests de confusion pigmentaire (5) qui restent les plus utilisés et qui ont été choisis pour cette méthode d'évaluation. Deux tests de confusion pigmentaire ont été retenus :

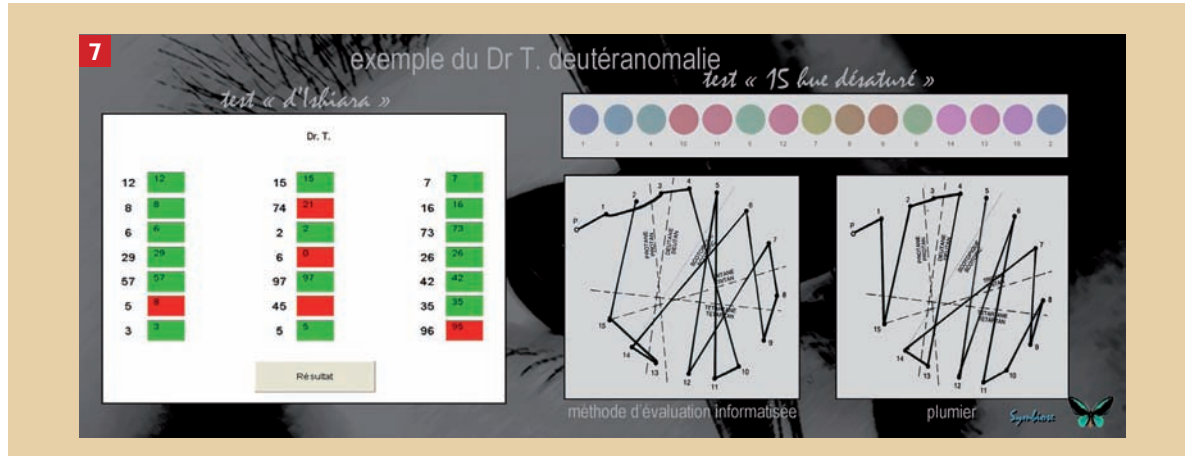
- Planches pseudo isochromatiques d'Ishihara
- Tests de classement Hue désaturé de Lanthony

**Matériel et méthode**

**L'album-test d'Ishihara**

Il comporte 38 planches pseudo-isochromatiques. Le principe des planches pseudo-isochromatiques est basé sur la mise en évidence des confusions colorées qui sont matérialisées par les axes de confusion colorée des diagrammes de chromaticité (Fig. 5). Il teste les dyschromatopsies héréditaires de type protan et deutan car les déficits tritan se révèlent être exceptionnels dans le groupe des déficits héréditaires. Sur un fond composé de plusieurs couleurs, on présente

**Fig. 5 :**  
Test de confusion chromatique d'Ishihara.  
**Fig. 6 :**  
Test 15 Hue désaturé de Lanthony.  
**Fig. 7 :**  
Exemple de résultats anormaux chez un deutéranope sévère dépisté avec les deux tests.



au sujet des chiffres également constitués par plusieurs couleurs qui diffèrent de celle du fond pour un normochromate mais qui se trouvent situées sur les lignes de confusion pour un dyschromate. Ainsi, le sujet dyschromate ne distingue pas les chiffres. Certaines planches de l'album d'Ishihara ne représentent aucune forme pour le normochromate alors qu'un sujet dyschromate lit un nombre. La fiabilité de dépistage de ce test est de l'ordre de 98 %.

**Le test 15 Hue désaturé de Lanthony selon Farnsworth**

Il s'agit d'une séquence de 15 pions colorés qu'il faut classer dans l'ordre, de proche en proche à partir d'une pastille P de référence afin d'obtenir un dégradé de couleur qui suit l'ordre de l'arc en ciel. La couleur des pions est désaturée. Ce test permet de mettre en évidence une dyschromatopsie (congénitale ou acquise) mais aussi de connaître l'axe de confusion protan, deutan ou tritan, grâce à un tracé effectué en fonction de l'ordre dans lequel le sujet a ordonné les pions (Fig. 6). Les deux tests décrits ci-dessus ont été formatés pour pouvoir être manipulables sur un ordinateur afin d'être accessibles à tous. Des éventuels biais survenant lors de l'adaptation des tests à l'informatique peuvent être invoqués en raison des écrans LCD, de leur réglage en luminosité, etc. Cependant, un écran de bonne qualité, réglé de façon correcte permet de réaliser les tests en ayant une fiabilité presque semblable aux tests classiques.

**L'échantillon**

La méthode d'évaluation des dyschromatopsies a été testée sur 63 sujets : échantillon d'étudiants en odontologie de la faculté d'Odontologie de Bordeaux et de praticiens de la région. La répartition selon l'âge et le sexe est figurée dans le tableau en Fig. 8.

8	Âge			total
	20-30	31-40	41-50	
Sexe				
Homme	31	6	4	41
Femme	18	0	4	22
total	49	6	8	63

**Fig. 8 :**  
Répartition âge/sexe de l'échantillon de chirurgien-dentistes ou d'étudiant en chirurgie dentaire.

**Résultats**

Sur cet échantillon, nous avons dépisté quatre sujets qui présentent une anomalie de perception des couleurs soit 6 % de l'échantillon : tous les cas sont des hommes avec

un cas de deutéranomalie sévère, un cas de deutéranopie, un cas de deuteranomalie moyenne et un cas de protanopie. Ces résultats (bien que le pourcentage soit légèrement inférieur à la moyenne de 8,5 %) vont dans le sens des données épidémiologiques connues pour les populations occidentales : les anomalies les plus courantes sont celles de la vision du vert (deuter) et les hommes sont les plus touchés. Parmi ces sujets, deux ne connaissaient pas leur anomalie de vision, ce qui prouve l'intérêt du dépistage. Les quatre sujets dyschromates connaissaient leur anomalie dont la nature a été précisée par les tests de dépistages.

**Conclusion**

On peut estimer que la méthode d'évaluation des dyschromatopsies ainsi mise au point est fiable, dans la mesure où elle est réalisée dans de bonnes conditions d'éclairage. Il faut aussi un écran de bonne qualité et calibré au niveau colorimétrique par une sonde d'étalonnage. Il est aussi préférable de réaliser le test dans une pièce éclairée par la lumière du jour. D'autre part, il est souhaitable que le sujet soit surveillé pendant la réalisation du test. Cependant, retenons que seul un spécialiste ophtalmologiste est compétent pour faire le diagnostic. Cette méthode d'évaluation n'a aucune prétention diagnostique, son but étant de tester le sens chromatique et éventuellement dépister les anomalies chez nos étudiants en chirurgie dentaire. Remarquons qu'il est regrettable qu'un test de dépistage des anomalies de la vision des couleurs ne soit pas réalisé systématiquement dans les écoles dentaires, car connaître son handicap permet le plus souvent de le compenser ou de faire appel à l'entourage ou à des machines de choix objectif de la couleur lorsque sa détermination est primordiale. ♦

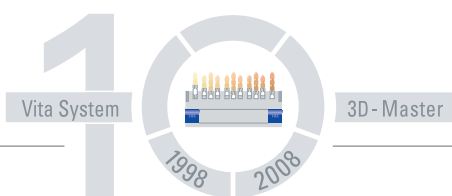
**Bibliographie**

1. Chu S., Devigus A., Mielezko A. Fundamentals of color. Shade matching and communications in esthetic dentistry. *Quintessence International*, 2004 ; pp. 157-205
2. Lasserre J.-F., D'Incau E., Pop I. La couleur en Odontologie, détermination visuelle et instrumentale. *Les Cahiers de Prothèse* ; mai 2006
3. Ayer W., Moser J., Naleway C., Wozniak W. Color vision in dentistry: a survey. *J.A.D.A.*, vol. 110 n°4, April 1985; pp. 509-510
4. Leid J., Guepratte N. La vision des couleurs en pratique. *Journ. Fr. Ophthalmol.* ; Fév. 2004; 27 (2); pp.143-148
5. Lanthony P., Leid J., Rigaudière F., Roth A., Vienot F., Vola J. Les dyschromatopsies. *BSOF ; rapport annuel, numéro spécial* ; nov. 2001

# VITA Easyshade® Compact – Il suffit d'un instant...pour définir la teinte de dent exacte!



3384 F



## VITA

Numérique, sans fil, léger et portable - de bonnes raisons d'utiliser le VITA Easyshade Compact. Avec la nouvelle génération d'appareils de mesure numérique, vous définissez et contrôlez les teintes de dent en une seconde. Le VITA Easyshade Compact est conçu pour toutes les teintes du

VITA SYSTEM 3D-MASTER et pour les teintes VITAPAN classical A1-D4. Cet appareil High Tech emploie la technique du spectrophotomètre ce qui explique la grande précision avec laquelle il mesure les teintes. Jugez vous-même. Pour de plus amples informations: [www.vita-zahnfabrik.com](http://www.vita-zahnfabrik.com).

# Le relevé de la couleur : Quelles sont les évolutions instrumentales ?

*Le relevé de la couleur, communément appelé choix de teinte, est un problème journalier dans nos cabinets dentaires. L'importance de cette étape est généralement sous-estimée dans la communication avec le laboratoire de prothèse. Beaucoup de praticiens utilisent seulement le «teintier» pour transmettre la couleur. Les appareils d'aide au choix visuel comme les caméras ou les lampes calibrées et les appareils de détermination objective de la couleur comme les colorimètres ou spectrophotomètres, restent encore très peu utilisés par les praticiens.*



**Dr Jean-François LASSERRE**  
■ Chirurgien-dentiste  
■ Maître de conférences  
des Universités  
(Bordeaux-France)



**Stéphanie PINEAU**  
■ étudiante en T1  
(Bordeaux-France)

## Les méthodes de détermination de la couleur

### Choix subjectif ou visuel de la couleur

Les méthodes qui suivent sont toutes subjectives puisque l'évaluation de la couleur est visuelle. Elles dépendent des variations physiologiques oculaires de l'observateur, des altérations du vieillissement ou même de l'existence de dyschromatopsies (1).

### Les teintiers

Le principe est de comparer visuellement les barrettes-échantillons du teintier avec la dent naturelle à imiter jusqu'à trouver l'échantillon le plus proche. Le choix s'effectue dans un environnement coloré neutre, de préférence en lumière naturelle ou à défaut on utilisera un éclairage artificiel de type lumière du jour avec un spectre blanc continu, un éclairage de 2000 lux et une température de couleur proche de 6500° Kelvin. L'utilisation des teintiers s'accompagne de la réalisation d'un schéma de teinte détaillé dans les trois zones cervicale, moyenne et incisale. Parmi les teintiers, on peut séparer ceux qui sont construits par familles de teintes et ceux construits par groupes de luminosité.

#### ► Teintiers construits par familles de teintes

Les échantillons sont regroupés par famille de même tonalité chromatique. Par exemple, la firme Ivoclar utilise le Chromascop® qui a été créé en 1990. Il comporte 20 échantillons qui se regroupent en cinq

familles chromatiques (Clair/100-Jaune orangé/200-Brun/300-Gris/400-Brun foncé/500) (Fig. 1). Chaque famille se décline dans un code chiffre (10-20-30-40) qui traduit la saturation. Ce teintier construit en deux dimensions a pour avantage de présenter un bon nombre d'échantillons de saturation élevée qui se prête à la détermination de la couleur des dents âgées.

#### ► Teintiers construits par groupes de luminosité

Les échantillons sont regroupés par familles de même niveau de luminosité. A ce jour, seule la firme Vita a créé un tel teintier : le Vitapan 3D Master®. Il est commercialisé depuis 1998 (Fig. 2). Ce teintier comporte 26 échantillons répartis en cinq familles de luminosité croissante (Groupe 1-2-3-4-5). La saturation s'évalue en descendant dans le sous groupe central M par un code chiffre de 1 à 3 (1-1,5-2-2,5-3). Enfin, le choix de la tonalité chromatique est réduit entre le sous groupe à droite R (right) de tendance chromatique rouge, et le sous groupe à gauche L (left) de tendance chromatique jaune. Ce teintier a l'avantage de donner la priorité au paramètre reconnu le plus important dans le choix de la couleur : la luminosité. Il présente une gamme plus étendue d'échantillons que le teintier Classical® et permet un choix rapide et plus scientifique de la couleur (2,3).

### Les lampes calibrées

Deux fabricants proposent des lampes d'éclairage LED calibrées d'aide au choix visuel. La Demetron Shade® de Kerr et la Trueshade® d'Optident commercialisée par Bisico. Le choix visuel s'effectue à



**Fig. 1 :**  
Teintier  
Chromascop®,  
Ivoclar Vivadent.

**Fig. 2 :**  
Teintier Vitapan 3D  
Master®, Vita.

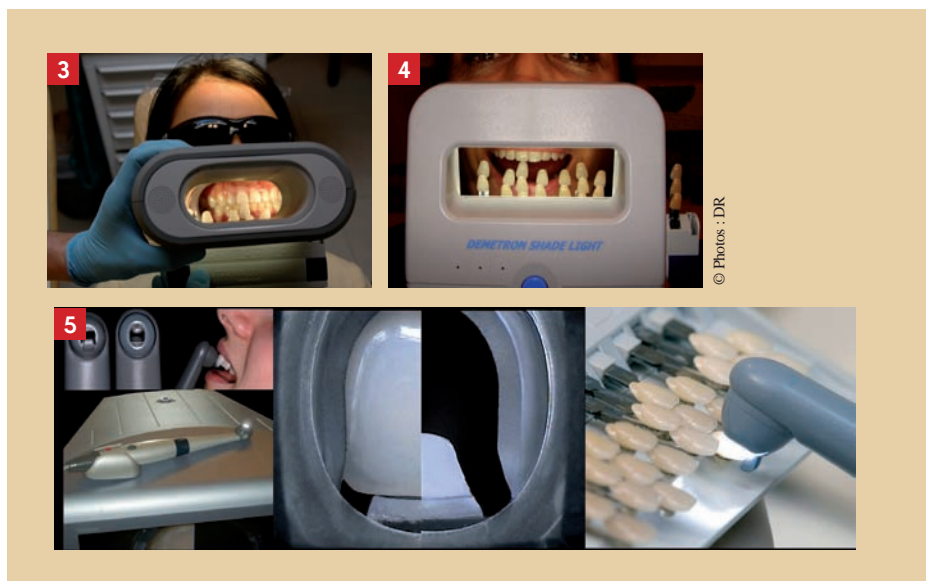
travers le cadre de ces lampes maintenues à faible distance de la bouche. Elles illuminent les dents avec une lumière de spectre continu, de température de couleur située dans une fourchette de 500 à 650°K et sous une forte intensité. Ces lampes sont d'une aide très précieuse, en particulier quand les éclairages de cabinets sont défectueux (Fig. 3 et 4).

### Les caméras

La société Sopro du groupe Acteon France a mis au point une fonction « choix de teinte » sur la caméra intra orale Sopro 717® (Fig. 5). Le choix de la couleur de la dent reste visuel et comparatif aux échantillons des teintiers habituels, mais il est reporté sur un moniteur (Fig. 6) qui permet d'avoir une image fortement agrandie. La comparaison de la dent avec les échantillons du teintier s'en trouve ainsi facilitée. Ce procédé original constitue une aide au choix visuel qui, par ailleurs, a l'avantage de ne plus dépendre de la lumière environnante du cabinet mais uniquement de l'éclairage (LED) intégré dans la tête de la caméra intra orale. Le choix, restant comparatif, n'est pas influencé par le vieillissement des LED. Le logiciel « Sopro imagin » permet de réaliser une fiche de communication avec des images numérisées des dents de référence.

### Choix objectif ou instrumental de la couleur

Depuis de nombreuses années, la recherche a mis au point des instruments de mesure de la couleur qui rendent son choix plus scientifique et objectif (4). Le choix ne dépend plus de l'œil de l'observateur mais est calculé par la machine. Il existe actuellement une dizaine d'appareils sur le marché. Les méthodes instrumentales se prêtent à la communication et à la vérification de la couleur au laboratoire (5). En 1998, le Shade Eye Chroma Meter® de Shofu est le premier colorimètre commercialisé. En 2000, le Shade Scan® de Cynovad permet une analyse globale de la dent avec des cartographies en 3D (teinte-saturation-luminosité) à laquelle s'ajoute l'analyse de la transparence. L'ensemble des informations est regroupé sur une fiche de communication détaillée destinée au laboratoire de prothèses. En 2002, le Shade Vision® de X Rite (Fig. 6) est un colorimètre très performant qui enregistre, comme le précédent, des images numériques globales de la dent. Le dernier appareil commercialisé (nov. 2008) est le spectrophotomètre Vita Easy Shade Compact® de la firme Vita (Fig. 7). Il permet une mesure par spot central placé dans la zone moyenne de la couronne de référence mais aussi une analyse plus détaillée en trois points. Il fait suite au Vita Easy Shade® (commercialisé en 2002), dont il présente la même simplicité d'utilisation tout en étant plus léger et maniable car sans fibre optique le reliant à sa base. Contrairement à certains appareils à capteur volumineux il permet une bonne accessibi-



lité dans les secteurs latéraux de la bouche. Il semble parfaitement adapté aux attentes des omnipraticiens. Ces appareils peuvent être classés en deux familles : les spectrophotomètres et les colorimètres (Fig. 8).

### Les colorimètres

Les colorimètres analysent la couleur par des mesures de réflexion de la lumière source au travers de trois filtres : rouge, vert et bleu, ce qui définit une couleur par ses coordonnées trichromatiques. Les mesures pourraient être sensibles à l'altération des filtres colorés (6). Ces appareils doivent être étalonnés sur le blanc avant chaque mesure pour compenser le vieillissement de la lampe source.

### Les spectrophotomètres

Les spectrophotomètres analysent les longueurs d'onde réfléchies d'une lumière incidente polychromatique visible. Le spectre réfléchi est mesuré en de nombreux points à intervalles faibles et il est comparé à une base de donnée pour en déduire la couleur de la dent. Pour une mesure optique, plusieurs millions de points de référence sont analysés sur une dent. L'étalonnage sur une pastille de céramique de référence est là aussi de règle avant chaque mesure.

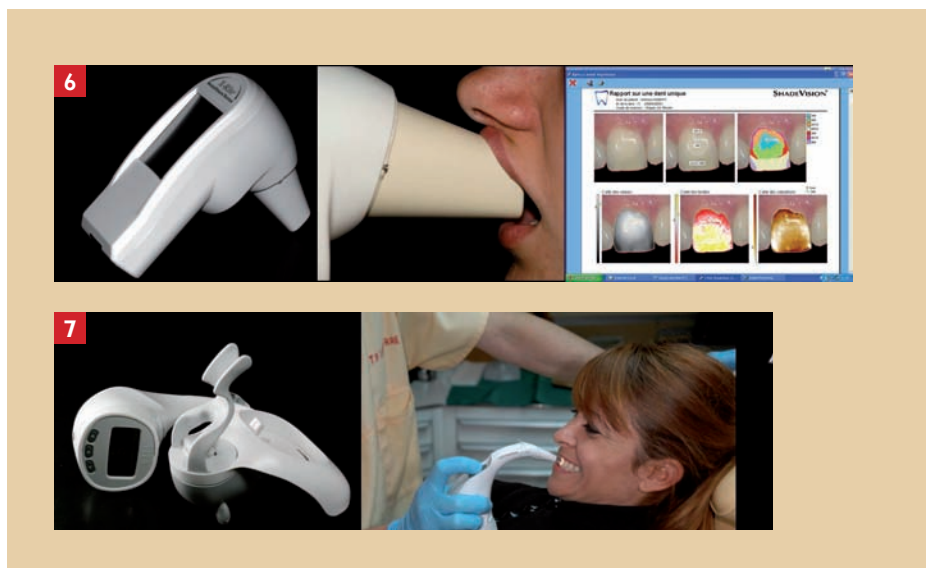
Fig. 3 : Lampe True shade®, Optident.

Fig. 4 : Lampe Demetron shade®, Kerr.

Fig. 5 : Camera Sopro717®, Acteon, avec la mémorisation d'une héli dent sur le moniteur.

Fig. 6 : Colorimètre Shade Vision®, X Rite, et la fiche de rapport d'analyse destinée au laboratoire.

Fig. 7 : Spectrophotomètre Vita Easy Shade Compact®, Vita, et la mesure en spot central dans la zone moyenne de la couronne d'une incisive centrale.



8	Matériel	Type	Réf.	Zone de mesure	Analyse	Communication	Prix
	Shade Vision® X rite 2002	colorimètre	nombreux teintiers	cadre large dent gencive bouche encombrant	cartographie couleur 3D	logiciel sophistiqué modèle de présentation au laboratoire+boite noire	++++
	Vita Easy Shade Compact® Vita 2008	spectrophotomètre	Vita classical Vita 3D Master	spot central très maniable	ponctuelle 3 points 3D	Logiciel simple Adjonction photo contrôle couleur laboratoire possible avec le même appareil	+
	Shade Scan® Cynovad 2000	colorimètre	nombreux teintiers	cadre large dent gencive bouche encombrant	cartographie couleur 3D + translucidité	logiciel sophistiqué	++++
	Spectro Shade® MHT 2001	spectrophotomètre	nombreux teintiers	cadre large maniable	cartographie couleur 3 zones 3D + translucidité	logiciel avec transmission de fiche détaillée	+++
	Shade Eye EX® Shofu 1998	colorimètre	plusieurs teintiers	spot central 2mm maniable	ponctuelle unique centrale 3D	logiciel pour adjoindre des photographies	+++
	Digital Shade Guide® Rieth 2004	colorimètre	plusieurs teintiers	spot central 3mm	ponctuelle 3points 3D	basique	+++
	Chromatis® MHC 2005	colorimètre	cartes à puce tous teintiers	spot central 3mm maniable	ponctuelle 3 points	basique	+++

9	Méthode	Avantages	Inconvénients
	Visuelle par teintiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>● coût faible</li> <li>● transportable</li> <li>● utilisation facile</li> <li>● 2D ou 2D selon le teintier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● subjective par l'évaluation visuelle</li> <li>● dépendance de l'environnement et de l'éclairage ambiant</li> </ul>
	Visuelle avec lampes calibrées	<ul style="list-style-type: none"> <li>● coût raisonnable</li> <li>● utilisation facile</li> <li>● indépendance de l'éclairage ambiant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● subjective par l'évaluation visuelle</li> </ul>
	Visuelle assistée par caméra intra orale	<ul style="list-style-type: none"> <li>● indépendance de l'éclairage ambiant</li> <li>● conservation du teintier habituel</li> <li>● agrandissement de la dent sur un moniteur</li> <li>● logiciel de communication avec le laboratoire avec saisie de photographies numériques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● subjective par l'évaluation visuelle</li> <li>● accessibilité mauvaise aux dents postérieures</li> <li>● nécessite un moniteur TV ou un ordinateur</li> <li>● choix comparatif limité à la teinte de base de la dent</li> <li>● coût élevé</li> </ul>
	Instrumentale par spectrophotomètres ou colorimètres	<ul style="list-style-type: none"> <li>● objective ne dépend plus de l'œil de l'environnement et de l'éclairage</li> <li>● rapide</li> <li>● possibilité selon les appareils d'analyse 3D et de cartographie couleur</li> <li>● logiciels sophistiqués de communication avec le laboratoire dans les appareils les plus évolués</li> <li>● contrôles possibles au laboratoire avec même appareil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● apprentissage à la manipulation long</li> <li>● sensibles aux erreurs de positionnement de l'embout</li> <li>● mesure ponctuelle de la teinte de base en spot central pour plusieurs appareils</li> <li>● encombrement et accessibilité mauvaise aux dents postérieures pour certains</li> <li>● nécessitent souvent un ordinateur coût allant de moyen à très élevé</li> </ul>

Fig. 8 : Tableau résumant les principales caractéristiques des appareils de mesure de la couleur.

Fig. 9 : Tableau résumant les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de mesure de la couleur.

### Conclusion

Beaucoup de praticiens ont peur de l'étape de détermination de la couleur. Ils doivent savoir que l'analyse et la communication de la couleur des dents ont énormément progressé, principalement avec la mise au point de teintiers intégrant l'analyse 3D (3D Master® de Vita) et avec l'apparition de spectrophotomètres et de colorimètres de plus en plus faciles à utiliser. Les principaux problèmes restent toujours l'interprétation et la reproduction de la couleur au laboratoire, totalement liées à l'expérience et au sens artistique du prothésiste. De plus, la couleur d'une dent naturelle est complexe. Elle dépasse largement la définition d'une teinte de base prise dans le tiers moyen de la dent de référence. Elle se développe en profondeur dans la stratification des tissus. L'opacité, la translucidité, l'opalescence, la fluorescence, la texture de surface et les caractérisations sont autant

d'éléments qui interviennent dans le rendu final de la dent prothétique (7). ◆

### Bibliographie

1. Lasserre J.-F., Pop I.S., d'Incau E. La couleur en Odontologie : déterminations visuelles et instrumentales 1ère partie. Cah. Prothèse 2006;(135):25-39
2. Lasserre J.-F., Leriche M.A. L'illusion du naturel en prothèse fixée. Cah Prothèse 1999;108:7-21
3. Shapiro J.R., Resk R.E. Colour management. Curr Opin Cosmet Dent 1994;139-145
4. Tervil B. Les aides numériques au choix de la teinte. Alternatives 2005;28:57-65
5. Paul S.J., Peter A, Hämmerle CHF. Visual and spectrophotometric shade analysis of human teeth. J Dent Res 2002;81(8):578-582
6. Chu S.J. Precision shade technology: contemporary strategies in shade selection. Prat Proced Aesthet Dent 2002;14(1):79-83
7. Lasserre J.-F. Les sept dimensions de la couleur des dents naturelles. Clinica 2007;(28)1-14



## La ligne esthétique de GC.



Tous ses matériaux et techniques convergent vers un résultat esthétique similaire, le plus proche du naturel...



### Gamme **GRADIA Direct (X, Flo, LoFlo)**



Des composites de restauration directe photopolymérisables pour toutes les indications

Issus de la technologie longuement éprouvée au laboratoire, ils possèdent une capacité de photomimétisme unique qui leur permettent littéralement de se fondre dans l'environnement.



L'originalité et la force de cette ligne réside dans la cohérence des méthodes et l'harmonie des résultats esthétiques, qu'ils soient obtenus en méthodes directes ou indirectes, par matériau Composite ou Céramique.

Cette assurance pour le Praticien et le Prothésiste Dentaire non seulement du plus haut niveau de résultats esthétiques, mais aussi de leur similitude dans tous les cas, représente un pas décisif en matière de dentisterie cosmétique.

Partant des interventions "a minima" et allant jusqu'aux grandes réhabilitations, implantaires ou non, GC offre une gamme cohérente de matériaux qui excellent isolément et donnent toute leur mesure par leur cohérence et leur harmonie lorsqu'on les combine.

### GC **GRADIA** et **GRADIA Gum Shades**

Ce système composite de laboratoire photopolymérisable Gradia ne cesse de voir sa notoriété grandir...

et,

"parce qu'il n'y a pas d'esthétique blanche sans esthétique rouge"

Gradia Gum Shades, est devenu incontournable pour la reproduction des tissus gingivaux.



### Gamme **Gradia Direct** **Gradia/Gradia Gum Shades** et la Gamme **Initial**

tous concourent à l'esthétique invisible

Chacun possède en outre ses qualités propres qui en font des matériaux aux caractéristiques les plus élevées

# initial

Le système GC Initial est une gamme complète de céramiques - teintes Gum et Bleach - permettant de créer des restaurations céramo-métal et tout céramique quels que soient la procédure et le type d'armature en offrant une esthétique superbe et reproductible, dans des conditions économiques optimales.



GC FRANCE s.a.s  
Tél. 01 49 80 37 91  
info@france.gceurope.com  
www.france.gceurope.com

# GC

# Les restaurations esthétiques en céramique collée : 100 fois sur la méthode



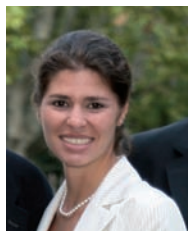
**Dr Stefen KOUBI**

- Maître de conférence
- Département d'odontologie Conservatrice et Restauratrice, Faculté de Marseille



**Dr Gauthier WEISROCK**

- Assitant hospitalier et universitaire
- Département d'odontologie Conservatrice et Restauratrice, Faculté de Marseille



**Dr Stéphanie ORTET**

- Assitante hospitalier et universitaire
- Département d'odontologie Conservatrice et Restauratrice, Faculté de Marseille

**Face à une demande esthétique croissante depuis ces quinze dernières années, l'industrie a apporté des réponses en proposant des matériaux toujours plus performants, capables de reproduire les caractéristiques optiques et mécaniques de la dent naturelle. Cependant, l'usage de ces nouveaux matériaux est conditionné par le respect d'une méthodologie stricte pour l'obtention de résultats constants et reproductibles.**

**A travers un cas clinique, nous présenteront une démarche thérapeutique : de l'analyse du cas à la mise en place des restaurations esthétiques.**

## Approche diagnostic : écouter le patient

Préalable à tout traitement et particulièrement à viser esthétique : écouter les doléances du patient.

« Est-ce que l'on peut enlever le noir au-dessus de mes couronnes ? Ça fait sale. » L'examen clinique nous permet alors d'objectiver un sourire dysharmonieux marqué par la présence de deux couronnes iatrogènes au niveau de 11 et 21 (Fig. 1 et 2).

Bien que notre œil nous permet déjà de visualiser le résultat final, il est important de communiquer sur le patient.

La palato-version de ces deux incisives centrales associée à une légère vestibulo-version des incisives latérales accentue l'effet récessif de celles-ci.

Il est alors important de demander au patient ce qu'il pense d'un alignement du secteur antérieur.

Le patient nous donne son accord, mais à condi-

tion de ne pas faire d'orthodontie et de préserver les incisives latérales.

Le diagnostic esthétique est réalisé :

- vestibuler les centrales ;
- modifier le zénith (zone la plus haute du collet) de la dent n° 11 pour le rendre symétrique avec la dent n° 21 ;
- restaurer la dominance (longueur et volume) des incisives centrales.

Les corrections à réaliser étant mineures, nous entrerons dans le champ de l'INTÉGRATION et non des réhabilitations.

## Du diagnostic à la pratique : intérêt du mock-up.

Dans la plupart des situations cliniques le projet esthétique est matérialisé par un wax up ; ce dernier est transféré en bouche au moyen d'une clé en silicone afin de visualiser directement en bouche le projet proposé. Dans le cas présent, le patient disposant de peu de temps, deux compo-



Fig. 1 : Situation initiale.



**Fig. 2 :**  
Les récessions cervicales constituent le motif de la consultation.

**Fig. 3 :**  
Visualisation du projet esthétique par un mock-up.

**Fig. 4 :**  
Démontage, retraitement endodontique et restauration corono-radulaire esthétique.

sites à main levée sur les dents n° 11 et n° 21 ont été réalisés afin d'avoir une idée précise sur les nouveaux rapports des dents antérieures et valider notre projet.

Une fois le composite réalisé, le patient peut se lever et se voir dans un miroir en situation afin de prévisualiser les futures restaurations (Fig. 3).

Une fois le principe validé, nous procédons à l'enregistrement de ce projet par une empreinte.

Notre plan de traitement est alors le suivant :

- réhabilitation de la dent 11 et 21 :
  - Endodontie : retraitement canalaire
  - Odontologie Conservatrice : reconstitutions corono radiculaires collées par tenons fibrés (RCRC)
  - Prothèse : Restauration Adhésive en Céramique (RAC)
- redessiner le zénith de la dent n° 11.

## Procédures opératoires

Les couronnes sont alors déposées et on procède au retraitement canalaire préalable à l'utilisation de restauration adhésive collée. Des reconstitutions corono-radulaires à base de tenons fibrés sont réalisées afin de s'intégrer dans un concept lumineux où tous les étages de la restauration participent à la circulation de la lumière (Fig. 4).

Une fois celles-ci terminées, nous préparons les dents n° 11 et n° 21 en vue de réaliser des couronnes en vitrocéramiques (**Emax press** : Ivoclar Vivadent Schaan) en raison de leur propriétés optiques (translucidité).

Cependant, l'analyse faite au niveau des collets révèle une asymétrie incompatible avec une intégration esthétique optimale. L'observation de la dent n° 21 révèle un zénith légèrement distalé en accord avec la norme esthétique alors qu'au

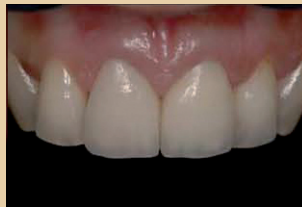
**Fig. 5 :**  
Correction par gingivectomie de la position des Zéniths sur les 11.



**Fig. 6 :**  
Les restaurations  
céramo-céramiques  
après collage.



**Fig. 8 :**  
Esthétique finale.



niveau de la dent n° 11, ce dernier est en position médiane, ce qui perturbera la forme finale de la restauration.

C'est pourquoi à l'aide d'un bistouri électrique, on recherche une situation de zénith plus distalée et afin de rendre les collets symétriques (Fig. 5). Les préparations doivent suivre méticuleusement ce nouveau contour afin de stabiliser la gencive dans cette nouvelle position.

Les empreintes puis les provisoires issues du « mock-up » sont réalisées.



**Fig. 7 :**  
Situation clinique  
finale. Notez la nouvelle  
harmonie du sourire.

Le collage des deux couronnes en Emax Press suit le même protocole que celui de collage de facettes car notre approche est semblable (pâte de collage Vitique™, DMG Hambourg).

Ce système représente la solution de choix pour le secteur antérieur (14 – 24) pour différentes raisons :

- biologique : possibilité de coller la restauration restitution d'un ensemble homogène
- biomécanique : le recours au collage renforce les propriétés mécaniques qui en font le substitut amélaire de choix.
- esthétique : seule la translucidité est en mesure de reproduire les caractéristiques de l'émail.

Après essayage de ces deux éléments prothétiques, il faut procéder à la mise en place d'une digue individuelle afin de travailler dans des conditions opératoires optimales pour l'obtention d'une bonne étanchéité (Fig. 6 et 7).

Les étapes de finition terminées, on procède au réglage de l'occlusion.

On peut noter trois points sur les restaurations terminées (Fig. 8) :

- retour de la dominance des incisives centrales ;
- symétrie des collets ;
- intégration parodontale des restaurations due au faible enfouissement des limites en raison des qualités optiques de la vitrocéramique et de l'absence de dyschromie du substrat sous-jacent.

## Conclusion

A condition de respecter la démarche suivante :

- une approche diagnostic,
- un transfert en bouche du projet esthétique,
- une validation de ce dernier par le patient,
- avoir recours à des matériaux biomimétiques (tenons fibrés, composites, céramiques collées),
- méthodologie opératoire stricte,
- ... il est possible actuellement d'obtenir lors de nos restaurations esthétiques collées un résultat prévisible et reproductible en accord avec les principes de conservation maximales de l'odontologie. ♦

Remerciements au prothésiste Jean-Christophe Allègre (Lyon)

POM<sup>®</sup>  
laboratoire dentaire



POM



*le fruit de l'expérience*

**10 ans**  
DE GARANTIE

CE ISO

3 rue Frédéric Loliée 75020 Paris • Tél 01 40 09 50 52 • Fax 01 40 09 02 52 • [www.laboratoirepom.com](http://www.laboratoirepom.com) • [pomlab@orange.fr](mailto:pomlab@orange.fr)  
SARL 16 000 € • 501 447718 RCS Paris



# Bridge collé cantilever en céramique de haute ténacité assemblé à l'aide d'une colle réactive



**Dr Jean-Pierre ATTAL**

■ MCU-PH  
(Paris Descartes)  
■ Groupe Smile



**Dr Lionel COUDRAY**

■ Prothésiste dentaire  
■ Groupe Smile



**Dr Gil TIRLET**

■ MCU-PH  
(Paris Descartes)  
■ Groupe Smile

**Le remplacement d'une incisive centrale à l'adolescence est un traitement délicat à un âge où la thérapeutique implantaire n'est pas encore possible. L'objectif du traitement est, en attendant cette thérapeutique, de compenser l'édentement en veillant à la moindre mutilation dentaire.**

Parmi les solutions traditionnelles, le bridge collé métallique, associé ou non à un temps orthodontique (Lehman et al, 2006), est une solution bien décrite dont le bilan est très positif (Brabant, 1993 ; Samama, 1996 ; Girot, 1994). Dans le cas clinique présenté, l'espace mésio-distal de l'édentement est plus important que le diamètre de la dent à remplacer. Par ailleurs, la maman de ce jeune patient souhaite un traitement « sans métal ». Il ne faut généralement pas céder à ce type de pression, sauf si une solution alternative, évaluée cliniquement, répond à cette demande.

Cet article décrit et argumente une solution originale par la réalisation d'un bridge collé cantilever (en extension) en céramique infiltrée de haute ténacité (Zirconia).

## Cas clinique

Clément, 14 ans, vient de finir un traitement orthodontique de 2 années pour le traitement de sa classe II d'Angle (orthodontiste: docteur Martine Philippart-Rochaix). Pendant ce traitement, une extrusion de la racine de 11 a été réalisée sur la demande du pédodontiste suite à un trauma pour tenter de sauver la racine de 11. Mais la dent s'est fissurée créant des épisodes infectieux à répétition (Fig. 1 et 2). Il a fallu se résoudre à extraire cette dent. Clément porte durant quelques semaines une petite prothèse adjointe. Le patient, et sa maman qui l'accom-

pagne, souhaitent une solution esthétique et, si possible, sans métal. Clément découvre peu lors du sourire.

## Choix thérapeutique

Après avoir écarté la solution implantaire compte tenu de l'âge de ce patient (14 ans), notre choix thérapeutique s'oriente vers deux possibilités (bien entendu, nous n'évoquons pas ici, pour des raisons évidentes, la réalisation d'un bridge périphérique 21-12) :

### 1. Bridge collé métallique ou zirconia avec appui sur 21 et 12

Cette solution ne peut pas être retenue compte tenu de l'importance du diamètre MD qui aboutirait, quelque soit le choix du matériau, à une visibilité de l'infrastructure, à moins de réaliser une dent trop large. Les anses palatines métalliques proposées pour éviter cette disgrâce esthétique sont déconseillées d'un point de vue parodontal.

### 2. Bridge collé métallique ou zirconia cantilever (en extension) avec appui sur 21

Après avoir vérifié auprès de l'orthodontiste la stabilité du traitement orthodontique, cette solution est envisageable car elle permet de laisser un diastème en distal de 11. Les bridges collés cantilever sont rarement décrits en France mais leur longévité est validée par la littérature scientifique. Une revue de la littérature récente (Van Dalen et al., 2004) montre que dans toutes les études sélectionnées (notons toutefois qu'aucune de ces études n'était contrôlée et randomisée) le pourcentage de succès est supérieur pour les bridges cantilever à une ailette par rapport aux bridges à deux ailettes. Dans une étude clinique rétrospective, Botelho et al. (2006) confirment le très bon comportement de ces bridges cantilever (95 % de taux de succès sur une période moyenne de 52 mois). De plus dans une étude sur 15 ans, certains auteurs vont plus loin en rapportant que le risque de décollement des bridges collés à deux ailettes est deux fois supérieur aux bridges cantilever (Djermal et al., 1999).





Fig. 3, 4 et 5 : Vues vestibulaire, de profil et palatine de la situation clinique. Les dents sont indemnes de caries et de restaurations. L'espace mésio-distal est plus important que le diamètre de la dent à remplacer. Notons l'occlusion défavorable (peu d'espace prothétique) avec un recouvrement incisif de 4 mm (susceptible d'engendrer lors de la fonction des forces horizontales défavorables).

Évidemment, dans ces études, les bridges cantilever sont souvent sélectionnés dans des conditions cliniques favorables avec de faibles contraintes occlusales sur l'élément en extension. C'est ce qui expliquera que nous ferons en sorte d'éviter tout contact occlusal sur l'intermédiaire.

Nous choisissons donc, sur ce bridge cantilever de deux éléments (appui sur 21), à partir du projet esthétique, de laisser un diastème résiduel afin de respecter l'harmonie des diamètres mésio-distaux de 11 et 21.

Il reste à sélectionner le matériau : **métal ou céramique** ?

Le patient et ses parents ont exprimé le souhait d'éviter la présence d'alliages métalliques. Nous n'aurions pas cédé à cette demande si nous n'avions pas trouvé une solution validée cliniquement. Notons que le choix d'un alliage métallique peut être à l'origine d'un effet de grisaillement de la dent support.

Une publication d'un cas clinique récent a montré qu'il était possible d'envisager un bridge cantilever en zirconia (Komine et Tomic, 2005) mais aucune étude rigoureuse ne valide cette proposition. La zircone est un matériau que nous ne pouvons pas sélectionner.

En revanche, une étude clinique (Kern, 2005), menée sur 5 ans d'observation, a montré que le bridge collé cantilever alumina ou zirconia (céramique infiltrée de haute ténacité - InCeram) était une technique plus fiable que ces mêmes bridges avec 2 ailettes. Le taux de survie du groupe « bridge cantilever » était de 92,3 % et de 73,9 % dans le groupe « 2 ailettes ».

Enfin, le zirconia est intéressant pour ses propriétés mécaniques (dent en extension), pour la qualité de la liaison céramo-céramique et pour ses qualités optiques.

**L'ensemble de ces raisons nous conduit à choisir le matériau zirconia pour la réalisation de ce bridge cantilever.** Rappelons que notre objectif de traitement est de trouver une solution qui permette le remplacement de cette incisive centrale entamant le moins possible le capital dentaire des dents adjacentes et nous permettant d'atteindre l'âge implantaire. ♦



Fig. 6 : La préparation intra-amélaire suit les principes généraux proposés par Kern (2005). Elle consiste en la réalisation d'un épaulement à angle interne arrondi, de 2 rainures M et D et d'un puits de stabilisation cingulaire. Cette forme de préparation suffit à assurer la stabilisation, la sustentation et la rétention de la restauration prothétique. Le choix d'un assemblage adhésif spécifique vient ici optimiser la rétention globale de la restauration prothétique.

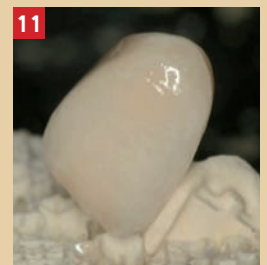
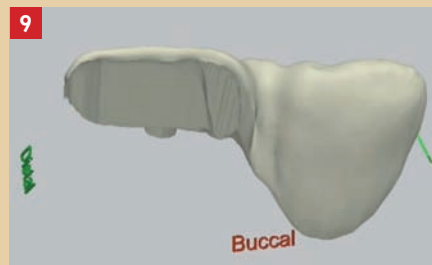
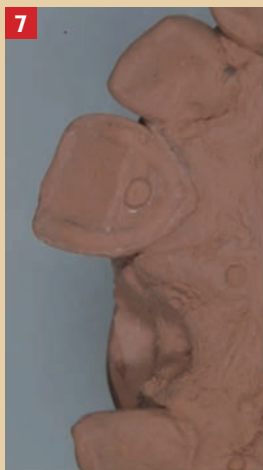


Fig. 7 à 11 : Vues de différentes étapes de laboratoire. Il a été choisi ici de réaliser cette restauration par CFAO indirecte. On visualise le maître modèle en plâtre qui va permettre le scannage par le Cerec In lab (Sirona). Nous obtenons après scannage une image virtuelle du modèle qui permet la CAO (Conception Assistée par Ordinateur). Une fois celle-ci réalisée, l'ordre est envoyé à la machine outil pour l'étape de FAO (Fabrication Assistée par Ordinateur).



Fig. 10 : L'élément prothétique est usiné à partir d'un bloc en zirconia (InCeram-Vita).  
Fig. 11 : Le prothésiste réalise alors l'infiltration de l'infrastructure qui précède la cuisson de la cosmétique. Pour des raisons occlusales et de préservation tissulaire (limiter au maximum la préparation), l'ailette en zirconia a été recouverte d'une mince couche de glaçure.



Fig. 12 : Le choix de la colle et de son protocole correspond à celui que Kern décrit dans son article, à savoir l'application du Panavia F 2.0 (Kuraray) précédée d'un simple sablage (oxyde d'aluminium 50µm) sans l'application d'un silane.

Cette étude clinique corrobore d'autres travaux in vitro qui confirment l'excellente qualité de l'adhésion procurée par les groupements MDP du Panavia sur les céramiques infiltrées et même sur la zircone (Kern et Thompson, 1995 ; Wegner et Kern, 2000). Notons de plus que le vieillissement hydrothermique des joints collés avec cette colle a été démontré dans ces articles comme étant le plus performant.

Cela s'explique par le fait que le groupement MDP possède un potentiel d'adhésion intrinsèque aux oxydes métalliques comme l'aluminium et le zirconium (Blatz et al, 2003).

Au total, dans une revue récente de la littérature Soares et al. (2005) indiquent que le protocole utilisé (sablage + Panavia) est le meilleur choix possible pour le collage du zirconia.



Fig. 13 : Sourire du patient le jour du collage. Vue vestibulaire. Notons comme nous l'avions anticipé que le diastème distal a été conservé afin d'éviter des différences de largeur entre les deux centrales.

Fig. 14 : À l'échelle du visage, notons la bonne intégration esthétique de la restauration en zirconia.

Fig. 15 : L'intermédiaire en extension a été déchargé des contacts occlusaux en OIM et lors de la propulsion.



Fig. 16 : Le contrôle à 3 mois montre une parfaite intégration de ce bridge en extension que ce soit au niveau biologique, mécanique et esthétique. Notons la qualité du profil d'émergence de l'intermédiaire en extension.

Fig. 17 : Le cliché radiographique à 3 mois atteste la qualité d'ajustage du bridge.

Composites  
de Reconstitution Duals\*



**UNIQUE !**  
**2 viscosités**  
au choix



**DENTOCORE** *body*  
Consistance ferme

**Stand ADF  
1N08**

**Echantillon gratuit**  
au 01 45 91 61 40  
Réf : Fil Dentaire

\* disponibles en format cartouche et/ou seringues manuelles

18



Fig. 18 : Le contrôle à 12 mois ne met en évidence aucun mouvement dentaire du pilier prothétique, et ce, malgré le diastème distal, ce qui confirme les résultats de Kern (2005) et de Botelho et al. (2002). Dans le cas de ce patient avec une bonne hygiène, nous pouvons constater à 12 mois la bonne qualité de la réponse parodontale à ce bridge cantilever corroborant ainsi les résultats de l'étude de Rashid et al. (1999).

### Bibliographie

Blatz M.B., Sadan A., Kern M. Resin-ceramic bonding : a review of the literature. *J Prosthet Dent* 2003 ; 89 : 268-274.

Botelho M.G., Chan A.W., Yiu E.Y., Tse E.T. Longevity of two-unit cantilevered resin-bonded fixed partial dentures. *Am J Dent* 2002 ; 15 : 295-299.

Botelho M.G., Leung K.C., Ng H., Chan K. A retrospective clinical evaluation of two-unit cantilevered resin-bonded fixed partial dentures. *J Am Dent Assoc* 2006 ; 137 : 783-788.

Brabant A. Esthétique et fiabilité des bridges collés. *Rev Odontostomatol* 1993 ; 22 : 387-395.

Djermal S., Setchell D., King P., Wickens J. Long-term survival characteristics of 832 resin-retained bridges and splints provided in a post-graduate teaching hospital between 1978 and 1993. *J Oral Rehab* 1999 ; 26 : 302-320.

Giro. Bridges et atelles collés : un bilan. *Real Clin* 1994 ; 5 : 491-516.

Kern M., Thompson V.P. Bonding to glass infiltrated alumina ceramic : adhesive method and their durability. *J Prosthet Dent* 1995 ; 73 : 240-249.

Kern M. Clinical long-term survival of two-retainer all ceramic resin-bonded fixed partial dentures. *Quintessence Int* 2005 ; 36(2) : 141-147.

Komine F., Tomic M. A single-retainer zirconium dioxide ceramic resin-bonded fixed partial denture for single tooth replacement: a clinical report. *J Oral Sci* 2005 47, 139-142 .

Lehmann N., Simon A.-L., Tirllet G. Edentement unitaire : de l'observation clinique à la prise de décision thérapeutique. *Rev Odontostomatol* 2006 ; 35, 1 : 33-61.

Rashid S.A., Al-Wahadni D., Hussey L. The periodontal response to cantilevered resin-bonded bridgework. *J Oral Rehab* 1999 ; 26 : 912-917.

Samama Y. La prothèse adhésive : 10 ans de recul. Analyse, bilan et perspectives thérapeutiques. Deuxième partie : bilan et perspectives. *Rev Int Parodontol.Dent. Rest* 1996, 16 : 52-59.

Soares C.J., Soares P.V., Pereira J.C., Fonseca R.B. Surface treatment protocols in the cementation process of ceramic and laboratory-processed composite restorations : a literature review. *J esthet Restor Dent* 2005 ; 17 : 224-235.

Van Dalen A., Feilzer A.J., Kleverlaan C.J. A literature review of two-unit cantilever FPDs. *Int J Prosthodont* 2004 ; 17 : 281-284.

Wegner S., Kern M. Long-term resin bond strength to zirconia ceramic. *J Adhesive Dent* 2000 ; 2 : 139-145.

19

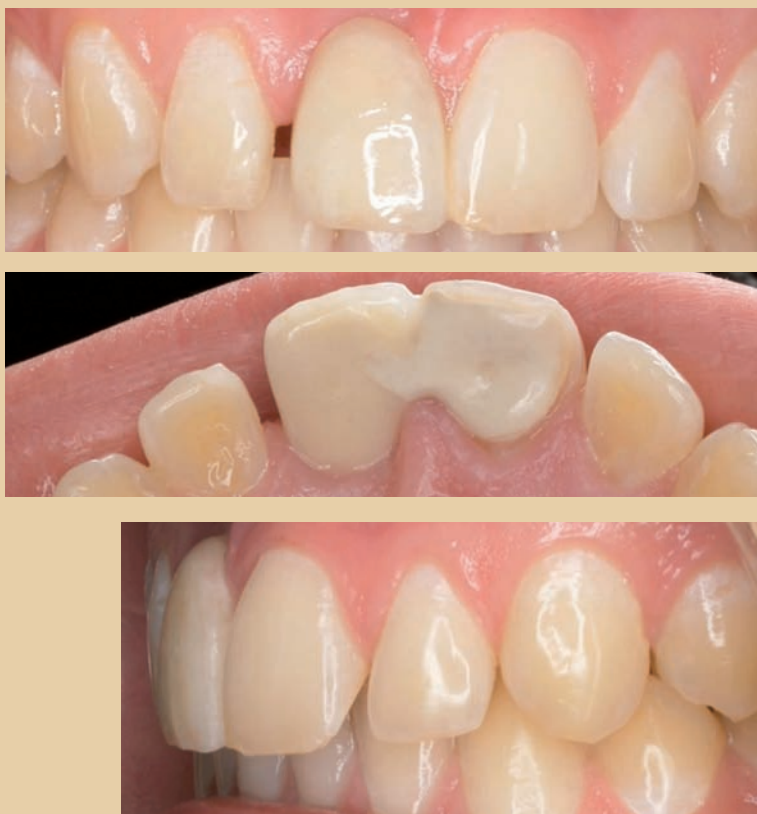


Fig. 19 : Le contrôle à 28 mois montre la stabilité du résultat obtenu.



# T.B.R.<sup>®</sup> Zirconnect<sup>®</sup>

22 YEARS  
1986-2008 T.B.R.<sup>®</sup>

## Les implants Hybrides Zirconie Titane

CONGRES ADF 2008  
STAND 3M35

### SwissClip :

#### pose au contre-angle

Une gorge située à l'intérieur de l'implant permet la préhension et la pose directe de l'implant au contre-angle (sans contact digital)

### Zirconnexion

(union de la Zirconie et du Titane) :

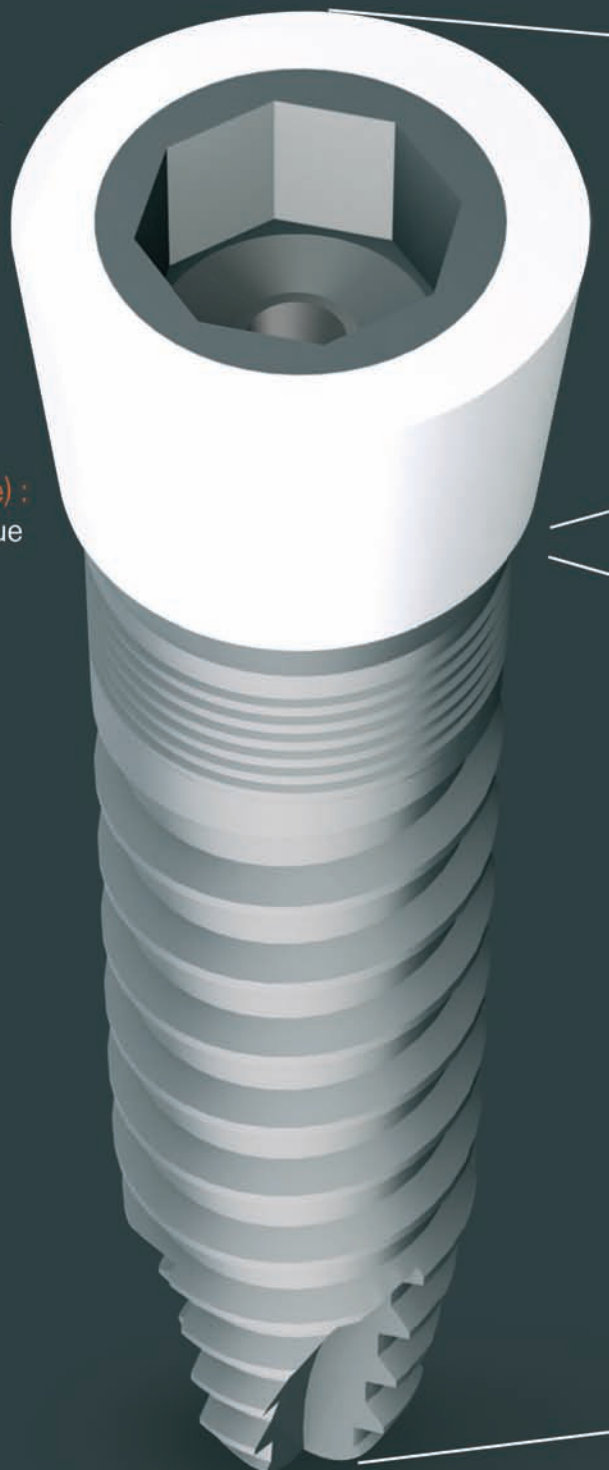
- repousse l'espace biologique au niveau supragingival
- absence de "micro-gap"

### Micro-Spires :

Les micro-spires stimulent la régénération osseuse et permettent une diffusion uniforme des contraintes

### Apex Cruciforme :

- blocage anti-rotationnel
- autobloquant et autotaraudant à convexité mousse atraumatique



### Surface ZT-Hybrid :

(Zirconia Titanium Hybrid)

#### Zirconie : Y-TZP (ZrO<sub>2</sub>)

- surface lisse, dense et teintée ivoire (A2)
- faible colonisation bactérienne
- résistance mécanique optimisée
- esthétique parodontale parfaite

#### Titane : Ti

- sablage au corindon donnant un aspect rugueux sur toute la surface de l'implant (indice de rugosité Ra = 1,25µm)
- passivation à l'acide fluorhydrique pour améliorer l'énergie de surface et la régénération osseuse

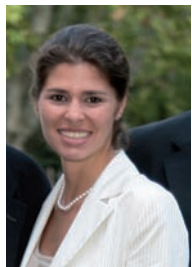
**La Paro-Intégration est optimisée par l'état de surface du titane (intégration osseuse) et par la zirconie (intégration gingivale)**



Rendez-vous au T.B.R.<sup>®</sup> Sushi Bar  
de notre stand ADF 

24, impasse René Couzinet - 31500 Toulouse - FRANCE - Tel : +33 (0)5 62 16 71 00 - Fax : +33 (0)5 61 80 84 02 [www.tbr-group.com](http://www.tbr-group.com)

# Les transitoires à partir des masques : un préalable incontournable en facette ceramique collée



**Dr Stéphanie ORTET**

- Assistante hospitalier et universitaire. Département d'odontologie Conservatrice et Restauratrice. Faculté de Marseille



**Dr Jean-Christophe PARIS**

- Chirurgien-dentiste Faculté Dentaire de Marseille
- Association Mimesis
- Académie du Sourire



**Dr André-Jean FAUCHER**

- MCU-PH (Marseille)
- Association Mimesis
- Académie du Sourire

*Durant ces dernières années, la demande en matière d'esthétique n'a cessé de croître. Avec des patients aux exigences de plus en plus pressantes, le domaine de la dentisterie n'échappe pas à cette préoccupation générale. Aujourd'hui, les facettes en céramique collées permettent de répondre favorablement aux doléances de nos patients, tant en terme de conservation tissulaire qu'en bénéfices esthétiques acquis. Ces restaurations ont donc vu leurs indications s'étendre, notamment pour améliorer l'état de surface des dents participant au sourire, et grâce aux progrès des adhésifs amérodentaires, des modifications de forme ou de volume, voire de position, sont devenues des propositions routinières dans les traitements esthétiques.*

**P**our des raisons biologiques, fonctionnelles et esthétiques évidentes, en découle la nécessité de réaliser des facettes transitoires qui auront également un rôle capital dans la préfiguration des restaurations définitives, en permettant au praticien et au patient de valider le projet thérapeutique. Les restaurations transitoires représentent donc une séquence essentielle du traitement et doivent être envisagées avec soin. Aussi, afin d'en faciliter leur élaboration, l'objectif de ce document est de mettre en avant une technique originale basée sur la réutilisation des masques ayant servis au diagnostic.

## Importance du projet esthétique

En favorisant une matérialisation en bouche du diagnostic et du plan de traitement, le projet esthétique constitue un maillon essentiel de la réhabilitation prothétique. En effet, entre l'image, les mots exprimés et leur compréhension, il peut y avoir une certaine distorsion avec, inévitablement, une variabilité du résultat. Grâce au projet esthétique, le praticien peut visualiser et mieux appréhender la restauration finale, et ceci avant tout geste cli-

nique irréversible. De même, le patient peut manifester son approbation ou ses réticences de façon éclairée au fur et à mesure des différentes séquences prothétiques.

À partir du modèle dentaire initial et selon les critères de reconstruction établis lors de l'analyse esthétique (2,9), on réalise un montage en cire qui préfigure la morphologie idéale souhaitée et dans le respect de la fonction. Une fois ce wax-up réalisé, deux voies sont possibles :

- Soit un projet esthétique direct par application directe de résine photopolymérisable contenue dans une gouttière, en silicone transparent, appliquée sur les dents à restaurer (Faucher et coll., 1994 (1,2));
- Soit un projet esthétique indirect par apposition de maquettes en résine (« masques ou mocks-up »), de 0,2 à 0,3 mm d'épaisseur et confectionnées en laboratoire selon les indications de l'analyse esthétique (Magne et coll., 2001 (6,8)).

Les masques sont essayés en situation clinique : directement au contact des dents encore non préparées, ils seront stabilisés à l'aide d'une goutte de mémosil® ou de Temp Bond® transparent déposés dans l'intrados, facilitant ainsi leur maintien. Ainsi, le praticien peut proposer

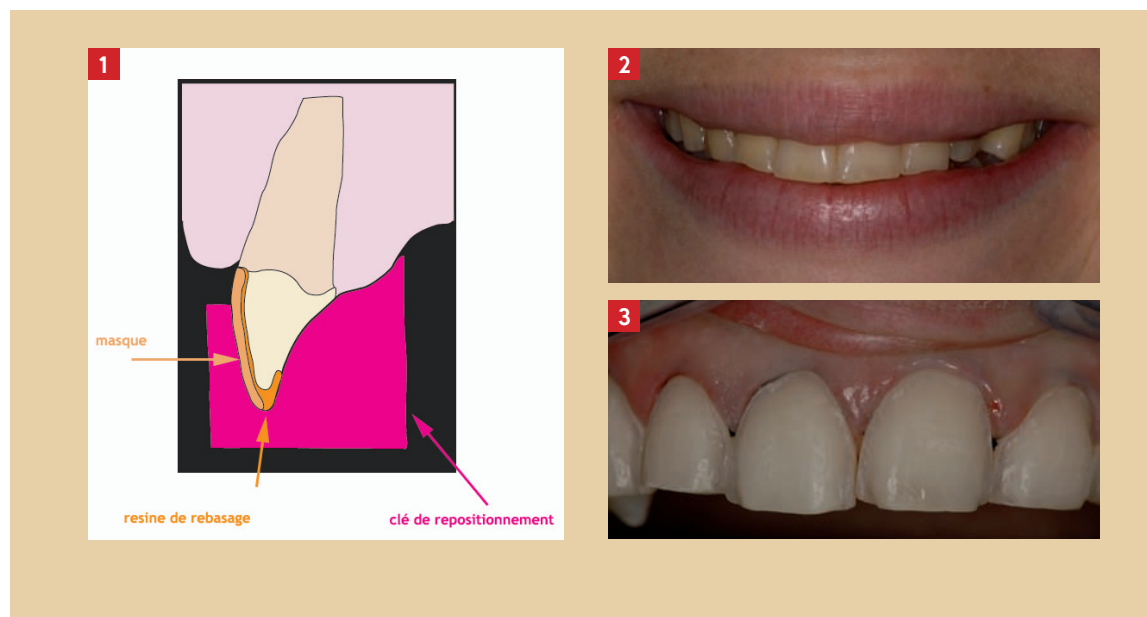
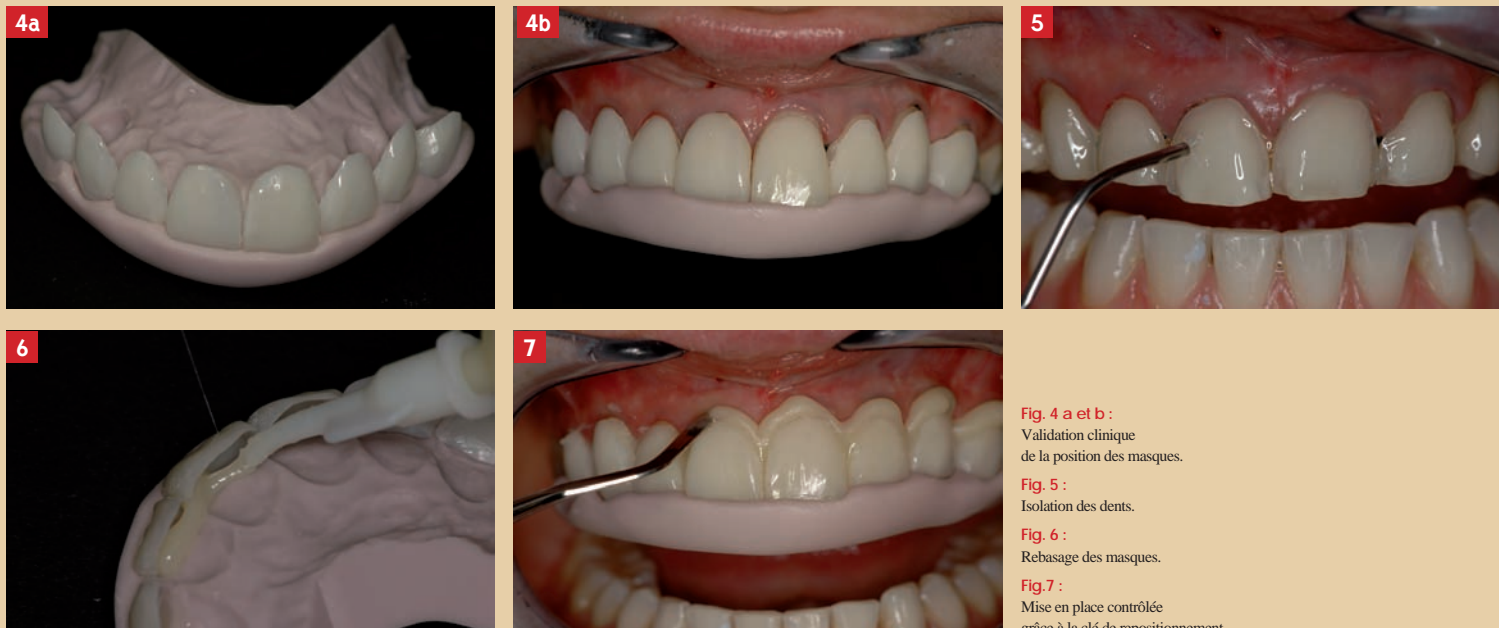


Fig. 1 : Méthode indirecte proposée.

Fig.2 : Situation initiale.

Fig.3 : Préparation des dents



**Fig. 4 a et b :**  
Validation clinique  
de la position des masques.  
**Fig. 5 :**  
Isolation des dents.  
**Fig. 6 :**  
Rebasage des masques.  
**Fig. 7 :**  
Mise en place contrôlée  
grâce à la clé de repositionnement.

des formes, susciter un choix auquel participe le patient. D'éventuelles corrections peuvent être apportées au projet soit directement en présence du patient par le dentiste, soit au laboratoire sous instructions du cabinet.

## Conversion des masques en facettes transitoires

### Principe

L'objectif de cette démarche est de conserver les critères de reconstruction pré-établis lors du projet esthétique et d'y associer les avantages d'une élaboration par méthode indirecte afin d'obtenir des éléments transitoires aux caractéristiques esthétiques et fonctionnelles optimales.

La méthode proposée (Fig. 1) requiert l'utilisation combinée d'un matériau de rebasage (résine photo-polymérisable) et d'une clé occlusale de repositionnement destinée à maintenir en place les maquettes confectionnées lors du projet esthétique indirect. Les masques diagnostiques seront donc réutilisés et, aménagés, joueront le rôle de restaurations transitoires.

### Protocole opératoire

#### Au laboratoire

Sur les indications du praticien, le technicien de laboratoire procédera à une éventuelle modification des masques et à la réalisation d'une clé occlusale de repositionnement en silicone, favorisant une réinsertion clinique des masques et présentant :

- un retour vestibulaire dans lequel seront collés les masques ;
- un large appui palatin pour une stabilisation de l'ensemble et afin d'éviter les fusées de résine lors du rebasage.

#### Séquences cliniques

**1. Situation initiale (Fig. 2) :** Pour toutes les réhabilitations complexes du sourire, il est impératif d'anticiper sur les éventuels problèmes esthétiques du patient et donc

d'élaborer une étude de cas structurée. Dans ce cas particulier, la ligne du sourire est basse, la patiente découvrant peu ses dents. Du fait de l'abrasion excessive des incisives, le plan esthétique frontal est plat et ne correspond pas à l'âge réel de la patiente. De plus, la présence de diastèmes importants rend visible des « trous noirs » disgracieux. Enfin, le groupe incisivo-canin maxillaire semble trop vestibulé par rapport à la lèvre supérieure. Ce sourire paraît donc récessif ! L'ensemble de ces informations nous permet de construire un projet esthétique, véritable prévisualisation du traitement final.

**2. Préparation des dents (Fig. 3) :** Les clés de réduction favorisent une appréciation du volume coronaire (4). Cette technique de temporisation est applicable quel que soit le type de préparation choisie en fonction de la situation clinique (facettes d'apposition, facettes à insertion horizontale, facettes à retour palatin, facettes trois-quart).

**3. Validation clinique de la position des masques (Fig. 4)** collés à la clé siliconée dont la stabilité occlusale a été vérifiée en bouche au préalable ;

**4. Isolation des dents (Fig. 5) :** Comme toute technique utilisant de la résine, les surfaces préparées sont enduites d'un film de glycérine.

**5. Rebasage des masques (Fig. 6) :** La résine est injectée directement sur les surfaces dentaires et dans l'intrados sablé des maquettes. Nous choisissons une résine photo-polymérisable (Unifast® L.C – GC), intéressante pour ses propriétés de polymérisation en deux temps : une phase plastique, atteinte en deux minutes environ, qui fige le matériau et se maintient jusqu'à la photopolymérisation (3). Cette gestion du temps de polymérisation permet une élimination aisée des excès et facilite la désinsertion.

**6. Mise en place contrôlée (Fig. 7)** grâce à la clé de repositionnement. Durant ce stade élastique, les excédents vestibulaires de résine sont retirés très facilement.

**7. Photo-polymérisation finale (Fig. 8) :** Après ces ajustements, les masques ainsi transformés en transitoires sont réinsérés en bouche ; la polymérisation peut être terminée.

**8. Désinsertion (Fig.9)** de l'ensemble à l'aide d'un instrument glissé dans les espaces inter-dentaires : On veillera à garder les éléments transitoires solidarisés entre eux car lors de la pose, cette solidarisation agit par effet de clavetage, contribuant ainsi à une rétention mécanique maximale. Afin de ne pas gêner la réinsertion, les derniers excédents et les éventuelles contre-dépouilles inter-proximales sont alors découpés à l'aide d'une lame de bistouri ou de ciseaux.

**9. Finition – Polissage**, très rapide, compte tenu du peu de résine en excès et de la qualité initiale des masques ;

**10. Scellement** des facettes transitoires (Temp Bond Clear® - KERR) : la mise en application d'une « pénétration contrôlée », lors des préparations (4,7), favorise des réductions à minima, limitée à l'émail et ne nécessitant pas une hybridation immédiate, mais ceci est totalement dépendant du niveau de mise à nu dentinaire et peut modifier le choix du ciment de scellement.

**11. Vérification de l'occlusion** de façon statique et dynamique, contrôle de la phonation ;

**12. Appréciation du sourire de la patiente au stade des transitoires (Fig.10)** : Les incisives centrales ont retrouvé de la dominance, l'axe des incisives latérales par rapport aux canines a été modifié, ce qui renforce leur mise en valeur. Les diastèmes ont été comblés, éliminant l'effet « trous noirs » fort disgracieux. Vous pouvez noter la découpe plus féminine, plus douce des bords libres. La patiente se sent satisfaite de ce nouveau sourire, elle est rassurée.

Ainsi, ce choix visualisé et testé in vivo influence l'appréciation du patient. On peut comprendre aisément pourquoi une attention particulière doit être accordée à l'élaboration des facettes transitoires.

## Conclusion

Lors d'une réhabilitation du sourire par facettes collées, l'une des étapes les plus difficiles à réaliser concerne l'élaboration des restaurations transitoires. En proposant

un modèle du projet thérapeutique, cette étape de temporisation constitue la clef de voûte d'une réhabilitation réussie ; elle nous permet de concevoir une esthétique en accord avec le patient qui se sent sécurisé, de l'étape du projet esthétique jusqu'au collage final. De plus, cette méthode présente de nombreux atouts :

- facilité de réalisation : technique non « opérateur dépendant »,
- rapidité de mise en œuvre,
- précision de l'adaptation marginale,
- facettes transitoires personnalisées,
- temporaires de très grande qualité, situation d'autant plus appréciable au sein de cabinets sans laboratoire sur place ;
- stabilité des éléments transitoires maintenus solidarisés,
- satisfaction des patients qui conservent une vie sociale acceptable.

Ces techniques de réhabilitations provisoires, indissociables des facettes proprement dites, permettront au praticien d'acquiescer une sûreté du geste et d'obtenir un résultat fiable et prévisible. ♦

## Bibliographie

1. Faucher A.-J., Magneville B., Watine F., Koubi G., Brouillet J.-L. Facettes Provisoires et Projet Esthétique. *Réal.Clin.* 1994, 5(1): 25-33
2. Faucher A.-J. et Coll. Les Dyschromies dentaire: De l'éclaircissement... aux facettes céramiques. *Ed. Cdp*, 2001
3. Derrien G. Les restaurations provisoires en prothèse conjointe. *Cdp*. 1991 ; 73 : 67-74
4. Gürel G. - Predictable, Precise And repeatable tooth preparation for porcelain laminate veneers. *PPAD*, 2003,15(1): 17-24
5. Lasserre J.-F., Leriche M.-A. L'illusion du naturel en prothèse fixée. *Cdp*, N° 108, Déc. 1999 : 7- 21
6. Magne P., Belser U. Restaurations Adhésives en Céramique sur dents antérieures : approche biomimétique. *Quintes. Intern.* 2003
7. Magne P., Belser U. Novel porcelain laminate veneers : Approach driven by a diagnostic mock-up. *PPAD*, 2004, 16(1): 7-15
8. Paris J.-C., Faucher A.-J. Le Guide Esthétique. *Quintes. Intern.*, 2004
9. Paris J.-C. Toca E., Faucher A.-J., Brouillet J.-L. Restauration du Sourire: la fin d'une improvisation. *ID*. Fév. 2005,6: 291-297.
10. Rieder C.-E. - Intérêt des restaurations provisoires dans la préfiguration et la satisfaction des attentes esthétiques. *J. Inter. Parod.Dent.Rest.* 1989,9(2): 123



Fig. 8 : Photo-polymérisation finale.

Fig. 9 : Désinsertion de l'ensemble à l'aide d'un instrument glissé dans les espaces inter-dentaires.

Fig. 10 : Appréciation du sourire de la patiente au stade des transitoires.



Laboratoire de prothèses dentaires

PROTHÈSES CONJOINTES  
PROTHÈSES ADJOINTES  
PROTHÈSES ADJOINTES  
ORTHODONTIE

### Nos Engagements

- Des Tarifs compétitifs
- 5 jours de délai maximum
- Nous garantissons tous nos travaux 60 mois
- Transport assuré par nos différents partenaires (Province compris)
- Normes CE et ISO respectées
- Ouvert toute l'année sans interruption
- Certificats de traçabilité avec chaque travail

La satisfaction de votre patient, c'est notre préoccupation !

Tél. : **01 43 01 16 80** - [www.solident.fr](http://www.solident.fr)

2-4, rue Frédéric Joliot-Curie - BP 98 - 93270 SEVRAN - E-mail : [contact@solident.fr](mailto:contact@solident.fr)

# Composite antérieur stratifié : à propos d'une nouvelle masse émail...

**La résine composite est le seul matériau pouvant restituer la forme, la couleur et la fonction de l'organe dentaire, en technique directe avec préservation tissulaire. Les propriétés de la dentine et de l'émail étant différentes, les résultats esthétiques obtenus avec une masse mono teinte en composite sont souvent insuffisants. De ce fait, les fabricants proposent une large gamme de teintes, d'opacités et de translucidités variées permettant la mise en œuvre des techniques de stratification ; largement décrites de nos jours, elles optimisent l'intégration esthétique en se rapprochant le plus possible de l'aspect naturelle de la dent.**



**Dr René SERFATY**

- Maître de conférences des Universités
- Responsable du D.U. d'Esthétique du Sourire
- Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

**C**ependant, l'expérience montre que ces techniques sont longues à mettre en œuvre et que l'effet esthétique obtenu n'est pas toujours reproductible car très « opérateur dépendant ». Lors des restaurations par la technique de stratification en composite, deux difficultés sont à prendre en compte :

La première, non encore résolue à ce jour, est l'instabilité de l'état de surface et les phénomènes de vieillissement inhérents au matériau. La seconde est l'effet grisâtre obtenu parfois avec les masses émail et, de ce fait, la visibilité du joint composite-dent. L'apparition sur le marché d'une nouvelle masse émail dont l'indice de réfraction se rapproche de celui de l'émail naturel permet de palier cet inconvénient et de simplifier la technique de stratification qui devient moins « opérateur dépendante » et dont les différentes étapes seront décrites.

## Propriétés optiques de l'émail et de la dentine : quelques notions

La couleur d'une dent résulte d'une multitude d'interactions de l'émail et de la dentine sous-jacente avec la lumière.

L'émail est un tissu translucide. La translucidité se situe entre l'opacité complète et la transparence totale. 75 % de la lumière est transmise en profondeur lorsque l'épaisseur est de 1mm (1). Dans le choix de la couleur, l'émail est en grande partie responsable de la luminosité. Celle-ci est fonction de la quantité de lumière réfléchie qui se traduit concrètement par une sensation de plus ou moins blanc. La luminosité est indépendante de la teinte et peut s'évaluer sur une photographie en noir et blanc. Cet élément déterminant dans le choix de la couleur doit être sélectionné en premier (2). En général, le tiers moyen est le plus clair et le tiers incisif le moins lumineux (3). Au niveau du bord libre, des zones opalescentes bleutées ou ambrées peuvent

### CAS CLINIQUE 1



**Fig. 1 :**  
Fracture d'angle de 21 et 22.

**Fig. 2 :**  
Clef en silicone réalisée à partir d'un wax-up.

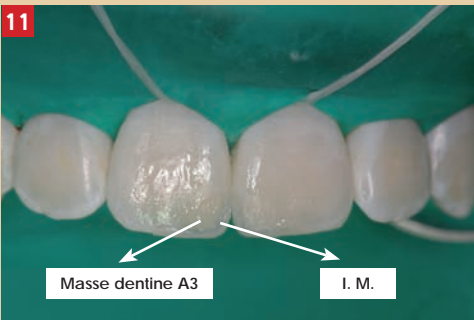
**Fig. 3 :**  
Mise en place de la masse émail UE2  
(Enamel plus HRI) à l'aide du guide en silicone.

**Fig. 4 :**  
Application d'une seule masse dentine sur 21.  
Notez la forme des mamelons dentinaires.

**Fig. 5 :**  
Mise en place de la masse émail côté vestibulaire.

**Fig. 6 et 7 :**  
Résultat 24h après dépose de la digue.

## CAS CLINIQUE 2



**Fig. 8 et 9 :**  
Fracture d'angle de 11 et 21.  
Notez la présence de fluorose au niveau du bord libre et des faces proximales

**Fig. 10 :**  
Montage du mur palatin avec la masse émail de luminosité moyenne UE2 (*Enamel plus HRi*).

**Fig. 11 :**  
Mise en place d'une masse dentine et d'un liseré de masse très opaque blanchâtre (*Intensive Milky, IM, Enamel HFO*).

**Fig. 12 :**  
Mise en place en vestibulaire de la même masse émail utilisée côté palatin.

**Fig. 13 et 14 :**  
Résultat immédiat après dépose de la digue.



être perçues lorsque la dentine est absente. Dans les techniques de stratification élaborées (4-5), cet effet opalescent est pris en compte en apposant un liseré de masse émail opalescent. Par ailleurs, avec l'âge, l'émail devient plus vitreux et son épaisseur diminue devenant plus translucide, moins lumineux et généralement plus lisse.

**La dentine** est plus opaque. Elle détermine la teinte et la saturation de la couleur de la dent. La dentine est fluorescente, c'est-à-dire qu'elle absorbe une partie de la lumière invisible à l'œil pour la retransmettre dans un spectre visible.

**La couleur** de la dent dépend de trois facteurs : **la luminosité** qui est essentiellement déterminée par l'émail, la **teinte** et la **saturation** qui sont déterminées par la dentine. Toutefois, le choix de la couleur n'est pas le seul critère de réussite esthétique des restaurations ; la forme, l'état de surface et l'harmonie sont également des facteurs non négligeables.

### Une nouvelle masse émail à indice de réfraction équivalente à l'émail naturel....

Dans la technique de stratification conventionnelle, l'épaisseur des masses émail et dentine est difficile à évaluer, et peut entraîner des résultats parfois décevants car un aspect grisâtre peut apparaître, mettant en relief le joint composite-dent. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les composites de masse émail ont un indice de réfraction différent de celui de l'émail naturel.

Actuellement, les fabricants s'orientent vers l'introduction de nanoparticules minérales permettant de se rapprocher de l'effet naturel de l'émail.

Lorenzo VANINI et Thomas NIEM ont mis au point un

nouveau composite de masse émail « *Enamel plus HRi* » commercialisé par le groupe Micerium® et dont l'indice de réfraction serait le même que celui de l'émail. Trois luminosités sont proposées : haute luminosité UE3 pour les dents des sujets jeunes ou ayant subies un éclaircissement, moyenne luminosité UE2 pour la majorité des dents des sujets adultes et luminosité basse UE1 pour les dents des sujets âgées. De plus, il n'est plus nécessaire de reproduire l'opalescence du bord incisal en utilisant des masses spécifiques « *opalescentes* » bleues ou ambres. Ainsi, cette nouvelle masse émail permet de simplifier la technique de stratification tout en obtenant un résultat esthétique satisfaisant et reproductible. Nous avons testé cette nouvelle masse émail dans 3 situations cliniques différentes.

### Simplification de la technique de stratification : méthodologie à l'aide de 3 situations cliniques différentes

#### Cas clinique n°1 : fractures d'angles sur 21 et 22 (Fig.1)

Lorsque le délèbrement est étendu, la réalisation d'une clef en silicone à partir d'un wax-up (Fig. 2) facilite la reproduction de la morphologie des dents fracturées.

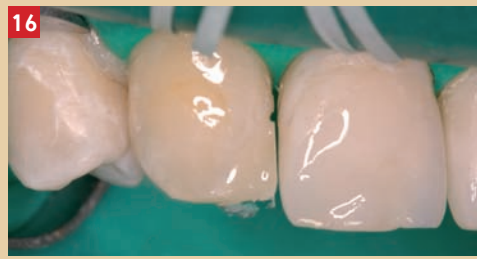
Après avoir réalisé un biseau long et peu profond au niveau du trait de fracture, un mordantage adéquat de l'émail et de la dentine est réalisé avec mise en place d'un système adhésif à 2 ou 3 étapes. Notons que l'utilisation des systèmes automordantants (SAM) ne présente aucun intérêt dans les secteurs antérieurs (6).

Une épaisseur de masse émail UE2 (*Enamel plus HRi*), équivalente à l'épaisseur d'émail naturel est mise en place

CAS CLINIQUE 3



**Fig. 15 :**  
Agénésie des incisives latérales et morphologie atypique des incisives centrales.



**Fig. 16 :**  
Au niveau des canines, mise en place d'une masse dentine, côté palatin, recouverte d'une masse émail.



**Fig. 17 :**  
Au niveau des incisives centrales, seule une masse émail monocouche de luminosité moyenne UE2 (*Enamel plus HRI*) est appliquée sur les faces proximales.

sur le guide en silicone puis appliquée fermement sur les dents (Fig. 3). Nous obtenons un mur palatin dont la morphologie est quasiment définitive et une occlusion nécessitant peu de corrections.

Après avoir réalisé la face proximale avec cette même masse émail à l'aide d'un strip transparent, une masse dentine est appliquée sur le mur palatin (Fig. 4).

Enfin, une masse émail de même luminosité que celle utilisée en palatin est placée du côté vestibulaire (Fig. 5). Puis, l'ensemble est poli à l'aide de disques si la surface est lisse ou à l'aide de pâtes diamantées après avoir réalisé une *micro et macro géographie* de surface (Fig. 6 et 7).

**Cas clinique n°2 : fluorose (Fig. 8 et 9)**

L'harmonie est un des éléments essentiels de la réussite esthétique d'un sourire. Dans le cas d'une fluorose légère :

- soit des tentatives d'éclaircissements ou/et de micro abrasions sont réalisées afin que les taches blanchâtres de fluorose disparaissent,
- soit le liseré de fluorose au niveau du bord libre est reproduit afin de ne pas rompre l'harmonie du sourire.

Dans ce cas clinique, le choix s'est porté sur la reproduction de ce liseré blanchâtre de fluorose (Fig. 8 et 9). Pour ce faire, les étapes décrites dans le cas clinique précédent sont identiques (Fig. 10), mise à part le fait qu'après la mise en place de la masse dentine, il faut rajouter un composite blanc opaque au niveau du bord libre (*Intensive Milky, IM, Enamel HFO, Micerium®*) (Fig. 11), puis l'ensemble est recouvert de masse émail (Fig. 12) et poli (Fig. 13 et 14).

**Cas clinique n°3 : morphologie atypique des incisives centrales et agénésie des latérales (Fig. 15)**

Dans ce cas clinique post-orthodontique, les agénésies des incisives latérales ont été compensées par la mésialisation des dents maxillaires. De plus, les incisives centrales de formes atypiques présentent des pertes de substance amélaire au niveau du 1/3 gingival (Fig. 15).

Le traitement a consisté :

au niveau des incisives centrales : à coller une seule masse émail UE2 (*Enamel plus HRI*) au niveau des bords

proximaux afin de réduire le diastème et de redonner une forme plus conventionnelle à ces incisives (Fig. 17). En effet, la simplification extrême de la stratification par une mono couche de masse émail, au niveau proximal et au niveau du bord libre, est acceptable à la condition que la largeur de composite dans le sens mésio-distal ne dépasse pas 1mm. A ce niveau, la dentine est absente induisant un effet plus ou moins opalescent à cette masse émail. Si cette distance est supérieure à 1mm, il est souhaitable de placer une sous couche de masse dentine du côté palatin.

au niveau des canines : en fonction de ce qui a été détaillé ci-dessus, une sous couche de masse dentine a été placée sur le versant palatin (Fig. 16), puis recouverte de masse émail de luminosité moyenne (Fig. 17).

**Conclusions**

L'apparition sur le marché d'un composite de masse émail présentant un indice de réfraction similaire à celui de l'émail naturel (*Enamel plus HRI, Micerium®*) permet de simplifier la technique de stratification. Dans la majorité des situations cliniques, une technique bi masse en trois étapes est préconisée. Une masse émail du côté palatin puis une masse dentine qui sera recouverte d'une masse émail du côté vestibulaire. La maîtrise des épaisseurs d'une seule masse dentine et d'une seule masse émail, ainsi que la non apposition d'émail opalescent au niveau du bord libre, permettent de simplifier la technique de stratification. Enfin, nous avons constaté cliniquement qu'en utilisant une seule masse émail de luminosité moyenne, la luminosité augmente avec l'épaisseur du composite et inversement. Ce comportement, similaire à celui de l'émail naturel, contribue à l'obtention de restaurations hautement esthétiques et d'aspect naturel. ♦

**Bibliographie**

1. Rouas P., Delbos Y. Etat de surface dentaire et intégration esthétique. *Clinic* 2006; 27:35-41
2. Silness J. Fixed prosthodontics and periodontal health. *Dent Clin North Am* 1980; 24:317-330
3. Magne P., Belsler U. Restaurations adhesives en céramique sur dents antérieures. *Quintessence int* 2003
4. Vanini L. Light and color in anterior composite restorations. *Pract Periodont Aesthetic Dent* 1996; 8:673-682
5. Dietschi D. Free-hand composite resins restorations: a key of anterior esthetics. *Pract Periodont Aesthetic Dent* 1995; 7:15-25
6. Degrange M. Les systèmes adhésifs amélo-dentaires. *Réal Clin* 2005; 16 :351-364

# Découvrez votre futur stérilisateur



**ADF 2008**  
**Stand 1T10**

**Parce que vous êtes unique,**  
Nous avons conçu une large gamme  
de **12 modèles**

MELAG France - 37 rue Michel Carré - 95100 ARGENTEUIL  
Tél. 01 30 76 03 01 - Fax : 01 30 76 10 31 - Email : [info@melagfrance.fr](mailto:info@melagfrance.fr)

**MELAG®** France

Evidence Based Sterilization  
EVIDENCE BASED STERILIZATION

# La greffe de tissu conjonctif enfouie : un atout pour l'esthétique et la pérennité des restaurations prothétiques antérieures



**Dr S. BRUNEL-TROTEBAS**

- Faculté d'Odontologie de Marseille
- Université de la Méditerranée

## Importance du tissu kératinisé autour d'un pilier prothétique

Alors qu'une certaine controverse persiste sur la nécessité d'avoir du tissu kératinisé autour des dents naturelles et des implants (Chung *et Coll.* 1986), l'importance du tissu kératinisé pour le maintien de la santé parodontale de dents présentant des restaurations prothétiques n'est plus à démontrer, particulièrement en présence de limites intra-sulculaires.

Valderhaug et Birkeland en 1976 montrent que la réalisation de restaurations sous-gingivales est associée à un risque plus important d'inflammation, de perte d'attache et de récessions gingivales, après 10 ans. Stetler et Bissada (1987) établissent une corrélation entre la quantité de gencive kératinisée et la santé parodontale de dents présentant des restaurations sous-gingivales : lorsque le tissu kératinisé est fin, les dents restaurées présentent des scores d'inflammation gingivale significativement plus importants que lorsque le tissu kératinisé est épais. Le risque de voir apparaître une rétraction tissulaire post-prothétique est donc plus important. Une quantité inadéquate de tissu kératinisé, particulièrement chez des patients dont le contrôle de plaque n'est pas optimal, a donc un effet néfaste sur le maintien des tissus marginaux de dents restaurées.

Lors de la réalisation de restaurations prothétiques sur les dents antérieures, l'impératif esthétique impose la réalisation de limites sous-gingivales. Le praticien doit donc évaluer l'épaisseur de tissu kératinisé avant la mise en œuvre des manœuvres prothétiques, et poser éventuellement l'indication d'un épaissement tissulaire.

## Intérêt de l'aménagement tissulaire du complexe muco-gingival

L'épaissement tissulaire pré-prothétique permet de conserver la stabilité de la gencive marginale lors de la réalisation prothétique (mise en place de fil rétracteur, prise d'empreinte, réalisation de provisoires) ; il permet également de masquer des racines colorées et d'améliorer l'esthétique finale de la restauration.

Les tissus mous résistent mieux aux agressions bactériennes et aux agressions mécaniques liées au brossage. Enfin l'épaissement tissulaire assure la stabilité à long terme du parodonte marginal sur les restaurations prothétiques.

## Indication de l'épaissement tissulaire

Une quantité « adéquate » de tissu kératinisé a été définie par certains auteurs : Lang et Loë (1972) considèrent que sur les dents naturelles, une hauteur de gencive kératinisée  $\geq 2$ mm (comprenant environ 1mm de gencive attachée) est nécessaire. En ce qui concerne les dents présentant des restaurations prothétiques, Maynard et Wilson (1979) définissent une zone de sécurité quand 5mm de gencive kératinisée sont présents, dont 3mm de gencive attachée ; les auteurs considèrent que le parodonte est fin si une sonde parodontale introduite dans le sulcus est visible à travers la gencive marginale. Ils préconisent un épaissement tissulaire lorsque cette situation se rencontre sur des dents antérieures, au niveau desquelles l'impératif esthétique nécessite une limite prothétique intra-sulculaire.

Lorsqu'une récession tissulaire marginale existe déjà sur les dents concernées, la greffe d'épaissement tissulaire associée à un recouvrement radiculaire est nécessaire.

## Choix de la technique opératoire

Différentes techniques de greffes gingivales permettent d'obtenir un épaissement tissulaire, mais les résultats esthétiques et de recouvrement radiculaires sont variables.

La greffe gingivale épithélio-conjonctive ou greffe gingivale libre est employée sur les secteurs postérieurs ou sur les dents mandibulaires peu visibles, en l'absence totale de gencive attachée.

Lorsque persiste une certaine quantité de tissu kératinisé et qu'il y a un impératif esthétique, le choix se porte sur les greffes de tissu conjonctif enfouies, dont le résultat est plus prévisible car le greffon est vascularisé à la fois par le lambeau de recouvrement et par le périoste du lit receveur ; le résultat esthétique est plus satisfaisant car c'est du tissu pré-existant sur le site qui est utilisé pour recouvrir le tissu conjonctif greffé.

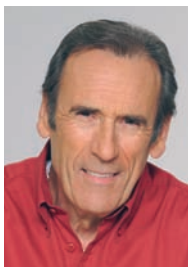
Ce tissu peut être inséré dans une enveloppe périostée créée dans les tissus environnants la récession, ou placé sur un lit périosté après dissection d'un lambeau en épaisseur partielle, lequel sera repositionné coronairement ; les lambeaux positionnés latéralement ne sont utilisés qu'en l'absence de tissu kératinisé apical à la dénudation radiculaire, mais les résultats sont variables et peu prévisibles.

Les études réalisées sur les pourcentages de recouvrement radiculaires obtenus par les greffes de tissu conjonctif enfouies, montrent que le recouvrement total de la dénudation radiculaire est obtenu plus



**Dr Francis LOUISE**

- Faculté d'Odontologie de Marseille
- Université de la Méditerranée



**Dr Jean-Louis BROUILLET**

- Faculté d'Odontologie de Marseille
- Université de la Méditerranée

facilement lorsque le greffon est totalement enfoui sous le lambeau.

Or, lorsque la technique de « l'enveloppe » (proposée par Raetzke en 1985) est utilisée, le recouvrement du greffon par le tissu apical n'est pas total, il y a donc un risque de nécrose de la partie greffée restant exposée sur la surface radiculaire.

En revanche, la réalisation de décharges sur le site permet un déplacement coronaire aisé et un recouvrement total du greffon. La technique du lambeau positionné coronairement associé à un greffon conjonctif enfoui (LPC+GCE) a été décrite originellement par Langer et Langer (1985), depuis la technique a été modifiée de façon à ce que le lambeau recouvre totalement le greffon.

Ainsi, lorsqu'il y a une nécessité non seulement d'épaissir les tissus, mais également de recouvrir une dénudation radiculaire, la technique la plus prévisible est **la greffe de tissu conjonctif enfouie sous un lambeau positionné coronairement**.

## Illustrations cliniques

La technique opératoire est décrite sur une dent naturelle présentant une récession tissulaire marginale de classe 1 (selon la classification de Miller, 1985).

Une situation clinique pré-prothétique, nécessitant un épaississement tissulaire et un recouvrement radiculaire, est ensuite présentée.

### 1<sup>er</sup> cas clinique :

#### Récession tissulaire marginale de classe 1 de Miller, traitée par greffe de tissu conjonctif enfouie sous un lambeau positionné coronairement

La patiente, âgée de 31 ans, a une demande esthétique et fonctionnelle : la 13 présente une dénudation radiculaire visible lors du sourire et une hypersensibilité au brossage.

Après examen du tissu kératinisé environnant (Fig. 1),

il a été décidé d'utiliser le tissu apical persistant pour recouvrir un greffon conjonctif placé sur la surface radiculaire.

Après surfaçage de la partie radiculaire exposée, une incision horizontale (intra-sulculaire, puis au niveau des papilles adjacentes) est réalisée ; deux incisions verticales de décharge prolongées au-delà de la ligne muco-gingivale, permettent l'élévation d'un lambeau disséqué en épaisseur partielle afin de créer un lit périosté pour la greffe (Fig. 2).

Les papilles ont été désépithélialisées pour recevoir le lambeau de recouvrement et participer à sa re-vascularisation dans la partie coronaire.

Un greffon conjonctif d'environ 1mm d'épaisseur, prélevé au palais, est placé sur la surface radiculaire (Fig. 3) au niveau de la jonction émail-cément ou un peu plus apical, selon la hauteur de tissu kératinisé résiduel (Pini Prato *et coll.* 2006). Il sera fixé par des sutures au périoste sous-jacent et aux berges latérales du site.

Le lambeau est déplacé en position coronaire de façon à recouvrir complètement le tissu conjonctif greffé. Il doit se positionner passivement, sans tension. Dans le cas contraire, les incisions de décharge peuvent être prolongées et la dissection en épaisseur partielle poursuivie apicalement.

Les sutures sont alors réalisées, avec du fil Vicryl résorbable 5/0 (Fig. 4). Les décharges sont suturées par des points simples ; les papilles du lambeau de recouvrement sont suturées aux papilles pré-existantes désépithélialisées, en cherchant un ancrage palatin.

Il est recommandé à la patiente de ne pas brosser pendant 10 jours. Des antalgiques à base d'Ibuprofène sont prescrits (Advil 200mg) et des bains de bouche à la chlorhexidine doivent être effectués. Les sutures sont déposées à 10 jours ; le brossage est repris progressivement avec une brosse post-opératoire (Inava 7/100°).

Le résultat à 4 mois montre une parfaite intégration esthétique et un recouvrement radiculaire complet (Fig. 5). Les cicatrices, parfois laissées par les incisions de décharge verticales, ont quasiment disparu et l'esthétique du sourire de la patiente est restaurée (Fig. 6).

Fig. 1 : RTM de classe 1 sur 13.

Fig. 2 : Préparation du lit périosté.

Fig. 3 : Mise en place du greffon conjonctif et sutures.

Fig. 4 : Suture du lambeau (fil résorbable vicryl 5/0).

Fig. 5 : Cicatrisation du site à 4 mois.

Fig. 6 : Ligne du sourire de la patiente (4 mois).

## CAS CLINIQUE 1



**2<sup>e</sup> cas clinique :**

**Aménagements tissulaires pré-prothétiques du secteur antérieur maxillaire**

Mme R... 54 ans est venue consulter pour une demande esthétique concernant ses dents antéro-supérieures.

A l'examen, on observe l'absence de la 12 et un bridge 13-11 sur dents vivantes. Réalisé en céramo-métallique 12 ans au paravant, ce bridge bien ajusté offre une dominante grise avec une opacité disgracieuse au niveau des collets (Fig. 7).

Par ailleurs, les 21, 22 et 23 sont vitales et portent de volumineux composites. Sur le plan parodontal, on note une inflammation marginale en regard de la 13 et des récessions tissulaires marginales actives sur 22 et 23 (fente de Stillman sur 22). On observe également une concavité tissulaire au niveau de l'inter de bridge. Il n'y a pas de poches parodontales, la ligne des collets est irrégulière et la patiente présente un sourire gingival.

**Le plan de traitement** comprend la mise en place d'un

pont en céramique pressée Emax® (Ivoclar®) de 13 à 11 et des coiffes C Emax® sur 21, 22 et 23 après alignement des collets et amélioration des contours gingivaux. Il s'agit d'éléments qui ont été collés.

**Phase parodontale :**

Une chirurgie a permis de réaliser en une seule séance :

- Sur 22 et 23 : la mise en place d'un conjonctif palatin enfoui sous un lambeau déplacé coronairement de manière à épaissir le tissu marginal et à recouvrir les récessions existantes (selon la technique décrite précédemment) (Fig. 8a).
- Au niveau de l'inter de bridge : création d'une enveloppe destinée à l'enfouissement d'un conjonctif (pris sur le même site palatin) pour retrouver une convexité du tissu marginal (Fig. 8b).

Les sutures ont été déposées à 10 jours et la maturation tissulaire était objective à 3 mois post-opératoire (Fig. 9).

**Phase prothétique :**

Elle a consisté en la mise en place d'un bridge en céramique pressée Emax® (Ivoclar®) de 13 à 11 et à la réalisation de coiffes C Emax® sur 21, 22 et 23. Cette reconstruction prothétique collée a permis de restaurer la fonction et l'esthétique :

- l'alignement des collets est significativement amélioré de part le recouvrement des récessions obtenu sur 22 et 23 (Fig. 10).
- l'épaississement gingival assurera dans le temps la stabilité des limites prothétiques
- l'aménagement du site 12 permet une meilleure émergence de l'inter de bridge 13-11 (Fig. 11 et 12).

**Conclusion**

La greffe de tissu conjonctif associée à un lambeau déplacé coronairement est une technique de choix pour le recouvrement radiculaire et l'épaississement tissulaire.

Un résultat esthétique optimal est obtenu si l'opérateur prend soin de biseauter les incisions de décharge. Les cas cliniques présentés montrent une disparition des « cicatrices », parfois laissées par les décharges verticales, à 4 mois. ♦

**Bibliographie**

Chung DM, Oh TJ, Shotwell JL, Misch CE, Wang HL. Significance of keratinized mucosa in maintenance of dental implants with different surfaces. J Periodontol 2006; 77:1410-1419.

Lang NP, Loë H. The relationship between the width of keratinized gingival and gingival health. J Periodontol 1972; 43:623-627.

Maynard JG, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontum significant to the restorative dentistry. J Periodontol 1979; 50:170-174.

Pini Prato GP, Franceschi D, Cairo F, Rotundo R. Facteurs pronostiques dans le traitement des récessions gingivales. J Parodontol Impl Orale 2006 ; 25 :175-188.

Stetler KJ, Bissada NF. Significance of the width of keratinized gingiva of the periodontal status of teeth with submarginal restorations. J Periodontol 1987; 58:696-700.

Valderhaug J, Birkeland JM. Periodontal conditions in patients 5 years following insertion of fixed prostheses. Pocket depth and loss of attachment. J Oral Rehabil 1976; 3:237-243.

**CAS CLINIQUE 2**



Fig. 7 : Situation initiale.  
 Fig. 8a et 8b : Sites 22-23 et 12 en fin d'intervention.  
 Fig. 9 : Cicatrisation à 3 mois et préparations coronopériphériques des 13, 11, 21, 22 et 23.  
 Fig. 10 : Restaurations prothétiques en place.  
 Fig. 11 : Bridge 13-11.  
 Fig. 12 : Coiffes unitaires 21, 22 et 23.



# OFFRE SPECIALE

## ADF STAND IT56

**CAP CERAM - COURONNE EN ZIRCON**

# 59,00€

**PAR ELEMENT TARIF HABITUEL 110.00 EUROS**

Nous vous offrons 2 couronnes zircone à ce prix exceptionnel afin de nous tester.

Faites comme plus de 7000 dentistes en Europe, laissez Oversea Labs réaliser votre prothèse.

Votre nouveau partenaire en France pour la prothèse dentaire.

Première Qualité, 6 ans de Garantie et des Tarifs concurrentiels.



VILLA DEVOTINA 5 BD DU GÉNÉRAL LECLERC 06240 BEAUSOLEIL • TÉL: 04 93 41 24 55 FAX: 04 93 41 26 42  
INFOFRANCE@OVERSEALABS.COM • WWW.OVERSEALABS.COM



Je suis intéressé, SVP envoyez ce dont j'ai besoin pour bénéficier de l'offre spécial d' Oversea Labs

Docteur

---

---

---

A couper et à retourner

**LETTRE**  
20 g  
Validité  
Permanente



**OVERSEA LABS FRANCE**  
AUTORISATION 54196  
06240 BEAUSOLEIL

# Mais qui est donc le Docteur Philippe Pirnay ?

**Cela fait maintenant trois ans que nous attendons chaque mois, avec impatience, la « Rencontre » avec un pair qui sait concilier sa passion pour l'art dentaire avec une autre passion. L'auteur de cette rubrique ne manque jamais de s'étonner de l'extraordinaire talent d'un confrère. À notre tour maintenant de découvrir son don à lui ! Le Docteur Philippe Pirnay est un chirurgien-dentiste qui vit passionnément sa profession et qui est vivement engagé.**

**Dr Adriana Agachi :** *Tout d'abord, pourquoi tenir cette rubrique pour Le Fil Dentaire ?*

**Dr Philippe Pirnay :** Pour partager avec les lecteurs mes rencontres avec des confrères (et consoeurs) talentueux qui vivent agréablement leur métier aux cotés de passions pour les voyages, le sport, la musique, la peinture, la sculpture, le théâtre, le cinéma, la politique ou l'engagement syndical, universitaire ou institutionnel. C'est une manière de découvrir une approche positive et relativiste de la vie professionnelle.

**Dr A. A. :** *Lors de vos d'études, vous avez été élu président des étudiants de la faculté dentaire de Garancière (Paris 7). Puis vous êtes devenu le plus jeune chirurgien dentiste de France élu dans un Conseil départemental de l'Ordre. Comment en êtes-vous arrivé à ce statut de « partisan » de notre profession ?*

**Dr Ph. P. :** J'ai toujours été très respectueux et attaché aux institutions de notre profession : Conseil de l'Ordre, Académie, ADF ou aux associations comme la SOP ou A.O. Je pense qu'elles appartiennent à chacun d'entre nous, donc individuellement il faut s'engager. Mon engagement a commencé très tôt en effet dès mon entrée en fac... D'un tempérament entreprenant, j'ai vécu avec bonheur mes années à Garancière, grâce aux amis étudiants et à la rencontre d'enseignants remarquables que j'admire même lorsque je jouais le rôle de défenseur des étudiants.

**Dr A. A. :** *Vous avez ensuite enseigné tout en vous orientant très tôt vers la santé publique, le droit médical et l'éthique. Recherchez-vous à combler une passion inassouvie ?*

**Dr Ph. P. :** Chaque homme doit inventer son chemin. Dans le domaine de l'éthique médicale, ma réflexion se nourrit au contact des membres du comité d'éthique qui ont non seulement une longue expérience de la vie, mais aussi de notre profession. C'est un privilège de travailler pour la profession aux côtés de conseillers ordinaires nationaux et d'académiciens anciens professeurs, doyens de facultés, soutenus par Jean Michaud, conseiller honoraire de la Cour de cassation.

**Dr A. A. :** *Vous êtes membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, Lauréat de*

*l'Académie de Médecine, de l'Académie de Chirurgie, de l'Académie de Chirurgie Dentaire, Membre de l'Académie Pierre Fauchard, secrétaire général du Comité National Odontologique d'éthique !! Cela fait beaucoup d'activités pour un seul homme !*

**Dr Ph. P. :** Détrompez-vous, notre profession foisonne de plus grands talents. Je me place sous leurs ombres et remercie les confrères et collègues de la confiance qu'ils m'accordent... Pour ma part, je suis laborieux, fidèle, j'ai fait de belles rencontres, j'ai encore beaucoup à apprendre, je cède toujours la place à mes aînés. Je revendique le droit à l'action et donc à l'erreur car c'est seulement celui qui ne fait rien qui ne se trompe pas.

**Dr A. A. :** *Heureux dans votre vie professionnelle, qu'en est-il de votre vie sur le plan personnel ?*

**Dr Ph. P. :** Je pense que l'harmonie de l'une doit refléter le succès de l'autre, et vice versa. J'ai pris sur le plan personnel le meilleur de ma vie professionnelle à Garancière : mon épouse ! Elle partage ma vie depuis 17 ans. Nous nous sommes offert l'un l'autre cinq merveilleux enfants. Mais comme tous les confrères j'ai aussi connu des échecs. Le bonheur ou le succès peut devenir un soleil noir !

**Dr A. A. :** *Vous avez récemment publié votre premier livre « L'aléa thérapeutique en chirurgie » (Éditions L'Harmattan). Comment vous est venue l'idée d'entreprendre, seul, pendant deux ans, les recherches nécessaires et la rédaction de ce livre ? En l'écrivant, avez-vous eu du mal à garder votre impartialité bien que vous soyez praticien ?*

**Dr Ph. P. :** C'est un livre sur une question qui intéresse à mesure égale les chirurgiens-dentistes et les patients. Parce que le risque zéro n'existe pas, l'aléa thérapeutique est un sujet auquel nous pouvons tous être confrontés un jour ou l'autre. Et, s'il représente une injustice pour le patient, il l'est également pour le praticien. J'ai recherché des éléments de réflexion les plus humanistes sur les questions que pourraient se poser successivement le praticien et son patient sur l'aléa, le principe de précaution, l'erreur, l'échec ou la faute. Je n'ai donc pas pu laisser mon opinion de praticien interférer avec la réalisation de ce livre. ◆



Retrouver la présentation de l'ouvrage du Dr Ph. Pirnay, Ed. L'Harmattan ([www.editions-harmattan.fr](http://www.editions-harmattan.fr)), dans le n° de juin 2008 du Fil Dentaire (LFD n° 34, p.4).

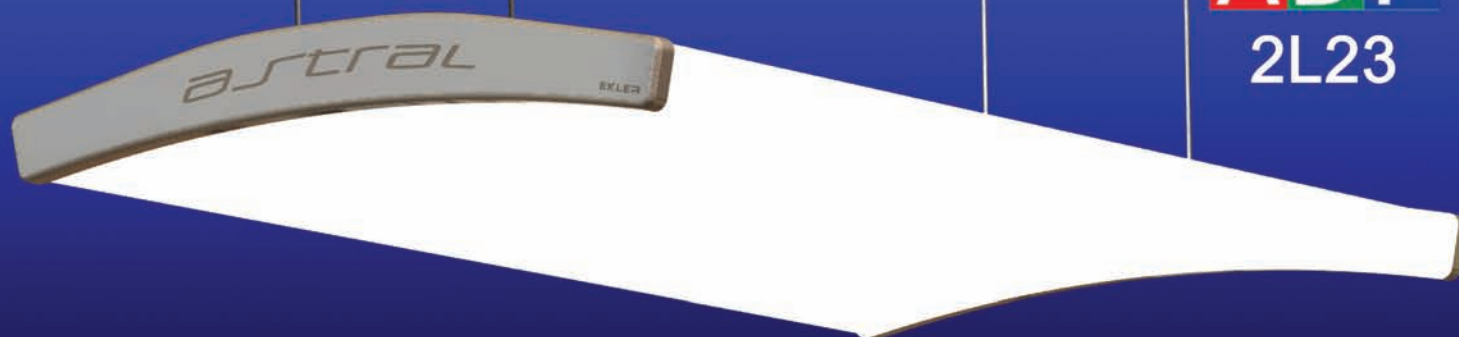
# EKLER

IMAGE ET LUMIERE



LA NOUVELLE REFERENCE DE L'ECLAIRAGE MEDICAL

ADF  
2L23



*astral*  
LA LUMIÈRE PAR EXCELLENCE

DESIGN POUSSÉ A LA PERFECTION ET PERFORMANCES INÉGALÉES,  
*astral* EST SPÉCIALEMENT  
CONÇU POUR SATISFAIRE UNE PRATIQUE DENTAIRE EXIGEANTE.

UNE LUMIÈRE SATINÉE ET HARMONIEUSE QUI FACILITE LES ACTES MEDICAUX  
NÉCESSITANT UNE BONNE PERCEPTION DES COULEURS.

UN ÉCLAIRAGE ENTIÈREMENT FERMÉ POUR UNE MEILLEURE ASEPSIE  
UN ÉCLAIREMENT DIRECT ET INDIRECT POUR UN CONFORT OPTIMAL

**EKLER** 42 rue des Cormiers 78400 CHATOU  
Tél.: 01 34 80 64 90 - FAX: 01 34 80 64 46 - e-mail: luxima@ekler.fr - www.ekler.fr

# Gestion des rendez-vous : La colonne vertébrale de votre cabinet

***Votre carnet de rendez-vous représente LE plus important des outils à votre disposition. Mais peu d'entre nous ont conscience de son impact sur notre journée de travail. Certains s'imaginent même qu'il suffit de regrouper les actes et de faire des rendez-vous longs pour être organisés ! Ce système est en réalité bien plus complexe à mettre en place. C'est pourquoi nombreux sont les cabinets qui, malgré tous leurs efforts, n'arrivent pas à régler ce problème.***



Dr Edmond BINHAS  
■ Fondateur  
du Groupe Edmond  
Binhas

**E**n effet, il faut se souvenir que cette simple feuille de papier ou cet écran informatique décide(nt) de l'heure à laquelle nous devons nous lever, celle à laquelle nous rentrons chez nous et tout ce que nous faisons entre les deux. Votre productivité, votre niveau de stress et votre bénéfice en dépendent très étroitement. L'objectif d'une gestion des rendez-vous est de maintenir un flot régulier de patients tout en assurant la rentabilité de votre exercice. Mais il est aussi important qu'elle apporte de la diversité dans les journées de travail, une dynamique positive, la satisfaction d'une journée bien remplie évitant au praticien et à son équipe de tomber dans les méandres d'une routine quotidienne, source à moyen terme de bien grands maux. Aussi, la gestion des rendez-vous doit être basée sur :

- votre projet professionnel et votre philosophie de travail ;
- vos objectifs financiers et de temps de travail ;
- le type de dentisterie pratiquée ;
- la taille de votre fichier de patients ;
- l'équipe en place ;
- vos équipements et les technologies du cabinet.

## Les facteurs clés de réussite

Profitez d'un moment de réflexion pour établir un cahier des charges très précis sur la manière dont devraient être gérés vos rendez-vous. Voici une liste de facteurs, non exhaustifs, qui pourront vous servir de première base pour vous aider.

### Une seule personne est responsable du carnet

Une seule personne, en général l'assistante ou la secrétaire (si vous en avez une) doit être responsable de la gestion du planning. Cela ne sera évidemment possible et efficace que si vous avez pris le temps de la **former** aux règles que **vous** devez établir, de lui avoir donné les moyens pour qu'elle mène à bien sa mission et **qu'en retour elle vous ait donné la preuve de sa compétence**. Cette personne sera chargée des prises de rendez-vous téléphonique, en direct, de la confirmation de certains rendez-vous, de gérer les retards et les absentéismes et de faire tous les change-

ments qui pourraient améliorer l'agenda et ce jusqu'à la dernière minute !

### Utilisez un support adapté

Qu'il s'agisse d'un support papier ou informatique, l'objectif est d'utiliser un outil fiable, un vrai outil de travail comme votre fauteuil ou votre lampe à polymériser. Bien trop souvent, nous voyons des carnets de rendez-vous inadaptés à l'art dentaire, mais que l'on utilise simplement parce qu'ils nous ont été offerts par l'un de nos fournisseurs ou qu'ils étaient inclus dans notre logiciel dentaire! Le carnet doit être personnalisé, vous devez pouvoir le faire évoluer à tout moment (souplesse) sans être dépendant d'un fournisseur extérieur. Sélectionnez un support où d'un seul coup d'œil vous puissiez identifier les moments clés de votre journée. Idéalement une copie de chaque journée (papier ou sur écran) sera ensuite disponible dans chaque pièce du cabinet. Il est également judicieux de raisonner en termes de taux d'occupation des pièces et des personnes.

### Planifiez la journée du praticien et de l'assistante séparément

Le temps productif au cabinet est assuré à 75% par le praticien et à 25% par son équipe (stérilisation et aide au fauteuil). Ces temps doivent être planifiés et identifiés sur l'agenda **séparément** pour permettre à chacun d'être le plus efficace possible.



## Regroupez les actes

Il s'agit d'un grand classique. Il reste toutefois insuffisant sans la prise en compte des autres paramètres. Ici, toute la difficulté consiste à en faire une application réellement pratique. Vous avez tout à gagner à faire les rendez-vous les plus longs possibles : les rendez-vous sont plus productifs, le patient a moins de rendez-vous (donc moins de source d'anxiété), vous réduisez vos coûts de consommable, l'assistante a moins de stérilisation et d'administratif à gérer. Bien trop souvent, les cabinets tournent avec un tel volume de patients et un tel volume de soins unitaires, que les praticiens n'apprécient plus leur métier à sa juste valeur. Et ce qui est plus important, c'est qu'ils n'en retirent même pas des revenus à la hauteur de leur engagement. Il est donc important de prendre conscience que plus le cabinet sera organisé plus il sera rentable. Et plus le cabinet sera rentable, plus vite vous atteindrez l'autonomie financière qui est, à mes yeux, la clé de la liberté !

## Travaillez sur 2 fauteuils

Je ne fais pas de ce point l'un des points obligatoires. Toutefois, il s'agit d'un bonus supplémentaire de nature à vous donner plus de souplesse. Encore, faut-il avoir la place... Dans la mesure du possible, il s'agit d'utiliser deux salles de soins (attention, pas plus !) équipées à l'identique pour rationaliser le temps du praticien et celui de l'assistante. En raisonnant avec des unités de temps de 10 minutes, et en combinant les actes simples avec les actes à forte valeur ajoutée, l'utilisation de 2 fauteuils devient un élément intéressant. Mais cela est encore loin d'être suffisant.

## Réduisez les rendez-vous manqués et les annulations

Dans les cabinets, le taux de rendez-vous manqués et d'annulation tourne autour de 5 %. Sur 20 ans, c'est l'équivalent d'une année entière de travail perdu. Sur un rendez-vous manqué, non seulement vous perdez les bénéfices qui auraient été générés par ces soins ou les bénéfices des soins d'un autre patient sur ce même créneau horaire. A juste titre, ces rendez-vous manqués et annulations sont donc devenus la « bête noire » des cabinets.

## Zoom sur les rendez-vous manqués et annulations

Les rendez-vous manqués et les annulations peuvent être les symptômes de problèmes profonds du cabinet. Un rendez-vous manqué est souvent un moyen détourné pour un patient de vous faire part d'une insatisfaction liée à son expérience chez vous. **Voici quelques pistes pour limiter ces rendez-vous improductifs :**

1. Evitez de programmer des rendez-vous d'avance
2. Faites prendre conscience à vos patients de la valeur de votre temps
3. Formez votre secrétaire/assistante pour qu'elle n'ait pas une approche mécanique de l'agenda et qu'elle fasse preuve d'une autorité positive à l'égard des patients tout en restant à leur écoute
4. Remettez toujours au patient un carton de rendez-vous (mémoire visuelle et kinesthésique) ou par téléphone, veillez à reformuler en fin de conversation la date et l'heure du rendez-vous
5. Insistez auprès des patients sur le fait qu'en cas d'empêchements, ils doivent vous prévenir au moins 48H à l'avance
6. Créez une liste d'attente de rendez-vous susceptibles d'être rapprochés pour pallier efficacement aux annulations tardives
7. Etablissez un nombre maximum de rendez-vous manqués, non excusés, tolérables pour le cabinet, seuil au dessus duquel il est opportun de mettre un terme à la collaboration avec le patient.

Mais là aussi de nombreux cabinets sous-estiment la perception réelle de ce problème dans leur cabinet.

Enfin, au-delà de ces quelques pistes de réflexion préliminaires, le succès d'une activité naissante comme d'une activité déjà développée dépend également de la maîtrise de votre fichier patient. J'entends par là, votre capacité à fidéliser vos patients **motivés** en les incitant à s'inscrire dans une stratégie dentaire à long terme où la prévention sera de mise. Excepté dans des cas d'urgences, la plupart des problèmes dentaires, si ils sont diagnostiqués très tôt peuvent être traités rapidement et avec succès. Au-delà de la visite de maintenance à proprement parlé, ce rendez-vous sera une opportunité pour vous de continuer à éduquer et à mobiliser le patient sur l'intérêt d'une bonne santé bucco-dentaire. Il le confortera dans le bien-fondé de ces choix précédents en termes de traitement et lui permettra d'apprécier les conseils prodigués par l'équipe. Il sera aussi l'occasion pour le patient de découvrir les nouvelles formations qu'a pu faire l'équipe, les nouveaux équipements et technologies du cabinet et les nouvelles thérapeutiques et nouveaux services offerts. Ce qui conduira enfin à de nouvelles recommandations pour le cabinet en termes de nouveaux patients adressés qui seront la garantie d'un exercice prospère et pérenne. Bien comprendre l'ensemble de ces paramètres et les appliquer effectivement est un pré-requis nécessaire avant toute mise en place d'un système plus complet, cohérent et réducteur du stress dans votre cabinet. ◆

## CONTACT

**Groupe Edmond Binhas**  
Claudette  
5 rue de Copenhague, BP 20057  
13742 VITROLLES Cedex  
N° vert : 0800 521 764 - Tél : 04 42 108 108  
E-mail : contact@binhas.com



© Jean-Michel POUJOT - Fotolia.com

# Quand rien ne va plus :

## La solution amiable de rupture conventionnelle

**Le décret n° 2008-715 du 18 juillet 2008 entérine la loi 2008-596 du 25 juin 2008 portant sur la modernisation du marché du travail. Désormais, l'employeur et son salarié peuvent se séparer « à l'amiable » en bonne et due forme sans que l'une et l'autre des parties ne se sente lésée ou flouée, ce qui n'est pas le cas lors d'un licenciement, d'une démission, sans parler du caractère très incertain de l'ancien mode de rupture à l'amiable qui devient dès lors obsolète. Ce type de procédure pourrait grandement faciliter les ruptures de contrats de travail, lorsque la relation de confiance entre le chirurgien-dentiste et son assistant(e) est rompue de manière irréversible, quels qu'en soient les motifs.**



Rodolphe COCHET

- Consultant en Management odontologique
- Chargé de cours à l'UFR d'Odontologie de Garancière

### Démission, licenciement : des processus de rupture à double tranchant

Lorsqu'une assistante dentaire démissionne, parfois brusquement, en pleine activité du cabinet, et en n'effectuant pas son préavis<sup>1</sup>, soit le praticien-gérant se voit apaisé (en cas d'insuffisance professionnelle), soit, ce qui est plus courant, regrette amèrement le départ de son assistante qu'il avait pris soin de former, et se retrouve dès lors plus ou moins démuné : en effet, il doit traiter les patients en cours, faire face à l'affluence des nouveaux et dans le même temps retrouver une nouvelle assistante qu'il faudra « reformater » dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une assistante débutante ou qualifiée ; sachant que la durée moyenne d'adaptation et d'intégration est au moins de 6 mois.

Lorsque le praticien-employeur décide unilatéralement d'entamer une procédure courante de licenciement, en principe faut-il considérer que ce sont des moments relativement éprouvants qui sont vécus à contrecœur par le personnel concerné. L'assistant(e) ayant commis une faute ou un ensemble de fautes rendant impossible la continuation de son contrat de travail, subit donc les événements qui vont l'amener probablement à quitter le cabinet employeur de manière définitive. Cependant, le praticien peut aussi payer le prix fort d'une procédure de licenciement irrégulière. Dans les deux cas, un ensemble de contraintes morales, psychologiques et administratives pèsent sur l'exercice professionnel et la vie personnelle de chacun des acteurs de la rupture.

### Les fameux et faux départs négociés : le praticien souvent lésé

Tout le monde a déjà entendu parler des « licenciements » négociés ou arrangés. Soit l'employeur et le salarié s'entendent « apparemment » sur la détermination et le contenu d'une ou plusieurs fautes professionnelles, et entérinent une

procédure de licenciement en bonne et due forme, en ratifiant parfois tous les documents d'une seule traite. Cette procédure est de l'entière responsabilité de l'employeur, et en particulier, à ses risques et périls. Si l'assistant(e), doutant de la régularité de la procédure, se présente le jour de la signature groupée des fameux documents en se ravissant, il n'y a parfois plus d'autre moyen que d'effectuer une transaction en principe très substantielle, si la volonté commune de « rupture » est encore de mise. Au point qu'il n'y a plus d'arrangement d'aucune sorte : tout au contraire l'employeur paie le prix fort de dommages et intérêts parfois bien supérieurs à la réalité du préjudice. Tout ça pour éviter de subir le poids psychologique et moral que pourrait représenter un éventuel et incertain recours prud'homal de son employé(e) ! Il n'y a pourtant qu'une seule alternative : soit le licenciement est justifié par des causes réelles et sérieux



© jimmytw - Fotolia.com

ses, et il n'y a en principe (sauf vice de forme) pas de raison de « psychoter », soit les fondements du licenciement sont incertains (à confirmer par un avocat spécialisé en droit du travail), et dès lors, autant attendre que le(la) salarié(e) se manifeste dans le cadre d'une demande prud'homale, le jugement (parfois de 1 à 3 ans, si appel) étant toujours précédé d'une conciliation.

Rappelons également qu'il est recommandé de ne jamais tenter une quelconque procédure de licenciement sans avoir recours à un avocat spécialisé en droit social, tout au moins pour évaluer le degré de gravité des fautes relevées et surtout pour valider le respect des formalités. Le comptable ou l'expert comptable d'un chirurgien-dentiste n'est pas habilité à initier ni valider une telle procédure.

### La troisième voie de rupture : des avantages réciproques

Si la rupture « amiable » d'un CDI était déjà possible, il fallait que la volonté des deux parties soit claire et non équivoque, et que le consentement de chacun ne soit pas vicié, ce qui rendait la procédure plus que floue et incertaine, et surtout très désavantageuse pour le(la) salarié(e). Désormais, le principe de rupture à l'amiable est en quelque sorte formalisé et surtout sécurisé (cf. la fameuse notion de flexisécurité) et représente pour le praticien une voie de rupture plus apaisante et moins conflictuelle (le motif de la rupture n'a pas à être mentionné). Qui dit consentement, dit aussi et surtout que l'employé(e) concerné(e) n'a dès lors plus intérêt à saisir les juridictions compétentes pour faire reconnaître ses droits dès lors acquis, puisqu'il (elle) bénéficiera de tous les avantages d'un licenciement, ce qui n'était pas le cas de l'ancien mode de rupture amiable (dit également « rupture négociée » ou « départ volontaire ») qui ne donnait droit à aucune indemnité et ne permettait pas de bénéficier de l'assurance chômage<sup>2</sup>.

En somme, en extrapolant, on peut dire que le nouveau mode de rupture dite « conventionnelle » du contrat de travail a, pour le salarié comme pour l'employeur, tous les avantages cumulés du licenciement sans les inconvénients afférents. Bien entendu, un refus d'homologation ou recours juridictionnel restent toujours envisageables, en particulier pour dossier incomplet ou vice de forme par exemple ; raison pour laquelle il est capital que chaque praticien-employeur n'entame jamais une quelconque procédure de rupture de contrat sans le recours préalable à un avocat impérativement spécialisé en droit social.

### Les étapes de la rupture conventionnelle du contrat de travail

La rupture se déroule en 4 étapes. Vous pouvez vous procurer le modèle d'homologation de la rupture dite conventionnelle<sup>3</sup> sur le site internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr>;

ou directement à : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/FormulaireCasGeneral.pdf>

#### 1. Entretien avec possibilité d'assistance des deux parties

: Il doit y avoir au moins un entretien préalable entre le praticien-gérant et son(sa) salarié(e), qui peut se faire assister par un conseiller de la liste de la Direction départementale du travail. Dans ce cas, il (elle) doit impérativement avertir le chirurgien-dentiste employeur. Seulement si le (la) salarié(e) est assisté(e), le praticien peut l'être lui aussi (membre du personnel, collaborateur ou associé, autre confrère, membre d'une organisation syndicale de CD).

#### 2. La signature de la convention

: La convention doit absolument mentionner le montant des indemnités ainsi que la date de la rupture. Celle-ci ne peut intervenir avant le lendemain de l'homologation. Mais il est possible de prévoir que le contrat de travail sera rompu à une date postérieure à l'homologation, le temps par exemple que l'employeur recherche un remplaçant.

#### 3. Le délai de rétractation

: Afin de garantir le consentement du (de la) salarié(e) en particulier, les parties disposent d'un délai de quinze jours pour exercer leur droit de rétractation, sous la forme d'une lettre adressée de préférence en recommandé avec accusé de réception.

#### 4. L'homologation de la rupture conventionnelle

: À l'issue du délai de rétractation mentionné ci-dessus, le praticien-employeur adresse la demande d'homologation à l'autorité administrative compétente (c'est-à-dire le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle), accompagnée de la convention de rupture. L'autorité administrative dispose d'un délai d'instruction de 15 jours ouvrables, à compter de la réception de la demande, pour s'assurer du respect de la liberté de consentement des parties et des conditions prévues par le Code du travail : respect des règles relatives à l'assistance des parties, au droit de rétractation, au montant minimal de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle. A défaut de notification dans ce délai, l'homologation est acquise (homologation « tacite » ou « implicite »). ◆

1. L'employé(e) n'est pas contraint d'effectuer son préavis. Il peut demander à en être dispensé par voie de recommandé AR, ce qui ne donne donc pas droit à indemnisation. Dans ce cas, il n'est pas toujours dans l'intérêt des deux parties que l'employeur refuse de dispenser son assistant(e) de l'effectuer, si c'est pour que l'ambiance et la qualité de travail en pâtissent, les patients risquant d'en faire les frais...

2. Dans le cadre d'une rupture conventionnelle du contrat de travail, l'employé aura droit non seulement à une indemnité au moins égale à l'indemnité légale de licenciement, aux éventuelles indemnités de congés payés et tout salaire restant dû, ainsi qu'à l'assurance chômage

3. Dans tous les cas, il est nécessaire de recourir préalablement aux services d'un avocat spécialisé en droit social qui seul est habilité à vous certifier si cette procédure de rupture est applicable à votre cabinet. Les informations communiquées dans le cadre du présent article n'ont qu'une valeur indicative, et certainement pas une valeur normative.

#### AUTEUR

##### Rodolphe Cochet

Conseil en stratégies de Management Odontologique

- Développement et accompagnement managérial

- Conférences, formations & ateliers pratiques

7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél. : 01 43 31 12 67 - Email : [info@rh-dentaire.com](mailto:info@rh-dentaire.com)

[www.rh-dentaire.com](http://www.rh-dentaire.com)

# Ne subissez plus votre agenda !

***Votre carnet déborde, les urgences s'accumulent, les fins de journée s'allongent... Débordé (e) en permanence, vos journées sont devenues une course contre la montre. Dans cette cadence effrénée, vous ne maîtrisez plus votre agenda et votre exercice est davantage source de stress que d'épanouissement.***



**Dr Deborah TIGRID**  
 ■ Présidente de Feed Back Medical

**C**omment évaluer l'état de votre situation ? Voici les principaux signaux d'alarme qui permettent de vous rendre compte d'un quotidien plus harassant qu'épanouissant :

- je suis débordé (e), crevé (e) dès le matin ;
- les horaires s'allongent mais la rentabilité ne décolle pas ;
- les patients sont de plus en plus exigeants, ils râlent tout le temps ;
- on court tout le temps, ce n'est pas facile d'assurer la qualité désirée des soins ;
- les retards et les rendez-vous manqués plombent mon agenda ;
- je n'ai pas assez de cas qui correspondent à mes centres d'intérêt ;
- les traitements au coup par coup sont trop nombreux ;
- les urgences déstabilisent mon planning et ça me stresse ;
- mes assistantes manquent d'entrain et ne restent pas longtemps en poste.

Vous avez envie d'un exercice qui vous ressemble, de vous épanouir dans votre travail et de retrouver du temps libre. Reconnaître la réalité du problème constitue le premier pas : le second consiste à pour prendre du recul et à dire stop. Le problème, c'est que vous ne savez pas - ou plus- dire non. La demande de soins est croissante alors que la démographie de la profession connaît une baisse alarmante dans de nombreuses régions. Il est impossible de soigner tout le monde à vous tout seul... Vos patients demandent de l'attention, de la qualité, avec une équipe détendue et à l'écoute de ses besoins. Ils seront plus satisfaits si vous réussissez à diminuer la cadence, à vous protéger, et à être heureux dans votre travail.

## Savoir dire stop

Il est temps de prendre du recul et d'imaginer l'agenda optimal pour votre cabinet sans censure, pour repartir sur de bonnes bases. L'objectif est de bâtir un emploi du temps qui associe :

- le type d'exercice qui vous correspond le mieux ;

- la sérénité de l'équipe soignante ;
  - la qualité des soins ;
  - une rentabilité qui répond à vos objectifs.
- Pour démarrer, posez-vous et répondez à quelques questions :

- Qu'est-ce que j'aime faire (paro, esthétique, endo, pédo, implanto..)?
- Qu'est-ce que je ne veux plus faire ?
- Quels sont le rythme et la durée idéaux des rendez-vous ?
- Quel est mon objectif de revenus annuels ?
- Quelle durée de travail hebdomadaire me convient le mieux ?

Pour trouver des solutions, il est indispensable d'élaborer une stratégie : revenir sur des années d'habitudes ne s'improvise pas. Avant de créer un plan sur l'année, commençons à une échelle plus petite. Quelle serait la journée idéale **pour vous** ? Et la semaine ?

À partir de cette structure, vous pouvez construire un projet sur un mois, puis une année (formation, week-ends prolongés et vacances compris !). Une fois que vous avez rédigé le plan votre année idéale d'exercice, vous disposez d'une grille permettant de passer à l'action.

## Agenda : posez d'abord les gros cailloux

Pour construire l'agenda, nous préconisons la méthode dite des « **gros cailloux** ».



Une anecdote permet de comprendre ce mode d'organisation. Un professeur dit à ses élèves : « *Nous allons réaliser une expérience* » et sort un grand pot de verre, puis une douzaine de gros cailloux. Il les range dans le pot, jusqu'à ce qu'il soit rempli

à ras bord, puis demande : « *Est-ce que ce pot est plein ?* ». Tous répondent : « *Oui* ». « *Vraiment ?* », demande l'enseignant ? Il apporte ensuite un ré-

© Nixy - Fotolia.com

cipient rempli de gravier, qu'il verse sur les gros cailloux. Les grains s'infiltrèrent jusqu'au fond du pot, qui semble plein, puis réalise la même expérience avec du sable fin. Le pot semble réellement plein jusqu'à ce que le professeur verse une bouteille d'eau sur le pot, qui absorbe l'ensemble du liquide, et conclut : « *Si on ne met pas les gros cailloux en premier dans le pot, on ne pourra jamais y faire rentrer tout le reste* ».

## Les rendez-vous longs

Les **GROS CAILLOUX** de votre agenda, ce sont les rendez-vous longs. Ils vous permettent de structurer l'emploi du temps et d'assurer la rentabilité du cabinet. Ils correspondent à des plans de traitement globaux, parfois sectoriels, acceptés par des patients engagés dans une démarche active pour leur santé bucco-dentaire. La vie du cabinet s'organise autour des deux ou trois gros cailloux quotidiens, qui peuvent durer d'une à trois heures en fonction du cas clinique ; puis on ajoute le reste, c'est-à-dire :

- un à deux nouveaux patients par jour (urgence, patients recommandés) ;
- un à deux rendez-vous de présentation du plan de traitement par jour ;
- un à deux rendez-vous de contrôle et de maintenance par jour.

Si on donne la priorité au gravier et au sable (contrôles annuels, « petits détartrages », urgences plus ou moins subjectives), il est difficile de travailler dans des conditions d'efficacité, de qualité de soins, de sérénité et d'attention respectueuse à l'égard du patient.

Il est important de partager vos objectifs avec votre assistante, qui doit être en mesure de planifier :

- la durée des rendez-vous ;
- leur structure (actes à regrouper) ;
- le nombre et le type des actes à prévoir chaque jour ;
- les plans de soins prévisionnels.

... et bien sûr disposer de consignes claires pour la gestion des appels entrants (urgences, suivi des soins). Elle doit disposer des moyens nécessaires pour s'adapter à cette nouvelle organisation : une formation et un investissement-temps sont donc à prévoir.

Pour améliorer la communication avec votre équipe, organisez des réunions au minimum bi-mensuelles, d'une heure avec votre équipe. Elles permettent de réduire les sources d'incompréhension et donc les pertes de temps. De plus, elles per-



mettent de renforcer la cohésion et la motivation de tous au sein du cabinet. Pour que ces réunions soient performantes, il est nécessaire de rédiger un ordre du jour et de s'y tenir, après avoir interrogé toute l'équipe sur ses besoins. La personne responsable de la réunion note les points abordés et la personne en charge de telle ou telle mission. Au cours de la réunion suivante, on analyse leur suivi : ainsi les progrès et obstacles sont retracés et analysés sans retard ni ambiguïté.

## Astuce : un seul rendez-vous d'avance... et vous décongestionnez vos agendas !

Nous préconisons de prévoir seulement un rendez-vous à la fois. Si on en fixe quatre, les chances d'annulation sont importantes, nos patients ont des imprévus et ils croient parfois pouvoir « sauter » un rendez-vous en rattrapant son contenu la fois suivante (« *Ce n'est pas grave, Docteur, on se voit mardi prochain !* »).

Les patients aspirent à être considérés dans un cabinet disponible, accueillant et bien organisé. Si l'équipe est plus sereine grâce à une organisation de l'agenda fondée sur nos priorités, la disponibilité et la rentabilité suivront. ◆

### CONTACT

**Feed Back Medical** - présidé par **Deborah TIGRID**  
Christelle  
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris  
Tél. : 01 56 56 59 85 - Email : info@fbmformation.com  
Site : www.fbmformation.com

# Le démembrement de propriété

**Le démembrement de propriété est souvent utilisé dans une stratégie patrimoniale afin de prévoir et d'optimiser la fiscalité sur les droits de mutations. Le but est également de faciliter financièrement un enfant qui fait des études, et à qui on céderait temporairement l'usufruit d'un bien immobilier pendant une durée déterminée. Le démembrement de la clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie peut également servir à protéger le conjoint survivant ou encore à ne léser aucun héritier, et notamment les enfants de différents lits. Cette technique patrimoniale est un outil facilitant les relations familiales et présentant dans certains cas un véritable attrait financier.**



Alain CARNEL

■ Conseil en gestion de patrimoine

La pleine propriété d'un bien est constituée de la nue propriété et l'usufruit. L'usufruitier a la jouissance du bien et le nu propriétaire possède le bien. Dans la perspective d'un investissement immobilier, il existe un dispositif éliminant toutes les contraintes locatives traditionnelles qui me paraît intéressant de vous présenter :

## L'acquisition d'un bien immobilier en nue propriété

L'objectif poursuivi par l'investisseur est de se rassurer par la qualité, la rentabilité et le confort de gestion du support retenu. L'acquisition de la nue propriété d'un immeuble rassemble-t-elle ces avantages ? La pierre en France attire, car c'est un investissement considéré comme stable. La situation financière de ces dernières semaines aurait tendance à nous le rappeler.

Nous développerons les avantages et les contraintes d'un investissement immobilier en nue propriété consistant à acquérir un bien à hauteur de 50 à 60 % de sa valeur. L'usufruit est acquis par un acteur social à titre temporaire pour une période de 15 à 17 ans. Pendant la durée du démembrement, le nu propriétaire possède la propriété du bien et le droit d'en disposer. Il ne peut ni en jouir ni en percevoir les fruits. En conséquence, l'investisseur qui ne perçoit aucun revenu, ne se soucie plus de la location du bien, ne paie ni les travaux d'entretiens, ni aucune charges (y compris la taxe foncière par convention) : **Il élimine donc toutes les contraintes dues à la gestion du bien à usage locatif.**

Il peut revendre à tout moment (le délai hors plus value imposable est de 15 ans actuellement). Le nu propriétaire ayant déjà des bénéfices fonciers peut déduire les intérêts d'emprunt induits par l'acquisition de la nue propriété.

Au titre de l'ISF, la valeur du bien qui ne rentre pas dans l'assiette fiscale de l'impôt alors que le capital emprunté vient en déduction du patrimoine. Il appartient à l'usufruitier d'inscrire à son patrimoine et de déclarer le bien au titre de l'ISF.

## Dans la pratique

Peut-on éliminer les problèmes de location, les charges, la taxe foncière, les frais de copropriété, les réparations ?

Oui ! Car c'est l'usufruitier qui assure toutes les dépenses et l'entretien de l'immeuble.

Pourquoi y a-t-il une sécurité sur ce type de montage ? Parce que l'usufruitier **est un institutionnel** : c'est un bailleur social qui va acquérir l'usufruit temporaire de votre bien et le donner en location. Au terme des 15 à 17 années de démembrement, l'usufruit **re-vient naturellement au nu propriétaire sans frais, sans formalité et sans complément de prix.**

À l'issue du démembrement, l'usufruit rejoint automatiquement et gratuitement la nue propriété. Une fois la pleine propriété reconstituée, deux choix s'offrent à vous :

- Soit continuer à louer afin de générer des revenus complémentaires ;
- Soit récupérer pour vendre ou occuper (sans impôt en vertu de la législation actuelle).

Il n'y a donc aucune obligation, comme dans les lois de défiscalisation (durée de location, ou encore plafond de revenus et de loyers). Si vous désirez revendre avant les 15 années, c'est possible : seule la fiscalité sur les plus values sera à régler à l'administration fiscale, ainsi que le remboursement du prêt par anticipation.

## L'issue du démembrement

Les baux consentis aux locataires par le bailleur social sont automatiquement échus le jour du dénouement. Nous vous reproduisons ici la partie du texte de la loi ENL concernant l'issue du démembrement :

**Art. L. 253-5.** - Six mois avant l'extinction de l'usufruit, le nu-propriétaire, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, peut :

- soit proposer au locataire un nouveau bail prenant

effet au terme de l'usufruit, conforme aux dispositions de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 ;

- soit donner congé pour vendre ou pour occuper le bien selon les modalités prévues à l'article 15 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, avec effet au terme de l'usufruit. Le congé est dans ce cas valablement donné par le seul nu-propiétaire au locataire.

La notification reproduit les termes du II de l'article L. 253-6 et de l'article L. 253-7.

**Art. L. 253-6. - I. -** Un an avant l'extinction de l'usufruit, le bailleur rappelle au nu-propiétaire et au locataire les dispositions de l'article L. 253-5.

**II. -** Trois mois avant l'extinction de l'usufruit, le bailleur propose au locataire qui n'a pas conclu un nouveau bail avec le nu-propiétaire et qui remplit les conditions de ressources fixées par décret la location d'un logement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Le non-respect par l'usufruitier-bailleur de cette obligation est inopposable au nu-propiétaire.

**Art. L. 253-7. -** Le locataire qui n'a pas conclu le contrat de location proposé par le nu-propiétaire ni accepté l'offre de relogement faite par l'usufruitier-bailleur est déchu de tout titre d'occupation sur le logement à l'expiration de l'usufruit.

## EXEMPLE CHIFFRÉ

PARAMETRES DE L'INVESTISSEMENT	
2 pièces de 45 m <sup>2</sup>	255 000 €
Prix en nu propriété avec usufruit de 17 ans	143 000 € soit 56 %
Rendement brut marché libre	4,90 %
Indexation des loyers	1,50 %
Taux d'occupation par hypothèse	100,00 %
Frais sur loyers encaissés	24 %
Hypothèse de revalorisation	0% l'an en € constants, +1,5 % l'an en € courants (inflation)
Fiscalité	IRPP 40 % - CSG 11 % - ISF 0,55 %
Financement	100 % par crédit in fine à 5,5 % l'an sur 17 ans

## Que constatons-nous ?

Le levier de trésorerie d'un bien acquis en nue propriété est beaucoup plus important que dans un investissement immobilier classique. Cette acquisition, qui profite d'une décote de 40 à 50 % sur le prix en pleine propriété, d'un endettement moins important, permet à l'investisseur de ne payer aucune charge et d'éliminer les contraintes de gestion traditionnelles.

BILAN FINANCIER		
Trésorerie	Acquisition en pleine propriété classique	Acquisition en nue propriété
Prix d'acquisition (frais acte inclus)	263 375 €	146 575 €
Loyers brut indexés	228 100 €	0
Intérêts d'emprunt	-244 400 €	-137 000 €
Gestion, entretien, travaux, taxes, assurances	-54 800 €	0
Impôt sur le revenu payé ou économisé	34 600 €	66 700 €
ISF payé ou économisé	-1 400 €	16 200 €
Remboursement du prêt	-261 375 €	-146 575 €
Débours net total de l'acquéreur sur la durée	299 275 €	-200 675 €
Résultat		
Valeur à terme du patrimoine	328 500 €	328 500 €
Plus-value à terme	67 000 €	182 000 €
<b>Gain net</b>	<b>29 225 €</b>	<b>127 825 €</b>
<b>En % de l'acquisition initiale</b>	<b>11 %</b>	<b>87 %</b>

Est-ce le placement miracle ? Non, mais il aurait tendance à lui ressembler !

Force est de constater qu'un investisseur qui ne veut pas gérer se retrouve au bout de quelques années avec un bien en pleine propriété ; comme dans tout investissement, vous devez bien regarder et faire attention à l'emplacement, à la qualité du promoteur et du bien construit, et surtout dans ce cas : vérifier le bail que l'usufruitier, qui est le bailleur social, a prévu de faire au locataire car le dénouement de votre investissement en dépend.

## Conclusion

Pendant la période actuelle, il est vrai qu'un investissement sans tracas de gestion avec un dénouement « naturel » est plutôt rassurant ; de plus, il s'inscrit dans une diversification de patrimoine en optimisant la fiscalité. D'une manière générale, il convient de vérifier que l'usufruitier a la capacité d'assurer une bonne gestion immobilière du bien, de reloger le locataire au terme du démembrement, et d'assurer les termes du contrat de cession d'usufruit, notamment si ce dernier oblige l'usufruitier en terme de travaux et d'entretien. Ce type d'investissement, porté jusqu'à son terme, permet de récupérer la pleine propriété sans frais ni compensation. ◆

## AUTEUR

**Alain Carnel** - CPI Investissements  
Conseil en gestion de patrimoine  
CIF n°A008700 auprès CIP. asso. agréée AMF  
Tél. : 01 43 05 97 80 - Email : cpi\_inv@club-internet.fr  
www.cpi-investissements.com

**PARODONTOLOGIE  
IMPLANTOLOGIE**

**20 novembre 2008** à Niort  
**STEPPS - DENTSPLY FRIADENT  
4<sup>E</sup> MODULE**

*Drs Jacques GEUDRY, Jocelin VERNIAU*

DENTSPLY FRIADENT  
Hélène Antunes  
BP 106 route de Montereau - 77140 Darvault  
Tél : 01 60 55 59 78 - Fax : 01 60 55 55 49

**20 Novembre 2008** à Grenoble  
**de 14h00 à 16h00 ou de 17h00 à 19h00**  
Lieu : GRAND HOTEL MERCURE PRESIDENT  
**BINOME DE REUSSITE  
EN IMPLANTOLOGIE :  
PRATICIEN & ASSISTANTE DENTAIRE**

*Dr Marc BEAUMONT*

EUROTEKNIKA  
656 rue du Général De Gaulle - 74700 Sallanches  
Tél : 04.50.91.49.21 - Fax : 04.50.91.98.66  
Email : sales@euroteknika.com  
Site Internet : http://www.euroteknika.com/

**24 novembre 2008** à Nice  
**12 décembre 2008** à Paris  
**LA JOURNEE D'INTEGRATION  
A LA METHODE DU DR MARK BONNER**

*Mme Solange DUNOYÉ*

INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE  
455 Promenade des Anglais, Arénas,  
Immeuble Nice Premier - 06200 Nice  
Tél : 04 93 71 40 65  
Fax : 04 93 71 40 32  
Email : iipeurope@hotmail.fr  
Site Internet : www.parodontite.com

**27 au 29 novembre 2008** à Paris  
**ATTESTATION D'ETUDE  
ET DE RECHERCHE APPROFONDIES  
EN IMPLANTOLOGIE ORALE  
U. V. 2 : L'ABORD DE LA CHIRURGIE  
IMPLANTAIRE (1<sup>ERE</sup> PARTIE)**

*Prs Jean-Paul BELLIER, Philippe CAIX, Drs Thierry  
BEAU, Stéphane BEAL, Alain RUET, Françoise  
GRENIER, Mme Marie-Françoise HARMAND*

Frais d'inscription : 4 800 € pour la formation complète  
SFBSI - ASSOCIATION PHILOTECHNIQUE  
79 rue Charles Duflos - 92270 Bois-Colombes  
Tél : 01 47 85 65 12  
Fax : 01 47 85 79 28  
Email : ssfbsi@aol.com ou sfbsi2@aol.com  
Site Internet : www.sfbis.com

**29 et 30 novembre 2008** à Le Beausset  
Laboratoire Blin - 83330  
**STAGE INITIAL EN PROTHESE  
SUR IMPLANTS**

ASTRA TECH DENTAL  
7 rue Eugène et Armand Peugeot  
92563 Rueil-Malmaison cedex  
Tél : 01 41 39 04 52  
Fax : 01 41 39 22 39  
Email : laetitia.samson-emmanuel@astratech.com  
Site Internet : www.astratechdental.fr

**4 décembre 2008** à Mulhouse  
**CHIRURGIE AVANCEE**

*Drs Marc COLLAVINI, Christian SCHLIER*

CEFIOM et DENTSPLY FRIADENT  
Hélène Antunes  
BP 106 route de Montereau - 77140 Darvault  
Tél : 01 60 55 59 78 - Fax : 01 60 55 55 49

**4 et 5 décembre 2008** à Bordeaux  
Mercurie Cité Mondiale, centre des congrès  
**LA DEMARCHE PRE-IMPLANTAIRE**

*Drs Michel APARIS, Jean-Pierre CHETRY.*

Frais d'inscription : Praticien 650 € ; Assistante 400 €  
ANTHOGYR SA  
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches  
Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60  
Email : implant.frbis@anthogyr.com  
Site Internet : www.anthogyr.com

**4 et 5 décembre 2008** à Paris  
**INITIATION A LA CHIRURGIE  
IMPLANTAIRE AVEC TP  
SUR MACHOIRES ANIMALES**

*Dr CHICHE*

BIOMET 3i en partenariat avec la SFRDO  
Sylvie Ponthieux - 7-9 rue Paul Vaillant Couturier  
92300 Levallois-Perret  
Tél : 01 41 05 43 48 - Fax : 01 41 05 43 40  
Email : marketingfrance@3implant.com  
Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

**6 décembre 2008** à Tournefeuille  
**JOURNEE D'ETUDE**

*Drs Jérôme GALAUP, Maryalis GUICHARD,  
Jérôme SARINI, Véronique HONORAT, Éric SOLYOM,  
M. Jérôme ALZIEU*

GEISO - GROUPE D'ÉTUDE IMPLANTAIRE  
DU SUD-OUEST  
39 route de Tarbes - 31770 Tournefeuille  
Tél : 05 62 13 96 99  
Fax : 05 62 13 96 99  
Email : geiso@free.fr  
Site Internet : http://geiso.free.fr/

**10 décembre 2008** à Rennes  
Hôtel Mercure Colombia  
**LES BIPHOSPHONATES :  
UNE BOMBE A RETARDEMENT  
ALLUMERONS-NOUS LA MECHE ??**

*Dr Sophie LEJEUNE*

SFPIO RÉGION BRETAGNE  
Dr Guillou - 35000 Rennes  
Tél : 02 99 36 04 54

**11 décembre 2008** à Marseille  
**PARODONTOLOGIE PRATIQUE  
AU QUOTIDIEN**

*7 conférenciers - En collaboration avec la SFPIO*

SFPIOSE - SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE  
ORALE DU SUD-EST  
Sandrine Brunel-Trotebas  
23 rue de Breteuil - 13006 Marseille  
Tél : 04 91 33 08 00  
Fax : 04 91 33 62 45  
Email : bruneltrot@modulonet.fr  
Site Internet : http://sfpiose.oidiblog.com

**11 décembre 2008** à Paris  
Fondation de la maison de la chasse et de la nature  
Hôtel de Guénégaud - 60 rue des Archives - 75003  
**LES COMPLICATIONS  
EN IMPLANTOLOGIE**

*Drs Jean-François TULASNE, Marc BERT,  
Luc CHICKHANI*

Frais d'inscription :  
Mb gratuit - Non mb 45 € - Cotisation 60 €  
AEOS - ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT  
D'ODONTOLOGIE ET DE STOMATOLOGIE  
179 rue Saint-Honoré - 75001 Paris  
Tél : 01 42 61 71 30  
Email : secretariat@aeos-aos.eu  
Site Internet : www.aeos-aos.eu

**11 et 12 décembre 2008** à Nice  
Centre de Formation Villa La Tour  
**PARODONTOLOGIE  
NICE CYCLE 2X2 JOURS**

*Antoine DISS*

Frais d'inscription : 1 800 €  
GÉNÉRATION IMPLANT  
134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**11 décembre 2008** à Paris  
Centre de Conférences Trocadéro  
**RESTAURATIONS CERAMIKES  
ET INTEGRATION ESTHETIQUE QUEL(S)  
SYSTEME(S) CHOISIR ? POUR QUELLE(S)  
INDICATION(S) CLINIQUE(S) ?**

*Drs Gilles LABORDE, Patrice MARGOSSIAN*

Frais d'inscription : 90 € ou 50 € (Étudiants)  
SFPIO PARIS  
12 rue d'Aumale - 60500 Chantilly  
Tél : 03 44 57 99 44  
Email : contact@sfpio-paris.org  
Site Internet : www.sfpio-paris.org

**15 et 16 décembre 2008,  
2 et 3 février 2009, 30 et 31 mars 2009,  
7 et 8 mai 2009** à Fontainebleau  
**FORMATION IMPLANTOLOGIE  
FONTAINEBLEAU  
CYCLE IMPLANTOLOGIE 4X2 JOURS**

*Jean-François RUSSON*

Frais d'inscription : 2 400 €  
GÉNÉRATION IMPLANT  
134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice  
Tél : 0820 620 017 - Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**17 décembre 2008** à Lille  
Hôtel Mercure Lesquin  
**DEMARRER EN IMPLANTOLOGIE - LILLE**

*Antoine DISS, David PIERRE*

Frais d'inscription : 30 €  
GÉNÉRATION IMPLANT  
134 avenue des Arènes de Cimiez - 06100 Nice  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**18 décembre 2008** à Lille  
Laboratoire d'anatomie  
**DISSECTIONS ET TECHNIQUES  
IMPLANTAIRES DE BASE.**

*Dr Ludovic LAUWERS*

Frais d'inscription : 600 €  
ANTHOGYR SA  
2237 avenue André Lasquin - 74700 Sallanches  
Tél : 04 50 58 02 37 - Fax : 04 50 93 78 60  
Email : implant.frbis@anthogyr.com  
Site Internet : www.anthogyr.com

**15 au 17 janvier 2009** à Paris  
**ATTESTATION D'ETUDE ET DE RECHERCHE  
APPROFONDIES EN IMPLANTOLOGIE  
ORALE - U. V. 3 : L'ABORD DE LA  
CHIRURGIE IMPLANTAIRE (2<sup>E</sup> PARTIE)**

*Prs Jean-Paul BELLIER, Philippe CAIX, Drs Thierry  
BEAU, Stéphane BEAL, Alain RUET, Françoise  
GRENIER, Mme Marie-Françoise HARMAND*

Frais d'inscription : 4 800 € pour la formation complète  
SFBSI - Association philotechnique  
79 rue Charles Duflos  
92270 Bois-Colombes  
Tél : 01 47 85 65 12  
Fax : 01 47 85 79 28  
Email : ssfbsi@aol.com ou sfbsi2@aol.com  
Site Internet : www.sfbis.com

**16 janvier au 9 novembre 2009** à Bordeaux  
Lieu : C. P. T. G. - 38 rue Castéja - 33000  
**COURS DE PARODONTOLOGIE FIABLE AU  
SEIN DE LA THERAPEUTIQUE GLOBALE**

*Dr Hugues AUBERT*

UNIODF : UNION NATIONALE POUR L'INTÉRÊT  
DE L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE  
Nathalie - 37 rue d'Amsterdam - 75008 Paris  
Tél : 06 07 03 88 10  
Fax : 01 70 79 05 71  
Site Internet : www.uniodf.org

**20 janvier 2009** à Lyon  
Lieu : Hôtel Mercure Lyon Lumière, 69 cours Albert  
Thomas, 69003 LYON  
**FORMATION GREFFES OSSEUSES  
ET CHIRURGIE AVANCEE**

*Marc BERDOUGO Roch de VALBRAY*

Frais d'inscription : 900 euros  
GENERATION IMPLANT  
134 avenue des arènes de cimiez - 06000 nice  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**22 janvier 2009** à Nice  
Lieu : Aéroport de Nice, Terminal 1 Centre d'affaires,  
Salle New York - 2<sup>e</sup> étage  
**LA CONFERENCE DONT VOUS ETES LE HEROS**

*Marc BERDOUGO, Roch de VALBRAY,  
Antoine DISS, Patrick MAHLER*

Frais d'inscription : gratuit  
GENERATION IMPLANT  
134 avenue des arènes de cimiez - 06000 NICE  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

# Participez aux workshops ZIMMER DENTAL LORS DE L'ADF 2008

*3 jours d'ateliers pour découvrir nos produits et nos nouveautés au cours de Travaux Pratiques en Prothèse, Chirurgie et Chirurgie Avancée*

→ **Mercredi 26 novembre**

→ **Jeudi 27 novembre**

→ **Vendredi 28 novembre**

*Ateliers de 2 heures avec manipulations.*

## Intervenants Ateliers Prothèse TSV

- Dr Mathieu BROSSARD
- Dr Ludovic BRUNEAU
- Dr Frank CANGEMI
- Dr Olivier FROMENTIN
- Dr Saïd NOUJAIM
- Dr Jean SCHITTLY

**STAND 3L13**

## Intervenants Ateliers Chirurgies

- Dr Patrick BRONSTEIN
- Dr Thierry CATTAN
- Dr Michel JABBOUR
- Dr Philippe KHAYAT
- Dr Marcel LE GALL
- Dr Nicolas LE GALL
- Dr Stéphane MILLIEZ
- Dr Catherine ROGHI
- Dr Philippe RUSSE
- Dr Bahige TOURBAH

*Participation sur réservation uniquement*  
Coût Atelier Prothèse : 90 €  
Coût Atelier Chirurgies : 190 €

*En raison du nombre limité de places, les inscriptions seront prises dans l'ordre d'arrivée des règlements.*

Consultez le programme des workshops Zimmer Dental  
sur notre site [www.zimmerdental.fr](http://www.zimmerdental.fr) ou demandez le  
au 01 45 12 35 31 / 35 62



23 janvier 2009

à Lyon

161 boulevard de la Croix Rousse - 69004  
**CYCLE DE FORMATION EN CHIRURGIE  
 IMPLANTAIRE ASSISTEE PAR  
 ORDINATEUR (CIAO) - MODULE 4 :  
 APPORT DE LA PAO DANS LA GESTION  
 DES RECONSTRUCTIONS IMPLANTAIRES**

Dr Michel ISIDORI

ISCADIS

6 rue Lesdiguières - 38000 Grenoble

Tél : 04 76 42 23 97

Email : information@iscadis.fr ou severine@implanto.com

Site Internet : www.iscadis.fr

30 et 31 janvier 2009 à Cannes-Le Cannet

Résidence Azur Eden  
**PRATIQUER L'IMPLANTOLOGIE  
 FORMATION COMPLETE DE CHIRURGIE ET  
 PROTHESE IMPLANTAIRE FORMATION EN  
 ANATOMIE ET DISSECTION - MODULE 1 :  
 DECISIONS ET PLANIFICATION DES  
 TRAITEMENTS IMPLANTAIRES**

Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET

Frais d'inscription : 1 050 € - 3 900 € les 5 modules

FIDE : Formation implantaire et dentaire esthétique

Catherine Boyadjian - Azur Eden - 28 boulevard

Gambetta - 06110 Le Cannet

**ENDODONTIE**

12 et 13 décembre 2008

à Lyon

**TP D'ENDODONTIE NIVEAU 1  
 LES BASES DE L'ENDODONTIE MODERNE  
 PREPARATION ET OBTURATION CANALAIRE**

Drs Serge BAL, Éric BONNET,  
 Sandrine BOURBON-KERESIT, Faouzia BOUSSETTA

Frais d'inscription : 750 € pauses et déjeuners inclus  
**FORMATION ET SANTÉ**

Maud Girinot - 150 rue Paul Bert - 69003 Lyon

Tél : 04 78 95 18 01 - Fax : 04 78 62 71 29

Site Internet : www.formationetsante.fr

**OMNIPRATIQUE**

20 novembre 2008

à Paris

Espace Charenton  
**RADIOPROTECTION DES PATIENTS  
 EXPOSES AUX RISQUES IONISANTS**

Pierre MENS

Frais d'inscription : 250 €

Association PRECAUTION

89 rue Saint-Denis - 77400 Lagny

Tél : 0 820 821 466 - Fax : 01 60 27 91 67

Email : inscriptions@associationprecaution.fr

Site Internet : www.associationprecaution.fr

20 novembre 2008

à Marseille

**STAGE MAQUILLAGE ET GLAÇAGE POUR  
 UTILISATEURS CEREC 3 / MCXL**

Philippe GUERRA

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

20 novembre 2008

à Nantes

**FORMATION EN ANESTHESIE  
 OSTEOCENTRALE**

AFPAD : Association française pour

le perfectionnement de l'anesthésie dentaire

66 avenue des Marronniers - BP 20521 - 49300 Cholet cedex

Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25

Email : mail@afpad.com

Site Internet : www.afpad.com

20 novembre 2008

à Paris

Sirona - 15 rue des Halles - 75001

**ATELIER DECOUVERTE ET INITIATION  
 A LA CFAO AU CABINET - SYSTEME CEREC**

Formateurs CEREC et les sociétés VITA et IVOCCLAR

SIRONA DENTAL SYSTEMS SAS

Ludivine

15 rue des Halles - 75001 Paris

Tél : 08 05 20 42 04

Email : info@sirona.fr

21 novembre 2008

à Colmar

**STAGE DE PERFECTIONNEMENT  
 COMBINE VITA VM 7 / VM 9 / VM 13**

Anne-Marie WEHRUNG

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

21 novembre 2008

à Colmar

Anne-Marie WEHRUNG

2 décembre 2008

à Alfortville

Marie MOLLÉ-PAQUIER

10 décembre 2008

à Bordeaux

Odile LUX

10 décembre 2008

à Lyon

Philippe GUERRA

**STAGE DE PERFECTIONNEMENT  
 COMBINE VITA VM 7 / VM 9 / VM 13**

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

1er décembre 2008

à Caen

**INTERCEPTION EN ODF**

Frais d'inscription : 220 €

UFSBD - UNION FRANÇAISE

POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Béatriz Palaric - 7 rue Mariotte - 75017 Paris

Tél : 01 44 90 93 94

Fax : 01 44 90 97 82

Email : beatrizpalaric@ufsbdf.fr

Site Internet : www.ufsbdf.fr

3 décembre 2008

à Pantin

Mercurie - 22 rue Jean Lolive

**LES RISQUES DE NECROSES OSSEUSES  
 EN OMNIPRATIQUE - BIPHOSPHONATES,  
 OS IRRADIE, IMPORTANCE  
 DE LA PREVENTION, TRAITEMENTS...**

Dr L. BEN SLAMA

COSS - CERCLE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

DE LA SEINE-SAINT-DENIS

Dr Pierre Benassouli

19 rue André Joineau

93310 Le Pré-Saint-Gervais

Tél : 01 48 45 96 67 - Fax : 01 45 44 09 23

Site Internet : www.coss.asso.fr

4 décembre 2008

à Marseille

**11 décembre 2008  
 FORMATION EN ANESTHESIE  
 OSTEOCENTRALE**

AFPAD : ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR LE PERFECTIONNEMENT

DE L'ANESTHÉSIE DENTAIRE

66 avenue des Marronniers

BP 20521 - 49300 Cholet cedex

Tél : 02 41 56 05 53

Fax : 02 41 56 41 25

Email : mail@afpad.com

Site Internet : www.afpad.com

4 décembre 2008

à Paris

**OBLIGATION ET REGLEMENTATION :  
 LES NOUVELLES CONTRAINTES  
 AU CABINET DENTAIRE**

COEFI

3 avenue Alphand - 75116 Paris

Tél : 06 09 04 65 06 - Fax : 01 45 00 56 38

Site Internet : www.coefi.fr

4 décembre 2008

à Rethondes

**HYGIENE ET ASEPSIE -  
 LA PREVENTION DE L'INFECTION  
 NOSOCOMIALE  
 AU CABINET DENTAIRE**

Frais d'inscription : 220 €

UFSBD - UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ  
 BUCCO-DENTAIRE

Béatriz Palaric - 7 rue Mariotte - 75017 Paris

Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 01 44 90 97 82

Email : beatrizpalaric@ufsbdf.fr

Site Internet : www.ufsbdf.fr

4 décembre 2008

à Saint-Jorioz

International center for dental education

**IPS E.MAX CAD :**

**COMPUTER ASSISTED DESIGN**

Mme Catherine NARDARI

IVOCCLAR VIVADENT

Danielle Mermet

219 route de la Chapelle du Puy

BP 118 - F-74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 00

Fax : 04 50 68 91 52

Email : info@ivodarvivadent.fr

Site Internet : www.ivodarvivadent.fr

5 et 6 décembre 2008

à Cannes

**STAGE DE PERFECTIONNEMENT  
 EN CERAMIQUE VM**

Imad GHANDOUR

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

5 et 6 décembre 2008

à Nice

**FORMATIONS PRF  
 ET / OU PRELEVEMENTS SANGUINS**

Frais d'inscription : 500 € la journée - 900 € les 2

SYFAC

49 rue Giuffredo - 06000 Nice

Tél : 04 93 85 58 90

Fax : 09 57 33 32 56

Email : info@syfac.com

Site Internet : www.syfac.com

11 décembre 2008

à Bordeaux

Odile LUX

11 décembre 2008

à Paris

17 décembre 2008

à Paris

Marie MOLLÉ-PAQUIER

17 décembre 2008

à Lyon

18 décembre 2008

à Marseille

Philippe GUERRA

18 décembre 2008

à La-Montagne

Didier NOËL

**STAGE MAQUILLAGE  
 ET GLAÇAGE POUR UTILISATEURS  
 CEREC 3 / MCXL**

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

11 décembre 2008

à Cergy Pontoise

**SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES**

Dr Hervé TASSERY

IVOCCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - 219 route de la Chapelle du Puy

BP 118 - F-74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 00 - Fax : 04 50 68 91 52

Email : info@ivodarvivadent.fr

Site Internet : www.ivodarvivadent.fr

11 décembre 2008

à Clermont-Ferrand

UFR d'Odontologie

**LA GESTION DES ECHECS EN ODONTOLOGIE**

Enseignants UFR d'Odontologie Clermont-Ferrand  
 et Paris V

Frais d'inscription : 250 €

UFR D'ODONTOLOGIE - SERVICE DE FORMATION CONTINUE

11 bld Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand

Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79

Email : claudie.camus@u-clermont1.fr

Site Internet : http://webodonto.u-clermont1.fr

11 décembre 2008

à Le Chesnay

Établissement français du sang

2 rue Jean-Louis Forain 78150 (près cc Parly II)

**LE PRATICIEN FACE AUX PATIENTS DEPENDANTS  
 (TABAC ET DIFFERENTES DROGUES)**

Dr Morgan LOWENSTEIN

ACOSY-FC - ASSOCIATION DES CERCLES

ODONTO-STOMATOLOGIQUES DES YVELINES

FORMATION CONTINUE

3 rue A. Coppel - 78000 Versailles

Site Internet : www.acosyfc.fr

11 décembre 2008

à Nice

**PREVENTION ET SOINS PRECOCS DE LA  
 FEMME ENCEINTE A L'ENFANT DE 12 ANS**

Frais d'inscription : 220 €

UFSBD - UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ

BUCCO-DENTAIRE

Béatriz Palaric - 7 rue Mariotte - 75017 Paris

Tél : 01 44 90 93 94 - Fax : 01 44 90 97 82

Email : beatrizpalaric@ufsbdf.fr

Site Internet : www.ufsbdf.fr

15 et 16 décembre 2008

à Paris

**PERFECTIONNEMENT ESTHETIQUE,  
 RENDEMENT ET EFFICACITE**

Dr Richard ABULIUS

VITA

Tél : 08 10 15 15 14

18 décembre 2008

à Niort

**L'ACCIDENT AU CABINET DENTAIRE :  
 URGENCE - REANIMATION**

Jacques POUGET

LABOPHARE FORMATION

Audrey Falkenrodt

Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92

Email : audrey.falkenrodt@labophare.com

19 décembre 2008

à Lyon

**DENTISTERIE ESTHETIQUE**

David GERDOLLE

Frais d'inscription : 890 €

GÉNÉRATION IMPLANT

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017 - Fax : 04 93 81 72 41

Email : info@generation-implant.com

Site Internet : www.generation-implant.com

# Vous souhaitez acquérir une approche efficace de la Parodontie Médicale ? ...**Découvrez Paro Concept !**

Une équipe dédiée à votre formation :

		
<p><b>Jacques CHARON</b> Parodontiste exclusif depuis 30 ans, conférencier international, forme les praticiens à la Parodontie Médicale.</p>	<p><b>Joël BEAULIEU</b> Omnipraticien, formateur de la méthode Paro Concept au Québec, anime les travaux pratiques de microbiologie, les études de cas cliniques et la mise en place du protocole en cabinet.</p>	<p><b>Kathy DENYS</b> Assistante du Dr Charon pendant 8 ans ; consultante en organisation et gestion de cabinet dentaire, prend en charge la formation des assistantes en Parodontie Médicale, et propose des journées de formation individualisées, en cabinet, pour la mise en place des protocoles de Parodontie Médicale.</p>

## Paro Concept : notre théorie, c'est la pratique !

**5 jours** de stage interactif et intensif qui associent savoir-faire et faire savoir par des connaissances de bases solides et actuelles.  
**C'est aussi des études de cas cliniques, une consultation en live et des travaux pratiques de microbiologie.**



### Nos prochains stages

2008	<b>La Baule</b>	du 15 au 19 septembre 2008
	<b>Paris</b>	du 8 au 12 décembre 2008
2009	<b>Lyon</b>	du 16 au 20 mars 2009
	<b>Nice</b>	du 15 au 19 juin 2009
	<b>Lille</b>	du 21 au 25 septembre 2009
	<b>Paris</b>	du 7 au 11 décembre 2009

Pour vous inscrire, contactez Delphine au **03 20 34 04 47**



**PARO CONCEPT**  
Le bien-être du savoir-faire.



128 rue Jacquemars Giélee  
59000 Lille  
T. 03 20 34 04 47  
F. 03 20 56 90 42  
[www.paroconcept.com](http://www.paroconcept.com)

**14 Janvier 2009** à Paris  
Espace Athènes  
**RADIOPROTECTION DES PATIENTS EXPOSES AUX RAYONNEMENTS IONISANTS**  
*Pierre MENS (agréé CEFRI)*  
Frais d'inscription : 250 €  
Organisation : Association PRECAUTION  
Contact : 89 rue Saint Denis - 77400 LAGNY  
Tél : 0 820 821 466 Fax : 01 60 27 91 67  
Email : inscriptions@associationprecaution.fr Site Internet : www.associationprecaution.fr

**15 janvier 2009** à Toulouse  
**FORMATION EN ANESTHESIE OSTEOCENTRALE**  
AFPAD : Association française pour le perfectionnement de l'anesthésie dentaire  
66 avenue des Marronniers  
BP 20521 - 49300 Cholet cedex  
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25  
Email : mail@afpad.com  
Site Internet : www.afpad.com

**22 janvier 2009** à Strasbourg  
**FORMATION EN ANESTHESIE OSTEOCENTRALE**  
AFPAD : Association française pour le perfectionnement de l'anesthésie dentaire  
66 avenue des Marronniers  
BP 20521 - 49300 Cholet cedex  
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25  
Email : mail@afpad.com  
Site Internet : www.afpad.com

**29 janvier 2009** à Rennes  
**FORMATION EN ANESTHESIE OSTEOCENTRALE**  
AFPAD : Association française pour le perfectionnement de l'anesthésie dentaire  
66 avenue des Marronniers  
BP 20521 - 49300 Cholet cedex  
Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 01 70 79 05 71  
Email : mail@afpad.com  
Site Internet : www.afpad.com

**OCCLUSODONTIE**  
**29 nov. au 22 déc. 2008** à Bordeaux  
C. P.T. G. - 38 rue Gastéja - 33000  
**COURS D'OCCLUSION RATIONNELLE AU SEIN DE LA THERAPEUTIQUE GLOBALE**  
*Dr Hugues AUBERT*  
UNIOF : UNION NATIONALE POUR L'INTÉRÊT DE L'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE  
Nathalie  
37 rue d'Amsterdam - 75008 Paris  
Tél : 06 07 03 88 10 - Fax : 01 70 79 05 71  
Site Internet : www.uniof.org

**4 et 5 décembre 2008** à Saint Jean (Toulouse)  
Clinique de l'Union  
**POSTUROTHÉRAPIE ET OCCLUSOTHERAPIE : LA MACHINERIE HUMAINE.**  
*Drs. Jean Claude COMBADAZOU, Patrick TÉPÉ, Mr. Léopold BUSQUET*  
Frais d'inscription : 450 €  
**FORMATION SANTÉ**  
Salle «le Marquisat» boulevard Ratalens  
31240 Saint-Jean  
Site Internet : www.fsante.fr

**11 au 14 décembre 2008** à Perpignan  
Hôtel La villa Dufrot  
Rond-point Albert Donnezan - 66000  
**ORTHODONTIE POSTURALE 2<sup>e</sup> MODULE**  
*Drs Michel CLAUZADE, J.-L. OUHOUN*  
Frais d'inscription : 1 200 €  
**SOOF - SOCIÉTÉ OSTÉOPATHIQUE ODONTOLOGIQUE FORMATION**  
19 espace Méditerranée - 66000 Perpignan  
Tél : 04 68 51 22 23  
Fax : 04 68 51 22 62  
Email : michel.clauzade@wanadoo.fr  
Site Internet : www.orthoposturodentie.com

**15 et 16 décembre 2008** à Lyon  
Hôtel Mercure Lyon Lumière,  
69 cours Albert Thomas, 69003  
**FORMATION OCCLUSODONTIE**  
*David GERDOLLE, Patrick MAHLER*  
Frais d'inscription : 890 €  
**GÉNÉRATION IMPLANT**  
134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**ORTHODONTIE**  
**21 et 22 novembre 2008** à Paris  
**CONFÉRENCES D'AUTOMNE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CAS DIFFICILES DE CLASSE II ET CLASSE III**  
*Dr Robert CHATAGNON*  
CISCO  
France Hamonet  
1 rue de Grasse - 29200 Brest  
Tél : 02 98 44 56 83  
Fax : 02 98 44 81 66  
Email : cisco.s@wanadoo.fr  
Site Internet : www.cisco-orthodontics.com

**7 et 8 décembre 2008** à Lyon  
**PRINCIPES ET BASES DE RÉHABILITATION NEURO-OCCLUSALES DU PR PEDRO PLANAS 3<sup>ÈME</sup> DEGRÉ LA RESTAURATION PLURIDISCIPLINAIRE DE L'OCCLUSION AU SERVICE DE LA MASTICATION**  
*Drs Jacqueline KOLF, Jean-Louis RAYMOND, J. C. MONIN, Jacques BORIE*  
AFPP - ASSOCIATION FRANÇAISE PEDRO PLANAS  
Jean Kolf  
4 rue Mondet  
77860 Saint-Germain Morin  
Tél : 06 86 88 97 11  
Email : jeankolf@wanadoo.fr  
Site Internet : www.afpp-rmo.com

**7 et 8 décembre 2008** à Paris  
**ATM ARTICULATIONS TEMPORO MANDIBULAIRE**  
*Drs DURAND, JEANTET*  
Frais d'inscription : 890 €  
**RMO EUROPE**  
Rue Geiler de Kaysersberg  
67400 Illkirch  
Tél : 03 88 40 67 40  
Fax : 03 88 67 96 95  
Email : cccpsal@rmoeurope.com  
Site internet : www.rmoeurope.com

**26 janvier 2009** à Paris  
**MINI-VIS D'ANCRAGE EN ORTHODONTIE**  
*Dr Lesage*  
Frais d'inscription : 490 Euros  
**RMO EUROPE**  
rue Geiler de Kaysersberg  
67400 ILLKIRCH  
Tél : 03 88 40 67 35  
Fax : 0388679695  
Email : cccpsal@rmoeurope.com  
Site Internet : www.rmoeurope.com

**COMMUNICATION**  
**18 et 19 décembre 2008** à Nice  
Villa La Tour  
**COMMUNICATION PATIENT A VISEE IMPLANTAIRE**  
*Sandrine KEHRES*  
Frais d'inscription : 790 €  
**GÉNÉRATION IMPLANT**  
134 avenue des Arènes de Cimiez  
06000 Nice  
Tél : 0820 620 017  
Fax : 04 93 81 72 41  
Email : info@generation-implant.com  
Site Internet : www.generation-implant.com

**15 et 16 janvier 2009** à Paris  
**PROFESSIONNALISER L'ACCUEIL AU CABINET DENTAIRE AIDEZ VOTRE ASSISTANTE A GAGNER EN COMPETENCE ET AUTONOMIE (SPECIAL ASSISTANTE PRISE EN CHARGE OPCA PL)**  
*Drs Deborah TIGRID, Mahsa SEPEHR*  
**FBM FORMATION**  
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris  
Tél : 01 56 56 59 85  
Fax : 01 56 56 59 84  
Email : info@fbmformation.com  
Site Internet : www.fbmformation.com

**22 et 23 janvier 2009** à Paris  
**ARGUMENTER EFFICACEMENT VOS PROPOSITIONS DE TRAITEMENT (PRATICIEN ET ASSISTANTE)**  
*Drs Deborah TIGRID, Jean-Raoul SINTÈS*  
**FBM FORMATION**  
15 rue Victor Duruy  
75015 Paris  
Tél : 01 56 56 59 85  
Fax : 01 56 56 59 84  
Email : info@fbmformation.com  
Site Internet : www.fbmformation.com

**MANAGEMENT**  
**Jour 1 : Conférence - Jour 2 : Atelier pratique** à Tous pays francophones  
**LE MANAGEMENT ODONTOLOGIQUE THEORIES FONDAMENTALES ET PRATIQUES REGULIERES ADAPTEES A L'EXERCICE INDIVIDUEL**  
*M. Rodolphe Cochet*  
Rodolphe Cochet Conseil  
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris  
Tél : 0033143311267  
Fax : 0033143311267  
Email : info@rh-dentaire.com Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

**Jour 1 : Conférence - Jour 2 : Atelier pratique** à Paris  
Gare de Lyon  
**LE MANAGEMENT ODONTOLOGIQUE THEORIES FONDAMENTALES ET PRATIQUES REGULIERES ADAPTEES A L'EXERCICE DE GROUPE (CABINET PRIVE OU MUTUELLE)**  
*M. Rodolphe Cochet*  
Rodolphe Cochet Conseil  
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris  
Tél : 0033143311267  
Fax : 0033143311267  
Email : info@rh-dentaire.com Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

**ERGONOMIE**  
**8 et 9 janvier 2009** à Paris  
**INTEGRER UNE ERGONOMIE PRAGMATIQUE ET TRAVAILLER SEREINEMENT A 4 MAINS (PRATICIENS ET ASSISTANTES)**  
*Dr Herluf SKOVSGAARD*  
**FBM FORMATION**  
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris  
Tél : 01 56 56 59 85 - Fax : 01 56 56 59 84  
Email : info@fbmformation.com  
Site Internet : www.fbmformation.com

**DIVERS**  
**28 novembre 2008** à Paris  
Novotel Paris Vaugirard  
**2<sup>e</sup> JOURNEE « DECOUVERTE DE L'ODONTOLOGIE ENERGETIQUE »**  
*Drs A. AKNIN, D. CHOS, D. DUMONTEIL, R. HECKLER, P. LEMOINE, J.P. MEUNIER, A. PANETIER, J.P. PAULET, C. PEREZ, C. ROESS, N. STELLING*  
Frais d'inscription : 150 € déjeuner et pause incluse, étudiants : 50 €  
**ODENTH**  
2 bis boulevard d'Arcole - 31000 Toulouse  
Tél : 01 42 88 59 16 de 13h à 19h  
Email : alain.panetier@wanadoo.fr  
Site Internet : www.odenth.com

**15 et 16 janvier 2009** à Villeurbanne  
**5 et 6 février 2009** à Villeurbanne  
**12 et 13 mars 2009** à Villeurbanne  
Lieu : Hôtel Mercure - 7 place Charles Hernu  
**HYPNOSE ÉRIKSONIENNE ET DENTISTERIE 4<sup>ÈME</sup> PROMOTION FORMATION SUR 6 JOURS**  
*Dr Bruno DELCOMBEL, M. EL FARRICHA*  
Frais d'inscription : 2 290 € repas et collations compris  
**PHENIX PSY - Institut Milton H. Erickson du Rhône**  
352 cours Émile Zola  
69100 Villeurbanne  
Tél : 04 72 65 62 46 / 04 72 78 58 60  
Fax : 04 72 65 99 41  
Email : hypnosedelcombel@yahoo.fr ou imher@free.fr  
Site Internet : www.imher.fr

**Vous souhaitez intégrer vos manifestations adressez un courriel à mcg@lefildentaire.com ou appelez le : 01 56 74 25 49**

# Développez votre cabinet

## SEMINAIRES

### LIMOGES

23-24 Octobre 2008

### PARIS

15-16 Janvier 2009  
(Orthodontistes)

### STRASBOURG

22-23 Janvier 2009

### MONTPELLIER

27 Janvier 2009

### ORLÉANS

5 et 6 Février 2009

...

Augmentez votre pouvoir d'achat !

## Comment ?

### Augmentez votre production

- Améliorez votre exercice
- Augmentez vos revenus
- Mettez en place des systèmes efficaces.

### Augmentez votre bénéfice

- Maîtrisez votre temps de travail
- Atteignez votre indépendance financière
- Progressez chaque année.

### Réduisez votre stress

- Construisez une équipe plus performante
- Travaillez plus efficacement et sans stress
- Trouvez un équilibre entre votre vie professionnelle et votre vie personnelle
- Aimez votre exercice plus que jamais...



Venez rencontrer le Groupe Edmond Binhas pendant l'ADF



**AU STAND 2T10**



Le Groupe Edmond Binhas est partenaire officiel du Club Infinity de l'UFSBD

**N° Vert 0 800 521 764**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



# Le CONCEPT ATTENTE encore plus beau, encore plus efficace !



- Pages d'accueil toujours plus belles
- Navigation encore simplifiée
- Nouveaux menus d'orientation



- Votre équipe encore mieux valorisée
- Vos structures clairement présentées
- Vos compétences mises en avant



- Tous les modules revisités
- Tous les graphismes retravaillés
- Des messages plus efficaces
- Des améliorations à foison

Les observations des utilisateurs actuels prises en compte dans leur intégralité !



- De nouveaux modules de décontraction
- Beaucoup de présentations "plein écran"
- La beauté exacerbée

## Qui en sera le principal bénéficiaire ?

Communiquer avec vos patients n'apporte que des retombées positives en termes d'image, de confiance, et de confort.



Plus des retombées financières indéniables !

Et tout ça pour 184 € / mois (x 36)



Système de communication interactif et en boucle, destiné à la salle d'attente, comprenant un téléviseur Haute Définition 32" en 16/9, un ordinateur embarqué en toute transparence, un système de navigation exclusif, 50 modules, dont 3 personnalisés pour votre cabinet. Soit plus de 3H30 de contenu. Prix du Concept : 5 990 € TTC, ou 182 € TTC / mois pendant 36 mois, VR 3%, pas besoin d'assurance.

Désolé, vous n'avez plus aucune "bonne raison" de ne pas communiquer !



Foxy études & développement  
42, rue des Cormiers  
78400 CHATOU

Tél : 01 34 80 60 66  
Mail : foxy.ed@wanadoo.fr

Web : [www.foxy-ed.fr](http://www.foxy-ed.fr)  
BON DE COMMANDE EN LIGNE

# Nouveauté

## Version DVD à 750 € TTC



Pour ceux qui ont peur d'investir dans un outil plus que performant, une version spéciale en DVD est maintenant disponible !

Elle reprend tous les modules "dentaires"  
Ne comporte pas les 3 modules personnalisés, ni "Arts et Découvertes"  
Mais la présentation est personnalisée au nom de votre cabinet.

## Les Petites Annonces

### Association

#### 26 - Nord DRÔME

Cherche collaborateur(trice) en vue association. 2 fauteuils. PANO. NUM. RVG STE. Réseau TROPHY.  
Tél. : 06 23 75 41 89  
N°08/29/AS/801

### Cabinet Dentaire Ventes

#### 57 - THIONVILLE

Vends cabinet cause mutation.  
Tél. : 03 82 51 84 02  
N°08/29/CA/806

#### 83 - LITTORAL VAROIS

Cabinet moderne, équipement complet. SCM 3 praticiens.

#### 56 - GOLFE DU MORBIHAN

À 40 ans, donnez à votre exercice un cadre exceptionnel, à 500 m de la mer, 5 min d'une ville universitaire de caractère. Patientèle motivée. Nombreux trrts globaux. SCM 2 prat. Locaux de 2005, 200m<sup>2</sup>. Retraite/plac. Accomp possible.

Tél. : 06 13 79 37 18  
N°08/29/CA/820

Vds poste. CA=250 000€ sur 3 jours. Collaboration préalable possible.

Tél. : 06 75 38 00 22  
N°08/29/CA/821

84 - AVIGNON centre vds cabinet dans SCM 3 praticiens 3 collaborateurs.

Bonne patientèle Labo de prothèse de qualité indépendant sur place

Tél. : 06 09 09 10 75  
N°08/29/CA/817

#### 91 - SUD ESSONNE

Vends agréable cabinet dans centre médical. Informatisé, FSE.

Tél. : 01 64 99 63 08  
N°08/29/CA/811

#### 83 - VAR à Saint-Raphaël

Consœur ayant un cabinet bien situé et bien équipé, chiffre important, recherche confrère(s) en vue d'association ou vente rapide.

Tél. : 04 94 44 54 05  
N°08/29/CA/823

#### 57 - METZ

Cause mutation, vends cabinet dentaire dans un quartier en plein essor, avec ou sans les murs.

Tél. : 06 63 03 92 73  
N°08/29/CA/813

Sans supplément votre annonce paraîtra sur notre site  
[www.lefiledentaire.com](http://www.lefiledentaire.com)

## Bulletin d'abonnement LE FIL DENTAIRE



### A retourner, accompagné de votre règlement à :

Service Abonnements - 95 rue de Boissy 94370 Sucy-en-Brie

**Oui**, je m'abonne pour un an au magazine LE FIL DENTAIRE, soit 10 numéros et 1 numéro hors série par an

15 € France métropolitaine et Corse

25 € Dom/Tom

50 € International

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Je règle la somme de \_\_\_\_\_ € par chèque bancaire ou postal à l'ordre de LE FIL DENTAIRE

