

The background of the cover is a photograph of a lighthouse at sunset. The sky is a vibrant mix of orange, red, and yellow, with the sun low on the horizon, creating a strong glow. The lighthouse is a tall, white, cylindrical tower with a lantern room at the top. A small, dark-roofed building is situated at the base of the lighthouse. The overall mood is dramatic and serene.

LE FIL DENTAIRE

N° 11 MARS 2006

**AU FIL DES
CONFERENCES**
Comment réussir
son anesthésie ?

**LA PARO EN
MOUVEMENT**
L'attache
épithélio-
conjonctive

PRATIC ERGO
Eclairage sur
le cabinet dentaire

REPORTAGE
Le sens du
développement
managérial

MANAGEMENT
Comment et
pourquoi travailler
avec une assistante dentaire

LABOCAST

Gamme Confiance

Réalisée par notre laboratoire dans l'Océan Indien
(en cours de certification).

À PARTIR DE

76,40 €



COMPLET RÉSINE,
haut et bas, prix net
incluant essayage
+ dents + finitions,
PEI et cire non incluses.
Résine : **Palax natural**
(ADE, France).

85,10 €



STELLITE, prix net
incluant plaque métal
+ montage + finition
de 1 à 14 dents
(dents incluses).
Métal : **Stellugine**
(Ugin, France).



39,30 €

CÉRAMIQUE :
Vintage
(Shofu, Japon).
Métal : **Ugirex III**
(Ugin, France).

La qualité sans frontières

LABOCAST

46-56, rue des Orteaux
75020 PARIS

Tél. : (+33) 1 53 38 64 66

Fax : (+33) 1 53 38 64 86

e-mail : labocast@labocast.fr

www.labocast.com



MATÉRIAUX GARANTIS CE

QUE LA LUMIERE SOIT !



Vous êtes nombreux à témoigner d'une baisse d'activité. Les temps sont durs dites-vous.

Le Chikungunya, la grippe aviaire et autres fléaux n'arrangent pas nos affaires dans un hiver qui s'éternise. Nos patients auraient-ils renoncé à prendre soin de leur santé dentaire ?

Pour sa part, **LE FIL DENTAIRE** a souhaité mettre un peu de lumière dans ce décor tamisé en vous proposant un article d'ergonomie qui vous aidera à éclairer votre cabinet.

Le printemps, qui nous l'espérons ne tardera pas, est aussi synonyme de renouveau. C'est pourquoi, nous étrennons une toute nouvelle rubrique de parodontologie animée par le Dr Jacques Charon : la paro en mouvement.

La profession a toujours surmonté ces périodes d'ombre, il faut continuer à y croire, à prendre du plaisir à exercer et la lumière sera !

Patricia LEVI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- Dr Alexandre Boukhors (Chirurgie, Santé Publique)
- Dr Fabrice Baudot (Endodontie, Parodontologie)
- Dr George Freedman (Cosmétique) (Canada)
- Dr David Hoexter (Implantologie, Parodontologie) (USA)
- Dr Alexandre Miara (Blanchiment)
- Dr Eric Sauvêtre (Implantologie, Parodontologie, Laser)
- Dr Raphaël Serfaty (Implantologie, Parodontologie)
- Dr Stéphane Simon (Endodontie)
- Dr Nicolas Tordjmann (Orthodontie)
- Dr Christophe Wierzelewski (Chirurgie, Implantologie)
- Dr Eric Bonnet (Radiologie numérique, blanchiment)
- Dr Nicolas Cohen (microbiologie, endodontie, parodontologie)
- Dr René Serfaty (dentisterie restauratrice)

Page 4 LE BILLET D'HUMEUR DE JACQUES
Où est la rentabilité ?
par le Dr Jacques Charon

Pages 6 à 10 SUR LE FIL
Actualité-Nouveaux produits-Revue de presse

Pages 12 à 16 AU FIL DES CONFERENCES
Comment réussir son anesthésie ?

Pages 18 et 19 FOCUS CLINIC
Supprimer les morsures de l'enfant
grâce au système d'anesthésie QuickSleeper

Pages 20 à 22 LA PARO EN MOUVEMENT
L'attache épithélio-conjonctive

Pages 24 à 26 PRATIC ERGO
Eclairage sur le cabinet dentaire

Pages 28 et 29 MANAGEMENT CABINET
Comment et pourquoi travailler
avec une assistance dentaire ?

Pages 30 à 32 REPORTAGE
Le sens du développement managérial

**Pages 34 et 35 LES CONSEILS
de D. TIGRID**
Professionaliser l'accueil téléphonique
au cabinet dentaire

Page 36 AU FIL DE VOS QUESTIONS

Page 38 LE FIL D'ARIANE
Trucs et astuces

Page 39 RENCONTRE
Mon rendez-vous avec... Guy Desmas

Pages 40 et 41 PRATIC ECO
Les nouveautés fiscales en 2006 :
Une bonne surprise ?

Pages 42 à 49 AU FIL DU TEMPS
Agenda des manifestations

Page 50 LUDOFIL
Jeux



Revue mensuelle européenne gratuite
TIRAGE FRANCE 38000 exemplaires

2 allée de la salamandre 94000 Créteil
Tél. : 01 49 80 19 05 Fax : 01 43 99 46 59
contact@lefildentaire.com

Directrice de la publication: Patricia LEVI

**Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 - Dépôt légal à parution**

Rédacteur en chef : Dr Norbert COHEN
Directrice commerciale : Patricia LEVI
Direction artistique : Chameleon Concept Adv. Ltd
Rédaction : Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC, Alain CARNEL,
Dr Jacques CHARON, Rodolphe COCHET, Dr Philippe PIRNAY,
Dr Deborah TIGRID.
Conseiller spécial : Dr Bernard TOUATI
Chargée de communication : Juliette HASSAN
Secrétaire de rédaction : Barbara VACHER
Secrétaire de direction : Marie-Christine GELVÉ
Secrétaire : Coralie BRIDIER
Collaboration : Images de marques

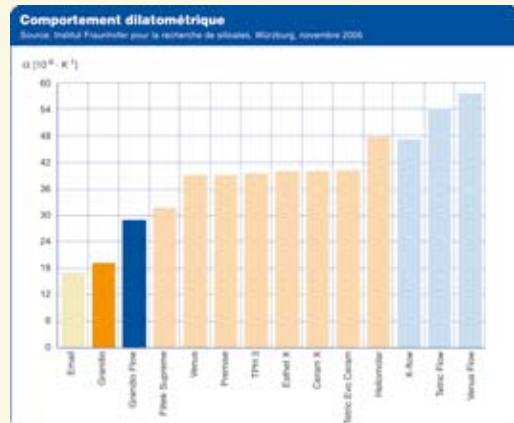
Imprimerie : MCC GRAPHICS

Publicité : Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

VoCo GmbH

Les composites de VOCC montrent le meilleur comportement dilatométrique

L'Institut Fraunhofer pour la recherche de silicates à Würzburg a testé le comportement dilatométrique de différents composites. En comparaison avec onze autres composites de restauration leaders, Grandio et Grandio Flow de VOCC ont réalisé les meilleurs résultats.



Pour Grandio, le composite hybride à nanoparticules, l'Institut Fraunhofer a mesuré un coefficient dilatométrique de 19 – une valeur presque identique à celle de l'émail naturel, indiquée dans la littérature avec 17. Les valeurs mesurées des composites de fabricants renommés étaient, par contre, d'environ 40.

Pour les composites fluides, le coefficient dilatométrique de Grandio Flow était de 28 – également la meilleure valeur mesurée. En comparaison: Les scientifiques ont mesuré des valeurs nettement plus élevées de 54 et 57 pour les autres composites en version Flow.

Le coefficient dilatométrique est un indicateur important de la qualité d'un composite, tout comme sa rétractation minimale et la dureté de sa surface. Seulement si le matériau d'obturation et les tissus dentaires se comportent de manière identique lors des influences exothermiques, les facteurs de stress entre la dent et l'obturation peuvent être évités. Si la dilatation et la rétraction du matériau de restauration sont trop importantes, il y a un risque de ruptures et d'imperfection du joint. L'objectif de la recherche d'un composite performant est non seulement une faible rétraction de polymérisation et une résistance élevée à l'abrasion, mais également un comportement dilatométrique similaire à celui des tissus dentaires naturels. Grandio et Grandio Flow répondent à cette exigence et garantissent des restaurations haut de gamme.

VOCC GmbH

Inga Tiedemann, téléphone (04721) 719 187, e-mail: i.tiedemann@voco.de

Le Billet de d'Humeur de Jacques

OÙ EST LA RENTABILITÉ ?

Lorsqu'un dentiste, tout frais émoulu de la Faculté, décide de s'installer, il sait qu'il faudra qu'il investisse des sommes rondes. Il faudra acquérir (ou louer) un local, y faire des travaux d'aménagements et acheter du matériel, etc. Alors, des fournisseurs de matériel dentaire accortes viendront cogner à son huis pour lui proposer ce qu'il y a de mieux en leur expliquant que le patient est d'abord impressionné par la technique moderne. Soit !

Mais pourquoi les jeunes dentistes mettent-ils tant de moyens financiers dans le "matériel" en oubliant que c'est le "personnel" (à ne pas confondre avec « à moi personnellement ») qui va assurer la valeur ajoutée aux services rendus et éviter les répondants qui annoncent : "Je suis actuellement en soins, veuillez rappeler plus tard".

Comment peut-on ouvrir la porte (à moins que l'on ait le comminatoire "Sonnez et Entrez" ou le plus militaire "Sonner et Entrer"), donner les rendez-vous, remplir les feuilles de soins, percevoir les honoraires, assurer la stérilisation et... soigner sereinement les dents des patients ?

La peur d'engager du personnel, basée sur le fait que les coûts directs et indirects ne sont pas compatibles avec un exercice débutant, n'est peut-être pas justifiée. Certes, un élément humain supplémentaire dans le cabinet rend la gestion des ressources humaines plus difficile.

Pourtant la profession pourrait s'enorgueillir d'être le vivier de plusieurs milliers ou dizaines de milliers d'emplois. Notre image de marque - pénible et injustifiée - sortirait de "Porsche, Rolex, Vacances".

Oser investir (dépenser d'abord et être récompensé ensuite) d'emblée dans le "personnel" peut se révéler rapidement source de satisfactions (rapidité et disponibilité aux soins, diminution du stress, qualité de la relation meilleure).

Pour terminer, il semble que ce ne sont pas des "dents" que les assistantes dentaires assistent mais des "dentistes". Ne devrait-on alors pas les requalifier en "assistantes dentistes" ?

Jacques CHARON



ENCORE UNE PREMIERE
par le leader du blanchiment

Opalescence avec

PF

Breveté

Maintenant

BLANCHIMENT & PROTECTION DE L'EMAIL

Les derniers travaux de recherche mettent en évidence que l'Opalescence PF, grâce à sa formule **nitrate de potassium + fluor** :

- **Renforce l'émail** (augmentation du contenu minéral pour plus de résistance)¹
- **Réduit les sensibilités**

Disponible !



Le DVD Opalescence :
Toutes les procédures
de blanchiment en vidéo.

Opalescence
systèmes de blanchiment dentaire



Le leader du blanchiment

Une gamme complète de
blanchiment ambulatoire
et au fauteuil

04 90 42 98 54

Quartier de l'Opéra - BP 60 - 13680 Lançon de Provence

ULTRADENT
PRODUCTS, FRANCE

© 2006 Copyright Ultradent Products, Inc.

1. Al-Qunaian TA. The Effect of Whitening Agents on Caries Susceptibility of Human Enamel. Operative Dentistry, 2005.



PRODUITS DENTAIRES

PD VitalOs Cement

PRODUITS DENTAIRES SA est une société Suisse qui fabrique des produits avec et pour les dentistes du monde entier depuis plus de 65 ans dans les domaines suivants : endodontie, parodontie, restauration, orthodontie, prothétique, prophylaxie et hygiène.

PD VitalOs Cement est le fruit du savoir-faire de l'École Polytechnique Fédérale de Lausanne, Produits Dentaires SA ainsi que de praticiens implantologues et parodontologues.

PD VitalOs Cement est un ciment de greffe osseuse synthétique destiné au comblement et à la régénération osseuse en chirurgie dentaire.

Il est constitué de deux pâtes de phospho-calciques, durcissant après injection en quelques minutes. Le ciment durci est constitué de brushite, un phosphate de calcium résorbable en quelques mois.

PD VitalOs Cement est prêt à l'emploi, dans une seringue à double corps très facile à utiliser !

PD VitalOs Cement présente les caractéristiques suivantes :

- **Totalement minéral**
- **Durcit in situ en quelques minutes**, stabilisant ainsi son environnement
- **Résorbable**
- **Ostéoconducteur**

Vous apprécierez les avantages suivants :

- Gain de temps (prêt à l'emploi - pas de mélange manuel requis)
- Simplicité d'utilisation (facile à modeler + injectable)
- Sécurité (risque limité de contamination)
- Avantage financier (pas besoin d'utiliser une membrane de contention)

L'efficacité clinique du ciment dans le traitement des lésions parodontales a été prouvée équivalente au traitement par la greffe autologue* (en suivant les instructions d'utilisation préconisées). Des travaux cliniques supplémentaires sont en cours en France et en Suisse.

* Etude prospective randomisée organisée par la faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg

www.vitalos-cement.com - www.produits-dentaires.ch

Contact : vitalos@pdsa.ch



COLTENE WHALEDENT Cool Temp Natural

Matériau composite pour couronnes et bridges provisoires, maintenant en seringue automélangeuse de 5ml

Avec **Cool Temp Natural**, il est désormais

possible de réaliser des restaurations provisoires précises au fauteuil sans perdre de temps. Son exothermie limitée (33°C) ne provoque pas d'irritation pulpaire contrairement aux résines acryliques traditionnelles. Sa phase élastique optimisée autorise une désinsertion rapide sans déformation après seulement 50 secondes : le dégrossissage et la finition de votre provisoire s'enchaînent sans perte de temps.

Plus besoin de pistolet !

Le nouveau conditionnement en seringue automélangeuse vous évite d'employer un pistolet et élargit le domaine d'application de **Cool Temp Natural** aux restaurations unitaires ou plurales de faible étendue. Les embouts mélangeurs de petite taille vous permettent de réaliser une économie de 62% de matériau par rapport aux systèmes en cartouches.

www.coltenewhaledent.com

NICHROMINOX

Ergo Clip

L'**Ergo Clip** est un plateau porte instruments, qui permet le rangement visible et ordonné de vos instruments.

Ses formes ergonomiques facilitent la préhension et la manipulation des instruments : Grâce à sa barrette de silicone autobloquante, un simple clique et vos instruments sont maintenus en place quelque soit votre diamètre. C'est un gain de temps et de sécurité pour l'assistante.

Ses bords arrondis permettent une meilleure évacuation lors du passage en machine à laver ou en thermodésinfecteur.

Construit en acier inoxydable et silicone, l'**Ergo Clip** supporte tous les produits de décontamination et de nettoyage.

Il peut suivre un cycle de nettoyage directement en machine à laver ou dans les ultrasons.

Il supporte également la stérilisation en autoclave (sous sachet ou emballé sous double champ) ou en chaleur sèche.

Un **Ergo Clip** est préconisé pour chaque type d'acte opératoire.

Existe en 5 formats : 3, 5, 10, 15 et 20.

Les **Ergo Clip** 10, 15 et 20 peuvent être équipés d'un couvercle. Pour plus de commodité, les pièces silicone sont disponibles en deux coloris : bleu et vert.

LABORATOIRE COMPAL

Frescoral

Fescoral Dentifrice en comprimés : la solution « nouvelle génération » pour une hygiène bucco-dentaire permanente.

Les circonstances qui amènent les français à sacrifier le troisième brossage bucco-dentaire journalier sont nombreuses... avec les conséquences que nous connaissons sur la santé.

Après d'importantes recherches, le Laboratoire COMPAL créé aujourd'hui l'événement avec le lancement officiel du dentifrice en comprimés **Fescoral**.

Avec le lancement de deux premiers produits inédits, **Frescoral Blancheur & Frescoral Prévention**, des caries conçus pour répondre aux principales attentes de consommateurs (l'hygiène, la prévention des caries, la blancheur du sourire et la fraîcheur de l'haleine), Frescoral apporte une véritable réponse aux problèmes posés par l'évolution de nos modes de vie.

Facile : En complément des brossages mécaniques, Frescoral s'utilise en toute simplicité **sans eau, ni brosse**.

Innovante : Sa présentation galénique (le comprimé) ainsi que sa formule constituent une véritable innovation technologique.

Nomade : La boîte de vingt comprimés Frescoral se glisse dans la poche de n'importe quel vêtement et s'utilise **n'importe où et n'importe quand**.

Efficace : Le comprimé Frescoral dispose d'une concentration élevée en molécules actives qui lui assure une efficacité (dentition protégée, bouche saine, haleine pure et fraîche).

www.frescoral.com



Esthétique. Stable. Parfait.

StructurPremium

Des provisoires qui répondent aux meilleures exigences

- **Esthétique comme la céramique**
grande stabilité de teinte, fluorescence et brillance naturelle
- **Dur comme l'émail**
une extrême haute sûreté contre la casse et une grande résistance à la fracture
- **Manipulation parfaite**
 finition rationnelle, grâce à une possibilité de polissage facile



VOCO Centre de Service:
René Tellouck · Tél./Fax 01.34.12.37.86 · Portable 06.08.81.40.54
Phillippe Sellame · Tél./Fax 04.91.71.88.56 · Portable 06.86.45.10.92

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

La recherche scientifique créative

SUR LE

fil



PLAFONNIER 3965 : Le confort visuel au fauteuil

L'exercice de la dentisterie au quotidien dans le cabinet dentaire est loin des conditions idéales de luminosité. Parmi les matériels qu'il ne faut surtout pas négliger lors de l'agencement de son cabinet dentaire c'est le plafonnier et la qualité de lumière qu'il diffuse.

Lorsque vous observez une dent, elle vous reflète le rayonnement des ondes de couleurs qui la composent. Pour cela, le plafonnier doit obligatoirement émettre une énergie relative suffisante et équilibrée sur l'ensemble du spectre visible afin de permettre l'analyse chromatique des moindres nuances qui la compose.

Prenons le cas de la prise de teinte qui rime bien souvent avec prise de tête. L'objet, c'est à dire la dent, est composée de nuances et de caractérisations. Il vous faut les percevoir afin de réaliser une restauration à l'aide de matériaux composites, ou pour transmettre à votre technicien toutes les données pour la réalisation de cette prothèse afin d'avoir une intégration en bouche sans problème. Si la lumière émise n'est pas complète, un certain nombre de détails ne pourront être vus et ils manqueront sur la prothèse réalisée.

Des trois données qu'il faut analyser : luminosité, saturation et la teinte, la luminosité est la plus importante. Vous pouvez avoir en bouche sur une reconstitution ou une prothèse une légère différence de teinte mais si vous avez la bonne luminosité cela ne se détectera pas. Par contre, vous pouvez être exactement dans la teinte mais avoir une mauvaise luminosité, cela ne passera pas.

Pour cela, la société GAMAIN acteur reconnu dans le monde dentaire et dans la colorimétrie industrielle a développé le premier plafonnier double illuminant. Le 3965 est le premier éclairage dentaire destiné à l'analyse des paramètres de la couleur de la dent.

- Détermination de la luminosité sous l'illuminant A (incandescent)
- Détermination de la saturation et de la teinte sous l'illuminant D 65 (lumière du jour)

La lumière émise est équilibrée et complète dans tout le spectre de la lumière visible de l'U.V à l'infrarouge, ce qui vous apporte un confort de travail sans fatigue excessive de votre système visuel et une vision complète des couleurs.

Gamain

Tél. : +33 1 41 27 20 73 - www.gamain.fr

NEKS TECHNOLOGIES INC.

neks D-Carie mini®

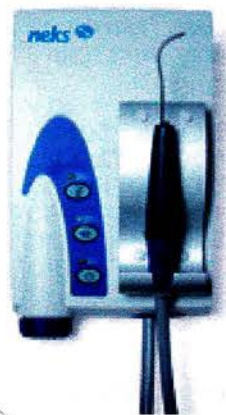
C'est dans le cadre du récent congrès de la Chicago Dental Society que l'entreprise lavalloise neks Technologies Inc. a présenté la version miniature de l'appareil **neks D-Carie®** à plus de 25 000 professionnels de la santé dentaire. Cet appareil de détection de la carie occlusale et interproximale, mis en marché l'an dernier à titre de découverte mondiale, est désormais offert en format réduit. De la taille d'un stylo, le **neks D-Carie mini®** s'utilise de la même façon que la version connue du **neks D-Carie®**, mais a l'avantage d'être sans fil et léger, donc plus maniable, et de fonctionner à piles.

La technologie optique utilisée par neks, qui fait usage de diodes électroluminescentes et qui permet la détection précise de la carie occlusale, et ce, même au stade primaire de la lésion, a été mise au point par le Dr Naim Karazivan. Le **neks D-Carie mini®** est une aide au diagnostic : utilisé conjointement avec un cliché radiologique, il offre au praticien la possibilité d'évaluer une troisième dimension, soit le volume de la carie, et cela avant de débiter l'ouverture d'une cavité.

Le **neks D-Carie®** détecte plus de 91 % des caries occlusales, ce qui est deux fois plus efficace qu'un examen tactile et visuel traditionnel. Il s'agit d'un outil de prévention dentaire entièrement stérilisable, non invasif et parfaitement approprié pour le traitement des enfants et des femmes enceintes.

Le nouveau **neks D-Carie mini®** sera offert sur le marché dès le mois d'avril au prix de 3 799 \$.

neks distribue ses produits à l'international par l'intermédiaire d'un réseau d'agents.



NEKS TECHNOLOGIES INC.

8 Tél. : (450) 973-3598 Sans frais : 1(866) 887-6357
info@neks.com

MELISA DIAGNOSTICS Ltd Allergie aux métaux dentaires

MELISA® est le premier et seul test sanguin validé scientifiquement, permettant de tester simultanément un grand nombre d'antigènes et de métaux incluant divers composés de mercure, nickel, plomb, argent, titane, manganèse, et béryllium. Les allergies aux métaux sont fréquemment diagnostiquées chez les patients présentant diverses maladies telles que les maladies de la peau (Psoriasis, Eczéma), les maladies auto-immunes (Sclérose en plaques, Thyroïdite, et Maladie de Sjogren) ainsi que les maladies gastro-intestinales.

Les patients présentant des symptômes de fatigue profonde dont la cause est inconnue (Syndrome de fatigue chronique) souffrent souvent d'allergie aux métaux induite par les amalgames dentaires.

Une autre application importante de la technologie **MELISA®** est dans le domaine de l'implantologie et la médecine dentaire : des changements au niveau de la muqueuse buccale autour des amalgames dentaires, tels que le lichen oral, peuvent être dus à une réaction allergique au contenu en métal de ces amalgames. Chez les patients sensibles aux métaux, le remplacement de ces amalgames induit souvent une diminution, voir même une disparition complète des symptômes.

En effet, des études cliniques effectuées sur des patients présentant des allergies aux métaux, démontrent que le remplacement d'amalgame dentaire par un onlay céramique conduit à une amélioration importante de l'état de santé dans 71% des cas d'allergie au mercure, le taux le plus élevé d'amélioration clinique étant chez les patients atteints de sclérose en plaques, et le plus bas taux chez les patients souffrants d'eczéma.»

MELISA Diagnostics Ltd
London, United Kingdom
(+44) 7704-516-906

PD VITALOS CEMENT



Ciment de Régénération Osseuse

- Minéral
- Résorbable
- Durcissant in situ
- Ostéo-conducteur



« Moins d'impôts pour les sociétés libérales »

par Rémi DUMAS

Les membres de professions libérales, quel que soit leur secteur d'activité, ont le sentiment d'être soumis à une pression fiscale excessive. Or, alors même que la réforme du barème de l'impôt sur les revenus perçus en 2006 doit s'accompagner d'un coefficient majorateur de 1.25 pour les professionnels non adhérents de centres de gestion agréés, il est un moyen pour eux de réduire leur imposition : se constituer en Société d'Exercice Libéral (SEL) et en user de façon patrimoniale.

Précurseur dans ce domaine, Rémi Dumas nous propose ici la deuxième édition de son guide sur la Société d'Exercice Libéral. Il montre qu'en constituant une SEL pour la gestion de l'ensemble de son patrimoine, l'on parvient à une diminution considérable de son imposition et de ses cotisations sociales.

Aide mémoire complet, Moins d'impôts pour les professions libérales grâce à une vision patrimoniale de la Société d'Exercice Libéral, est avant tout un ouvrage pratique sur la SEL : création, fonctionnement, fiscalité... tout est détaillé.

Paru aux éditions MAXIMA-Laurent Dumesnil

Tél. : 01 44 39 74 01

16X24 cm, Br., 208p – 36,80 €



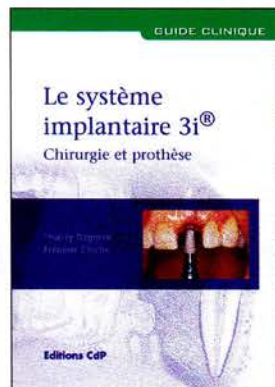
« Le système implantaire 3i® - chirurgie & prothèse »

par Thierry DEGORCE & Frédéric CHICHE

Au-delà du manuel d'implantologie qu'il représente, ce livre est exclusivement consacré au système 3i®. Deux cliniciens y associent leurs connaissances et leur expérience pour décrire avec précision les étapes cliniques en relation directe avec les composants de ce système, afin d'en optimiser l'utilisation. Ils présentent les divers composants chirurgicaux et prothétiques avec leurs caractéristiques et leurs indications, ainsi que les études de référence publiées à ce jour, afin que le lecteur ait accès à l'ensemble des données qui ont permis au système 3i® de se développer avec fiabilité. Du point de vue chirurgical, les auteurs détaillent les points communs et les particularités des quatre familles d'implants composant le système 3i®, pour guider le praticien dans le choix de l'implant le mieux adapté à chaque situation. Du point de vue prothétique, ce livre aborde les différentes techniques d'empreintes possibles, en fonction du type d'édentement et de la prothèse envisagée. Enfin, la réalisation de dispositifs de rétention stabilisateurs de prothèse totale est abordée sous la forme classique de barre de conjonction, mais aussi de façon originale, grâce à l'utilisation du système Locator®. L'ambition de cet ouvrage est de permettre à l'omnipraticien comme au spécialiste d'aborder ou de développer avec efficacité la pratique de l'implantologie en exploitant l'ensemble des vastes possibilités du système chirurgical et prothétique 3i®.

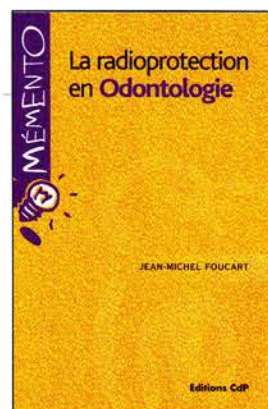
Paru aux éditions CdP - 01 41 29 77 36

2005, broché, 15X21, 256 pages, 530 figures – 75 €



« La radioprotection en Odontologie »

par Jean-Michel FOUCART



La transposition des directives européennes Euratom 96/29 et 97/43, qui fixent les normes relatives à la protection de la population, des travailleurs et des patients contre les dangers des rayonnements ionisants, a récemment modifié l'organisation et la réglementation de la radioprotection en France. Depuis plusieurs mois, les Codes de la santé publique, du travail et de la Sécurité sociale imposent au chirurgien-dentiste :

- Une formation initiale et continue relative à la protection des patients exposés, à effectuer avant le 19 juin 2009 ;
- La maintenance et le contrôle de qualité des installations de radiodiagnostic ;
- La justification et l'optimisation de chaque acte de radiodiagnostic ;
- La désignation et la formation d'une « personne compétente en radioprotection » des travailleurs.

L'objectif de ce guide pratique est d'apporter les éléments nécessaires à la mise en œuvre des principes – fondamentaux et obligatoires – de radioprotection dans l'activité quotidienne des chirurgiens-dentistes. Ses chapitres permettent de répondre aux différentes obligations légales actuelles. Chacun d'eux propose des fiches pratiques de mise en œuvre des principes de justification, d'optimisation et d'organisation de la maintenance et du contrôle de qualité des installations de radiodiagnostic.

Jean-Michel Foucart est Maître de conférences des Universités, Praticien Hospitalier et a participé, en tant qu'expert, à différents groupes de travail mis en place par la Direction Générale de la Sûreté nucléaire et de la Radioprotection, pour accompagner l'élaboration des textes réglementaires dans le domaine de la radioprotection.

10 Paru aux éditions CdP – 01 41 29 77 36

2004, broché, 11,5 X 17,8 cm, 144 pages – 49 €

« Odontologie pédiatrique au quotidien »

par Frédéric COURSON & Marguerite-Marie LANDRU

L'odontologie pédiatrique, plus communément appelée pédo-dontologie, est reconnue comme une discipline à part entière. Néanmoins la grande majorité des enfants est aujourd'hui encore soignée par l'omnipraticien et cet exercice difficile doit être envisagé de façon spécifique.

Dans ce livre, les auteurs développent, à la lumière des connaissances actuelles, les modalités à mettre en œuvre pour les thérapeutiques les plus courantes chez l'enfant. L'approche psychologique est développée pour faciliter cette relation particulière entre celui-ci et le praticien. L'ensemble des principes à appliquer est exposé dans les différents chapitres : observation clinique, diagnostic avec évaluation du risque carieux individuel, plan de traitement, pathologies bucco-dentaires de l'enfant, moyens thérapeutiques modernes, interception des malocclusions, prévention.

Cette nouvelle édition mise à jour et en couleurs permettra au praticien non seulement de traiter ses jeunes patients de manière efficace, mais aussi et surtout de les faire profiter pleinement des possibilités actuelles de la dentisterie préventive et restauratrice.

Paru aux éditions CdP - 01 41 29 77 36

2005, broché, 15X21cm, 176 pages, 127 figures – 59 €





La nouvelle génération 'hydrokinétique'
Waterlase^{YSGG} (Er,Cr3+ :YSGG) Dental Lasers
 (Sans douleur et Sans effets thermiques !)

La **Révolution** pour moderniser votre cabinet sont maintenant disponible

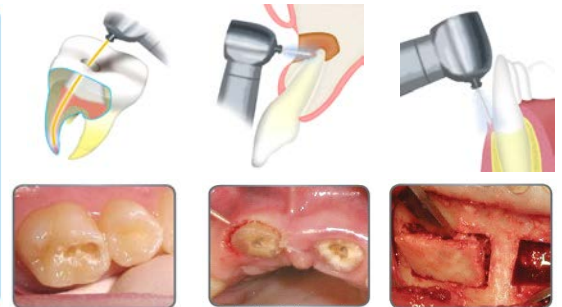
L'efficacité de ce dispositif repose sur la technologie 'hydrokinétique' dans laquelle un spray aqueux absorbe l'énergie d'un rayonnement laser et la restitue sous la forme de particules chargées. Cette technique permet de réduire la douleur et l'anxiété que les patients éprouvent traditionnellement en allant chez le dentiste.

Son usage permet d'éviter la survenue de blessures des structures adjacentes souvent observées lors de l'utilisation de fraise à grande vitesse de rotation. Il n'y a pas de brûlure des tissus osseux, les oedèmes sont réduits voire inexistantes et les patients ne se plaignent plus de douleurs intenses post-opératoires.

La nouvelle indication de ce dispositif, concerne des interventions portant sur les tissus mous tels que l'émail, la dentine et les tissus lésés de la pulpe dentaire.



Design: Mercedes Benz – AMG and NASA 's rockets into orbit (Northrup Grumman)



LaserSmile

Blanchiment des dents en 30 minutes avec une pièce à main conçue pour un traitement par quadrant



Le **LaserSmile**, permet d'effectuer des blanchiments en une seule séance au fauteuil. De plus, **LaserSmile** permet de traiter des problèmes de gencives en décontaminant les poches péri-dentaires et ce, sans douleur. En effet, le laser stérilise les poches en rayant ainsi les bactéries sous gingivales à l'origine de la maladie parodontale.



LaserSmile aussi pour: Réparations gingivales avant la prise d'empreinte - Débridement sulculaire - Gingivectomies—Gingivoplasties - Incision / excision gingivale – l'Hémostase - Biopsies – Excision des fibromes - Frénectomie / frénotomie – Chirurgie gingivale au service de l'implantologie- Incision des abcès - Excision des leucoplasies - Papillectomies - Pulpotomies - Réduction des hypertrophies gingivales—Elongations coronaires—Traitement des aphtes etc. La plupart sans anesthésie

Disponible en exclusivité pour la France chez:



2203 chem. de Saint Claude
 Le CHORUS Bat. A N° 21
 06600 ANTIBES

Dental Impact

Tel.: 04 93 34 58 48

E-mail: info@biolase-France.com

Visitez aussi notre site:

www.biolase-france.com

Notre DVD avec des tests cliniques est disponible sur demande. Inscrivez-vous pour nos séminaires (gratuit) ou demandez une visite de nos spécialistes.

Comment réussir son Anesthésie ?

Le matériel

Même si les praticiens disposent tous d'un même matériel qui n'a pas beaucoup évolué, outre le matériel stérile jetable et le matériel d'injection contrôlé électroniquement, rien ne peut remplacer une bonne technique. L'injection de volumes importants et de solutions plus concentrées ne font qu'augmenter les risques et n'amélioreront pas la qualité de l'anesthésie.



● L'Anesthésique de contact

C'est une étape importante. Cet anesthésique doit être placé avec un coton tige sur la région à anesthésier.

● Trois types de solutions anesthésiques sont utilisées

Elles sont sans vasoconstricteur, celles avec des concentrations de vasoconstricteurs aux 100/1 000èmes et aux 200/1 000èmes.

● Le SOFICONCEPT

de Septodont, dispositif jetable, qui permet d'éviter les piqûres accidentelles.

● L'ANAEJECT

Il permet de contrôler parfaitement le débit de la solution et de réaliser essentiellement des anesthésies palatines quasiment indolores, car le doigt n'est plus crispé sur la poignée de la seringue et l'injection se fait extrêmement lentement ; l'attention de l'opérateur est focalisée uniquement et strictement sur le point d'impact.

Les produits

■ Les anesthésiques

Tous les anesthésiques locaux sont des dérivés synthétiques de la cocaïne et sont composés en général de 3 parties : un noyau benzénique lipophile (la partie active de l'anesthésie) et une chaîne intermédiaire qui se termine par une fonction amide hydrophile avec deux radicaux de substitution. Selon le type de liaison qui va rattacher le noyau benzénique à la chaîne intermédiaire, nous aurons les 2 grandes familles anesthésiques :

La première famille, à liaison ester, dont le chef de file est le premier anesthésique qui a été mis sur le marché en 1904, la procaine. Aujourd'hui, les anesthésiques à liaison ester ne sont plus utilisés.

La deuxième famille, à liaison amide, la plus utilisée aujourd'hui, dont le chef de file est la lysocaïne. Aujourd'hui, la solution anesthésique qui est la plus utilisée est l'articaine, qui est en fait une lysocaïne modifiée avec un groupe thiophène sur le noyau benzénique. Il est plus efficace que la xylocaïne puisqu'il est déjà à 4 % au lieu de 2%.

■ Les vasoconstricteurs

Les vasoconstricteurs sont indispensables. Ils sont comparables aux neuromédiateurs du système. Le vasoconstricteur est l'adrénaline. La noradrénaline encore extrêmement utilisée est bien moins efficace et beaucoup plus toxique (cardio toxiques et hypertensives).

Concernant la concentration, celle au 200 millième est la concentration idéale en soin classique. Le 100 millième peut être intéressant lorsque l'on a besoin d'avoir une hémostase en chirurgie.

Les vasoconstricteurs présentent plusieurs avantages :

Ils vont réduire la toxicité de la solution anesthésique, la concentration va être maintenue localement. On aura un meilleur temps de contact avec la fibre nerveuse avec des quantités moindres d'anesthésiques, puisque les solutions restent sur place. Si l'on a besoin d'hémostase, on aura une vasoconstriction qui permettra de travailler efficacement. Concernant l'environnement anatomique, pour une anesthésie réussie, la solution doit être déposée le plus près du tronc nerveux, car l'efficacité de l'anesthésie va dépendre de la concentration.

Pour les **vasoconstricteurs**, il existe des **contre-indications absolues** ainsi que des **interactions médicamenteuses** à éviter. Concernant les **interactions médicamenteuses**, il n'y a pas de contre-indication avec l'adrénaline (bêta-bloquant, IMAO). On peut utiliser une concentration d'adrénaline au 200 millième, mais surtout pas de noradrénaline lorsque les patients sont sous antidépresseurs. Pour les **Contre-indications absolues** : Le phéochromocytome est une contre-indication absolue. Les vasoconstricteurs sont évidemment contre-indiqués pour les patients qui ont été irradiés dans la région des maxillaires, pour ceux souffrant d'arythmie, de crise quotidienne d'angine de poitrine, et ceux ayant eu un infarctus au cours des six derniers mois.

■ Le Maxillaire

L'anesthésie fonctionne bien aux maxillaires parce que la corticale externe et vestibulaire est mince, les fibres nerveuses sont réellement accessibles et de faible diamètre, les muscles qui s'insèrent sont peu épais, et les apex sont

Effectuer un contrôle de la douleur de manière régulière et constante en odontologie est un réel pré-requis qui dépend de plusieurs facteurs : le matériel, la technique, le patient (variation anatomique). Les professeurs Pierre Carpentier et Pierre Machtou, qui travaillent sur la question de l'anesthésie depuis longtemps, ont été invités par la société scientifique dentaire du net, ZEDENTAL.com, à faire le point sur les nouvelles techniques et matériels d'anesthésie lors d'une conférence interactive en direct, qui s'est déroulée le 12 décembre dernier. Modérée par le professeur Patrick Misika, elle a été suivie par plusieurs centaines d'internautes. La conférence est désormais accessible en différé sur www.ZEDENTAL.com



en position vestibulaire. Tout concourt à ce que tout marche, mais chacun d'entre nous a pu pourtant rencontrer des difficultés.



● Les incisives centrales et latérales

L'anesthésie de choix est l'anesthésie para-apicale, qui se réalise très simplement dans le vestibule en longeant parallèlement l'axe de la corticale. Il n'est pas nécessaire de piquer obliquement pour déposer la solution : On arrive en regard des apex, en général **distalement** par rapport à la dent que l'on veut anesthésier, et on fait une aspiration qui est fréquemment négative dans cette région. On dépose alors la solution extrêmement lentement. Pour les incisives médianes, si l'on pique trop haut et trop médian, l'on va se retrouver sur l'épine nasale antérieure, avec un os compact qui empêchera la diffusion de l'anesthésie. Le patient qui aura mal va nous prévenir immédiatement. L'injection est dure sur le piston de la seringue, il faut alors retirer l'aiguille et piquer plus latéralement.



● Les canines et les prémolaires

Nous aimons bien utiliser l'anesthésie dans la fosse canine car elle va bloquer les rameaux des branches alvéolaires moyens et antérieurs. On va piquer parallèlement à la corticale selon le grand axe de la première prémolaire. On pique donc bien plus haut que les apex, et on dépose la solution sans chercher à avoir le contact osseux pour anesthésier les branches alvéolaires. Pour ce faire, il faut une aiguille longue à tronculaire de 50 centièmes de diamètre, totalement indolore. Quand on utilise ces aiguilles, on pique dans des tissus qui sont lâches, ce qui ne pose aucun problème. Mais si l'on pique trop haut dans la région canine,

on sera encore dans une région d'os compact et la solution ne diffusera pas. Au niveau de la fosse canine, il faut piquer plus distalement au niveau de la première prémolaire, et non pas en regard de la canine.

● L'anesthésie palatine

Il existe une technique récente qui permet de bloquer le secteur prémolaire, canine et incisive avec seulement une injection d'une demi-cartouche, mais en palatin. Cette technique de l'anesthésie palatine est très intéressante dans le cas de restauration esthétique, lorsque l'on a besoin d'avoir la ligne du sourire du patient et non pas ses lèvres endormies. Utiliser ce bloc va bloquer les branches antérieures et moyennes du nerf maxillaire supérieur. L'anesthésie est très simple à réaliser : On va se situer entre la première et la seconde pré-molaire exactement à mi-distance entre le collet et la suture palatine, et on injecte une demi-carpule, ce qui nous permet d'obtenir une anesthésie pulpaire de tout le secteur de la deuxième prémolaire jusqu'à l'incisive centrale, la muqueuse palatine et la muqueuse vestibulaire. Une anesthésie qui mérite qu'on s'y intéresse, notamment pour les praticiens qui font des réparations esthétiques dans le secteur antérieur.

● Les molaires

Pour les molaires, pour avoir des anesthésies profondes et longues, on privilégie toujours les blocs. Aux maxillaires, il existe :



◆ **Une anesthésie dite tubérositaire**, indolore et facile, où on anesthésie les branches alvéolaires postérieures du nerf maxillaire. La première chose à faire est de demander au patient de déporter sa mandibule un tout petit peu du côté vers lequel on va anesthésier, et de ne pas ouvrir la bouche très grand, de manière à pouvoir tracter le vestibule et avoir un accès extrêmement clair et fiable à cette région vestibulaire en regard de la deuxième molaire maxillaire.

L'aiguille est introduite au fond du vestibule en regard de la 17 à 45° par rapport au plan de la deuxième molaire en arrière. On va utiliser une aiguille de 20 mm à peu près, que l'on va insérer en laissant 3 ou 4 mm en dehors de la muqueuse. La plupart du temps la racine mésiale reçoit une innervation annexe du rameau alvéolaire moyen, qui n'est pas toujours constant, c'est pourquoi il est recommandé de faire un rappel en regard de la deuxième prémolaire.

On voit la branche externe de la sphère alvéolaire qui descend obliquement à 45° vers la première molaire, ce qui signifie qu'elle se trouve idéalement

sur le trajet de l'aiguille. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas longer la table osseuse à ce niveau, au risque d'embrocher cette artère et d'entraîner des liaisons vasculaires.

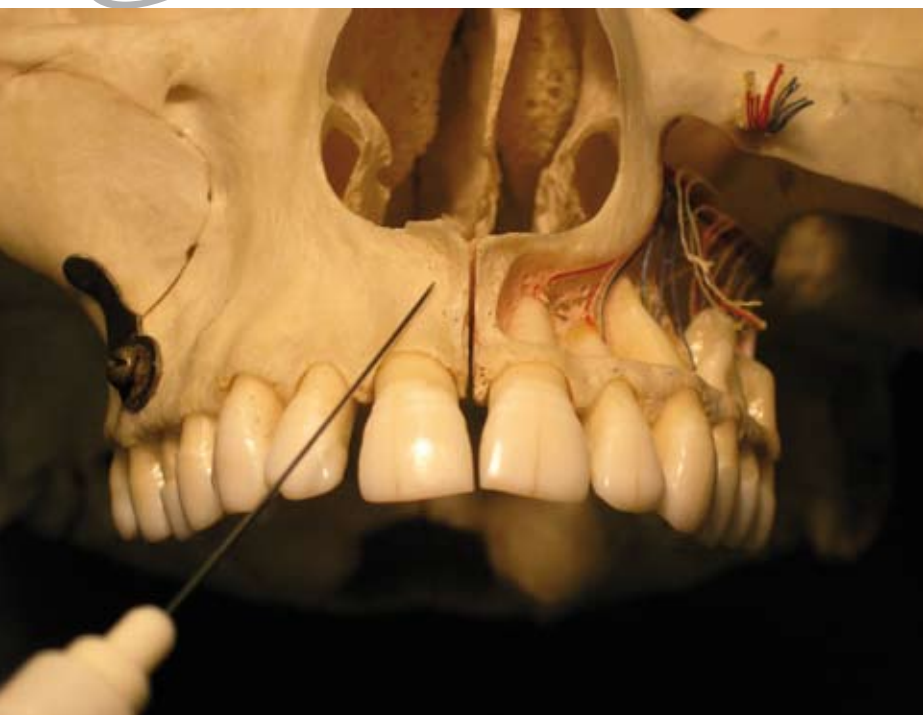
◆ **L'anesthésie du nerf maxillaire supérieur** utilise la même technique que l'anesthésie tubérositaire. On utilise une aiguille de 36 mm, enfoncée plus loin, en laissant environ 3 à 4 mm d'aiguille en dehors du vestibule, toujours en longeant la corticale. Il ne faut jamais faire pénétrer l'aiguille jusqu'à la garde, parce que la jonction entre l'aiguille et l'embout en plastique est la zone la plus fragile, qui risque de se fracturer. On ne pourrait alors pas récupérer l'aiguille.

Enfin, il est impératif d'évaluer la **hauteur du maxillaire** chez le patient, car cette hauteur peut varier du simple au double : Vous pouvez avoir un maxillaire de 4 cm et un maxillaire de 8 cm. Si vous avez une profondeur de pénétration trop importante sur un maxillaire peu développé dans le sens vertical, vous risquez d'avoir une diffusion de la solution anesthésique vers la cavité orbitaire. Vous aurez à ce moment là **une diplopie et un strabisme passager**.

■ La Mandibule

● Les incisives et les canines

Les échecs se rencontrent plus souvent à la mandibule qu'aux maxillaires, mais pas dans toutes les régions : En ce qui concerne le groupe incisivo-canin, on a assez peu de problème. Il y a une certaine similitude entre ce secteur antérieur de la mandibule et le maxillaire. La corticale est mince, il y a fréquemment des fenestrations et des déhiscences, et on va utiliser classiquement l'anesthésie locale para apicale. Une des erreurs



L'ANESTHÉSIE PAS A PAS

- ◆ Demander aux patients de se rincer la bouche avec de la chlorhexidine, ce qui évitera de devoir faire une désinfection spécifique de la zone à anesthésier.
- ◆ Vérifier le fonctionnement de la seringue et, très important, sécher les tissus avec une compresse de gaz pour éliminer d'éventuels débris et avoir une vision absolument précise. Appliquer ensuite un anesthésique de contact et laisser agir pendant environ une minute. Toujours informer le patient de ce qu'on lui fait de manière à ce qu'il n'ait ni appréhension, ni douleur.
- ◆ Attention : Les anesthésiques de contact sont des produits très concentrés (jusqu'à 15%) et cela peut être extrêmement toxique si la diffusion du produit n'est pas contrôlée. On préfère pour cela le gel au spray. Au niveau du coton-tige, badigeonner et ne pas le laisser en contact, comme beaucoup le font : une diffusion dans la salive est probable et une toxicité systémique possible.
- ◆ Ensuite, très important, tracter réellement les tissus, les tirer comme une peau de tambour. Ainsi, lorsque l'on insère l'aiguille au niveau du vestibule, l'impact de l'aiguille ne sera pas ressenti par le patient. Dès que l'aiguille a traversé la muqueuse, injecter immédiatement quelques gouttes, et avancer très lentement vers la cible.
- ◆ Puis, étape incontournable, surtout lors de la réalisation d'un bloc, aspirer, de manière à ne pas effectuer une injection intra-vasculaire qui, en raison de la toxicité des molécules anesthésiques, peut créer une overdose.
- ◆ Injecter lentement 1 ml par minute. Une cartouche doit être injectée en deux minutes, elle comprend 1,8 ml de solution. Deux minutes est le temps nécessaire exact à l'injection de la solution.

classiques consiste à vouloir enfoncer trop profondément l'aiguille. Dans ce cas, les conditions anatomiques ne sont plus du tout les mêmes car l'on va se retrouver en rapport avec un os cortical relativement épais. Il faut bien déposer la solution en regard des apex, et ne pas oublier de tracter également la lèvre inférieure vers l'avant pour éviter une possible infiltration du muscle mentonnier.

En cas d'échec, si vous injectez en regard de la 42, il faut faire un complément du côté opposé, parce qu'il est montré que le nerf incisif croise la ligne médiane. Il faut savoir que la **première attitude à adopter est de compléter du côté opposé**. Si vous êtes toujours face à un échec, il faut alors faire un complément lingual, de part et d'autre du frein de la langue, pour venir bloquer le nerf du mylo-hyoidien, et du ventre antérieur du digastrique, qui pénètre la région symphy-saire. Cette suppléance nerveuse existe dans 50 % des cas. Malgré cela, si vous êtes toujours face à un échec, il faut savoir que le nerf mentonnier, qui est principalement dédié aux tissus mous de la lèvre et du menton, donne également des rameaux osseux qui viennent s'anastomoser avec le plexus incisif, donc : anesthésie bilatérale des deux nerf mentonniers.

● Les prémolaires

En ce qui concerne les prémolaires, on va utiliser cet orifice naturel qu'est le foramen mentonnier pour faire pénétrer la solution et les problèmes seront principalement dans le secteur molaire.

Concernant **l'anatomie** : Le nerf mandibulaire, qui est le V3, troisième branche de division du trijumeau, et qui va donner différentes branches dont le nerf lingual, le nerf auriculo tempore et celui qui nous intéresse particulièrement : le nerf alvéolaire inférieur qui pénètre la mandibule. Ce nerf alvéolaire inférieur va bien sûr innervent toutes les dents mandibulaires. Il est formé de fines branches qui vont se détacher du tronc principal, ce nerf alvéolaire inférieur va se diviser en donnant une branche mentonnière et une branche incisive, qui s'individualisent plus ou moins rapidement. Cela veut dire que la branche mentonnière peut pratiquement être individualisée dans certaines conformations, dès l'entrée du nerf alvéolaire inférieur dans la mandibule, autrement dit au foramen mandibulaire.

Les **indications** sont très limitées. L'indication principale est l'anesthésie de la 44. L'anesthésie de la 45, en fonction des techniques, n'est pas toujours obtenue, tout comme celle de la 43. D'autre part, il est évident que l'inconvénient de cette anesthésie est bien sûr l'anesthésie des rameaux labiaux : Notamment chez les enfants, il y a un risque de morsure, au point qu'on est forcé de déposer un coton salivaire dans le vestibule pour éviter cet inconvénient.

Pour **la technique** : La position du foramen mentonnier est extrêmement variable. En première intention, contrairement à ce qui est dit dans les manuels, il se situe au niveau de la deuxième

prémolaire. Ce n'est que de deuxième intention qu'on va le trouver entre les deux prémolaires, à savoir qu'il y a des localisations exotiques, comme par exemple la racine mésiale de la 6, voire la première prémolaire. Donc, la meilleure solution consiste à prendre une radiographie rétro alvéolaire. Pour commencer, afin d'éviter les lésions vasculaires et les douleurs, il est recommandé de ne pas pénétrer dans l'orifice. Dans ce cas, on va déposer la solution anesthésique à proximité de l'orifice et on va masser les tissus pour que la solution pénètre à l'intérieur de l'os alvéolaire. Si on injecte de l'avant vers l'arrière, on n'a quasiment aucune chance de pénétrer.

Pour la 44, si l'on rentre ou pas dans le foramen, les résultats seront à peu près équivalents ; par contre, lorsque l'on cherche une anesthésie de la 45, voire de la 43, on est plus efficace en rentrant dans le foramen. Par conséquent, il faut savoir que l'on va « payer » l'efficacité de l'anesthésie, en prenant un risque de lésion vasculaire. Et dans cette région, lorsqu'il y a un hématome qui s'installe, il est fort disgracieux pour le patient, et dure pratiquement une semaine. En première intention, je conseille donc de déposer la solution à proximité (une carpule, une demie-carpule) et de masser.

● Les molaires

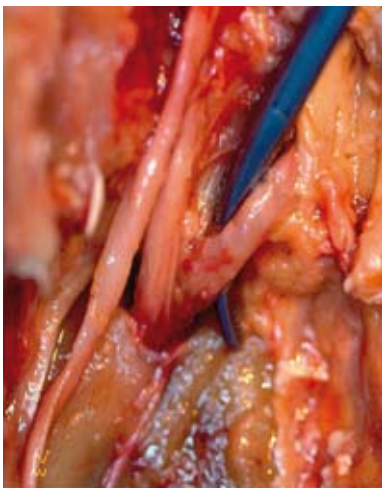
On va être en présence d'un étui cortical relativement épais, surtout vestibulairement, ce qui veut dire que l'injection vestibulaire sera peu efficace pour les soins dentaires. Dans ce contexte, l'on est amené classiquement à faire une anesthésie à distance, bloquer le nerf alvéolaire inférieur avant qu'il ne pénètre dans la mandibule, dans la fosse ptérigomaxillaire, que l'on appelle maintenant la fosse infra-temporale.

CONSEILS PRATIQUES

- ◆ Il ne faut pas utiliser les systèmes de préchauffage. Si les cartouches sont maintenues à température ambiante, le système de préchauffage n'est pas nécessaire. Cela évitera d'autre part les brûlures.
- ◆ Par ailleurs, il ne faut pas immerger les carpules dans de l'alcool, pratique répandue chez les praticiens, mais utiliser une compresse imbibée d'alcool et essuyer la partie en silicone de la carpule.
- ◆ Il est inutile de faire des anesthésies sous-périostée puisque les anesthésies vont diffuser très facilement au travers du périoste. Rappelons encore une fois que ces anesthésies sont trop douloureuses pour le patient.



◆ **La technique anatomique** : Dans cette technique classique au foramen mandibulaire, on va chercher à déposer la solution dans la dépression qui est située juste au-dessus et en arrière du foramen mandibulaire, à l'entrée du canal mandibulaire. On la repère par des éléments osseux, la solution la plus simple et aussi la plus fiable. Dans ce secteur, l'élément qui pose problème est le ligament sphéno-mandibulaire. Sans faire un cours d'anatomie, je voudrais simplement rappeler, d'une part, que ce ligament est constant et qu'il s'insère sur le sphénoïde au niveau de la base du crâne. A ce niveau, il est relativement grêle, par contre, vous voyez son importance quand il vient s'insérer sur la mandibule. On voit la largeur de ce ligament qui s'insère sur la lingula, c'est-à-dire sur l'épine de Spix. Il faut bien comprendre que l'on va déposer cette solution entre deux plans : un plan osseux latéral, qui est la face interne de la branche mandibulaire, et un plan ligamentaire médial, qui est le ligament sphéno-mandibulaire.



Un des problèmes à la mandibule est que l'on a affaire à un os mobile par rapport à la base du crâne. Cette mobilité est extrêmement importante sur la diffusion de la solution anesthésique. Ceci amène

une remarque : lorsque vous faites une anesthésie au foramen mandibulaire, cette injection doit être impérativement lente, car si vous avez fait une anesthésie en trente secondes, que le patient avale sa salive ou se rince la bouche, la solution anesthésique n'est plus à l'endroit où vous l'avez déposée.

Les éléments importants, en terme de repères, sont les éléments musculaires : le tendon profond du temporal, qui s'insère sur la crête temporale, et le tendon superficiel, qui s'insère sur le bord antérieur de la branche mandibulaire. L'anesthésie régionale du nerf alvéolaire inférieur nécessite de déposer la solution dans un entonnoir anatomique, situé entre la face médiale de la branche montante de la mandibule et le ligament sphéno-mandibulaire, qui s'insère entre la lingula et l'anti-lingula sur la berge bordant le foramen mandibulaire. Il est donc nécessaire que l'aiguille passe au minimum 5 mm au dessus de l'épine de Spix, pour que l'angle entre ces deux plans s'ouvre suffisamment. Pour atteindre cet objectif, les repères osseux sont les plus fiables, et toujours utilisables contrairement aux références dentaires.

Le bord antérieur présente une concavité dont la partie la plus profonde permet de situer la position de l'aiguille dans le sens vertical, son relief est aisément identifiable à la palpation intra-orale. La crête temporale, située en arrière et en dedans du bord antérieur, constitue le deuxième repère car elle est située à 12 mm de la lingula, quelle que soit la largeur de la branche mandibulaire. Une première correction porte cette distance à 20 mm, pour atteindre l'échancrure mandibulaire. Une seconde intègre l'épaisseur des tissus mous et établit la profondeur maximale de pénétration de l'aiguille à 25 mm.

La palpation du bord antérieur s'effectue à travers le buccinateur, à l'aide du pouce ou de l'index pour identifier la partie la plus concave et immobiliser le doigt à ce niveau. À partir de ce repère, une palpation transversale est effectuée pour repérer le relief de la crête temporale sur laquelle s'insère le tendon profond du muscle temporal. Les tissus sont plaqués latéralement contre la face médiale de la branche mandibulaire pour situer le point de pénétration de l'aiguille immédiatement en arrière de la crête temporale.

Article réalisé par les
Drs Steve Benero et Norbert Cohen

ZEDENTAL.com

propose aux praticiens une formation éthique rigoureuse, sécurisée qui vient à lui : se former en restant confortablement chez soi, avoir accès immédiat à un large catalogue de formations multimédias assurées par les scientifiques les plus prestigieux, participer à des conférences en direct sur Internet et poser des questions au conférencier...

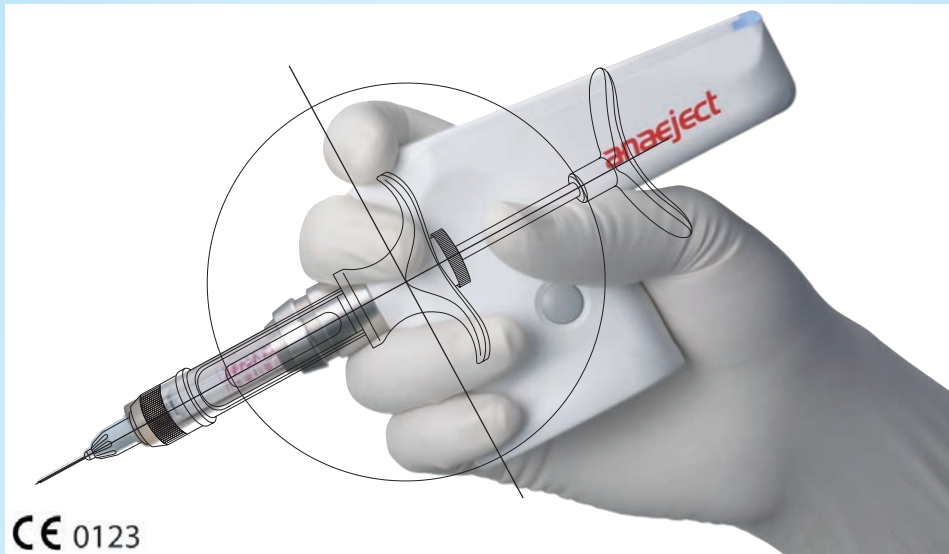
Plus de 17 conférences (Jean-Marie Rignon-Bret, Jean-Pierre Ouhayoun, Serge Armand, Joël Itic, Frédéric Chiche, Pierre Machtou...) et 190 sujets dans l'espace e-Formation sont actuellement disponibles.

Zedental.com

ANESTHÉSIE

anaeject

SYSTEME D'INJECTION
ASSISTÉ ELECTRONIQUEMENT



CE 0123

SANS APPRENTISSAGE,

Découvrez tous les avantages cliniques d'Anaeject:

- Permet tout type d'anesthésie.
- L'autre solution aux anesthésies mandibulaires.
- Facilite et améliore la relation avec les jeunes patients.
- Aucun effort de pression durant l'injection.
- Supprime le stress et l'anxiété des patients.

UNE QUESTION ? PLUS D'INFORMATIONS ? APPELEZ **DOMINIQUE** AU 01 49 76 70 02.

Distribué exclusivement en France par :



Supprimer les morsures de la lèvre chez l'enfant grâce au système d'anesthésie QuickSleeper



Ceci est parfaitement réalisable en pratiquant l'anesthésie transcorticale avec QuickSleeper. Cela consiste à injecter la solution dans l'os spongieux situé entre deux dents. Généralement, pour l'enfant, nous utilisons des aiguilles standards 30/100 – 12mm. **Cette injection se pratique en deux temps :**

① Infiltration de la papille

Contrairement aux seringues classiques, QuickSleeper permet une injection **totale-ment indolore** grâce à une précision maximum (seul système d'anesthésie permettant des points d'appui) et une injection contrôlée électroniquement. Cette technique est aussi plus rapide et plus efficace que l'utilisation d'un gel de contact. (Photo 3)

② Pénétration entre deux dents et injection

Les points d'appui et l'injection régulée permettent là aussi un acte précis, totalement

La morsure de la lèvre lors de soins dentaires chez l'enfant est un problème parfaitement connu et traumatisant (Article du professeur Franz Vincker de Louvain « anesthésie locale chez l'enfant » revue Belge de médecine dentaire 2000/1 - Photo 1).

Aux USA le professeur Malamed propose dans son livre « hand book local anesthesia » de coller sur le front de l'enfant un sticker indiquant que sa langue et sa lèvre sont anesthésiées ! - photo 2.

La meilleure solution est de traiter le problème dès son origine en supprimant l'anesthésie des tissus mous.

Pour éviter ces conséquences néfastes (qui peuvent être à l'origine du refus de l'enfant de poursuivre les soins), **il faut supprimer l'anesthésie à l'épine de Spix et la para-epicentrale.**



Bordeaux · 27 avril
Bruxelles · 4 mai
Clermont-Ferrand · 11 mai
Lorient · 18 mai
Paris · 1^{er} juin

Supprimez l'intrapulpaire, la Spix et la morsure chez l'enfant.
Anesthésiez les molaires mandibulaires sans échec, en moins de 3 min.

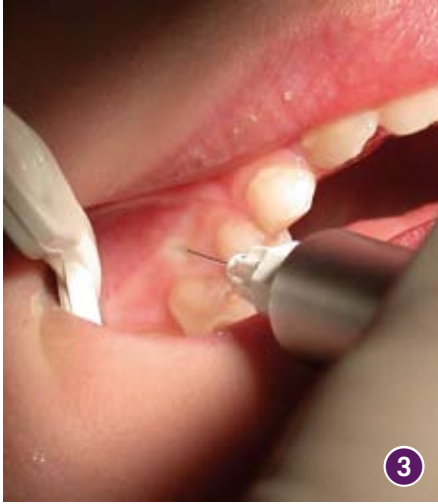
JOURNÉE DE FORMATION EN ANESTHÉSIE TRANSCORTICALE



Inscriptions et autres dates,
appelez Sylvie
au 02 41 56 05 53



Fax 02 41 56 41 25 · mail@afpad.com · www.afpad.com



jection. En supprimant la Spix ou la paraapicale, les tissus mous ne sont plus anesthésiés, **les morsures sont donc définitivement supprimées.** Enfin, les faibles quantités injectées permettent de diminuer la toxicité par quatre.

Avantages de l'anesthésie chez l'enfant avec **QuickSleeper** :

- ◆ 3 min maximum de réalisation (infiltration de la papille + injection dans l'os spongieux).
- ◆ Travail immédiat et sans risque d'échec.
- ◆ Anesthésie des tissus mous supprimée systématiquement
- ◆ Suppression des morsures de la lèvre ou de la langue.
- ◆ Diminution de la toxicité.
- ◆ Applicable à la mandibule et au maxillaire.

indolore et efficace. Chez l'enfant, l'injection se fait à 45° par rapport à l'axe de la dent. **Seulement 1/4 de cartouche** d'Articaïne ou Lidocaïne avec Adréraline (Epinéphrine) 1/100 000 est nécessaire. **Si la pénétration est difficile, QuickSleeper permet la mise en rotation de l'aiguille pour une pénétration sans aucun effort et sans douleur.** - (photo 4).

Pour tous renseignements complémentaires, contactez Isabelle au **02 41 56 41 91**.



Conclusion

Cette anesthésie réalisée avec **QuickSleeper** est particulièrement appréciée chez les enfants. Elle est plus rapide et efficace puisque le travail commence immédiatement après l'in-

Par le Dr Alain GOUZY

Diplômé de la Faculté de RENNES en 1975
Exercice libéral depuis 1976

MEGA DENTAL
Le meilleur du hard discount en 24 h chez vous

OFFERT
pour l'achat de
2 silicones
Putty ou light

DETT DE Healthcare Products
DEDICATED TO EXCELLENCE



LOST

l'intégralité de la saison 1, 7 DVD

Réf. 8493-172

ou

DESPERATE HOUSEWIVES

l'intégralité de la saison 1, 6 DVD

Réf. 8492-172

HP SILICONE PUTTY ET LIGHT

DETT DE Healthcare Products
DEDICATED TO EXCELLENCE

PUTTY. Le coffret de 2 x 250 ml **59€**

Putty soft fast	réf 3253-191
Putty soft regular	réf 3252-191

LIGHT. La boîte de 4 x 50 ml **62€**

Light regular	réf 3255-191
Light Fast	réf 3257-191
Regular medium	réf 3259-191



FORCÉMENT MOINS CHER

Tél. : 0820 45 90 91 - Fax : 01 69 49 20 50 - www.megadental.com

16-18, rue des Investisseurs - Z.A. de la Plaine-Haute - 91560 Crosne

Mega Dental SAS au capital de 80 000€ - RCS Corbeil-Essonne n° 409 405 792 - Offres non cumulables avec les offres promotionnelles, photos non contractuelles, Sous réserve d'erreurs typographiques. Dans la limite des stocks disponibles. Mega Dental se réserve le droit de modifier la marque du cadeau pour un modèle équivalent ou supérieur.

L'attache épithélio-conjonctive



Comme toutes les autres spécialités médicales, la parodontie évolue, continue et continuera d'évoluer.

Les informations relatives à ces changements, quelquefois majeurs, sont disponibles dans la presse professionnelle française mais surtout anglo-saxonne. Pour des raisons multiples, les données scientifiques relevantes et pertinentes pour le praticien mettent obligatoirement un certain temps avant de lui parvenir retardant ainsi les profits qu'il pourrait en tirer.

Cette modeste chronique a pour but d'informer les chirurgiens dentistes des éventuelles modifications à apporter quant aux moyens de diagnostic, traitement(s) et prévention des différentes pathologies parodontales auxquelles ils/elles ont à faire face tous les jours.

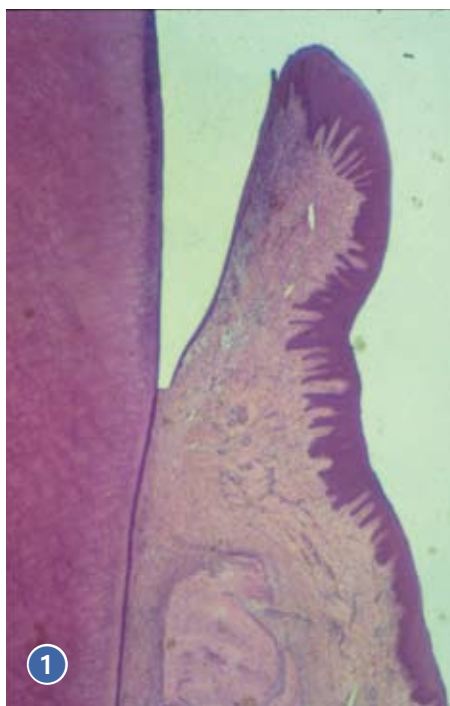
Fragilité et solidité

En parodontie, tout semble commencer et se terminer à la jonction gencive/dent, c'est-à-dire à l'attache épithélio-conjonctive (Figure 1). Celle-ci est à la fois éminemment fragile et solide.

Fragile, car la moindre irritation de cet espace se traduit par des modifications cliniques et infracliniques.

La force qu'est capable de supporter l'épithélium de jonction avant de se détacher de la surface dentaire se situe aux environs de 0,75 Newton ce qui est relativement peu (et en tout cas très éloignée) de ce que le sondage classique impose (1). De même, lors de la réalisation des soins, des prothèses ou du détartrage conventionnel, la jonction dento-gingivale est inévitablement agressée et souvent détruite. Ceci est d'autant plus vrai que le parodonte est inflammatoire et/ou infecté.

Solide, car la réaction inflammatoire physiologique mise en place dans les minutes qui suivent cette agression a pour but de rétablir l'équilibre avec - in fine - une réparation relativement rapide (de l'ordre de quelques jours) mais quelquefois en situation plus apicale que celle d'origine (2).



Défense immunitaire

L'afflux constant de dizaines de milliers de leucocytes par minute et par dent (en majorité des polymorphonucléaires neutrophiles) (Figure 2) provenant des capillaires gingivaux assurent une défense très efficace des tissus parodontaux superficiels et profonds en formant une barrière entre les éléments microbiens et les épithélia de jonction et sulculaire. Leurs fonctions (de l'adhésion à la bactéricidie) ont pour but de conserver une flore microbienne compatible avec la santé parodontale (3). Lorsque ces défenses fonctionnent normalement, le parodonte reste en bonne santé. Lorsqu'elles sont altérées, le parodonte est en danger.

Les cellules épithéliales ont également des rôles très importants dans la défense du parodonte. Non seulement, elles représentent une barrière physique entre le biofilm bactérien (i.e. plaque dentaire) et le tissu conjonctif sous-jacent mais elles ont la capacité de renseigner le système immunitaire sur la nature de l'environnement par l'intermédiaire de molécules qu'elles synthétisent et excrètent (cytokines et interleukines). Le système immunitaire peut alors s'adapter et mettre en place les mécanismes de défense adaptés.

Renouvellement

Les cellules de l'attache épithélio-conjonctive ont un taux de renouvellement (« turn-over ») des plus rapides de l'organisme (1). En quelques jours, la moitié des cellules épithéliales vieillies et/ou mortes sont remplacées par de nouvelles cellules.

En ce qui concerne les fibroblastes (cellules de base des tissus conjonctifs), ces derniers synthétisent puis excrètent les molécules de collagène. Ces mêmes cellules le détruisent lorsqu'il est vieilli grâce à des métalloprotéases et métalloprotéinases (collagénases) (3). Si la quantité de collagène détruit est équivalente à celle synthétisée, le capital de fibres conjonctives reste, au fil du temps, intact.

Conclusions cliniques

◆ La prudence impose donc d'être « délicat » lors de la réalisation des soins, des prothèses et de l'élimination du tartre. Si le parodonte saigne, c'est qu'on est allé « trop loin » car l'épithélium ne contient pas de vaisseaux sanguins.

◆ Le sondage effectué au-delà des forces que peut supporter l'attache épithéliale conduit à une surestimation de sa profondeur avec les décisions cliniques inappropriées.

*Non à
la douleur...*

*...Oui
au plaisir*

Sensodyne[®] PRO

*Oui au plaisir...
d'offrir une solution
professionnelle efficace
adaptée aux habitudes
d'hygiène bucco-dentaire
de vos patients*

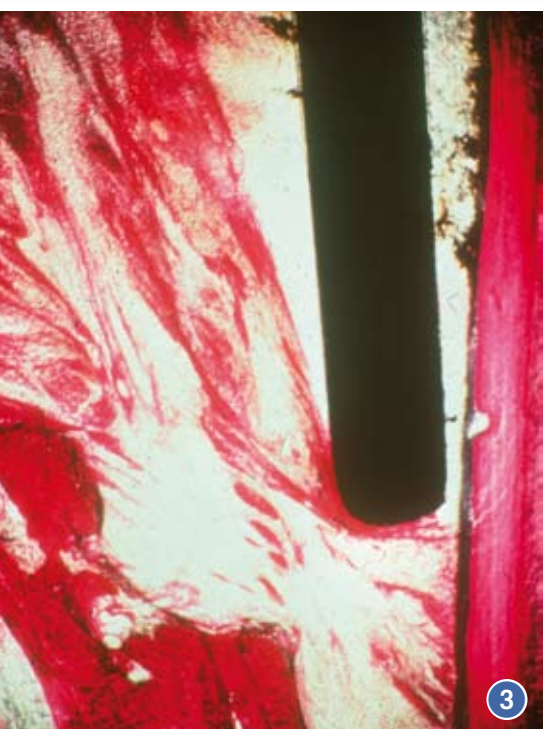


- Soins complet
- Blancheur éclat
- Classic
- Gel fluor
- Soins fluor
- Brosse à dents souple
- Brosse à dents extra-souple

Sensodyne[®] Pro
Ne laissez pas la douleur changer leur vie.

LA TENDANCE EN MOUVEMENT

Paro



◆ Les limites des restaurations seront donc, dans toute la mesure du possible, éloignées de la jonction dento-gingivale (Figure 3).

◆ De même, toute forme d'agression (chimique ou mécanique) des cellules épithéliales diminuera la capacité de celles-ci à remplir leurs fonctions de défense.

◆ Toute forme de pathologie systémique qui affecte les fonctions et/ou le nombre de leucocytes diminuera ipso facto la capacité des tissus parodontaux à être défendu. C'est par exemple le cas au cours de certaines chimiothérapies anticancéreuses aplasiantes (neutropénie notamment) qui détruisent les cellules à renouvellement rapide (follicules pileux, cellules de la moelle osseuse, cellules tumorales et cellules épithéliales) ce qui se traduira par

une plus grande susceptibilité aux infections (4) (5). De telles thérapeutiques ne pourront donc être mises en place à la condition que le parodonte soit sain.

◆ La consommation de tabac modifie profondément la fonction des polymorphonucléaires neutrophiles et donc la protection des tissus parodontaux contre les infections (5). L'arrêt du tabac entraîne un retour, plus ou moins rapide à un fonctionnement normal.

Jacques Charon*, **Frédéric Joachim***, **Sébastien Dujardin**** et **Joël Beau-lieu*****

* Parodontiste, Lille, France

** Post Graduate in Periodontics, Temple University, Philadelphie, USA

*** Chirurgien dentiste, Laval, Québec

Références bibliographiques

1. Litsgarten M.A. - Periodontal probing. What does it mean ? J Clin Periodontol 7 : 165 - 176, 1980
2. Schroeder H.E. et Listgarten M.A. - The gingival tissues : the architecture of periodontal protection Periodontol 2000 13 : 91 - 120, 1997
3. Meikle M.C., Hembry R.M., Holley J., Horton C., McFarlane C.G. et Reynolds J.J. - Immunolocalization of matrix metalloproteinases and TIMP-1 (tissue inhibitor of metalloproteinases) in human gingival tissues from periodontitis patients. J Periodont Res 29 : 118 - 126, 1994
4. American Academy of Periodontology - Diabetes and periodontal diseases. Position Paper. J Periodontol 67 : 166 -176, 1996
5. American Academy of Periodontology. - Periodontal considerations in the management of the cancer patient. Position paper. J Periodontol 68 : 791 - 801, 1997
6. American Academy for Periodontology - Tobacco use and the periodontal patient. Position Paper. J Periodontol 70 : 1419 - 1427, 1999
7. American Academy of Periodontology - Diabetes and periodontal diseases. Position Paper. J Periodontol 71 : 664 - 678, 2000

PlusAgenda

Le seul télésecrétariat dédié aux cabinets dentaires



- Une SEULE secrétaire indépendante dédiée à votre cabinet (59 heures par semaine)
- Des secrétaires formées à la pratique des soins dentaires et à la gestion des urgences
- Un agenda partagé sécurisé et accessible de tout ordinateur connecté, 24 h sur 24 h
- La confirmation et le rappel des rendez-vous aux patients

10 % de remise sur l'abonnement pour les lecteurs du Fil Dentaire. Code : LF5 à nous préciser.

Nous contacter : 01 43 98 09 68 – www.plusagenda.com – info@plusagenda.com



Bain de Bouche *méridol*[®] à utiliser au quotidien pour des gencives en pleine santé.

Grâce à sa combinaison unique de fluorure d'étain / fluorure d'amines, le bain de bouche *méridol*[®] améliore l'état des gencives irritées sans effet secondaire ni limitation dans le temps.

L'utilisation quotidienne de *méridol*[®] bain de bouche :

- **favorise la réduction de l'inflammation gingivale** : diminution significative de l'indice de saignement sulculaire de 52,0% à 29,3%* ,
- **favorise la réduction de l'accumulation de plaque** : diminution de l'indice de plaque supragingival de 61,3% à 50,6%* ,
- **modifie favorablement la composition de la flore bactérienne** : diminution des bactéries paropathogènes et augmentation des bactéries protectrices (coccies)* .

Sa composition sans alcool est bien tolérée par les muqueuses et son goût frais rend son utilisation quotidienne agréable.

*Zimmermann et coll., J Clin Periodontol 1993

Pratic ERGO

Eclairage sur le cabinet dentaire

Le travail en bouche demande minutie et concentration, et pour qu'il soit effectué dans les meilleures conditions, il est impératif de voir ce que l'on fait ! C'est pourquoi, depuis que les dentistes n'exercent plus dans la rue ou sur la place publique, ils ont besoin de lumière artificielle.



© nussbaum-medical.fr

Aujourd'hui, pour travailler en bouche, il est nécessaire de disposer d'un éclairage puissant et collimaté afin de ne pas éblouir le patient. Cet éclairage peut provenir de trois sources différentes : les scialytiques (montés sur bras), les éclairages opératoires (montés également sur bras), les lampes frontales (solidaire de la tête même de l'opérateur).

Les scialytiques

Pour beaucoup d'entre-nous (même du métier) il y a confusion entre scialytique et éclairage opératoire. Un scialytique est un éclairage, généralement de



© foxy-ed.fr

grande dimension, d'où la lumière est réfléchiée par des miroirs ou plusieurs ampoules et dispensant une lumière multipolaire afin de limiter fortement les ombres portées générées par les mains de l'opérateur, ou par ses instruments.

On trouvait ce type d'éclairage sur les unités des années 50 à 70. Leur encombrement et leur maniabilité peu aisée les a fait remplacer au fil du temps par les éclairages opératoires.

Mais le vrai scialytique se trouve toujours dans les blocs opératoires des cliniques ou des hôpitaux, et la montée en charge de l'implantologie dentaire les a fait revenir dans les cabinets. Aujourd'hui, il n'est pas rare de voir des praticiens travailler quotidiennement avec ce type d'éclairage.

Ces scialytiques peuvent être extrêmement puissants et approcher les 40 000 Lux (à cette puissance, sauf pour un travail ponctuel, il vaut mieux porter des lunettes solaires).

Les éclairages opératoires



© foxy-ed.fr

Certains les appellent toujours (et à tort) des scialytiques. Ils n'en ont pas la qualité première, c'est à dire qu'ils ne limitent que très peu les ombres portées.

Aujourd'hui, ces éclairages opératoires (que l'on nommera "éclairages OP", pour aller plus vite) dispensent une puissance lumineuse de 15 000 à 30 000 Lux et sont généralement équipés d'une ampoule halogène de 55 à 150 W.

La plupart du temps, ils proposent deux intensités lumineuses ou un variateur électronique. C'est important, car travailler en permanence avec



© jpm-lucy.com

25 000 Lux ou plus, en plus de la luminosité apportée par les instruments dynamiques, finira par affecter votre vue.

Il ne faut pousser la lumière au maximum que pour des travaux ponctuels demandant une très grande précision et revenir à la puissance "de croisière" (environ 15 000 Lux) pour les travaux courants.

Ces éclairages OP doivent depuis quelques années être dotés de protections frontales. Ceci est dû à la position allongée du patient qui s'est généralisée. Il y a 20 ans, les patients étaient assis à moins de 45°, et les praticiens travaillaient en vision directe. Si une ampoule éclatait et que son filament incandescent (à environ 2 800°C) tombait, il le faisait sur l'abdomen du patient, qui en général était protégé par des vêtements. Avec l'arrivée des aspirations puissantes, les praticiens ont allongé leurs patients et l'éclairage OP se trouve maintenant au zénith de leur visage. Vous comprenez le risque encouru en cas d'explosion de l'ampoule (quelques patients ont payé cher cette expérience). Les fabricants ont donc ajouté une vitre ou un plastique (polycarbonate) de protection qu'il ne faut surtout pas enlever, comme j'ai déjà vu faire par quelques praticiens qui trouvent que de cette manière "cela chauffe moins".

Le problème de cette protection vient d'être évoqué : Ca chauffe ! Les fils, les douilles et même les plastiques de protection se mettaient à "caraméliser". La technique salvatrice nous a donc amené de l'air frais grâce à l'incorporation d'un ventilateur dans ces éclairages. Ce qui fait que maintenant c'est "Son & Lumière".

Un bon conseil si vous souhaitez travailler sereinement, faites changer ce ventilateur tous les deux ans, vous entendrez la différence (comme le disait une célèbre station de radio).



Par Georges Blanc

On trouve dans cette famille d'éclairages OP, un fabricant français (Lucy de JPM) qui propose une approche différente des autres.

Il utilise une lampe au Xénon placée à l'autre bout de la colonne qui le supporte, la lumière étant retransmise à la tête de l'éclairage par fibres optiques. Principal avantage, cette tête d'éclairage ne chauffe pas vu que la source chaude est à l'autre bout du système. Autre particularité, la lumière émise est légèrement bleutée (5300°K) par rapport à un éclairage à lampe halogène (3500 à 5000 °K, suivant les marques ou modèles) car elle est plus proche de la lumière du jour. Cette société propose aussi un combiné "Eclairage opératoire à fibres optiques / Eclairage d'ambiance lumière du jour" dénommé "Scyalux".

Sachez que tous les fabricants d'équipements dentaires proposent en standard ou en option un éclairage opératoire, mais gardez à l'esprit que vous devez avoir toute liberté d'en choisir un autre ! Avec un peu de bonne volonté du vendeur (ou de sa société) la plupart des éclairages opératoires sont compatibles, moyennant éventuellement un peu de tournage.

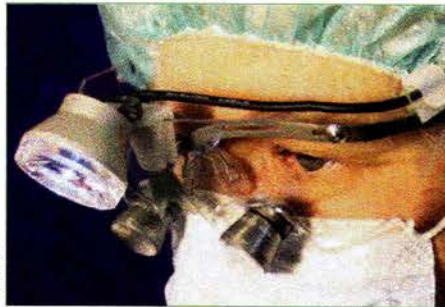
Quels sont les critères importants pour choisir un éclairage OP ?

- La qualité de la lumière
- La possibilité de disposer de plusieurs intensités lumineuses
- Le niveau de bruit (ou plutôt de silence) du ventilateur
- La plage d'éclairage, est-elle bien collimatée ? (si vous projetez 2 barres lumineuses distantes l'une de l'autre, dans une bonne position de travail, cherchez un autre éclairage)
- Le changement de l'ampoule est-il aisé ? (certains spécimens nécessitent de sortir la trousse à outils, ou d'autres d'avoir les nerfs solides, voire encore un bon porte-monnaie)
- Les poignées sont-elles amovibles ? (et autoclavables ?)
- Peu d'entre-vous les autoclavent entre chaque patient, mais trop nombreux sont ceux qui ont des poignées d'éclairage maculées de tâches et de colorations. Il faut garder à l'esprit que l'éclairage opératoire (avec l'éclairage d'ambiance) est la seule chose, avec le plafond, que vos patients ont tout loisir d'observer et de détailler pendant leur temps de présence sur le fauteuil, donc celui-ci donnera une image de votre niveau de rigueur en propreté.

Les éclairages frontaux (ou "coaxiaux")

La plupart des pionniers de la dentisterie ont commencé avec ce type d'éclairage, le fameux miroir de Clar (à l'époque de puissance lumineuse assez faible). Je me souviens encore d'un praticien tourangeau qui venait m'ouvrir la porte de son cabinet avec cette lampe sur le front, son masque et ses lunettes, je pensais qu'il sortait directement de la mine située sous son cabinet.

Ce type d'éclairage permet de travailler sans ombres portées et de manière hygiénique car il n'y a pas besoin d'aller attraper des poignées d'éclairage opératoire. Il revient aujourd'hui d'actualité grâce aux diodes LED de puissance dites aussi "diodes LED hautes performances". Les premières lampes frontales de l'ère moderne étaient composées d'un générateur de lumière (un gros boîtier avec transfo, ventilateur, électronique et ampoule halogène) et d'une fibre optique, avec, en terminaison, un système optique (un objectif, si vous préférez). La lumière est très bonne mais la fibre optique coûte cher et pèse assez lourd, de plus vous êtes "attaché" au générateur.



Avec les diodes LED "hautes performances" (que l'on voit de plus en plus partout : dans vos lampes à polymériser, dans les feux de signalisation, dans les feux arrière de voiture, et d'ici quelques années, dans les phares !) les lampes frontales (coaxiales) gommement les inconvénients des lampes à fibres optiques, en offrant peu d'échauffement mais surtout la liberté.

Leur consommation limitée permet de les alimenter par batteries, qu'il sera aisé de mettre dans sa poche, c'est moins lourd que les 5 kilos du générateur des lampes frontales à fibres optiques.

Pour choisir ce type d'éclairage (lui aussi "opératoire") il faut déjà :

- L'essayer, en le portant, pour juger du confort
- Voir sa focalisation en bouche

- Vérifier son autonomie (aujourd'hui, il est possible d'atteindre les 6 H)
- Voir son adaptation (sur des montures ou écrans de protection)

Maintenant que la technologie contemporaine vous a apporté ses "lumières" mais surtout ses 15 000 à 28 000 Lux (ou plus), vos yeux s'accoutument à cette grande intensité, les pupilles se contractent au maximum.

Ce ne serait pas très grave si vous n'aviez pas besoin toutes les cinq minutes de tourner le regard vers votre tablette d'équipement ou vos tiroirs de meubles, zones où il n'y a pas assez de lumière. Vos yeux vont donc en permanence de la "terrasse" à la "cave", ce qui provoque une grande fatigue visuelle.

Pour remédier à cela, il existe l'éclairage d'ambiance, aujourd'hui appelé "éclairage lumière du jour" (que nous appellerons "LJ") car il s'est transformé au fil du temps pour atteindre les 5500 à 6500°K (° Kelvin = température de couleur. Les teintes chaudes, issues des lampes à incandescence ou halogènes se situent autour de 3200°K, les tubes fluorescents de bureaux, autour de 4000°K, et l'on trouve les teintes froides avec les éclairages lumière du jour ; 5500 à 6500°K).

Pour les curieux, voir sur le site : www.bipm.fr/fr/si/baseunits/kelvin.html et bon courage quand même.

Cette température de couleur vous permet de choisir avec plus de fiabilité les teintes de vos prothèses (par rapport à votre habitude de voir les couleurs dans la nature). Mais le but principal de ce type d'éclairage n'est pas là, il doit avant tout dispenser, autour de la zone de travail que constitue la cavité buccale, une intensité lumineuse d'environ 1500 à 2000 Lux, pour limiter la fatigue oculaire, dont nous parlerions plus haut.

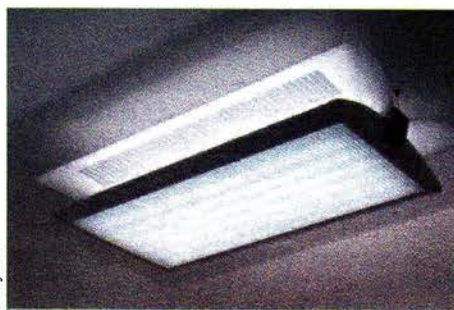
(Pour le "Lux" n'allez pas sur le site Hermès, mais sur le même que celui du degré Kelvin).



Obtenir 1 500 à 2 000 Lux sur le plan de travail

Pratic ERGO

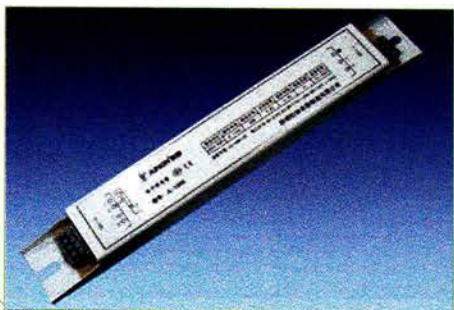
Le fait de savoir que l'éclairage LJ "X" est de 6500°K et celui de "Y" de 5500°K n'est pas très capital, car si une dent sous l'éclairage de "X" n'apparaîtra pas exactement avec la même teinte que sous l'éclairage de "Y", votre teinte de référence de votre teintier Vita® ou Tartempion en fera de même ! Alors, si vous avez un éclairage de chez "Z" on peut continuer.



Des paramètres sont plus importants que cela quand vous devez acheter ce type d'éclairage, à commencer par le fait qu'il soit impérativement du type "Haute Fréquence". Les tubes fluorescents (que certains appellent "Néons") que vous avez dans votre cuisine ou qui éclairent votre supermarché préféré, sont des tubes à gaz alimentés par le secteur à 50 Hz. Ils scintillent à cette même fréquence.

Votre cerveau perçoit inconsciemment cette oscillation lumineuse, vos yeux beaucoup moins à cause d'un phénomène de rémanence. Au bout de plusieurs heures de présence sous ce type d'éclairage, on peut constater des troubles de la vue, de la fatigue et parfois des migraines.

La technologie (toujours elle !) a donc apporté une solution à ce problème : aujourd'hui vous trouvez des éclairages LJ avec des systèmes électroniques d'alimentation des tubes fluorescents (appelés : Ballasts électroniques), ces systèmes doublent la fréquence du secteur, qui devient 100 Hz. A ce niveau, le cerveau ne suit plus et ne perçoit plus ces scintillements sournois.



De plus, les éclairages HF apportent aux mêmes tubes fluorescents un meilleur rendement lumineux et prolongent leur durée de vie.

Vous pouvez d'emblée reconnaître un éclairage fluorescent traditionnel d'un éclairage fluorescent haute fréquence. Le premier va se mettre à clignoter (plus ou moins) jusqu'à ce que son starter parvienne à faire amorcer le gaz contenu dans le tube fluorescent, alors qu'avec un ballast électronique (HF) le tube s'allumera instantanément.

En dehors de la haute fréquence, d'autres critères entrent en ligne de compte pour choisir son éclairage LJ, à commencer par le design et la méthode de diffusion de la lumière. Il existe des éclairages LJ avec :

- Des diffuseurs translucides prismatiques (Gamain, Perceval (RFD), etc...)
- Des diffuseurs à grilles (Zenium, JPM, Cacan, etc...)
- Des diffuseurs translucides (Degré K, Ekler, etc...)

Pour terminer, il faut aussi prendre en compte l'indice de rendu de couleur (IRC) qui est la faculté de la source lumineuse à reproduire avec le plus de justesse la couleur telle que vous la perceviez sous un ciel bleu et une atmosphère pure (genre haute montagne).



Dans ces luminaires est apparu, lors du dernier ADF, un éclairage original qui combine ce que nous venons de voir avec la préoccupation de capter l'attention du patient, voire le distraire pendant les soins sans sacrifier les performances lumineuses. L'éclairage en question (Luxima d'Ekler) intègre un écran vidéo 16/9 de bonne dimension, permettant d'envoyer des images provenant de différentes sources : DVD, informatique, caméra endobuccale...

A découvrir par vous-même. Pour conclure sur les éclairages lumière du jour, ce n'est pas tout d'acheter le plus beau, le plus cher ou le plus "plus" et de bien l'installer, si ensuite vous l'oubliez !

Car au fil du temps, sa luminosité ne fera que décroître. Il faut savoir que toute source lumineuse, de votre lustre de salon en passant par vos phares de voiture, les éclairages opératoires et les LJ, perd de sa puissance et de son rendement colorimétrique avec le temps.

Pour exemple : vous trouverez des ampoules halogènes (en général bon marché) pour vos éclairages opératoires qui sont garanties pour cinquante heures ! alors que les meilleures le seront pour trois cents heures ou plus.

Un bon tube fluorescent vivra en moyenne de 10 000 heures, s'il est alimenté par un ballast standard, à 16 000 heures avec un ballast électronique (HF), mais son rendement lumineux et sa température de couleur n'iront pas au terme de ces milliers d'heures de fonctionnement sans décroître irrémédiablement. Il est préférable de changer ses tubes fluorescents tous les deux à quatre ans, suivant la qualité et les marques du couple tubes / luminaires. Pour vos éclairages opératoires et lampes à polymériser à ampoule halogène : au moins, une fois par an. (Pour info : une diode LED, vit en général 50 000 heures, dormez tranquille).

Passé ce laps de temps, le rendement lumineux décroît sournoisement et imperceptiblement de jour en jour, jusqu'à éclairer à 20 ou 25% de sa valeur initiale, et c'est vos yeux et votre vue qui paieront l'addition en fin de carrière ! J'ai très souvent vu en cabinet des éclairages LJ avec une partie des tubes grillés côtoyant des tubes à bout de souffle, dispensant une lumière rose blafarde ou jaunâtre et apportant royalement 400 ou 500 Lux au niveau du plan de travail.

Pour finir, tout ce qui chauffe attire la poussière (bien noire et collante). Les réflecteurs, les tubes eux-mêmes et les diffuseurs s'encrassent.

Pensez à nettoyer une fois l'an, ou au moins tous les 2 ans, vos éclairages (y compris les scialytiques ou éclairages opératoires). Des éclairages sales font chuter le rendement lumineux de plus de 20%.

Nous devons nous quitter, j'espère vous avoir éclairé sur le sujet.

Pour en savoir plus :

Georges BLANC
Foxy études & développement
www.foxy-ed.fr

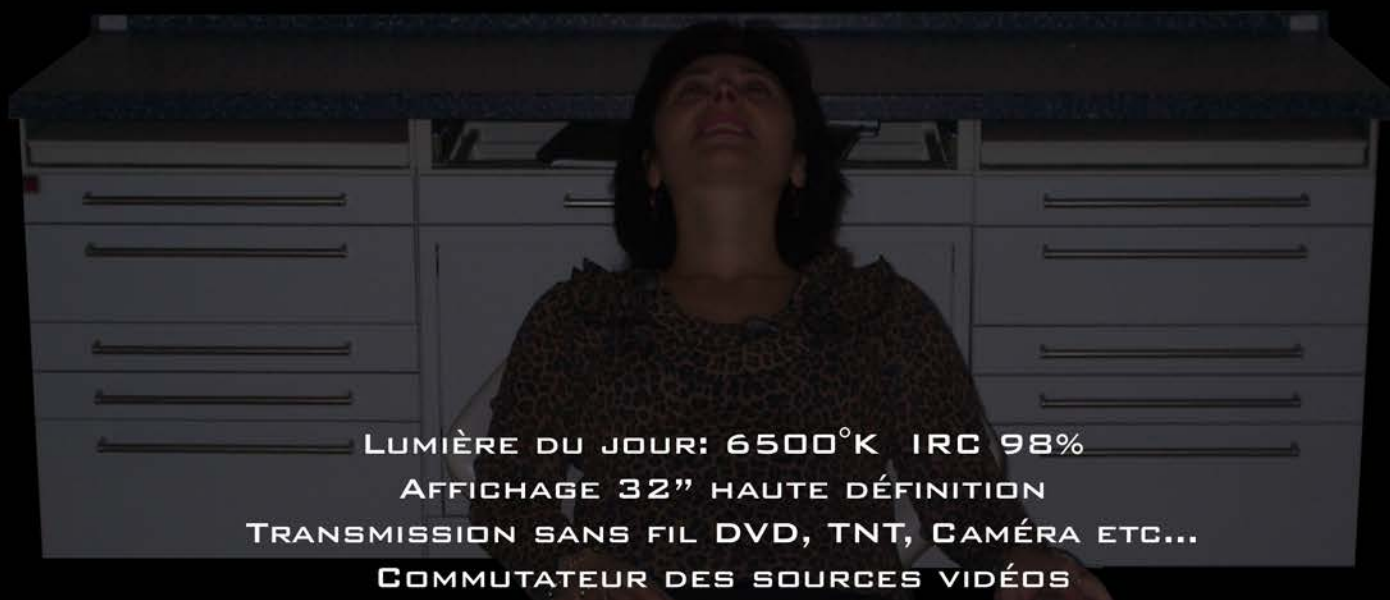


POUR UNE AUTRE IMAGE DE LA
PRATIQUE DENTAIRE



LUXIMA®

UN ENSEMBLE UNIQUE :
ECLAIRAGE PLAFONNIER HAUTE PERFORMANCE ET
ECRAN PLAT MULTIFONCTIONS



LUMIÈRE DU JOUR: 6500°K IRC 98%
AFFICHAGE 32" HAUTE DÉFINITION
TRANSMISSION SANS FIL DVD, TNT, CAMÉRA ETC...
COMMUTATEUR DES SOURCES VIDÉOS

EKLER 42 rue des Cormiers - 78400 CHATOU
Tél.: 01 3'4 80 64 90 - FAX: 01 34 80 64 46 - email: luxima@ekler.fr - www.ekler.fr



Comment et pourquoi travailler avec une assistante dentaire ?

Positionnement du problème et perspectives

Alors que la dentisterie connaît des bouleversements irréversibles, trop de confrères s'en tiennent à une gestion passiviste de leur cabinet. Notre formation initiale est d'ordre technique, et nous permet de proposer aux patients des soins de qualité. Cependant nous manquons trop souvent de vision prospective tant sur le plan financier que sur celui des Ressources Humaines.

Cabinet dentaire = entreprise

C'est pourquoi nous devons adopter un comportement de chef d'entreprise et répondre avec efficacité aux nouveaux impératifs de notre profession. Aussi, tout chirurgien-dentiste doit, **comme toute entreprise**, se donner les moyens d'exercer sa profession dans des objectifs fixés en début d'exercice. Nous devons nous former aux bases de la gestion d'entreprise afin de prendre la bonne décision au bon moment : investissements et recrutements doivent être réalisés à l'issue d'une réflexion structurée. L'objectif est de modifier nos pratiques afin d'optimiser nos résultats. L'effort est minime au regard des effets concrets consécutifs à une professionnalisation de pratiques de gestion trop longtemps restées artisanales.

Toujours plus de contraintes et d'administratif

D'autre part, nous sommes confrontés à un autre phénomène qui ira en s'amplifiant dans les années à venir : Toujours plus de papiers à remplir, de normes de qualité, de contraintes administratives etc. Certes, la liste est accablante. Alors face à la marée de contraintes, il faut déléguer, automatiser et former. Depuis plusieurs années, les contraintes viennent s'ajouter les unes aux autres jusqu'à l'écoeurement : récupération des déchets d'amalgames, des coupants/tranchants, traçabilité des matériaux, biocompatibilité et contraintes croissantes des mutuel-

les. Ces formalités s'ajoutent à nos rapports avec le fisc, les organismes sociaux, à la comptabilité, à la rédaction des devis, aux normes de sécurité et d'asepsie des cabinets de plus en plus draconiennes, aux divers formulaires à remplir pour le personnel et aux contraintes sociales.

Perspectives de solutions

Face à la marée des contraintes, quel est le comportement le plus adapté ?

Tout d'abord, cessez d'être l'homme-orchestre. N'essayez plus de tout faire au détriment du temps passé au fauteuil qui constitue l'essence même de notre exercice professionnel. Et pour cela, deux règles essentielles sont à respecter.

D'abord, n'hésitez plus à **AUTOMATISER** : l'informatisation du cabinet permet d'optimiser la gestion de la comptabilité et la gestion des rendez-vous, des devis, du suivi des fiches labos... Une informatisation bien maîtrisée donnera une image de modernité aux patients. De plus, elle vous permettra d'aborder avec davantage de sérénité l'inélinéctable télétransmission. Au niveau de l'automatisation des tâches, la stérilisation est une priorité trop souvent oubliée.

La seconde règle que je préconise va à l'encontre d'une opinion bien ancrée : il ne faut pas hésiter à **DELEGUER**. L'exercice moderne de la profession ne peut plus se concevoir sans une assistante et/ou une secrétaire médicale. Vous allez me dire : cela coûte

cher ! Je connais bien cet argument. Mais il est préférable d'envisager cette embauche comme un investissement. Il vous permettra d'augmenter le temps passé au fauteuil, qui varie entre 35% et 65% du temps de présence au cabinet. Vous serez ainsi soulagé d'une foultitude de tâches non cliniques – voire de travaux effectués à votre domicile.

Déléguer, c'est aussi externaliser certaines tâches : je pense à l'expert-comptable, mais aussi au conseil juridique, au laboratoire de prothèse voire au conseil en organisation.

Beaucoup trop de cabinets travaillent encore sans assistante. Le résultat en est un véritable travail de forçat pour le chirurgien-dentiste.

Pourquoi recruter ?

En plus de l'accroissement des contraintes citées ci-dessus, le praticien en solo doit accomplir de nombreuses autres tâches : Accueillir les patients, les soigner, veiller à l'hygiène du matériel, répondre au téléphone, tenir l'agenda, suivre le stock, se former... Les tâches, vous le savez comme moi, ne manquent pas au sein d'un cabinet dentaire. Tout dentiste opérant seul doit assurer simultanément toutes ces fonctions. Cela ne peut que générer un surcroît de stress et jouer sur la concentration du praticien. Ainsi, un exercice de qualité me semble impossible, au XXI^e siècle, sans assistance et cela pour diverses raisons autres que celles que nous venons de citer :



Par le D^r Edmond Binhas

La complexification des actes cliniques

La technique évolue régulièrement, impliquant des interventions plus complexes et demandant une grande vigilance. Une assistance au fauteuil apporte une aide considérable et minimise le stress. Ce renfort au cabinet permet au praticien de se concentrer sur l'essentiel : la réalisation des traitements en bouche.

Une présence physique au cabinet en l'absence du praticien

En effet, je ne connais pas un confrère ne désirant pas travailler moins. En l'absence du dentiste, le cabinet reste joignable : l'assistante prend les appels et gère les demandes de rendez-vous.

L'augmentation du niveau de services

L'image de marque du cabinet est accrue par la présence d'une assistante qui assure l'accueil et l'information des patients. De plus, le recrutement d'une assistante renseigne sur le développement de la structure et donc rassure sur la compétence du praticien.

Le facteur hygiénique

On ne peut obtenir un niveau élevé de pratique quand la chaîne de stérilisation est effectuée le soir. Un praticien qui ne peut marquer des pauses régulières pour pourvoir à cette opération a accumulé, en fin de journée, une fatigue telle que la stérilisation pratiquée ne peut être optimale. Par ailleurs, seul au cabinet, le confrère est en permanence dérangé par le téléphone. Outre le risque de distraction lié au stress et à la confusion induite par ces interruptions, cette manipulation répétée du téléphone est peu hygiénique.

La gestion du temps

Selon les études menées par le Groupe Edmond Binhas, les statistiques prouvent qu'un praticien travaillant seul passe 50 % de son temps hors du fauteuil. Ce pourcentage avoisine les 30 % maximum lorsqu'il est secondé par une assistante à laquelle incombent les tâches non cliniques. D'ailleurs, Kilpatrick avait déjà démontré en 1972 que, pour une même qualité de traitement, un acte exécuté avec l'aide d'une assistante formée entraînait un gain de temps de l'ordre de 20 à 30 %.

Si le recrutement d'une assistante présente tant d'avantages, pourquoi nombre de praticiens fonctionnent-ils sans ?

Le motif économique est l'argument le plus souvent avancé par les confrères œuvrant seuls. Toutefois, il s'agit d'un pseudo frein car le recours à une assistante, au moins à temps partiel, est envisageable. Les freins réels sont intra-psychiques : renoncer à une

partie de son pouvoir au sein du cabinet, accepter une tierce personne sur son territoire, le temps nécessaire à la formation, une mauvaise expérience passée...

A quoi sert une assistante dentaire ?

Aujourd'hui, beaucoup trop de praticiens, encore, considèrent l'assistante uniquement comme une aide technique. Ils ne voient en elle qu'une personne présente ici pour ouvrir la porte, répondre au téléphone, préparer les ciments, faire la stérilisation... En un mot, toute sorte de tâches cliniques que le praticien pourrait faire mais qui lui ferait perdre du temps dans sa journée de travail.

Encore acceptent-ils cette aide quand la situation économique est florissante. Mais à la moindre diminution du chiffre d'affaires, la situation pour eux ne devient plus acceptable. Souvent même, c'est l'expert-comptable - avec son approche uniquement comptable - qui va recommander de réduire le temps de travail de l'assistante voire même de la licencier ! Il s'agit là de la pire des analyses qui puisse être faite. Car, dans ce cas, aussi bien le chirurgien-dentiste que l'expert-comptable ne voient en l'assistante qu'un outil. Et quand le chiffre d'affaires diminue, le chirurgien-dentiste se crispe un peu plus il va devenir un peu plus patron, c'est-à-dire un peu plus autoritaire, et l'assistante sera tendue. Ce qui est loin de créer un climat harmonieux au cabinet. Voilà posé schématiquement une partie des données du problème. L'ennui est qu'il devient également de plus en plus difficile d'exercer seul une dentisterie selon les dernières données acquises de la science.

Alors, allez vous me dire, comment faire ? Notre réponse est simple : il faut optimiser le savoir-faire de nos assistantes de façon à ce que l'investissement dans leur salaire (charges comprises) soit largement compensé par le chiffre d'affaires généré par leur présence.

Nous constatons, en visitant de nombreux cabinets chaque année, que trop souvent encore les capacités de l'assistante sont loin d'être optimisées. Leur rôle est trop souvent cantonné à des tâches exclusivement techniques. Il y a malheureusement encore trop de cabinets où le rôle de l'assistante est réduit à un rôle **d'ouvre-porte** et de **porte-canule**. Ce qui, avouons-le, n'est ni valorisant ni motivant.

Nous considérons au Groupe Edmond Binhas que le rôle de l'assistante va beaucoup plus loin que la mission technique décrite dans la définition du poste de travail. En effet, l'aspect relationnel qu'elle peut et doit développer va contribuer à la satisfaction du patient. Mais d'autres facteurs viennent encore com-

pliquer le problème. En effet, le cabinet dentaire est toujours un haut lieu de stress. Les causes de stress sont nombreuses. Et si une forte confiance n'existe pas entre le praticien et l'assistante, cela pourra bien sûr rendre très vite la situation invivable pour l'un comme pour l'autre. Pire encore, le patient le ressentira !

C'est pourquoi l'une des responsabilités majeures du praticien aujourd'hui est de créer un esprit d'équipe. Consciemment ou inconsciemment en effet, les assistantes ont aujourd'hui besoin de se réaliser, de s'épanouir, de faire quelque chose d'important qui les mobilise et les sort de la routine. Mais il y a une condition à cela. C'est que ce nouveau praticien sache s'entourer de personnes qui comprennent cette philosophie et qui n'ont pas l'état d'esprit : "je fais juste mon boulot et je rentre chez moi...". Parce que dans ces conditions, nous sommes d'accord avec ces praticiens qui décident de rester seul. Le vieil adage : "Mieux vaut être seul que mal accompagné" est alors tout à fait adapté.

Comment optimiser l'intégration de son assistante ?

Plusieurs étapes sont nécessaires à l'intégration harmonieuse d'une Assistante dentaire :

Etape n°1 : définissez précisément le poste de la future assistante (avant même son recrutement) :

Etape n°2 : recrutez

Etape n°3 : formez

Etape n°4 : déléguez

Une aide au cabinet permet au praticien de se concentrer sur l'essentiel : la réalisation des traitements en bouche.

Conclusion

Les praticiens qui voudront développer, demain, leur cabinet sont ceux qui ont compris qu'un travail en solo aboutit, à plus ou moins long terme, à un déclin inéluctable. Ce sont ceux qui ont compris que sans un travail d'équipe, notre profession devient un esclavage. Ce sont ceux qui ont compris qu'il est de leur responsabilité de recruter les bonnes personnes au bon poste, de créer un esprit d'équipe, de motiver leur personnel pour une plus grande efficacité et une plus grande satisfaction du patient et de faire en sorte que leur personnel s'épanouisse dans leur environnement professionnel. En un mot, il s'agit de ces praticiens qui ont compris que l'époque de l'homme-orchestre est terminée et qu'il faut véritablement devenir un vrai chef d'orchestre. Mais que pour cela, il faut connecter la tête avec le cœur. N'attendez plus !

Reportage

Le sens du développement managérial

Du choix capital du lieu d'installation...

Ce cabinet est situé sur le pôle technologique international d'Archamps, à 7 Km du centre-ville d'Annemasse, à la première sortie de l'autoroute de Lyon. Il fut créé en juin 2000, au forceps : à la suite d'une association stérile et en complet désaccord avec mon associé au moment de déménager de mon cabinet précédent, il était urgent de trouver un lieu correspondant au projet des quinze futures et dernières années de mon activité, à savoir :

- prendre la distance géographique et organisationnelle nécessaire à l'étape suivante de la spécialisation constante en thérapeutiques précoces, initiée dès le début de mon exercice en 1978, et qui arrivait à saturation dans un cabinet ODF "traditionnel", et dans un centre-ville en complet déclin social. (*)
- parachever la mise en forme des protocoles et stratégies de traitements précoces, puis les transmettre (publications, vidéos, enseignement...)
- rechercher en parallèle une associée pour la transmission, à plus long terme, de mon exercice.

Ce cabinet, le troisième de ma vie professionnelle, était censé refléter un aboutissement. En fait, il représente plutôt un défi aux lois les plus élémentaires de l'équilibre et de la prudence. En effet, il m'a

fallu, en quatre mois, trouver un lieu correspondant à mes objectifs, dans une région de crise immobilière permanente donc très chère, puis transformer en un lieu fonctionnel adéquat le seul local bureautique de 250 m² que j'ai pu trouver (en location) sur un site technologique saturé. Mais le plus difficile, de loin, fut de reformer totalement une nouvelle équipe performante pour lancer ce nouveau projet et réussir à déplacer le pôle de recrutement de ma patientèle vers la partie de la population la plus "ouverte" culturellement et économiquement, pour pouvoir envisager des stratégies globales de traitement précoce et de prévention de dysmorphoses lourdes, avec des devis correspondant aux engagements et moyens nécessaires. Et là, un deuxième conseil pour les plus jeunes : on peut changer d'implantation géographique, on peut aussi changer de staff... mais je déconseille vivement de vouloir faire les deux à la fois...

Pour n'avoir pas suivi ce sage propos, que personne ne m'a tenu et que je n'aurais sans doute pas écouté, il m'a fallu cinq ans pour pouvoir enfin dire que la phase de "début" était enfin terminée...

De l'importance première du capital humain...

En quittant le lieu d'implantation précédent, j'avais gardé une seule jeune assistante qui commençait

tout juste sa formation, une secrétaire recrutée par mon ex-associé et une prothésiste à mi-temps qui voulait ouvrir alors son propre laboratoire...

Passée la phase de défis techniques et financiers, trop lourde à détailler, la première difficulté opérationnelle fut à la fois financière et sociale. En effet, s'il était prévu, au stade du concept, que j'allais perdre dans un premier temps, 25 % à 30 % de fréquentation avant de pouvoir remonter avec une nouvelle patientèle, cette baisse initiale ne s'est pas faite d'un coup mais elle s'est égrenée au cours des 6 premiers mois, au fur et à mesure des renouvellements de demande de prise en charge semestrielle ; si bien que j'ai dû enrôler rapidement, trop rapidement, le personnel nécessaire, qui s'est révélé ensuite trop lourd lorsque le nombre de patients traités a diminué...

Il y avait alors, en plus de la secrétaire et de la première jeune assistante : la prothésiste à mi-temps, une deuxième assistante, ex-secrétaire médicale en désir de réorientation et de formation pour l'assistant dentaire ainsi qu'une hôtesse d'accueil pour assurer le bien-être des patients en salle d'attente (thé, café, petits gâteaux, chocolats, etc...), tout en accélérant la rotation et le changement des plateaux après 17 heures. Au total, avec le collaborateur un jour et demi par semaine, cela faisait six salaires.

Cette surcharge s'est aggravée rapidement avec les congés maternité de deux assistantes dans la même année. De plus, il faut ajouter les tiraillements induits par les changements d'habitude et d'exigence pour arriver à un cabinet "centré sur le patient", sans parler des conflits relationnels latents entre la secrétaire, l'assistante en formation de l'ancienne équipe et les deux nouvelles recrues.

En quatre ans, j'ai dû changer, peut-être à tort, quatre fois de secrétaire et trois fois d'assistante dentaire, dans une région où le recrutement est très difficile étant donné les écarts énormes entre les salaires proposés en Suisse et les nôtres, même si, ici, le niveau est en moyenne plus élevé que dans le reste du pays. Sans parler du recrutement d'une assistante dentaire spécialisée : la seule fois où j'ai voulu essayer de souder l'équipe en engageant une assistante ODF ayant acquis vingt-cinq ans d'expérience, celle-ci, (qui me demandait 2 500 € euros net par mois !) s'est révélée avoir des insuffisances en capa-





cité d'adaptation et de développement clinique et relationnel, au grand détriment des services d'excellence dus à ma patientèle. Alors, il faut le dire : il est incompréhensible et inadmissible que dans un pays où on place si haut la barre des exigences et des contraintes pour les praticiens, il n'y ait même pas encore, auprès de chaque faculté, dans chaque région, une vraie  cole d'assistante dentaire, avec spécialisation pour l'ODF...

De la difficulté de rationaliser et optimiser les postes de travail

En voulant augmenter la qualité du service globalisé et individualisé, se fait plus cruciale la difficulté de répartition des tâches entre une secrétaire médicale "standard" et les assistantes dentaires : la première a parfois des difficultés à entrer plus avant dans le relationnel, au-delà de la simple prise de rendez-vous ; quant aux courriers personnalisés avec manipulation informatique des photos numérisées !... Autant commencer à zéro avec une jeune en formation sans savoir si l'investissement portera ses fruits. C'est bien joli d'avoir un super réseau informatique avec "la rolls des logiciels" (ortholeader, vraiment excellent), mais la secrétaire médicale "standard" n'a pas (ni par sa formation, ni souvent par son expérience de cabinets médicaux généralistes) les compétences informatiques suffisantes. Et même si, après de nombreuses palabres, on arrive à faire entrer les assistantes cliniques dans les capacités sophistiquées de l'informatique, pour leur faire faire des prises de rendez-vous ou leur demander de rédiger un courrier personnalisé, c'est dès lors la secrétaire qui perd son autonomie et par conséquent sa motivation... Quant à l'assistante dentaire qui commence à devancer les autres dans la manipulation informatique, il peut lui arriver de déléguer à ses collègues ses tâches moins motivantes de stérilisation.

J'ai donc essayé de faire du "développement organisationnel" comme on dit, mais sans grands résultats pour la spécificité ODF, et surtout sans disponibilité régionale pour une stratégie de développement managérial personnalisée sur site. Je comprends maintenant pourquoi certains confrères peuvent faire un constat d'échec ou de semi-échec de ce type de "stratégie", pensant à tort que l'implémentation de nouvelles procédures organisationnelles va régler les problèmes latents d'insuffisances managériales. Le résultat fut donc que je me "tapais" des heures supplémentaires et débordantes à faire des tableaux de statistiques, des calculs de productivité, avec des réunions fastidieuses face à une équipe clinique,

qui, il faut le comprendre n'a pas de propension naturelle à traiter des chiffres. Je devais donc faire front contre un certain scepticisme, une opposition "naturelle" au changement, accentuée par l'inquiétude liée à l'instabilité de la situation de réorganisation. Ce fut donc un non-lieu avec constat d'impuissance.

Pour résoudre ce problème humain, le coaching "généraliste"   orientation plus économiste que psychosociale est donc sans grande utilité, en particulier pour les cabinets spécialisés et cabinets de groupe. D'autant plus lorsque tout est "géré"  

“**Le plus difficile, de loin, fut de réformer totalement une nouvelle équipe.**”

distance, par téléphone, sans avoir plongé au moins plusieurs journées dans l'activité à chaud du cabinet, pour prendre le temps d'observer les tensions et les rapports de forces ou d'influences entre les membres de l'équipe. Le découragement et la lassitude, sublimés par les remarques répétées de l'entourage autant professionnel que privé (tu mets la barre trop haut... tu demandes l'impossible... la perfection

n'existe pas...) commençaient à me submerger dangereusement lorsque j'ai compris, suite à la lecture d'un article à orientation RH, que la solution consistait dans le recrutement et l'accompagnement managérial stratégique d'une assistante de direction de haut niveau.

Il faut donc que nos confrères comprennent que le développement organisationnel (gestion des rendez-vous, tableaux de bord & statistiques, productivité...) n'a rien à voir avec le développement managérial (gestion & développement des ressources humaines d'un cabinet dentaire), et que ces deux domaines font appel à un sens de l'expertise complètement diff rent.

De l'inversion de la dynamique...

 tant donné qu'à grands frais et grandes peines j'avais réussi à restreindre l'équipe, "allégée" par ailleurs des deux "accouchées" (dont l'une avait donné sa démission pour changer de région et l'autre avait pris deux ans de congé parental), le début fut assez rapide puisque nous étions en phase de sélection puis d'installation de la secrétaire de direction adéquate. Cette phase fut un succès pour plusieurs raisons stratégiques. Tout d'abord, la méthode de recrutement et de véritable "vente du poste" collective, en convoquant, hors présence du praticien, dans une salle des conférences d'un hôtel "new-look" de la région, toutes les candidates présélectionnées sur la base d'une diffusion d'offres d'embauche nationale. Car il faut comprendre que c'est la



Reportage

notoriété du cabinet de management qui seule permet de drainer des candidatures de qualité en quantité. Puis ensuite, après cette présentation collective en bonne et due forme auprès des quinze candidates présélectionnées (sur la base de plus de 80 CV's pertinents), il y eut, au cours de la même journée, un défilé d'entretiens privés pour chacune d'elles avec le spécialiste, suivi d'une mise en situation et d'une épreuve de motivation. Ensuite, dans la semaine suivante a eu lieu une convocation au cabinet pour entretien individuel avec moi-même et mon staff, de la short-list des six premières sélectionnées. Enfin, via une série d'entretiens téléphoniques avec le spécialiste qui avait lui, sans rien me dire avant ou pendant mes entretiens pour ne pas m'influencer, une petite idée du meilleur choix grâce à la connaissance et à l'analyse des dossiers, nous sommes rapidement arrivés à la bonne conclusion. L'intégration fut en particulier facilitée par l'encadrement managérial, ("externalisation du management" comme ils disent). Tout le monde avait vraiment besoin de trouver certes "la bonne personne" et surtout à la bonne place, et puis la stratégie du choix était efficace : les compétences et les qualités d'une assistante de direction n'ont effectivement rien à voir avec celles d'une secrétaire polyvalente, fut-elle médicale, en particulier lorsqu'il s'agit de mettre en place auprès de chaque parent une stratégie de communication personnalisée, après la présentation du bilan et du plan de traitement. De même, son implication dans le suivi relationnel avec les patients mais aussi les correspondants, insufflé une nouvelle dynamique dans le recrutement et la potentialisation de la nouvelle patientèle. Toute la partie relationnelle est

beaucoup plus fluide, les parents savent que l'ensemble est bien géré et il n'y a pratiquement plus de conflit relationnel avec les mères (la partie va encore s'améliorer avec les stages de formation en psychologie avec G. Choukroun, en cours...). Et puis les qualités propres à la secrétaire ont fait le reste. Il faut reconnaître que le challenge se complique avec la montée en importance des cas précoces traités : 50% du nombre total des dossiers traités en "précoce" ne se gèrent pas du tout comme 5% ou 10% : il n'y a qu'à penser au nombre de dossiers en "interruption" que ça représente : paperasse, moulages et rendez-vous superfétatoires compris...

Et aujourd'hui...

Un an après, nous commençons à voir les résultats de nos efforts : la trésorerie se stabilise : nous arrivons à faire le même CA que deux ans auparavant avec deux salaires de moins, tout en étant passé à 35H par semaine ! Par ailleurs, nous sommes restés avec 25% de dossiers en moins étant donné que la patientèle s'est presque complètement renouvelée dans le sens souhaité : c'est-à-dire que les devis ont pu être réajustés à 25 % de plus... Je peux enfin dire que nous sommes honorés à la hauteur des investissements et des efforts permanents mis en place : le savoir-faire est rejoint par le faire savoir...

Nous pouvons envisager maintenant de passer à la phase 2 : recruter une deuxième assistante clinique afin de seconder notre prothésiste Loïc et mon assistante clinique Valérie, et puis enfin trouver, en vue d'association, une consœur intéressée par la reprise progressive des dossiers en traitement "classique" afin de continuer à assumer de plus en plus la montée en nombre des traitements précoces.

Le point de vue de l'Assistante de direction, Catherine

Depuis un an déjà, date à laquelle j'ai pris mes fonctions au sein de la Clinique d'Orthopédie dento-faciale du Docteur Lacroix, mon rôle a surtout consisté, mises à part mes tâches administratives, à redonner une image confiante et positive du cabinet. Le turn-over des "secrétaires polyvalentes" qui m'ont

précédées ainsi que l'accumulation d'erreurs diverses et récurrentes avaient laissé quelque peu planer un doute sur le "sérieux" du cabinet, créant en interne un climat d'insatisfaction générale. Je peux dire qu'aujourd'hui ce climat a disparu, et pour preuve, de nombreux parents m'ont confié leur soulagement d'avoir enfin des informations claires et pertinentes sur le suivi de leur dossier. Je savais très bien que le poste d'assistante de direction dentaire était bien plus complexe que celui d'une "secrétaire polyvalente" ou même médicale, dans le sens où, dans l'ombre du patron, elle est une véritable collaboratrice administrative et assistante de communication, pilier de la coordination et de la médiation entre les parents / patients et le praticien. Il va aussi de soi que pour que l'assistante de direction réalise parfaitement ses tâches, l'esprit d'équipe et la mobilisation complète et unanime de l'ensemble de l'équipe sont capitales. La structure d'un cabinet dentaire n'a rien à voir avec celle d'une entreprise, et chaque ressource humaine, praticien, assistante dentaire, prothésiste, assistante de direction, représente, à un même niveau, un maillon indissociable de cette chaîne humaine et technique.

Entretien avec **R. Cochet**, expert en développement managérial et le **Dr Michel Lacroix**, Orthodontiste

(*) Il y a une chose dont on parle très peu durant notre formation et qui me semble très importante à souligner pour nos jeunes confrères : il s'agit du choix capital du lieu d'implantation pour son futur exercice, car ce lieu géographique doublé de cet environnement social, va ensuite coller à la peau du praticien et conditionner tout le reste de sa vie. Il ne s'agit pas seulement de bien penser la chose en termes économiques, ça c'est évident et tout le monde essaie de l'observer avec plus ou moins de bonheur... Bien plus loin que ça, il s'agit de bien s'introspecter soi-même pour être au clair avec ses objectifs de carrière et de vie privée, et ensuite analyser le milieu social et humain, en termes d'énergie sociale, de richesse culturelle, de dynamique industrielle et de potentiel d'évolutivité humaine pour essayer de voir si les deux coïncident...

Pour en savoir plus :

Contactez Rodolphe Cochet
7, rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
info@rh-dentaire.com



Des formations et des séminaires de qualité



PARIS



BONIFACIO (Corse)



ANNECY



AIX en PROVENCE



STRASBOURG



QUIMPER



LYON



BORDEAUX

Art dentaire

Environnement de travail

Distributeurs de matériel dentaire

Photo numérique

Vidéo numérique

Macintosh

PC



www.foxy-ed.fr

Foxy études & développement

42, rue des Cormiers 78400 CHATOU / Tél : 01 34 80 60 66 / Fax : 01 30 71 57 08 / eMail : foxy.ed@wanadoo.fr

NFdiffusion

Spécialiste en matériels Odontologiques de haute technologie. Fort de 12 années d'expérience dans le domaine dentaire, Frédéric NOIR met son savoir-faire à votre disposition.



La personnalisation du message d'accueil : photos, textes, horaires et jours d'ouverture.

Amalgames

Alimentation

Hygiène

Orthodontie

Services

Maladies

Pourquoi le concept NF diffusion est-il différent des autres ?

Nous avons sélectionné pour vous les meilleurs modules de communication et de détente du marché, que nous personnalisons à l'image de votre cabinet dentaire.

A quoi sert la communication en salle d'attente ?

A informer et à motiver vos patients, à gagner du temps, à apporter de la crédibilité sur votre travail.

Coupon à faxer au 03 44 63 14 08 ou à retourner par courrier à l'adresse suivante : NF Diffusion, BP 10 201/60 631 CHANTILLY Cedex.

Cabinet dentaire : _____
 Adresse : _____
 C.P. : _____
 Ville : _____
 Tél : _____
 Fax : _____
 E-mail : _____

Pour une démonstration dans votre cabinet dentaire, contacter :
 Noir Frédéric , 06 11 41 70 10, www.nfdiffusion.com



Professionnaliser

l'accueil téléphonique au cabinet dentaire (2)

Nous avons vu ensemble le mois dernier comment rendre plus performant l'accueil téléphonique au cabinet et par voie de conséquence l'agenda. Il s'agissait d'identifier, à l'aide de procédures précises établies par le praticien et son équipe, le motif de l'appel du patient. Nous avons défini "trois portes d'entrée" qui correspondent chacune à une gestion précise de l'agenda et du temps clinique impartit :

- Le patient entrant pour un bilan de sa bouche, qui veut faire le point
- Le patient "en urgence" ou avec une demande précise
- Le patient qui veut son contrôle-détartrage annuel ou biennuel

Nous vous proposons ce mois-ci de travailler davantage sur les formulations utilisées au téléphone, donc sur la forme. Le manque de temps et la répétitivité de ces tâches téléphoniques nous enlissent parfois dans des habitudes d'expressions et de réflexes plus ou moins heureux pour l'image du cabinet.



Les formulations qui vous desservent

Allo... ?

Oui... ?

J'écoutttte !

Se présenter

Les formulations qui valorisent l'image du cabinet

Cabinet du Dr Mougin, Sylvie à votre écoute !

Cabinet du Dr Adam, Martine, que puis-je faire pour vous ?

Cabinet dentaire bonjour, Fanny à votre écoute !



Se présenter

Tout le monde sait que la première impression est durable ou connaît le dicton suivant : Vous n'avez pas une deuxième chance de faire une première bonne impression.

Les premières secondes qui suivent la prise du combiné sont déterminantes... et d'ailleurs, que dites-vous au juste en décrochant le téléphone ?

Les mots choisis ont de l'importance mais le ton encore davantage : le sourire, ça s'entend ! Tout le monde le sait... mais tout le monde ne le pratique pas ! Alors prenez toujours deux secondes pour vous posez confortablement, inspirez et souriez !

Les incontournables de la présentation sont : je salue, j'identifie le lieu et je personnalise le contact en me présentant d'emblée à mon interlocuteur.

Identifier son interlocuteur et le motif de l'appel

Identifier rapidement le patient qui appelle vous permet de l'appeler par son nom et par voie de conséquence de donner à cet instant un ton convivial et personnalisé. C'est un signe de reconnaissance auquel tout être humain est sensible... Vous-même n'avez pas ressenti cette sensation agréable quand une personne a immédiatement mémorisé votre nom ?

Identifier le motif de l'appel : l'assistante doit rapidement distinguer un des motifs listés ci-dessous et se mettre d'accord avec le praticien sur des consignes précises à chaque cas de figure suivant :

- une prise de rendez-vous
- une doléance post-opératoire
- un correspondant du praticien
- du démarchage
- appel personnel

Remarques : "par quel praticien êtes-vous suivi ?" est moins brutal que "vous n'êtes jamais venu à notre cabinet ?" Qui peut faire penser au patient qu'il est moins susceptible d'obtenir un rendez-vous puisqu'il n'est jamais venu.

La question "à quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ?" est une question particulièrement intéressante car elle nous renseigne sur le rythme de fréquentation du cabinet dentaire par le patient et de son rapport à sa santé bucco-dentaire. "A quand remonte votre dernier bilan radio ?" suscite des réflexions comme "Je crois que je n'en n'ai jamais eu" ou "cela fait des années que je n'ai pas fait de contrôle".



Identifier son interlocuteur



Les formulations qui vous desservent

Vous êtes ?... C'est qui ?

Ça s'écrit... ?

C'est de la part de qui ?

Parlez plus fort SVP !

On vous connaît ?

C'est pourquoi ?

Il ne peut pas vous prendre

Je vais voir si je peux le déranger

Il n'est pas là

Les formulations qui valorisent l'image du cabinet

Voulez-vous me rappeler votre nom ?

Puis-je vous demander de m'épeler votre nom ?

Je n'ai pas bien saisi votre nom.

Qui dois-je annoncer au Docteur, s'il vous plaît ?

Excusez-moi, je n'ai pas bien entendu

Par quel praticien êtes-vous suivi ?

Qu'est-ce qui vous arrive ? En quoi puis-je vous aider ?

Puis-je prendre un message ?

Le Docteur est en consultation, je lui fais part de votre appel.

Le Docteur est en rendez-vous à l'extérieur



Deborah TIGRID

Décider de l'action et de l'attitude à adopter

Qu'avez-vous donné comme consignes à votre assistante pour donner un rendez-vous : nature, durée, à qui en priorité, dans quel délai ? Quel est son degré d'autonomie pour cette tâche ? Nous venons d'embaucher cette semaine une nouvelle assistante et voici la procédure téléphonique destinée à la guider pour donner un rendez-vous selon que le patient est connu ou pas du cabinet. Quelle attitude doit-on adopter face à un patient très anxieux, voire un bavard ? Comment gérer un patient agressif ou exigeant ?

Vérifier que vous avez bien compris le patient en reformulant

La reformulation est un outil puissant en communication pour montrer à son interlocuteur qu'il a été entendu et compris ; pour l'émetteur du message, c'est une opportunité de valider qu'il a bien saisi les messages. La reformulation peut se faire à trois niveaux :

- la reformulation de la demande du patient : "Donc, en fait ce que vous me dites c'est que n'ayant pas vu de praticien depuis quatre ans, vous souhaitez faire un examen complet de votre bouche... c'est bien cela ?"
- la reformulation de son état émotionnel : "Je comprends que vous soyez inquiète compte tenu de ce qui est arrivé à votre mari"
- la reformulation de la décision prise ensemble : "Madame Racine, nous nous voyons donc mardi 15 mars à 16h00, et pensez à apporter la prothèse fracturée et la liste des médicaments que vous prenez dans le cadre de votre nouveau traitement".

Prendre congé, la formule finale

Et pour nous, en guise de formule finale : Chers lecteurs et lectrices, je vous remercie pour votre attention. Je vous souhaite une réflexion constructive avec votre équipe et une bonne mise en œuvre. Il est important de former nos assistantes afin de donner à nos cabinets une image de convivialité et de professionnalisme.

Au plaisir de vous retrouver le mois prochain pour partager d'autres aspects de notre quotidien !

Pour en savoir plus :

FBM Formation
01 56 56 59 85



Attitude face à un patient exigeant



Les formulations "huile sur le feu"

"Ce n'est pas grand-chose..."

Les formulations judicieuses

Je comprends que... (reformuler la doléance)
Je fais tout mon possible pour...

Attitude face à un patient bavard

"Ah, bon ?!"

Reformuler le motif de l'appel
Poser des questions fermées ou alternatives (mardi 13h00 ou vendredi 16h00 ?)
Guetter la moindre respiration pour recentrer sur la finalité de l'appel
Faire "le mort"

Attitude face à un patient anxieux

"Ce n'est rien"
"Ce n'est pas grave !"

Rassurer et reformuler : "je comprends votre inquiétude... je comprends votre appréhension... Vous avez bien fait d'appeler"

Attitude face à un patient agressif

"Ce n'est pas une façon de parler... !"
"Calmez-vous !"

Adopter un volume bas, un débit lent et régulier et la technique du disque rayé :
"je fais part de votre demande au Dr..."
"je fais part de votre demande au Dr..."
"je vous propose..."



Prendre congé



Les formulations qui vous desservent

Au r'voir... !

Les formulations qui valorisent l'image du cabinet

Au revoir Madame Racine, merci d'avoir appelé.
Je vous souhaite un excellent week-end Madame Racine !



Durée de rendez-vous

• NOUVEAU PATIENT

- 15 mn : urgence
- 30 mn : première consultation enfant
- 45 mn : si demande spécifique bien explicitée, demande de bilan complet, devis...
- 1H00 : bilan parontal

• PATIENT CONNU DU CABINET

- 15 mn : urgence, contrôle enfant, jeune RAS
- 30 mn : suivi et maintenance prothèse paro
- 45 mn : si problème spécifique bien explicite, bilan

Complétez votre savoir-faire Professionnel



Paroconcept vous propose une formation de 5 jours en parodontie médicale auprès du Docteur Jacques Charon*, parodontiste exclusif.

La méthode Paroconcept :

- pose les bases d'une thérapeutique raisonnée.
- aborde la pratique quotidienne avec des cas cliniques concrets,
- propose un concept applicable en cabinet libéral.
- permet de fidéliser votre patientèle par la satisfaction des traitements prodigués.

Pour plus d'information, consultez notre site web :
www.paroconcept.com

- Vous pourrez stopper l'évolution des lésions parodontales.
- Vous pourrez gagner de l'attache sans chirurgie.
- Vous pourrez maintenir durablement les gains d'attache en gardant la flore buccale compatible avec la santé parodontale.

*Jacques Charon est membre de l'American Academy of Periodontology, de l'International Association for Dental Research et de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire. 30 ans d'expérience exclusive en cabinet.

Oui, je désire recevoir de la documentation sur les stages de parodontie médicale.

merci de compléter et renvoyer ce bulletin à :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

e-mail : _____



128, rue du Jacquemars Gielée - 59000 Lille
tél : 03 20 34 04 47 - fax : 03 20 56 90 42
e-mail : paroconcept@nordnet.fr

AU FIL DE VOS QUESTIONS

Questions

Pouvez-vous me préciser les taux de TVA applicables en matière de location en meublé professionnelle ?

La TVA que vous récupérez sur l'acquisition est de la TVA à 19.60% ; en revanche, la TVA facturée sur les loyers est au taux de 5.5%. Ce qui explique que ce régime vous est plutôt favorable.

Je viens d'acheter un appartement locatif, mon notaire me conseille de souscrire une assurance. Je ne comprends pas, c'est au locataire de s'assurer ?

Votre locataire doit s'assurer mais vous aussi avez intérêt à vous assurer mais seulement en tant que propriétaire non occupant. En effet, lorsque votre locataire s'en va définitivement, le temps de rechercher un autre locataire, l'appartement est vide. Si un dégât des eaux survient par exemple, si vous avez souscrit l'assurance propriétaire non occupant, ce sinistre sera couvert, alors que si vous n'avez pas souscrit d'assurance, vous serez intégralement responsable de ce sinistre et de ses conséquences

financières. Ce serait dommage car à compter de 2006, vous pourrez déduire de vos revenus fonciers, le coût de cette assurance.

Je souhaite acquérir un appartement dans le cadre de la loi DE ROBIEN. Dois-je le financer avec un crédit in fine ?

Tout dépend de votre situation. Si vous disposez par ailleurs de revenus fonciers bénéficiaires, alors vous avez tout intérêt à préférer un crédit in fine car alors vous pourrez déduire de vos autres revenus fonciers les intérêts produits par votre prêt in fine et donc réduire ainsi votre imposition. Toutefois, nous vous conseillons de faire réaliser la simulation de votre projet pour voir justement si les intérêts produits sont bien absorbés par vos autres revenus fonciers, ainsi vous ajusterez au mieux votre financement.

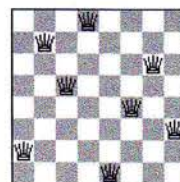
Pour en savoir plus :

PATRIMOINE PREMIER
C. BEL ou Y. ROUGEUX
32 Avenue de Friedland 75008 PARIS
Tél. : 01 45 74 01 05 - Fax : 01 45 74 01 15
e-mail : pat1er@club-internet.fr



Solutions des jeux du numéro 9 (janvier 2006)

1. Les chiffres et les lettres : QN : Quatre-vingt uN. 2. Echec et mat : Voir image ci-dessous.
3. Trois mystérieux objets : La lettre « S ».
4. Si je bois, je meurs... : Le feu. 5. Huit : Voir schéma ci-dessous.



HUIT

FBM Formation
est heureux de vous présenter
les noms des premiers
gagnants du jeu
«QUI A DIT» du mois de février.

Félicitations aux docteurs :

- Gérard LEICK - Gorcy (54)
- Dario CHALOM - Courtenay (45)
- Muriel ETRILLARD - Saâcy-sur-Marne (77)

La carie dentaire

La carie dentaire est une maladie qui touche surtout les enfants et les jeunes adultes.

En France, beaucoup d'enfants et de jeunes adultes ont des caries.

Le principe est assez simple :



Implants

- 1 - Il vous manque une dent.
- 2 - Après préparation de l'alvéole, le chirurgien-dentiste va poser un implant en Titane ou en céramique à la place de la dent manquante.
- 3 - Une fois en place, il fixera sur l'implant, un pilier destiné à recevoir la prothèse.



En plus de beau sourire qui permet d'acquiescer le traitement orthodontique.



il contribue à l'apparence agréable du visage, souvent déterminante pour la confiance en soi d'un adolescent et plus...



Utilisez la boule - pour déplacer le pointeur
Utiliser le bouton - pour valider votre choix



Les praticiens



Docteur Olivier SEBBAN

Morosité ?

Dynamisez votre cabinet et soignez votre image de professionnel avec le "Concept Attente"



Un système révolutionnaire de communication en salle d'attente, personnalisé et interactif

Foxy études & développement
42, rue des Cormiers
78400 CHATOU / FRANCE
Tél. : 01 34 80 60 66
Fax : 01 30 71 57 08

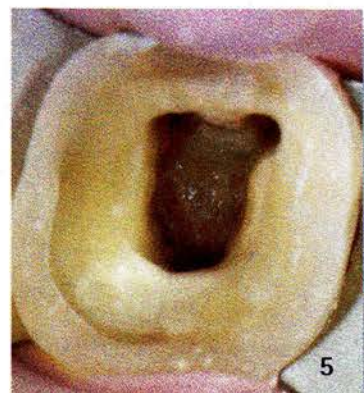
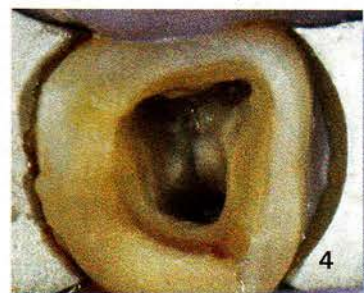
www.foxy-ed.fr

Diplôme de la faculté de chirurgie dentaire de Marseille
B. Sc. University of Birmingham
C.E.S. de parodontologie
D.U. d'implantologie / Bordeaux





Le but de cette rubrique est d'aborder et de faire partager un tour de main clinique, qu'il soit d'utilisation quotidienne ou exceptionnelle. Un focus est fait sur un problème particulier toujours abordable pour le praticien généraliste. Vos remarques et suggestions à stevebenero@yahoo.fr



PULPOLITHES

Les pulpolithes sont des calcifications pulpaire pouvant être présentes dans les canaux ou dans la chambre. La pulpe camérale est très souvent touchée. Il est malheureusement assez facile de passer à côté et de ne pas se rendre compte de la présence de ces calcifications qui sont préjudiciables à la bonne conduite du traitement canalaire. En effet, le pulpolithe présent dans la chambre va rendre difficile l'angle d'accès coronaire des canaux radiculaires. La libération des instruments dans la partie haute du canal n'est pas respectée, rendant difficile, voire impossible la mise en forme des canaux. Nombre de traitements inadéquats ont en fait pour origine la conservation de ce pulpolithe dans la chambre. Pensez à cela lors de vos prochaines reprises de traitement et vous verrez que dans un nombre non négligeable de cas, le traitement canalaire a été conduit « au travers » de ce pulpolithe. Pour ma part, je pense qu'il est indispensable de bien observer les radios préopératoires (axiale, à incidence mésiale et à incidence distale). La présence d'une éventuelle calcification camérale peut être décelée ainsi dans un premier temps. Il est également très important d'évaluer sur la radio la hauteur de la chambre pulpaire (distance plancher-plafond). Il est indispensable de travailler sous aides optiques. Le microscope est évidemment l'idéal mais pour ma part, j'utilise des loupes binoculaires à grossissement 2,6.

Le plancher pulpaire doit avoir une couleur bleutée presque irisée. Sur la **photo 1**, l'aspect du plancher est différent. On remarque des pseudo-entrées canalaire mal définies. La calcification a tendance à se transformer en poudre sous l'action de la fraise.

L'idéal est de retirer tout le pulpolithe en un seul bloc. Pour cela, l'utilisation d'un insert ultrasonore spécifique (en général diamanté) est une aide précieuse. Utilisé sans eau, il permet de travailler avec un contrôle visuel total. La pointe diamantée suit le contour de la chambre afin de décrocher la calcification. En général, le pulpolithe est peu adhérent au plancher. Une fois l'insert utilisé, je me sers d'un excavateur spécial endo (avec une partie travaillante un peu plus longue) que j'insère entre le pulpolithe et la paroi dentinaire afin de décrocher en une seule fois la masse calcifiée (**photo 2 et 3**).

Une fois le pulpolithe éliminé, les entrées canalaire sont bien individualisées et le traitement peut se poursuivre normalement (**photo 4**).

Je tiens tout de même à signaler par mon expérience personnelle, qu'il est fondamental de bien évaluer sur la radio la hauteur de la chambre pulpaire ainsi que de prendre régulièrement des radios peropératoires. En effet, il n'est pas toujours évident de bien discerner un véritable pulpolithe avec un plancher pulpaire pouvant être lui-même calcifié (**photo 5**), le risque étant évidemment la perforation du plancher. « Primum non nocere ».

Par le Dr Steve BENERO

Rencontre

Mon rendez-vous avec le Docteur...

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Dr P. Pirnay : *Qu'est-ce qui vous a décidé à choisir le métier de chirurgien dentiste ?*

Dr. G. Desmas : J'ai commencé mes études de Pharmacie en 1939. Engagé pour la durée de la guerre pour retrouver mon père, j'ai fait la connaissance de chirurgiens-dentistes qui m'ont motivé pour exercer leur profession.

Dr P. : *Comment imaginez-vous votre exercice clinique dans les cinq ans, et dix ans... à venir ?*

Dr. G. D. : Malgré mon grand désir, âgé de 85 ans, je ne suis pas concerné par cette question. Il y aura certainement une grande évolution sur le plan des techniques. Malheureusement, je crains fort de l'augmentation des contraintes administratives qui entraveront de plus en plus notre liberté professionnelle.

Dr P. : *Quelle est la plus grande difficulté professionnelle rencontrée depuis le début de votre carrière et que vous avez surmontée ?*

Dr. G. D. : Ma plus grande difficulté professionnelle a été la création d'une patientèle. J'ai créé en

1945 quatre cabinets dans la région de St.Nazaire. Ayant réalisé que je ne pourrais pas faire le type de prothèse que je désirais, je suis parti à Casablanca. Là-bas, ne connaissant personne, la création d'une patientèle a été laborieuse, mais j'ai réalisé mon rêve: travailler sans aucune contrainte pour des soins et prothèses de qualité. En 1965, les événements m'ont obligés à quitter le Maroc et j'ai dû recommencer pour la troisième fois, à Cannes, le même processus !

Dr P. : *Quel est le domaine de la chirurgie dentaire qui vous prend le plus de temps de travail ? Comment imaginez-vous celui que vous désiriez voir évoluer ?*

Dr. G. D. : En chirurgie dentaire, l'intervention la plus désagréable pour moi est l'extraction d'une racine fracturée en dessous de la bordure osseuse, quand le desmodonte n'existe plus et que la racine est liée à l'os.

J'aimerais voir évoluer la considération pour notre exercice professionnel et ses difficultés à travers les médias, en mettant en valeur notre rôle de thérapeute.

Guy DESMAS

• Docteur en chirurgie dentaire
85 ans - « Doyen d'âge des praticiens en exercice »



Dr P. : *Quel est votre plus agréable souvenir dans votre exercice de praticien ?*

Dr. G. D. : Je n'ai pas un souvenir particulièrement plus agréable que les autres. Mais chaque fois que je réussis une très belle réalisation prothétique, sur le plan esthétique et fonctionnelle c'est vraiment un grand plaisir, j'ai l'impression d'avoir fait une oeuvre d'art où je pourrais mettre ma signature.

Dr P. : *Et celui d'une expérience que vous aimeriez partager avec nos confrères ?*

Dr. X. R. : En rentrant du Maroc, j'ai connu une expérience extraordinaire. Avec quelques confrères, nous avons décidé de faire venir des U.S.A. des professeurs au sommet de leurs spécialités.

Glickman est venu le premier pour une semaine de cours théoriques et pratiques sur patients. Il nous a recommandé **Pound** pour la prothèse complète puis d'autres sont venus : **Ingle, Ramfjord, Prichard, Celenza, Kilpatrick, Schilder, Peter Thomas, Stern, Lauritzen, Grossman** ... et j'ai ainsi fait le tour de toutes les spécialités pendant une quinzaine d'années à raison d'un stage tous les 3 mois...



Communication - Organisation
Management - Gestion...

**Argumenter efficacement
vos propositions de traitement**

les 15 et 16 juin 2006*
1 000 €



**Ré-organisez votre cabinet,
garder la maîtrise de son agenda**

les 29 et 30 juin 2006*
750 €



**Endodontie,
Urgences et rentabilité**

les 22 et 23 juin 2006*
750 €



**La pédodontie :
un exercice gratifiant et rentable**

les 15 et 16 mai 2006*
750 €

2 docteurs en formation
20% de réduction
3 dentistes que se lancent
- 30% de dépenses

4 praticiens qui sont prêts
- 40% de frais
5 confrères à Paris
50% d'économie

* offres valables pour des praticiens assistant à la même formation dans la limite des places disponibles.

Renvoyez ce coupon pour recevoir notre catalogue de formation

Coupon à retourner à **FBM Formation - 15 rue Victor Duruy - 75015 PARIS**
Pour toute information contacter le **01 56 56 59 85**.

Votre cachet - Vos coordonnées

Les nouveautés fiscales en 2006 : Une bonne surprise ?

Plafonnement des niches fiscales supprimé : un an de sursis ?

La bonne et agréable surprise de ce début d'année a été la suppression du plafonnement des niches fiscales par le Conseil Constitutionnel.

En conséquence, pour 2006, les investisseurs ont retrouvé toute leur liberté en matière d'investissements défiscalisants ou en matière de dépenses entraînant des économies d'impôts (emploi services, gardes de jeunes enfants, ...).

Vous disposez donc, contre toute attente, de l'année 2006 **pour faire le stock d'avantages fiscaux avant les changements annoncés par Bercy**. En effet, une équipe travaille actuellement sur une nouvelle mouture de plafonnement des avantages fiscaux, mais beaucoup plus simple ! Celle-ci ne sera publiée que dans le cadre de la nouvelle loi de finances pour 2007, **donc pas avant la fin de l'année 2006. Il vous reste toute l'année pour agir**. Il est en effet peu probable que les nouvelles mesures de la loi de finances pour 2007 soient applicables avant le 1/1/2007 : il ne faut pas oublier que quelques mois plus tard, nous aurons les élections présidentielles.

Nous ne saurions donc trop vous conseiller de porter vos choix en priorité sur les investissements qui étaient censés être plafonnés. Ceux-ci resteront en effet probablement les cibles préférées des futures mesures restrictives. Bien entendu, il est impératif que ces investissements soient adaptés à votre situation fiscale et patrimoniale. Pour vous en assurer, faites réaliser votre étude et les simulations de vos projets.

Il s'agit notamment des investissements FCPI/FIP, SOFICA, DE ROBIEN, DEMESSINNE, MALRAUX et GIRARDIN — laquelle fait souvent l'objet de débats —

Loi DE ROBIEN : attention des modifications en vue

L'actuelle loi DE ROBIEN devrait connaître des changements dans les semaines qui viennent : l'amortissement qui était au maximum de 65% sur quinze ans va passer à 50% sur neuf ans (6% du prix d'acquisition du logement les sept premières années et 4% pour les deux années suivantes).

Une période transitoire serait mise en place et permettrait de bénéficier encore quelques mois de l'actuel régime : la modification annoncée ne serait pas ap-

pliquable aux acquisitions réalisées entre le 1/1/2006 et le 1/7/2006 si la demande de permis de construire a été déposée avant le 1/1/2006 et si l'achèvement est intervenu avant le 1/1/2008. Cette période transitoire ne s'appliquerait ni aux investissements DE ROBIEN transformés, ni aux DE ROBIEN réhabilités.

Un nouveau dispositif serait mis en place : le BORLOO populaire. Nous vous tiendrons informés dès que ce nouveau dispositif sera voté définitivement car pour l'heure, différents scénarios circulent.

En conclusion, il vous reste quelques semaines pour opter pour un DE ROBIEN (version actuelle), si vous ne l'avez pas déjà fait.

Nouveau barème fiscal

Nouveau barème fiscal applicable aux revenus 2006 :

Fraction du revenu imposable (une part)	Taux
Inférieur à 5 515€	0
5 515€ à 11 000€	5,5%
11 000€ à 24 432€	14%
24 432€ à 65 500€	30%
Supérieur à 65 500€	40%

Ce nouveau barème fiscal simplifié avec la tranche maximale à 40% est maintenu, avec son pendant, à savoir **la suppression d'un certain nombre d'abattements comme l'abattement de 20% pour les salariés et les BNC adhérents à une association agréée** ou les abattements sur les revenus fonciers de 6 et 14%. Par ailleurs, les taux de certains abattements diminuent notamment celui sur les dividendes qui passe de 50 à 40%, celui du micro-foncier qui passe de 40 à 30% et celui du micro-BIC qui passe de 72 à 68%. Au total, ces changements devraient être relativement neutres, sauf pour les très hauts revenus qui, eux, devraient en tirer avantage.

Revenus fonciers : du nouveau

Pour certains contribuables, la situation devrait s'améliorer nettement en matière de revenus fonciers. En effet, des économies d'impôts se profilent si vous ajoutez à la suppression de la contribution sur les recettes locatives (taxe de 2,5% sur les loyers pour les immeubles de plus de quinze ans) un certain nombre de charges qui deviennent déductibles pour leur montant réel dans le cadre des revenus fonciers ainsi : les frais de gestion, et notamment les petits frais



(courrier, téléphone, fournitures de bureau...) limités à 20€ par appartement, toutes les primes d'assurance y compris désormais celles des propriétaires non occupants, les frais de gérance élargis à toutes rémunérations, commissions, honoraires versés à un tiers pour la gestion ou pour la tenue de comptabilité ou encore pour l'établissement de la déclaration fiscale des revenus fonciers... ; les anciens frais de rémunération des gardiens et concierges (dont honoraires de syndic ou d'administration de biens), ou encore les frais de procédure (les frais d'expertise notamment), désormais, également intégralement déductibles des revenus locatifs.

Restent déductibles bien entendu comme auparavant les dépenses d'entretien et d'amélioration.

Pour la partie des revenus fonciers, notamment dans le cadre du statut DE ROBIEN ou PERISSOL dont l'abattement n'était que de 6%, ces modifications devraient pouvoir induire des économies d'impôts pour les contribuables.

D'une manière générale, il conviendra de faire des simulations pour déterminer l'impact.

Enfin, comme on vient de le voir, il faut ajouter que l'ensemble des avantages fiscaux subsiste pour 2006. **La situation devrait donc être plutôt favorable aux contribuables.**

Le Bouclier fiscal ou le plafonnement des impôts directs

Le fameux bouclier fiscal est maintenu. Il s'applique aux impositions payées à compter du 1/1/2006. Le mécanisme du bouclier fiscal consiste à plafonner les impôts directs (impôt sur le revenu, ISF et impôts locaux supportés à raison de la résidence principale) par rapport aux revenus. **Les impôts directs ne doivent pas dépasser 60% des revenus. Si cette limite est dépassée, il y a restitution des sommes indûment prélevées.**

Ce mécanisme va surtout bénéficier aux personnes disposant d'un patrimoine important avec des revenus plutôt faibles.

Pour apprécier le dépassement de cette limite ou non, il faut retenir l'ensemble des revenus dont on déduit les déficits imputables sur le revenu global. Ainsi, si vous avez réalisé un investissement DE ROBIEN, le déficit foncier généré, déductible du revenu global (dans la limite de 10 700€), est pris en compte pour ce calcul ; il vient donc réduire le revenu. **Il peut donc être un déclencheur de bouclier fiscal** : à vos calculettes !

Précisons que ce que l'on vient de voir pour le déficit foncier et le bouclier fiscal est **également vrai pour les déficits BIC OU BNC, les cotisations versées sur le PERP ou dans le cadre de certains régimes de retraite supplémentaires obligatoires ou complémentaires.**

Vous pouvez également envisager de basculer votre contrat d'assurance-vie euros en contrat multisupports avec unités de compte, afin d'éviter que les intérêts inscrits dans les contrats euros viennent gonfler les revenus pris en compte pour le calcul du bouclier.

Dans le même ordre d'idée, attention aux livrets A, PEL, CODEVI, car les intérêts de ces supports sont également pris en compte dans les revenus. Alternativement, on peut adopter la stratégie de vendre de l'immobilier dégageant d'importants revenus fonciers, et ainsi peut-être déclencher là

aussi le bouclier fiscal tout en capturant des plus-values importantes. Les fonds seront bien entendu réinvestis dans un contrat multisupports en unités de compte.

Il peut également être intéressant de ne pas céder plus de 15 000€ d'actions car alors les plus-values non taxables ne seront pas prises en compte dans les revenus pour ce calcul ; il sera donc opportun là aussi de gérer peut-être autrement son portefeuille de valeurs mobilières !

Différentes stratégies peuvent être mises en place (là aussi tout dépend de votre situation) et participer notamment au déclenchement du bouclier fiscal et de ses restitutions d'impositions indûment prélevées. On voit là bien sûr qu'il peut y avoir un gisement d'économies d'impôts à exploiter !!! D'autant qu'on s'aperçoit que de telles restructurations induisent également souvent de meilleures rentabilités.

Réforme de la taxation des plus-values sur actions à compter du 1/1/2006

Rappelons que jusqu'à présent, les plus-values sur cessions d'actions et de parts sociales étaient taxées à 16% + 11% de prélèvements sociaux, en cas de dépassement du seuil des cessions de 15 000€.

A compter du 1/1/2006, il est institué une exonération progressive en fonction de la durée de détention des titres. Après cinq ans de détention, il est tenu compte, pour le calcul de la plus-value, d'un abattement d'un tiers par an. Ainsi, après huit ans de détention, la plus-value est intégralement exonérée. Cette exonération ne joue toutefois que pour la partie taxation des plus-values, soit 16%. Les prélèvements sociaux (qui ne sont pas des impôts !!!) quant à eux sont toujours dus, soit 11%.

Précisons qu'il faut tenir compte des cessions relevant de ce nouveau dispositif pour l'appréciation du seuil de cession de 15 000€.

Exception : Les chefs d'entreprise qui partent en retraite peuvent bénéficier dès le 1/1/2006 de l'exonération dès lors qu'ils cèdent la totalité des titres de leur société ou que la cession porte sur plus de 50% des droits de vote, sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions, dont celle de détenir les titres de leur société depuis déjà plus de huit ans au 1/1/2006.

Conclusion : En tenant compte des informations que nous venons de vous livrer, il vous reste quantité de bon grain à moudre pour bâtir une stratégie de réduction d'impôts efficace en 2006 ■

Pour en savoir plus:

Catherine BEL

PATRIMOINE PREMIER agréée AMF n°A043000

32 Avenue de Friedland 75008 PARIS

Tél. : 01 45 74 01 05 Fax : 01 45 74 01 15

Email : pat1er@club-internet.fr



Parodontologie Implantologie

> 27 ET 28 MARS 2006 À STRASBOURG
> 31 MARS ET 1^{ER} AVRIL 2006 À MONTPELLIER
**LA SANTE PARODONTALE :
APPROCHE MICROBIOLOGIQUE**

DR MARK BONNER

**INSTITUT INTERNATIONAL
DE PARODONTIE**

575, boulevard Jean XXIII
Trois Rivières - Ouest, Québec G8Z
4J2 Canada

Tél : 001 819 691 2652

Fax : 001 819 691 1771

CONTACT : SOLANGE DUNOYÉ

Tél : 04 93 71 40 65 ou 06 60 75 75 22

Fax : 04 93 71 40 32

Site Internet : www.parodontite.com

E-mail : info@parodontite.com

> 29 MARS 2006 À STRASBOURG
**APPORT DES NOUVEAUX
BIOMATERIAUX
EN PARO-IMPLANTOLOGIE**

DR YVES REINGEWIRTZ

ALPHA OMEGA ALSACE

9, bd de la Dordogne - 67000 Strasbourg

Tél : 03 88 36 26 73

E-mail : ao_alsace@hotmail.com

> 29 ET 30 MARS 2006 À NICE

> 11 ET 12 MAI 2006 À PARIS

> 9 ET 10 JUIN 2006 À PARIS

> 26 ET 27 JUIN 2006 À AUBAGNE
CHIRURGIE AVANCEE

CHANAVAL

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot

TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 41 39 02 43

Fax : 01 41 39 02 44

Site Internet : www.astratech.fr

E-mail : info@astratech.com

> 30 MARS 2006 À METZ
**GESTION DES COMPLICATIONS
EN IMPLANTOLOGIE**

DR MARC BERT

**CORAILL - CERCLE ODONTOLOGIQUE
DE RECHERCHE APPLIQUÉE
EN IMPLANTOLOGIE DE LORRAINE
LUXEMBOURG**

DR FRANÇOIS MOLÉ

24, rue du Palais - 57000 Metz

Tél : 03 87 74 05 25

Fax : 03 87 74 05 25

Site Internet : www.coraill.com

E-mail : contact@coraill.com

> 30 ET 31 MARS 2006 À PARIS ET ROUEN

> 11 ET 12 MAI 2006 À NANTES

> 18 ET 19 MAI 2006 À MULHOUSE

> 1^{ER} ET 2 JUIN 2006 À TOULON

> 13 ET 14 JUIN 2006 À DOMMARTIN

**COURS CLINIQUE DE PROTHESE
MOREAU, BRINCAT, DROUHET, KERVARRECK,
VIEU**

7, rue Eugène et Armand Peugeot

TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 41 39 02 43

Fax : 01 41 39 02 44

Site Internet : www.astratech.fr

E-mail : info@astratech.com

> 30 ET 31 MARS, 1^{ER} AVRIL 2006 À LYON

> 29 ET 30 JUIN, 1^{ER} JUILLET 2006 À LYON

**SEMINAIRE DE FORMATION
IMPLANTAIRE CLINIQUE
SUR 3 JOURS**

DR PATRICK EXBRAYAT

ZIMMER DENTAL

FRANÇOISE TRUPEL

1, rue Auguste Perret SILIC 237

94528 Rungis Cedex

Tél : 01 45 12 35 31

Fax : 01 45 60 04 88

Site Internet : www.zimmerdental.fr

E-mail : francoise.trupel@zimmerdental.fr

> 31 MARS ET 1^{ER} AVRIL 2006 À AUXERRE
**IMPLANTOLOGIE REALISTE
APPLICABLE AU QUOTIDIEN**

DR PIERRE CARPENTIER, JEAN-PIERRE OUHAYOUN,

FRÉDÉRIC CHICHE, JOSEPH CHOUKROUN,

ALAIN VERVELLE

**APCI - ASSOCIATION DE PARODONTO-
LOGIE CLINIQUE ET IMPLANTOLOGIE**

7, quai St Martin les St Mariens

89000 Auxerre

Tél : 03 86 46 51 79

Fax : 03 86 49 09 33

Site Internet : www.apci-genon.com

E-mail : info@apci-genon.com

> 1^{ER} AVRIL 2006 À SAINT-CYR SUR MER
**ORGANISATION DE LA QUALITE
EN IMPLANTOLOGIE**

DR LAURENT ALLOUCHE

**INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY
CENTER**

24, impasse René Couzinet

Parc de la Plaine - 31500 Toulouse

Tél : 05 62 16 71 00

Fax : 05 61 80 84 02

Site Internet : www.sudimplant.com

E-mail : contact@sudimplant.com

> 1^{ER} AVRIL 2006

> 13 MAI 2006

**CYCLE DE FORMATION
À LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS**

DR JACQUES BESSADE

**SCIO - STUDY-CLUB FRANCIEN
D'IMPLANTOLOGIE ORALE**

DANIÈLE

12, rue Dufrenoy - 75116 Paris

Tél : 01 60 03 05 75

Fax : 01 60 03 16 16

Site Internet : www.implant-online.com

> 3 AVRIL 2006 À 20H30 :

**CONFÉRENCE EN LIGNE
RECONSTRUIRE DE L'OS :
LES DONNEES ACTUELLES
ZEDENTAL.COM**

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris

Tél : 01 47 04 01 39

Site Internet : www.zedental.com

E-mail : global@zedental.com

> 6 ET 7 AVRIL 2006 À PARIS

> 18 ET 19 MAI 2006 À AIX-EN-PROVENCE

> 8 ET 9 JUIN 2006 À PARIS
**COURS DE COMMUNICATION
PATIENT**

HARSON, PENNERAT, PASCAL FERRY

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot

TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 41 39 02 43

Fax : 01 41 39 02 44

Site Internet : www.astratech.fr

E-mail : info@astratech.com

> 7 AVRIL 2006 À AIX-EN-PROVENCE
**COURS POUR LES ASSISTANTES
DENTAIRE**

BORIS URBIN, VIRGINIE BAUDE

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot

TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 41 39 02 43

Fax : 01 41 39 02 44

Site Internet : www.astratech.fr

E-mail : info@astratech.com

> 8 AVRIL 2006 À PARIS
**FORMATION PRF ET PRISE
EN CHARGE DE LA DOULEUR
SYFAC**

COLETTE PERUS

49, rue Gioffredo - 06000 Nice

Tél : 04 93 85 58 90

Fax : 04 93 85 58 90

Site Internet : www.syfac.com

E-mail : syfac@free.fr

**L'AGENDA
EST CONSULTABLE EN LIGNE
SUR NOTRE SITE
www.lefildentaire.com**



POSTGRADUATE CERTIFICATE IN PERIODONTOLOGY AND IMPLANTOLOGY NEW-YORK UNIVERSITY UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Sous la Présidence des Doyens

Pr. M.C. ALFANO et Dr J.F. PELI

RESPONSABLES DE LA FORMATION

Pr K. BEACHAM ; Dr R. DA COSTA -NOBLE ; Dr Y. LAUVERJAT ; Dr W. VAN WILLIGEN

L'enseignement se déroule sur deux ans (6 semaines)

Les cours auront lieu à l'Université de Bordeaux II et à New-York University selon les dates suivantes

Semaine 1	04/12/06	08/12/06	Université de Bordeaux II
Semaine 2	05/03/07	09/03/07	New-York University
Semaine 3	22/10/07	26/10/07	New-York University
Semaine 4	03/12/07	07/12/07	Université de Bordeaux II
Semaine 5	10/03/08	14/03/08	New-York University
Semaine 6	30/06/08	03/07/08	New-York University

TRADUCTION SIMULTANÉE

1^{ère} SESSION

du 4 au 8 décembre 2006

Dr K. ACKERMAN (Allemagne), Dr J.P. BERNARD (Suisse),

Dr R. DA COSTA-NOBLE (Université de Bordeaux II),

Dr K. DAHAN (Israël), Dr T. DRINCAT (France),

Dr Y. LAUVERJAT (Université de Bordeaux II), Dr B. ELLA (France).

Principaux intervenants à New-York University (Semaines 2,3,5 et 6) :

Dr E. ROSENBERG ; Dr C. EVIAN ; Dr D. TARNOW ; Dr P.D. MILLER ; Dr S. FROUM ;

Dr F. CELENZA ; Dr S. WALLACE ; Dr K. MISCH ; Dr M. SONICK ...

COUT DE LA FORMATION

600 Euros x 2 = 2 semaines à Bordeaux

1800 Dollars x 4 = 4 semaines à New-York

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

POSTGRADUATE BX-NY- UFR d'ODONTOLOGIE, 16 Cours de la Marne 33082 BORDEAUX CEDEX

Dr DA COSTA-NOBLE - Dr LAUVERJAT

Tél.0556967636 - Fax 0556938542

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Tél. : Fax : Email :@.....

Je suis intéressé(e) par la formation sur 2 ans « Postgraduate Certificate in Periodontology and Implantology »

Je m'inscris à la semaine de Bordeaux du 4 au 8 décembre 2006. Ci-joint chèque de 600€ établi à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université de Bordeaux II.



> 10, 11 ET 12 AVRIL 2006 À TOULOUSE

**FORMATION CLINIQUE
EN IMPLANTOLOGIE ORALE**

DR BENHAMOU, S. PARTOUCHE

**INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY
CENTER**

24, impasse René Couzinet
Parc de la Plaine - 31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00
Fax : 05 61 80 84 02
Site Internet : www.sudimplant.com
E-mail : contact@sudimplant.com

> 14 AVRIL 2006 À SALON DE PROVENCE

> 19 MAI 2006 À PARIS

> 25 MAI 2006 À ORNANS

OSTEOTOMES

PEYRET

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 02 43
Fax : 01 41 39 02 44
Site Internet : www.astratech.fr
E-mail : info@astratech.com

> 3 MAI 2006 À PARIS

**CONFÉRENCE :
SLACTIVE, EMDOGAIN**

DRS G. AOUATE, J. L. GIOVANNOLI

STRAUMANN FRANCE

STÉPHANIE

10, place d'Ariane Serris
77706 Marne-La-Vallée Cedex 4
Tél : 01 64 17 31 52
Fax : 01 64 17 30 10
Site Internet : www.straumann.fr
E-mail : info.fr@straumann.com

> 4 MAI 2006 À PARIS

**COURS POUR LES ASSISTANTES
DENTAIRES**

BORIS URBIN, VIRGINIE BAUDE

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex
Tél : 01 41 39 02 43
Fax : 01 41 39 02 44
Site Internet : www.astratech.fr
E-mail : info@astratech.com

> 10 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND

**CONFÉRENCE :
SLACTIVE, EMDOGAIN**

DRS D. AUBAZAC, Y. DOUILLARD, J. F. BOREL

STRAUMANN FRANCE

STÉPHANIE

10, place d'Ariane Serris
77706 Marne-La-Vallée Cedex 4
Tél : 01 64 17 31 52
Fax : 01 64 17 30 10
Site Internet : www.straumann.fr
E-mail : info.fr@straumann.com

> 11 ET 12 MAI 2006 À PARIS

> 1^{ER} ET 2 JUIN 2006 À ORNANS

> 22 ET 23 JUIN 2006 À TOULON

**COURS CLINIQUE DE PROTHESE
MOREAU, BRINCAT, DROUHET, KERVARRECK,
VIEU**

ASTRA TECH FRANCE

7, rue Eugène et Armand Peugeot
TSA 90002 - 92563 Rueil-Malmaison Cedex
Tél : 01 41 39 02 43
Fax : 01 41 39 02 44
Site Internet : www.astratech.fr
E-mail : info@astratech.com

> 12 ET 13 MAI 2006 À LYON

**2^{EME} CONFERENCE EUROPEENNE :
IMPLANTOLOGIE ET PRATIQUE
DENTAIRE**

EUROMEDICOM

Tél : 01 56 83 78 00
Fax : 01 56 83 78 05
Site Internet : www.euromedicom.com
E-mail : ecoi@euromedicom.com

> 18 MAI 2006 À MONTPELLIER

**PARODONTIE MEDICALE :
JOURNEE D'INFORMATION**

DR JACQUES CHARON

PAROCONCEPT

128, rue du Jacquemars Gielée - 59800 Lille
Tél : 03 20 34 04 47
Fax : 03 20 56 90 42
Site Internet : www.paroconcept.com
E-mail : paroconcept@nordnet.fr
info@paroconcept.com

> 18 MAI 2006 À PARIS

**TRAVAUX PRATIQUES A LA CARTE
SOP- SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE
DE PARIS**

239, rue du Fbg Saint-Martin - 75010 Paris
Tél : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Site Internet : www.sop.asso.fr
E-mail : secretariat@sop.asso.fr

**CYCLE DE PERFECTIONNEMENT
CLINIQUE AU FAUTEUIL**

DRS PAUL ET CATHERINE MATTOUT

> 18 ET 29 MAI 2006

Séminaire II : La chirurgie osseuse résec-
trice, la chirurgie pré-prothétique, les tech-
niques reconstructrices

> 22 ET 23 JUIN 2006

Séminaire III : La régénération tissulaire
guidée, les traitements implantaires

> 28 ET 29 SEPTEMBRE 2006

Séminaire IV : La pathologie muco-gingi-
vale, l'aménagement muqueux péri-implan-
taire

**GEPI - GROUPE D'ETUDES EN PARO-
DONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE**

224, avenue du Prado - 13008 Marseille
Tél : 04 91 32 28 32
Fax : 04 91 32 28 33
Site Internet : www.gepi-mattout.com
E-mail : contact@gepi-mattout.com

> 20 MAI 2006 À CALVI

**ORGANISATION DE LA QUALITE
EN IMPLANTOLOGIE**

DR LAURENT ALLOUCHE

**INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY
CENTER**

24, impasse René Couzinet
Parc de la Plaine - 31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00
Fax : 05 62 80 84 02
Site Internet : www.sudimplant.com
E-mail : contact@sudimplant.com

> 20 MAI 2006

**CYCLE DE FORMATION
À LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE**

DR JACQUES BESSADE

**SCIO - STUDY-CLUB FRANCILIEN
D'IMPLANTOLOGIE ORALE**

DANIÈLE

12, rue Dufrenoy - 75116 Paris
Tél : 01 60 03 05 75
Fax : 01 60 03 16 16
Site Internet : www.implant-online.com

> Du 5 AU 9 JUIN 2006 À LILLE

**STAGE DE PARODONTIE
MEDICALE**

DR JACQUES CHARON

PAROCONCEPT

27, Quai du Wault - 59800 Lille
Tél : 03 20 42 87 88
Fax : 03 20 42 88 98
Site Internet : www.paroconcept.com
E-mail : charonj@paroconcept.com
info@paroconcept.com

> 8 JUIN 2006 À MARSEILLE

**LES PRF : INTERETS ET PROTOCOLES
D'UTILISATION EN CHIRURGIE
PARODONTALE**

*J. CHOUKROUN, A. PEIVANDI, A. DISS, A. SIMON
PIERI*

**SFPIOSE- SOCIETE FRANÇAISE
DE PARODONTOLOGIE ET IMPLAN-
TOLOGIE ORALE DU SUD-EST**

E-mail : sfpiose@hotmail.fr

> 8 ET 9 JUIN 2006 À TOULOUSE

**Centre de congrès Pierre Baudis
PARO-INTEGRATION :
ACQUIS ET PERSPECTIVE**

**3^{EME} T. B. R[®] WORLD SYMPOSIUM :
25 CONFÉRENCIERS ; 8 NATIONALITÉS**

T. B. R. GROUP

24, impasse René Couzinet
31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00
Site Internet : www.tbr-group.com
E-mail : symposium@tbr-group.com

CYCLE DE FORMATION EN PARODONTOLOGIE 2006

J.P. OUHAYOUN

> 9 ET 10 JUIN 2006

3^{ème} degré : La chirurgie pré-prothétique

> 13 ET 14 OCTOBRE 2006

4^{ème} degré : La chirurgie muco-gingivale

> 1^{ER} ET 2 DÉCEMBRE 2006

5^{ème} degré : Approche pluridisciplinaire de cas complexes

SAUP - SAVOIR ABORDER L'UNIVERS
DE LA PARODONTOLOGIE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
DE PARIS VII

59, avenue de la Bourdonnais - 75007 Paris

Tél : 01 47 05 69 01

Fax : 01 47 05 16 95

Site Internet : www.saup.fr

E-mail : info@saup.fr

> 22 JUIN 2006 À PARIS

L'EMPREINTE GAGNANTE...
SANS TIRAGE NI GRATAGE

M. ROCHÉ, M. FITOUSSI, H. CHOUKROUN,
J. DUBREUIL, B. TERVIL, A. TREVELO

SOP- SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE
DE PARIS

239, rue du Fbg Saint-Martin - 75010 Paris

Tél : 01 42 09 29 13

Fax : 01 42 09 29 08

Site Internet : www.sop.asso.fr

E-mail : secretariat@sop.asso.fr

Endodontie

> 6 AVRIL 2006 À BORDEAUX

L'ÉLIMINATION DES INSTRUMENTS
FRACTURES

S. BAL

SFE- BORDEAUX AQUITAINE

DOMINIQUE ORIEZ

Hameau St Hilaire - 33370 Fargues St Hilaire

Tél : 05 56 21 27 43

E-mail : d.oriez@wanadoo.fr

> 8 AVRIL 2006 À MONTPELLIER

LA DIGUE DANS TOUTES LES
SITUATIONS

P.J. MICHEL

SFE - LANGUEDOC-ROUSSILLON

3, rue du Dahomey - 34090 Montpellier

Tél : 06 10 81 62 94

E-mail : p.j.michel@wanadoo.fr

> 4 MAI 2006 À VÉLIZY-VILLACOUBLAY

TP : DE LA LEVÉE DES OBSTACLES
ENDODONTIQUES À LA RECONSTITUTION
DE LA DENT DÉPULPÉE

DR THIERRY ROOS

EMS-ZEISS-ITENA

CAROLINE SMESSAERT

Tél : 01 45 91 30 06 ou 06 74 91 00 45

E-mail : communication@itena-clinical.com

> 22 ET 23 JUIN 2006 À PARIS
ENDODONTIE, URGENCES
ET RENTABILITÉ

JEAN-PHILIPPE MALLET, JEAN-RAOUL SINTÈS,
DEBORAH TIGRID

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Omnipratique

> 29 MARS 2006 À PARIS

CONFÉRENCE :
LES INLAIS-ONLAIS ESTHÉTIQUES

JEAN-PIERRE ATTAL, JACQUES RAYNAL

SIRONA FRANCE

Tél : 0 805 204 204

> 30 MARS 2006 À PÉRIGUEUX

PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES
RETENTIONS COMPLÉMENTAIRES
IMPLANTO-PORTEES

MICHEL DABADIE

ACTEON FORMATION

Tél : 05 56 34 93 22

Fax : 05 56 34 92 92

Site Internet : www.acteonformation.com

E-mail : audrey.maurel@acteonformation.com

> 13 AVRIL À TOURS

> 28 SEPTEMBRE À SAINT-ÉTIENNE
L'ÉCLAIRCISSEMENT DENTAIRE

ÉRIC BONNET, PATRICK SULTAN

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118

74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 00

Fax : 04 50 68 91 52

Site Internet : www.ivoclar.fr

E-mail : mail@ivoclar.fr

> 30 MARS 2006 À CHANTILLY

> 27 AVRIL 2006 À CHANTILLY

> 18 MAI 2006 À CHANTILLY

> 18 MAI 2006 À CHANTILLY

Château de Montvillargenne
LASER ET ODONTOLOGIE

DR JEAN-LUC PINLOCHE

NF DIFFUSION

BP 10201 - 60631 Chantilly Cedex

Tél : 06 11 41 70 10

Site Internet : www.nfdiffusion.com

> 30, 31 MARS ET 1^{ER} AVRIL 2006 À RENNES

7^{ÈME} CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE DE MÉDECINE
BUCCALE ET DE CHIRURGIE
BUCCALE

UFR D'ODONTOLOGIE

Campus de Santé

Tél : 02 23 23 43 25

Site Internet : www.societechirbuc.com

> 1^{ER} AVRIL 2006 À PARIS
MAITRISE DU LASER YAP
EN ODONTOLOGIE

SOUS L'ÉGIDE DU PR PATRICK MISSIKA

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
DE PARIS VII

5 rue de Garancière - 75006 Paris

Tél : 04 74 31 61 00

Fax : 04 74 31 61 37

> 6 AVRIL 2006 À LILLE

> 13 AVRIL 2006 À LYON

> 27 AVRIL 2006 À BORDEAUX

> 4 MAI 2006 À BRUXELLES

> 11 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND

> 18 MAI 2006 À LORIENT

> 1^{ER} JUIN 2006 À PARIS

> 8 JUIN 2006 À AIX-EN-PROVENCE

> 15 JUIN 2006 À BIARRITZ

> 22 JUIN 2006 À TOULOUSE

JOURNÉE DE FORMATION
EN ANESTHÉSIE TRANSCORTICALE
AFPAD - ASSOCIATION FRANÇAISE
POUR LE PERFECTIONNEMENT
DE L'ANESTHÉSIE DENTAIRE

SOPHIE

66, avenue des marronniers - BP 20521

49300 Cholet Cedex

Tél : 02 41 56 05 53

Fax : 02 41 56 41 25

Site Internet : www.afpad.com

E-mail : afpad@wanadoo.fr

> 6 AVRIL 2006 À STRASBOURG

PROTHÈSE AMOVIBLE COMPLÈTE
TP : LES TRAITEMENTS DE L'ÉDENTE

DRS. C. TADDÉI, E. WALTMANN, O. ÉTIENNE,

J. NONCLERCQ

FACULTE DE CHIRURGIE-DENTAIRE

DR LUCIENNE BIGEARD (MCU/PH)

CAROLINE BERST

1, place de l'Hôpital - 67000 Strasbourg

Tél : 03 90 24 39 01

Site Internet : www-ulp.u-strasbg.fr

E-mail : c.berst@depulp.com.fr

> 11 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND

L'ODONTOLOGIE STOMATOLOGIE
CHEZ LE PATIENT ÂGÉ

PR M BAUDET, DR C. LASSAUZAY

UFR D'ODONTOLOGIE

CLAUDIE CAMUS

11, bd Charles de Gaulle

63000 Clermont-Ferrand

Tél : 04 73 17 75 02 ou 04 73 17 75 05

Site Internet : webodonto.u-clermont1.fr

E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

> 15 MAI 2006 À 20H30 :

CONFÉRENCE EN LIGNE
ASEPSIE ET HYGIÈNE : ENTRE
OBLIGATION ET RÈGLES DE L'ART
ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris

Tél : 01 47 04 01 39

Site Internet : www.zedental.com

E-mail : global@zedental.com

**> 18 MAI 2006 À BORDEAUX
> 1^{ER} JUIN 2006 À LILLE
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES**

HERVÉ TASSERY
IVOCLAR - VIVADENT
La Chapelle du Puits - BP 118
74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00
Fax : 04 50 68 91 52
Site Internet : www.ivoclar.fr
E-mail : mail@ivoclar.fr

**> 8 JUIN 2006 À CLERMONT-FERRAND
L'ESTHETIQUE EN ODONTOLOGIE**

DR G. TIRLET
UFR D'ODONTOLOGIE
CLAUDIE CAMUS
11, bd Charles de Gaulle
63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 75 02 ou 04 73 17 75 05
Site Internet : webodonto.u-clermont1.fr
E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

**> 2 JUIN 2006 À 20H30 :
CONFÉRENCE EN LIGNE
COMMENT REDUIRE LE TEMPS DE
TRAITEMENT EN IMPLANTOLOGIE
ZEDENTAL.COM**

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris
Tél : 01 47 04 01 39
Site Internet : www.zedental.com
E-mail : global@zedental.com

Orthodontie

**> 1^{ER} ET 2 AVRIL 2006 À MARTINIQUE
L'OPTIMISATION DE NOS TRAITEMENTS
GRACE AUX GOUTTIÈRES
THERMOFORMÉES**

DR MICHEL AMORIC
ACTEON FORMATION
Rue Geiler de Kaysersberg
67411 Illkirch Cedex
Tél : 0 800 49 11 70
Fax : 03 88 67 96 95
Site Internet : www.rmoeurope.com
E-mail : info@rmoeurope.com

**> DU 1^{ER} AU 4 AVRIL 2006 À PARIS
DÉBUT DE FORMATION
EN ORTHODONTIE POUR
OMNIPRATICIENS
CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**

1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

**> 2 ET 3 AVRIL 2006 À PARIS
LA TECHNIQUE LINGUALE DANS
LES TRAITEMENTS INTERDISCIPLI-
NAIRES CHEZ L'ADULTE**

ROLAND BENOIT
**FOA - FORMATION ORTHODONTIQUE
ADULTE**
4 bis, rue de l'Indienne
91100 Corbeille Essonnes
Tél : 01 64 96 18 82
Fax : 01 64 96 42 25
E-mail : elisabeth.falque@wanadoo.fr

**> 2 ET 3 AVRIL 2006 À PARIS
Méditel
INITIATION A LA RNO DE PLANAS
P. AMPEN, G. BLANC, M. FINIDORI
CRRNO-COLLEGE REGIONAL DE
REHABILITATION NEURO-OCCLUSALE**

DR P. AMPEN
38, rue Aristide Briand - 77100 Meaux
Tél : 01 60 23 29 33
Fax : 01 60 23 29 33
Site Internet : www.i-ortho.net
E-mail : patrick.ampen@wanadoo.fr

**> 20 AVRIL 2006 À CLERMONT-FERRAND
ORTHODONTIE ET OMNIPRATIQUE**

DR CHAMBASI
UFR D'ODONTOLOGIE
CLAUDIE CAMUS
11, bd Charles de Gaulle
63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 75 02 ou 04 73 17 75 05
Site Internet : webodonto.u-clermont1.fr
E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

> 27 AVRIL 2006 SOIRÉE À MARSEILLE

**Hôtel Ibis-Timone
BASES ANATOMIQUES DE L'ANES-
THÉSIE EN ODONTOSTOMATO-
LOGIE**

DRS STÉPHANE PLAN, FRÉDÉRIC ÉTIENNE
**SOPSE - SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE
PÉDIATRIQUE DU SUD-EST**
La blancherie, 85, boulevard de Saint Loup
13010 Marseille
Tél : 04 91 44 64 17
Fax : 04 91 35 96 19
Site Internet : www.gssos.org
E-mail : daniel.bandon@odontologie.univ-mrs.fr

**> DU 8 AU 16 MAI 2006 À BREST
DÉBUT DE FORMATION EN
ORTHODONTIE POUR OMNIPRA-
TICIENS HORS METROPOLE
CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**

1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

**> DU 19 AU 21 MAI 2006 À PARIS
LES DENTS INCLUSES - TRAITEMENT
ORTHODONTIQUE ET CHIRURGICAL**

DR JEAN-MARIE KORBENDAU
**CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**
1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

**> 8 JUIN 2006 À LYON
TRAITEMENTS CHIRURGICO-
ORTHODONTIQUES DES DYSGNATHIES**

DR CHRISTIAN PAULUS, P. BERGEYRON, MAURER
SLMOA
E-mail : slmoa@aol.com

**> DU 9 AU 11 JUIN 2006 À PARIS
AGENESIE - DENTS INCLUSES**

DR FIRAS HAJ IBRAHIM
**CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**
1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

**> DU 14 AU 17 JUIN 2006 À VÉRONE
(ITALIE)
DYSFONCTIONS CRANIO-MANDI-
BULO-POSTURALES (2)**

DR ANTONIO PATTI
**CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**
1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

**> 23 ET 24 JUIN 2006 À PARIS
DÉVELOPPEMENT SQUELETTIQUE
CRANIO FACIAL CEPHALOMETRIE
ARCHITECTURALE**

PR JEAN DELAIRE
**CISCO-CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES**
1, cours de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Site Internet : www.ortho-cisco.com
E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

L'AGENDA
EST CONSULTABLE EN LIGNE
SUR NOTRE SITE
www.lefildentaire.com



gérez - organisez - communiquez



- Stress ?
- Problèmes d'agenda ?
- de rentabilité ?
- de management ?
- de communication ?

"j'ai bien connu cela dans mon cabinet..."

Docteur Edmond BINHAS

Chirurgien-Dentiste en cabinet libéral depuis 1978
Certificat d'Etudes Supérieures de Parodontologie
Diplôme Universitaire en Occlusodontologie
Docteur en Sciences Odontologiques
Fondateur du Groupe Edmond Binhas

Retrouvez le plaisir de travailler !
Sécurisez votre exercice !

Qui mieux qu'un chirurgien-dentiste peut vous comprendre ?



Pour nous contacter :

15, Avenue André Roussin - 13016 MARSEILLE
Tél : 04 95 06 97 31 / Fax : 04 95 06 97 32
Email : contact@binhas.com

▶ N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Pédodontie

> 15 ET 16 MAI 2006 À PARIS
LA DENTISTERIE PEDIATRIQUE,
UN EXERCICE GRATIFIANT
ET RENTABLE

HERVÉ PEYRAUC

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Prophylaxie

> 11 MAI 2006 À PARIS
CONTINUUM DE PDI

MICHEL BLIQUE

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 18, 19 ET 20 MAI 2006 À NIMES
METTRE EN PLACE LA PROPHYLAXIE
DENTAIRE DANS UN CABINET
D'OMNIPRATIQUE

DR PATRICK DARMON

IFOE

VIRGINIE

Tél : 06 61 98 48 54

Fax : 04 66 23 48 54

E-mail : ifoedarmon@aol.com

> 25 ET 26 MAI 2006 À PARIS
RENTABILISER LA MAINTENANCE
ET LA PROPHYLAXIE OU
COMMENT SE FAIRE HONORER
POUR CES ACTES

FRANÇOIS MOINEAU, MICHEL BLIQUE,

DEBORAH TIGRID

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 15 ET 16 JUIN 2006 À LYON
INTÉGRER LA PROPHYLAXIE
DENTAIRE INDIVIDUELLE
DANS VOTRE CABINET

MICHEL BLIQUE

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 22 JUIN 2006 À SAINT-JORIOZ
LA PROPHYLAXIE DENTAIRE

MICHEL BLIQUE

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118

74410 Saint-Jorioz

Tél : 04 50 88 64 00

Fax : 04 50 68 91 52

Site Internet : www.ivoclar.fr

E-mail : mail@ivoclar.fr

Ergonomie

> 7 JUIN 2006 À PARIS
METTRE EN PLACE UNE ERGONOMIE
EN SOLO - ORGANISEZ VOTRE
TRAVAIL AU FAUTEUIL A 2 MAINS

HERLUF SKOVSGAARD (DANEMARK)

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 8 ET 9 JUIN 2006 À PARIS
ORGANISER VOTRE TRAVAIL AU
FAUTEUIL - INTEGREZ UNE ERGO-
NOMIE PRAGMATIQUE A 4 MAINS

HERLUF SKOVSGAARD (DANEMARK)

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Gestion du cabinet

> 14 ET 15 MARS 2006 À PARIS
COMPRENDRE ET APPLIQUER LA
NOMENCLATURE

RUDYARD BESSIS

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Organisation

> 4 ET 5 AVRIL 2006 À PARIS
ORGANISATION CLINIQUE, POUR
UNE GESTION EFFICACE DES TRAI-
TEMENTS

MAHSA SEPER, JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Les Journées Pratiques d'Odontologie 2006

se dérouleront les **22 & 23 juin**
 à l'**Université Claude Bernard Lyon 1**

"Conférences interactives et ateliers"

destinés aux spécialistes ODF, ouvert aux praticiens

Avec la participation de :

Y. Allard - E. Binhas - E. Bonnet - D. Bouvier - M. Degrange -
S. Gebeile-Chauty - J. Godeneche - M.G. Le Gall - P. Missika -
L. Morgon - C. Ribaux - O. Robin - C. Romagna - G. Tirlet

Université Lyon 1, service de formation continue - antenne santé

8, avenue Rockefeller - 69373 Lyon cedex 08 - Tél : 04 78 77 72 60

bibianne.desouza@univ-lyon1.fr

Management

> 30 ET 31 MARS 2006 À ANNECY L'ORGANISATION PYRAMIDALE

DR EDMOND BINHAS

GROUPE EDMOND BINHAS

FABIENNE GARCIA

15, avenue André Roussin - Saumaty Séon
13016 Marseille

Tél : N° Vert 0 800 521 764 (appel gratuit)

Fax : 04 95 06 97 32

E-mail : contact@binhas.com

Communication

> 2 ET 3 MAI 2006 À PARIS PROFESSIONNALISER L'ACCUEIL AU CABINET DENTAIRE

DEBORAH TIGRID, MAHSA SEPEHR

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85 / Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 18 ET 19 MAI 2006 À PARIS FORMATION DES ASSISTANTES À LA PRÉSENTATION DES PLANS DE TRAITEMENT

DEBORAH TIGRID, MAHSA SEPEHR

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy - 75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

> 15 ET 16 JUIN 2006 À PARIS ARGUMENTEZ EFFICACEMENT VOS PROPOSITIONS DE TRAITEMENT

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

E-mail : info@fbmformation.com

Psychologie

> 6 AVRIL 2006 À LYON

> 18 MAI 2006 À LYON

> 15 JUIN 2006 À LYON

Château de Montchat - 69003 Lyon

HYPNOSE ERICKSONIENNE

ET CONFORT PROFESSIONNEL :
APPLICATION EN DENTISTERIE

DR B. DELCOMBEL, M. EL FARRICHA

IMHEC - INSTITUT MILTON H. ERICKSON

352 cours Émile Zola - 69100 Villeurbanne

Tél : 04 72 65 62 46 ou 06 10 83 26 18

Fax : 04 72 65 99 41

E-mail : imhely@free.fr

Divers

> 6 AVRIL 2006 À LYON

SOIRÉE DE GALA AU LYON VERT

JEAN-ROBERT PITTE

En présence de Dominique PERBEN, ministre de
l'Équipement, et du professeur Itamar RABINOVICH,

président de l'université de Tel Aviv

13, place de l'Hôtel de Ville - 26400 Crest

Tél : 04 75 25 07 18 / Fax : 04 75 25 12 13

Site Internet : www.ao-r21.org

E-mail : ayamiach@yahoo.fr

ODONTO-STOMATOLOGIQUE

Première année du cycle d'enseignement
sur trois ans

ANPHOS-ASSOCIATION NATIONALE
POUR L'HOMÉOPATHIE ODONTO-
STOMATOLOGIQUE

8 rue Albert Schweitzer - 67117 Ittenheim

Tél : 03 88 69 17 03 / Fax : 03 88 69 17 03

E-mail : haikel.isabelle@wanadoo.fr

> 21 ET 22 AVRIL 2006 À ROUEN

XVI^{ÈME} CONGRES DE LA SFHAD

ANPHOS-ASSOCIATION NATIONALE
POUR L'HOMÉOPATHIE ODONTO-
STOMATOLOGIQUE

MICHELINE RUEL-KELLERMANN

109 rue du Cherche Midi - 75006 Paris

Tél : 01 45 44 00 87

E-mail : micheline@ruel-k.net

> 24 JUIN 2006 À ARCACHON

JOURNÉE DES ATELIERS

D'ARCACHON : PATHOLOGIE

DU SOMMEIL ET ORTHESES

ENDOBUCCALES

CIPAGO- COLLEGE INTERDISCIPLINAIRE
POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE
L'ODONTOLOGIE

MICHELINE RUEL-KELLERMANN

Tél : 05 56 54 32 48

Fax : 05 56 66 70 04

Site Internet : www.ateliersarcachon.org

E-mail : macsorg@wanadoo.fr

MEGA DENTAL

Le meilleur du hard discount en 24 h chez vous

OFFERT
pour l'achat de
15 boîtes
de gants

DE HEALTHCARE PRODUCTS
DEDICATED TO EXCELLENCE



GANTS LATEX PREMIUM NON POUDES

Un gant latex sans poudre, hypoallergénique,
ambidextre.

La boîte de 100 gants - réf. cf tableau **13€50**

Taille	X-S 5/6	S 6/7	M 7/8	L 8/9
Réf.	2733-191	2734-191	2735-191	2736-191



DVD PORTABLE

Lecteur de DVD, JPG viewer, CD-R/RW, MP3-CD, CD audio.
Ecran LCD 3,6 pouces / 9,15 cm, affichage TFT. Batterie.
Adaptateur secteur. Adaptateur allume cigare. Réf. 8243-172

Tél. : 0820 45 90 91 - Fax : 01 69 49 20 50 - www.megadental.com

16-18, rue des Investisseurs - Z.A. de la Plaine-Haute - 91560 Crosne

Mega Dental SAS au capital de 80 000€ - RCS Corbeil-Essonnes n° 409 405 792 - Offres non cumulables avec les offres promotionnelles, photos non contractuelles,
Sous réserve d'erreurs typographiques. Dans la limite des stocks disponibles. Mega Dental se réserve le droit de modifier la marque du cadeau pour un modèle équivalent ou supérieur.



Entre 2 patients,
aérez-vous les neurones

1 LE RENARD ET LE PETIT PRINCE

Comme vous le savez tous, le Petit Prince habite sur une planète sphérique semblable à la Terre, mais beaucoup, beaucoup plus petite. Un matin, il décide d'en faire le tour à pied, le long de l'équateur. Il marche régulièrement à 2.5 km/h.

Le Renard qui souhaite se faire apprivoiser par le Petit Prince, ne pense qu'à une chose : rejoindre son ami. Il part du pôle Nord en même temps que le Petit Prince commence son tour et il court à 4.5 km/h, toujours en direction du Petit Prince.

Quand le Renard rattrape enfin le Petit Prince sur l'équateur, après 32 minutes, le Petit Prince n'a pas encore terminé son tour, mais il en a fait plus des 2/3.

Quelle distance a parcouru le Renard ?

2 L'HORLOGE

Une horloge sonne six heures en 5 secondes. Combien lui faut-il de temps pour sonner midi ?

3 UNE SUITE

Complétez la suite 1 4 9 16...

4 CHIFFRE À CHIFFRE

Ecrire un nombre de quatre chiffres tel que :

- le 1^{er} chiffre indique le nombre de zéros du nombre,
- le 2^{ème} chiffre indique le nombre de chiffres 1 du nombre,
- le 3^{ème} chiffre indique le nombre de chiffres 2 du nombre,
- le 4^{ème} chiffre indique le nombre de chiffres 3 du nombre.

Remarque : il y a 2 solutions...

5 LES BOULETS

Pour alimenter les canons en boulets, ces derniers étaient empilés sous forme de pyramides à base carrée.

Chaque côté des pyramides comportait 15 boulets. Combien de boulets étaient stockés par pyramide ?

Envoyez vos réponses sur papier libre à l'adresse suivante :

LE FIL DENTAIRE - Ludofil, 2 allée de la salamandre 94000 CRETEIL

LISTE DES GAGNANTS LUDOFIL NUMÉRO 9 JANVIER 2006

- | | |
|---|---|
| 1. Dr Pascale TABOT (Rennes) | 7. Dr Jean-Pierre CAZERES (Sauveterre-de-Béarn) |
| 2. Dr Claude WILNER (Lyon) | 8. Dr Florence MEYER-FOUCHARD (Orléans) |
| 3. Dr Etienne CARPENTIER (Caluire) | 9. Dr Yves CARBALLET (Clermont) |
| 4. Dr Françoise ARMAND (Le Pontet) | 10. Dr Gilles BOISSERANC (Pont d'Ain) |
| 5. Dr Jocelyne DEHETTE (Brignoles) | |
| 6. Dr Catherine SICARD-BONS (Montpellier) | |

MEGA DENTAL

Le meilleur du hard discount en 24 h chez vous

-15%
de remise



Pour les **5**
premiers gagnants

Mega Dental
vous offre un lecteur
DVD portable
et 15 % de remise sur votre prochaine
commande sur le catalogue général

DVD PORTABLE

Lecteur de DVD, JPG viewer, CD-R/RW, MP3-CD, CD audio, Ecran LCD 3,6 pouces / 9,15 cm, affichage TFT. Batterie. Adaptateur secteur. Adaptateur allume cigare. Réf. 8243-172

Pour les **5**
gagnants suivants

Mega Dental vous offre 15 %
de remise sur votre prochaine
commande sur le catalogue général

Tél. : 0820 45 90 91 - Fax : 01 69 49 20 50 - www.megadental.com

Croquez la vie à pleines dents !

Céramique

Céramique 55 € (360,78 Frs)

Fixe

Couronne coulée 31 € (203,35 Frs)

Mobile Métal

Forfait, Stellite prix net incluant

Plaqué métallique + finition + dents

de 1 à 6 dents 150 € (983,93 Frs)

de 7 à 14 dents 200 € (1311,91 Frs)

Mobile Résine

Appareil complet (14 dents)

dents comprises 150 € (983,93 Frs)

Délais d'exécution : 5 jours ouvrables

Livraisons :

- Gratuites sur Paris par coursier sur simple appel
- Gratuites sur la banlieue par coursier sur simple appel (retrait et livraison de nuit)
- Pour la province par Jet Services avec tarif préférentiel
- Livraisons en retour gratuites

Travaux réalisés en France

Contactez-nous à :

am ceram - 11 avenue de la Libération - 91130 Ris-Orangis

Tél : 01 69 02 30 80 - Fax : 01 69 02 51 39



Laboratoire
Axel
Dentaire



Fixe / Mobile / Orthodontie

Tél : 01 48 87 09 00

RAPIDITE

Paris

Une équipe de coursiers sillonne Paris et sa périphérie **gratuitement** pour vous

Province

Jet service se charge pour vous de l'enlèvement et de la livraison (Accord Tarifaire Préférentiel)

Contrat délais de **3 à 5** jours certifiés

en laboratoire: les travaux pris sur l'idf le lundi matin sont de retour chez vous le vendredi après midi.

Nous consulter pour les "express" ou pour les urgences.

Pei, Cire, Réparation, Adjonction simple, Rebasage, sous 48H

Tél : 01 48 87 09 00

www.axeldentaire.fr



Nouveau

- Un salon de discussions pro
- suivi des livraisons
- visualiser vos factures de les régler
- envoyer la photo de vos patients (teintes, morpho)
- imprimer des bons de commande
- solliciter le passage d'un coursier
- profiter de notre salle de prise de teinte

QUALITE

Tous nos travaux sont délivrés avec une fiche de traçabilité

ISO 9001 Certificat d'enregistrement N°701009171
 Date de validité: 31/12/2007
 Métaux certifié CE

EFFICACITE

TRAVAUX SUR IMPLANT

Nous réalisons la céramique sur tous types d'implants

la qualité à **Prix**

Exemple de prix d'Axel dentaire

Promo du mois MONO Céramique **28€**

(4 jours labo)

48 €

La céramique Multicouche



(4 jours labo)

65 €

La céramique Sur implant



(5 jours labo)

à partir **90 €**

Nouveau IN CERAM CAD/CAM

Bridge zirconium de 1 à 14 éléments



Le Stellite

dents et montage inclus

99 €

Le Complet



(4 jours labo)

METHODE GALVANISATION OR
 POUR TOUT TRAVAUX

ORTHODONTIE

(exemple) plaque de Hawley

39€

(4 jours labo)

Tarifs sur Paris et la proche Banlieue

