

LE

FIL DENTAIRE

N°12 AVRIL 2006

INTERVIEW
de Hervé Peyraud

**LA PARO EN
MOUVEMENT**
Étiologie des
maladies parodontales

PRATIC ECO
L'investissement
immobilier locatif neuf

FOCUS CLINIC
Échecs et complications
en implantologie

JEU-CONCOURS
Gagnez un voyage à Venise !

LABOCAST

Gamme Excellence

Réalisée par notre laboratoire en Asie (certifié ISO 9001 : 2000).

63€



CÉRAMIQUE

IPS d Sign (Ivoclar, Liechtenstein).

Métal : **4 all** (Williams, USA).

131€



COURONNE

Empress II

(Ivoclar, Liechtenstein).

120€



STELLITE

prix net (plaque métal + montage
+ finition de 1 à 14 dents, dents incluses).

Métal : **Wironit LA** (Bego, Allemagne).

Attachements : nous consulter.

La qualité sans frontière

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



HOW DO YOU FIL ?



© Images de marques

Voici trois printemps déjà que **LE FIL DENTAIRE** accompagne le quotidien de votre cabinet. Une période fleurie qui amène aujourd'hui le mensuel de tous les praticiens à affirmer son identité. Pour cela, nous nous en remettons encore une fois à vous puisque c'est par le quotidien de votre profession que nous trouvons le fil du contenu, du succès et de l'amélioration du magazine.

Encore une fois, oui, à vous de jouer ! A vous de décider des mots exacts qui qualifieront désormais au mieux votre revue, par un slogan, une devise, un coup de crayon au bout duquel jaillit parfois l'idée. La presse grand public, la première, n'a pas hésité à recourir à l'accroche. Le Figaro s'en est remis à la plume de Beaumarchais : « Sans la liberté de blâmer, il n'est point d'éloge flatteur. » La Voix du Nord, quotidien de nos confrères septentrionaux, a trouvé « la voix dans la vie ». Quid du magazine de tous les chirurgiens-dentistes ?

L'heureux lauréat de l'accroche sélectionnée se verra offrir un séjour de rêve à Venise la « Sérénissime », pour voguer au rythme de sa lagune.

Patricia LEVI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

Page 4 LE BILLET D'HUMEUR DE JACQUES
Utile et Unique
par le Dr Jacques CHARON

Pages 6 à 8 SUR LE FIL
Actualité-Nouveaux produits-Revue de presse

Pages 10 à 14 INTERVIEW - COTÉ JARDIN
Rencontre avec Hervé PEYRAUD

Pages 16 et 18 FOCUS CLINIC
Echecs et complications en implantologie

Pages 20 à 22 LA PARO EN MOUVEMENT
Étiologie des maladies parodontales

Pages 26 à 30 AU FIL DES CONFÉRENCES
Les lasers en odontologie

Page 32 RENCONTRE
Mon rendez-vous avec ... Robert RUBINSTAYN

Pages 33 et 34 SYSTEME DENTAIRE
L'entretien de vos micro-moteurs Bien Air

Pages 36 et 37 MANAGEMENT CABINET
L'assistante de direction dentaire :
Le fer de lance du développement managérial
des cabinets dentaires

Page 40 A VOS PLUMES
Forum des lecteurs

Page 41 JEU CONCOURS
Gagnez un voyage à Venise !

Pages 41 et 43 PRATIC ECO
Investissement immobilier locatif neuf :
La nouvelle donne

Pages 44 à 50 AU FIL DU TEMPS
Agenda des manifestations



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
patricialevi@lefildentaire.com

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
norbertcohen@lefildentaire.com
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, Dr Mithridade DAVARPANAH,
Dr Frédéric GAULTIER, Dr Gérard NAVARRO.
Conseiller spécial : Dr Bernard TOUATI
Chargée de communication : Juliette HASSAN
jhassan@lefildentaire.com
Secrétaire de rédaction : Barbara VACHER
bvacher@lefildentaire.com
Secrétaire de direction : Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com
Secrétaire : Coralie BRIDIER
Collaboration : Images de marques
Imprimerie : MCC GRAPHICS
Publicité : Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

SIRONA

Le Symposium international de Berlin donne à la méthode CEREC ses lettres de noblesse



Plus d'un millier de personnes ont assisté au congrès scientifique organisé à Berlin les 17 et 18 mars à l'occasion du vingtième anniversaire de la méthode CEREC. Depuis le traitement du premier patient CEREC, en septembre 1985, ce système de conception et de fabrication assistées par ordinateur de restaurations dentaires en céramique s'est largement imposé dans la profession. Sa validité est aujourd'hui attestée scientifiquement. De récentes études ont confirmé que les restaurations CEREC n'avaient rien à envier à celle en or.

Lors du « Symposium du vingtième anniversaire du CEREC », plusieurs intervenants ont présenté à plus d'un millier de congressistes les résultats fort convainquants de leurs travaux : Le Dr B. Reiss a fait état d'un taux de survie de 90% sur une période de seize ans, le Professeur G. Arnetz, de Graz, de 39% en quinze ans, et le Professeur Kern, de Kiel, a constaté une perte annuelle de 1,1% seulement, soit un meilleur score que celui de l'or.

Les nombreuses améliorations de détail qui ont été présentées dans le cadre du symposium tant par Sirona que par les fabricants de matériau VITA Zahnfabrik, Ivoclar Vivadent et 3M Espe, vont encore accroître la facilité d'utilisation, la précision et l'efficacité du système.

Entre autre, la nouvelle version logicielle développée par Sirona a pour but de simplifier la tâche du dentiste. Un programme d'articulation, également intégré dans cette version, prend en compte le dynamisme occlusal. La restauration est représentée en trois dimensions. Côté usinage, la précision peut être maximisée par l'utilisation d'un nouvel instrument, la fraise diamantée étagée, qui se termine par une pointe ultra-fine, d'un millimètre seulement, pour un travail en filigrane.

SIRONA Dental Systems GmbH

contact@sirona.de
www.sirona.de

Le Billet de d'Humeur Jacques

UTILE ET UNIQUE

Parfois, après quelques années d'exercice, il peut nous arriver de poser la question : "Que faudrait-il pour que je puisse m'épanouir dans ce métier quelquefois si dur et si frustrant ?". Il se pourrait bien qu'il faille réunir plusieurs conditions.



En premier lieu, n'est-il pas nécessaire de se sentir « utile », non seulement au patient, mais aussi à la société dans laquelle on a la chance de vivre. D'où l'engagement de certains d'entre nous dans le syndicalisme ou le bénévolat.

En second lieu, il semble qu'il faille se sentir « unique ». Autrement dit, ne pas se sentir perdu(e) au milieu d'un troupeau imaginaire où personne ne nous remarquerait. Une espèce d'objet perdu dans la foule.

En troisième lieu, il est possible que la « compassion » (incapacité à rester indifférent devant la souffrance) soit le pré requis pour exercer une profession médicale et le moteur essentiel à la démarche de donner des soins à un être humain qui en a besoin et qui les réclame.

Enfin, si la compassion s'accompagne de « compétences », alors le dentiste a de très bonnes chances de répondre complètement à la demande du malade.

Mais que peut-il se passer si les compétences ne sont pas associées à la compassion ? Le danger est grand de « sur-traiter » et de délivrer des soins qui ne procurent de plaisir qu'à celui qui les donne. Dans ce cas, la perversité de réaliser des actes pour se valoriser ou gagner plus d'argent est tapie dans l'ombre. Ceci est surtout vrai si les compétences sont fortes ou si le praticien a suivi de nombreux cours de formation continue.

Un dentiste épanoui serait-il donc à la fois une personne unique, utile, compatissante et compétente ?

Jacques CHARON

Rejoignez plus de 3000 praticiens
satisfaits en Europe !

prescrivez la perfection

offre spéciale "Démarrage France"
**LA 1^{ERE} COURONNE CERAMO-METALLIQUE
TOTALEMENT GRATUITE*** !

Prot & Lab

Laboratoire de Prothèse Dentaire
Prothèses conjointes et adjointes

LA QUALITÉ

Tous travaux réalisés en Laboratoire
certifié ISO 9001 et garantis 3 ans.
Tous matériaux marqués CE.

LES PRIX

CCM : 65€ - Stellite : 120€
Commande groupée : -10%*

LES DELAIS
4 jours ouvrés

LE SERVICE

Conseillers techniques joignables
de 9h00 à 19h00 sans interruption.

Tél. : 01 53 25 03 80 ou

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

www.protilab.com

* En cas d'enlèvement de 2 travaux ou plus le même jour : -10% sur la totalité de la commande.

STRAUMANN Bone Ceramic

Straumann® lance un substitut osseux entièrement synthétique doté d'une morphologie optimisée et de propriété de résorption permettant une revitalisation osseuse.

Ce matériau est constitué de phosphate de calcium biphasé, un mélange d'hydroxyapatite (HA) et de tri calcium phosphate (TCP).

Principaux avantages :

- Une morphologie optimisée pour assurer la vascularisation, la migration ostéoblastique et le dépôt osseux
- Une homogénéité constante, puisque synthétisé chimiquement.
- Une excellente propriété hydrophile
- Un conditionnement triangulaire extrêmement ergonomique
- Une manipulation exceptionnelle

Ce produit existe en deux tailles de granules :

Réf 070.203	Bone Ceramic 400-700	400-700µm	unité de 0.25 g
Réf 070.204	Bone Ceramic 500-1000	500-1000µm	unité de 0.50 g

commandes.fr@straumann.com

Renseignements techniques hotline au 01 64 17 30 15



COLTENE WHALEDENT Lampada

Améliorez votre confort de travail lors des séances de retouches extra-orales ! Qu'il s'agisse de retoucher un élément provisoire, de régler un porte-empreinte individuel ou de polir une restauration, la **LAMPADA** vous offre un grossissement par trois et un éclairage optimisé pour gagner en précision et en efficacité. Facile à installer sur n'importe quel plan de travail grâce à sa pince, la **LAMPADA LC101** vous offre le confort des aides optiques et d'un éclairage puissant en un seul appareil. Qu'il s'agisse d'équiper un laboratoire attachant au cabinet ou un poste de travail dédié à proximité du fauteuil, la **LAMPADA LC101** est conçue spécifiquement pour offrir des conditions de travail plus ergonomiques.

Informations techniques sur la **LAMPADA LC 101**

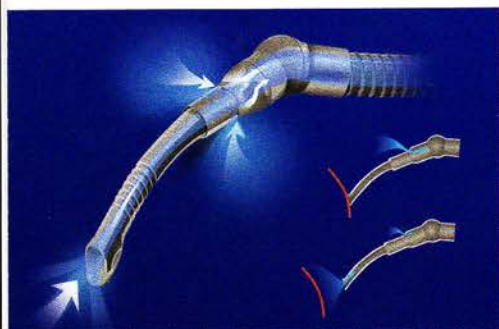
- Lentille centrale de grossissement X 3
- Dimensions de la lentille : 160 x 190 mm.
- Poids total : 5 kg.
- Deux ampoules à lumière froide basse consommation de 9 W chacune, équivalentes à 2 x 60 Watts.



COLTENE WHALADENT

Contact : Cynthia VEDEL 02 43 39 30 33

DURR DENTAL Nouvelle douille rotative



L'aspiration avec une canule présente un risque d'infection croisée entre les patients dans le cabinet dentaire. Une étude actuelle de l'Université de Dresde corrobore ces soupçons. L'hypothèse avancée est qu'il

y a un reflux de la sécrétion potentiellement contaminée depuis les tuyaux flexibles vers la bouche du patient. Ce danger peut être écarté grâce à une nouvelle douille rotative de Durr Dental munie de mises à l'air supplémentaires.

La nouvelle douille rotative de Durr Dental munie de mises à l'air supplémentaires offre une prévention très efficace. Il s'agit d'un raccord cylindrique de la taille du pouce que l'on met entre la canule et la pièce à main d'aspiration. Un flux d'air déterminé (mise à l'air) est introduit dans la pièce à main d'aspiration au moyen d'évidements latéraux. Même dans le cas d'un collage et par conséquent d'un blocage de la canule, un flux d'air suffisant est maintenu du patient vers le système d'aspiration (et non l'inverse !). Parallèlement, les évidements sont dimensionnés de telle sorte que l'influence sur l'aspiration est infime et que le bruit est minimal.

Existe en plusieurs versions : deux douilles rotatives pour les pièces à main Durr Dental ainsi que deux douilles universelles pour les pièces à main d'autres fabricants. Disponible dès maintenant chez les fournisseurs dentaires.

info@duurr.fr

SEPTODONT Anaject

Arrivée sur le marché français de la première seringue électronique sans fil, munie d'un microprocesseur. Cette nouveauté constitue une évolution aussi importante qu'ont été en leurs temps la turbine, la R.V.G. ou les instruments rotatifs d'endodontie.

Anaject est doté d'un système d'injection constant ou progressif qui se déclenche par simple contact tactile et d'un système d'auto-aspiration.

Ses plus :

- Gestion automatique par microprocesseur du débit et de la pression de la solution injectée en fonction de la densité des tissus infiltrés
- Injection sans aucune pression : l'injection est absolument indolore
- Aucune formation ni période d'apprentissage
- Alternative aux anesthésies mandibulaires : permet l'anesthésie sans difficulté ni échec des dents postérieures mandibulaires
- Anesthésie reproductible
- Musique d'accompagnement très relaxante pour le patient
- Travail immédiat possible dès la fin de l'injection sans devoir attendre la « prise » comme pour une anesthésie classique
- Utilisation de cartouches et d'aiguilles standard
- Ergonomique
- Support de cartouche autoclavable
- Sans fil
- Système d'aspiration incorporé.



Contact : www.septodont.com

ENCORE UNE PREMIERE par le leader du blanchiment



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



SIGNAL

Signal soin fraîcheur

La nouvelle génération de dentifrice Signal avec bain de bouche. Le dentifrice **Signal Soins Fraîcheur** contient un gel avec du « bain de bouche ». 8% des français utilisent quotidiennement un bain de bouche. Face à ce constat et soucieux de l'hygiène bucco-dentaire, Signal lance un dentifrice à la pointe de la technologie, utilisant un procédé de remplissage révolutionnaire développé par les laboratoires Unilever permettant de contenir un gel à l'intérieur d'un autre gel, une innovation brevetée Core & Core. L'alliance d'un dentifrice fluoré et d'un gel avec 20% de bain de bouche :

- Participe au renforcement de l'émail des dents
- Permet une action anti-bactérienne
- Procure une sensation de fraîcheur extrême.

La mauvaise haleine est le troisième problème dentaire qui préoccupe les Français, alors que pour 81% des français, c'est pourtant le premier problème perçu chez les autres. Utilisés deux fois par jour, **Signal Soins Fraîcheur** permet de réduire de façon significative la concentration en composés malodorants volatils dégagés par les bactéries et responsables de la mauvaise haleine.

Signal Soins Fraîcheur (75ml) existe en 2 parfums : « aquamenthe » et « menthe - citron vert ».

SIGNAL

Contact : 02 10 39 39 39

« Dossier Clinique Implantaire »

Le dossier clinique implantaire est un dossier patient spécialement rédigé pour recueillir toutes les informations sur les patients candidats à l'implantologie. De nombreuses fiches de suivi, de communication avec les services médicaux parallèles, des formulaires très complets font de ce DCI un élément indispensable pour le suivi des patients.

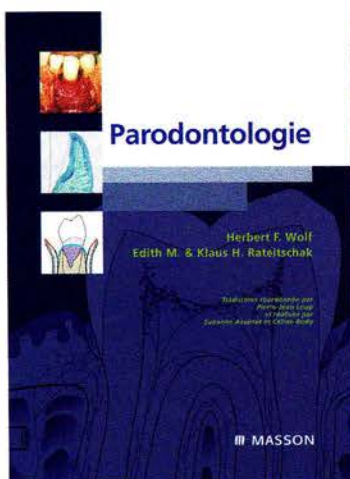
DCI, vendus par paquet de 5 exemplaires, 30€

Editions CDP - Tél. : 01 76 73 32 91

« Parodontologie »

Par Herbert F. Wolf, Edith M. & Klaus H. Rateitschak

Voici enfin traduite en français la 3^e édition de cet atlas, **référence mondialement reconnue en parodontologie**. Le lecteur y trouvera toutes les informations essentielles, présentées de manière claire et didactique, sur une discipline incontournable en matière de santé bucco-dentaire. Cet ouvrage présente un panorama complet des informations les plus récentes dont les praticiens ont besoin sur l'étiologie et la pathogénèse, l'infection par le VIH, les tests de diagnostic, la thérapie conservatrice et chirurgicale avancée, les implants, la chirurgie plastique et mucogingivale, la couverture de récession par régénération tissulaire guidée... Les connaissances les plus actuelles et les modes d'intervention les plus reconnus sont abondamment illustrés par près de 2000 figures, la plupart en couleur ainsi que de nombreux graphiques et tableaux. Les différentes thérapies sont présentées avec leurs avantages et inconvénients, ainsi qu'avec les conseils des experts pour éviter des complications ou des échecs. Le déroulement de chaque méthode de traitement est expliqué pas à pas, grâce à une présentation où l'image et le texte se complètent.



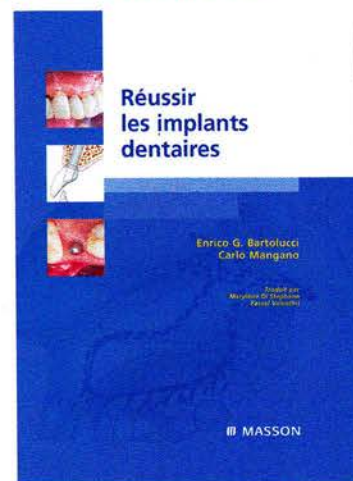
« Réussir les implants dentaires »

Par E. G. Bartolucci et C. Mangano

L'implantologie, technique moderne aux applications aussi bien médicales qu'esthétiques, est devenue une discipline incontournable et reconnue comme un traitement fiable en chirurgie dentaire. Contrairement aux prothèses classiques dont les inconvénients (instabilité, ulcères, douleurs articulaires et gastriques, affaissement du visage) ont un impact non négligeable sur la vie sociale (peur de sourire ou de consommer certains aliments), l'implant garantit aux patients le maintien de leur hygiène et de leur mode de vie.

Adapté à la pratique quotidienne du dentiste, cet ouvrage, conçu sous forme d'atlas, reprend de manière didactique et concise la totalité des étapes liées à cette intervention. Les phases préliminaires (évaluation du patient, plan de traitement de l'implant, préparation à l'intervention) fournissent les indications nécessaires au succès opératoire en tenant compte des complications éventuelles. En dernier lieu, une analyse des causes d'échec de cette technique permet de déterminer les conditions de réussite à long terme.

Doté d'une iconographie abondante (environ 350 figures en quadri) illustrant chaque technique pas à pas, cet ouvrage est destiné aux étudiants en chirurgie dentaire ainsi qu'aux praticiens jeunes et confirmés désirant actualiser leurs connaissances dans ce domaine.



A paraître en juin 2006 aux éditions Masson

Tél. : 01 73 28 16 30

224 pages - 130€ avec prix de lancement

à 104€ jusqu'au 30/09/2006

white is beautiful

Le Système Complet de Blanchiment
efficace, rapide et prêt à l'emploi.



Easywhite®

NOUVEAU !



Easywhite® Office

Système à 2 composants à l'usage
du praticien pour le blanchiment
au fauteuil avec ou sans lampe



Easydam

Digue photopolymérisable pour une
protection efficace de la gencive
durant le blanchiment au fauteuil



Easywhite® 30

Gel actif utilisable en ambulatoire
pour un blanchiment rapide à l'aide
de gouttières



Easywhite® 20

Système monocomposant pour
blanchiment ambulatoire à l'aide de
gouttières



Easywhite® En Face

Gel pour une application
directe permettant le blanchiment
ambulatoire «en douceur»



dEasense

Gel désensibilisant pour un
usage simple et efficace au cabinet
ou à domicile

Distributeur



Made for people all over the world
Made in Germany by

DeltaMed

Pour toute demande de documentation

IDIM-DENTAIRE Groupe GTF

3 Rue des Quatre Cheminées - 92514 Boulogne cedex

Tél. 01 47 61 67 83 - 01 47 61 56 91 - Fax 01 47 61 96 32



RENCONTRE avec HERVÉ PEYRAUD

Il s'occupe exclusivement d'enfants, mais ne dites pas que c'est un pédodontiste, il préfère le terme de chirurgien dentiste pédiatrique. Ce n'est pas une coquetterie de sa part. Cela correspond à un concept, une vision de l'exercice de son métier à la fois sur un plan global et médicalisé. Alors que beaucoup de confrères délèguent la pédo qu'il jugent difficile et peu gratifiante, Hervé Peyraud proclame tout au long de ses séminaires que c'est une discipline qui peut s'avérer sereine et rentable. Portrait d'un confrère qui a beaucoup pensé son mode d'exercice et qui le pratique à contre courant des idées reçues.

“ Il y a une différence entre connaître le chemin et marcher sur le chemin ”

D'où vient votre attrait pour la pédodontie ?

J'ai été attiré par cette spécialité dès la faculté. A la fin des mes études, je suis devenu assez rapidement attaché en pédo puis assistant, et à nouveau attaché « pédo-ortho », soit huit années d'enseignement hospitalo-universitaire, où j'ai travaillé au sein de l'équipe du Pr Wolikow et du Pr Fortier. J'ai exercé en parallèle à l'hôpital Robert Debré en stomato-pédiatrique, où j'ai pratiqué des soins sous AG. Puis je me suis formé à la pharmacologie et à l'embryologie, aux biomatériaux, j'ai passé le CES d'orthopédie dento-faciale. Parallèlement, j'ai été également collaborateur chez Catherine Artaud, une conseillère maître de conférence en pédo où j'ai fait mes premières armes. Puis je me suis formé à l'orthodontie en passant le CETO à Nantes pendant deux ans.

C'est à ce moment là que j'ai rencontré Deborah Tigris. Pour l'anecdote, la rencontre a été très originale. J'étais parti, mon contrat dans la main pour aller m'inscrire au Conseil de l'Ordre. Je me suis arrêté dans un cabinet pour demander mon chemin. C'était celui de Deborah Tigris. Elle était là et m'indiqua mon chemin très cordialement. Je sors du cabinet et je l'aperçois quelques secondes plus tard courir derrière moi en blouse blanche, me demander : « Est-ce que vous cherchez du travail ? ». Je ne suis pas allé déposer mon contrat au Conseil de l'Ordre. On a eu un entretien le lendemain matin et j'ai signé avec elle. J'y suis resté sept ans !

Dans un premier temps j'ai fait de l'omnipratique. Puis je lui ai proposé par la suite de développer la pédodontie. Au bout d'une année passée au sein du cabinet, Deborah Tigris nous a ensuite proposé à tous un audit externe. Cela a été passionnant, ça a duré quatre ans ! Par la suite, j'ai commencé à avoir envie de me consacrer entièrement à la spécialité de l'odontologie pédiatrique.

Mais il était difficile de mettre ça en place au sein d'un cabinet d'omnipratique. C'est à cette époque-là que nous avons rencontré Michel Blique. J'ai tout de suite été séduit par cette vision médicale du traitement de la maladie carieuse. Donc, je me suis formé à fond sur tous

les protocoles de prophylaxie de la maladie carieuse. J'ai acheté les livres de tous les maîtres suédois en anglais, et je me suis plongé dedans. On a également été écouter Jacques Charon, il fallait absolument que je me forme à la paro pour pouvoir avoir une vraie

vision globale de l'enfant. J'ai créé des protocoles chez l'enfant et l'adolescent, puis j'ai œuvré à la création de mon propre cabinet.

Il s'agit d'un cabinet pilote. Nous sommes dans l'esprit d'une prise en charge globale de l'enfant et dans une démarche de traitement médical de la maladie carieuse et parodontale, associée à une activité d'interception orthodontique. Quand un enfant entre dans le cabinet, nous proposons un protocole de bilan complet. Ce bilan a trois grandes orientations : cario, paro et bilan de croissance. On pose un diagnostic de ces trois grands volets et à l'issue du diagnostic, on obtient un plan de traitement global. Avec l'aide du coach, nous avons dupliqué l'expertise existante pour l'omnipratique en l'adaptant à la pédo. Actuellement, je travaille encore régulièrement avec lui. C'est indispensable.

Qu'est-ce que ce coaching vous a apporté ? Était-ce vraiment différent de ce que vous faisiez jusqu'alors ?

C'était très différent. J'avais l'impression avant d'être complètement enfermé dans un carcan de pensées, une prise en charge très technique du patient. Quand j'ai démarré la dentisterie omnipratique, je faisais du coup par coup. Désormais, lorsque le patient vient me voir pour un problème, j'apporte la solution à son problème mais je lui propose ensuite un bilan global de sa bouche. Chez l'enfant, assez bizarrement, on ne fait que du global, même à la fac. Je me demandais pourquoi nous ne le faisons pas chez l'adulte.

Plusieurs sociétés de coaching proposent des formations pour mettre en place le traitement global dans les cabinets. Pourquoi avoir mis deux ans pour l'appliquer dans votre exercice ?

C'est très différent de connaître le chemin, et de marcher sur le chemin. Le virage a été difficile à prendre, car vous transformez complètement votre façon de voir les choses, de communiquer avec le patient et toute votre organisation est bouleversée. Nous sommes constamment face à des freins personnels, conscients et inconscients. Avec la présence d'un consultant, on débrieife formellement et régulièrement sur les problèmes que l'on a rencontrés pour tenter de les analyser de manière objective. On ne peut être juge et partie, ce n'est pas possible. Moi-même encore, je connais les procédures par cœur et tous les jours, avec l'équipe, on se remet en cause. On a une réunion tous les lundi matin qui dure une heure



où on débriefe sur tout, même avec des procédures qui sont devenues fluides.

Je crois que le coaching ne marche que si vous êtes actif. Un cabinet, c'est comme une entreprise ou un bateau, ça se pilote tout le temps. Ce n'est pas parce que vous avez fait deux ans de coaching que vous êtes le roi du pétrole et que tout va bien se passer jusqu'à la fin de votre vie.

La pédodontie a la réputation d'être rébarbative et peu rentable. Dans vos séminaires vous prétendez le contraire...

Effectivement, en France, la pédo est le parent pauvre des disciplines. Si vous faites de la paro ou de l'implanto, vous êtes bon, et si vous faites de la pédo, vous êtes un ramasse-miettes. C'est un peu surprenant que la profession véhicule cette image car la frontière est vraiment ténue entre la pédo et l'ortho. Or si vous êtes ortho, vous êtes un patron, un spécialiste et si vous êtes un pédodontiste, qui est un mot que je n'aime pas d'ailleurs, je me désigne plutôt comme « chirurgien dentiste pédiatrique », vous êtes celui qui ne sait pas faire grand-chose. Ensuite, cette image négative est aussi entretenue par le système de santé français, par la nomenclature à la fois d'un point de vue financier et plus grave d'un point de vue médical. Elle est verrouillée depuis plus de trente ans et focalisée sur l'aspect technique des actes et n'apporte aucune vraie solution médicale au traitement des maladies carieuses et parodontales. Pour faire de la dentisterie pédiatrique en France, il faut vraiment en vouloir. La pédo peut être agréable et rentable, mais attention : agréable, c'est quelque chose de subjectif. Il faut d'abord avoir envie de soigner les enfants et de passer du temps au fauteuil pour discuter avec eux, les mettre en confiance, leur expliquer la façon dont on va travailler, les rendre actifs. C'est quelque chose qui peut s'apprendre mais il faut en avoir envie. Si vous aimez la dentisterie plutôt comme une activité très technique, cet exercice va vite vous ennuyer. Ce qui me plaît dans mon exercice, c'est qu'un quart de mon temps je ne fais pas d'acte, je communique comme un médecin. Un jour, lors d'un séminaire, on m'a même dit : « mais vous êtes médecin-dentiste-pédiatrique plutôt que chirurgien ! » C'est un exercice qui est moins technique et plus relationnel. Il faut avoir envie de consacrer le quart de son temps à communiquer.

C'est un temps que vous facturez ?

La communication fait partie intégrante de tous les protocoles de prophylaxie dans toutes les disciplines, dans le monde entier. Il ne sert à rien d'appliquer des solutions antibactériennes et des vernis de reminéralisation en bouche chez un enfant qui

ne se brosse pas les dents et continue à grignoter. 50% de mon activité est consacrée au développement de ces protocoles de prophylaxie qui sont des actes hors nomenclature. J'applique des tarifs qui rendent cette activité viable, tout simplement.

Les patients payent pour que la bouche de leur enfant soit et reste en bonne santé et non pas pour que je bouche des trous. C'est gratifiant d'œuvrer dans le sens de la guérison et d'apporter une solution durable en terme de santé.

Comment vous organisez-vous ?

Il n'y a que deux façons de rentrer dans mon cabinet : le bilan complet (la prise en charge globale) et l'urgence.

Si le patient ne connaît pas le principe du cabinet, ma collaboratrice lui explique par téléphone notre philosophie sur le traitement de la maladie carieuse et parodontale et sur la procédure d'évaluation du risque.

Lorsque l'enfant vient au cabinet, il est reçu pour un bilan complet de 45 minutes. A la suite de ce bilan, un diagnostic du risque carieux et éventuellement parodontal est proposé. Ce bilan coûte 120 euros dont une partie est prise en charge par la sécurité sociale et une autre partie est hors nomenclature. Ce bilan comporte plusieurs parties. Pendant les quinze premières minutes, il y a toute une procédure de questions, un débriefing et un dialogue : Cela va des facteurs héréditaires aux techniques de brossage. On crée une complicité entre les trois acteurs de la relation de soin : le patient, les parents et le praticien et cela favorise la réussite de cette relation et par la suite du contrat de soins. Ensuite, j'invite l'enfant à me suivre et je lui dis qu'on va faire 3 choses : regarder ensemble ses dents, lui donner un chewing-gum pour prélever sa salive pour voir si il y a des microbes et enfin, on va prendre des photos ensemble. Les enfants sont plutôt contents de cette première approche progressive et non invasive et les parents surpris qu'on ait passé un quart d'heure à discuter, rechercher les causes de la maladie avant de boucher des trous.

Pendant les trente minutes restantes, la séance continue par le co-diagnostic : je fais le diagnostic clinique complet tout en informant les parents et l'enfant. C'est presque le moment le plus important car c'est celui où les parents prennent conscience de l'état de la bouche de l'enfant. Je prends beaucoup de temps pour m'assurer que



CÔTÉ JARDIN

interview

les parents et l'enfant ont bien compris le processus de la maladie. Par la suite, nous réalisons un prélèvement salivaire selon un protocole très précis, puis nous réalisons le bilan radiographique complémentaire nécessaire selon le bilan clinique.

Lors du rendez-vous suivant, fort de la synthèse clinique, de l'analyse des radiographies et des résultats biologiques, j'annonce alors le plan de traitement que je vais leur proposer. Le patient est actif dans la relation : je lui explique ce que je vais faire et ce que j'attends de lui. Cela dure dix minutes environ. Le diagnostic reste encore une étape culpabilisante pour les parents : Certains parents ne sont pas à l'aise par rapport à ça : « J'ai laissé mon enfant être malade

et je n'ai pas pris les choses à temps. » Mais on sait maintenant que la maladie carieuse procède de facteurs déclenchants (l'hérédité, c'est-à-dire le terrain et les bactéries) et de facteurs aggravants, qui sont entre autres le brossage et l'alimentation. Mais j'ai des enfants qui boivent deux litres de coca par jour et qui n'ont pas de caries, je tiens donc à déculpabiliser certains parents ! Je fais comprendre aux parents qu'ils ont la capacité de réparer les erreurs. Je trouve que cela donne beaucoup d'espoir en réalité.

Puis, je les dirige vers mon assistante de communication dans une autre salle. Ma collaboratrice est formée à une communication plus proche du patient, car on s'est rendu compte qu'il existe une distance naturelle dans la relation patient / praticien. Les patients ont certaines questions qu'ils n'osent pas poser au praticien alors qu'avec mon assistante, la communication est facilitée. C'est réellement intéressant, j'apprends des choses en plus sur mon patient. Ma collaboratrice passe au minimum trente minutes avec eux pour leur expliquer l'intégralité du protocole de traitement. Elle a une solide formation en communication, beaucoup d'enthousiasme et elle connaît par cœur le bouquin sur la prophylaxie !

Dans votre cabinet, combien coûte en moyenne un plan de traitement en prophylaxie ?

En fonction de chaque niveau de risque carieux, il existe des protocoles de prise en charge différents avec un coût différent. Pour la phase initiale, cela dépend du temps que je vais consacrer à la préparation prophylactique initiale. La très grande majorité des protocoles initiaux coûtent 200 à 300 €. Ensuite, il y a en général une ou deux phases de maintenance à J + 2 mois et J + 4 mois en fonction du niveau de risque initial. Un enfant qui avait un haut risque carieux, réhabilité complètement, je le vois deux fois par an pour un budget de 300 € par an pour les parents... pour le maintenir en bonne santé.

Mes plans de traitement globaux présentent un chiffre d'affaire horaire moyen d'environ 300 €. Quand je fais de l'interception orthodontique ou de la prothèse pédiatrique je suis au-dessus, quand je fais des soins j'applique les tarifs de convention et je suis en-dessous et quand je réalise mes protocoles de prophylaxie, je suis dedans.

Avec cette façon de travailler, vous devez avoir de longues semaines. Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

Nous travaillons 36 heures par semaine, et l'on s'arrête une semaine toutes les sept semaines. En 2005, nous avons travaillé 42 semaines soit environ 1500 heures. Bien sûr, ça veut dire que l'on est plein sur quatre mois. L'exercice de l'odontologie pédiatrique est pour moi un moyen, pas une finalité. Je m'éclate dans ce que je fais mais en dehors de la dentisterie, j'ai bien d'autres passions. Je suis (bientôt) moniteur de plongée sous-marine par exemple, je participe à la formation au sein d'un club et j'organise des voyages dans les mers chaudes....

Quel est le profil des gens qui viennent assister à vos séminaires ? Que recherchent-ils ? A se lancer dans la pédodontie exclusive ou à améliorer la rentabilité de la pédo dans leur cabinet ?

On a le profil de l'omnipraticien qui aime bien soigner les enfants et qui veut garder une partie de cet exercice là, l'approfondir en étant plus serein et plus

rentable. De l'autre côté, on a la personne qui voudrait devenir spécialiste mais qui ne sait pas comment s'organiser et franchir le cap.

En séminaire, j'explique la philosophie globale du fonctionnement de ce type de cabinet et je donne des indications pour ceux qui désirent l'appliquer en omnipraticque. Pour ceux qui veulent devenir spécialistes, c'est une autre

démarche : Je travaille exclusivement sur des projets personnels. Cela fait environ deux ans que je m'essaie au coaching par passion. J'ai peu de temps donc je privilégie le qualitatif au quantitatif.

“ Les patients payent pour que la bouche de leur enfant soit en bonne santé, non pas pour que je bouche des trous ”

M... !

Encore une anesthésie sur 47...

Traduisez : "Merveilleux ! Encore une anesthésie sur 47..

réalisée rapidement et sans échec".

Avec QuickSleeper2, accédez, vous aussi, à la sérénité en anesthésie.

**Contactez-nous au 02 41 56 41 91
ou infos@dentalhitec.com**

pour recevoir gratuitement notre CD-Rom de démonstration.



CÔTÉ JARDIN

interview

Dans vos séminaires la formation est-elle axée sur les soins ou plutôt sur la communication et l'organisation du cabinet ?

Les participants demandent de plus en plus de communication. Mais pour être un bon chirurgien dentiste pédiatrique, travailler avec des honoraires corrects et des exigences vraiment pointues, il faut se former. La difficulté de l'exercice de la pédo, c'est qu'il faut être un peu spécialiste en tout : pour mettre en place les protocoles d'apexification et d'apexogénèse, je me suis formé à l'endo. Pour aller chercher les odontomes surnuméraires, je me suis formé à la chirurgie. Dans mes séminaires, je parle très peu d'orthodontie alors que j'ai mis dix ans à me former à l'interception. Communiquer c'est bien, mais il faut que les compétences suivent derrière.

Ce que vous faites est décalé. Comment êtes-vous perçu par le monde des pédodontistes ? Etes-vous reconnu, y a-t-il un lien, un dialogue ?

J'ai gardé quelques amis, en particuliers lors de mon passage à la fac, mais sinon j'ai très peu de lien avec le milieu. J'ai assisté à pas mal de séminaires et je me trouvais effectivement un peu en décalage. Je regrette que le milieu universitaire fonctionne trop en autarcie : pas assez de remise en question, trop éloigné des préoccupations concrètes du jeune confrère qui va se retrouver dans la jungle. Mais je ne vais pas cracher dans la soupe. J'ai travaillé au sein de ce milieu où j'ai appris beaucoup de choses et j'ai même envisagé une carrière universitaire car j'adore l'enseignement. J'adore transmettre ce que je fais ou ce que je sais.

Prochain séminaire du Dr Peyraud :

« La pédodontie : un exercice gratifiant et rentable »
les 15 et 16 mai 2006

FBM Formation

Tél. : 01 56 56 59 85

Mais assez rapidement, lorsque j'ai commencé à m'intéresser aux formations post-universitaires, j'ai rencontré des hommes libres et passionnés. Je me suis dit « Il y a une autre vie après la fac ! » Avec la création de ce cabinet pilote et le développement de mon activité de formateur, je suis désormais de plus en plus souvent contacté pour animer des séminaires ou des onfoc en temps que chirurgien-dentiste pédiatrique : je suis très fier de promouvoir ainsi la pédo à mon petit niveau.

Quel regard portez-vous sur la dentisterie en France actuellement ? Sur son évolution ?

Je pense qu'elle ne va pas dans le bon sens. Malheureusement, on est encore dans une vision très chirurgicale de l'exercice. Bien sûr, elle est nécessaire, mais la vision préventive l'est également. Je suis plus dans une dynamique de prévention et de traitement médical. A ce sujet, je prends souvent comme exemple le traitement des maladies parodontales : il y a encore dix ans, on mettait des coups de bistouri partout. Je ne suis pas un spécialiste en paro, mais maintenant on se rend compte qu'il y a une partie des maladies parodontales qu'on peut traiter sans chirurgie. La cario c'est pareil : les scandinaves le savent depuis cinquante ans.

En France, il y a un besoin colossal en prophylaxie. C'est un problème de santé publique ! Mes patients viennent de partout en Ile-de-France ! Si du jour ou lendemain, je trouve un confrère ou une consoeur passionné par la pédo-prophylaxie qui veut créer un cabinet, en six mois, son agenda sera plein. On peut très bien cloner le concept de ce cabinet pilote partout en France et le développer.

Enfin, je pense qu'il y a actuellement un carcan autour de la majorité des confrères qui est terrible. Séminaires après séminaires, leurs témoignages sont édifiants : ils sont débordés, ils travaillent soixante heures par semaine, ils ne prennent pas de vacances, ils ne savent pas comment s'organiser. Ils voudraient agir autrement, mais ne savent pas comment et ils pensent qu'ils ne peuvent pas faire autrement. On forme les étudiants à être des techniciens et non des chefs d'entreprise, or pour exercer en libéral avec bonheur, il faut savoir piloter son bateau.

Quels sont vos projets ?

Je suis en train de passer le monitorat de plongée sous marine, et je pense à créer un concept de cabinet de pédo-prophylaxie en Polynésie...

Sur le court terme, je désire stabiliser l'arrivée de mon nouveau collaborateur et de la deuxième équipe. J'espère, en 2007, intégrer une troisième équipe, un confrère et une assistante, qui ne prendrait en charge que la prophylaxie sous la forme d'un département indépendant.

Enfin, je souhaite développer mes activités de formateur et de consultant, consacrer un peu plus du temps libre qu'il me reste pour transmettre mes savoirs et accompagner des projets personnels en pédo-prophylaxie !



Propos recueillis par le Dr Norbert COHEN

Vos restaurations tout céramique en un seul rendez-vous – CEREC 3

Usinage automatique
de haute précision

Choix de la teinte du
bloc de céramique
aux propriétés
similaires
à l'émail



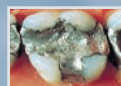
Insertion
et finition
immédiates

Conception aisée
de la restau-
ration grâce
au logiciel
CEREC 3D

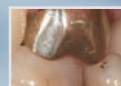


La restauration
céramique
en un seul
rendez-vous

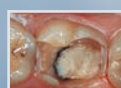
L'empreinte
optique de la
cavité est réalisée
en quelques secondes
à l'aide d'une caméra 3D



Inlays



Couronnes



Onlays/Overlays



Facettes



Postes de traitement

Instruments

Systèmes d'hygiène

Systèmes de
radiologie

CEREC

Vos patients et vous êtes gagnants !

Grâce au système CFAO CEREC vous réalisez des restaurations en céramiques durables – inlays, onlays, couronnes et facettes – de haute qualité. Simple, rapide et préservatrice de la dentine, cette méthode vous permet de proposer à vos patients une solution esthétique, sans métal, sans empreinte ni provisoire.

CEREC 3 – un investissement sûr.

Pour plus de renseignements contactez-nous :

N° Vert 0 805 204 204

Echecs et complications en implantologie

En 20 ans, l'implantologie s'est imposée comme une discipline incontournable de l'exercice dentaire. Les taux de succès des implants rapportés communément dans la littérature avoisinent 95 % dans la plupart des indications. La reproductibilité de ces chiffres est bien établie, elle provient de nombreux groupes situés en de nombreux pays. La prédictibilité des implants est tellement élevée que certains praticiens vont jusqu'à renoncer, un peu trop rapidement parfois, à traiter des dents pour les remplacer par des implants au pronostic mieux établi.

Cependant, 95 % de réussite ne sont pas 100 %, cela signifie qu'environ 5 % des implants sont concernés par les échecs. Ces échecs sont d'autant mal vécus par les patients et par les praticiens qu'ils sont rares. Cela nous oblige à mieux les connaître afin de mieux les éviter.

1



2a



Le but de cet article est d'exposer les différentes erreurs susceptibles de conduire à des échecs et des complications en implantologie orale.

Une classification nous guidera dans leur description. Ils peuvent avoir lieu lors

- ◆ de la préparation du plan de traitement
- ◆ de la phase chirurgicale
- ◆ de la phase de cicatrisation
- ◆ de la phase prothétique
- ◆ de la fonction de l'implant.

Les échecs se subdivisent en échecs primaires et échecs secondaires.

● L'échec primaire se produit avant la mise en charge des implants (fig 1). Il est caractérisé par l'absence d'ostéointégration. Tout échec implantaire survenant avant ou au cours du deuxième stade de la chirurgie implantaire est considéré comme un échec primaire.

L'examen clinique et radiographique permet de constater l'obtention de l'ostéointégration. La non-ostéointégration de l'implant peut se traduire par une mobilité, une douleur et/ou une perte osseuse péri-implantaire importante.

● L'échec secondaire intervient après la mise en charge des implants.

Il peut survenir jusque plusieurs années après la pose. Il se caractérise par une perte de l'ostéointégration. Elle est soit progressive soit se déclare rapidement. Un contrôle régulier des implants permet de se protéger contre la perte progressive de l'ostéointégration.

Suite aux exigences élevées que sont devenues les nôtres, une autre classification peut être rajoutée, il s'agit des :

- ◆ Echecs objectifs ou fonctionnels
- ◆ Echecs subjectifs ou esthétiques

1 Echecs et complications initiés durant la préparation du traitement

Il s'agit des erreurs liées à une anamnèse incomplète concernant la bruxomanie, une maladie systémique (maladie du métabolisme des os, diabète non contrôlé) ou une maladie rare inattendue.

Par exemple, un patient nécessitant un traitement implantaire reçoit 2 implants dans la région postérieure de la mandibule. L'intervention se passe sans complications. L'ostéointégration n'est pas obtenue à la fin de la période de cicatrisation de 3 mois. Une analyse attentive de la cause révèle une dysplasie fibreuse, maladie occultée durant l'anamnèse.

2 Echecs et complications initiés durant la phase chirurgicale

Ce sont des échecs objectifs, ils sont une des causes des échecs primaires.

La réalisation de toute intervention en implantologie nécessite une connaissance précise de l'anatomie et des principes chirurgicaux. La préparation de l'intervention et une technique opératoire précise, atraumatique et préservant l'environnement tissulaire sont de la plus haute importance.

- ◆ Effraction du canal mandibulaire

Elle peut conduire à des troubles sensitifs importants. Le risque de lésion du nerf dentaire inférieur doit être constamment à l'esprit, c'est la raison pour laquelle une distance de sécurité de 2 mm au dessus du canal mandibulaire est introduite. Si l'effraction est constatée, le positionnement de l'implant doit être immédiatement corrigé.

- ◆ Echauffement de l'os lors du forage. Une élévation trop importante de la température au dessus de 47° degrés durant 1 minute est la cause d'une encapsulation fibreuse à l'interface os-implant.

- ◆ Compression excessive de l'os,

- ◆ Défaut d'asepsie lors de la chirurgie,

- ◆ Défaut de stabilité primaire, Un sur-forage du site implantaire diminue la stabilité primaire. Un environnement biomécanique inadéquat fait que les cellules mésenchymateuses arrivant au site implantaire se différencient dans la lignée fibroblastique et non dans la lignée ostéoblastique.

- ◆ Vissage incomplet d'une vis de couverture ou d'un pilier de cicatrisation

Cet événement peut être sans suite, mais il peut aussi être à l'origine d'une nécrose tissulaire ou d'une infection locale.

- ◆ Fenestrations ou déhiscences non détectées Elles interviennent lorsque le volume osseux est insuffisant. Le défaut osseux en soi ne pose pas problème s'il est détecté lors de la pose car différentes techniques sont à notre disposition pour combler le manque d'os (greffe osseuse, régénération osseuse guidée). En revanche, s'il n'a pas été identifié, il peut conduire à une encapsulation fibreuse.

- ◆ Malposition de l'implant

L'implant est posé dans une position dictée par la présence d'une quantité osseuse disponible et non par les besoins prothétiques.



Dr Mitridade DAVARAPANAH



Dr Serge SZMUKLER-MONCLER



Dr Adriana AGACHI



Dr Mihaela CARAMAN



Dr Paul M. KHOURY

Il peut être ostéointégré mais ne répond pas aux exigences esthétiques, la position est trop mésiale, trop distale, trop vestibulée (fig 2) ou trop palatine par rapport à l'axe de la dent réhabilitée. C'est alors un échec esthétique plus que fonctionnel. Dans l'exemple montré à la figure 2a, une déhiscence importante (fig 2b) conduit à la dépose de l'implant (fig 2c). Deux implants bien positionnés avec greffe de matériau de comblement osseux (fig 2d) vont répondre aux besoins prothétiques et esthétiques.

3 Echecs et complications initiés durant la phase de cicatrisation

Ces échecs objectifs sont aussi une des causes des échecs primaires.

◆ Forces incontrôlées exercées sur l'implant
Le patient exerce des forces trop importantes sur la tête de l'implant. Cela peut survenir quand des pressions répétées compulsives sont exercées avec la langue ou quand une alimentation dure est introduite trop rapidement après la chirurgie.

Une autre cause est due à la prothèse de temporisation qui touche l'implant et exerce des forces sur les piliers de cicatrisation.

◆ Infection
Le patient néglige son hygiène et une inflammation de la gencive et des tissus durs se déclare. Elle porte atteinte au capital osseux.

Le premier stade, la mucosite, est réversible, elle n'atteint pas l'os entourant l'implant. En revanche, la péri-implantite entraîne des pertes osseuses, elles peuvent à terme remettre en cause le pronostic de l'implant. De nombreuses études ont montré l'origine bactérienne de la pathologie dont la flore est proche des parodontites dentaires.

Les traitements et les mesures de prévention sont semblables à ceux utilisés en parodontie : nettoyage des sites, antibiothérapie, comblement avec des biomatériaux, motivation pour maintenir une hygiène adaptée.

4 Echecs et complications initiés lors de la phase prothétique

A la fin de la période de cicatrisation, la phase prothétique est initiée. Des erreurs durant cette phase peuvent mener à l'échec ou la complication. Ces échecs objectifs sont aussi une des causes des échecs secondaires.

◆ Prise d'empreinte non précise induisant un défaut de passivité
Des contraintes élevées sont exercées sur les implants ankylosés, elles induisent une résorption osseuse péri-implantaire.

◆ Scellement prothétique avec fusée de ciment dans le sulcus

La présence de ciment exerce une irritation chronique au niveau de l'os ou de la gencive, une péri-implantite peut se développer et causer la perte de l'implant.

◆ Eléments vissés avec un torque trop faible
Les vis des piliers ou les vis occlusales sont mal serrées, en dessous du torque recommandé par le fabricant. Le dévissage peut avoir des conséquences mineures, cependant il peut aussi induire une fracture de composant qui exige la dépose de l'implant.

◆ Surcharges occlusales
Elles sont le résultat d'un défaut d'équilibrage de l'occlusion. Les prématurités concentrent des contraintes élevées en un point, elles induisent une lyse osseuse qui peut aller jusqu'à la perte de l'implant.

◆ Rapport couronne clinique/implant inapproprié

Cette erreur s'inscrit dans les considérations mécaniques générales. Le schéma occlusal, le dessin prothétique et le nombre d'implants font parti également des critères à considérer pour réduire le taux de complication prothétique.

5 Echecs et complications initiés durant la fonction de l'implant

◆ Dévissage d'un composant
Le dévissage peut intéresser tous les composants vissés de la réhabilitation, pilier, vis de pilier ou vis occlusale. La figure 3 montre la présence d'une fistule en 22 (fig 3a), la radiographie révèle un pilier dévissé (fig 3b). Le revissage du pilier fait disparaître la cause de l'épisode infectieux localisé (fig 3c). Si les torques de vissage recommandés par le fabricant ont été appliqués, l'origine du dévissage doit être identifiée. Toutes les «erreurs» classiques sont alors passées en revue : nombre d'implants insuffisants, orientation ou position inadéquates des implants, piliers inadapés, extensions exagérées, mauvaise occlusion, contraintes trop élevées.

◆ Fracture de vis
La fracture est mineure quand la dépose de la vis fracturée est obtenue, en général à l'aide d'ultra-sons. Elle est majeure quand elle ne peut être dévissée, dans ce cas l'implant ne peut remplir sa fonction prothétique et sa dépose doit être envisagée.

Une fracture signale toujours un problème biomécanique latent. Toutes les causes énumérées au paragraphe précédent sont alors passées en revue.

◆ Fracture de l'implant
C'est l'échec le plus redoutable car il faut procéder à la dépose de l'implant. Elle est souvent associée à une lyse osseuse de la crête (fig 4a). La dépose se fait habituellement avec un trépan (fig 4b), l'intervention est toujours invasive. Quand la largeur de la crête à ce niveau est limitée, le

2b



2c



2d



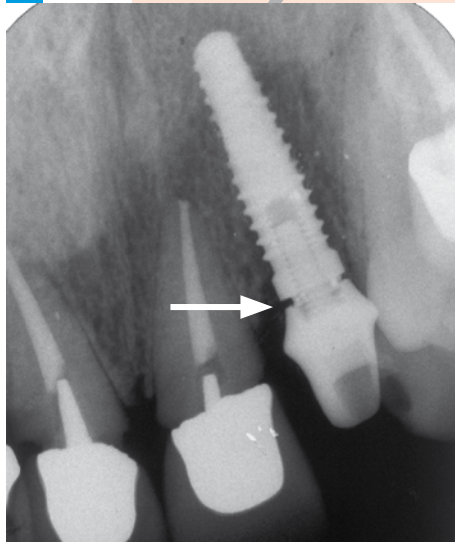
2e



3a



3b



passage du trépan laisse un défaut trop large pour remettre un implant au même endroit. Parfois la dépose complète de l'implant ne peut être obtenue.

Cette fracture aussi signale un problème biomécanique latent. Comme lors du dévissage, toutes les causes biomécaniques possibles doivent être passées en revue afin d'en identifier la cause.

◆ **Fracture du matériau cosmétique ou de l'infra-structure prothétique**

Les fractures de céramique sont assez rares, cependant elles peuvent atteindre jusqu'à 15 % des prothèses. Elles sont classées en fractures mineures et majeures. La fracture mineure intéresse une cuspidé, elle ne met pas à jour la structure métallique sous-jacente et n'intéresse pas le point de contact. Les autres fractures remettent en question l'esthétique ou la fonction de la prothèse, cette dernière doit être refaite.

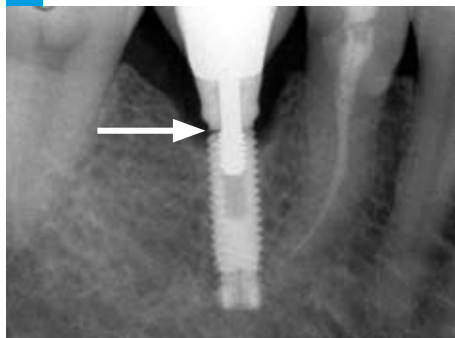
◆ **Péri-implantite**

L'hygiène est négligée, une inflammation de la gencive et des tissus durs se déclare. La résorption du tissu osseux péri-implantaire peut mener à une fracture de l'implant.

3c



4a



4b



5



6a



6b



6 Echecs esthétiques

Ils font parti des échecs subjectifs, l'implant ou les implants sont ostéointégrés mais le résultat esthétique est décevant.

L'esthétique de la prothèse sur implants n'était pas la principale préoccupation des développeurs de l'implantologie. Les premières réalisations se focalisaient sur l'acceptation biologique de l'implant. A présent que des taux élevés d'ostéointé-

gration sont acquis, l'aspect esthétique des prothèses constitue lui aussi un élément essentiel dans le succès de la thérapeutique.

Certaines situations en zone postérieure sont satisfaisantes pour le patient mais pas pour le praticien. Dans le secteur antérieur, l'échec esthétique est souvent déploré par le patient (fig 5). Il peut être dû à un mauvais positionnement de l'implant ou à un mauvais choix de la largeur de l'implant. La figure 6 montre en 22 une couronne implanto-portée au profil d'émergence inesthétique. Il est dû à la présence d'un implant en 1 temps de diamètre standard, trop large pour le site de l'incisive latérale.

L'échec esthétique est difficile à corriger. Une analyse prothétique pré-implantaire rigoureuse peut permettre d'éviter cet écueil: modèles d'étude, cire de diagnostic, appréciation du volume osseux. Une greffe de tissu conjonctif par tunnelisation permet de redonner un volume gingival compatible avec une esthétique satisfaisante.

Conclusion

De nombreuses erreurs et complications peuvent être encore évitées en procédant de manière précise et rigoureuse à chaque étape du traitement. Connaître les erreurs les plus courantes permet de les éviter.

Cependant, chaque patient constitue un cas particulier avec ses spécificités propres, elles exigent parfois de s'adapter à la situation clinique. C'est en partageant les échecs que les réponses données aux situations spécifiques seront les plus adéquates.

LES AUTEURS

Dr Mitridade DAVARPANAH

Médecin Stomatologiste, Chef de Service du Centre de Réhabilitation Orale (ORC) de l'Hôpital Américain de Paris. Certificat en Parodontologie de l'université de Californie du Sud (USC). Diplômé de l'American Board of Periodontology.

Dr Serge SZMUKLER-MONCLER

Professeur-Associé Université Paris VI, Consultant international, Bâle, Suisse

Dr Adriana AGACHI

Docteur en Chirurgie Dentaire, DU de Journalisme médical

Dr Mihaela CARAMAN

Docteur en Chirurgie Dentaire, DU de Parodontologie et d'Hygiène buccale, Maîtrise en Sciences Biologiques et médicales

Dr Paul M. KHOURY

Docteur en Chirurgie Dentaire, CES d'Orthodontie, CES d'Anatomie-Physiologie.



16 et 17 juin 2006

Versailles

Congrès ITI France

Nouveaux développements,
Nouvelles perspectives



Renseignements et inscription :

Straumann France

10, place d'Ariane - Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4

Tél : 01-64-17-31-52 (Stéphanie)

Dr Y. Germanier

Dr M. Rocuzzo

Dr J-L. Giovannoli

Dr C. Nemcovsky

Dr A. Blanc

Fellows & Speakers ITI

www.iti.ch



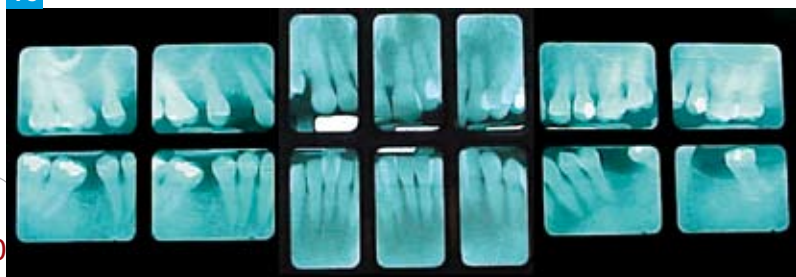
Etiologie des maladies parodontales

Quelle que soit la pathologie à prendre en charge, il semble que la connaissance des raisons pour lesquelles les tissus parodontaux sont détruits soit un prérequis essentiel au succès clinique et à l'établissement d'une relation de qualité avec les malades. Le consensus actuel admet que la grande majorité des altérations et/ou destructions des tissus parodontaux sont à mettre sur le compte d'un processus infectieux, banal dans son principe, mais microbiologiquement complexe par rapport à d'autres infections comme le tétanos ou la tuberculose par exemple⁽¹⁾. À ce jour, il semble qu'il faille réunir, au même moment, un certain nombre de conditions pour déclencher des pertes d'attache - avec ou sans formation de poches parodontales. En résumé, on peut admettre que les destructions tissulaires auront lieu lorsque des agents infectieux sont associés à une défaillance du système immunitaire.

1a



1b



Les agents pathogènes - à eux seuls - ne peuvent pas déclencher des pertes d'attache

Contrairement à une opinion longtemps admise, la simple présence de microorganismes (virus, bactéries, parasites, levures) n'est pas capable de détruire les tissus parodontaux. Néanmoins, leur absence, totale ou relative, est le plus sûr garant de la santé parodontale.

L'examen de la flore buccale (par l'utilisation de la culture, de la microscopie directe ou des sondes nucléiques), semble indiquer que chacun d'entre nous (patients ou praticiens) arbore - toujours - une certaine quantité d'agents pathogènes⁽¹⁾.

Les recherches ont pu montrer que le parodonte est associé à des « complexes » de plusieurs espèces bactériennes - plus ou moins pathogènes - plutôt qu'à une ou deux bactéries⁽¹⁾. Les bactéries pathogènes les plus étudiées sont *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythus* et certains tréponèmes (spirochètes). Ces agents partagent des points communs : ils sont à Gram négatif, anaérobies stricts ou facultatifs et assa- charolytiques (i.e. non ou peu cariogènes).

L'implication des virus de l'herpes semble probable car ils diminueraient les défenses immunitaires permettant ainsi aux bactéries pathogènes de s'installer sur les surfaces dentaires⁽²⁾.

Il existe une flore compatible - voire nécessaire - à la santé parodontale

A ce jour, il est « enfin » admis qu'une bouche (et les surfaces dentaires en particulier) ne peut pas - ne doit pas - être stérile⁽³⁾. En effet, à l'instar de la muqueuse intestinale par exemple, il existe une flore buccale non seulement compatible mais nécessaire à la santé parodontale (dite « flore protectrice »). Il s'agit principalement de lactobacilles, de streptocoques et d'actinomyces. Ces agents, antagonistes des pathogènes, partagent des points communs : ils sont à Gram positif, aérobies stricts ou facultatifs et saccharolytiques (i.e. cariogènes par la production d'acide lactique).

Le tartre - à lui seul - n'est pas capable de déclencher des pertes d'attache

On ne sait toujours pas aujourd'hui la signification de la production de tartre. Est-elle un signe de force ou de faiblesse ? Cependant, il est connu depuis longtemps que si le tartre ne contient pas de bactéries pathogènes, il est compatible avec la conservation des organes dentaires⁽⁴⁾ (Figure 1). Néanmoins, en dehors du fait qu'il soit disgracieux, il est souhaitable de l'éliminer car il est capable de créer un environnement anaérobie favorable à certaines bactéries pathogènes.

Il faut souligner que d'autres éléments peuvent également créer un environnement favorable aux bactéries pathogènes tels que le ciment de scellement, des limites prothétiques ou orthodontiques en position sousgingivale (Figure 2).

Il semble également que la présence de saignement de la muqueuse gingivale (visible ou pas) fournit à certains agents infectieux les nutriments de base nécessaires à leur prolifération. Enfin, l'élévation de la température buccale au cours d'épisodes fébriles favorise la multiplication bactérienne.

Défaillance(s) du système immunitaire

Toute altération, innée ou acquise, du système immunitaire représente une des conditions nécessaires - mais non suffisante - pour expliquer le déclenchement des pertes d'attache en cas d'infection.

On citera ici les principales : Trisomie 21, neutropénies, pathologies liées aux fonctions des polymorphonucléaires neutrophiles, aplasie médullaire, glycémie non contrôlée, infections virales (SIDA, mononucléose, herpes), prise de médicaments immunosuppresseurs (anti-inflammatoires, ciclosporine A par exemple), dyslipidémies (hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie), consommation de tabac, certaines conditions liées au stress psychologique, grossesse⁽⁵⁾.

Figures 1a et 1b
Pathologies parodontales et présence de plaque dentaire

Dans certains cas, la quantité de la plaque et de tartre dentaire n'est pas en rapport avec les pertes d'attache. Vue clinique (a) et radiologique (b) d'une patiente de 54 ans où les quantités de plaque sont importantes et les pertes d'attache minimales.

PREXIDINE® évolue, changez pour PREXIDINE® !

Digluconate de chlorhexidine à 0,12 %

**NOUVEAUTÉ :
FLACON PLASTIQUE
AVEC
GOBELET DOSEUR**



**C'est le nouveau flacon qui est coloré,
pas le bain de bouche !**

Composition : Solution de gluconate de chlorhexidine à 20% : quantité correspondant à 0,120 g de gluconate de chlorhexidine, saccharine, glycérol, polysorbate 80, alcool (10g/100ml), lévomenthol, arôme menthe (éthanol, menthol, acétate de menthyle, huile essentielle de menthe), eau purifiée : qsp 100 ml. **Indications thérapeutiques :** Traitement d'appoint des infections buccales et des soins post-opératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration :** RÉSERVÉ À L'ADULTE ET À L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bains de bouche. NE PAS AVALER. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser PREXIDINE®. Cette solution doit être utilisée pure, non diluée. Pour chaque bain de bouche, utiliser le gobelet doseur en le remplissant jusqu'au trait (15ml) ; en l'absence de gobelet, utiliser le contenu d'une cuillère à soupe de solution (15ml). Le nombre de bains de bouche est de 1 à 3 par jour, d'une minute environ chacun (après le repas et de préférence, après le brossage des dents). CTJ : 0,22 à 0,67 €. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la chlorhexidine ou à un autre constituant de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi :** - Mises en garde : l'indication ne justifie pas un traitement prolongé, d'autant qu'il pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne ou fongique (candidose). En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée et une

antibiothérapie par voie générale doit être envisagée. Interrompre le traitement en cas de gonflement des parotides. - Précautions d'emploi : ne pas mettre le produit au contact des yeux ou dans le nez. Ne pas introduire le produit dans le conduit auditif. En raison de la présence d'alcool : **ne pas laisser à la portée des enfants et ne pas avaler.** **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** l'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte-tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation). **Effets indésirables :** coloration brune de la langue et des dents, réversible à l'arrêt du traitement (particulièrement chez les consommateurs de thé ou de café). Risque de sensibilisation à l'un des constituants de la solution (parotidite, irritation cutanéo-muqueuse), nécessitant l'arrêt du traitement. Occasionnellement dysgueusie ou sensation de brûlure de la langue en début de traitement. Occasionnellement desquamation de la muqueuse buccale. **Propriétés pharmacodynamiques :** Stomatologie, traitement local à visée antiseptique (A : appareil digestif et métabolisme). **Précautions particulières de conservation :** à conserver à moins de 25°C. **Présentations :** A.M.M. 337 284.8 (1994) : 200 ml en flacon PET (polyéthylène téréphtalate) avec gobelet doseur (polypropylène) de 15 ml - Prix : 2,98 € - Remb. Séc. Soc. à 35 % - Agréé Collectivités. A.M.M. 351 213.7 (1999) : 500 ml en flacon PET - Non Remb. Séc. Soc. - Agréé Collectivités. A.M.M. 362 005-1 (2003) : 55 ml en flacon PET - Non Remb. Séc. Soc. Date de mise à jour : 11/2005.

EXPANSIONSCIENCE®
LABORATOIRES

2a



2b



Figures 2a et 2b
Environnement dento-gingival défavorable

Vue clinique d'une prothèse avec présence de ciment de scellement au sein de la jonction dento-gingivale.

Conséquences cliniques

◆ Il n'y a plus lieu de dire aux patients que la plaque dentaire est un « ennemi invisible » qu'ils doivent « éliminer totalement » trois fois par jour pendant trois minutes. En revanche, on peut expliquer que la flore buccale est un composant normal et nécessaire à la bonne santé parodontale à la condition qu'elle soit en équilibre avec le système de défense locale.

◆ Au cours de l'entretien de première consultation, il est primordial de connaître les éléments médicaux qui peuvent influencer le diagnostic et donc le traitement des lésions parodontales ainsi que les effets à distance des infections parodontales sur la santé générale.

◆ Il est possible de stopper - définitivement - l'évolution d'une parodontite en supprimant l'une ou plusieurs des conditions qui déclenchent les pertes d'attache. Il semble que le rétablissement d'une flore compatible avec la santé parodontale soit le moyen le plus efficace, le moins coûteux et le plus rapide pour y parvenir à condition d'employer les moyens adaptés (la simple propreté des surfaces dentaires n'est pas toujours le moyen le plus efficace) (Figures 3).

◆ Un patient chez qui l'on détecte la présence d'agents pathogènes n'est pas nécessairement en danger de perdre de l'attache et donc des dents.

◆ Même si son élimination est nécessaire, la présence de tartre n'empêche pas de parvenir à l'arrêt de la progression des lésions parodontales (Figures 3).

◆ Les limites des soins, prothèses et dispositifs orthodontiques ne doivent pas irriter le parodonte marginal (l'attache épithélio-conjonctive).

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.

Drs Jacques Charon*, **Frédéric Joachim***,
Sébastien Dujardin** et **Joël Beaulieu*****.

* : Parodontiste, Lille, France

** : Post Graduate in Periodontics,

Temple University, Philadelphia, USA

*** : Chirurgien-dentiste, Laval, Québec

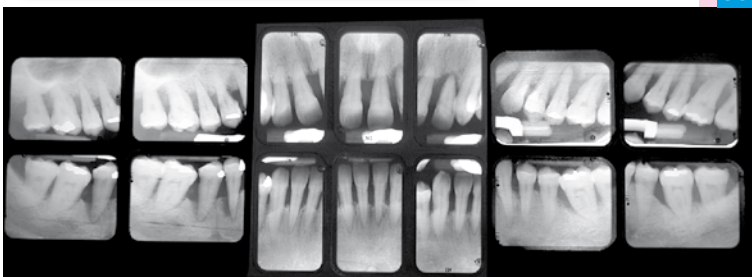
Références bibliographiques

1. Haffajee A.D. et Socransky S.S. – Microbiology of Periodontal Diseases : Pathogens, Virulence and Ecology. Periodontol 2000 38 : 9 - 187, 2005
2. Contreras A. et Slots J. - Herpesviruses in Human Periodontal Disease. J Periodont Res 35 : 3 - 16, 2000
3. Roberts F.A. et Darveau R.P. – Beneficial Bacteria of the Periodontium. Periodontol 2000 30 : 40 - 50, 2002.
4. Allen D.L. et Kerr D.A. - Tissue Response in The Guinea Pig to Sterile and Non Sterile Calculus. J Periodontol 36 : 121 - 126, 1965.
5. Williams R.C. et Offenbacher S. – Periodontal Medicine. Periodontol 2000 23 : 9 - 156, 2000.

3a



3b



Figures 3a, 3b et 3c

(a) Vue clinique à la première consultation d'une patiente souffrant de la totalité des symptômes associés à une parodontite active

(b) Bilan radiologique montrant la généralisation et la sévérité des pertes d'attache

(c) Vue clinique après un mois de traitement anti-infectieux. Noter les améliorations majeures (y compris la fermeture partielle du diastème 21/22) avant l'élimination du tartre.

3c



Illustrations avec l'aimable autorisation des éditions CDP :

«Parodontie médicale de Jacques Charon et Christian Mouton»,

Editions CDP 2003, 464 p., 805 fig, 196 euros. En vente sur www.editionscdp.fr

gérez - organisez - communiquez



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

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

Docteur Edmond BINHAS
Chirugien-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

Je pensais être au "TOP" en anesthésie...

1

Principe de l'anesthésie transcorticale Etude sur le cadavre



QuickSleeper

2

Gestion des Vasoconstricteurs Action

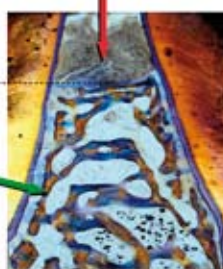
● Locale

Peu vascularisé : 1/200000 max

TRANSCORTICALE

Très vascularisé : 1/80 000 possible

INTRASEPTALE



QuickSleeper

3



«Après trente-deux années d'exercice, je pensais que mon niveau en anesthésie locale et locorégionale était excellent. **Eh oui, on imagine que lorsqu'on a 90% de réussite on est au « top niveau ».** Pourtant, la publicité récurrente dans les publications professionnelles pour les systèmes d'anesthésie transcorticale attirait de plus en plus mon attention. En effet, la frustration induite par les 10% d'échec diminue la satisfac-

tion due aux 90% de réussite. Après avoir discuté de ces systèmes (notamment **QuickSleeper**) avec des confrères, j'ai moi aussi pensé que c'était « trop cher ». Mais, **j'ai tout de même eu envie de me rendre compte de l'éventuelle efficacité de la technique transcorticale, j'ai décidé**

donc d'assister à une journée de formation de l'AFPAD (au cas où !) le 9 mars 2006 à Strasbourg. J'ai été agréablement surprise de la qualité de la communication : les explications étaient simples et claires (*Photo 1*), les réponses aux éventuelles questions étaient sans détour et encore une fois très claires ; notamment en ce qui concerne la non-nocivité des vasoconstricteurs (*photo 2*). En effet, pendant nos études, nos professeurs nous ont souvent mis en garde contre les

effets négatifs de l'adrénaline. Il a bien fallu que je remette en question certaines idées reçues. Les exercices pratiques sur mâchoires de porc m'ont montré que la mise en œuvre de cette technique était relativement aisée (photo3).

La formation AFPAD m'a donc convaincue d'utiliser la technique transcorticale au quotidien (photo 4).

Je me suis donc équipée avec **QuickSleeper** (c'est le seul système qui permet de pratiquer cette technique en première intention). À ce moment, il n'était déjà plus question du prix.

Dès le lendemain, j'ai mis en pratique sur mes patients la technique transcorticale en commençant par une anesthésie du bloc antérieur : « REUSSITE ». Puis deux échecs coup sur coup : l'aiguille s'était bouchée.

J'ai analysé mes échecs et il s'est avéré que, faisant une anesthésie des molaires inférieures, j'avais mal calculé l'inclinaison de mon aiguille pour traverser la corticale. Puis, après deux autres anesthésies réussies sur le bloc pré-molaire maxillaire, j'ai eu un autre échec au niveau de la 16. A nouveau j'avais mal défini mon point d'injection.

Depuis, j'utilise mon appareil avec bonheur et succès sans toutefois imaginer que tout est gagné. Après chaque injection, les patients sont surpris par l'absence de douleur et de gêne

et sont très contents de la qualité de l'anesthésie qui n'affecte pas les parties molles. (photo 5)

A chaque fois ils me félicitent pour cette évolution, ou devrais je dire « révolution ». **Moi qui étais septique, je suis totalement conquise par la technique transcorticale.»**



Comparaison des différentes anesthésies

- PARA APICALE
- TRONCULAIRE
- PALATINE
- INTRALIGAMENTAIRE
- INTRASEPTALE
- TRANSCORTICALE

Indications

- Maxillaire
- Mandibule

Avantages

- Immédiate
- Pas d'anesthésie des tissus mous
- Injection aseptique
- Anesthésie de 2 à 6 dents
- Vasoconstricteur à 1/80.000
- Traitement des pulpes

Inconvénients

- Pas de chirurgie longue sans complément



QuickSleeper

Pour en savoir plus:

Dr Anne-Marie LEONARD-CSIK

Diplômée de la faculté de STRASBOURG en 1974.

Thèse de doctorat en 1976 : «les maladies professionnelles du chirurgien dentiste».

Omnipraticque privée depuis
dr.leonard@wanadoo.fr

Pour tous renseignements complémentaires sur les journées de formations AFPAD, contactez Sylvie ou Elisabeth au 02 41 56 05 53



Clermont-Ferrand • 11 mai

Lorient • 18 mai

Paris • 1^{er} juin

Aix-en-Provence • 8 juin

Biarritz • 15 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

Les lasers en ODONTOLOGIE

Consensus : de l'ensemble des longueurs d'ondes développées ci-dessous, les lasers Erbium sont les plus polyvalents

La Dental Laser Academy vient d'organiser avec succès, le 15 Mars 2006 le premier congrès international du laser en France, sous l'égide de l'ISLD, la société scientifique internationale de laser en odontologie.

On salue l'engouement des praticiens et des fabricants de lasers qui sont venus en nombre.

La Dental Laser a accueilli lors de cette journée, plus de trois cents confrères intéressés, ainsi que les plus grands fabricants de laser.

Tous les domaines de l'odontologie ont été abordés permettant d'appréhender l'ensemble des possibilités de la technologie laser : odontologie conservatrice, endodontie, biostimulation, prothèse, orthodontie, chirurgie, parodontologie, implantologie.

Les Drs Frédéric Gaultier et Gérard Navarro, co-présidents de la Dental Laser Academy dressent ici le panorama des différents lasers et leurs applications.

Le mot **LASER** est un acronyme anglo-saxon signifiant :

« Light Amplification by Stimulated Emission of Radiations »

« Amplification de Lumière par Emission Stimulée de Radiations »

● Historique

1960 : Le premier laser à rubis, Utilisation en Médecine par T.H.Maiman.

1965 : 1ers cas cliniques en Odontostomatologie par Taylor.

1967 : Le premier laser CO₂ pour applications médicales.

1970 : Les premiers travaux sur l'os au laser CO₂ par Goldman.

1983 : Curetage de carie au laser CO₂.

1985 : Coiffage Pulpaire au laser CO₂.

1986 : Stérilisation dentinaire au laser CO₂.

1988 : Apparition du laser Nd/YAG en dentisterie.

1990 : Apparition du laser Er/YAG en dentisterie.

1994 : Apparition du laser Diode en dentisterie.

● Les Effets laser

On distingue :

◆ **L'échauffement** : l'augmentation de température par vibrations moléculaires entraîne une **liquéfaction et une vaporisation** des tissus (CO₂)

◆ **La rupture des liaisons moléculaires** traduit la **photo ablation** (Er/YAG > Nd/YAG)

◆ **Le démarrage d'une réaction chimique**

Utilisée dans :

- la photopolymérisation composite avec le laser Argon

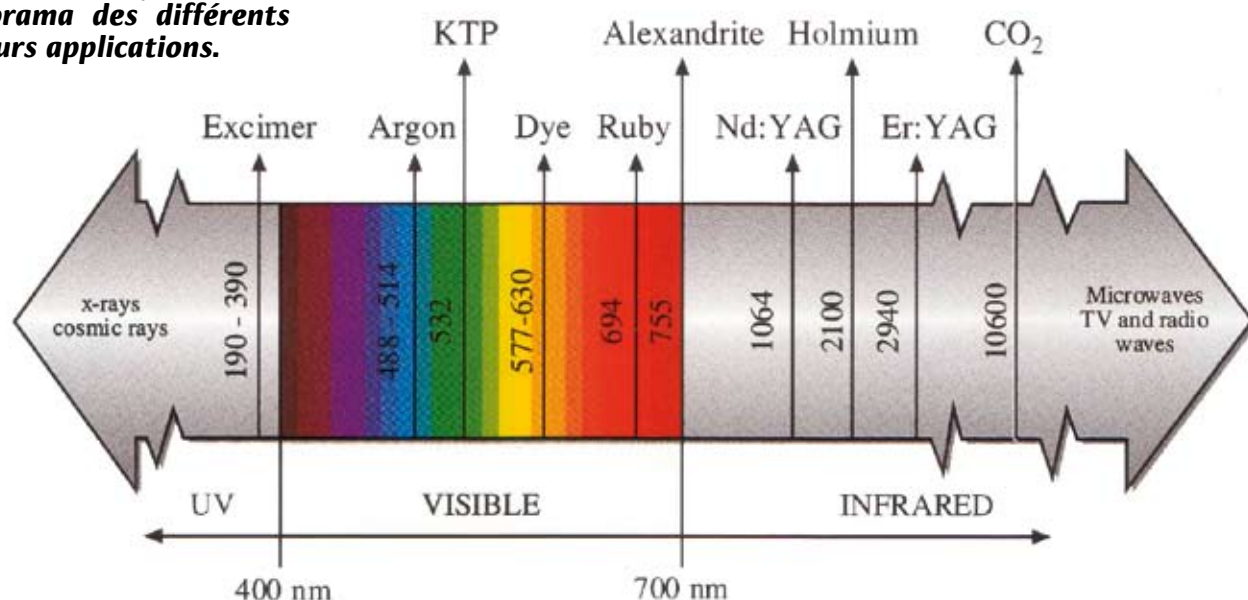
- l'activation des radicaux libres d'O₂ et la désinfection par photo activation (Argon, CO₂, Diode, Nd/YAG, KTP)

- le blanchiment (Argon, CO₂, Diode, Nd/YAG, KTP)

◆ **La biostimulation Cellulaire** : effet anti-inflammatoire et antalgique, désensibilisation.

◆ **La bioactivation** : comme l'activation et l'accélération de la cicatrisation, de la dentinogénèse (IR) ou de l'ostéogénèse.

Les spectres d'émission des principaux lasers





Types de laser	Spectre	λ (nm)
Argon fluor	Ultraviolet	193
Krypton fluor	Ultraviolet	248
Xenon chlor	Ultraviolet	308
Nd /YAG triplé	Ultraviolet	354
Argon	Visible (bleu - vert)	488 - 514.5
Nd /YAG doublé=KTP	Visible (vert)	532
He / Ne	Visible (rouge)	632
Rubino	Visible (rouge foncé)	694.3
Alexandrite (Be Al ₂ O ₄)	Visible (infrarouge)	700 - 800
Diode	Infrarouge	810 - 980
Nd /YAG	Infrarouge	1.064
Nd /YAP	Infrarouge (effets thermiques collatéraux)	1.340
Ho /YAG	Infrarouge	2.120
Er Cr/YSGG	Infrarouge	2.780
Er YSGG	Infrarouge	2.790
Er/YAG	Infrarouge	2.940
CO ₂	Infrarouge	9.300
CO ₂	Infrarouge	10.600
Dye laser	Visible (élimination taches de vin et hémangiome)	400 - 700
Colorant organique		540 - 640
Prolamine		400 - 500
Curarine		500 - 700
xanthène		

LASER Nd/YAP $\lambda = 1340$ nm

Laser Français utilisant un Cristal d'Yttrium, Aluminium, Perovskite

● Transmission :

Par fibre optique de 200 μ m à 320 μ m

● Absorption

Bonne absorption dans l'eau, dans l'Hémoglobine et dans la mélanine
Effet de diffusion important

+++.

● Applications :

Similaires au Nd/YAG

LASER CO₂ $\lambda = 10\ 600$ nm

Le laser CO₂ : est le meilleur laser pour la chirurgie des tissus mous.

Il possède un effet de coagulation par diffusion thermique

L'émission s'effectue par bras articulé avec miroirs

● Absorption

Il possède une bonne absorption dans l'eau mais une mauvaise absorption dans l'hémoglobine. C'est donc un très bon laser pour les tissus mous avec un effet de coagulation sur les petits vaisseaux par élévation thermique et peu d'effet de diffusion.

● Pénétration

La profondeur (pour 90 % d'Absorption) est **65 μ m** dans les tissus mous (pour un tir)

Laser CO₂ et Tissus mous - Chirurgie

Applications :

Incision - excision - coupe
Hémostase des vaisseaux de 0,5 mm de diamètre-
Coagulation par la chaleur
Effet bactéricide : Stérilisation - décontamination

Indications de Chirurgie

- ◆ Tumeur bénigne
- ◆ Gingivoplastie, Gingivectomie
- ◆ Frénectomie
- ◆ Hyperkératose
- ◆ Apicectomie
- ◆ Angiome (hémangiome, Lymphangiome)
- ◆ Verrue
- ◆ Parodontie à ciel ouvert
- ◆ Papillome d'origine virale avec : **aspiration + Biopsie avant**
- ◆ Botriomicome
- ◆ Fibrome de cause irritative
- ◆ Épulis gravidique
- ◆ Naevus
- ◆ Prothèse : Approfondissement vestibulaire...

LASER KTP $\lambda = 532$ nm

Les premières utilisations en odontologie se font en Australie pour les blanchiments en 1990.

La longueur d'onde λ est de 532 nm – (lumière verte)

Ce qui est proche du laser Argon = 457 - 514 nm (dans le vert)

La fabrication est réalisée à partir d'un cristal Nd/YAG :

Nd/YAG $\rightarrow \Delta \rightarrow$ KtP
1064 mm (prisme) 532 nm

◆ Il y a 4 fois plus d'absorption ce laser est donc moins pénétrant

● Pénétration

la pénétration tissulaire est importante, elle néanmoins inférieure à celle du Nd/YAG

Nd/YAG \rightarrow 5000 μ m

KTP \rightarrow 1300 μ m

● Absorption

- ◆ Hydroxyapatite : Faible absorption (20 %)
- ◆ H₂O Très très faible absorption
- ◆ Hémoglobine (rouge)- Très bien absorbé
- ◆ Mélanine (noir) Forte absorption,

● Applications récentes en Odontologie :

◆ Parodontie (Décontamination radiculaire, Décontamination des poches Gingivectomies, avec une activité bactéricide (Prevotella, Porphyromonas)
Endodontie (utilisation d'un colorant)
Chirurgie si couleur rouge
Odontologie Conservatrice : traitement de la carie \leftrightarrow traitement phonique
Blanchiment (utilisation d'un colorant rouge)

LASER DIODE : 812-980 nm

■ LES LASERS DIODE

Ce sont des lasers à semi-conducteurs Gallium, Arsenide, Aluminium, Indium. Leurs longueurs d'ondes varient entre 812 et 980 nm, avec une Puissance de 2 à 20 Watts (Usage le plus fréquent jusqu'à 5 Watts)

● Absorption :

Effet diffusion (scattering) important mais moins que le Nd/YAG

Pénétration sur 5 mm

Aucune absorption dans l'HA

Très peu absorbé dans H₂O

Bonne absorption dans les chromophores (Hémoglobine, Bactéries et Mélanine)

● **En Endodontie** : Stérilisation canalaire

● **En Chirurgie des tissus mous** pour leurs propriétés hémostatiques

● **En Parodontie** : Stérilisation/Décontamination des poches parodontales

● **En P.A.D = Photo active Dye Therapy in dentistry** (Utilisation de colorants=chromophores)

● **En P.D.T = Photo Dynamic Therapy = Destruction de Cellules cancéreuses** (destruction sélective)

● **En Photo Activated Desinfection**

LASER Nd/YAG $\lambda = 1064$ nm

PROPRIÉTÉS du Nd / YAG

◆ cristal = Grenat Yttrium Aluminium

◆ Système plus petit que l'Er/YAG

● **Indication** : Chirurgie des tissus mous mais avec pénétration (= effet de diffusion) en profondeur supérieure à l'absorption qui est faible, c'est donc un laser plus délicat à manipuler avec risque d'échauffement des tissus en périphérie de la zone traitée (6mm de diffusion).

● Transmission :

Par fibre optique de 200 μ m à 320 μ m

Diffusion ou Scattering : Très grande diffusion dans les tissus jusqu'à 6mm de profondeur

Absorption dans l'hémoglobine et dans les chromophores à pigmentation noire

◆ Très forte augmentation de chaleur (Jusqu'à 2cm en profondeur)

◆ Dénaturation des protéines provoquant une réaction inflammatoire

◆ Bonne coagulation +++

Applications du Nd/YAG en dentisterie

◆ Sur les Tissus durs :

◆ Fort effet thermique entraînant une Stérilisation/Décontamination

◆ Ablation tissus cariés fongés hémorragiques ou cariés

◆ Stérilisation des cavités cariées, du ciment en parodontie (avec modification de l'état de surface)

◆ Reprise de traitements de canaux

◆ Stérilisation/Décontamination des canaux en endodontie

◆ Vitrification dentinaire permet le traitement des hypersensibilités dentinaires et la réalisation de fonds de cavités

Applications du Nd/YAG en chirurgie dentaire

◆ Tissus mous

◆ Hémostase des petits vaisseaux.

◆ Incisions

◆ Désinfections

◆ Retrait des tissus de granulation

◆ Traitement des poches parodontales (grâce aux fibres) en complément des techniques classiques, Activité bactéricide (Prevotella, Porphyromonas)

28 ◆ Traitement des péri-implantites à faible énergie.

Laser Er/YAG

[Cristal ($Y_3Al_5O_{12}$) dopé à l'Erbium $\lambda = 2940$ nm]

C'est le laser le plus polyvalent en omnipratique

C'est un Laser peu absorbé à effets thermiques contrôlés. C'est un bon choix de part sa sécurité d'emploi et sa polyvalence.

◆ Plus grande absorption dans H₂O que dans l'hydroxyapatite (HA).

◆ Ablation par mécanismes de microexplosions dans les tissus durs, dues à l'évaporation des molécules d'eau, entraînant l'augmentation de la pression interne intercrystalline, provoquant ainsi l'éclatement des joints interprismatiques. C'est l'effet photomécanique.

◆ Bon pour la chirurgie, mais à cause de sa forte absorption dans l'eau, on travaille en surface (pas de pénétration).

◆ Peu de chaleur : le travail d'effectue donc avec des saignements

Laser potentiellement adéquat pour l'enlèvement du tissu mou et du tissu dur :

Email

Dentine

Cément

Os

Tissus mous

Les principaux lasers Erbium :

Er/YAG (yttrium aluminium garnet) = 2940 nm

Er/YSGG (yttrium scandium gadolinium garnet) = 2790 nm

Er, Cr / YSGG = 2780 nm cristal dopé à Erbium et Chromium

Distribution du faisceau laser par :

◆ bras articulé et miroirs

◆ fibre optique

◆ fibres creuses

En mode CONTACT ou NON CONTACT

Présence d'un WATER SPRAY

Evite la dessiccation

Evite l'augmentation de température

Favorise l'absorption et ablation

Domaine d'application en Odontologie :

1°) En Dentisterie conservatrice

Eviction carieuse

Collages (Sealant, Facettes, Inlays Onlays, CCM...)

2°) En Endodontie

Stérilisation/décontamination canalaire

3°) En Parodontologie

Stérilisation/Décontamination des poches parodontales

Débridement

4°) En Chirurgie Buccale

Toute chirurgie (Frénectomie, Epulis, Fibrome, Papillome, Lichen plan)

Approfondissement de vestibule

Operculisation d'implant

Réséction apicale

Prélèvements osseux

Elongation coronaire

Chirurgie osseuse ressectrice (ostéoplasties)

Elargissement de crêtes osseuses fines

Forage en Implantologie (mais pas de calibrage, ni de contrôle de la profondeur de forage)



KaVo KEY Laser 3.

Laser polyvalent pour l'omnipratique, avec système de «Feed Back» intégré



www.kavo.fr



KaVo KEYlaser 3, l'outil complet pour l'omnipratique, en toute sécurité.

Parodontologie, thérapie conservative, endodontie ou chirurgie : le KaVo KEYlaser 3 offre une solution complète pour votre pratique quotidienne, en toute sécurité. Avec plus de 10 ans d'expérience dans le domaine du laser, KaVo Dental, leader incontesté de l'excellence dentaire, vous propose une solution haute technologie efficace, sans douleur, en toute sécurité.

Des talents multiples :

- Diversité d'applications
- Sécurité pro active grâce au détecteur de tartre sous gingival
- Décontamination des poches paro
- Micro dentisterie.
- Désinfection des canaux radiculaires
- Economie tissulaire
- Cicatrisation plus rapide
- Sans douleur, sans stress pour le patient
- Diminution de la durée de l'acte



LASER ARGON = λ = 457,9 à 514,5 nm

La longueur d'onde λ est de 457 à 514 nm.
La transmission est réalisée par fibre optique

- **Absorption** dans **L'Hémoglobine** (coagulation)
La Mélanine (peau)
Les Bactéries pigmentées

◆ Les plus fréquents Bleu = 488nm → polymérisation des composites, Bleu-Vert = 514nm

Ce laser est très peu absorbé dans l'eau et les protéines

La réflexion est importante sur l'émail

- ◆ dans la dentine : 25% diffusion (effet scattering)
- ◆ dans l'émail : faible diffusion

● **Indications :**

- ◆ La meilleure Fusion dentinaire en Dentisterie conservatrice
- ◆ Chirurgie
- ◆ Endodontie → stérilisation canaux
- ◆ Parodontie
- ◆ Activité bactéricide (Prevotella, Porphyromonas)
- ◆ Esthétique blanchiment



Laser Er/YAG et Carie Dentaire

Le laser Er/YAG permet de **traiter les caries sans avoir recours à la turbine ni au contre-angle**. Il ne provoque aucun traumatisme dentaire, pulpaire ni auditif. Cet outil, adapté aux techniques de **microdentisterie adhésive** de type tunnelisation, est particulièrement apprécié des patients qui associent la douleur à l'agression dentaire. Il trouve encore plus de succès auprès des plus jeunes. Son action **permet d'éliminer le tissu carieux** afin obtenir une cavité « propre » exempt de smear layer donc de débris bactériens, ce qui ne peut être obtenu à l'aide d'une technique conventionnelle. Ceci diminue le risque de récurrence des caries et augmente l'adhésion à l'émail. L'adhésion à la dentine est quant à elle compatible avec une restauration pérenne.

La nouveauté 2006 vient des fabricants de lasers qui ont sollicité la création de formations continues cliniques et théoriques spécifiques pour des praticiens néophytes qui acquièrent un laser. Cette initiative à saluer, conduit à l'élaboration d'un programme spécifique qui se calque aux possibilités du laser nouvellement acquis, afin d'optimiser son usage clinique et l'adapter à la pratique quotidienne.

DIAGNODENT λ = 655 nm

● **Caractéristiques**

Diode

Classe II

Puissance < 1 mW

Sondes amovibles

Fibre active bipolaire : émission par zone interne, retour par zone externe

Contrôle sonore

C'est un laser de diagnostic de Carie et d'infiltrations (Fissure, Fractures, tartre, obturations dégradées)

Il permet un **Monitoring** c'est-à-dire un contrôle de la surface dentinaire pendant le curetage carieux avec une détermination des meilleurs paramètres du laser chirurgical mais également un suivi de la restauration dans le temps.

◆ L'appareil donne une valeur numérique et prévient le praticien l'atteinte d'un certain seuil par un signal acoustique

Toute altération de la substance dentaire est signalée grâce à un rayonnement fluorescent émis lors de la présence de chromophores bactériens (β porphyrine)

Le Calibrage est réalisé avec une platine céramique standard ou le plus souvent il est personnalisé (à partir d'une dent saine du patient).

Affichage visuel - Instantané

● **Diagnostic différentiel avec :**

- ◆ Les chromophores naturels dentaires (hématorporphyrine pulpaire)
- ◆ Tissus sombres (dyschromies, dentine III)
- ◆ Cavité anatomique naturelle (chambre pulpaire, furcation)
- ◆ Dentine laserisée ou mordancée (micro porosités)
- ◆ Spécificité de certains matériaux d'obturation (bonding, glazing, compo flow)

LLLT = LOW LEVEL LASER THERAPY

Lasers He/Ne et DIODE

Ce sont des lasers de basse énergie : dits « **Softs** » ou « **Froids** » dont les longueurs d'ondes varient de 600 à 1000 nm

Ex : He/Ne 632,8 à 635nm

Puissance de 1 à 10 mW

◆ Classe I → Faible pénétration (cicatrisation plaie)

Indolore

Aseptique

Athermique

Sans effets secondaires

● **Indication :**

Accélération de la cicatrisation gingivale et osseuse
Diminution des oedèmes et douleurs post-opératoires

Accélération de l'ostéointégration implantaire

Mucites dues à la radiothérapie (dans les cancers de la tête, du cou + greffe Moelle Osseuse)

Mucites dues à la chimiothérapie

Application en acupuncture

● **Action :**

Biostimulante

Myorelaxante

Antioedémateux

Antalgique (900 nm des Diodes et plus, car travail plus en profondeur)

Anti-inflammatoire (cicatrisation plaie)

● **Avantages :**

Indolores, athermiques, sans effet secondaire

Ex de Lasers pouvant faire de la LLLT

He/Ne = 632,8 nm Rouge

As Ga = 904 nm IR

Ga Al As = 780 – 830 nm

In Ga = 633 – 635 nm

CO2 Défocalisé. (1w) = 10 600 nm

Nd/Yag = 1 064 nm

Ruby = 694 nm



DENTAL LASER ACADEMY

Renseignements Formation continue

info@dental-laser-academy.com - Tél. : 01 76 56 43 02

BIOLASE

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.



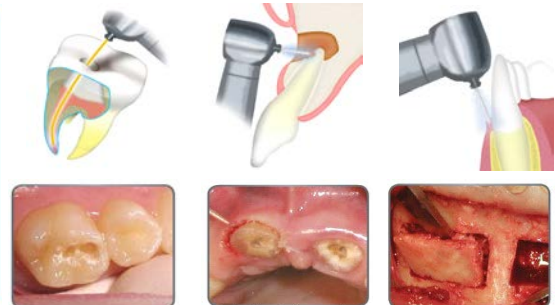
Design: Mercedes Benz – AMG and NASA 's rockets into orbit (Northrup Grumman)



Pièce à main Hydro Beam avec lumière froide sans ombre



Écran tactile



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 / frénctomie - 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.

Rencontre

Mon rendez-vous avec le Docteur...

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Dr P. Pirnay : Notre profession représente l'une des plus syndiquées. Malgré cet atout, les confrères ressentent que les nouvelles et nombreuses contraintes soumises à leur cabinet leur sont imposées sans que les syndicats n'aient pu les éviter ou les atténuer. Pensez-vous que ce ressenti soit une réalité ?

Dr. R. Rubinstayn : Oui, bien sûr. Nos partenaires, les caisses d'assurance maladie, ont bien saisi le sens de la maxime «diviser pour régner». Tant que l'unité syndicale et la plate-forme commune que nous appelons de tous nos vœux ne se font pas, nous continuerons donc de subir le diktat des caisses... et des gouvernements.

Dr P. : Quel message pouvez-vous envoyer aux jeunes confrères pour les rassurer sur l'avenir de notre profession ?

Dr. R. R. : Aucun message pour rassurer, mais au contraire un message de mobilisation. C'est pour eux que nous nous engageons aujourd'hui. Je leur dis de ne pas rester isolés dans leur cabinet et de faire l'effort de s'informer, de participer à la vie des syndicats pour modeler leur avenir professionnel.

Dr P. : Quel sens donnez-vous à l'action syndicale dentaire pour que la santé en général reste un véritable secteur libéral ?

Dr. R. R. : La responsabilité de la situation actuelle de la profession est à attribuer totalement aux dirigeants des syndicats signataires des différentes conventions.

D'autre part, la future mouture de la convention ne va pas dans le sens de la FSDL. Nous préconisons un secteur opposable au prix réel et non pas bradé selon les priorités de santé publique que fixent les responsables (politiques et caisses) ; et un secteur « libre » avec tact et mesure...

Dr P. : Vous présidez un important syndicat tout en accordant une grande place à votre propre exercice libéral. Quels sont les motifs de votre engagement syndical ?

Dr. R. R. : Je me suis engagé dans le syndicalisme car je savais que les «Yaka, fokon... » ne suffiraient pas à changer la situation de la profession. Et comme je voulais voir les choses changer, il fallait mettre la main à la pâte. J'estime qu'un praticien qui ne fait que des soins devrait avoir les moyens d'assurer la sécurité sanitaire de ses patients et d'en tirer un revenu décent, ceci quel que soit le lieu de son installation. Tant qu'on n'aura pas donné droit à cette revendication, on ne résoudra pas les problèmes démographiques que rencontre la profession.

Robert RUBINSTAYN

- Docteur en chirurgie dentaire
- Président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux



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

Dr. R. R. : Quand je suis sorti de la faculté, je ne proposais à mes patients que ce qui était remboursé par les caisses... Mon adhésion à la FSDL 94 m'a ouvert des horizons.

Mes meilleurs souvenirs professionnels sont les situations où j'ai commencé à proposer des soins « modernes », que les patients ont accepté même les devis élevés et les actes HN. Quelle satisfaction de se voir remercié de leur avoir soigné/sauvé leur bouche ! Quand je vois mes patients heureux d'avoir retrouvé leur sourire ; après les avoir guéris de leur maladie, pouvoir leur proposer de rester en bonne santé toute leur vie, même avec les actes HN. Cette satisfaction est quotidienne.

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

Dr. R. R. : Nos séminaires syndicaux avec les confrères venus des différentes régions de France sont une expérience qui doit inciter nos jeunes confrères à venir nous rejoindre dans les différents syndicats départementaux.



JEU-CONCOURS

Gagnez un voyage à Venise !

Toutes les modalités
page 39...

SYSTÈME D_{entaire}

L'entretien de vos micro-moteurs Bien-Air ("MC2[®]" ou "Isolite[®]")

Entretenez-vous le moteur de votre voiture ?



Et celui de votre équipement, au cabinet ?

Les micro-moteurs électriques actuels sont assez fiables et robustes, mais ce n'est pas une raison pour ne pas s'en occuper. Un bon entretien annuel ne lui fera que du bien, et vous y gagnerez en puissance et en longévité.

Nous allons nous pencher sur le moteur "MC2" de Bien-Air, qui existe aussi sous forme lumineuse, avec l'appellation "Isolite". Cette famille de moteur est la plus répandue dans les cabinets.

Tout d'abord, il faut absolument changer au moins deux fois par an les trois joints toriques se trouvant sur le nez du micro-moteur. Sinon, cela revient à prendre le risque d'endommager sérieusement ses contre-angles et pièces à main. En effet, ces joints ont pour mission d'étanchéifier les circuits de spray (eau et air). Or la mise en place et l'enlèvement régulier des instruments rotatifs abîment ces joints, ce qui permet ensuite à l'eau de spray d'aller faire un tour dans les roulements et pignons de vos "chers" contre-angles.

Pour enlever les joints, nul besoin d'outils, il suffit de bien les repousser avec les doigts. Pour maintenir les joints toriques en bon état, le plus longtemps possible, graissez les régulièrement en passant votre doigt dessus,



après l'avoir légèrement enduit de graisse silicone. En vente chez : www.carre-lutz.com/acatalog/graisse_et_lubrifiant.html par tube de 10 gr. Réf : 732 023 (11€)



Voici les pièces nécessaires à notre cure de jouvence du moteur.

Nous allons maintenant voir comment changer l'ampoule du moteur "Isolite 300".

Enlevez le fourreau stérilisable qui enveloppe le corps du micro-moteur. Ensuite utilisez une précelle pour extraire l'ampoule. Quand vous mettrez en place une ampoule neuve, évitez de mettre les doigts sur la partie en verre. Les graisses présentes à la surface de notre peau ternissent et fragilisent le bulbe en verre au quartz.



Une ou deux ampoules de rechange et deux ou trois jeux de joints toriques, sont des pièces indispensables, à placer dans votre "trousse de bricolage".

Maintenant, nous allons nettoyer les charbons et

leurs logements et si besoin, les changer (usure).

Pour ce faire, ôtez en la dévissant, la bague située sur la partie arrière du moteur. Les charbons des micro-moteurs, ce sont comme les plaquettes de frein de la voiture : Ils s'usent, car ils sont volontairement plus tendres que le



SYSTÈME D_{entaire}

collecteur du rotor de moteur, tout comme les plaquettes de frein, plus tendre que les disques, afin de ne pas les "grignoter" trop rapidement.

Ce que l'on appelle vulgairement "les charbons" sont en réalité des petits patins en carbone, destinés à retransmettre le courant électrique au rotor de moteur. Mais attention, il existe maintenant des micro-moteurs sans charbons !

Ce sont les micro-moteurs "à induction" (vous en trouvez chez Bien-Air, Kavo ou encore W Et H). Ils ont en général un meilleur couple et une plus grande durée de vie ; et pour certains, sont même auto-clavables.

Pour sortir les charbons, utilisez le petit outil fourni avec le moteur (dans la boîte d'origine).



ATTENTION :

Avec cet outil, ne faire sortir uniquement que le côté comportant une barrette dorée. L'autre côté sera délicatement extrait avec



une précelle. Observez bien le parcours de la tresse de cuivre, afin de la replacer de la même manière avec le jeu de charbons neufs ou avec les charbons que vous remettrez en place.

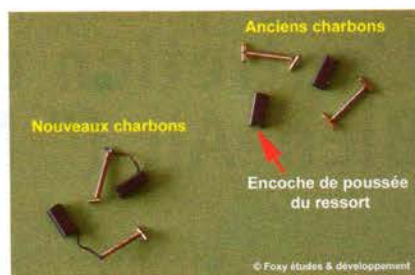
Si la tresse de cuivre vient à se casser ou s'arracher, il faut impérativement changer les charbons du moteur (ceux-ci se changent toujours par deux !).

Certains charbons de moteurs "MC 2 " et "Isolite" plus anciens ne comportaient pas cette tresse en cuivre, et étaient totalement indépendants du ressort de pression. Les charbons actuels sont incompatibles avec ceux qui sont cités ici. Il faut dans ce cas commander des charbons et des ressorts indépendants. Cependant, ils sont plus faciles à changer.

Les charbons, comme nous l'avons déjà vu, servent à retransmettre le courant électrique au rotor tournant du moteur. Les contre-angles rouges, multiplicateurs par cinq, demandent au micro-moteur un couple beaucoup plus élevé que les contre-angles bleus ou verts, ce qui entraîne une alimentation électrique avec un courant plus important, pouvant monter à 4 Ampères ! Sans cette tresse de cuivre, le contact "charbon / ressort de pression" n'est pas suffisant

pour laisser passer de tels courants.

Comme les plaquettes de frein de voiture, les charbons s'usent et de ce fait, entraînent des poussières de carbone, qui peuvent venir bloquer la poussée du ressort de pression du charbon sur le rotor et empêcher le charbon de coulisser dans son logement pour assurer un bon contact avec le rotor. Dans ce cas, le moteur a des ratés, ne se lance pas et n'a plus de couple.



Toujours bien nettoyer les logements des charbons, avec soufflette et brosse. Attention à la poussière de carbone sur la garniture du fauteuil et sur vos habits !

Le remontage des charbons se fera à l'inverse, en prenant la précaution

de bien insérer le charbon (s'il n'est pas neuf), avec sa courbure de contact dans le bons sens. Ensuite, commencez par insérer le côté avec la tresse de cuivre à l'aide d'une précelle et finissez par le côté avec la petite clavette dorée, que vous insérerez tout simplement en la faisant glisser avec votre doigt, jusqu'à son logement.

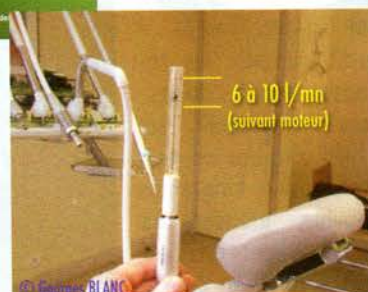


Pour terminer : Un moteur à qui l'on demande des efforts chauffe ! Les équipements envoient donc de l'air comprimé pour les refroidir (ainsi que les contre-angles en même temps).

Faites vérifier le débit d'air de refroidissement par un technicien.

Georges BLANC

Foxy études & développement
www.foxy-ed.fr



VERSAWAVE™

LASER ERBIUM:YAG "TOUT TISSU"

LE NOUVEAU LASER VERSAWAVE™ ERBIUM:YAG "TOUT TISSU" OFFRE DES NIVEAUX D'ENERGIE PLUS ELEVES, UNE POLYVALENCE SUPERIEURE ET UNE FIBRE DE TRANSMISSION PLUS ERGONOMIQUE, PERMETTANT AINSI DES OPTIONS DE TRAITEMENT SUPPLEMENTAIRES.

LES PERFORMANCES UNIQUES DU VERSAWAVE COMPRENNENT UNE GAMME DE FREQUENCES DE 3 A 50 IMPULSIONS PAR SECONDE, UNE ENERGIE MAXIMALE DE 400 MILLIJOULES PAR IMPULSION ET UNE PUISSANCE DELIVREE DE 9 WATTS. EN OUTRE, LE PORT DE CALIBRATION EXTERNE DE LA FIBRE OPTIQUE TRUTEST™ PERMET DE S'ASSURER, A TOUT MOMENT, DE LA CONSTANCE DE L'ENERGIE DELIVREE.

LE FLEXITE III™ – LE PLUS LONG, LE PLUS LEGER ET LE PLUS FLEXIBLE SYSTEME DE TRANSMISSION PAR FIBRE OPTIQUE DE DENTISTERIE – FOURNIT UNE VISIBILITE ET UNE ACCESSIBILITE OPTIMALES GRACE A UNE LARGE VARIETE DE PIECES A MAIN ET D'EMBOUTS DE TRAITEMENT. AVEC LE NOUVEAU SUPPORT DE FIBRE PERFECT BALANCE™, LES CHIRURGIENS-DENTISTES BENEFICIENT EGALEMENT D'UNE EXCEPTIONNELLE LEGERETE DE LA PIECE A MAIN ET D'UNE COMPLETE LIBERTE DE MOUVEMENT.

Caractéristiques

- 3 à 50 impulsions par seconde
- Jusqu'à 400 millijoules par impulsion
- Optimisé pour tissus durs, mous et osseux
- Large gamme d'embouts de traitement et de pièces à main autoclavables
- Fibre de transmission longue (2 mètres) et ultra-légère
- Port externe de calibration de la fibre
- Faisceau de visée
- Système de spray d'eau exclusif
- Filtres air/eau de 5 microns amovibles
- Design compact, mobile et robuste
- Faibles coûts d'entretien

HYDROLASER Technologie

Le Grais 61570 LA BELLIERE
Tél. 02 33 67 28 46 ou 06 07 14 54 55
contact@hydrolase.com

Formation Assurée

SUPPORT DE FIBRE
PERFECT BALANCE™
POUR UNE TOTALE
LIBERTE DE
MOUVEMENT

SYSTEME DE
TRANSMISSION
D'ENERGIE/EAU/AIR
FLEXITE III™
ERGONOMIQUE

PANNEAU DE COMMANDE
CLAIR AVEC
CINQ TOUCHES
PREPROGRAMMABLES

PORT EXTERNE DE
CALIBRATION
TRUTEST™ DE LA
FIBRE POUR
GARANTIR
UNE ENERGIE
CONSTANTE

SUPPORT DE PIECE
A MAIN STANDARD
POUR UNE POSE
PRATIQUE

UNE INGENIERIE DE PREMIER PLAN.
UNE FIABILITE LEGENDAIRE.

HOYA ConBio
Medical & Dental Lasers

Dr : Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone : Email :

Désire des renseignements sur le VersaWave™ ☐

Demande de renseignements à retourner à **HYDROLASER Technologie**
Le Grais 61570 LA BELLIERE - Tél. 02 33 67 28 46 ou 06 07 14 54 55 - contact@hydrolase.com

CABINET Management

L'Assistante de Direction Dentaire : Le fer de lance du développement managérial des cabinets dentaires

Le développement des services administratifs et relationnels proposés à la patientèle des cabinets dentaires organisés est devenu en quelques années l'une des préoccupations majeures des chirurgiens-dentistes et orthodontistes, au même titre que le développement de leurs compétences cliniques et organisationnelles. En cela, les orthodontistes ont précédé les omnipraticiens dans le sens où la réussite d'un traitement est indissociable des notions de fidélisation, de motivation et de suivi relationnel du patient.

Le développement managérial (gestion et développement des ressources humaines) des cabinets dentaires est un concept relativement mal maîtrisé par l'ensemble de la profession, car encore trop souvent assimilé au **développement organisationnel** (organisation clinique, productivité). En effet, le recrutement, l'intégration et les performances d'une assistante de direction dentaire dépendent essentiellement des compétences managériales des praticiens et certainement pas de leurs compétences organisationnelles.

Il ne faut donc pas confondre par principe la **Gestion des Ressources Humaines** de son cabinet (le praticien en chef tient ici le rôle de « DRH » : recrutement, management, gestion des conflits, communication interne) avec la mise en place de **stratégies de développement organisationnel** (le praticien tient ici le rôle de prestataire de services cliniques : démarche qualité, développement clinique, productivité).

On ne manage pas son personnel comme on gère son cabinet

Certains praticiens considèrent qu'en optant pour une réorganisation globale de leur exercice clinique (présélection de patientèle, traitement global, négociation des devis, communication patients, optimisation de la productivité clinique...), le personnel suivra tout naturellement et à l'unanimité l'implémentation de ces nouvelles procédures organisationnelles. C'est sans compter sur la naturelle et systématique opposition au changement de la grande majorité des salariés du dentaire, surtout lorsque le personnel n'est pas consulté au préalable et lorsque les procé-

dures sont implémentées sans rodage, ou plus particulièrement, sans esprit critique de la part de certains praticiens dans l'engouement d'une émulation collective. En somme, on ne saurait décider d'optimiser la gestion de son cabinet sans avoir au préalable pris soin de constituer une équipe cohérente, solide, fiable et performante, ni sans avoir évalué les compétences relationnelles et les leviers de motivation de son personnel. On ne saurait non plus se dispenser de faire l'état des lieux de ses compétences managériales en communication, gestion d'équipe, gestion des tâches, leadership et gestion stratégique / prévention des risques et de corriger ses propres insuffisances ou points de vigilance managériaux ; en particulier lorsqu'on est ou devient « employeur » et quand bien même il n'y aurait qu'une seule assistante à charge. C'est seulement à partir de ces bilans psychométriques de compétences managériales et comportementales et à l'instar de tout prestataire de services organisé et orienté « Qualité », que le praticien et son équipe pourront envisager de revoir les chartes de postes de l'équipe, de recruter ou non une nouvelle assistante dentaire, une hôtesse d'accueil, une assistante de direction, de communication ou de gestion, ou d'optimiser les modalités de communication interne de l'équipe. L'étape du développement managérial doit systématiquement précéder, ou bien par défaut accompagner les étapes du développement clinique et organisationnel d'un cabinet dentaire. Par ailleurs, trop nombreuses sont les procédures et formations inadaptées à la spécificité organisationnelle et managériale des cabinets dentaires, qui ne doivent pas aussi facilement être assimilés à des « entreprises » comme les autres.

Le choix du développement durable

S'il y a bien des services que le praticien peut rendre à sa patientèle, mais dans lesquels il n'exerce généralement pas, et plus précisément dans lesquels il n'est pas le plus « productif », c'est bien dans la gestion administrative de son cabinet, qu'il délègue par ailleurs tant bien que mal à son assistante dentaire, à qui l'on réclame contre nature une polyvalence sans faille. Ce concept de « polyvalence » pourtant bien ancré dans la « convention collective des cabinets dentaires » est l'un des écueils majeurs du développement managérial des cabinets dentaires. On répondra effectivement qu'un omnipraticien exerçant en solo et ne développant pas son exercice clinique (parodontologie, implantologie...) n'a pas les moyens de « se payer le luxe » d'une assistante dentaire et d'une secrétaire. Certes, mais que l'on reconnaisse du moins qu'il s'agit bien ici



Béatrice,
Assistante de
Direction
Omnipratique
Docteur William
Anderson,
DIJON (21)



d'une situation « par défaut », préjudiciable à la qualité des services administratifs et relationnels dus à une patientèle de plus en plus attentive à l'excellence des services globaux proposés par les praticiens, et donc, de plus en plus exigeante. Dans la majorité des cas, c'est aussi cette différence notable de service, plébiscitée par les patients eux-mêmes, qui démarquera un cabinet d'un autre. Du point de vue du « patient », nous partons en effet du postulat que tout praticien excelle ou tend à exceller dans la pratique de ses soins. C'est donc en ce sens que la différence de services d'un cabinet à l'autre se jouera bien souvent : dans la qualité de la prise en charge administrative et relationnelle du patient, par une professionnelle exclusivement dédiée à ces opérations de gestion et de communication stratégiques. En somme, il n'y a pas de développement durable possible des compétences et performances du personnel dentaire si les chartes de postes ne sont pas rationalisées et adaptées non seulement au profil technique, mais encore au profil psycho-professionnel de chacun des acteurs du cabinet : une assistante dentaire n'est pas une assistante de direction, et inversement.

Dans la vie d'un cabinet dentaire, la question se pose donc de savoir à quel moment, dans quelles conditions et dans quelles perspectives la création d'un poste d'assistante de direction dentaire devient non seulement incontournable, mais représente surtout un gain notable pour les patients et l'équipe du cabinet.

Une assistante dentaire n'est pas une assistante de direction, et inversement.

Il est donc nécessaire de s'interroger en amont sur certaines modalités afférentes à la création d'un poste administratif, comme :

- ◆ L'intitulé du poste : orientation gestion ou communication
- ◆ Le supérieur direct et son niveau de compétences managériales (bilan de compétences pré-requis)
- ◆ Les responsabilités globales du poste ou compétences primordiales : gestion des appels entrants, gestion des agendas, communication interne, rédaction des protocoles cliniques et organisationnels
- ◆ Les compétences annexes : gestion des stocks, pré-comptabilité, recrutement de correspondants, relations publiques...
- ◆ Les prérequis au niveau des aptitudes techniques : maîtrise du pack Office, d'un logiciel de gestion dentaire (Julie, Visiodent, MacDent : formation sur site nécessaire), d'un logiciel de création graphique (Adobe Photoshop, Fireworks, QuarkXpress...)
- ◆ Le niveau d'expérience préalable
- ◆ Le détail des termes et des conditions d'embauche (CDI standard ou CDI/CNE)

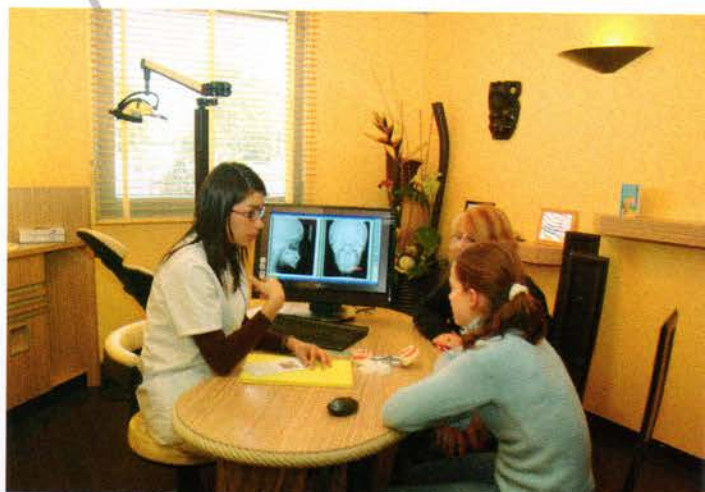
Savoir évaluer ses besoins

Le noyau central d'un cabinet dentaire orienté « Qualité » doit être constitué par le praticien et son assistante clinique. Sans la constitution préalable de cette cellule, la question du développement clinique et du développement des services administratifs d'un cabinet est sans fondement, sauf à considérer l'exercice clinique en solo comme une profession de foi. De manière générale, la nécessité de créer des services communicationnels et administratifs d'excellence se pose lorsque l'assistante dentaire n'a plus le temps de se consacrer exclusivement à l'assistance au fauteuil, ou s'y consacre moins de 60% de son temps de travail, hors présence en salle de stérilisation. Dans tous les cas, le développement et la maîtrise des spécialités d'implantologie, de parodontologie, de prophylaxie, de pédodontie, d'endodontie ou d'orthodontie... sont indissociables de la qualité des services de communication interne et externe du cabinet. Ce sont ces opérations de communication qui participent grandement, non seulement de la qualité globale des prestations d'un cabinet dentaire, mais aussi de la cohésion et des performances des équipes dentaires.

A chacun son rôle

Il ne s'agit aucunement de transférer des tâches imparties à l'assistante dentaire, certaines assistantes « polyvalentes » mal informées, considérant qu'on leur soustrait une partie de leurs responsabilités. Il s'agit seulement d'utiliser au mieux les compétences de chacun de sorte que chaque acteur du cabinet ait les moyens de performer et d'exceller dans sa spécialité.

● L'assistante dentaire est avant tout spécialisée dans l'assistance clinique au fauteuil. C'est son cœur de métier. Au moins 30% des assistantes dentaires ont tenté ou tentent de passer le concours d'infirmière, relativement aux carences managériales de certains cabinets en



Emmanuelle, Assistante de Communication ODF du Docteur Jean-Luc Ouhioun, MEYZIEU (69)

termes d'évolutivité des postes. Plus de 85% des assistantes dentaires qualifiées rencontrées au sein des cabinets assument par défaut, tant bien que mal, leurs tâches « administratives », dans l'attente d'un poste idéal et exclusif au fauteuil. Tout cela n'exclut pas que l'assistante dentaire puisse selon les cas être douée de compétences administratives ou relationnelles !

● La secrétaire médicale est quant à elle plutôt spécialisée dans la réception, la gestion des appels entrants, la gestion automatisée des rendez-vous, et les encaissements. Ses responsabilités et sa capacité d'autonomie sont relativement limitées s'agissant de l'étendue des services généralement proposés au sein d'un cabinet dentaire et s'adressent plutôt aux médecins généralistes, cliniques, hôpitaux.

● L'assistante de direction (assistante administrative, assistante de communication, ou assistante de gestion) seconde le praticien en chef, au même niveau que l'assistante dentaire, mais au « bureau ». Elle est une spécialiste du management des relations publiques et professionnelles, de par sa formation et son expérience. C'est une gestionnaire administrative, chargée de veiller au bon fonctionnement d'une unité ou d'un service. Elle doit assurer le suivi des décisions administratives stratégiques prises au niveau de la direction.

Pour en savoir plus:

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



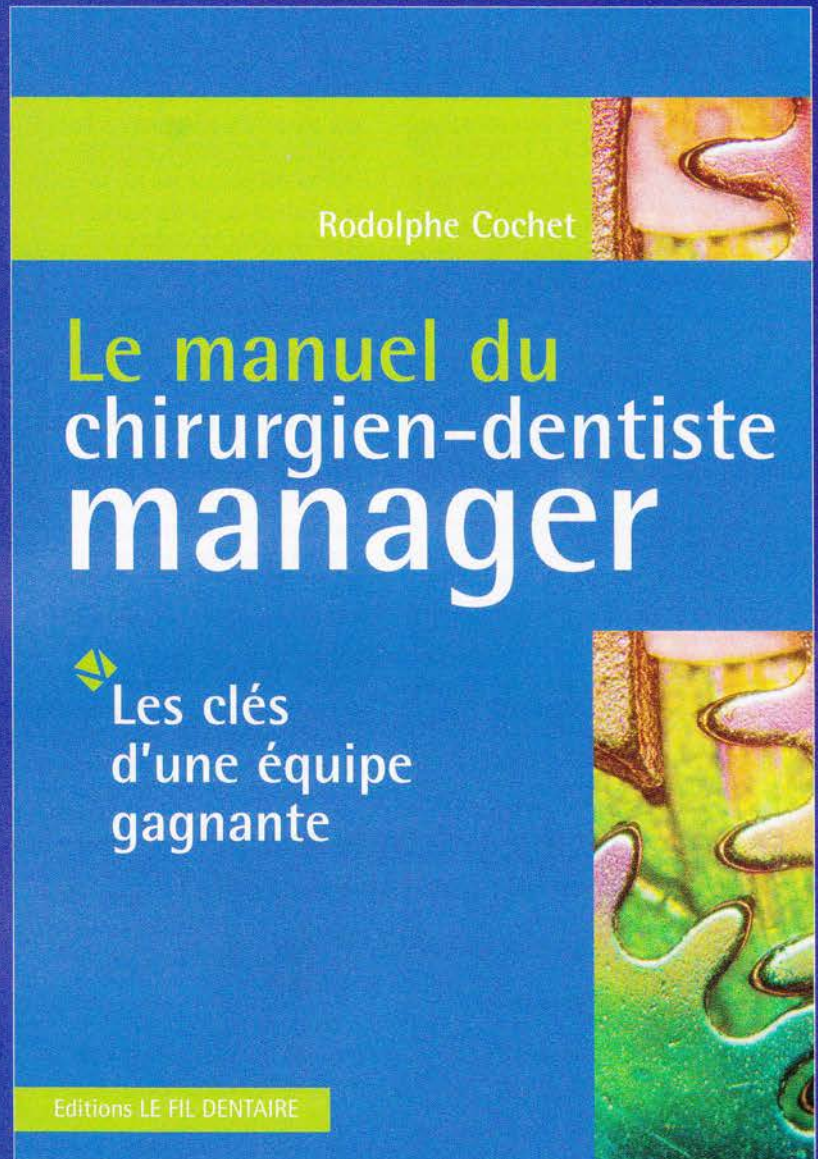
Le carnet de bord des cabinets dentaires



➤ Rodolphe Cochet

Expert en Gestion & Développement des Ressources Humaines des omnipraticiens et orthodontistes. Spécialiste des stratégies de management et de développement administratif des cabinets dentaires.

➤ Préface des Docteurs Michel Arnaud (omnipratique) et Michel Lacroix (ODF)



Paru en juin 2005

Bon de commande

☐ **Oui**, je commande l'ouvrage :

Le manuel du chirurgien-dentiste manager

Au prix de **53 € T.T.C.** net à payer :

48 € T.T.C. + 5 € frais de port) = **53 € T.T.C.**

☐ Ci-joint mon chèque de 53 € T.T.C.

à l'ordre des Editions LE FIL DENTAIRE

La livraison de l'ouvrage sera

accompagnée d'une facture acquittée.

ADRESSE DE LIVRAISON

M/Mme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : e-mail :

A retourner à :

Les Editions LE FIL DENTAIRE

EUROPARC - 1 Allée des Rochers - 94045 CRETEIL Cedex

Selon la loi Informatique et Libertés du 06 01 1978, Le Fil Dentaire vous garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

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

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



En France, beaucoup d'enfants d'âge scolaire 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 du beau-sourire qui permet d'acquiescer le traitement d'orthodontie :



Utilisez la boule : pour déplacer le pointeur
Utilisez le bouton : pour valider votre choix



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



Les praticiens

Docteur
Olivier SEBBAN

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



**APCI
2006**

ASSOCIATION DE PARODONTOLOGIE CLINIQUE
ET IMPLANTOLOGIE
Pierre GENON

Pierre GENON
avec une importante équipe d'encadrement

VOTRE FORMATION EN PARODONTOLOGIE

UN ENSEIGNEMENT TRÈS OBJECTIF ET ENTIÈREMENT TOURNÉ VERS
LA CLINIQUE, LA PRATIQUE GÉNÉRALE ou L'EXCLUSIVITÉ

la voie incontournable pour l'implantologie

3 cours

une journée d'exposés + une journée de TP

10/11 mars

TRAITEMENT PARODONTAL RAISONNÉ

23/24 juin

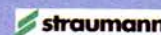
CHIRURGIE PARODONTALE PRÉPROTHÉTIQUE

6/7 octobre

ESTHÉTIQUE ET PARODONTIE

A.P.C.I. 7 quai St-Martin-les-St-Mariens - 89000 - Auxerre
Tél. 03 86 46 51 79 / 06 77 64 99 33 - Fax: 03 86 49 09 33
e-mail info@apci-genon.com / www.apci-genon.com

à l'Institut
d'Enseignement
Supérieur
6 route de Monéteau
à Auxerre



À VOS PLUMES

Cette nouvelle rubrique est votre espace. Vous pouvez intervenir à tout moment pour une réflexion, une suggestion, un coup de gueule, un coup de coeur, au fil de vos envies...

Monsieur, cher confrère,

Je me permets tout d'abord de vous remercier pour votre publication, que j'apprécie tout particulièrement.

Je vous adresse aujourd'hui ce courrier à la suite de l'article : « Comment réussir son anesthésie ? », publié dans le dernier numéro.

Peut-être sous l'effet de l'apparition d'une obligation de formation continue, je constate que des sujets « basiques » reviennent de plus en plus souvent dans les sommaires des diverses revues, et en particulier sur le thème de l'anesthésie locale. Je pensais que, comme par exemple pour le scellement de sillons, cet acte si évident dans notre pratique quotidienne était suffisamment bien enseigné lors du cursus universitaire pour ne pas avoir besoin d'être revisité régulièrement.

L'anesthésie bucco-dentaire a été fort bien décrite par des enseignants émérites, tel le professeur Gaudy, et je ne pense pas qu'il y ait beaucoup à dire de plus aujourd'hui par rapport aux techniques classiques que sont les anesthésies locales ou régionales.

Par contre, il existe une approche de l'anesthésie réellement différente, qui consiste à injecter la molécule anesthésiante au sein du tissu osseux après perforation de la corticale et qui s'appelle anesthésie intra-osseuse ou transcorticale.

Ce mode d'anesthésie n'est pas récent, puisqu'il a été décrit il y a déjà plusieurs décennies, mais il est aujourd'hui devenu facile à réaliser, fiable et efficace, grâce à la mise au point d'un matériel adapté.

Je regrette que tous les auteurs reconnus, auxquels l'on donne si facilement la parole, ne fassent jamais allusion à cette évolution, même si eux-mêmes ne l'utilisent pas, sauf parfois pour la dénigrer.

Lorsque je lis, en 2006, qu'« en cas d'échec sur la 42, il faut un complément du côté opposé »... et que « si vous êtes toujours face à un échec, il faut alors faire un complément lingual de part et d'autre du frein... » et qu'enfin « malgré cela si vous êtes toujours face à un échec, il faut une anesthésie bilatérale des deux nerfs mentonniers »... je crois rêver !

Réaliser six injections là ou une seule suffit !

Ne parlons pas de l'anesthésie au foramen mentonnier, avec ses douleurs, lésions vasculaires et autres morsures, ou au foramen mandibulaire avec ses risques d'échecs et ses désagréments importants pour le patient.

Au maxillaire, l'anesthésie intra-osseuse permet une action performante et immédiate sans recourir à une injection palatine, et supprime de plus de façon importante l'engourdissement des tissus mous.

Ainsi donc, en 2006, il existe une technique d'anesthésie fiable, reproductible, efficace, indolore, et rejetée par les grands noms de notre profession. Pourquoi ?

Installé depuis 1980 en libéral, j'ai toujours cherché à développer mes connaissances pour offrir la meilleure qualité de soins possible à mes patients. Je me suis formé sans compter, en orthodontie, en parodontologie, en implantologie, etc, etc ; j'exerce chaque jour avec bonheur une activité gratifiante par le service rendu au patient, et valorisée par un matériel technique performant (lasers, microscope opératoire, etc...). J'avoue avoir du mal à comprendre que certains n'acceptent pas d'ouvrir les yeux sur une technique différente, ou refusent de se remettre en question.

Ma défense de ma conception de la chirurgie dentaire moderne passe par l'information que je viens de vous délivrer, comme j'ai déjà pu le faire auprès d'autres revues qui ont accepté de publier mes courriers.

La qualité de votre revue, que je salue encore, m'incite à penser qu'il vous sera agréable de participer à cette avancée si enthousiasmante des technologies à notre disposition, et c'est dans cet espoir que je vous prie d'accepter, cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus cordiaux.

Dr Pierre VERPEAUX
LIMOGES

Cher confrère, nous vous remercions d'apporter cette très intéressante réflexion sur l'un de nos articles parus dans le n°12 du Fil Dentaire. Lors de la conférence des Prs Pierre Machtou et Pierre Carpentier, la technique de l'anesthésie transcorticale a été abordée très rapidement et lors des toutes dernières minutes de leur intervention. L'omission de cette technique dans notre article ne signifie pas que nous la dénigrons ou la considérons de moindre importance, bien au contraire : Nous tombons d'accord avec vous pour considérer que l'anesthésie transcorticale possède toutes ces qualités de fiabilité, de reproductibilité et d'efficacité ! C'est la raison pour laquelle nous avons déjà consacré une rubrique entière à cette anesthésie (Profil, « DENTAL HI TEC et AFPAD : l'anesthésie optimisée », n°4, janvier 2005). Et c'est pour cette même raison que nos colonnes lui seront de nouveau ouvertes dans un futur proche, avec toute la place qui lui incombe.

JEU-CONCOURS

Gagnez un voyage à Venise !



Le Fil Dentaire, est le **premier mensuel professionnel gratuit**, et **la revue dentaire la plus diffusée**, mais c'est surtout votre revue que vous recevez désormais tous les mois et qui se veut être votre partenaire au quotidien en étant toujours à la pointe de l'information en dentisterie. Notre pari : « tisser un lien unique entre tous les praticiens à travers l'hexagone ».

Aujourd'hui nous voulons enrichir notre titre d'une accroche. Une accroche, c'est un slogan, juste quelques mots placés sous le titre « **Fil Dentaire** » qui qualifie le support. C'est la perception de la revue par son lecteur. Qui mieux que vous peut qualifier votre revue ?

L'auteur de l'accroche retenue se verra offrir un magnifique séjour à Venise pour 2 personnes.

Conditions :

L'accroche doit contenir entre **5 et 8 mots**.
Retourner le coupon réponse ci-dessous
avant le **25 Mai 2006** (cachet de la poste faisant foi).

Votre séjour pour
2 personnes comprend :
Vol A/R, en vol régulier
Transferts Aéroport / Hôtel
3j/2n en Hôtel et petit déjeuner
Taxes Aéroport



COUPON-REPONSE

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : email :@.....

Accroche :

.....

.....

.....

.....

Coupon à retourner à : **Le Fil Dentaire - Europarc - 1 allée des Rochers - 94 000 Créteil**

Investissement immobilier locatif neuf : La nouvelle donne

Les lois de défiscalisation sur l'investissement immobilier locatif changent et évoluent. Dans les prochains jours, les deux lois BORLOO et DE ROBIEN vont être désormais applicables. Pour la loi BORLOO, le dispositif complète sans annuler la loi DE ROBIEN, en permettant d'obtenir une défiscalisation supplémentaire, et ce grâce à une déduction forfaitaire de 30% sur les loyers, moyennant une obligation de louer à des foyers à revenus modérés. La nouvelle loi DE ROBIEN prévoit quant à elle une défiscalisation importante pour un logement destiné à être mis en location nue à usage d'habitation principale. Exposé détaillé et comparatif illustré pour vous aider à suivre le fil législatif.



La Loi BORLOO

Pourquoi la loi BORLOO ? Le ministre du Logement, Jean-Louis Borloo, a souhaité compléter le dispositif Robien en proposant un texte «plus populaire» avec des plafonds de revenus et des loyers moins élevés. «Le Borloo populaire», comme le qualifie lui-même Jean-Louis Borloo, a été adopté le 31 janvier 2006.

● Les investisseurs concernés

N'importe quel contribuable souhaitant utiliser ses impôts pour se constituer du patrimoine peut bénéficier du dispositif « Borloo populaire » dans le cadre d'un investissement locatif. Néanmoins, plus la Tranche Marginale d'Imposition (TMI) est élevée, plus l'impact fiscal est grand. Comme dans tout investissement immobilier locatif, il n'est pas nécessaire de disposer d'apport personnel pour investir (dans la mesure de votre taux d'endettement). Dans la mesure du possible, il s'agit de financer le bien par un prêt à 100% (sans apport), afin de créer le maximum de déficit et donc de réduction d'impôt (les intérêts d'emprunt étant déductibles à hauteur des loyers).

● Le dispositif du « Borloo populaire »

Pour le régime fiscal, le mécanisme permet à l'investisseur de déduire 65% du prix de vente du logement neuf au bout de quinze ans. La déduction de l'amortissement se décompose comme suit : 6% pendant sept ans, 4% pendant deux ans et 2,5% pendant six ans. Concernant la déduction forfaitaire, le taux d'abattement sur les revenus fonciers est de 30% pendant la durée d'engagement de location. Les logements concernés par le dispositif sont les logements neufs situés en France, loués nus à titre de résidence principale du locataire. La durée minimale de location est de neuf ans. La loi s'adresse aux investisseurs qui achètent un logement neuf et s'engagent à le louer pendant neuf ans à des locataires dont les ressources sont plafonnées, en pratiquant un loyer fixé par décret, inférieur de 30 % à ceux du marché. Attention : L'investisseur ne peut y loger ses ascendants ou ses descendants.

Les niveaux de ressources des locataires seront fixés ultérieurement par décret. Ils devraient correspondre aux plafonds de ressources imposés dans le cadre des PLI (prêts locatifs intermédiaire). Si l'on se base sur les plafonds de ressources pour 2005, c'est-à-dire sur le revenu imposable après déduction forfaitaire de 10 et 20%, perçu par un salarié pendant l'année N-2, soit en 2003, les montants sont loin d'être négligeables (voir le tableau ci-dessous). Ainsi, un bailleur pourra donner en location un logement à un couple avec deux enfants, percevant un revenu mensuel imposable de 5 483 euros en Ile-de-France, de 3

818 euros dans les agglomérations de plus de 50 000 habitants et de 3 340 euros dans les autres secteurs géographiques. Nous verrons bien !

La loi DE ROBIEN

Avec cette loi, les investisseurs bénéficient d'une défiscalisation qui est obtenue par un amortissement de 65% sur le prix TTC d'un logement, destiné à être mis en location nue à usage d'habitation principale.

● Les investisseurs concernés

Comme pour la loi BORLOO, n'importe quel contribuable souhaitant utiliser une partie de ses impôts pour se constituer du patrimoine a la possibilité de bénéficier du dispositif DE ROBIEN dans le cadre d'un investissement locatif. De même, plus la Tranche Marginale d'Imposition (TMI) est élevée, plus l'impact fiscal est grand. Encore une fois et dans la mesure de vos possibilités, utilisez le prêt à 100% (sans apport) afin de créer le maximum de déficit et donc de réduction d'impôt.

Le dispositif DE ROBIEN

Tout contribuable, qui acquiert un logement neuf ou en état futur d'achèvement destiné à être mis en location nue à usage d'habitation principale du locataire pendant neuf ans, bénéficie d'un amortissement de 8% du prix d'acquisition TTC pendant 5 ans, puis d'un amortissement de 2,5% du prix d'acquisition TTC pendant 4, 7 ou 10 ans. Au total, sur quinze ans, c'est 65% du prix de revient du bien qui seront déduits de la totalité des revenus, diminuant ainsi le revenu imposable, donc les impôts.

La base de l'amortissement est en principe constituée par le prix d'acquisition ou de revient global du logement, y compris la fraction qui se rapporte aux dépendances immédiates et nécessaires telles que les emplacements de stationnement. Toutefois, lorsque le garage ou l'emplacement fait l'objet d'un bail distinct, la fraction du prix global d'acquisition ou de revient correspondant à ce garage ou à cet emplacement est exclue de la base amortissable. En ce qui concerne les immeubles acquis neufs ou en l'état futur d'achèvement, la déduction est calculée sur le prix d'acquisition majoré des frais afférents à l'acquisition, tels que les honoraires de notaire, la TVA et les frais d'hypothèque.

Le point de départ de la période d'amortissement est fixé :

♦ au premier jour du mois d'achèvement du logement pour les immeubles acquis en l'état futur d'achèvement, inachevés ou que le contribuable fait construire,



- ◆ au premier jour du mois de l'acquisition du logement pour les immeubles acquis neufs ou réhabilités,
- ◆ au premier jour du mois d'achèvement des travaux pour les locaux transformés en logement (D.A.T).

◆ Pour les détenteurs de parts de SCPI, l'amortissement court dès le 1er mois qui suit la souscription, sans qu'il soit nécessaire d'attendre la mise en location des logements correspondants.

Les types de logements concernés par le dispositif sont des logements qui doivent être acquis neufs ou assimilés ou en l'état futur d'achèvement. Ils doivent être situés sur le territoire français. Les logements assimilés à des logements neufs sont :

- ◆ des logements qui ne satisfont pas aux caractéristiques de décence prévues par la loi du 6 juillet 1989 modifiée et qui sont réhabilités par l'acquéreur ;
- ◆ des logements qui ont fait l'objet de la part du vendeur de travaux de réhabilitation, dont la nature et l'importance ont abouti à la création d'un logement neuf ou sont issus de la transformation d'un local affecté à un usage autre que l'habitation.
- ◆ les locaux transformés en logement : des locaux à usage autre que l'habitation que le contribuable transforme en logement, pour lesquels l'achèvement des travaux de transformation intervient à compter du 1er janvier 2003.

A propos de la location, le propriétaire doit prendre l'engagement de louer le logement nu, à usage d'habitation principale du locataire, pendant une durée minimale de neuf ans. Le montant du loyer ne doit pas excéder les plafonds fixés par décret chaque année. Au moment de la location vérifiez bien les plafonds de loyers qui ont été fixés. Actuellement il existe trois zones

pour le plafonnement des loyers : Une zone A, qui comprend l'île de France, la côte d'Azur et le pays genevois. Une zone B, qui désigne les agglomérations de plus de 50 000 habitants, les agglomérations chères à la marge de l'île de France et des zones littorales et frontalières. La zone C concerne le reste du territoire.

La location doit prendre effet dans les 12 mois qui suivent la date d'achèvement des travaux (en cas de construction ou d'acquisition d'un logement en état futur d'achèvement), ou la date de l'achèvement des travaux de transformation (en cas d'acquisition d'un local suivi de sa transformation en logement), ou la date d'acquisition (en cas d'acquisition d'un logement neuf ou réhabilité).

Concernant le titulaire du bail, lorsque l'immeuble est la propriété d'une ou de plusieurs personnes physiques, il peut être un ascendant ou un descendant du propriétaire, mais il doit être une personne physique autre qu'un membre du foyer fiscal du propriétaire. Lorsque l'immeuble est la propriété d'une société non soumise à l'IS, le titulaire du bail doit être une personne physique autre qu'un associé ou un membre du foyer fiscal de l'un des associés.

● A savoir

Peut être bénéficiaire du régime DE ROBIEN toute personne physique, toute société non soumise à l'Impôt sur les Sociétés (Société Civile Immobilière de gestion, SCI de copropriété...) ainsi que toute société de personnes (société en nom collectif, société en participation). Pour la **domiciliation des contribuables**, ceux qui ne disposent pas d'un domicile fiscal en France peuvent bénéficier du dispositif si les revenus du logement sont imposables en France dans la catégorie des revenus fonciers.

Le démembrement du droit de propriété est exclu de la loi. Le dispositif DE ROBIEN exclut du régime les immeubles dont le droit de propriété est démembre. Par contre, la location d'un logement en **indivision** ouvre droit à la déduction au titre de l'amortissement si toutes les conditions sont respectées. Chaque indivisaire déduit des produits lui revenant la fraction de l'amortissement correspondant à sa quote-part indivise.

Les déductions possibles des revenus fonciers pour le contribuable, en plus de l'amortissement du bien sont : les intérêts d'emprunt du prêt sans limitation de montant ni de durée, la taxe foncière, les frais de gestion quand celle-ci est confiée à un professionnel, les primes d'assurance garanties de loyers (garantie de vacance locative et garantie de loyers impayés) et les autres charges supportées par le propriétaire. Attention : **La remise en cause de l'avantage fiscal** est possible si le bénéficiaire ne respecte pas les conditions de son engagement.

Concernant l'option fiscale DE ROBIEN, le revenu foncier net est déductible sur le revenu global dans la limite de 10 700 €. Le reste du revenu foncier net étant imputable sur le revenu foncier (ce plafond est porté à 15 300 € (environ 100 000 F) lorsque le contribuable constate parallèlement un déficit sur un logement Périssol). La part non utilisée de déficit correspondant aux intérêts d'emprunt (celle supérieure au montant des loyers) est, quant à elle, reportable et cumulable les années suivantes durant dix ans et n'est déductible que sur les revenus fonciers et eux seuls. D'un point de vue administratif, pour bénéficier de l'option d'amortissement DE ROBIEN, rapprochez vous de votre conseil afin qu'il vous indique la marche à suivre pour la première déclaration. Sachez que cette option a un caractère irrévocable pour le logement, qu'il n'est pas possible de cumuler les avantages fiscaux pour un même logement et qu'il est obligatoire pour le contribuable d'opter pour le régime réel d'imposition des revenus fonciers (pas de « micro foncier »).

En conclusion, profitez du DE ROBIEN actuel pendant quelques mois, puis choisissez en fonction de vos intérêts économiques et financiers ■

COMPARATIF DE ROBIEN ET BORLOO

DESCRIPTIF :

Acquisition : appartement T2 en Normandie

Prix packagé : 112150

Crédit amortissable / durée 15 ans / taux 3,4 %

Taux d'imposition : 40%

Gestion : 12% assurance de loyer impayés et carence locative incluse

Taxe foncière : 430 €

Progression loyer : 1%

Progression vente : 1%

	Nouveau DEROBIE	BORLOO	DEROBIE
LOYER	430	301	430
ECONOMIE IMPOT	12030	31760	19765
DIFFERENTIEL TRESORERIE	484	587	484
INVEST, MENSUEL MOYEN	391	393	350
PAYE PAR VOUS	42,46%	44,05%	37,96%
RENTABILITE LOYER/PRIX	4,60%	3,22%	4,60%

Le loyer Borlooo est une estimation car son montant dépend d'un décret qui n'est pas encore sorti

ATTENTION

Ces Modalités sont valables pour les immeubles dont le permis de construire a été déposé avant le **31 décembre 2005**. Les investisseurs doivent être actés avant le **01 juillet 2006** et livrés avant le **01 septembre 2008**. Dans le cas contraire, il y a application de la nouvelle loi DE ROBIEN.

Pour en savoir plus:

Alain CARNEL

CPI INVESTISSEMENTS

Tél : 01 43 05 97 80

Email : cpi_inv@club-internet.fr

Conseil en Gestion de Patrimoine

Agréé AMF. N°A008700



Parodontologie Implantologie

> 3 MAI 2006 À PARIS

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

> 10 MAI 2006 À LYON

LES MARDIS DE L'IMPLANTOLOGIE : JOURNÉE CHIRURGIE PERI-IMPLANTAIRE

RETRANSMISSION EN DIRECT
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

> 11 ET 12 MAI 2006 À PARIS

> 9 ET 10 JUIN 2006 À PARIS

> 26 ET 27 JUIN 2006 À AUBAGNE

COURS CLINIQUES DE CHIRURGIE AVANCÉE

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

> 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 CHIRURGIE
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

> 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 PROTHÈSE
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 MAI 2006 À LYON

APPORT DES DIFFÉRENTS
SYSTEMES DE CIAO

DR ÉRIC BLANCHET

ISCADIS

Cabinet du Dr Hervé Bouchet
Cabinet d'implantologie et de chirurgie buccale
6, rue Lesdiguières - 38000 Grenoble
Tél : 04 76 42 23 97
E-mail : severine@implanto.com

DEMARRER EN PARODONTOLOGIE
ET EN IMPLANTOLOGIE

PRATIQUE ET FORMATION CONTINUE EN 10 JOURS

Sous le haut patronage de l'université de Rome. Six modules :

> 12 ET 13 MAI 2006

GESTION DES TISSUS MOUS,
PRÉPARATION À L'ACTE
CHIRURGICAL

> 2 ET 3 JUIN 2006

GESTION DES TISSUS DURS.
OSTÉOTOMIE, GREFFES, SINUS
LIFT, TECHNIQUES AVANCÉES

> 30 JUIN ET 1^{ER} JUILLET 2006

LASERS ET CHIRURGIES.
IMPLANTOLOGIE : SYSTÈME
ZIMMER. PRISE DE TEINTE
OPTO-ÉLECTRONIQUE

> 29 ET 30 SEPTEMBRE 2006

IMPLANTOLOGIE AVEC LE SYSTÈME
ANKYLOS. ROBOTIQUE
EN IMPLANTOLOGIE

> 27 ET 28 OCTOBRE 2006

IMPLANTOLOGIE : SYSTÈMES
ENDURANCE. MINI IMPLANTS.
COMMUNICATION.
TP SUR CADAVRES

> DE MAI À DÉCEMBRE 2006

SIXIÈME MODULE OPTIONNEL.
RÉALISER VOS CAS CLINIQUES
AVEC LE TEAM IERI
IERI

11, rue de Notre-Dame - 06400 Cannes
Tél : 04 93 39 32 77

E-mail : formation@ieri.fr

> 12 ET 13 MAI 2006 À LYON

2^{EME} CONFÉRENCE EUROPÉENNE :
IMPLANTOLOGIE ET PRATIQUE
DENTAIRE

EUROMEDICOM - MATHIEU BORONAD

Tél : 01 56 83 78 00 / Fax : 01 56 83 78 05

Site Internet : www.euromedicom.com

E-mail : ecoi@euromedicom.com

> 13 MAI 2006 À PARIS

CYCLE DE FORMATION
À LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS

DR JACQUES BESSADE

SCIO - STUDY-CLUB FRANCILIEN

D'IMPLANTOLOGIE ORALE - DANIELLE

12, rue Dufrenoy - 75116 Paris

Tél : 01 60 03 05 75 / Fax : 01 60 03 16 16

Site Internet : www.implant-online.com

> 18 MAI 2006 À MONTPELLIER

> 5 OCTOBRE 2006 À CLERMONT-FERRAND

PARODONTIE MEDICALE :
JOURNÉE 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 : www.sop.asso.fr

> 18 MAI 2006 À BORDEAUX

> 1^{ER} JUIN 2006 À LILLE

> 21 SEPTEMBRE 2006 À SAINT-JORIOZ
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

HERVÉ TASSERY

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118 F - 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

> 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

CYCLE DE PERFECTIONNEMENT
CLINIQUE AU FAUTEUIL

DRS PAUL ET CATHERINE MATTOUT

> 18 ET 19 MAI 2006

SÉMINAIRE II : La chirurgie osseuse résectrice, la chirurgie pré-prothétique, les techniques 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-gingivale, l'aménagement muqueux péri-implantaire

GEPI - GROUPE D'ÉTUDES
EN PARODONTOLOGIE

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

> 19 MAI 2006 À PARIS
> 25 MAI 2006 À ORNANS
COURS CLINIQUES
SUR LES OSTÉOTOMES

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

ATTESTATION D'ÉTUDES ET DE RECHERCHE
APPROFONDIS EN IMPLANTOLOGIE ORALE
2005-2006 À PARIS

ANNÉE PRÉPARATOIRE AU DU BSI
ET AU DU GMIO

UV5 DU 19 AU 20 MAI 2006 (2 GROUPES) :
L'ANATOMIE IMPLANTAIRE TP
 UV7 DU 22 AU 24 JUIN 2006 :

LES PRINCIPES ÉLÉMENTAIRES DE
LA COMMUNICATION AVEC LES
PATIENTS EN IMPLANTOLOGIE
SFBSI

SANDRA BLYAU

79, rue Charles Duflos - 92270 Bois Colombes
 Tél : 01 47 85 65 12 / Fax : 01 47 85 79 28
 E-mail : sfbsi@aol.com

> 20 MAI 2006 À CALVI
ORGANISATION DE LA QUALITÉ
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

> 20 MAI 2006 À PARIS
CYCLE DE FORMATION
À LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE

DR JACQUES BESSADE

SCIO - STUDY-CLUB FRANCILIEN

D'IMPLANTOLOGIE ORALE - DANIELLE

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

> 29 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND
CONFÉRENCE : SLACTIVE, EMDOGAIN

DRS D. AUBAZAC, A. BORGHETTI, 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



Semaine du Multimédia
sur MAC
du 03 au 08 Juillet 2006
 Réservez de suite !



PARIS



GUADELOUPE



LYON



BONIFACIO (Corse)



STRASBOURG



BORDEAUX



QUIMPER

Formations & Séminaires de qualité

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 / Fax : 01 30 71 57 08 / eMail : foxy.ed@wanadoo.fr
 Contactez : Georges BLANC, au 06 63 59 31 34

AU FIL DU TEMPS

> 1^{er} JUIN À PARIS

1^{er} SYMPOSIUM NATIONAL D'IMPLANTOLOGIE AU FEMININ

A. BENHAMOU, V. BENSOUSSAN, I. KLEINFINGER, C. LUNG, A. MAJOURÉAU, M. PHILIPPART-ROCHER, C. ROMAGNA, M. TEMAN, D. TIGRID, M. C. TRICOT-BLESTEL, C. TOUBOUL
S.N.I.F.

Congrès du SNIF - Dr Anne Benhamou
64 rue de Rennes - 75006 Paris
Tél : 04 42 56 97 18

> Du 5 au 9 JUIN 2006 À LILLE

> Du 5 au 8 DÉCEMBRE À CANNES 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

> 7 JUIN 2006 À TOULOUSE

Centre de congrès Pierre Baudis COURS PRE-SYMPOSIUM : L'AUGMENTATION DES VOLUMES OSSEUX AU CABINET DENTAIRE

7 CONFÉRENCIERS

INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY CENTER

T.B.R. GROUP - Parc de la Plaine
24, impasse René Couzinet - 31500 Toulouse
Tél : 05 62 16 71 00 / Fax : 05 61 80 84 02
Site Internet : www.tbr-group.com
E-mail : contact@tbr-group.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 - STE FRANÇAISE DE PARODONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE ORALE DU SUD-EST - FRANÇOIS-LAURENT DILLER
15, cours Gambetta - 13100 Aix-en-Provence
Tél : 04 42 96 49 54
E-mail : sfpiose@hotmail.fr

> 8 JUIN 2006 À GRENOBLE

PRESERVATION TISSULAIRE ET RECONSTRUCTION : LES INDICATIONS ET LES LIMITES DE L'IMPLANTATION IMMEDIATE

SAM BOUKARI

ALPHA OMEGA

PAUL TOUBOUL : 04 78 36 08 65
ANDRÉ AMIACH : 04 75 25 07 78
EVELYNE CARDOSO : 04 76 98 39 59

> 8 ET 9 JUIN 2006 À MARSEILLE

COURS DE CHIRURGIE SUR PIÈCES ANATOMIQUES

PR DI MARINO, DRS DUFFORT, P. MOHENG,
DI BERNARDO, N. MOHENG, LAVAUD

CIO - COLLEGE D'IMPLANTOLOGIE ORALE

14-16, rue d'Iéna
13006 Marseille
Tél : 04 91 83 38 13
Fax : 04 91 83 37 50

ZOOM SUR L'OCCLUSO

AVEC LE DOCTEUR MICHEL CLAUZADE



Si vous pensez que...

- > vous n'êtes pas destiné uniquement à soigner des caries et à poser des prothèses, mais à intervenir sur de nombreuses affections telles que migraines, cervicalgies, dorsalgies, tendinites...
- > la "qualité" des contacts dentaires est déterminante dans l'équilibre de la posture,
- > vous voulez améliorer réellement le confort de vie de vos patients, et de façon durable,
- > il est préférable de traiter plutôt que de laisser évoluer une pathologie, car un grand nombre d'individus présentent une anomalie des ATM,

... alors, rejoignez-nous vite pour comprendre et traiter les pathologies de vos patients !

L'ostéopathie et la posturologie nous ont amenés à concevoir une autre dimension de l'occlusion, appliquée non plus seulement à la dent, mais à l'individu dans sa globalité. Lors de nos formations, destinées à tout chirurgien-dentiste omnipraticien, une dentisterie systémique vous attend avec une conception occlusale totalement nouvelle, applicable "dès le lundi" au cabinet, et qui vous permettra d'accéder à des traitements prothétiques assurant un équilibre global. Vous comprendrez enfin l'occlusion !

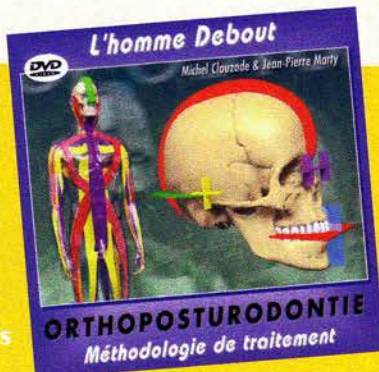
Toutes les notions indispensables vous sont enseignées, afin de savoir bien diagnostiquer, pour ensuite adopter les bonnes thérapies, du port de gouttières occlusales jusqu'aux reconstructions globales. Les Travaux Pratiques vous permettent de suivre pas à pas les différentes étapes évoquées, depuis les tests cliniques posturaux et ostéopathiques, en passant par le montage en articulateur, la réalisation de cales occlusales, jusqu'aux tests de vérification.

NOUVEAUTÉ

DVD "L'homme Debout"
de M. Clauzade et J.P. Marty
Orthoposturodentie
Méthodologie de traitement

Infos :

Editions SID - 9 rue Christine 75006 Paris
Tél : 01 43 29 31 01



Prochaine formation

avec Michel CLAUZADE
les 8, 9, 10 et 11 juin 2006 à Perpignan

Renseignements : FDA

Tél : 04 42 56 97 18
Fax : 04 42 56 97 17
Mail : info@fda-france.com
Internet : www.fda-france.com

> 8 ET 9 JUIN 2006 À TOULOUSE

Centre de Congrès Pierre Baudis
PARO-INTEGRATION : ACQUIS ET PERSPECTIVE

3^{ME} 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

> 9 JUIN 2006 À BOURGOIN-JALLIEU

GESTION DES ATROPHIES

DR THOMAS FORTIN

ISCADIS - Cabinet du Dr Hervé Bouchet -
Cabinet d'implantologie et de chirurgie buccale
6, rue Lesdiguières - 38000 Grenoble

Tél : 04 76 42 23 97

E-mail : severine@implanto.com

**CYCLE DE FORMATION
EN PARODONTOLOGIE 2006**

J.P. OUHAYOUN

> 9 ET 10 JUIN 2006

3^{ME} DEGRÉ : La chirurgie pré-prothétique

> 13 ET 14 OCTOBRE 2006

4^{ME} DEGRÉ : La chirurgie muco-gingivale

> 1^{ER} ET 2 DÉCEMBRE 2006

5^{ME} DEGRÉ : Approche pluridisciplinaire de
cas complexes

**SAUP - SAVOIR ABORDER L'UNIVERS
DE LA PARODONTOLOGIE**

Faculté de chirurgie dentaire 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

> 16 ET 17 JUIN 2006 À VERSAILLES

**CONGRES ITI FRANCE : NOUVEAUX
DEVELOPPEMENTS, NOUVELLES
PERSPECTIVES**

STRAUMANN FRANCE

10, place d'Ariane Serris

77706 Marne-la-Vallée cedex 4

Tél : 01 64 17 31 52 (STÉPHANIE)

E-mail : info.fr@straumann.com

> 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 - STÉ 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

> 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

Endodontie

> 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 - 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

> JEUDI 4 MAI 2006 À BRUXELLES

> JEUDI 11 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND

> JEUDI 18 MAI 2006 À LORIENT

> JEUDI 1^{ER} JUIN 2006 À PARIS

> JEUDI 8 JUIN 2006 À AIX-EN-PROVENCE

> JEUDI 15 JUIN 2006 À BIARRITZ

> JEUDI 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 : www.afpad.com

> 11 MAI 2006 À PARIS

**RECONSTITUTIONS CORONO-
RADICULAIRES ADHESIVES :
COMMENT CONCILIER QUALITÉ
ET ERGONOMIE**

MICHEL DEGRANGE

Tél : 06 64 80 99 44

> 11 MAI 2006 À CLERMONT-FERRAND
**L'ODONTOLOGIE STOMATOLOGIE
CHEZ LE PATIENT AGE**

PR M. BAUDET, DR C. LASSAUZAY

UFR D'ODONTOLOGIE

CLAUDIE CAMUS

11, boulevard 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

> DU 11 AU 13 MAI 2006 À NANCY

**50^{EMES} JOURNÉES LORRAINES
DE FORMATION PERMANENTE
EN CHIRURGIE FACIALE**

PR JEAN-FRANÇOIS CHASSAGNE

CHU DE NANCY - HOPITAL CENTRAL

29, avenue du Mal de Lattre de Tassigny

C.O. 34 - 54035 Nancy cedex

Tél : 03 83 85 16 01

Fax : 03 83 85 11 69

E-mail : chassagn@spieao.u-nancy.fr

> 12, 13 ET 14 MAI 2006 À AGADIR (MAROC)

**DENTISTERIE ESTHÉTIQUE :
APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE**

PRS NEJI BENZARTI, EL HAMID, Y. LAALOU,

GIORGIO RAPELLI, SANAA REDA, DRS ROLAND

ARSAN, RODOLPHE COCHET, OUSHAL, S. DHAIMY

**SYNDICAT DES MEDECINS DENTISTES
DU SOUSS**

> 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 : (33) 01 47 04 01 39

Site Internet : www.zedental.com

E-mail : global@zedental.com

> 17 MAI 2006 À STRASBOURG

**LA DENTISTERIE RESTAURATRICE
DU SOURIRE**

M. OBRECHT

ALPHA OMEGA ALSACE

9, bld de la Dordogne - 67000 Strasbourg

Fax : 03 88 36 26 73

E-mail : ao_alsace@hotmail.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 F

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

> 18 MAI 2006 À CHANTILLY

> 29 JUIN 2006 À CHANTILLY

**Château de Montvillargenne
LASER ET ODONTOLOGIE**

DOCTEUR JEAN-LUC PINLOCHE

NF DIFFUSION

BP 10201 - 60631 Chantilly Cedex

Tél : 06 11 41 70 10

Site Internet : www.nfdiffusion.com

> 1^{ER} JUIN 2006 À PARIS

LE SOURIRE REVISITE

DR JEAN-CHRISTOPHE PARIS, PASCAL ZYMAN

**SFDE - SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE DENTISTERIE ESTHÉTIQUE**

10, rue Mesnil - 75116 Paris

Tél : 01 43 56 75 99

E-mail : sfde@noos.fr

> 6 JUIN 2006 À PARIS RADIOPROTECTION - NORMES ET RÉGLEMENTATION

MONSIEUR DOMINIQUE LE DENMAT

A5 PARIS V

Tél : 01 46 37 61 81 / Fax : 01 46 37 01 26

E-mail : a5parisv@wanadoo.fr

> 8 JUIN 2006 À LIMOGES

> 22 JUIN À RODEZ

L'ACCIDENT AU CABINET DENTAIRE : URGENCE - REANIMATION

JEAN-MARIE MARTEAU, JEAN-CHRISTOPHE FRICAÏN,

JACQUES POUGET

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

> 8 JUIN 2006 À CLERMONT-FERRAND L'ESTHÉTIQUE 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

> 12 JUIN 2006 À 20H30

CONFÉRENCE EN LIGNE

COMMENT RÉDUIRE LE TEMPS DE TRAITEMENT EN IMPLANTOLOGIE

ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris

Tél : (33) 01 47 04 01 39

Site Internet : www.zedental.com

E-mail : global@zedental.com

> 6 JUILLET 2006 À CLERMONT-FERRAND LA PROTHÈSE COMPOSITE

DR D. COMPAGNON

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

Orthodontie

> Du 8 AU 16 MAI 2006 À BREST DÉBUT DE FORMATION EN ORTHO- DONTIE POUR OMNIPRATICIENS HORS MÉTROPOLE - CISCO-CENTRE INTERNATIONAL DES SCIENCES ET CLINIQUES ORTHODONTIQUES

1, cours de Grasse - 29200 Brest

Tél : 02 98 44 56 83 / Fax : 02 98 44 56 83

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 ORTHODON-
TIQUES

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 2 AU 5 JUIN 2006 À ISCHIA (ITALIE) SESSION DE PRINTEMPS DU CEO : L'ANCRAGE

DR G. MAINO, DR D. WIECHMANN

CEO : COLLEGE EUROPEEN

D'ORTHODONTIE

169, boulevard Haussmann - 75008 Paris

Tél : 01 45 63 52 63 / Fax : 01 42 56 67 43

E-mail : air.giove@tiscali.fr (Dr G. Biondi)

E-mail : m.biecq@wanadoo.fr

(Dr Marion Biecq-Sellier)

> 8 JUIN 2006 À LYON

TRAITEMENTS CHIRURGICO- ORTHODONTIQUES DES DYSGNATHIES

DRS CHRISTIAN PAULUS, M. FREIDEL, P. BERGEYRON,

P. MAURER

SLMOA : SOCIÉTÉ LYONNAISE DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE APPLIQUÉE

5, rue Chambovet - 69003 Lyon

Tél : 04 72 34 57 95 / Fax : 04 72 91 62 67

E-mail : slmoaortho@chir@aol.com

> Du 9 AU 11 JUIN 2006 À PARIS

AGENSIE - 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

Du 21 AU 24 OCTOBRE 2006 À PARIS

DÉBUT DE FORMATION EN ORTHODONTIE POUR OMNIPRATICIENS

CISCO - CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES

(Établissement privé d'enseignement supérieur
de l'Académie de Rennes)

RENSEIGNEMENTS & INSCRIPTIONS :

France HAMONET

1, rue de Grasse - 29200 BREST

Tél : 02 98 44 56 83 / Fax : 02 98 44 81 66

E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

> 23 ET 24 JUIN 2006 À PARIS

DÉVELOPPEMENT SQUELETTIQUE CRANIO FACIAL CEPHALOMÉTRIE ARCHITECTURALE

PR JEAN DELAIRE

CISCO-CENTRE INTERNATIONAL DES SCIEN-
CES 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

Pédodontie

> 15 ET 16 MAI 2006 À PARIS

LA DENTISTERIE PÉDIATRIQUE, UN EXERCICE GRATIFIANT ET RENTABLE

HERVÉ PEYRAUD

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

> 29, 30 JUIN ET 1^{er} JUILLET 2006 À PARIS

METTRE EN PLACE LA PROPHYLAXIE DENTAIRE DANS UN CABINET D'OMNIPRATICIEN

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



Trois jours avec Marie-Jo et Hervé Buisson...



Depuis une dizaine d'années, j'entendais parler du cabinet Buisson à Chartres. Quand j'ai appris qu'ils allaient donner un cours sur l'organisation à Paris, j'ai décidé d'y aller avec mon équipe. Ces dernières années, j'ai suivi plusieurs formations dans ce domaine et le plus souvent, j'avais affaire à des intervenants qui n'étaient pas des dentistes. Malgré toute la valeur de leurs conseils, il me restait toujours l'idée qu'ils nous demandaient de faire des changements mais qu'ils ne les avaient jamais fait eux-mêmes.

D'où le plaisir et l'envie de rencontrer un confrère avec le même diplôme que le mien et de l'entendre me parler de son expérience, de ses méthodes de travail et de la façon dont il avait réussi à mettre en place un des cabinets les plus performants de France.

Dès le début du cours, nous sommes rentrés dans le vif du sujet après un tour de table pour faire connaissance et savoir les attentes de chacun des participants. Très adroitement, Hervé Buisson nous a décrit dans le détail l'évolution de son cabinet depuis sa création en 1982 : la petite surface du début avec toutes ses imperfections, l'association, puis le deuxième local plus vaste, l'informatique, les premiers implants, les trois assistantes dès 1989, le travail six jours sur sept à cette époque, les formations aux Etats-Unis, la formation avec Pierre Brassard, le passage en SELARL en 1994, le cabinet actuel de 210 m² et pour finir, la démarche qualité avec la certification ISO en 2000 et l'équipe de dix personnes en 2003. J'ai trouvé cet historique très intéressant car il permet à chacun de se situer et de constater le chemin qu'il reste à parcourir si l'envie de progresser est là. D'autre part, cela permet également d'amortir le choc que peut ressentir le confrère moyen lors de la découverte de la structure et des résultats actuels.

Durant ce séminaire ô combien décevant, nous avons été invités à nous prendre en charge si nous voulons que nos conditions d'exercice s'améliorent. Le premier point, par ordre d'importance, est de définir ses objectifs : Que voulons-nous accomplir dans notre vie professionnelle ? Désirons-nous exercer selon les données acquises de la science ? Désirons-nous faire profiter notre patientèle des nouvelles disciplines que sont l'implantologie, la prophylaxie ? Ensuite, en fonction de ces objectifs qui sont bien entendu très variables suivant les individus, il va falloir adapter les moyens matériels et humains nécessaires à leur mise en œuvre.

Dans cette optique, l'intérêt du travail sur deux fauteuils n'est plus à démontrer, il permet un gain de temps considérable, une plus grande efficacité dans la planification de la journée, la gestion des urgences sans

parler des problèmes de maintenance du matériel. A noter que Hervé Buisson conseille d'avoir deux salles opératoires les plus semblables possibles tant au niveau de l'agencement que du matériel. Pour lui, les salles de soins doivent être de petite dimension et réservées exclusivement aux soins : pas de bureau dans la salle de soins. Ce qui frappe le plus dans le cabinet Buisson, c'est la richesse en personnel : six assistantes, une secrétaire, Marie-Jo, gérante du cabinet, pour un praticien et un collaborateur à temps partiel. C'est un des secrets de leur réussite. L'équipe minimaliste, un praticien, une assistante et un fauteuil, doit donc évoluer pour plus d'efficacité.

Hervé Buisson nous conseille de travailler sur deux fauteuils avec deux assistantes dentaires et une secrétaire. Il est essentiel de bien définir les tâches et les responsabilités de chacun par écrit. Là, nous touchons aux protocoles et aux procédures, domaine très vaste que Marie-Jo a abordé sans toutefois épuiser le sujet. Toute cette organisation n'a de sens que si elle est utilisée dans le but d'apporter le meilleur service possible au patient et ainsi de le satisfaire. L'excellence des travaux réalisés par notre confrère est la meilleure preuve qu'efficacité et rentabilité peuvent rimer avec qualité. L'équipe de ce cabinet permet d'apporter davantage de qualité à davantage de patients.

A l'université, nous sommes bien mal préparés à la gestion et à l'organisation d'un cabinet. Nous avons bien peu de notions de plan de traitement global ou encore d'apprentissage du travail à quatre mains. Des cours comme celui-ci permettent d'y remédier mais ils arrivent souvent bien tard. Dans la pratique quotidienne, hormis les cas d'urgence où le dentiste joue le rôle du pompier, il va s'agir pour le praticien et son équipe de faire prendre conscience au patient de la valeur de sa bouche et de son état. C'est une étape capitale trop souvent négligée, le praticien se contentant la plupart du temps de faire un examen pour son propre compte. Savoir ce que nous allons faire est important, mais le faire partager à notre patient pour qu'il soit partie prenante du traitement est essentiel. Les ententes financières ont été détaillées abondamment avec les protocoles selon les différents cas possibles.

Nous arrivons ensuite à la réalisation du traitement proprement dit. Allons-nous procéder par séances de 20 à 30 minutes chaque semaine ou allons-nous réfléchir à la meilleure chronologie possible dans le minimum de séances possibles ? Hervé Buisson nous a détaillé ses procédures à ce niveau et c'est une partie très importante du cours à mes yeux : les chronos d'actes par exemple sont essentiels pour l'assistante qui programme les séquences de soins et prévoit les rendez-vous correspondants. Nous avons travaillé durant le cours sur des exemples pratiques de plan de traitement et c'est une excellente façon de s'améliorer.

Ces trois jours ont donc passé très vite, dans une très bonne ambiance, avec deux conférenciers soucieux de partager leur expérience, très accessibles aux questions des participants. Et je dois dire que leurs informations sont directement applicables dans tous les cabinets d'omnipraticque !

Pour en savoir plus :

Prochain stage avec Marie-Jo et Hervé BUISSON : les 22, 23 et 24 juin 2006 à Paris

Renseignements : FDA

Tél. : 04 42 56 97 18 - Fax : 04 42 56 97 17

email : info@fda-france.com - www.fda-france.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 SKOVGAARD (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 SKOVGAARD (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

Organisation

> 18 ET 19 MAI 2006 À STRASBOURG

> 8 ET 9 JUIN 2006 À BORDEAUX

L'ORGANISATION PYRAMIDALE
GROUPE EDMOND BINHAS

FABIENNE GARCIA

15, avenue André Roussin-Saumaty Séon

13016 Marseille

Tél : 04 95 06 97 31 / Fax : 04 95 06 97 32

E-mail : contact@binhas.com

Les Journées Pratiques d'Odontologie 2006

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

"Conférences interactives et ateliers"

Congrès destiné aux omnipraticiens

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. Tirlot

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

> 29 ET 30 JUIN 2006 À PARIS

RE-ORGANISER SON CABINET -
GARDER LA MAÎTRISE DE SON
AGENDA

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

Management

> 16 AU 18 MAI 2006 À RENNES

> 23 AU 25 MAI 2006 À MONTPELLIER

> 30 MAI AU 1ER JUIN 2006 À NANTES

> 6 AU 8 JUIN 2006 À STRASBOURG

> 13 AU 15 JUIN 2006 À MARSEILLE

MANAGER PREMIER :
FORMATIONS PERSONNALISÉES
SUR SITE

RODOLPHE COCHET CONSEIL

7, rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél : 01 43 31 12 67 / Fax : 01 43 31 12 67

Site Internet : www.rh-dentaire.com

E-mail : info@rh-dentaire.com

> 19 ET 20 JUIN 2006 À PARIS

FORMER LE PRATICIEN
AU MANAGEMENT

GENEVIÈVE DESOIZE

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

Communication

> 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

> 22 ET 23 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

> 22 ET 23 JUIN 2006 À PARIS

MISE EN ŒUVRE DE LA
DÉMARCHE GLOBALE

ALAIN NEAU

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

> 18 MAI 2006 À LYON

> 15 JUIN 2006 À LYON

Château de Montchat - 69003 Lyon

HYPNOSE ERICKSONNIENNE
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

> 25, 26 ET 27 MAI 2006 À AVIGNON

Palais des congrès du Palais des Papes

VII^{ème} CONGRES DE MEDECINE

DENTAIRE ALTERNATIVE

ODENTH

24, place du Port - 13250 Saint-Chamas

Tél : 08 75 91 48 29 / Fax : 04 90 50 92 03

Site Internet : www.odenth.com

> 2 JUIN 2006 À SAINT-ÉTIENNE

INITIATION A L'OSTEOPATHIE
DENTAIRE

DR ANDRÉ MERGUI

ODENTH

E-mail : courrier@cido.fr

amergui@aol.com

> 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

Tél : 05 56 54 32 48

Fax : 05 56 66 70 04

Site Internet : www.ateliersarcachon.org

E-mail : macsorg@wanadoo.fr

L'AGENDA
EST CONSULTABLE EN LIGNE
SUR NOTRE SITE

www.lefildentaire.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

Plaque 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





Fixe / Mobile / Orthodontie

Tél : 01 48 87 09 00

RAPIDITE

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

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

la qualité à **Prix**

Exemple de prix d'Axel dentaire

QUALITE

Tous nos travaux sont délivrés avec une fiche de tracabilité

ISO 9001 Certificat d'enregistrement N°701009171

Date de validité: 31/12/2007

Métaux certifié CE

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



EFFICACITE

TRAVAUX SUR IMPLANT

Nous réalisons la céramique sur tous types d'implants

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

