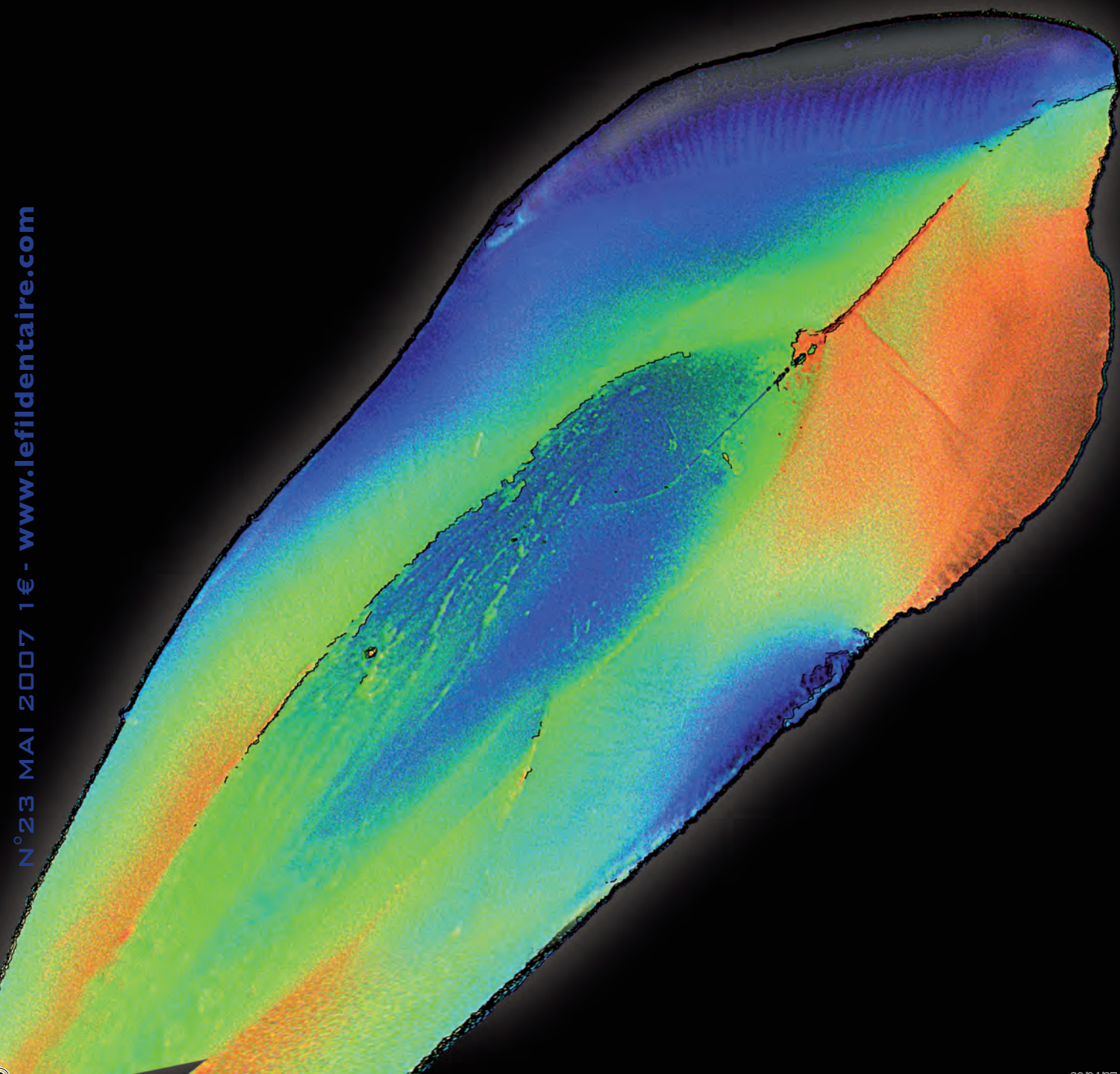


LE **FIL**DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

Spécial ESTHÉTIQUE DU SOURIRE



UNE
NOUVELLE
TECHNOLOGIE
PERFORMANTE

Wow!

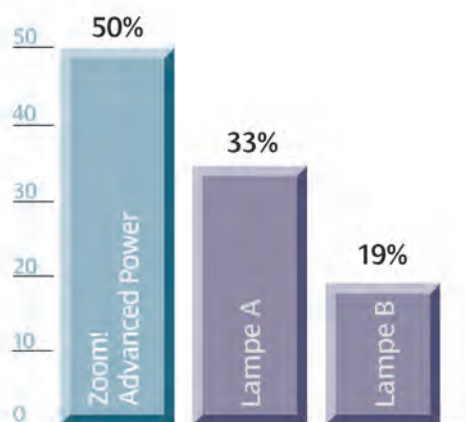


50% des patients obtiennent des teintes B1 ou plus claires en tout juste 45 minutes.

- La lampe la plus efficace du marché ... Rien ne rend les dents plus blanches
- Une nouvelle ampoule sans sodium pour des résultats sans précédents

% des patients ayant obtenu une teinte B1 ou plus claire¹

Zoom! Advanced Power en comparaison avec deux autres systèmes



ADV-217FR 032607

ZOOM![®]

Advanced Power[™]

UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE
DE BLANCHIMENT PERFORMANTE

Contactez-nous au: **0810 40 08 46**
Ou par fax au: **01 43 40 00 24**

DISCUS DENTAL[®]
www.discusdental.fr

¹Données sur demande. Teinter Vitapan Classic classé par ordre chromatique. Vita et Vitapan sont des marques déposées par Vita Zahnfabrik AG Allemagne. Produit réservé à l'usage par un chirurgien dentiste.

L'ESTHÉTIQUE DANS TOUS SES ÉTATS... OU LA « PLASTIQUE », C'EST FANTASTIQUE !



On peut écrire une peinture en mots tout comme on peut peindre des sensations dans un poème (Pablo Picasso). Picasso, à travers ces mots, voulait montrer que l'écriture était le complément indissociable de la peinture. En odontologie, l'esthétique d'un visage est inséparable d'un joli sourire.

Une belle bouche, de belles dents, un joli sourire et « tout » devient plus facile... ou semble l'être ! Toute notre dentisterie moderne est conceptuelle dans le

sens qu'elle fétichise la beauté qui est devenu le stéréotype d'un modèle cérébral. Le « beau » en odontologie est devenu une donnée incontournable dans notre exercice : la renier revient à refuser le présent. Cette esthétique est là pour séduire ou a toujours pour ambition de séduire.

L'esthétique (du grec aïsthêsîs, « sensation ») est une science qui a pour objet de rechercher et de déterminer les caractères et la perception du beau, dans l'art et la nature. En odontologie, l'esthétique dentaire consiste à respecter ou à reproduire des rapports de proportion dans tous les composants qui le constitue, pour pouvoir accéder à l'« art » dentaire.

C'est ainsi que la « chirurgie plastique et reconstructive » fut rebaptisée « chirurgie plastique et esthétique » à la fin des années 1970. Tout comme la chirurgie, l'esthétique dentaire est longtemps restée l'affaire de spécialistes. L'avènement de nouvelles techniques et de matériau de plus en plus performants ont permis de passer d'une dentisterie de « soins » à une dentisterie esthétique. Ceci a permis une amélioration de nos gestes tant sur le plan économique, que pratique, mais toujours dans le but de simplifier nos interventions.

Pouvoir montrer quelque chose de beau ou d'esthétique est une puissante source de motivation. Se cantonner au registre de l'efficacité ou de l'utilité paraît en revanche petit, dans notre culture en tout cas. L'obsession dans l'esthétique peut malheureusement faire perdre de vue la question de l'utilité ou de l'efficacité. Quoi qu'il en soit, on demande une technique efficace, la plus naturelle possible et sans danger... et à la portée de toutes les bourses ! Alors, à travers une série d'articles, il est important de montrer que le beau n'est pas si compliqué à obtenir, à partir du moment où l'analyse de départ est parfaitement comprise. Qu'il s'agisse de techniques d'éclaircissement, de réalisation en résine composites ou de facettes, tous ces éléments, qui sont bien codifiés, nous permettent d'accéder de plus en plus simplement à la beauté dentaire avec des outils respectueux des tissus dentaires.

Dr Eric BONNET

Ce numéro a été co-dirigé par les Drs René Serfaty, Eric Bonnet et Alexandre Miara.

Page 4 LE BILLET D'HUMEUR DE JACQUES

La bouche et l'addiction

Pages 6 à 11 SUR LE FIL

Actualités - Nouveaux produits - Revue de presse

Pages 12 à 16 INTERVIEW CÔTÉ JARDIN

Rencontre avec Paul Miara

Page 18 PORTRAIT D'UN CONFRÈRE ÉTRANGER

Roberto Spreafico

Pages 20 et 21 ANALYSE

La dentisterie esthétique - Pourquoi maintenant ?

Pages 22 et 23 FOCUS DENTAIRE

Mécanismes d'action de l'éclaircissement

Pages 24 à 36 FOCUS CLINIC

- Microabrasion et améloplastie contrôlées
- Technique d'éclaircissement sur dents dépulpées
- L'éclaircissement des dents vitales par la technique ambulatoire

Pages 42 et 43 FOCUS DENTAIRE

Éclaircissement sur dents vitales : Les risques potentiels

Pages 44 LE FIL D'ARIANE

Astuces pour la réalisation de restaurations directes en résine-composites

Pages 46 à 50 GROS PLAN

Les Facettes de céramique collée : un pas décisif dans la restauration du sourire de nos patients

Pages 52 à 56 DÉBAT

Prothèse française versus Prothèse d'importation

Pages 58 et 59 ZOOM SPÉCIAL JDN 2007

Le Duo Praticien Prothésiste : de l'empreinte au modèle de travail en prothèse fixée

Page 60 RENCONTRE

Mon rendez-vous avec... le Dr Claude-Bernard Wierzbza

Pages 62 et 63 ORGANISATION CABINET

Optimisez la communication interne au sein de votre équipe

Pages 64 et 65 LES CONSEILS DE... DEBORAH TIGRID

« Docteur, je veux une augmentation de salaire ! »

Pages 66 et 67 RESSOURCES HUMAINES

Gérer son personnel : motivation, performances

Pages 68 AU FIL DU DROIT

Les assurances du cabinet dentaire

Pages 70 et 71 PRATIC ECO

Prendre sa retraite à 60 ans ou avant Mythe ou réalité ?

Pages 72 à 78 AU FIL DU TEMPS

Agenda

Pages 79 à 84 PETITES ANNONCES

Page 82 LUDOFIL

- 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 René Serfaty (dentisterie restauratrice)
- Dr Raphaël Serfaty (Implantologie, Parodontologie)
- Dr Stéphane Simon (Endodontie)
- Dr Nicolas Tordjmann (Orthodontie)
- Dr Christophe Wierzelewski (Chirurgie, Implantologie)

Le Billet de d'Humeur de Jacques

LA BOUCHE ET L'ADDICTION



Le tabac et l'alcool sont deux des principaux produits qui peuvent entraîner une dépendance à laquelle nous avons à faire face en pratique quotidienne.

S'agissant de l'alcool, le produit d'intoxication passe nécessairement au travers de la bouche avant d'être avalé. La personne dépendante non-abstinente (il en existe plusieurs millions dans notre pays) éprouve un très puissant sentiment de honte avant de « boire », pendant qu'elle boit et après avoir bu. Ce sentiment fait que le malade et le produit sont souvent plus ou moins bien évidemment cachés.

C'est probablement une des raisons majeures pour laquelle on ne confie pas sa dépendance à celui que l'on vient consulter avec un « mal dedans ».

Le (ou la) malade non-abstinente se demande bien sûr si le dentiste l'a vu, deviné - ou pire senti - puisqu'il est si près de l'organe qui voit passer l'alcool. Si oui, acceptera-t-il de me soigner ? C'est-à-dire prendre soin de moi ? Peut-il comprendre quelle est ma douleur anonyme ? Va-t-il, lui aussi, comme mes enfants, ma femme, mon mari, mes amis, mon patron, mes collègues de travail, la police, me dire - avec force et conviction - que je devrais avoir la volonté d'arrêter de me détruire (à moins que, lui aussi, ne souffre de la même maladie ?) ?

Ainsi, lorsque nous demandons à un patient de bien vouloir se rincer la bouche (et non pas le gosier), nous ne savons jamais si ce geste, apparemment si simple, de mettre « un verre à la bouche » ne va pas rappeler celui qui, plusieurs fois par jour, sert d'assouvissement au terrible manque.

Jacques CHARON



LE 1^{ER} IMPLANT
MULTI-SPIRES & ESTHETIQUE
AU MONDE



IDI SYSTEM

3-7 rue Albert Marquet
75020 PARIS (FRANCE)
Tél : +33 1 53 27 63 70
Fax : +33 1 53 27 68 18

www.IDISYSTEM.fr



DENTAL FORCE

Unité d'obturation canalaire SybronEndo

L'unité d'obturation **SybronEndo** incorpore des technologies de pointe comportant un logiciel performant et évolutif, un «design» agréable, une électronique de précision des meilleurs éléments du System B et un Extruder motorisé breveté. Le Système B, mis au point par S. Buchanan, dérive du compactage vertical à chaud (technique de Schilder) qui permet d'obtenir véritablement une obturation endodontique tridimensionnelle. Le système est composé d'un générateur de chaleur qui permet d'obtenir exactement la température désirée au niveau des foyers. Le fouloir choisi est porté à la température requise en une fraction de seconde.

Ce système permet donc un ramollissement de la gutta par réchauffement des foyers et un compactage vertical simultanés. L'obturation du tiers apical est réalisée très rapidement et il est très facile d'obturer les 2/3 coronaires grâce à la pièce à main «Extruder». De la technique «DownPack» à la technique «Backfill», de l'obturation des canaux latéraux à l'obturation coronaire, la nouvelle unité SybronEndo permet aux praticiens d'obturer simplement, efficacement et avec sécurité. L'unité d'obturation SybronEndo convertit la technique de condensation en vague continue en appareil facile à utiliser et ne nécessitant que le tiers de l'espace occupé par les deux appareils distincts généralement nécessaires. Elle s'utilise avec la Gutta-percha et le Real-Seal.



DENTAL FORCE
Tél. : 01 43 60 77 08
www.dentalforce.fr

BUSCH

Instruments Speedies

Pour la préparation des fissures et des cavités, le but à atteindre est des surfaces de bonne qualité en tenant compte d'un traitement avec peu de vibrations et ménageant le patient.

Pour satisfaire à ces exigences, la société Busch a développé le groupe d'instruments Speedies. Ces instruments en carbure, avec une denture croisée permettent une préparation plus rapide et plus confortable pour le patient. La géométrie spéciale de la coupe permet de lever la résistance à la pénétration des matériaux à préparer comme l'émail, la dentine et les obturations existantes. Elle permet aussi d'enlever le matériau avec moins de vibrations.



BUSCH
Email : mail@busch.eu – Tél. : +49 22 63 860
www.busch.eu

COLTENE WHALEDENT

Hygenic® Framed Non-Latex Flexi Dam

Cadre intégré et résistance extrême au déchirement

Hygenic® Framed Non-Latex Flexi Dam est un système de digue sans latex avec cadre intégré qui s'adapte confortablement à la cavité buccale. Il permet au praticien de gagner du temps en évitant la phase délicate du montage du cadre.

La surface lisse du cadre en plastique procure un contact confortable avec le visage du patient. Cette digue d'épaisseur moyenne est sans poudre et sans odeur. Elle présente une surface de travail de 100 x 105 mm et sa couleur pourpre ne réfléchit pas la lumière.



Le matériau qui compose Hygenic® Flexi Dam est hautement résistant au déchirement puisqu'il peut être déformé jusqu'à neuf fois sa longueur initiale. En pratique, cette élasticité lui permet de s'adapter à toutes les situations et explique l'intérêt que la communauté dentaire lui porte depuis son lancement.

COLTENE WHALEDENT
Tél. : 02 43 39 30 30
www.coltenewhaledent.com

POLYDENTIA

Fiber-Splint™ Ortho

Retainer esthétique et non invasif

Fiber-Splint™ Ortho a été conçu grâce à la compétence de Polydentia en matière de fibre de verre. Ce retainer a été spécialement développé pour la contention post-orthodontique et il constitue la combinaison parfaite entre résistance et esthétique.

La bande a une épaisseur de 0,05 mm et une largeur de 2 mm. Grâce à sa flexibilité, Fiber-Splint™ Ortho peut être adapté au niveau des surfaces palatines / linguales et des embrasures des dents, garantissant ainsi leur stabilisation. Son application est facilitée grâce aux pinces de fixation livrées avec le kit. La bande en fibre de verre est très esthétique et confortable pour le patient.



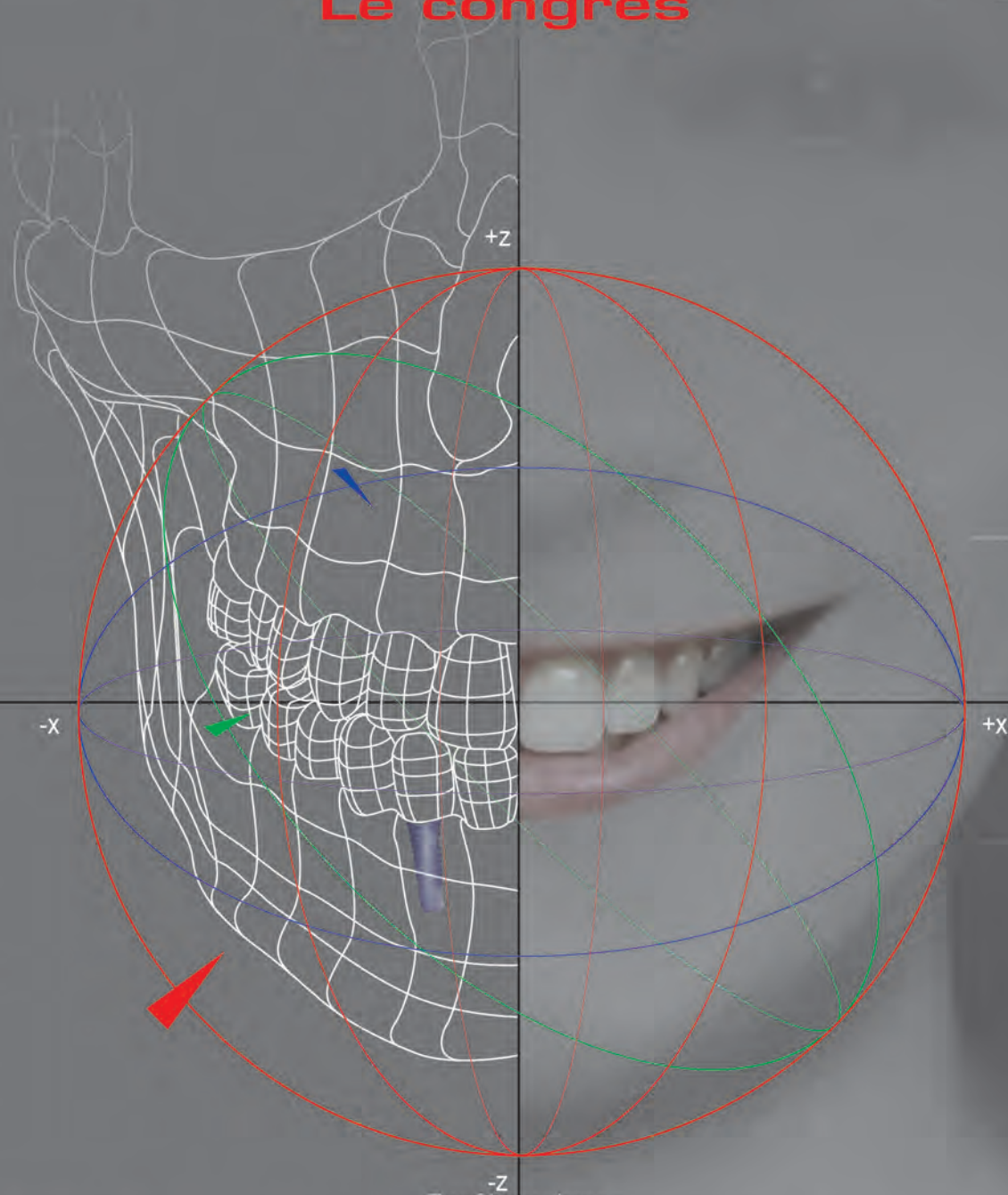
En 2004, la revue américaine «The Dental Advisor» a testé Fiber-Splint ML Multi-Layer et l'a rangé aux côtés d'une sélection prestigieuse de produits de qualité.

POLYDENTIA
Tél. : +41 91 946 29 48 – Email : info@polydentia.com
www.polydentia.com

Clermont-Ferrand 11-12 Octobre 2007

Informatique Odontologique

Pourquoi - Comment - Jusqu'où
Le congrès



Conférenciers :

Eric BONNET - Bernard CANNAS - Paul CATTANEO - Robert CAVÉZIAN - Bernard CHAUMEIL
Jean-Jacques CROZAT - Philippe DE JAEGER - Philippe DESMAS - Philippe LABILLE - Jean-François LASSERRE
- Frédéric MORIN - Pierre-Dominique REY - Bertrand TERVIL - François UNGER - Kathy DENYS

Radiologie numérique
Implantologie guidée
Réseaux professionnels
Imagerie médicale en odontologie

Sites internet professionnels
Enseignement à distance
Implantologie robotisée
Loi informatique

Prise de teinte
Video numérique
Photographie numérique
CFAO

Renseignements : 04 73 28 98 50 - www.congres-info-odonto.com



Accrédité CNFCO Inscription au Congrès : 120 crédits Inscription à 2 TP : 40 crédits

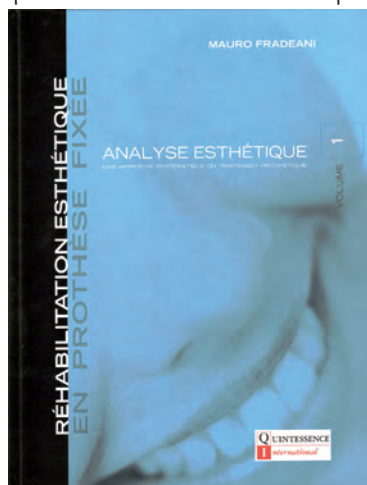


« Réhabilitation esthétique en prothèse fixée Analyse esthétique »

Par Mauro FRADEANI

Les traitements de dentisterie esthétique se limitent trop souvent au seul domaine dentaire sans prendre en compte l'environnement facial dans lequel il s'inscrit. Dans son ouvrage, l'auteur analyse les divers composants de l'esthétique faciale, dentolabiale, phonétique, dentaire et gingivale, afin de concilier tous les facteurs intervenant dans la réussite esthétique. Pour chacun de ces paramètres, il propose des choix pour établir les traitements les plus adaptés à chaque situation, impliquant parfois d'autres domaines que l'odontologie.

U guide d'analyse esthétique est aussi proposé pour une utilisation au quotidien permettant de réaliser pour chaque patient une réhabilitation esthétique réussie et qui s'intègre idéalement dans son contexte biologique et fonctionnel.



Quintessence International
352 p. – Prix : 254 €

Tél. : 01 43 12 88 11 – Email : quintess@wanadoo.fr

« Revue d'Orthopédie Dento-Faciale »

Evolution de la technique linguale



Le dernier né de la revue ODF est consacré à l'évolution de la technique linguale. Pour Olivier Sorel, rédacteur en chef du numéro, la demande esthétique croissante, qui s'observe internationalement, pose principalement la question de l'importance de ce phénomène chez les jeunes, qui y sont particulièrement sensibles. En 25 ans, l'orthodontie linguale a suivi cette évolution, et c'est pourquoi la revue se propose aujourd'hui de faire un point et d'éclairer le lecteur sur les aspects les plus novateurs de la technique linguale. Comme à son habitude, la revue a privilégié des articles

complets et des illustrations de qualité. Bilingue français/anglais.

Edition Internationale

Distribution S.I.D - volume 41 - n°1 - mars 2007 - 116 p.
Prix : 59 €

Email : sidediton@orange.fr
www.revue-odf.org

« L'art de traiter avant 6 ans »

Par Marie-Joséph DESHAYES

« Jusqu'à ce jour, on ne s'est pas suffisamment préoccupé de la base crânienne qui, à notre estime, est déterminante dans l'établissement de l'occlusion ». Le livre du Docteur Deshayes explique les bases fondamentales de la croissance crânienne et son déterminisme sur l'équilibre maxillo-mandibulaire et l'occlusion, en denture temporaire. Les capacités de remodelage osseux de la face avant l'âge de 6 ans ne peuvent être comprises sans avoir intégré les lois de la croissance de la base crânienne qu'elle explique dans les cinq premiers chapitres. Les neuf chapitres suivants proposent les conduites à tenir en matière de dépistage et de traitement des dysharmonies en denture lactéale.



Elle insiste surtout sur l'examen clinique et la prise en charge des asymétries dento-faciales et interarcades, qui génèrent des asymétries fonctionnelles et masticatoires passées inaperçues avant l'âge de 6 ans. Or, elles se révèlent tardivement et deviennent la source des dysfonctionnements temporo-mandibulaires. La symétrisation des structures dento-osseuses doit être impérativement obtenue avant l'âge de 6 ans : L'auteur en décrit la technique (véryns sectoriels, pistes de désocclusion totale...). Richement illustré et didactique.

Editions CRANEXLPO

Distribution exclusive S.I.D - 263 p. - Prix : 175 € (Port 7 €)

Tél. : 01 43 29 31 01 Email : sidediton@orange.fr

www.editionsid.com

Il l'a dit !

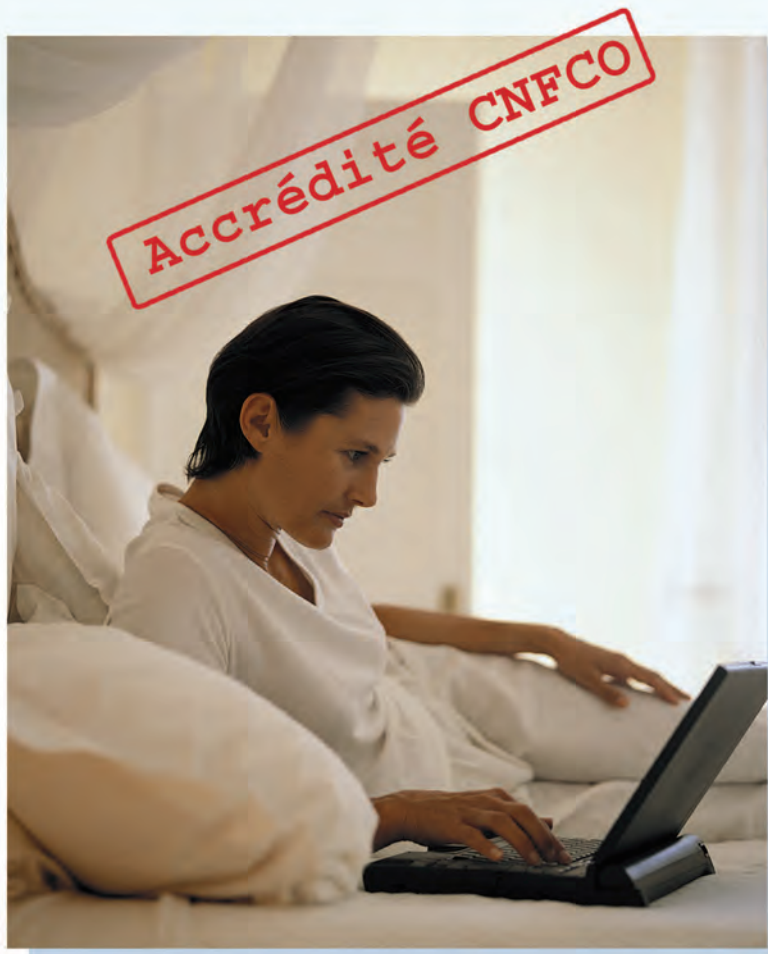
Il existe un conte à propos de trois dentistes : Le premier affirme sur son enseigne qu'il est le meilleur dentiste du monde. Un autre dit qu'il est le meilleur dentiste du pays. Le troisième dit qu'il est le meilleur dentiste de la ville. Finalement, les patients choisissent le meilleur dentiste de la ville. Je dis toujours : devenons le meilleur constructeur automobile de la ville.

Akio Toyoda, vice-président de Toyota, premier constructeur automobile mondial.



Le 1^{er} site de formation continue
pour les chirurgiens dentistes

Venons en aux POINTS!



Validez votre formation,
obtenez vos **points**
sans vous déplacer

Conférences en direct sur Internet,
formation en ligne interactive,
classes virtuelles...

**Zedental.com devient
le 1er site Internet de formation continue validant**

Pour plus de renseignements:
Visitez le site: www.zedental.com
contactez nous : 01.47.04.01.39 ou global@zedental.com

Un implant dentaire distributeur de médicaments

Des études montrent que, en moyenne, les patients ne prennent que la moitié de leur traitement médical, y compris en cas de traitement vital.

C'est pourquoi l'Union Européenne, dans le cadre du 6ème PCRD, soutient un projet international basé sur une innovation israélienne : un système qui distribue les médicaments via un appareil inséré dans une dent du patient.

Ce système s'appelle Intellidrug (« médic-intelligent », soit médicament intelligent) et délivre une quantité spécifique et précise de produit à intervalles réguliers, selon un réglage prédéfini. Son inventeur est le Dr. Andy Wolff, directeur de la société israélienne Saliwell Ltd. et chef du département dentisterie de l'hôpital Assuta à Tel-Aviv.

Intellidrug, de la taille de 2 dents est muni d'une pompe, de valves, d'un microprocesseur, de piles et d'un réservoir à médicament, et se place dans la bouche et perfuse directement dans le sang via l'intérieur de la joue, muqueuse assez poreuse pour absorber le médicament.

Ce procédé est particulièrement utile pour les maladies chroniques qui nécessitent un traitement régulier, tel le diabète.

Aujourd'hui, Wolff a réuni un consortium de 14 sociétés et organisations impliquées dans le développement de l'appareil (universités, instituts de recherche, hôpitaux, sociétés privées etc.), couvrant les champs du dentaire, de la communication, de l'électronique etc. Le consortium travaille notamment sur la miniaturisation de l'appareil qui pourrait être inséré à la place d'une dent.

A plus long terme, l'idée est d'ajouter un port de communication dans l'appareil pour le contrôler à distance, et pourquoi pas le relier au téléphone portable du médecin.

Source: IsraelValley

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans les colonnes du précédent Fil Dentaire. L'image qui accompagnait la brève de KOMET en page 14 du n°22 (avril 2007) n'était pas la bonne. Les voici !



Instruments diamantés avec pointe guide.

Komet France SA
Tél. 01 43 48 80 55
www.komet.fr

Stage Actif

Le CNOCD entendu par les ministères

Un arrêté du 24 mai 2005 était venu modifier l'arrêté du 27 septembre 1994 relatif aux études odontologiques : un stage actif d'initiation à la vie professionnelle était désormais introduit en sixième année, alors que le stage passif en cinquième année était abrogé. La mise en place de ce stage actif nécessitait la parution d'un arrêté fixant le modèle de convention que devait signer le maître de stage avec l'université. C'est désormais chose faite.

Par arrêté du 27 février 2007, paru au Journal Officiel du 14 mars, les ministres chargés respectivement de la Santé et de l'Education nationale ont fixé ce modèle de convention de stage, reprenant dans sa quasi totalité le modèle de convention que leur avait soumis le Conseil national de l'Ordre.

Les étudiants de sixième année en odontologie ont désormais la possibilité de valider la totalité des enseignements qu'ils doivent suivre pour valider leur dernière année d'étude. Les praticiens qui sont intéressés pour être maître de stage sont invités à se faire connaître auprès de l'université de leur choix, chargée de les agréer en qualité de maître de stage après avis du conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel ils sont inscrits.

Ordre National des Chirurgiens-Dentistes Conseil national
22 rue Emile-Ménier - BP 2016 - 75761 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 80 78 80 - Fax : 01 47 04 36 55
Email : courrier@oncd.org
www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Restauration dentaire à l'aide de nanomatériaux composites

L'apparition de caries secondaires après une restauration dentaire est observée dans 70% des cas ce qui entraîne le remplacement des restaurations et coûte chaque année 5 milliards de dollars aux patients Américains. De tels inconvénients pourront peut-être être évités à l'avenir, grâce aux travaux d'une équipe de chercheurs du American Dental Association's Paffenbarger Research Center (Gaithersburg, MD) qui a mis au point un matériau composite plus résistant contenant des nanoparticules qui améliorent la résistance à la formation de nouvelles caries en libérant des minéraux.

Le matériau fabriqué à partir d'une technique de séchage en pulvérisation ou « spray-drying » forme un mélange composé d'une résine liquide et d'une poudre contenant des colorants et des nanoparticules de phosphate dicalcique anhydre (DCPA ou monétite) d'une taille de 50 nm soit environ 20 fois plus petites que les particules utilisées jusque là dans la composition de ce matériau composite. Le matériau synthétisé est ensuite placé dans la cavité dentaire et exposé à rayonnement lumineux qui polymérise et durcit la résine.

Les résultats observés montrent que le DCPA libère des ions calcium et phosphate qui permettent de reminéraliser les lésions provoquées par l'acide libéré par les caries et de limiter ainsi voire stopper la dégradation ultérieure de la dent.

Source : : National Institute of Standards and Technology



ZEDENTAL.COM

Premier site
de formation
continue accrédité
par le CNFCO



Le Fil Dentaire félicite chaleureusement toute l'équipe **Zedental** qui, depuis sa création, n'a cessé d'innover pour apporter aux praticiens une formation scientifique de qualité « à domicile » sur Internet. Ce site, rendez-vous des chirurgiens-dentistes qui ont soif de connaissance, a récolté le fruit de ses efforts en étant accrédité par le Conseil National de la Formation Continue en Odontologie (CNFCO). Une première pour un site web de formation continue.

Le site Internet Zedental.com est créé en 2001 par une équipe pluridisciplinaire de spécialistes. Il propose des formations en direct et en différé, et permet aux praticiens de **se former sans se déplacer** et sans avoir à fermer leur cabinet.

Les conférences en direct sur Internet de Zedental ont lieu tous les mois, le mardi à 20h30 ; les praticiens participent activement à ces conférences car ils peuvent interroger en direct les intervenants les plus prestigieux, par écrit, ou oralement s'ils disposent d'un micro, tout en étant confortablement installés dans leurs salons. Une fois le direct passé, ces conférences mensuelles restent accessibles en ligne, et permettent à l'intéressé plus de souplesse dans l'aménagement de son emploi du temps : 30 conférences sont actuellement disponibles sur le site.

L'espace « e-Formation » regroupe des sujets multimédias. Aujourd'hui, ce sont près de 200 sujets conçus et commentés par une centaine d'auteurs et régulièrement réactualisés. Ces sujets couvrent les différentes spécialités de la dentisterie

Classes virtuelles

Dernière innovation en date pour Zedental. Les classes virtuelles proposent aux praticiens de participer à un programme d'enseignement de plusieurs heures. Cet enseignement est mixte, c'est-à-dire qu'il intègre à la fois des séances en direct sur Internet, des cours multimédias en différé, accessibles en ligne et commentés par le formateur, ainsi qu'une après midi de travaux pratiques.

L'effectif de chaque classe, limité à 20 participants, permet un véritable suivi personnalisé. La durée de la formation sur un trimestre, permet d'appliquer cliniquement les premières acquisitions scientifiques et de partager un retour d'expérience avec les formateurs et les autres participants. Les programmes actuellement disponibles sont : « Intégrez la prophylaxie dans votre pratique quotidienne » avec le Dr Michel Blique et « Intégrez la parodontie dans votre exercice quotidien » avec le Dr Joël Itic.

Pour plus de renseignements : visitez le site www.zedental.com ou téléphonez au numéro qui suit : Tél. 01 47 04 01 39

Visionnez le film Zedental sur le site Internet de votre magazine : www.lefildentaire.com

The Perfect Fit[®]

La Nouvelle Génération De Résine
Thermoplastique Biocompatible

Sunflex[®]

PARTIALS

Invisible, Incassable, Confortable, Léger,
Sans Monomère, Sans Alliage, Anallergique

Prothèse adjointe flexible



Sur châssis métallique



Sunflex Avantages
PARTIALS

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

Sunflex Indications
PARTIALS

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Aucun crochet métallique
- Recommandé aux personnes allergiques au monomère.
- Peut être utilisée sur un châssis métallique ainsi que des attachements de précision.

Cristal Rose Clair Rose Méharry Méharry foncée

Teintier gingivale Sunflex[®] disponible

 **Sun**
DENTAL LABS

8, Rue De Berri 75008 Paris

info@sundentallabs.com

Tel: 01 42 99 95 30

Fax: 01 42 99 95 29

www.sunflexpartials.com www.sundentallabs.com



CÔTÉ JARDIN

Interview



RENCONTRE avec PAUL MIARA



Diplômé parmi les toutes dernières promotions de chirurgien dentiste, il a contribué à écrire, comme beaucoup d'hommes de sa génération, l'histoire de la dentisterie française. Passionné par son métier, il en a exploré toutes les facettes. Il a été bien sûr chirurgien dentiste mais a également dirigé un laboratoire de prothèse dentaire. Conférencier, rédacteur, concepteur de nombreux produits et protocoles, il a fait de l'invention et de l'innovation les deux moteurs de sa vie. Paul Miara a certainement eu un parcours atypique. A l'occasion de notre numéro spécial, nous l'avons rencontré pour qu'il partage avec nous son expérience et son regard sur notre métier.

Rituellement, la première question sera de vous demander de décrire votre parcours...

J'ai été diplômé de la faculté de médecine de Paris à la fin de l'année 69. Après mai 68, de toutes les universités, la nôtre a obtenu le meilleur bénéfice : une faculté indépendante ! Dès le début de mes études, j'ai eu la chance de connaître un stomatologiste, le Professeur Descrozailles, qui m'a proposé de venir chaque matin, à la consultation : j'y suis resté trois ans, presque tous les jours de la semaine. Très rapidement, il m'a initié à la chirurgie et m'a donné de plus en plus de responsabilités. C'était à l'époque mon père spirituel. Il a été ensuite nommé chef de service à l'hôpital Broussais et m'a proposé de le suivre. Il me considérait un peu comme son fils. Il m'a dit : « tu vas faire fonction d'externe, mais tu n'es pas médecin, tu ne peux pas être payé par l'hôpital, je vais donc te payer de ma poche. » Et il m'a salarié pendant deux ans. C'est un geste extraordinaire que je n'oublierai jamais...

Cette formation aurait dû m'orienter vers la chirurgie, mais à l'époque, cette discipline était du domaine des stomatologistes et j'étais persuadé que c'était une voie sans issue. La parodontologie et l'implantologie étaient à leurs balbutiements. Si seulement j'avais compris que quelques années plus tard, on pouvait aisément poser des implants ou pratiquer des greffes, j'aurais fait une autre carrière.

Puis, j'ai rencontré un second maître qui s'appelait André Brunold. Pendant mes deux années cliniques, à la Tour d'Avvergne, j'ai eu la chance de faire beaucoup de prothèses fixées et surtout de fréquenter, pendant mes temps libres, le laboratoire de prothèses qui était dirigé à l'époque par un artiste qui s'appelait Sully. J'étais passionné par le laboratoire et ce monsieur m'avait donné l'envie de faire de belles choses. Nous passions des heures ensemble, j'étais aimé à ce laboratoire jusqu'à huit ou neuf heures du soir. Il faut savoir que l'enseignement était différent de celui dispensé de nos jours. On réalisait nous-même toutes les prothèses que nous posions en bouche. Au cours de ces deux années, je me suis passionné pour la clinique mais aussi pour le laboratoire. A l'issue de mes études, je savais

par le métier. On ne peut être spécialiste sans savoir ce que c'est que l'endodontie, l'occlusodontie, la prothèse...

J'ai ouvert mon cabinet en 1971, alors que j'avais 27 ans. Curieusement, je me suis associé dès le début. C'était une idée saugrenue, d'autant qu'il s'agissait d'une association pratiquement inconnue à l'époque, basée sur le partage équitable des bénéfices de notre travail. C'est une partie de ma vie exceptionnelle sur le plan de la formation mais très difficile sur le plan financier. C'était d'autant plus dur que nous avions l'ambition de pratiquer un certain type de dentisterie. Dès le départ, je me suis refusé à faire certaines choses, comme par exemple des couronnes ajustées. Très rapidement, j'ai cessé de faire des couronnes métalliques au profit des céramo-métalliques et je me suis vraiment orienté vers une prothèse plus esthétique. Je ne m'en sortais pas très bien financièrement mais le niveau de vie n'était pas celui d'aujourd'hui, nous n'avions pas besoin de beaucoup d'argent pour vivre. Comme j'avais du temps libre et peu de moyens, nous avons décidé, avec mon associé, de créer un laboratoire de prothèse dans l'enceinte du cabinet.

Une autre rencontre intéressante a été celle du professeur Simon Paoli, qui m'a permis de faire ma première conférence à l'ADF sur les techniques de laboratoire, et notamment sur la liaison céramique avec les nickels chrome. Aujourd'hui, cela paraît évident, mais à l'époque, rares étaient les prothésistes qui connaissaient et utilisaient cette technique. Aidé par un associé extrêmement adroit, nous avons très vite amélioré la qualité de nos travaux sur métal non précieux car nous en faisons de plus en plus.

C'est alors que nous avons décidé de monter un laboratoire de prothèses indépendant du cabinet, qui s'appelait « Microcéram », spécialisé en céramique sur nickel chrome. On travaillait le jour au cabinet et une grande partie de la nuit au laboratoire. On allait très souvent livrer les prothèses nous-mêmes quand on avait fini à trois ou quatre heures du matin. Un parcours amusant ! On a gardé ce laboratoire pendant environ cinq ans. Puis, cette double casquette nous paraissait lourde à porter, le cabinet fonctionnait de mieux en mieux mais le laboratoire également. À la fin, il fallait faire un choix. Nous avons longtemps hésité.

J'ai choisi l'option pour laquelle j'avais été formé au départ. Mais, il est vrai qu'aujourd'hui je me pose la question. N'aurais-je pas mieux fait de continuer dans le laboratoire où j'avais une formation solide ? Il n'y a

« A la faculté, les professeurs enseignent dans leurs carcans, leurs techniques conventionnelles. L'apport de nouveaux procédés dérange les acquis. »

pratiquement réaliser mes prothèses. Aujourd'hui, les praticiens se spécialisent trop vite, sans avoir connu les différentes possibilités offertes





pas de prothésistes qui ont été dentistes. Cela aurait été une expérience extraordinaire. Aujourd'hui, je ne peux travailler que de mes mains dans mon cabinet dentaire. Dans un laboratoire, je peux travailler avec un personnel plus ou moins important.

En 1978, j'ai eu le premier poste d'assistant en biomatériaux dans le service du professeur Burdairon.

J'y apprends les bases de mon métier, les fondements des matériaux et surtout je fais de la recherche sur la fonderie de précision, sur la liaison céramique-dent, puis surtout sur les alliages non précieux.

J'ai consacré beaucoup de temps à ma thèse de 3^{ème} cycle dans laquelle il s'agissait

de trouver les propriétés d'un alliage non précieux dans lequel on avait supprimé le nickel qui provoquait parfois une allergie. J'ai travaillé à Orsay, sous la direction du professeur Roger Dessieux. J'ai réalisé des centaines d'essais, testé de nombreuses compositions différentes et j'ai réussi. J'ai remplacé le nickel par le manganèse, il fallait trouver les proportions. Un universitaire, qui était professeur à l'époque, a eu l'incorrection de prendre ma composition et de commercialiser cet alliage.

Lorsque je l'ai appris, je suis rentré chez moi et de rage, j'ai déchiré et jeté tous les documents et échantillons qui constituaient le fruit de trois années de travail. Je n'ai donc jamais passé ma thèse et de fait, je ne suis pas D.S.O. J'étais blessé, on avait trahi ma confiance d'une façon absolument odieuse. J'ai donc décidé de quitter la Fac pour me consacrer essentiellement à mon cabinet.

J'intègre alors la S.O.P., dirigée à l'époque par le professeur Missika. J'avais déjà fait partie de l'équipe qui a créé les ROM, rencontres odontologiques de Montrouge qui étaient à l'époque sous la direction du professeur Germain Zeilig. Cette expérience au sein de ces deux sociétés a été déterminante car elle m'a donné les moyens de côtoyer de très nombreux conférenciers. C'est notamment grâce à la S.O.P. que j'ai pu dispenser mes premières conférences de haut niveau.

Je me lie alors d'amitié avec le docteur Bernard Touati qui venait de créer la Société Française de Dentisterie Esthétique, première de ce type en Europe. Je le rejoins et nous quittons la S.O.P. pour nous consacrer à ce nouveau projet.

Pourquoi avoir créé une nouvelle société et ne pas avoir développé la dentisterie esthétique au sein de la S.O.P. ?

La S.O.P. dispense un enseignement généraliste en faveur des omnipraticiens. Nous voulions créer une structure différente. Bernard Touati et moi avions déjà par nos lectures, nos voyages aux Etats-Unis, compris qu'il y avait une autre émulation qui était en train de se créer. Cette dentisterie esthétique à laquelle nous étions formés, n'était pas très bien accueillie au sein des universités et des sociétés scientifiques. Nous avons compris qu'on ne pourrait pas s'exprimer comme nous le souhaitions au sein d'une autre société.

“ On n'est pas obligé de prendre son cabinet dentaire pour un laboratoire d'essais ”

J'ai deux credo très importants. Le premier, c'est que l'innovation et l'invention sont les deux véritables moteurs du progrès. Le second, c'est que la nouveauté dérange les habitudes acquises.

A la faculté, les professeurs enseignent dans leurs carcans, leurs techniques conventionnelles. L'apport de nouveaux procédés dérange les acquis. Ce n'est pas facile de rencontrer des esprits ouverts. Toutes

les innovations et toutes les inventions que j'ai proposées m'ont attiré des critiques absolument monstrueuses ! « Les facettes ne tiendront jamais sur les dents, les inlays doivent se faire en métal, les bridges collés ne tiendront jamais etc. ». Il n'y avait donc aucun enseignement de ces techniques. Lorsque j'ai

introduit le blanchiment en Europe, il y a 20 ans, j'ai rendu les gens furieux : « Pourquoi voulez-vous blanchir les dents ? Le blanchiment ronge l'émail. »

Il y a des milliers de publications qui affirment précisément le contraire ! C'est le traitement le plus inoffensif qui existe aujourd'hui. Est-il préférable de faire un blanchiment ou 10 facettes maxillaires et autant en mandibulaire ?

Dans les années 80, le dentiste était là uniquement pour éliminer la douleur et réhabiliter la fonction. Aujourd'hui, la dentisterie esthétique ne devrait même plus s'appeler ainsi. Existe-t-il une dentisterie inesthétique ? Ces termes ont été utilisés par opposition à une dentisterie ultra conventionnelle où le résultat esthétique n'était pas pris en compte. Aujourd'hui, si un praticien fait un travail sans résultat esthétique, il risque d'être poursuivi alors qu'il y a trente ans, absolument pas !

Le premier reproche que l'on nous opposait était le manque de recul clinique. Le problème, c'est qu'aujourd'hui nous n'avons pas toujours le temps d'avoir le recul clinique que nous avions dans le passé. Dans une certaine mesure, il est vrai que ce n'est pas une dentisterie pour tous au départ. On a eu des soucis, des échecs, nous les avons assumés. Personne ne progresse uniquement par des succès et on apprend davantage d'un échec. Et puis on s'est amélioré. On ne doit pas casser l'innovation et l'invention. Il faut au contraire l'encourager, même si on ne la pratique pas. Je ne prétends pas avoir été un visionnaire, mais je pense avoir une bonne appréciation de l'avenir.



M
E
I
V
J
E

Interview

Puis, les esprits ont changé parce que les années 80 ont été le début d'une effervescence extraordinaire, notamment avec le chamboulement apporté par l'adhésion. L'adhésion a transformé complètement notre point de vue au niveau de la prothèse et de la dentisterie restauratrice. Puisqu'elle n'avait plus besoin d'être scellée, il n'y avait plus besoin de faire des rétentions, on pouvait la coller, et là tous les concepts

Quand vous aurez des «coachs» qui prendront en compte le bien des patients et non pas uniquement celui des praticiens, cela ira mieux ! Je veux bien être coaché, mais pas par un type qui réfléchit uniquement en dollars.

Du jour au lendemain, on vous propose un changement radical : un second fauteuil, une assistante supplémentaire, le recrutement d'une hygiéniste... Finalement, vous êtes assaillis de frais sans pour autant ressentir une évolution notable de votre chiffre d'affaires. Je crois qu'on ne peut pas devenir ce que l'on n'est pas !

Je pense que c'est par la démarche qualité qu'on va fidéliser une clientèle et non pas par des trucs et astuces. Par contre, je suis pour réfléchir sur la façon de bien faire son travail, c'est là où on peut se faire aider. Il serait intéressant un jour de demander à un praticien ami de venir passer une journée avec vous au cabinet dentaire pour apporter un oeil extérieur. L'analyse d'un praticien

ami, qui observe, écoute et après en tire un bilan général, peut être extrêmement enrichissante, et pas uniquement sur des problèmes financiers.

Vous êtes un des chantres de la dentisterie esthétique, mais à côté de vous, il y a toute une catégorie de praticiens et ils sont nombreux, qui ne s'en sortent pas financièrement. Que leur conseillez-vous pour réussir dans leur exercice ?

Je crois d'abord en la formation. Aujourd'hui, on ne peut se démarquer que si on parvient à sortir du carcan de la dentisterie conventionnelle. Lorsque dans mes conférences, je demande : « Qui fait des blanchiments ? » Cinq mains se lèvent. « Qui fait des Inlays Onlays en composite ou en céramique ? » Deux mains se lèvent. « Qui fait des facettes de céramique ? » Quatre ou cinq mains se lèvent. « Qui fait de l'implantologie ? » À la fin, je leur dis : « Dites-moi comment gagnez-vous votre vie ? Vous ne faites pas de céramo-céramique,

pas d'implant, pas de blanchiment, pas de facettes, pas d'Onlay ! »

Si par exemple, vous appreniez seulement à faire des Inlays Onlays céramique. Vous auriez cette corde à votre arc. Vous voyez 80 patients par semaine, en admettant que 95% d'entre eux ne soient pas d'accord avec ce que vous leur proposez, il en reste 5%, soit quatre patients. Si vous réalisez un Inlay à chacun au prix de 400 euros, cela fait 1600 euros, tout simplement. Vous pourriez avoir le même rendement avec les facettes, les implants...

Et vous pensez que tous les cabinets dans toutes les régions peuvent accéder à ce type de dentisterie ?

Je pense qu'il faut un minimum de conditions. Il est évident que si vous exercez dans un centre de soins mutualiste situé dans une zone extrêmement défavorisée, vous aurez du mal à sortir du rail, acculé entre le faible coût des actes nomenclaturés et le manque de temps pour faire le reste des choses. Néanmoins, à part 15 ou 20 % des cabinets touchés par ce problème, je pense que tous les autres en ont l'opportunité.

Dans une clientèle de cabinet moyen, il y aura toujours des gens capables de dépenser un petit peu d'argent pour un travail de qualité. Les derniers patients que j'ai soignés avant votre arrivée cet après midi étaient une infirmière et une enseignante. L'une d'elle avait un composite à réaliser pour restaurer un angle fracturé et elle s'est déplacée de Lille pour cela. Pourtant, je suis persuadé que des dizaines de praticiens sont capables de proposer le même travail dans cette région.

Lorsque l'on a une patientèle importante dans son cabinet, il y a un tri qui peut s'opérer. J'ai fait ce choix. Je pense qu'à un moment ou à un autre, le praticien doit se poser une question : « Suis-je content de ma situation ? Sinon que puis-je faire pour la faire évoluer ? » Il faut que je transforme ma façon de travailler. Pour ce faire, il s'agit en priorité que j'améliore mes connaissances. Tant que vous ne serez pas persuadé que ces techniques fonctionnent, vous ne pourrez jamais les proposer. Quand on est sûr de soi, le patient le ressent immédiatement. La confiance doit être là.

Les confrères qui se plaignent d'accuser de nombreux refus doivent recourir à la formation car la connaissance amène l'assurance et votre façon d'appréhender les choses devient alors totalement différente.

Pour vous, quel avenir pour la dentisterie en France ?

L'avenir de la dentisterie, c'est l'hyperspécialisation. Soit vous choisissez d'être un dentiste basique, et de fonctionner avec des actes simples, soit vous prenez le chemin de la formation et vous optez pour une spécialité en concentrant votre exercice sur cette discipline. Les gens sont prêts à payer pour un bon spécialiste. Toutefois, vous avez également des praticiens qui font du « bas de gamme » et qui ont la patientèle pour cela. Par contre, les dentistes qui sont au milieu de la vague, avec une bonne clientèle, mais pas une super adresse, et qui font une qualité de travail

correcte pour des actes et avec des honoraires conventionnels, ceux-là risquent de beaucoup souffrir.

Quels conseils donneriez-vous à de jeunes confrères qui débutent dans cette profession ?

Le premier conseil que je donnerais à un jeune, c'est de s'initier parfaitement à l'anglais. C'est la première porte ouverte sur toutes les publications, les conférences internationales, c'est la langue médicale. Aujourd'hui, de nombreux jeunes quittent la France pour migrer vers Dubaï,



ont explosé. Être reconnu par ses pairs a mis un certain temps, mais très rapidement les praticiens se sont reconnus dans cette dentisterie et ils nous ont encensés. Même si cela a été difficile au début, en quatre ans nous avons été entendus parce que ce que nous proposions allait dans le sens de l'histoire et existait déjà ailleurs. Face à une dentisterie plus conventionnelle, nous avions l'air de faire une dentisterie du futur.

Les médias ont également contribué à ce succès. Dans les années 80-85, on pouvait voir des articles dans la presse grand public où on abordait le blanchiment, les facettes. La demande ne venait plus du dentiste mais du patient et cela a été un vecteur extraordinaire. Aujourd'hui, c'est encore plus exacerbé avec Internet.

Avec Bernard Touati, nous avons par la suite créé le CIDE qui demeure, encore aujourd'hui, certainement un des plus grands congrès mondiaux en matière d'esthétique. Le CIDE qui a lieu en principe tous les deux ans, réunit durant deux jours les conférenciers les plus prestigieux au monde. C'est une riche vitrine des plus belles réalisations et nous sommes plutôt fiers d'être les présidents de ce congrès. Le seul point attristant est son taux de fréquentation : il accueille en moyenne entre 700 et 900 participants. Vous organisez le même congrès en Russie ou au Brésil, ils sont plusieurs milliers. Malheureusement, il n'y a qu'en France qu'on constate des chiffres pareils !

Vous êtes vous déjà fait « coaché » ?

Non seulement je n'en ai pas éprouvé la nécessité mais je pense que les « coach » sont des gens parfois dangereux. Je n'aime pas les sectes et je n'aime pas les gourous.



Heraeus

Beauté
et universalité

Venus & Venus *flow*

Naturellement complémentaires

Les excellentes propriétés du composite Venus vous permettent la réalisation de restaurations durables et particulièrement esthétiques.

Venus Flow, composite fluide, vient compléter la gamme.

A utiliser seul ou avec Venus pour optimiser l'aspect naturel et renforcer l'étanchéité marginale.

La palette de teintes proposées et une méthode de stratification très simple vous garantissent la création de restaurations remarquables.

Vous êtes exigeant ? Avec Venus et Venus Flow, atteignez le sommet de votre art !

Pour connaître nos offres ou recevoir la brochure :

N°Azur 0 810 813 250

Coût appel local

dentaire@heraeus.com - www.heraeus-kulzer.com

**Heraeus
Kulzer**



CÔTÉ JARDIN

Interview

Londres, le Portugal ou la Chine. Il y a une demande étrangère énorme. La fuite des cerveaux ne touche pas exclusivement le monde de la finance. Elle est en train d'arriver chez nous à grands pas. L'anglais, c'est le passeport.

Le deuxième conseil, est de ne pas commencer à se former trop tôt. Je pense qu'il est intéressant pour un jeune de se forger une expérience de travail pendant une ou deux années. Passer un D.U. d'implantologie en sortant de l'école est prématuré. Les trois premières années, le praticien est malléable et va apprendre les bons et les mauvais côtés de son exercice. Tous les défauts de son métier vont occuper sa mémoire très longtemps, il aura beaucoup de mal à s'en dessaisir. S'il a la chance extraordinaire de trouver un cabinet avec un bon mentor, qui va dans le droit chemin, avec une bonne qualité, à quelque niveau que ce soit, il a toutes les chances de réussir. Quoi qu'il advienne, les trois premières années ne sont pas faites pour gagner de l'argent, mais pour apprendre son métier. Ce n'est qu'au delà de cette période qu'il est intéressant de s'inscrire à des formations spécifiques.

Très tôt, le jeune devrait s'intéresser aux sociétés scientifiques. Adhérer à une petite structure où il parvient à se créer un réseau d'amis, de relations, côtoyer des personnalités intéressantes. Par exemple, si un jeune intégrait la SFDE, c'est certain que nous nous en occuperions. On se dirait : « il est sorti de l'école, il fait la démarche de venir, c'est sympa, on va l'aider ». Un réseau ne se crée pas n'importe comment, mais en prenant du temps pour aller aux conférences, aux réunions. Nous allions aux congrès aux États-Unis, on dépensait beaucoup d'argent alors qu'on n'en avait pas beaucoup. Cela nous a permis de considérer parmi nos amis des personnes imminentes comme Ronald Goldstein ou Garber.

Est-ce qu'il est possible d'être un bon dentiste sans être aussi investi dans son métier que vous l'avez fait ? Y a-t-il une vie après le cabinet ?

Je pense qu'il ne faut pas faire comme moi. J'ai la chance, tout comme Bernard, d'avoir un gros potentiel de travail. Toutes les minutes sont occupées à quelque chose. Je fais plusieurs choses en même temps. Je pense qu'il ne faut pas rentrer dans une vie comme la nôtre. Sacrifice des enfants, sacrifice des parents, c'est un enfer pour tous les gens qui sont autour. Je suis passionné dans tout ce que je fais. Mais il n'est pas nécessaire d'être complètement polarisé pour devenir un bon dentiste, au contraire. Un bon dentiste, c'est quelqu'un qui sort, qui a une vie équilibrée, un bon relationnel. Lorsqu'on est bien dans sa peau, on soigne bien les gens.

16 Au niveau technique, un minimum de connaissances peut vous permettre d'exercer dans de

bonnes conditions sans être forcément à la pointe de la technique ou au fait des toutes dernières tendances. On n'est pas obligé de prendre son cabinet dentaire pour un laboratoire d'essais. C'est aussi très plaisant de faire des choses que l'on connaît et ne pas se martyriser en pratiquant des techniques que l'on découvre. Si vous ne maîtrisez pas l'endodontie, adressez-la. Essayez dans votre exercice de vous concentrer sur des actes que vous savez faire et de temps en temps, faites vous plaisir en suivant une formation.

“Je ne souhaite à personne d'être comme nous, c'est un engrenage. Il y a autre chose dans la vie que la dentisterie !”

Je ne souhaite à personne d'être comme nous, c'est un engrenage. Il y a autre chose dans la vie que la dentisterie.

domaine-là que je me serais lancé. Cela me rappelle un peu mes premières amours. Il est passionné, il a envie de donner des conférences, il écrit...

Le drame avec ses enfants c'est qu'on ne les voit plus. Mon plus gros plaisir n'est pas tant qu'il soit dentiste, c'est qu'il partage une très grosse partie de ma vie. Il n'y a pas beaucoup de parents qui voient leur enfant huit heures par jour.

Puisque je parle de ma famille, le bonheur de ce métier et de ces multiples entreprises, je les dois en particulier à une personne, c'est ma femme. J'ai la chance d'avoir une épouse qui a adhéré à tout ce que j'ai fait et qui participe activement à la vie de mon cabinet. Je ne sais pas ce qu'est un papier, je sais à peine me servir d'une carte bleue ! Ma femme s'occupe de toute la gestion, les banques, les crédits, les factures, l'expert-comptable, l'expert fiscal. Si j'ai autant d'idées, c'est parce que dans ma tête je suis libre. C'est un point fondamental. Quelquefois il m'arrive de travailler jusqu'à dix ou onze heures du soir et elle comprend.



Votre plus grande satisfaction en tant que praticien ? Un souvenir marquant qui a changé votre vie ?

Quand mon fils a été diplômé, j'ai été très content. Ça ne m'aurait pas affecté s'il avait pris une autre voie, mais j'ai quand même été très fier qu'il y ait une filiation mais surtout qu'il ait eu une bonne image du métier que je faisais. Je vis avec mon fils quelque chose d'exceptionnel. On discute, c'est mon meilleur copain. Je ne l'ai pas encouragé mais j'ai l'impression qu'il y a quand même des gènes qui ont dû vraisemblablement se transmettre. Il s'intéresse à un autre domaine, l'implantologie, et je le soutiens, parce que si j'avais eu son âge, c'est vraisemblablement dans ce

Pour finir quels sont vos projets ?

Pour préparer ma retraite, je me consacre surtout à améliorer mon handicap au golf et de plus en plus à la peinture. C'est un deuxième métier, ce que vous voyez ici, c'est à moi ! Je peins beaucoup, je fais des expositions. C'est vraiment plus qu'une envie et j'aimerais bien monter une galerie. C'est un vœu qui m'est cher. Mais, malgré tous ces hobbies qui occupent désormais une partie de ma vie, je reste toujours très actif au sein de mon cabinet et des sociétés scientifiques.

Propos recueillis par le **Dr Norbert COHEN**

Opalescence

systèmes de blanchiment dentaire



Nouveauté 2007 Votre poster personnalisé pour toute commande supérieure à 200 € dans la gamme Opalescence. Renseignez-vous !

UNE APPROCHE PERSONNALISÉE DU BLANCHIMENT

Il y a maintenant 15 ans, Ultradent introduisait sur le marché l'un des produits les plus innovants de la dentisterie moderne : le système de blanchiment des dents **OPALESCENCE**.

Du désormais classique Opalescence Xtra Boost, ne nécessitant pas de lampe, aux gouttières préchargées trèswhite Supreme, Opalescence est, une fois de plus, la gamme la plus complète, la plus innovante et toujours la plus efficace.

Nouveauté 2007

Opalescence
PF 35 %

Opalescence 10 %
Opalescence
PF 10, 15, 20 %
blanchiment ambulatoire

Opalescence
Xtra Boost
blanchiment au fauteuil

Nouveauté 2007

Opalescence
Quick 45 %
blanchiment salle d'attente

Opalescence
Endo
technique ambulatoire

Opalustre
micro-abrasion amélaire

Nouveauté 2007

trèswhite Supreme
Opalescence en
gouttières préchargées



04 90 42 98 54

Bp 60 - Quartier de l'opéra - 13680 Lançon de Provence

ULTRADENT
PRODUCTS, FRANCE



Portrait



D'UN CONFRERE ETRANGER

Roberto SPREAFICO ou la simplicité dans l'excellence



Roberto Spreafico est un praticien qui travaille dans une petite ville en Italie, près de Milan. Il a choisi un domaine très apprécié des Italiens : l'esthétique ; il a appliqué cette esthétique à la dentisterie restauratrice et plus particulièrement aux résines composites. C'est un praticien hors pair, un clinicien de talent, un orateur d'une classe inouïe, que j'ai eu la chance de croiser sur ma route. Il a su, et sait, à travers toutes ses présentations nous communiquer le plaisir de réaliser des restaurations belles et fonctionnelles et ce, de manière très simple... donc directement applicable dans nos cabinets. De plus, il revendique le fait d'être omnipraticien et de ce fait connaît parfaitement toutes les facettes de notre profession. Le charme et la classe italienne sont au rendez-vous !

Portrait d'un homme de l'art :

Dans le domaine de l'esthétique dentaire, les composites ont pris une place prépondérante : comment cela s'explique-t-il ?

Dans les restaurations partielles de la couronne, les composites ont pris une place prépondérante pour deux raisons principales. Primo, les composites et les adhésifs ont subi de grandes améliorations et de nombreuses études cliniques ont démontré le très bon comportement à long terme de ce types de restaurations. Un récente étude

d'une équipe hollandaise a pu démontrer que, concernant la longévité, il n'existe pas de différences entre composite et amalgame.

Deuxièmement, les exigences esthétiques de nos patients, de plus en plus probantes, nous imposent de chercher des alternatives aux matériaux métalliques et d'employer des matériaux qui ont la même couleur que la dent naturelle.

Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité ?

En fait, j'ai choisi cette spécialité uniquement d'un point de vue didactique.

Dans mon activité quotidienne, je suis un omnipraticien, qui s'occupe de toutes les branches de la dentisterie, excepté l'orthodontie. Dans une même journée, je peux faire des sealants, des traitements de fissures, l'essayage de dents prothétiques, placer des implants ou réaliser des traitements canalaires, etc.

Pour revenir à votre question, j'ai commencé mon activité de manière très didactique avec les amalgames et ensuite, j'ai continué tout naturellement avec les résines composites, toujours en restant dans le domaine des traitements conservateurs. Mais il n'y a pas une raison précise pour laquelle j'ai choisi les traitements conservateurs plutôt que la parodontologie ou la prothèse fixe.

Quelle formation avez-vous suivie ?

Après le collège, j'ai fait mes études en médecine humaine, j'ai travaillé presque une année comme médecin généraliste, et, après 1983, je suis parti pour Genève, où j'ai fait des études en médecine dentaire.

Les trois ans que j'ai passés à Genève sont sans doutes les meilleures années de ma vie.

A Genève, j'ai eu des maîtres exceptionnels qui m'ont tout appris : je dois les remercier pour toute ma vie ! Je remercie en particulier le Professeur Holz et le Professeur Belser.

A Genève, j'ai eu aussi la chance de rencontrer un ami et confrère exceptionnel, le Docteur Didier Dietschi : ensemble, on a fait beaucoup de route !

La qualité est un maître mot, tant dans vos réalisations que dans vos présentations : est-ce si simple de faire un composite ?

La difficulté de nos thérapies est directement liée à la situation clinique de départ et à la coopération du patient. Bien sûr, si on a affaire à un patient qui ouvre peu la bouche et auquel on doit faire une réalisation MOD sur une deuxième molaire maxillaire, cette situation peut poser des problèmes. Mais, normalement, je rencontre les mêmes problèmes que lorsque je réalise un amalgame. Si on suit un bon protocole de stratification, il n'y a pas dif-

férence en ce qui concerne le temps de traitement entre un amalgame et un composite.

Vous exercez dans un petit village qui fabrique de merveilleux pinces !!! : pourquoi avoir choisi ce lieu plutôt qu'une grande ville, image même de la communication ?

En fait, la ville où j'habite et je travaille n'est pas un petit village. Busto Arsizio est une ville de presque 100 000 habitants. Elle est située au nord-ouest de Milan, à une distance de 25 km. C'est une ville qui n'a pas d'histoire : avant 1900, c'était vraiment un petit village. Le seul monument important est un belle église dont l'architecte était un grand architecte de la Renaissance, Bramante, qui a travaillé et vécu avec Léonard de Vinci, à Milan. Après la grande guerre, elle est devenue un centre industriel important (textile et mécanique lourde et légère). Comme la plupart des villes du nord de l'Italie, c'est un ville assez riche, donc on peut travailler assez bien !

Busto Arsizio est la ville où j'habitais et le choix a été assez naturel.

Dans l'art dentaire, un dentiste doit-il être un "artiste" ?

Je crois que dans notre métier, nous sommes surtout des « artisans », quelques fois peut-être des artistes. Artiste est un mot trop important, j'ai beaucoup de respect pour l'art et pour les artistes, donc pour ce qui me concerne, je crois être plutôt un artisan.

Quelle évolution peut-on espérer dans un monde où il faut aller de plus en plus vite ?

Je ne sais pas ce qui se passe à Lyon, mais, à Milan, si vous attendez plus de trois secondes à démarrer au feu vert, tout le monde commence à klaxonner. Vous vous rendez compte ? Trois secondes ! Et une journée compte 86 400 secondes ! Trois secondes, c'est rien du tout ! Je pense que le moment pour réfléchir est arrivé : on ne peut pas continuer de cette manière. Je ne sais pas ce qu'il faut faire mais je suis convaincu qu'il faut faire quelque chose !

Quels sont vos futurs projets ?

Mon futur projet ? Demain, c'est le 1^{er} mai, un jour férié et donc je vais en profiter pour terminer le cours que je dois donner jeudi. Mercredi soir, je ne pourrai pas le préparer car je ne peux pas manquer le match de retour de la demi-finale de la Champions league entre l'AC Milan et Manchester (je suis sûr qu'on va être éliminé !).

Félicitations pour avoir gagné de nouveau la ligue Française. Allez Lyon !

Propos recueillis par le Dr Eric Bonnet





American Hospital of Paris
Sous l'égide de l'Association Excellence in Dentistry

COLLEGE INTERNATIONAL
de MEDECINE et CHIRURGIE
INTERNATIONAL COLLEGE
of MEDICINE and SURGERY

3

COURS EXCEPTIONNELS

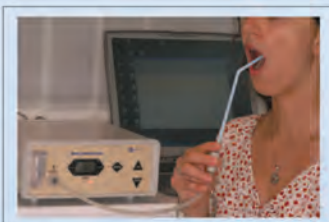
À L'HÔPITAL AMÉRICAIN DE PARIS

Soirée
du Jeudi
31 Mai 2007
19h30
Cocktail
19h30 - 20h15
Présentations
20h15 - 22h15

MAUVAISE HALEINE

Une approche pluridisciplinaire

Savez-vous répondre à la demande de vos patients ?



Intervenants

Dr L. Ben Slama	Dr G. Khayat
Dr M. Caraman	Dr M. Rugina
Dr M. Davarpanah	Dr O. Spatzierer
Dr S. de Corbière	Dr S. Szmukler-Moncler
Dr R. Doumith	Dr A. Sztern

Frais de participation : 65€ (Chèque à l'ordre de l'EID)

Ce livre vous sera offert lors de la réunion

Journée
du Samedi
16 Juin 2007
9h00
18h30

GREFFES SINUSIENNES ET IMPLANTOLOGIE

3 chirurgies en direct et 13 présentations

Les options thérapeutiques

Les biomatériaux

Les innovations technologiques

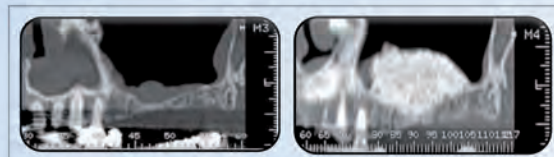
- Chirurgie piézo-électrique
- Nano-technologies et surfaces implantaires

Intervenants

Dr JF. Andreani (Ahp)	Pr P. Missika (Paris)
Dr L. Benslama (Ahp)	Dr JD. Piekarski (Ahp)
Pr JP. Bernard (Genève)	Dr M. Rugina (Ahp)
Dr M. Caraman (Ahp)	Pr S. Szmukler-Moncler (Bâle)
Pr A. Coste (Créteil)	Dr JF. Tuslane (Ahp)
Dr G. Hage (Beyrouth)	Pr C. Vacher (Paris)
Dr PM. Khoury (Paris)	

Anesthésistes

Dr M. Abiad (Ahp)	Dr JF. Perré (Ahp)
Dr M. Korvin (Ahp)	Dr A. de Ribier (Ahp)



Radiographies des sinus avant et après intervention

Frais de participation : 260€ (Chèque à l'ordre de l'EID)

Soirée
du Jeudi
5 Juillet 2007
19h00
Cocktail
19h30 - 20h15
Présentations
20h15 - 22h15

TRAITEMENT ESTHÉTIQUE DU SECTEUR ANTÉRIEUR

Optimiser la symbiose entre la biologie et la clinique
en intégrant les nouvelles technologies

Intervenants

Dr G. Audi	Dr M. Davarpanah
Dr S. Molloy	Dr P. Rajzbaum
Dr P. Raygot	

Frais de participation : 60€ (Chèque à l'ordre de l'EID)



Avant Après

Qualité de la réhabilitation prothétique sur implant.

Organisateurs : Dr M. Davarpanah (Ahp), Dr S. de Corbière (Ahp)

Lieu : Centre de Conférences C.V. STARR - Pavillon Florence Gould - 55, bd du Château - 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Renseignements et inscriptions : American Hospital of Paris - Madame Nathalie BILLET

82, bd de la Saussaye - 92200 NEUILLY-SUR-SEINE - Tél. 01 46 41 25 91 - E-mail : nathalie.billet@ahparis.org





Analyse

La dentisterie esthétique Pourquoi maintenant ?



a atteint sa taille adulte et son rythme de croisière. Enfin, nous nous demanderons pourquoi la révolution esthétique a été possible et ce que cela signifie vis-à-vis de la santé de nos patients.

Dentisterie esthétique ou esthétique dans toutes les disciplines ?

L'esthétique peut se définir comme la « Science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du Beau* et du Laid. – L'esthétique est dite théorique ou générale en tant qu'elle se propose de déterminer quel caractère ou quel ensemble de caractères communs se rencontrent dans la perception de tous les objets qui provoquent l'émotion esthétique ; elle est dite pratique ou particulière en tant qu'elle étudie les différentes formes d'art. »²

Ceci signifie d'emblée, qu'en chirurgie-dentaire, l'esthétique est l'ensemble des disciplines « particulières » lorsqu'elles s'intéressent à la manière d'atteindre l'objectif esthétique des traitements. A ce titre, l'esthétique a toujours fait partie de l'odontologie. Ce que cette définition révèle tient en deux points :

D'abord, **l'esthétique est une science**, celle du beau. Certaines disciplines de la chirurgie-dentaire ont développé une théorie du beau (la prothèse ou l'orthodontie par exemple), d'autres agissent au plus mimétique mais sans avoir formellement établi des principes. Mais l'étude du beau et du sourire n'est pas spécifique à un seul champ. Elle finit donc par relever, car son objet et ses méthodes sont particulières³, d'une véritable discipline de dentisterie esthétique autonome. C'est l'aspect « théorique ou général ». Il intéresse la recherche.

Puis, nous remarquons qu'il existe aussi des champs « pratiques ou particuliers » proprement spécifique à l'esthétique (éclaircissement, cosmétiques, facettes,...) qui justifient l'existen-

ce d'une dentisterie pratique esthétique. Elle intéresse alors l'ensemble des omnipraticiens.

On peut démontrer cela en dépouillant de manière méthodique les articles indexés "esthétique et odontologie" sur la plus importante base de données de publications scientifiques (MEDLINE). En prenant une période de six mois et en classant les articles dans douze catégories (esthétique et parodontologie, esthétique et orthodontie...etc.), on obtient une photo quasi-instantanée de l'esthétique (graphique 1). On découvre alors le podium suivant : orthodontie (18,6 % des publications indexées avec esthétique), implantologie (14,7 %) et dentisterie esthétique (13,9 %). Viennent ensuite la prothèse fixée (12,4 %) et l'odontologie conservatrice et endodontique (11,6 %).

Dans ce graphique, nous constatons l'importance de ce critère en orthodontie, comme en implantologie et en prothèse conjointe. Nous notons aussi, et c'est capital, qu'en troisième position arrive de l'esthétique spécifique ou « pure », c'est-à-dire des publications concernant des études ou des méthodes relevant uniquement de l'esthétique. **L'esthétique est donc à la fois un intérêt transversal pour les disciplines et un champ de recherche et de pratique autonome.**

La révolution esthétique a déjà eu lieu

On parle souvent de révolution esthétique. Nous nous sommes demandé si c'était à tort ou à raison. Pour ce faire, nous avons analysé la part de l'esthétique dans les publications internationales. On peut donc ainsi estimer l'intérêt que porte la communauté scientifique et les praticiens à ce thème. Le graphique 2 présente l'évolution de la part de l'esthétique dentaire dans le total des publications dentaires de 1966 à 2005. La courbe est lissée par période de 5 ans.

On constate deux points fondamentaux :

◆ L'esthétique a presque quintuplé sa proportion dans la production scientifique en 30 ans. En effet, elle est passée d'à peine plus de 1 % des publications dans les années 1960-1970 à plus de 5 % aujourd'hui. Le rythme de croissance est effréné dans les années 1980 et 1990 (croissance de 20 à 45 % par an).

◆ L'esthétique a atteint sa taille adulte. Elle a retrouvé, avec les années 2000 un rythme de croissance mature (environ 5 %). Si donc elle a bouleversé les années

Aujourd'hui, on parle de plus en plus de dentisterie esthétique. Certains en ont une vision négative. Elle serait artificielle, superficielle comme la cosmétique, ou à but commercial, elle ne consisterait pas en une véritable thérapeutique. Une contribution récente¹ a montré qu'au contraire des liens forts existaient entre dentisterie esthétique et santé. Le praticien joue donc bien son rôle de profession médicale lorsqu'il exerce la dentisterie esthétique.

Cela dit, on aurait peut-être tort de parler de « dentisterie esthétique » car toute la dentisterie est intéressée par l'esthétique. Alors, est-ce céder à une mode ? La dentisterie esthétique va-t-elle retomber comme un soufflet ou bien est-ce un mouvement de fond ?

Pour tenter de répondre à ces questions, il était nécessaire de définir précisément ce qu'est l'esthétique en odontologie. Nous montrerons, par une analyse de la production scientifique de ces dernières années, que tout en participant à chaque champ disciplinaire, elle présente aujourd'hui un champ autonome de recherche et de pratique. Nous mettrons en évidence qu'une véritable révolution esthétique a déjà eu lieu et qu'aujourd'hui l'esthétique en dentisterie est un fait acquis. Elle

Bibliographie

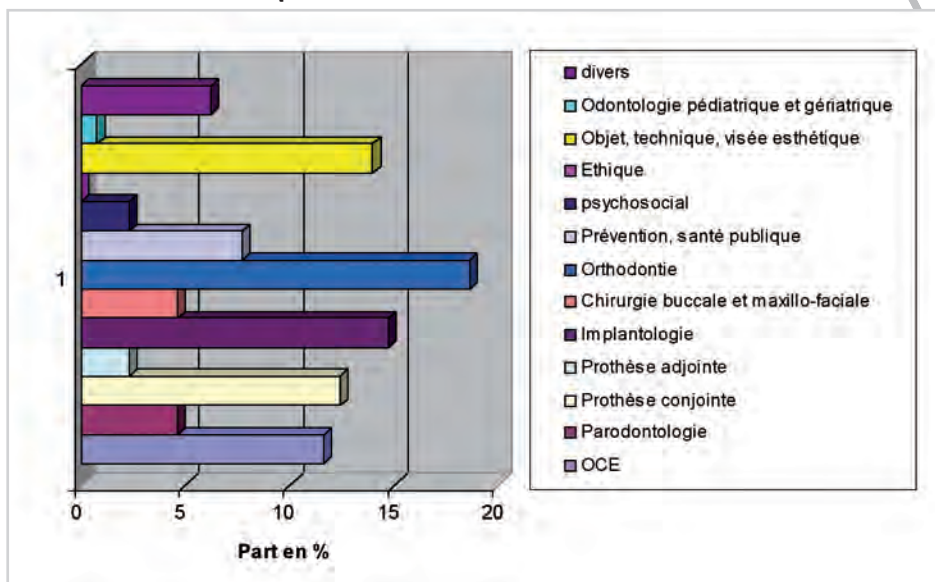
¹ Decharrières-Hamzawi H., Savard G., Tirllet G., Attal JP, « Dentisterie esthétique et santé », Information dentaire, à paraître, 2007.

² « Esthétique », Vocabulaire technique et critique de la philosophie, A. Lalande, 1926, 2002.

³ Brient M., Trevelo F., Tirllet G., Attal, JP, « Débuter un traitement esthétique. Observer et analyser. », Information dentaire, 2006, 88 (36), pp. 2207-2212.

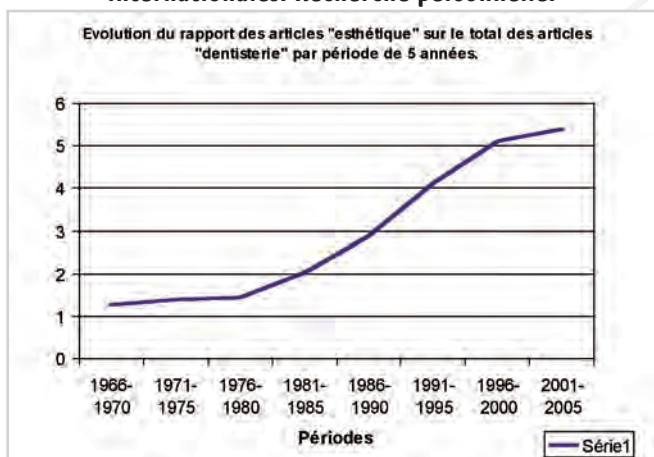


Graphique 1. Proportion d'articles (en pourcentage) indexés sous le terme d'esthétique en odontologie par catégorie. Analyse qualitative sur 6 mois de publications référencées sur MEDLINE.



1980 et 1990, moment de la véritable révolution esthétique, la dentisterie esthétique est aujourd'hui un fait incontournable. Elle a atteint une taille significative, c'est-à-dire une taille qui compte sur l'échiquier de la dentisterie. A titre de comparaison, en 2001-2005, les implants représentaient 8,7 % et la carie 10,9 % ! On peut donc conclure que la révolution esthétique a eu lieu dans les années 1980-1990 et qu'aujourd'hui c'est un champ qui a atteint une taille adulte et un rythme de croisière. Ce qu'on peut maintenant tenter de comprendre est la raison pour laquelle nous en sommes arrivés là.

Graphique 2. Evolution depuis 1966 de la part (en pourcentage) de l'esthétique dans les publications internationales. Recherche personnelle.



Les trois origines de la révolution esthétique

Le développement de l'esthétique en odontologie répond, selon nous, d'un schéma impliquant trois éléments moteurs : les nouveaux besoins, les progrès techniques, les progrès conceptuels. La combinaison de ces trois éléments moteurs instaure une forme de dialectique à trois qui rend possible l'émergence de l'esthétique en dentisterie (graphique 3.).

De nouveaux besoins sont apparus dans la population⁴.

Ceux-ci sont liés à l'amélioration globale de la santé orale ; les besoins primaires sont grossièrement satisfaits. La pyramide de Maslow stipule que les besoins fondamentaux satisfaits, l'homme aspire à d'autres besoins ; l'esthétique en fait partie. Du fait que la santé est aussi ce qu'on appelle en économie un bien supérieur (plus on a de ressource, plus on en consomme) et que nos pays sont toujours un peu plus riche, les gens vont être portés à dépenser plus vers la santé. Par ailleurs, les normes

⁴ Tirllet G, « La demande esthétique actuelle en odontologie », Information dentaire, 2004, 86 (31), pp. 1943-1948.

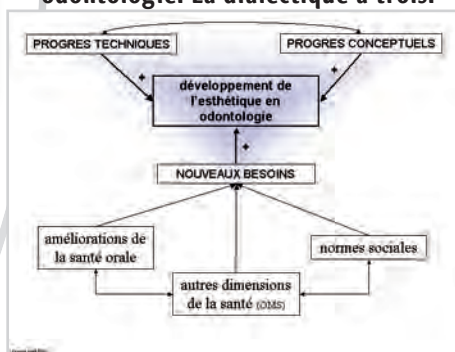
⁵ VIGARELLO G., Histoire de la Beauté. Le corps et l'art d'embellir de la Renaissance à nos jours, L'Univers Historique, Seuil, Paris, 2004, p. 243.

⁶ PARIS J.C., FAUCHER A.J., Le guide esthétique, Quintessence International, Paris, 2004, p. 7.

sociales actuelles (beauté, bien-être, réussite personnelle) constituent un facteur important. Enfin, il y a d'autres dimensions de la santé. La santé est un concept toujours conforme, pour les individus, à la définition de l'OMS (un état de complet bien-être et pas seulement l'absence de maladie). Et comme l'écrit G. Vigarello, « le bien-être est devenu un principe d'embellissement »⁵, alors tout concourt à faire naître, depuis 20 ans, une importante demande esthétique.

Mais il a aussi fallu que cette demande rencontre une offre. Celle-ci est constituée par les progrès à la fois techniques (collage, implant, céramique, composite,...) et conceptuels (nouvelles attitudes de prévention, économie tissulaire et perspective préservative, conception des préparations et du collage, reconnaissance de la doléance esthétique,...) de l'odontologie.

Graphique 3. Les trois origines du développement de l'esthétique en odontologie. La dialectique à trois.



Conclusion

L'esthétique en odontologie a connu une vraie révolution dans les années 1980-1990. Celle-ci a été rendue possible par une dialectique à trois entre : des besoins nouveaux, des progrès techniques et des progrès conceptuels. Aujourd'hui, l'esthétique a atteint une taille adulte et un rythme de croisière. L'esthétique est un objectif ancien de tous les traitements dentaires, nous avons montré que c'est aussi un champ de recherche autonome et une discipline pratique spécifique.

Compte tenu que la fin de la révolution est récente et que la formation initiale n'alloue que peu de temps pour ce sujet, il revient donc à chacun de se former pour actualiser ses connaissances et ses pratiques. L'esthétique alors ne pourra plus être ni un charlatanisme ni une absence de science. Et comme l'écrit très justement A.-J. Faucher : « l'esthétique dentaire est une science régie par des lois et des règles au même titre que l'architecture, la sculpture et la peinture notamment. L'intuition, le sens artistique ne sont pas les seuls critères à prendre en compte. Il n'y a pas d'un côté les « doués », les artistes, et les autres. »⁶

Guillaume SAVARD, Gil TIRLET, Jean-Pierre ATTAL - Groupe Smile²¹



Mécanismes d'action de l'éclaircissement

La couleur naturelle d'une dent, déterminée essentiellement par les propriétés optiques de la dentine (1), peut être modifiée par des dyschromies intrinsèques et/ou extrinsèques (2, 3). En fonction de l'étiologie de ces dyschromies, leur traitement esthétique peut faire appel aux techniques d'éclaircissement. Qu'elles soient réalisées sur dents vitales ou dévitalisées, ces techniques sont toutes basées sur l'utilisation du peroxyde d'hydrogène. En effet, le peroxyde de carbamide (utilisé sous forme de gel pour l'éclaircissement des dents vitales) ou le perborate de sodium (utilisé pour l'éclaircissement des dents non vitales) ne sont que des précurseurs du peroxyde d'hydrogène (4). L'efficacité du peroxyde d'hydrogène dans le processus d'éclaircissement repose sur ses propriétés physico-chimiques et sur son mécanisme d'action.



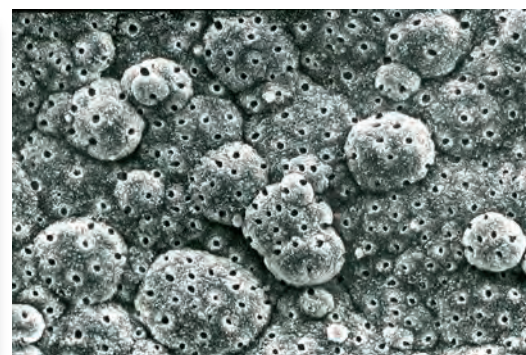
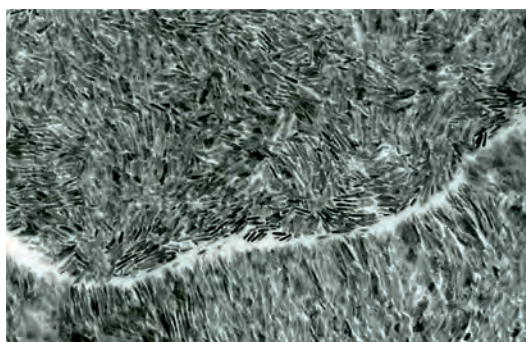
Mécanismes d'action et propriétés physico-chimiques du peroxyde d'hydrogène

Dans de nombreux cas, les dyschromies intrinsèques et/ou extrinsèques sont liées à la présence de composés organiques appelés chromophores ou pigments et possèdent plusieurs doubles liaisons. C'est par exemple le cas de l'hémoglobine qui, suite à une hémorragie pulpaire, se loge dans les tubulis dentinaires et entraîne une dyschromie intrinsèque. La décoloration de ces chromophores (pigments) est possible par la destruction d'une ou plusieurs de leurs doubles liaisons.

Du fait de ses propriétés physico-chimiques, le peroxyde d'hydrogène (H_2O_2) vulgairement appelé eau oxygénée est la molécule qui est utilisée lors des éclaircissements dentaires, ceci même si son mécanisme d'action exact est encore mal

défini (Figure 1). Plusieurs réactions impliquant le peroxyde d'hydrogène peuvent avoir lieu en fonction des conditions locales comme le pH, la température et la présence d'UV ou de certains ions (5). Dans tous les cas, il semble cependant que l'efficacité du peroxyde d'hydrogène dans le processus d'éclaircissement soit basée sur sa capacité à générer des radicaux libres qui vont diffuser à travers les tissus durs de la dent. En présence d'UV ou de chaleur, les radicaux libres sont générés directement à partir du peroxyde d'hydrogène (6, 7) alors qu'en pH alcalin, il semble qu'il y ait une étape supplémentaire correspondant à la production de l'anion perhydroxyl (figure 2).

Les radicaux libres sont des espèces chimiques extrêmement instables qui pour se stabiliser vont avoir tendance à capter des électrons à partir de molécules adjacentes. Ce sont par conséquent, des agents oxydants très puissants. Leur cible principale correspond aux sites donneurs d'électrons que représentent les doubles





liaisons conjuguées. La capture, par les radicaux libres, d'électrons localisés au niveau des doubles liaisons des chromophores va entraîner une rupture de ces liaisons et donc une modification des propriétés d'absorption de la lumière et une diminution de la couleur de ces molécules (8). Le processus d'éclaircissement est par conséquent lié à l'oxydation des composés organiques colorés localisés dans l'émail et la dentine (Figure 3).

Conclusion

Bien que le peroxyde d'hydrogène soit utilisé avec succès depuis de nombreuses années en dentisterie, son mécanisme d'action dans le processus d'éclaircissement a été très peu étudié et est par conséquent mal compris. En effet, même s'il semble que l'efficacité de cette molécule repose sur sa capacité à générer des radicaux libres qui vont diffuser dans l'émail et la dentine pour oxyder les chromophores organiques, de nombreuses questions restent en suspens. Les points qui restent à déterminer sont notamment : 1) quelle est la nature moléculaire des chromophores en fonction de l'étiologie des dyschromies, 2) quel est le degré d'oxydation de ces chromophores en fonction des conditions d'éclaircissement (c'est-à-dire, présence d'un catalyseur (UV ou chaleur), concentration en peroxyde d'hydrogène et temps d'exposition), et surtout 3) y a-t-il une réversibilité de ces réactions d'oxydation qui pourrait expliquer les récurrences observées suite à la réalisation d'un éclaircissement.

Dr Maryline Minoux

Assistante Hospitalo-universitaire
Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Dr René Serfaty

Maître de conférences
Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Références bibliographiques

1. Ten Bosch JJ, Coops JC. Tooth color and reflectance as related to light scattering and enamel hardness. *J Dent Res* 1995;74:374-80.
2. Hattab FN, Qudeimat MA, al-Rimawi HS. Dental discoloration: an overview. *J Esthet Dent* 1999;11:291-310.
3. Watts A, Addy M. Tooth discoloration and staining: a review of the literature. *Br Dent J* 2001;190:309-16.
4. Dahl JE, Pallesen U. Tooth bleaching--a critical review of the biological aspects. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003;14:292-304.
5. Joiner A. The bleaching of teeth: a review of the literature. *J Dent* 2006;34:412-9.
6. Kashima-Tanaka M, Tsujimoto Y, Kawamoto K, Senda N, Ito K, Yamazaki M. Generation of free radicals and/or active oxygen by light or laser irradiation of hydrogen peroxide or sodium hypochlorite. *J Endod* 2003;29:141-3.
7. Poole AJ. Treatment of biorefractory organic compounds in wool scour effluent by hydroxyl radical oxidation. *Water Res* 2004;38:3458-64.
8. Seghi RR, Denry I. Effects of external bleaching on indentation and abrasion characteristics of human enamel in vitro. *J Dent Res* 1992;71:1340-4.

Fig. 1

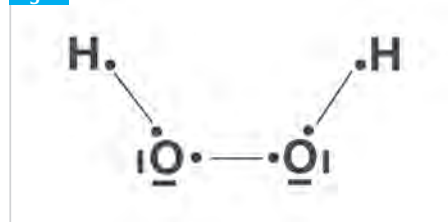


Figure 1 : Structure du peroxyde d'hydrogène (H₂O₂)

Fig. 2

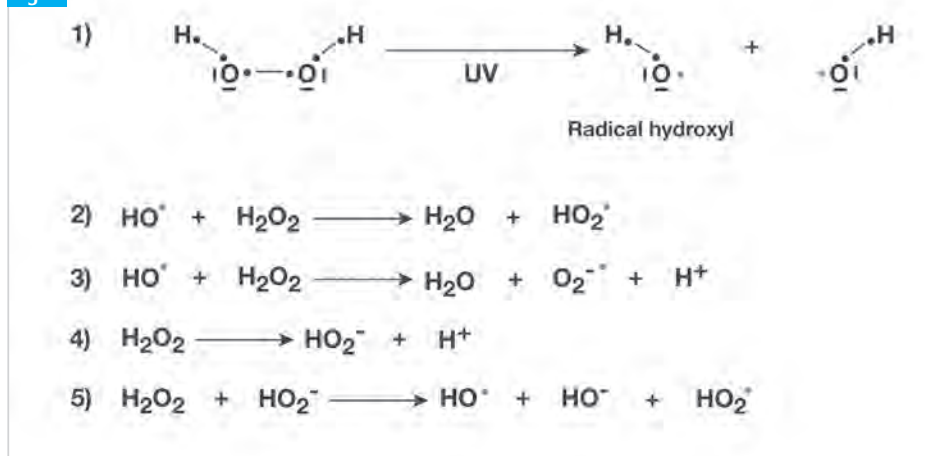


Figure 2 : En présence de chaleur ou de lumière UV, le peroxyde d'hydrogène subit un clivage homolytique qui entraîne la formation d'un oxydant puissant appelé radical hydroxyl (HO·) (équation 1). Une réaction en chaîne s'en suit pour former de nouveaux radicaux libres, comme le radical perhydroxyl (HO₂·) (équation 2) et l'anion superoxyde (O₂·-) (équation 3). En présence d'un pH alcalin, le peroxyde d'hydrogène subit une dissociation ionique pour former l'anion perhydroxyl (HOO-) (équation 4). Ce dernier joue le rôle de donneur d'électrons pour initier la formation de radicaux libres (équation 5). Les radicaux libres sont des espèces chimiques très instables car ils possèdent 1 ou plusieurs électrons non appariés sur leur couche orbitale externe (représenté par un point rouge).

Fig. 3

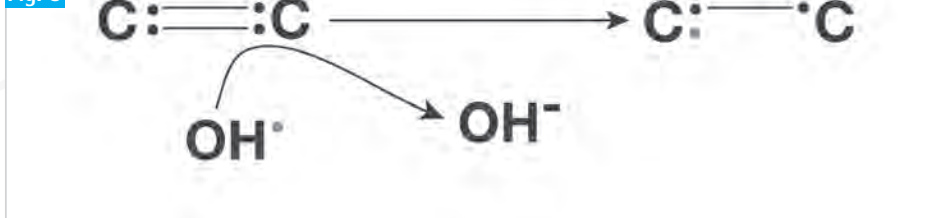


Figure 3 : Pour stabiliser leur structure moléculaire, les radicaux libres vont capturer des électrons au niveau des doubles liaisons conjuguées. La rupture des liaisons qui en résulte est à l'origine de la diminution de la couleur des chromophores et donc à l'origine du processus d'éclaircissement. Au niveau des chromophores, une double liaison stable est transformée en une liaison simple avec un électron non apparié très instable. Le retour à une situation plus stable via la capture d'un électron par les chromophores, constitue une hypothèse permettant d'expliquer les récurrences qui surviennent suite à la réalisation d'un éclaircissement.



CLINIC

Focus

Microabrasion et améloplastie contrôlées

La couleur d'une dent naturelle dépend de sa composition, de sa structure et de l'épaisseur des tissus dont elle est constituée. Toute altération mécanique, chimique ou biologique d'un de ces tissus entraîne inévitablement une transformation de la couleur de la dent (1). Parmi de nombreuses causes de colorations de dents vitales, il faut distinguer celles qui affectent l'ensemble des tissus comme celles dues aux tétracyclines ou à l'âge et celles qui sont plus superficielles qui se situent essentiellement dans l'émail de la dent comme les fluoroses. Actuellement, nous possédons un arsenal thérapeutique important pour traiter toutes les dyschromies dentaires.

Nous distinguerons dans cet article : les techniques d'éclaircissement chimique au fauteuil et ambulatoire (photo 1) qui nécessitent l'action d'un agent chimique (le peroxyde d'hydrogène).

Ce dernier, après sa décomposition, agira en profondeur, la microabrasion et l'améloplastie (photo 2) qui agissent superficiellement grâce à une action mécanique et chimique.

Pour les cas complexes où l'on retrouve des colorations superficielles et profondes de l'émail avec des colorations plus ou moins importantes de l'ensemble des dents, on peut associer un éclaircissement chimique, une microabrasion et une améloplastie.

demande qui se compose d'un mélange d'acide phosphorique en gel à 35 % et de ponce micronisée qui donne de bons résultats. Pour éviter toutes projections nous recommandons de ne pas se servir pour la microabrasion d'instruments rotatifs classiques tels que des brosettes, des feutres... même à vitesse lente; nous préférons l'utilisation d'un contre-angle à mouvement alternatif (Prophymatic) à vitesse lente avec des cupules caoutchouc. Pour l'améloplastie, nous utilisons essentiellement des instruments diamantés grain très fin (bague jaune).

Procédures cliniques

Nous allons, à partir de trois cas cliniques, expliquer les possibilités et les limites de ces traitements lorsqu'ils sont utilisés seuls ou en association.

Cas clinique n°1

Ce patient présente au niveau de ses deux incisives centrales des leucômes sous forme de voiles très superficiels (photo 6).

Après avoir mis en place une protection gingivale à l'aide d'une résine photopolymérisable et des écarteurs automatiques, le mélange acide ponce est déposé sur les dents à traiter ; puis, à l'aide d'un contre-angle alternatif (Prophymatic), muni d'une cupule en caoutchouc, on commence la microabrasion (photo 7).

Il faut appliquer une pression assez forte à vitesse lente ; on agit par séquences de 5 à 10 secondes par dent. Au bout d'une minute, on rince abondamment et on sèche la dent ; si les leucômes n'ont pas totalement disparu, on peut renouveler plusieurs fois ce traitement.

Chaque cycle d'une minute élimine environ 5 à 10 microns d'émail; grâce à cette technique, on peut enlever 50 à 100 microns d'émail en une ou deux séances de traitement (photos 7 & 8). Ici, deux séances ont été nécessaires pour supprimer totalement les tâches blanchâtres.

Une fois le traitement terminé et la protection gingivale enlevée, un polissage très soigneux est effectué à l'aide de pâte de polissage adaptée, de brosettes, de feutres... (photo 9).

Il est indispensable de prévoir toujours un traitement de reminéralisation (4) de la surface de l'émail par l'utilisation d'un gel fluoré ou mieux, de produit comme le Tooth Mouth (GC) (5) (Photo 9 bis) ou le Relief (Discus Dental) qui permettent une reminéralisation rapide et très efficace (photo 10) (6).

Indications

La microabrasion et l'améloplastie permettent d'éliminer de façon non sélective : toutes les colorations externes (tabac, café, vin...), les colorations superficielles (voiles, tâches blanchâtres...) (photos 3,4,5), les défauts polychromes (brun, gris, jaune...).

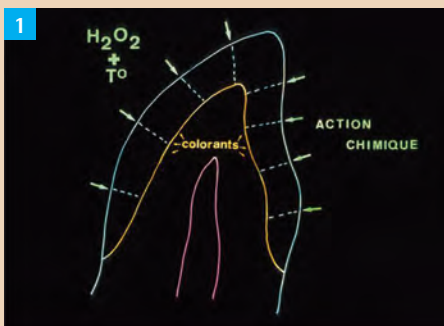
Choix du principe actif

Depuis plus d'un siècle, de nombreux auteurs ont proposé, pour éliminer les colorations superficielles de l'émail et particulièrement celles dues aux fluoroses, différents traitements utilisant l'action mécanique d'un abrasif associé à l'action d'un acide fort.

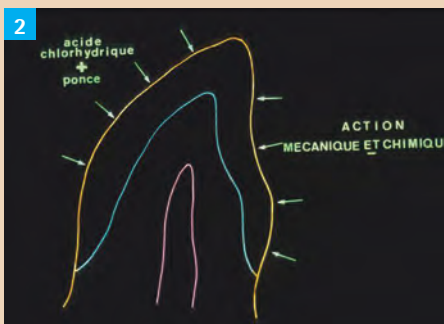
Croll(2) propose actuellement une pâte prête à l'emploi conditionnée en seringue (Optalustre Bisico) qui se compose d'un acide chlorhydrique à 18 %, mélangé à un abrasif micronisé à base d'oxyde de silicium. En 1991, après avoir testé différents acides et des mélanges à base d'hypochlorite de sodium et de peroxyde d'hydrogène à différentes concentrations.

Paul Miara a mis au point un kit de microabrasion composé d'un mélange d'acide chlorhydrique et de peroxyde d'hydrogène associés à une ponce micronisée (Microclean CEDIA). Les résultats se sont révélés excellents (3) mais la stabilisation en seringue de l'acide chlorhydrique s'est montrée particulièrement délicate et c'est une des raisons de l'arrêt de sa commercialisation.

Forts de toute cette expérience, nous utilisons depuis plusieurs années une pâte préparée à la



Mode d'action des techniques d'éclaircissement chimique. Ces traitements sélectifs vont agir en profondeur grâce aux ions oxydants issus de la décomposition du peroxyde d'hydrogène.



Mode d'action des techniques de microabrasion. Ces traitements non sélectifs vont agir en surface grâce à l'action combinée d'un acide et d'un abrasif.





3 Leucômes superficiels liés à la pose de brackets orthodontiques.



4 Colorations superficielles liées à une fluorose.



5 Leucômes très profonds localisés aux deux incisives centrales.



6 Les deux incisives centrales présentent des leucômes superficiels sous forme de voile.



7 Microabrasion réalisée à l'aide d'un contre-angle à mouvement alternatif.



8 Après deux séances de traitement, une élimination d'environ 100 microns d'émail, les voiles blanchâtres ont totalement disparu.



9 Il est important d'effectuer un polissage soigneux après la Microabrasion.



10 Les voiles blanchâtres ont totalement disparu et la dent a retrouvé un éclat très naturel.



11 Dyschromies complexes où les leucômes sont associés à une couleur générale assez foncée.

Cas clinique n°2

Il s'agit d'une jeune patiente qui présente une dyschromie complexe (photo 11) où l'on retrouve des leucômes très étendus associés à une couleur générale assez foncée. De par son métier de comédienne, elle était décidée à accepter la pose de 20 facettes de céramique pour retrouver enfin un joli sourire.

Nous avons pensé, et à juste titre, que l'on pouvait tenter pour ce type de dyschromies un traitement plus simple et surtout moins invasif en associant un éclaircissement chimique à une microabrasion ; de légères améloplasties viendront compléter ces traitements.

Nous débutons par un éclaircissement au fauteuil (photo 12) à l'aide du système ZOOM (Discus Dental) (7) qui associe l'action d'un gel de peroxyde d'hydrogène à 25 % et d'une lampe à U.V.

très puissante. Une fois ce traitement terminé, on constate que les dents ont éclairci mais, une fois séchées, elles apparaissent très crayeuses (photo 13), ce qui permet de bien mettre en évidence les zones à microabréser (8). Une fois les protections mises en place, on dépose le mélange acide phosphorique / ponce (photo 14) sur un groupe de dents et à l'aide du Prophymatic, on réalise une microabrasion (photo 15).

On complétera la microabrasion par de légères améloplasties qui seront effectuées à l'aide d'instruments diamantés à grain très fin.

Pour ce cas particulièrement délicat, nous avons réalisé deux séances au fauteuil suivies d'une microabrasion et d'une légère améloplatie. Entre les deux séances, espacées de huit jours, le patient porte des gouttières une heure par jour (9) avec un gel de peroxyde d'hydrogène à 7,5 % (Day White Discus Dental).

Après un polissage très soigneux (photo 16) et



9bis Ce produit révolutionnaire permet de reminéraliser les surfaces amélaire, ils s'utilisent de préférence dans des gouttières que le patient porte 10 à 15 minutes par jour pendant une semaine.

une réhydratation des dents, on constate qu'elles sont beaucoup plus claires, les leucômes ont totalement disparu et la patiente a enfin des dents qui **25** lui plaisent (photo 17).





CLINIC

Focus



12 Un traitement d'éclaircissement au fauteuil à l'aide du système ZOOM2 débute le traitement.



13 Les dents, une fois, séchées apparaissent plus claires mais très crayeuses mettant ainsi en évidence les zones à microabréser.



14 Matériels nécessaires à la microabrasion.



15 Après avoir mis en place des protections gingivales, la microabrasion s'effectue par groupe de dents.



16 Après polissage, on constate que les tâches ont totalement disparu et que les dents ont été très éclaircies.



17 L'aspect du sourire a fondamentalement changé.



18 Dyschromies complexes liées à la prise d'antibiotiques et de fluor en excès.



19 Le traitement débute par un éclaircissement chimique au fauteuil (ZOOM Discus Dental).



20 A l'aide d'instruments diamantés grain fin montés sur turbine, on réalise une améloplastie.

Cas clinique n°3

Ce patient présente une dyschromie complexe liée à la prise d'antibiotiques et de fluor en excès (10), les voiles ainsi que les tâches blanchâtres et brunes sont associés à une couleur foncée de type C3 (photo 18). Nous allons associer ici trois traitements : un éclaircissement au fauteuil et ambulatoire, une améloplastie et une microabrasion.

Comme pour le cas clinique précédent, le traitement débute par un éclaircissement chimique au fauteuil (photo 19) afin de mettre encore plus en évidence les voiles et les tâches blanchâtres. Après avoir mis en place les protections, on réalise une améloplastie (photo 20) car ici les leucômes sont très profonds. On peut être amené à éliminer jusqu'à 200 voir 300 microns d'émail dans cer-

taines zones comme le bord libre où l'émail est très épais.

Cette améloplastie sera suivie d'une microabrasion (photo 21) afin d'éliminer les derniers voiles blanchâtres et d'obtenir surtout une surface parfaitement lisse. Le port de gouttières, avec un produit reminéralisant (Relif) 15 minutes par jour pendant huit jours, est toujours prescrit après ce type de traitement (11). Deux séances d'éclaircissement au fauteuil avec le système Zoom, huit jours de traitement ambulatoire avec un gel de peroxyde d'hydrogène à 7,5 %, deux améloplasties, deux microabrasions et un traitement de reminéralisation ont été nécessaires pour éclaircir les dents et éliminer presque totalement les tâches blanchâtres (photos 22&23).





C'est en 1924  que tout a commencé pour VITA. Aujourd'hui, VITA est la référence. () ()

332861

Prise de teinte VITA

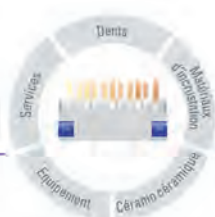
Communication de la teinte VITA

Reproduction de la teinte VITA

Contrôle de la teinte VITA

Un système clair

Vita System



3D-Master

VITA

Nous ne pensons pas que la compétence dans le domaine de la couleur se limite à la simple définition des teintes. Il faut savoir aussi optimiser l'ensemble du cycle de fabrication de la prothèse. Depuis plus de 80 ans, VITA poursuit cet objectif: comment améliorer la définition de la teinte et sa reproduction? Le patient ne cherche pas à connaître sa teinte de dent mais à

bénéficier d'une prothèse irréprochable. Pour y parvenir, les dentistes et les prothésistes ont de moins en moins de moyens parce qu'aujourd'hui ils doivent relever le défi suivant: améliorer la qualité et gagner du temps. Nous avons à coeur de les aider. Pour en savoir plus sur VITA SYSTEM 3D-MASTER, consultez le site www.vita-zahnfabrik.com





CLINIC

Focus

21



L'améloplastie est complétée par une microabrasion.

22



Résultat après deux séances d'éclaircissement au fauteuil, huit jours de traitement ambulatoire, deux séances d'améloplastie suivies d'une microabrasion et d'un traitement de reminéralisation.

23



La combinaison de tous ces traitements ont permis de changer totalement l'aspect du sourire.

Conclusion

La microabrasion et l'améloplastie contrôlées sont deux techniques simples à mettre en œuvre et peu agressives, elles permettent pour des colorations superficielles de l'émail des résultats très satisfaisants (12). Lorsqu'elles sont associées aux techniques d'éclaircissement chimique, les résultats sont souvent spectaculaires et permettent d'éviter des traitements plus invasifs comme les facettes (13) ou les jackets de céramique (14).

Drs A.Miara & T.Rouach

Références bibliographiques

- (1) Touati B, Miara P, Nathanson D. Dentisterie esthétique et restaurations en céramique. Paris : Editions CdP, 1999 : 61-79.
- (2) Croll TP, Segura A, Donly KJ. Enamel micro-abrasion new considerations in 1993. Pract Periodontol Aesthet Dent 1993 ; 5(8) : 19-28.
- (3) Miara P, Touati B, Haikel Y. La micro-abrasion contrôlée. Real Clin 1991 ; 2(4) : 395-409.
- (4) Segura A, Donly KJ, Wefel JS. The effects of micro-abrasion on demineralization inhibition of enamel surfaces. J Dent Rest 1993 ; 72 : 318 (abstr. : 1715).
- (5) Reynolds EC. Remineralization of enamel subsurface lesion by caseine phosphopeptide stabilized calcium phosphate solution. J Dent Rest ; 76 : 1587-1595
- (6) Lasfargues JJ, Ten Cate JM, Millier C. La reminéralisation des lésions carieuses : synergie thérapeutique. Réal Clin 2004 ; 15(3) : 261-275.
- (7) Miara P. Un nouveau système d'éclaircissement chimique des dents vitales. Inf Dent 2005 ; 87(5) : 168-171.
- (8) Dosley KJ, O'Neill M, Croll TP. Enamel micro-abrasion a microscopic evaluation of the abrasion effect. Quintessence Int 1992 ; 23 : 175-179.
- (9) Haywood VB, Leech T, Haymann HO et al. Nightguard vital bleaching : effects on enamel surface texture and diffusion. Quintessence Int 1990 ; 21 : 801-806.
- (10) Hattab FN et al. Dental discoloration : an overview. J Aesth Dent 1999 ; 11 : 291-300
- (11) Ting MS, Eichmiller FC. Amorphous calcium Phosphates for teeth mineralization. Compendium 2004 ; 25(1) : 9-13.
- (12) Livre CdP
- (13) Faucher AJ, Pignoly C, Koubi GF, Brouillet JL. Les dyschromies dentaires de l'éclaircissement aux facettes céramiques. Guide clinique : 63113. Paris : Editions CdP, 2001.
- (14) Touati B, Etienne JM. Extensive aesthetic rehabilitation with Cad Cam all ceramic crown restoration. PPAD 2000 ; 12 : 661-665.

PlusAgenda

Consacrez-vous à votre métier et confiez-nous vos appels !



Nous sommes les seuls à vous proposer :

- # Une télésecrétaire par cabinet (formée à vos procédures)
- # Un agenda sur Internet au choix
- # Une expertise en organisation dans les cabinets dentaires



Plus de 80 cabinets dentaires nous ont choisi, n'hésitez pas à nous demander leurs coordonnées

PlusAgenda - www.plusagenda.com - info@plusagenda.com - 01 43 98 09 68



NOUVEAUTÉ
MONDIALE



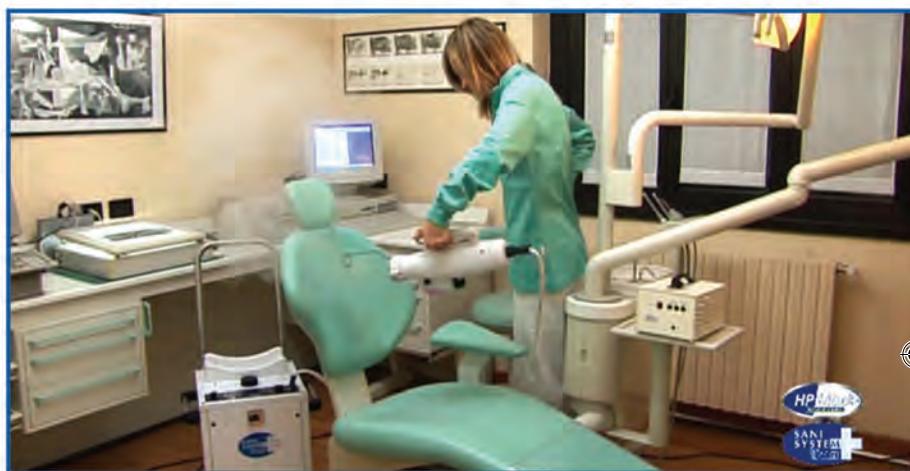
Brochure disponible sur demande
Tel. 04 78 66 42 66

JDN 2007 - Stand 115
www.polti.com



L'assainisseur d'environnement

«Sani System Polti» est un système d'assainissement de haut niveau, écologique et très pratique à utiliser, que Polti a conçu en collaboration avec l'Université de Pavie et breveté au niveau mondial.



Sa particularité réside dans la vapeur générée dans la chaudière sous pression et ensuite surchauffée dans une chambre d'expansion, brevet Polti. Il s'agit d'une vapeur à température élevée (180°) et saturée (surchauffée sèche), qui s'évapore en 30 secondes et qui atteint toutes les surfaces, mêmes les coins les moins accessibles.

La vapeur est ajoutée à l'assainissant **HPMED**, une formule non toxique et non irritante, qui en plus d'avoir une action d'assainissement, a également la propriété de faire disparaître les mauvaises odeurs.

«Sani System Polti» garantit un assainissement efficace, plus efficace que celui obtenu avec les méthodes traditionnelles.

Les résultats de l'assainissement de «Sani System Polti» sont certifiés par les essais réalisés par le «Département des Sciences Morphologiques et Cliniques» de l'Université de Pavie, en environnement dentaire.


MEDICAL DIVISION

Polti France - Parc d'Activités de Limonest - B.P. 45 - 69760 Limonest



CLINIC

Focus

Technique d'éclaircissement sur dents dévulpées

Le traitement des dyschromies de la dent dévulpée conduit encore trop souvent à des solutions prothétiques mutilantes. Il existe pourtant une technique simple pour « blanchir » une dent dévulpée, permettant de réserver les techniques plus sophistiquées à des cas particuliers et d'éviter les solutions les plus délabrantes : le blanchiment ou éclaircissement interne en technique ambulatoire.

Cet article synthétique et clinique ne traitera pas de toutes les techniques d'éclaircissement des dents dévulpées mais simplement de celle qui nous semble présenter, aujourd'hui, un rapport coût/bénéfice/risque le plus favorable. Cette technique est actuellement parfaitement codifiée et donne des résultats très reproductibles, lorsque l'indication est bien posée.

Depuis longtemps, cette technique utilisait un mélange de perborate de sodium avec de l'eau oxygénée, mais l'apparition de résorptions cervicales externes dans environ 15% des cas traités a fait abandonner ce mélange pour ne garder que le perborate de sodium mélangé à de l'eau distillée. Dans ces dernières conditions, il n'y a aucun risque de résorption.



Etiologies des dyschromies des dents acquises

On trouve plusieurs étiologies à l'origine des dyschromies acquises des dents dévulpées :

- ◆ nécroses et hémorragies pulpaire : Les dyschromies dentaires consécutives à un traumatisme sont les plus fréquentes. La coloration dentaire survient soit par dégénérescence du parenchyme pulpaire nécrosé, soit par le fait d'une hémorragie pulpaire, qui envahit les tubuli dentinaires. L'hémolyse libère alors de l'hémoglobine qui, en se dégradant, libère à son tour divers produits responsables de diverses colorations.

- ◆ Un traitement endodontique incomplet : Les obturations incomplètes du système endocanalinaire, oublier d'un canal et les débris de parenchyme pulpaire persistant au niveau de la chambre mal ouverte sont à l'origine de dyschromies par un mécanisme identique à celui de la nécrose.

- ◆ Les pigmentations inorganiques iatrogéniques : Les produits de corrosion issus de restaurations métalliques et certains produits endodontiques (ciments d'obturation canalaire, Gutta percha...) peuvent diffuser dans les tubuli dentinaires et colorer l'organe dentaire.

- ◆ Etanchéité des restaurations coronaires : On rencontre aussi très souvent des problèmes de colorations secondaires de ces dents dévulpées, suite à une mauvaise qualité de restauration en fin de traitement endodontique. Outre le problème de percolation bactérienne, le passage régulier des agents chromogènes dans la structure dentinaire a pour effet de colorer l'organe dentaire plus ou moins rapidement. Il est donc primordial d'effectuer au plus vite une restauration coronaire étanche à la suite d'un traitement endodontique.

Contre-indication de l'éclaircissement sur dent dévulpée

La technique d'éclaircissement a pour but de fragmenter des molécules pigmentées par phénomène d'oxydation. Ce résultat est obtenu par l'action d'un agent oxydant, l'eau oxygénée (ou solution aqueuse de peroxyde d'hydrogène), qui n'agit que sur les pigments organiques. Fort heureusement, la plupart des pigments colorés, que l'on rencontre au niveau dentaire, sont des pigments organiques. C'est dans ce principe d'action que se trouvent les limites et les contre-indications du blanchiment interne. En effet, toutes les dyschromies induites par des pigments indélébiles et inorganiques (produit de corrosion, amalgame...) sont réfractaires à la technique de blanchiment interne. De même, toutes les taches amélaire présentes avant le traitement se retrouveront à l'identique en fin de traitement, l'émail étant un substrat inorganique.

Procédure clinique

On utilisera donc le perborate de sodium, qui se présente sous forme d'une poudre cristallisée, blanche et anhydre. En présence d'humidité, il se forme un composé de métaborate de sodium, et de peroxyde d'hydrogène qui initiera un lent processus d'oxydation. La libération très progressive (sur 15 à 18 jours environ) de ses composants lui donne une action prolongée dans le temps, favorable aux techniques ambulatoires, pour oxyder l'ensemble des pigments et obtenir un bon éclaircissement des dents dévulpées. L'avantage de cette technique est qu'elle évite les produits à forte concentrations (comme le peroxyde d'hydrogène à 30 %) qui est une source potentielle de résorptions cervicales très souvent liées dans la littérature. Le seul désavantage de la technique [perborate de sodium + eau] est la durée du traitement.





Pour pouvoir entamer un tel traitement, il faut respecter les conditions suivantes :

- un cliché radiographique doit être réalisé pour évaluer la qualité du traitement endodontique. En cas de traitement défectueux, celui-ci devra obligatoirement être repris.
- des photographies de la situation initiale de la dent à blanchir sont indispensables en préambule de tout traitement cosmétique.

Le traitement doit se dérouler ainsi :

• La cavité camérale est parfaitement nettoyée et débarrassée des résidus de tissu pulpaire et nécrotique, de ciment canalaire, qui pourraient être à l'origine d'une récurrence de la dyschromie ou bien de limitation de l'action du produit éclaircissant. On veillera toujours à préserver le maximum de tissu sain et surtout la matière organique. Ainsi, la dentine colorée saine (= dentine affectée) ne doit pas être éliminée au risque de fragiliser l'organe dentaire. Le nettoyage de la chambre se fera préférentiellement à l'aide d'une fraise boule en carbure de tungstène.

• Une cavité corono-radulaire est réalisée au dépend de l'obturation canalaire. Cette cavité s'étend jusqu'à 2 mm au delà de la jonction amélo-cémentaire. Cette distance peut être augmentée ou modifiée en cas de récession parodontale importante jusqu'à un niveau plus occlusal que l'attache épithéliale afin d'éviter l'infiltration du produit de blanchiment au niveau de l'attache épithéliale par les canalicules dentinaires, très nombreux à ce niveau. L'obturation canalaire est étanchéifiée par la mise en place d'un bouchon de ciment (CVI, CVIMAR, ciment oxyphosphate...). Ce bouchon est d'autant plus important que la notion de minéralisation des tissus dentaires est faible : plus un patient est jeune, plus la notion de jonction amélo-cémentaire doit être respectée.

• Le mélange perborate de sodium + eau en consistance « crème fraîche épaisse » est placé dans la cavité à l'aide d'un porte amalgame ou d'une spatule de bouche et sera ensuite tassé dans la cavité à l'aide d'une boulette de coton, plus ou moins humide.

• La fermeture provisoire de la dent est alors réalisée à l'aide d'un bouchon de ciment de verre ionomère ou d'un eugénate à prise rapide. La notion d'étanchéité de cette restauration interséance est essentielle : en effet, une fuite du perborate aurait pour effet de retarder ou d'annuler l'efficacité du traitement. La libération des agents oxydants se fait principalement au cours des 10 premiers jours ; il est conseillé de le laisser 3 semaines pour obtenir un résultat optimal. Passé ce délai, on peut renouveler le produit de blanchiment en cas de nécessité. En général, il suffit de 1 à 2 applications (3 au maximum) pour obtenir un bon éclaircissement. Le nombre de séance dépend directement de l'intensité et de l'âge de la coloration.

• Lorsque l'éclaircissement est satisfaisant, il reste à rincer, sécher et placer une obturation provisoire et attendre au moins 1 semaine avant de réali-

ser l'obturation finale à l'aide de composite monté par stratification. Ce temps d'attente permet un collage amélo-dentinaire sans défaut de polymérisation, le peroxyde d'hydrogène amenant une boue dentinaire qui se dissout pendant ce laps de temps (fig. 6). La condition essentielle de la stabilité de la teinte est aussi liée à la bonne herméticité de la restauration coronaire et canalaire.

• Des photographies de fin de traitement et des radiographies sont réalisées en fin de traitement et lors de chaque séance de contrôle, qui sont espacées de 6 mois.

Le vieillissement tissulaire intervenant, la dent blanchie pourra de nouveau se colorer dans le temps. On observe des récurrences variant de 1 à 5 ans en moyenne. Les récurrences les plus importantes sont observées chez les jeunes patients. La technique perborate de sodium + eau pourra alors de nouveau être effectuée.

La technique très simple est résumée dans les schémas suivants :

Fig. 1 à Fig. 6 : les étapes cliniques du blanchiment interne sur dent dépulpée

> **Fig.1 :** Importance de l'évaluation de qualité de l'obturation canalaire et de la perte de substance coronaire avant tout blanchiment interne.

> **Fig. 2 :** Nettoyage de la cavité camérale et élimination de ses résidus de tissu pulpaire et nécrotique, de ciment canalaire, qui pourraient être à l'origine d'une récurrence de la dyschromie.

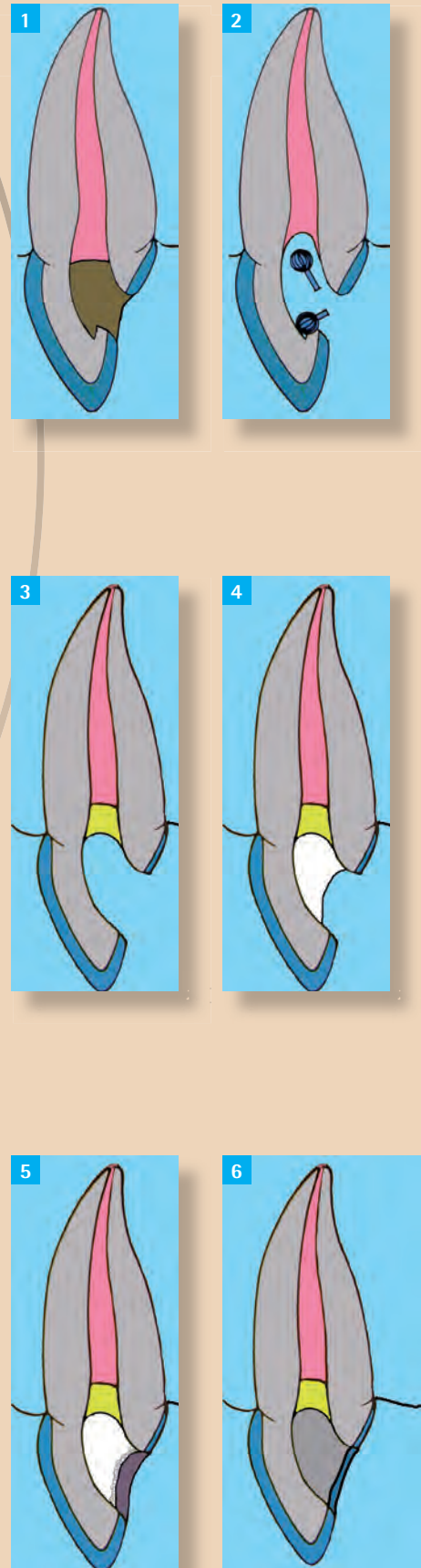
> **Fig.3 :** Réalisation d'une cavité corono-radulaire au dépend de l'obturation canalaire. Cette cavité s'étend jusqu'à 2 mm au delà de la jonction amélo-cémentaire. L'obturation canalaire est étanchéifiée par la mise en place d'un bouchon de ciment.

> **Fig.4 :** Le mélange perborate de sodium + eau en consistance « crème fraîche épaisse » est placé dans la cavité à l'aide d'un porte amalgame ou d'une spatule de bouche et sera tassé dans la cavité à l'aide d'une boulette de coton.

> **Fig.5 :** La fermeture provisoire de la dent est réalisée à l'aide d'une petite boulette de coton et d'un bouchon de ciment de verre ionomère ou eugénate à prise rapide.

> **Fig.6 :** Après éclaircissement, la dent est restaurée à l'aide un composite, de teinte claire, monté par stratification.

L'âge de la décoloration ainsi que le degré de minéralisation du patient influence directement le temps du traitement. La condition essentielle de la stabilité de la teinte obtenue est liée à la bonne herméticité des restaurations qu'elles soient canalaire ou de reconstitution coronaire. Cependant, le vieillissement tissulaire intervenant, la dent traitée aura à nouveau, dans le temps, une teinte un peu plus différenciée que celle des dents adjacentes quelles soient naturelles et vivantes ou recouvertes prothétiquement. Il s'agit d'une technique qui est souvent présentée comme « temporaire » pour nos patients.





CLINIC

Focus

Cas cliniques

Cas 1

7a



Cas d'une coloration gris rose suite à un choc sur 21, 5 ans auparavant.

7b



Résultat après 2 séances de perborate de sodium : on peut noter la bonne intégration de couleur, avec toutes les caractérisations initiales de cette dent après traitement.

Cas 2

8a



Choc sur 11 et 21 – couleur grise de la dent 21 – la 11 est à surveiller régulièrement.

8b



Après 2 séances de perborate, l'éclaircissement est très satisfaisant. En fin de traitement, la dent semble souvent plus opaque : il faut attendre 6 à 8 semaines avant que la dent ne retrouve sa translucidité naturelle.

Cas 3

9a



Coloration jaune, datant de 10 ans, sur 11, suite à un choc. Le composite sur cette dent est maintenu en place.

9b



Contrôle du traitement (en 2 séances) après 2 ans. Le composite sur 11 n'a pas été refait.

9c



9d



Vue naturelle de la bouche avant et après traitement.





Cas 4



Coloration jaune très intense sur 22, suite à un traumatisme très ancien.



Résultat après une séance de perborate + eau et motivation du patient par enseignement de l'hygiène orale.

Cas 5



Jeune patiente présentant une coloration jaune intense et homogène sur 21 suite à un traumatisme.



Résultat après une seule séance de traitement : il est très important de bien respecter la zone du collet anatomique pour placer le bouchon de CVI chez les jeunes patients.



Aspect avant et après traitement en situation normale.



Cas 6



Traumatisme sur 11 avec fracture de l'angle mésial, ayant entraîné une coloration jaune.



Résultat après 2 séances de traitement : très bonne intégration de la couleur ; la patiente n'a pas souhaité refaire son angle fracturé.



Photographies de la bouche avant et après traitement.



Conclusion

Avec une technique simple, rapide et reproductible, il est extrêmement facile de répondre à une demande esthétique tout en respectant l'intégrité tissulaire. Magne et Belser décrivent dans leur livre « restaurations adhésives en céramiques sur dents antérieures » (quintessence, 2003) une approche très rationnelle : au chapitre 3, intitulé « modalités thérapeutiques ultraconservatrices », on peut lire : « Le choix doit d'abord se porter sur les protocoles les plus simples (traitements chimiques et composites directs) avant d'envisager des techniques plus sophistiquées (facettes et couronnes), en cas de nécessité absolue ... La maîtrise de ces techniques et une sélection précise des indications permettent souvent d'éviter des traitements plus invasifs et donc tout risque d'atteinte de la biomécanique de la dent ».

A travers, ces lignes on perçoit tout l'intérêt de cette technique d'éclaircissement des dents dépulpées, qui reste un procédé simple, efficace et reproductible.

Bibliographie : lectures conseillées

Les dyschromies dentaires : de l'éclaircissement aux facettes céramiques – FAUCHER AJ, PIGNOLY C., KOUBI GF, BROUILLET JL. Guide clinique – Editions CDP – 2001
Traitements des dyschromies en odontologie – MIARA Alexandre et MIARA Paul – Collections Mémento – Editions CDP – 2006
Blanchiment des dents pulpées et dépulpées. CLAISSE Anne, BONNET Eric., CLAISSE Dominique. Editions Techniques - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris, France). Odontologie, 23-150-A-10,2000,10p.
Techniques d'éclaircissement dentaire et projet esthétique. LOUIS Jean-Jacques, BONNET E. Réalités Cliniques – Vol 14 2003 : 393-407.
Eclaircissement interne des dents dépulpées : les clés du succès. LEHMANN Nicolas, BONNET E., Clinic (Paris, France), N°26 : 375 - 382 - Septembre 2005.



CLINIC

Focus

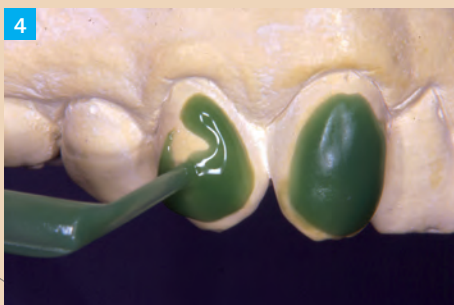
L'éclaircissement des dents vitales par la technique ambulatoire



Eclaircissement des deux arcades : cas avant et après traitement.



Plaques en polyvinyle pour la réalisation des gouttières.



Confection des réservoirs.

34

Eclaircir les dents... Pourquoi ?

Un sourire éclatant est à notre époque un signe de santé, de jeunesse. C'est un atout de séduction incontournable, « l'outil » de communication par excellence.

Actuellement, un nombre grandissant de patients insatisfaits de leur sourire souhaitent non seulement que leurs dents soient bien alignées mais aussi qu'elles soient « blanches ». La demande d'une dentisterie esthétique, différente d'une dentisterie restauratrice exclusive, est de plus en plus forte.

Chacun rêve du sourire de stars de magazine. Cette exigence a permis l'élaboration de techniques d'éclaircissement des dents ; leurs applications vont le plus souvent s'intégrer dans un traitement restaurateur esthétique global que chaque praticien doit pouvoir proposer à ses patients.

Avant de prendre une orientation thérapeutique, il est capital que l'étiologie de la dyschromie des dents soit déterminée et qu'un diagnostic précis soit posé : le plan de traitement, sa durée, son coût et son pronostic en dépendent.

Il existe deux types de dyschromies dentaires :

- ◆ Les colorations d'origine externe, n'intéressant que la surface de l'émail. Elles sont dites : dyschromies extrinsèques.
- ◆ Les colorations d'origine interne, intéressant les structures amélo-dentaires dites : dyschromies intrinsèques.

Les dyschromies intrinsèques des dents pulpées peuvent avoir :

- ◆ Des étiologies héréditaires (dentinogénèse ou amélogénèse imparfaites) qui relèvent, à ce jour, exclusivement de la prothèse ;
- ◆ Des origines iatrogènes médicamenteuses (tétracycline, fluor) qui peuvent répondre aux techniques d'éclaircissement, mais dont les résultats s'avèrent décevants dans les cas sévères.
- ◆ Des causes « physiologiques » telles que la fonction et l'âge qui favorisent la formation de dentine réactionnelle intra et péri-tubulaire, ainsi qu'une diminution du volume pulpaire, rendant la dent moins translucide.

La teinte d'une dent va donc varier au cours de la vie d'un individu.

Quel est le principe de l'éclaircissement ? En quoi consiste-t-il ?

Cela fait plus d'un siècle que l'on sait que le peroxyde d'hydrogène (H₂O₂) permet de décolorer les pigments dentaires en dégageant de l'oxygène naissant (c'est un système inspiré de l'industrie textile). Il est habituellement utilisé comme désinfectant et astringent (soins de gencives).

Le produit actif va être mis en contact prolongé avec la dent, afin d'imprégner progressivement l'émail en direction de la dentine. Sur son passage, il décolorera par oxydation les pigments rencontrés.

La technique ambulatoire

Haywood et Heymann ont proposé cette technique en mars 1989 : ce fut à l'époque une révolution dans les techniques d'éclaircissement des dents pulpées qui n'existaient qu'au fauteuil avec des peroxydes à forte concentration (H₂O₂ de 40-70%), entraînant des techniques lourdes et fastidieuses pour les praticiens et le patient.

Principe

Cette méthode consiste à maintenir l'agent d'éclaircissement (du peroxyde de carbamide sous forme de gel de 10 à 22% Opalescence-Ultradent, Nite White - Discus Dental), équivalent à un gel de peroxyde d'hydrogène de 3 à 7%, au contact des dents, au moyen de gouttières en polyvinyle souple thermoformées. Le patient place lui-même la gouttière qu'il porte soit la nuit uniquement pendant six heures environ, soit deux fois par jour en respectant une période de repos de 4 à 5 heures. Le port se fait jusqu'à ce que l'éclaircissement souhaité soit obtenu, sous le contrôle du praticien bien entendu. Depuis, l'éclaircissement par la technique ambulatoire est reconnu, par notre profession, comme une méthode simple et efficace (PHOTOS 1 ET 2).

Technique

La technique repose sur la réalisation d'une gouttière thermoformée, présentant des réservoirs vestibulaires et adaptée à la denture, et sur l'apprentissage du patient (PHOTO 3).





Par le Dr Christian Pignoly

Première séance

Clinique

- ◆ Mesures préopératoires (un contrôle dentaire clinique et radiographique) puis un détartrage et polissage minutieux des dents.
- ◆ Prise d'empreinte de qualité, à l'alginate, du/ou des maxillaires à traiter.

Laboratoire

◆ **Préparation des modèles** : le moulage est coulé sans socle et taillé de façon à permettre une aspiration maximale lors du thermoformage (c'est-à-dire qu'au maxillaire, la voûte palatine est éliminée). Les zones cervicales sont nettoyées des bulles de plâtre et légèrement marquées avec une lame de bistouri pour permettre une meilleure adaptation de la gouttière.

◆ **Confection de la gouttière** : l'originalité de cette technique réside dans la réalisation de réservoirs destinés à augmenter la quantité de peroxyde de carbamide mise au contact des dents. Ils sont réalisés avec des résines teintées photopolymérisables.

◆ **Mode d'emploi de la confection des réservoirs d'espacement** (PHOTO 4) :

- maintenir les réservoirs sous le bord libre ;
- réservoirs en vestibulaire uniquement ;
- déposer une couche de résine d'espacement d'environ 0,5 mm ;
- maintenir les réservoirs à 1,5 mm de la gencive ;
- les dents dont l'esthétique n'est pas concernée ne doivent revoir de réservoir.

◆ **Thermoformage** (PHOTO 5) : réalisation de la gouttière en polyvinyle souple (de 0,7 à 1 mm d'épaisseur).

◆ **Découpage et ajustage de la gouttière** : il s'effectue après refroidissement complet de celle-ci sur le moulage de façon à éviter les déformations. La gouttière est découpée à l'aide de ciseaux fins et courbes. Les embrasures doivent être respectées, mais adoucies.

Deuxième séance

Essayage de la gouttière en bouche

Elle doit parfaitement s'adapter autant au niveau occlusal qu'au niveau cervical, sans bascule avec un bon sertissage au niveau des collets, ceci pour éviter les fuites de peroxyde de carbamide (PHOTOS 6 ET 7).

Apprentissage du patient

- ◆ Brossage des dents avant le port de la gouttière.
- ◆ Technique de remplissage de la gouttière (PHOTO 8) : quantité de gel à appliquer.
- ◆ Mise en bouche de la gouttière par pressions digitales verticales et horizontales sur les réservoirs (PHOTO 9).

◆ Elimination des excès de gel par un brossage léger.

◆ Temps d'application : de 6 à 8 heures par nuit ou deux fois 4 heures avec 5 heures d'intervalle pendant le jour, une arcade à la fois.

Contrôles

Le premier intervient au bout de 24 heures : il est destiné à déceler d'éventuelles lésions des tissus mous, des sensibilités dentaires ou des problèmes liés au port de la gouttière. Les contrôles suivants s'effectueront chaque semaine. Il est à noter que le traitement s'effectue arcade après arcade afin que le patient et le praticien puissent apprécier le résultat par comparaison (PHOTO 10) ; de plus, le port simultané des deux gouttières peut entraîner des problèmes de gêne occlusale.

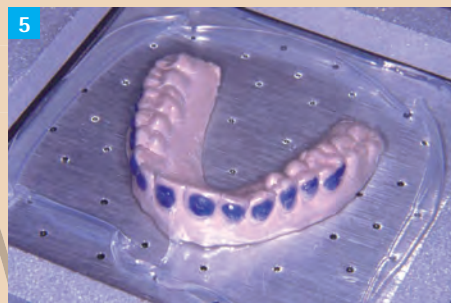
Durée du traitement

Le traitement dure en règle générale de deux à trois semaines par arcade mais peut être prolongé en cas de coloration fortement marquée. La technique ambulatoire présente de nombreux avantages pour le chirurgien-dentiste et pour son patient : elle est efficace, facile à mettre en œuvre, peu coûteuse et ne nécessite que peu de temps au fauteuil. C'est celle que l'on va privilégier dans plus de 80 % des cas que l'on a à traiter. Tout chirurgien-dentiste peut immédiatement l'adopter et la proposer à ses patients ; il peut ainsi répondre à la demande de ces derniers qui, aujourd'hui, sont très informés par les médias.

Technique d'éclaircissement combinée

Les deux techniques d'éclaircissement (au fauteuil et ambulatoire) sont différentes dans leur réalisation mais poursuivent le même but. Il est donc envisageable de combiner les deux pour obtenir un résultat plus rapide dans le cas de colorations marquées. Le traitement au fauteuil peut-être réalisé pour commencer un éclaircissement qui sera poursuivi par technique ambulatoire ou pour l'accélérer lors de chaque visite de contrôle (PHOTO 11).

Cette méthode est indiquée pour les colorations légères et moyennes mais aussi pour les colorations plus marquées pour lesquelles des concentrations plus élevées sont recommandées (PHOTOS 12 ET 13). Certains patients peuvent avoir une petite sensibilité durant le traitement : ceci n'est absolument pas dangereux et les sensibilités disparaissent au bout de 24 heures après l'arrêt du traitement. Pour pallier cet inconfort, un gel fluoré à faire porter en alternance avec le gel peut être indiqué. La question sur la pérennité du résultat obtenu est fréquente. Les dents seront définitivement plus claires, les colorations internes disparaîtront, mais qu'au cours des mois, la teinte pourra se modifier légèrement du fait des



Gouttière thermo formée en polyvinyle sur le modèle en plâtre.



Mauvais ajustage de la gouttière nécessitant son refaçonnage.



Bon ajustage de la gouttière garant du succès du traitement.



Remplissage de la gouttière à l'aide du gel de peroxyde de carbamide (Opalescence – Ultradent).



Gouttière en place au maxillaire supérieur.



CLINIC

Focus



Traitement au fauteuil par activation du gel par un générateur ultraviolet : Lampe Zoom 2 A P (Discus Dental) en première intention.

11

colorants alimentaires (PHOTOS 14, 15, 16). Il faut insister sur le fait qu'une bonne hygiène quotidienne empêchera ces pigments d'imprégner à nouveau les tissus dentaires (il faut tenir compte de la porosité de l'émail). Les habitudes alimentaires sont importantes à connaître et à modifier pendant et après le traitement : tabac, café, thé, vin rouge, alimentation fortement colorée devront être évités.

Bien que les techniques d'éclaircissement des dents soient très anciennes, puisque les premiers essais ont été faits aux Etats-Unis par le docteur Chapple en 1877, elles ne sont véritablement utilisées en Europe que depuis une vingtaine d'années.

Ces techniques se sont sans cesse améliorées, tant au niveau de leur efficacité que de leur mise en œuvre. Nous disposons actuellement d'un véritable arsenal thérapeutique pour traiter, de façon sûre et prévisible, les colorations des dents naturelles.

Il n'est pas pour autant destiné à se substituer aux restaurations prothétiques, mais, grâce aux résultats constants et encourageant obtenus, il constitue une alternative thérapeutique intéressante et peu mutilante, pouvant même dans certains cas être associé à des traitements prothétiques par recouvrement partiel tout céramique.

Références bibliographiques

Faucher A.J., Pignoly C. Koubi G. Les dyschromies dentaires : de l'éclaircissement ... aux facettes céramiques. Guide clinique. Edition C D P, 2001.

Goldberg M, Bohien F; Bonnet E, Claisse-Crinquette A, Dartigues J, Louis JJ. L'éclaircissement dentaire, évaluation des thérapeutiques. Dossier Association Dentaire Française 2005

Haywood VB, Heymann HO. Nightguard vital bleaching. Quintessence Int. 1989; 20:173-178.

Nathoo SA. The chemistry and mechanisms of extrinsic and intrinsic discoloration. J Am Dent Ass 1997; 128:6-10.

Dr Christian Pignoly (MCU-PH-Marseille)

10



Eclaircissement du maxillaire supérieur en contraste avec la mandibule (après 15 jours de port de gouttière nocturne).

12



Avant et après le traitement combiné.

13



14



15



16



Cas avant traitement ambulatoire, après 2 semaines de port de gouttière et contrôle à 4 ans montrant le maintien de la teinte.

36





American Hospital of Paris

Sous l'égide de l'Association Excellence in Dentistry

COLLEGE INTERNATIONAL
de MEDECINE et CHIRURGIE
INTERNATIONAL COLLEGE
of MEDICINE and SURGERY

3

COURS EXCEPTIONNELS

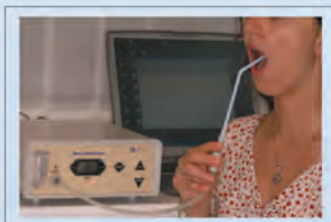
À L'HÔPITAL AMÉRICAIN DE PARIS

Soirée
du Jeudi
31 Mai 2007
19h30
Cocktail
19h30 - 20h15
Présentations
20h15 - 22h15

MAUVAISE HALEINE

Une approche pluridisciplinaire

Savez-vous répondre à la demande de vos patients ?



■ Intervenants

Dr L. Ben Slama
Dr M. Caraman
Dr M. Davarpanah
Dr S. de Corbière
Dr R. Doumith
Dr G. Khayat
Dr M. Rugina
Dr O. Spatzierer
Dr S. Szmukler-Moncler
Dr A. Sztern

Frais de participation : 65€ (Chèque à l'ordre de l'EID)

Ce livre vous sera offert lors de la réunion

Journée
du Samedi
16 Juin 2007
9h00
18h30

GREFFES SINUSIENNES ET IMPLANTOLOGIE

3 chirurgies en direct et 13 présentations

Les options thérapeutiques

Les biomatériaux

Les innovations technologiques

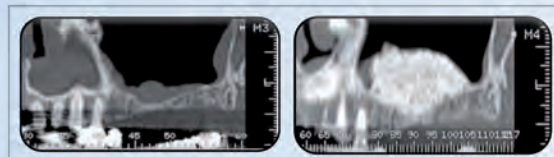
- Chirurgie piézo-électrique
- Nano-technologies et surfaces implantaires

■ Intervenants

Dr JF. Andreani (Ahp)
Dr L. Benslama (Ahp)
Pr JP. Bernard (Genève)
Dr M. Caraman (Ahp)
Pr A. Coste (Créteil)
Dr G. Hage (Beyrouth)
Dr PM. Khoury (Paris)
Pr P. Missika (Paris)
Dr JD. Piekarski (Ahp)
Dr M. Rugina (Ahp)
Pr S. Szmukler-Moncler (Bâle)
Dr JF. Tuslane (Ahp)
Pr C. Vacher (Paris)

■ Anesthésistes

Dr M. Abiad (Ahp)
Dr M. Korvin (Ahp)
Dr JF. Perré (Ahp)
Dr A. de Ribier (Ahp)



Radiographies des sinus avant et après intervention

Frais de participation : 260€ (Chèque à l'ordre de l'EID)

Soirée
du Jeudi
5 Juillet 2007
19h00
Cocktail
19h30 - 20h15
Présentations
20h15 - 22h15

TRAITEMENT ESTHÉTIQUE DU SECTEUR ANTÉRIEUR

**Optimiser la symbiose entre la biologie et la clinique
en intégrant les nouvelles technologies**

■ Intervenants

Dr G. Audi
Dr S. Molloy
Dr P. Raygot
Dr M. Davarpanah
Dr P. Rajzbaum

Frais de participation : 60€ (Chèque à l'ordre de l'EID)



Avant Après

Qualité de la réhabilitation prothétique sur implant.

Organisateurs : Dr M. Davarpanah (Ahp), Dr S. de Corbière (Ahp)

Lieu : Centre de Conférences C.V. STARR - Pavillon Florence Gould - 55, bd du Château - 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Renseignements et inscriptions : American Hospital of Paris - Madame Nathalie BILLET

82, bd de la Saussaye - 92200 NEUILLY-SUR-SEINE - Tél. 01 46 41 25 91 - E-mail : nathalie.billet@ahparis.org



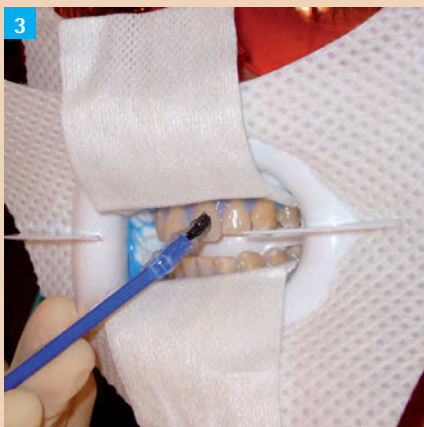
Eclaircissement au fauteuil Une solution efficace et rapide



Présentation du coffret zoom 2



Mise en place du champ protecteur



Application de gel à base de 20 % de peroxyde d'hydrogène

La dyschromie dentaire est un problème courant, plus ou moins préoccupant selon la personnalité de chacun. En effet, elle touche tous les âges de la vie, de l'édification des tissus avant même que la dent ne fasse son éruption, puis tout au long de son existence sur l'arcade. La diversité des manifestations de ces dyschromies est le reflet de la rencontre d'une grande variabilité étiologique avec une structure dentaire complexe, pluritissulaire.

Certaines formes altèrent fortement l'esthétique et le retentissement peut être très important, entraînant des difficultés d'insertion et des troubles psychologiques non négligeables, la différence étant parfois source de moqueries et de mise à l'écart dès le plus jeune âge. Les dents possèdent une fonction « ornementale », elles contribuent à l'esthétique et ont un rôle dans la communication.

D'autre part, nous vivons dans une société où l'apparence est considérée comme très importante. Depuis longtemps, les dentistes ont cherché à traiter les dyschromies dentaires avec plus ou moins de succès. De nos jours, nos patients souhaitent obtenir un éclaircissement dentaire rapide et efficace. Les techniques ambulatoires décrites par Haywood et Heymann (1) en 1989 ont fait la preuve de leur efficacité avec un recul clinique de près de 20 ans.

Néanmoins, ces techniques sont en perte de vitesse car nos patients souhaitent obtenir un éclaircissement rapide de leurs dents. Les techniques dites au "fauteuil" sont devenues incontournables si l'on souhaite réaliser des éclaircissements.

De plus, cet acte au fauteuil contrôlé par le praticien s'apparente à un acte professionnel et à un véritable traitement. Le grand « tapage médiatique » avec l'explosion des dentifrices extrêmement abrasifs à base de bicarbonate et la vente libre en parapharmacie et grande surface de produit éclaircissant témoignent de l'engouement de la population pour un sourire éclatant.

Le système décrit est celui associant un gel à base de peroxyde d'hydrogène à 20 % bénéficiant de la technologie ACP c'est-à-dire l'utilisation d'un phosphate de calcium amorphe (Fig.1), permettant une reminéralisation spontanée, une diminution des sensibilités (2).

L'action du gel est potentialisée par une lampe dont le spectre s'échelonne de la lumière visible aux rayonnements ultraviolets.

A qui s'adresse ce type de traitement ?

Toute personne peut bénéficier d'un éclaircissement dentaire par le système ZOOM 2 à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent et des adolescents dont le volume pulpaire important peut être à l'origine de sensibilités per et post opératoires. En outre, de par le mode d'activation lumineuse, elle ne doit pas être appliquée aux patients sensibles à la lumière ou qui suivent une puvathérapie ou une photochimiothérapie, ni à ceux qui sont atteints de mélanome.

La première consultation correspond à un interrogatoire et à un examen clinique qui vont permettre d'établir un plan de traitement tenant compte du motif de consultation, du pronostic ainsi que de la motivation du patient (3).

Certaines habitudes alimentaires comme la consommation de café, de vin et de tout autre aliment chromogène ne contre-indiquent pas le traitement. Néanmoins, le praticien devra mettre en garde ces patients du risque de récurrence précoce de la dyschromie par apposition de dépôts à la surface qui assombrissent la dent.

La technique utilisée comme la plupart des autres techniques n'a aucun effet sur la teinte des céramiques ou composites. Cependant, l'éclaircissement des dents peut faire « ressortir » une restauration qui jusqu'à présent était bien intégrée.

L'examen clinique traditionnel dentaire et parodontal doit permettre de mettre en évidence des lésions carieuses qui devront être traitées avant d'envisager le traitement par éclaircissement. En cas de présence d'amalgame sur les dents concernées par l'éclaircissement, ces derniers devront être déposés. En effet, le principe actif utilisé est un puissant oxydant qui serait susceptible d'augmenter la corrosion des amalgames (4).

La présence de fêlures de l'émail peut s'avérer problématique si elle est associée à une sensibilité dentinaire. Tout comme la présence de récessions gingivales qui peuvent s'avérer être totalement insensibles comme l'inverse.

Le praticien doit jauger la sensibilité dentinaire des patients afin de ne pas risquer de l'accentuer.

Par le **Dr Nicolas Cheleux**



Phase d'activation lumineuse de 15 minutes



Cas clinique n° 1 stade initial



Cas clinique n°1 résultat

Protection des muqueuses

Tout d'abord, une crème de protection écran total est appliquée sur les lèvres du patient puis est mis en place l'écarteur. La crème assure son rôle protecteur vis-à-vis des rayonnements UV et permet d'éviter la déshydratation des lèvres pendant la procédure. Un masque de protection est positionné sous les collettes de l'écarteur. Des compresses spécifiques fournies, dont le tissage est très serré, vont permettre d'isoler les muqueuses. Deux compresses sont roulées et placées chacune dans le vestibule supérieur et inférieur. Deux autres compresses sont dépliées et positionnées verticalement afin de protéger le nez et le menton. D'autres compresses sont dépliées et enfouies latéralement pour protéger la muqueuse jugale. Une dernière compresse protège le plancher buccal. Elle est placée entre les dents des deux arcades, sur le protège langue de l'écarteur. Une digue en résine fluide photopolymérisable est appliquée directement sur la gencive, cette digue doit suivre les contours des collets.

A ce moment là, si le praticien le désire, un collet dénudé et sensible peut être recouvert de résine afin d'éviter la survenue de sensibilités per et post opératoires. La couche de résine ne doit pas excéder 2 mm d'épaisseur afin que la polymérisation puisse correctement se réaliser. La photopolymérisation s'effectue avec un mouvement de balayage durant une dizaine de secondes. La résine fluide sert également à joindre les compresses. A ce stade là, il ne faut pas observer de « rose » : toutes les muqueuses doivent être isolées. Ensuite on protège les yeux avec des lunettes spécifiques (Fig.2).

Mise en place du principe actif

Il faut appliquer sur les deux arcades une solution activatrice. Ensuite le gel d'éclaircis-

sement contenu dans une seringue auto mélangeuse délivrera un gel à base de peroxyde d'hydrogène à 20 %. Cette seringue doit être sortie du frigo au moins 6 heures avant la séance. En cas d'oubli il faut plonger la seringue dans un bol d'eau chaude à environ 50°C pendant une dizaine de minutes et attendre 5 minutes avant d'utiliser le produit. Cette technique moins fiable s'avère quand même efficace. On mélange le produit issu de la seringue dans un godet pendant quelques secondes. Avec un pinceau fourni, le gel est appliqué à la surface des dents que l'on souhaite éclaircir. L'épaisseur de la couche doit être la plus homogène possible et ne doit pas excéder 2 mm d'épaisseur (Fig.3).

Activation lumineuse

Un guide de lumière se fixe à la lampe et s'insère sur l'écarteur en bouche. Ce dispositif stable permet de concentrer l'intensité lumineuse sur les deux arcades. Le praticien et le patient doivent porter des lunettes de protection fournies. Trois cycles d'activation lumineuse de 15 minutes chacun vont être réalisés (Fig.4). Après le premier cycle, le gel est aspiré puis une nouvelle solution d'activateur va être déposée suivie d'une nouvelle application de gel.

Une deuxième phase d'activation lumineuse est réalisée, puis une troisième, selon le même protocole.

Procédure post-opératoire

A la fin du troisième cycle, le gel est aspiré puis on retire le champ protecteur. Un rinçage est alors possible pour finir d'éliminer la présence de gel résiduel. La surface des dents est séchée et un gel de 2 à 3 mm d'épaisseur à base de nitrate de potassium à 5 % et de fluorure de sodium à 0,22 % est alors appliqué durant 5 minutes. Ce gel va permettre de favoriser la reminéralisation de la dent ainsi qu'atténuer les sensibilités.

Afin de pérenniser l'éclaircissement dans le temps, il est recommandé voire nécessaire d'accompagner cette procédure au fauteuil par une technique ambulatoire. Le praticien aura pris le soin de faire réaliser des gouttières thermoformées. Après avoir vérifié la bonne adaptation des gouttières, en accord avec le patient, le choix se portera soit sur un port nocturne avec du gel Nite white turbo à base de peroxyde d'hydrogène à 6 % pendant trois nuits soit un port de deux fois 30 minutes par jour pendant trois jours avec le gel Day white concentré à 7,5 %.

Sensibilité per ou post opératoire

La survenue de sensibilités per-opératoires est relativement peu fréquente alors que les sensibilités postopératoires concernent deux patients sur trois. Généralement, une prémédication à base d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène 200 mg) est préconisée avec une prise une heure avant la séance. La prise d'un ou deux comprimés quatre heures après la séance permet d'atténuer la sensibilité.

Eclaircissement obtenu

Les patients présentant une coloration des dents tirant vers le jaune obtiennent par l'intermédiaire de cette technique des résultats très satisfaisants. Inversement les dents plutôt grises sont plus difficiles à éclaircir et les résultats obtenus sont moins impressionnants. Afin d'évaluer l'éclaircissement une nouvelle prise de teinte va être réalisée. Le teintier Vita a été classé par Swift (5) en fonction du degré de luminosité. Ce classement est présenté dans le tableau 1. Une amélioration de 8 teintes a été obtenue dans la majorité des cas traités. Le gain de teinte a été systématique avec des patients présentant des dents « jaunes » parfois jusqu'à 11 teintes. Les échecs avec des gains de 3 à 4 teintes ont été constatés avec des patients présentant des dents plutôt « grises ».



BY STEP

Step



Cas clinique n°2 stade initial



Mise en place du champ protecteur



Cas clinique n°2 résultat

La récurrence

L'éclaircissement dentaire n'est jamais définitif, il faut avertir le patient qu'au-delà d'une période s'échelonnant de deux à trois ans, la récurrence est fréquente voire systématique. Néanmoins, elle atteint rarement le niveau initial de la dyschromie. Dès lors deux possibilités s'offrent à nous soit refaire une séance au fauteuil soit une technique ambulatoire en fonction de l'ampleur de la récurrence.

Aspect médico-légal

Depuis l'arrêt Mercier de la chambre de la cour de cassation en date du 20 Mai 1936, la responsabilité du praticien est devenue contractuelle (6). Il s'établit un véritable contrat de soins entre le patient et le praticien qui a donc une obligation de moyens vis-à-vis du patient mais sans obligation de résultats. En d'autres termes, le praticien s'efforce de soigner au mieux mais ne peut garantir le résultat.

Dans le cas de traitement esthétique comme l'éclaircissement des dents, le patient vient consulter essentiellement pour obtenir une amélioration de son état. La jurisprudence civile française, bien qu'elle réaffirme l'obligation de moyens en tant que telle, a une tendance à glisser vers une obligation de résultats

lors de chirurgie esthétique ou à se montrer beaucoup plus rigoureuse en la matière (6). La cour en cas de litige sera très exigeante au regard de deux points :

- ◆ le consentement éclairé du patient au praticien,
 - ◆ la technique employée et les indications.
- L'obligation d'obtenir le consentement du patient a pour corollaire d'informer le patient sur la technique utilisée, les effets et les risques potentiels, à l'aide d'un langage simple.

Conclusion

Désormais, un « beau sourire » n'est plus limité à des dents parfaitement alignées, la blancheur devient un critère essentiel.

La dentisterie esthétique actuelle trouve un atout supplémentaire grâce aux techniques d'éclaircissement dentaire. L'apparition des systèmes en vente libre sur le marché a tendance à décrédibiliser et vulgariser l'éclaircissement dentaire, face à cela le praticien avec une technique au fauteuil propose un acte professionnel avec un plateau technique conséquent garantissant un résultat sans commune mesure.

Docteur Nicolas Cheleux

© Copyright des visuels : Nicolas Cheleux

Tableau 1 : Classification du teintier Vita selon Swift en fonction du degré de luminosité

B1	A1	B2	D2	A2	C1	C2	D4	A3	D3	B3	A3.5	B4	C3	A4	C4
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------	----	----	----	----

Références bibliographiques

1. Haywood VB, Heymann HO. Nightguard vital bleaching. Quint Int. 1989 Mar;20(3):173-6
2. Tung ST, Eichmiller FC. Amorphous calcium phosphates for tooth mineralization. Compendium 2004;25:9-13.
3. Louis JJ, De Tessière C, Camus JP. Les techniques d'éclaircissement dentaires. Clinique 1998;19:77-92.
4. Rotstein I, Dogan H, Avron Y. Mercury release from dental amalgam after treatment with 10 % peroxide carbamide in vitro. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89:216-219.
5. Swift EJ, May KN, Wilder AD, Heyman HO et coll. Six month clinical evaluation of tooth whitening system using an innovative experimental design. J Esthet Dent 1997;9:265-74.
6. Sanciaux L, Jammet P, Souyris F, Santoro JP. Le blanchiment des dents : risques thérapeutiques et conséquences médico-légales. Actual Odonto Stomatol 1993;184:569-576.





BIOLASE®

The World Leader in Dental Lasers

YSGG

Waterlase MD



La nouvelle génération 'hydrophtonique' Dental Laser
Traitement des tissus mous, durs et osseux avec un seul appareil
Soigner les caries, endo, paro etc. sans piqûre, sans douleur

Disponible en exclusivité pour
la France et Benelux chez



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

Dental Impact sarl

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 simple demande. Inscrivez-vous pour nos
séminaires (gratuit) ou demandez une visite de
nos spécialistes.





Eclaircissement sur dents vitales Les risques potentiels



Effets du peroxyde d'hydrogène sur l'émail et la dentine

Certaines études ont décrit une diminution de la microdureté (1-5) ainsi que de faibles modifications morphologiques de surface de l'émail et de la dentine (6-10), particulièrement quand le pH des produits éclaircissants est acide (11, 12). Les défauts morphologiques décrits incluent notamment une augmentation de la rugosité (6) et une augmentation non uniforme de la porosité de l'émail

et de la dentine (2-5). Selon l'étude de Bistey et al., (2006), les défauts morphologiques observés sont proportionnels à la durée du traitement et à la concentration de peroxyde d'hydrogène utilisée lors de la procédure d'éclaircissement (13). Cependant, les effets induits par les produits éclaircissants sur l'émail et la dentine 1) sont moindres comparés à ceux qui sont observés suite à l'utilisation d'acide orthophosphorique (6) et 2) peuvent être contre-balançés par le potentiel de reminéralisation de la salive (11, 14, 15).

Effets sur les matériaux de restauration

Certaines études in vitro ont montré une augmentation de la libération de mercure à partir d'amalgames exposés à 10% de peroxyde de carbamide (16, 17). Le taux de mercure libéré étant plus important au niveau des amalgames non polis (18), la réalisation d'un polissage est par conséquent conseillée avant d'entreprendre une procédure d'éclaircissement.

Par ailleurs, du fait de l'induction par les agents éclaircissants d'une augmentation de la porosité des verres-ionomères (19), ces derniers devront être remplacés à la fin du traitement.

Effets sur la force d'adhérence des résines composites aux tissus durs de la dent

Lorsque le collage est réalisé immédiatement après la procédure d'éclaircissement, il y a une diminution de la force d'adhérence des résines composites à l'émail et à la dentine (20-28); Cette diminution se traduit physiquement par une

mauvaise interface entre l'émail et les résines composite (21, 29, 30) et a été attribuée principalement à l'inhibition de la polymérisation des résines composites par les radicaux libres qui ont diffusé dans l'émail et la dentine (21, 23, 24, 29, 30).

Il a cependant été montré que les valeurs d'adhérence retournent à la normale entre 24 heures (23) et 3 semaines (31), en fonction des études. Sur la base de ces données, il est donc recommandé de laisser un délai d'au moins 3 semaines entre la réalisation de l'éclaircissement et le collage des résines composites.

Sensibilités dentaires

Du fait de son faible poids moléculaire, le peroxyde d'hydrogène est capable 1) de diffuser à travers l'émail et la dentine, 2) d'atteindre la chambre pulpaire et 3) d'entraîner une inflammation réversible des tissus pulpaire à l'origine de sensibilités dentaires transitoires (32-36).

Les sensibilités dentaires représentent un effet secondaire majeur des éclaircissements réalisés sur dents vitales puisqu'une étude réalisée par Haywood et al., (1994) a montré qu'elles concernent 52% des patients ayant réalisés un éclaircissement avec 10% de peroxyde de carbamide pendant 6 semaines (37). Ces sensibilités sont cependant transitoires et cessent généralement avec l'arrêt du traitement ou peu après (37-39). Aucun dommage pulpaire irréversible n'a été décrit dans les études cliniques qui ont évalué les effets à long terme des éclaircissements sur dents vitales (37, 40, 41).

Par ailleurs, il existe actuellement des produits éclaircissants qui contiennent des agents désensibilisants comme le nitrate de potassium, le fluorure ou le phosphate de Calcium Amorphe et qui permettent de diminuer les sensibilités dentaires induites par le peroxyde d'hydrogène (42, 43).

Toxicité

Pendant la réalisation d'un éclaircissement sur dents vitales, notamment lorsque la technique ambulatoire est utilisée et dans les premières heures qui suivent la mise en place de la gouttière, une certaine quantité de peroxyde d'hydrogène est libérée dans la cavité buccale et est par conséquent ingérée (44). Le peroxyde d'hydrogène étant une molécule agressive, la question de sa toxicité systémique chronique s'est posée naturellement.

Les tests de toxicité réalisés chez la souris ont montré que les effets toxiques commencent à être observés à partir de 26 et 37 mg de peroxyde d'hydrogène par kg de poids corporel (PC) et par jour chez les mâles et les femelles respecti-

En fonction de leurs étiologies, le traitement esthétique des dyschromies peut faire appel aux techniques d'éclaircissement basées sur l'utilisation du peroxyde d'hydrogène. L'efficacité de cette molécule repose sur sa capacité à générer des radicaux libres qui vont diffuser dans l'émail et la dentine et oxyder les pigments organiques qui s'y trouvent. Le peroxyde d'hydrogène représente par conséquent une molécule de choix pour l'éclaircissement dentaire, cependant son utilisation soulève certaines questions quant à ses éventuels effets indésirables sur les tissus de la cavité buccale mais également sur la santé générale.





Drs Maryline Minoux & René Serfaty

vement (45). Cette dose à partir de laquelle des effets toxiques commencent à apparaître est appelée NOAEL (No-Observed-Adverse-Effect-Level).

L'extrapolation à l'homme des résultats obtenus chez l'animal nécessite l'utilisation d'un facteur de sûreté de 100 parce que l'on considère i) que l'homme est 10 fois plus sensible que l'animal et ii) que la différence de sensibilité entre les personnes varie d'un facteur de 10 (46).

Pour un NOAEL chez l'animal de 26 mg de H₂O₂/kg PC/jour et un facteur de sûreté de 100, la dose d'exposition maximum à ne pas dépasser chez l'homme correspond donc à 0,26 mg de H₂O₂/Kg PC/jour.

Pendant la réalisation d'un éclaircissement sur dents vitales selon la technique ambulatoire, Dahl et al., (2003) ont calculé que pour une personne de 60 kg et quand 500 mg de peroxyde de carbamide à 22% sont mis en place dans une gouttière, 0,16 mg de H₂O₂ sont ingérés par kg de PC et par jour (46). Dans une autre étude, Hanig et al., (2006) ont montré que l'application de 500 mg de peroxyde d'hydrogène à 10% pour une période de 60 min. induit la libération dans la salive de 0,04 mg de H₂O₂/kg de PC (47). La quantité de peroxyde d'hydrogène ingérée étant inférieure à la dose limite correspondant à 0,26 mg de H₂O₂/kg de PC/jour, lorsque l'éclaircissement est réalisé à l'aide d'une gouttière et sous la surveillance d'un chirurgien-dentiste, il n'y a donc pas de risques de toxicité chronique.

Effets mutagènes et cancérigènes

L'efficacité du peroxyde d'hydrogène dans le processus d'éclaircissement repose sur sa ca-

pacité à générer des radicaux libres. Or, des études réalisées in vitro ont montré que les radicaux libres sont capables d'entraîner des modifications de l'ADN, comme par exemple des cassures simple-brin (48). Les mutations de l'ADN étant une cause majeure de développement des cancers (49), certaines interrogations ont été émises quant aux effets cancérogènes potentiels du peroxyde d'hydrogène utilisé lors des éclaircissements dentaires.

Les études in vitro, réalisées sur des cellules en cultures, sont essentielles pour déterminer le mécanisme d'action des radicaux libres sur l'ADN, cependant elles ne sont pas suffisantes pour étudier leur potentiel cancérogène.

En effet, les conditions expérimentales utilisées dans les études in vitro ne permettent pas de reproduire l'environnement qui existe in vivo (50); en particulier les mécanismes de défense des cellules en culture ne sont pas les mêmes que ceux d'un organisme humain (51, 52), ce dernier possédant des anti-oxydants capables de contre-balancer l'action des oxydants. Ces anti-oxydants sont représentés essentiellement par des enzymes mais aussi des vitamines comme les vitamines C et E.

Pour évaluer le potentiel cancérogène des produits éclaircissants, le passage à un système d'étude in vivo chez l'animal est par conséquent indispensable. Les études in vivo se sont penchées sur la capacité du peroxyde d'hydrogène à jouer le rôle d'un initiateur de tumeurs, d'un promoteur de tumeurs ou d'un carcinogène complet (53-59).

De nombreuses études ont été réalisées chez



l'animal et à la lumière de leurs résultats, l'agence internationale pour la recherche sur le cancer (IARC) a conclu qu'il n'y a pas de risques chez l'homme concernant le potentiel cancérogène du peroxyde d'hydrogène utilisé lors des éclaircissements dentaires (60).

Conclusion

Les questionnements concernant les effets indésirables du peroxyde d'hydrogène utilisé comme produit éclaircissant a généré de nombreuses études et publications.

La recherche actuelle réalisée dans ce domaine semble cependant soutenir la sûreté des techniques d'éclaircissement quand ces dernières sont supervisées par un chirurgien dentiste.

Dr Maryline Minoux

Assistante Hospitalo-universitaire

Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Dr René Serfaty

Maître de conférences

Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg

Références bibliographiques

- Basting RT, Rodrigues Junior AL, Serra MC. The effect of 10% carbamide peroxide bleaching material on microhardness of sound and demineralized enamel and dentin in situ. *Oper Dent* 2001;26:531-9.
- Rodrigues JA, Basting RT, Serra MC, Rodrigues Junior AL. Effects of 10% carbamide peroxide bleaching materials on enamel microhardness. *Am J Dent* 2001;14:67-71.
- Basting RT, Rodrigues AL, Jr., Serra MC. The effects of seven carbamide peroxide bleaching agents on enamel microhardness over time. *J Am Dent Assoc* 2003;134:1335-42.
- Lewinstein I, Fuhrer N, Churaru N, Cardash H. Effect of different peroxide bleaching regimens and subsequent fluoridation on the hardness of human enamel and dentin. *J Prosthet Dent* 2004;92:337-42.
- Basting RT, Rodrigues AL, Jr., Serra MC. The effect of 10% carbamide peroxide, carbopol and/or glycerin on enamel and dentin microhardness. *Oper Dent* 2005;30:608-16.
- Ernst CP, Marroquin BB, Willershausen-Zonnchen B. Effects of hydrogen peroxide-containing bleaching agents on the morphology of human enamel. *Quintessence Int* 1996;27:53-6.
- Ben-Amar A, Liberman R, Gorfil C, Bernstein Y. Effect of mouthguard bleaching on enamel surface. *Am J Dent* 1995;8:29-32.
- Kwon YH, Huo MS, Kim KH, Kim SK, Kim YJ. Effect of hydrogen peroxide on the light reflectance and morphology of bovine enamel. *J Oral Rehabil* 2002;29:473-7.
- Spalding M, Taveira LA, de Assis GF. Scanning electron microscopy study of dental enamel surface exposed to 35% hydrogen peroxide: alone, with saliva, and with 10% carbamide peroxide. *J Esthet Restor Dent* 2003;15:154-64.
- Yeh ST, Su Y, Lu YC, Lee SY. Surface changes and acid dissolution of enamel after carbamide peroxide bleach treatment. *Oper Dent* 2005;30:507-15.
- Shannon H, Spencer P, Gross K, Tira D. Characterization of enamel exposed to 10% carbamide peroxide bleaching agents. *Quintessence Int* 1993;24:39-44.
- Nathoo SA, Chmielewski MB, Kirkup RE. Effects of Colgate Platinum Professional Toothwhitening System on microhardness of enamel, dentin, and composite resins. *Compend Suppl* 1994;S627-30.
- Bistey T, Nagy IP, Simo A, Hegedus C. In vitro FT-IR study of the effects of hydrogen peroxide on superficial tooth enamel. *J Dent* 2006.
- Lopes GC, Bonissoni L, Baratieri LN, Vieira LC, Monteiro S, Jr. Effect of bleaching agents on the hardness and morphology of enamel. *J Esthet Restor Dent* 2002;14:24-30.
- de Freitas PM, Basting RT, Rodrigues JA, Serra MC. Effects of two 10% peroxide carbamide bleaching agents on dentin microhardness at different time intervals. *Quintessence Int* 2002;33:370-5.
- Rotstein I, Dogan H, Avron Y, Shemesh H, Steinberg D. Mercury release from dental amalgam after treatment with 10% carbamide peroxide in vitro. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:216-9.
- Ahn HJ, Song KB, Lee YE, Lee JT, Cho SA, Kim KH. Surface change of dental amalgam after treatment with 10% carbamide peroxide. *Dent Mater J* 2006;25:303-8.
- Rotstein I, Avron Y, Shemesh H, Dogan H, Mor C, Steinberg D. Factors affecting mercury release from dental amalgam exposed to carbamide peroxide bleaching agent. *Am J Dent* 2004;17:347-50.
- Turker SB, Biskin T. Effect of three bleaching agents on the surface properties of three different esthetic restorative materials. *J Prosthet Dent* 2003;89:466-73.
- Stokes AN, Hood JA, Dhariwal D, Patel K. Effect of peroxide bleaches on resin-enamel bonds. *Quintessence Int* 1992;23:769-71.





Astuces pour la réalisation de restaurations directes en résine-composites

Les restaurations en résines composites demeurent très opérateur dépendant malgré les progrès des matériaux existants. Les composites sont incontournables dans les plans de traitement proposés à des patients toujours plus soucieux de l'esthétique des reconstitutions réalisées.

La reproductibilité d'une technique valide son utilisation quotidienne et un protocole doit être mis en place pour gérer au mieux les difficultés inhérentes à ces restaurations.

Reconstitution du point de contact proximal



Cas initial

La maîtrise de systèmes de matricage permet d'obtenir des points de contact puissants et fonctionnels. L'échec à court terme des reconstitutions en composites est dû dans plus de 33 % des cas à un contact proximal défectueux.

La réussite est basé sur quelques principes :

- ◆ créer un espace durant la reconstitution tout en protégeant la face proximale adjacente.
- ◆ utiliser un système de matricage avec un écartement puissant et stable.

Le système Triodent (société WAM) associe des coins interdentaires (Wave-Wedge) aux formes adaptées à la zone interproximale ainsi que des matrices métalliques (Tab-Matrix) maintenues par un anneau écarteur (V-Ring) s'appuyant sur les deux dents concernées par la reconstitution : cela permet de maintenir la matrice et l'écartement induit par le coin interdentaire. La forme en « v » de la partie cervicale de l'anneau ménage un espace pour le coin assurant l'ergonomie du système.



Système de matricage en place



Forme ergonomique du coin interdentaire



Matricage en place



Injection du substitut dentinaire type composite chémo polymérisable

Cependant le remplissage de la partie profonde de la cavité en technique sandwich ouvert ou fermé à l'aide de matériaux chémo polymérisable pallie à cette difficulté. Les composites chémo polymérisables (carie à marche lente) et les ciments verre-ionomères actuels (carie plus active) sont les matériaux de choix pour cette indication. La restauration est terminée par l'apport en surface d'un composite micro-hybride nanochargé à usage antéro-postérieur monté par apports successifs selon la technique du composite « up » (décrite par les Prs J.L Brouillet et G.Koubi. Faculté de Marseille).

Polissage

Un dégrossissage est réalisé à l'aide de fraises diamantées bague rouge et bague jaune. La phase finale du polissage s'effectue par le passage de pointes silicones. L'utilisation de brochettes de type Astro-brush assure un lustrage des reconstitutions et l'obtention d'un état de surface biocompatible.



Lustrage



Reconstitution terminée

Gérer la rétraction de prise des résines composites

Le reproche qui peut être fait aux reconstitutions en composites est le temps de réalisation de celles-ci. En effet, la nécessité de faire des petits apports de matériaux pour limiter sa rétraction à la photopolymérisation conditionne la pérennité de la restauration mais est également très chronophage.

**Drs J.L Victor, G. Weisrock,
S. Koubi, H.Tassery**



Réparations Turbines Contre angles et Micromoteurs TOUTES MARQUES



www.turbine-reparation.com

Expédiez vos travaux à:

DENTAM Réparations

Le Ligue

1074 avenue de Lattre de Tassigny

83600 Fréjus

Tél. 04 94 40 11 80

Coût d'1
appel local

0 875 239 715

**Révision complète
toutes marques
remplacement rotor
272 € TTC**



**REPARATIONS TOUTES
MARQUES**
Kavo
W&H
Bien Air
SIRONA
MK-dent
Micro Méga
etc..



Forfaits complets
turbines toutes marques

Révision entière,
avec changement du rotor complet
(roulements aciers)

272 €

(roulements céramiques)

342 €

Débouchage

38 €

Garantie 6 mois

Contre angles micromoteurs
(toutes marques)
Sur DEVIS

Enlèvement possible

Egalement:

Vente de rotors et accessoires
pour les réparations pour
toutes marques

Vente de turbines
Titane, céramiques



MEGA DENTAL

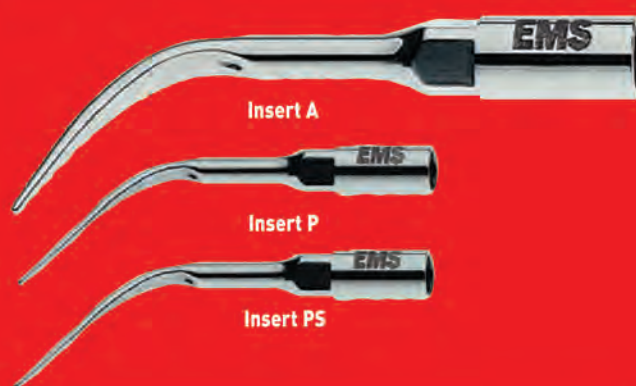
Le spécialiste du hard discount en 24 h chez vous

OFFRE SPÉCIALE EMS

INSERTS PROPHYLAXIE EMS

	Unité	Par 3
Insert A + combi Torque réf. 3913-099	82^{€50} 77€	67€
Insert P réf. 3917-099	94^{€50} 85€	78€
Insert PS réf. 2351-125	113[€] 107€	92€

PROMO
HARD DISCOUNT
82^{€50}
67€
-18%



HARD DISCOUNT

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

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

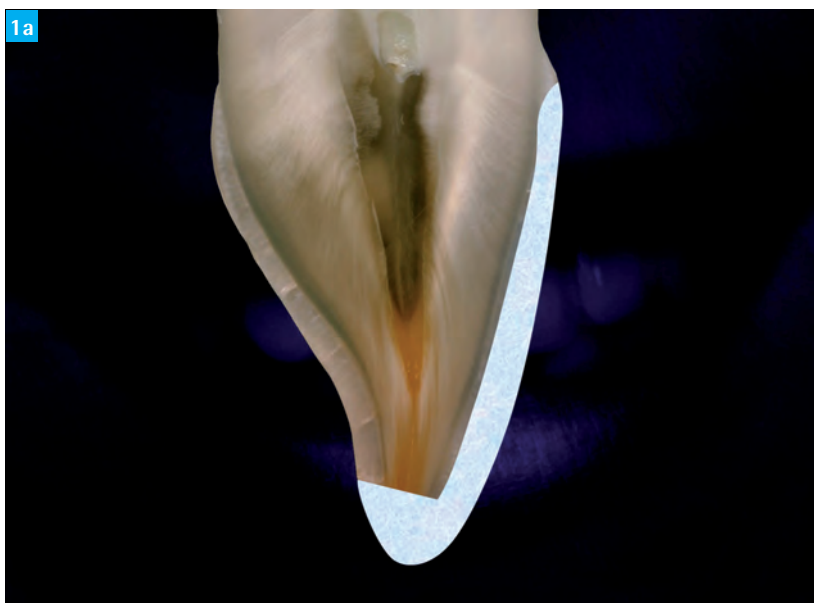
Mega Dental SAS au capital de 80 000€ - RCS Corbeil-Essonne n° 409 405 792 - Offres non cumulables avec les offres promotionnelles, photos non contractuelles.
Sous réserve d'erreurs typographiques. Dans la limite des stocks disponibles. Mega Dental se réserve le droit de modifier la marque du cadeau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



Gros Plan

Les Facettes de céramique collée Un pas décisif dans la restauration du sourire de nos patients

Nos patients sont de nos jours très informés des possibilités dentaires cosmétiques. De ce fait, l'esthétique du sourire devient une préoccupation quotidienne pour l'omnipraticien, ce qui rend la pratique clinique plus motivante et créatrice. Les facettes pelliculaires de céramique permettent tout à la fois un respect biologique élevé, une économie tissulaire importante et des qualités esthétiques jusqu'à présent inégalées. Leur succès repose sur l'amélioration des céramiques feldspathiques conventionnelles et sur la fiabilité des procédures de collage aux tissus dentaires. La technique des facettes ne peut s'envisager que combinée avec des procédures maximales de traitements de surface et de collage. En effet, les préparations pelliculaires ne donnent en elles-mêmes aucune rétention biomécanique. Un collage maîtrisé sous-entend l'utilisation obligatoire pour la céramique d'un traitement à l'acide fluorhydrique, suivi d'un silanage et de l'utilisation d'un adhésif de principe de 4^{ème} génération (M&R 1 ou M&R 2 selon la classification de Michel Degrange) [1-2-3].



Pascal MAGNE et Urs BELZER ont démontré dans leur concept de la « biomimétique » l'excellente résistance mécanique des facettes de céramique feldspathiques collées qui restaurent la résistance naturelle de la dent jusqu'à 96% [4-5-6]. Dans notre exercice, nous ne réalisons que des facettes de céramiques feldspathiques car elles sont réactives à l'acide fluorhydrique et au silanage par leurs phases vitreuses, garantissant ainsi l'efficacité du collage.

Les infrastructures cristallines alumineuses et zircons, même si elles ont des qualités mécaniques accrues, gardent une aptitude au collage hypothétique et encore mal codifiée [7]. Les facettes s'inscrivent le plus souvent dans des plans de traitement esthétiques pluridisciplinaires, après orthodontie, chirurgies muco-gingivales et traitements d'éclaircissement.



Le mimétisme des facettes

Les facettes de céramique collée donnent d'excellents résultats esthétiques. Ceci tient au fait que ces préparations sont pelliculaires et se font en grande partie au détriment de l'émail. Elles n'altèrent pas le noyau dentinaire qui donne à la dent sa tonalité chromatique et sa saturation (Fig. 1a). La facette ne fait que transmettre les dimensions colorées dentinaires et contribue au degré de luminosité de la restauration. Par son caractère semi translucide elle se fond dans la couleur des dents voisines, c'est ce que l'on définit sous le terme de mimétisme des facettes.

D'autre part, leurs limites généralement supra gingivales sont esthétiques et s'altèrent peu avec le temps ce qui garantit la santé du cadre gingival (Fig. 1b).



Les quatre conditions du collage


◆ Choix adapté du matériau de collage

Le choix de la colle est une question souvent posée par les praticiens. Tous les produits proposés peuvent être classés en trois familles (fig.2). Les colles les plus récentes, dites « autoadhésives » sans traitement de surface, sont réservées aux couronnes tout céramiques ou céramo-métalliques. Pour les facettes, elles n'offrent pas de mordantage suffisant de l'émail et ont un faible collage à la céramique non traitée. La deuxième famille regroupe les colles composites à monomères réactifs. Certaines utilisent des systèmes automordants SAM (Panavia®) qui mordantent peu l'émail, d'autres ont des joints de colle assez épais qui peuvent devenir inesthétiques en se colorant dans le temps (Superbond®). Elles ont d'autre part peu de choix de teinte (Panavia®, Superbond®) en comparaison des colles composites. Elles sont plutôt réservées aux collages des attelles métalliques, des bridges et des couronnes périphériques céramiques ou céramo-métalliques. La dernière famille regroupe les colles composites de bases bisGMA microchargées. Ce sont les produits de choix pour le collage des facettes (tous les produits cités figure 2 colonne de gauche en jaune sont utilisables). Ces colles sont photo ou dual, proposées dans un grand nombre de teintes avec souvent des pâtes d'essais cliniques et des viscosités adaptées à la manipulation des facettes. Le joint obtenu après polymérisation se polit facilement.

◆ Isolation et champ opératoire

La mise en place d'un champ opératoire étanche est une condition pré requise au collage. Elle est plus facile lorsque les limites sont supra gingivales comme c'est fréquemment le cas dans les préparations pour facettes collées (fig.3). La mise en place de cordonnets rétracteurs, avant la digue de caoutchouc, est une garantie supplémentaire pour arrêter les fluides gingivaux et d'éventuels saignements.

2 FACETTES DE CERAMIQUE



ADHERENCE® (Septodont)
CHOICE® (Bisico)
DUOLINK® (Bisico)
CALIBRA® (Dentsply)
ENFORCE® (Dentsply)
LUTE-IT® (Pentron)
NEXUS® (Kerr)
VARIOLINK II® (Ivoclar)
VARIOLINK Veneer® (Ivoclar)
RELY X ARC® (3M)
PARA CEM® (Coltène)

Colles Composites Bis-GMA

Fonction carboxylique
4-META

SUPER BOND® (Sun Med)
CHEMIACE II (Sun Med)
MAC-10
M-BOND® (Tokuyama)
BISTITE II DC (Pred)

Fonction phosphatigie MDP

PANAVIA 21® (Kuraray)
PANAVIA F® (Kuraray)

Colles Composites + Monomère réactif

RELY X UNICEM® (3M)
MAX CEM® (Kerr)
MULTILINK SPRINT (Ivoclar)
BIS CEM (Bisico)

Colles Auto-adhésives

D'après C. AZEVEDO & P. COLON rev. Réalités Cliniques 16 (4) 2005

Choix de la colle pour facettes céramiques

◆ Qualité de la photopolymérisation

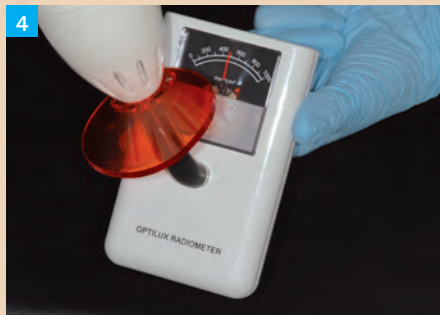
Pour un bon collage, un contrôle régulier de la lampe à photopolymériser, halogène ou à LED, à l'aide d'un luxmètre est indispensable (fig.4). Une intensité lumineuse de 400 mW/cm² est le minimum nécessaire pour une polymérisation à 2 mm de profondeur avec un taux de conversion suffisant. La diminution d'intensité provient du vieillissement des ampoules, de la détérioration du système optique de transmission ou même parfois de l'accumulation de composites à l'extrémité de la fibre optique.

◆ Elimination des excès

Les colles polymérisées sont beaucoup plus difficiles à éliminer que les ciments traditionnels (fig.5). Il est recommandé d'enlever à l'aide de pinceaux la plus grande partie des débordements de colle avant polymérisation. Cependant des résidus polymérisés sous gingivaux et proximaux qui persistent devront être éliminés à l'aide d'instruments à main (bistouris – curettes parodontales), de strips diamantés (strip diamanté rouge de Komet®) ou d'instruments rotatifs prudemment utilisés sans détériorer les marges de céramique.



Mise en place de la digue pour le collage d'une facette sur 22



Contrôle de la puissance de photopolymérisation



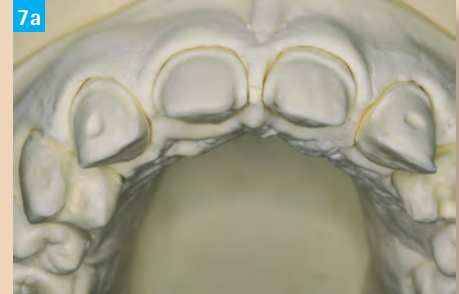
Les excès de colle polymérisée doivent être soigneusement éliminés du sulcus



Gros Plan



Situation en fin de traitement orthodontique



Formes des préparations pour facettes sur 12-11-21-22



Formes des préparations pour facettes sur 12-11-21-22



La prothèse transitoire est un modèle pour réaliser les facettes définitives



La prothèse transitoire est un modèle pour réaliser les facettes définitives

Cas clinique

Les orthodontistes nous envoient de nombreux patients pour parfaire le résultat esthétique en fin de traitement, en particulier dans des cas d'agénésies dentaires.

48

Les facettes de céramique apportent une solution durable à l'amélioration du sourire lorsque l'on cherche à modifier la ligne incisive, fermer des diastèmes résiduels, frontaliser les incisives centrales ou fermer des embrasures gingivales trop ouvertes. Le cas que nous présentons est un cas d'agénésie des deux incisives latérales maxillaires traitées tardivement chez l'adulte (patiente de 22 ans en début de traitement) par la mise en place des canines à la place de des incisives latérales. La patiente présentait aussi une inclusion d'une canine mandibulaire (33) qui a été tractée orthodontiquement (traitement ODF du Dr Jean Darqué, Bordeaux). La patiente avait refusé à l'époque la mise en place d'implants en 12 et 22 qui aujourd'hui s'avérerait la meilleure solution prothétique.

◆ Analyse initiale

En fin de traitement orthodontique, la patiente présente un sourire peu harmonieux (fig.6a). La ligne incisive est plate, les incisives centrales sont trop effacées par rapport aux canines placées en incisives latérales. Les pointes cuspidiennes des premières prémolaires sont trop visibles et des diastèmes résiduels ont été comblés par des collages de composites sur les canines (Fig.6b). D'autre part, les couleurs des incisives sont peu lumineuses et les canines sont trop saturées.

◆ Types de préparations

On choisit des préparations pour facettes simples sur les canines pour pouvoir les remodeler en incisives latérales. On peut noter, sur les préparations de 13 et 23, la forme de centrage (fraise boule diamantée diamètre 14/10^{ème}) que nous réalisons pour améliorer le positionnement de la facette qui a tendance à « flotter » sur la colle lors de son positionnement final (fig.7a). Les incisives centrales ont des préparations pour des facettes à recouvrement occlusal, afin de pouvoir fermer les diastèmes et modifier la ligne incisive. Toutes les limites cervicales sont nettement supra gingivales car les dents ne présentent pas de dyschromies importantes (Fig.7b).

◆ Rôles de la prothèse transitoire

La prothèse transitoire, réalisée par méthode directe (résine Unifast® de GC) établit des proportions agréables entre les incisives centrales et latérales (Fig.8b). Les faces vestibulaires des quatre incisives sont vestibulées, les diastèmes importants (Fig.8a) sont fermés par des surcontours proximaux. En occlusion, les deux incisives centrales prennent en charge de manière simultanée et équilibrée la propulsion (Fig.8c). La latéralité est prise en charge par la première prémolaire qui joue le rôle d'une canine, et un inlay de classe 2 permet d'améliorer cette fonction latérale.





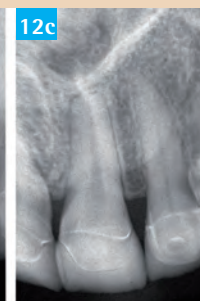
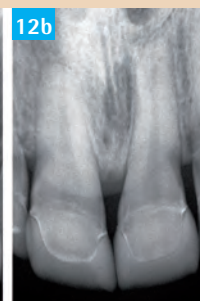
Modèle de travail réalisé par la technique de double coulée et fausse gencive en plâtre



Facettes et inlays de céramique feldspathique (Initial® de GC) (prothésiste M Leriche)



Réglage de l'occlusion dynamique en latéralités et propulsion



Radiographies rétro alvéolaires des facettes collées

◆ Modèle de travail

Le modèle de travail est réalisé par une technique de double coulée (inspirée de la technique de Willy Geller) où les préparations unitaires sont décortiquées en « carottes » de dépouille (Fig.9a), puis sont repositionnées dans l'empreinte qui subit une deuxième coulée. On obtient une fausse gencive en plâtre et le modèle global de repositionnement (Fig.9b et 9c). La réplique précise de la gencive permet d'harmoniser parfaitement les galbes des facettes avec ceux des tissus mous (technique de Marc Leriche).

◆ Facettes feldspathiques

Les pièces prothétiques sont en céramique feldspathique (Initial de GC®) (Fig. 10a et 10b), qui même si elle ne présente pas une grande résistance mécanique intrinsèque (résistance à la flexion de 80Mpa), trouve sa résistance fortement augmentée par le principe du collage cohésif avec le support dentaire. Nous prenons souvent l'exemple d'une table de cuisine

en formica. Le formica qui est un matériau très fragile qui casse lorsqu'on le plie mais qui devient extrêmement résistant lorsqu'il est collé sur le support de bois de la table. Les avantages d'une céramique vitreuse sont une bonne esthétique donnée par la stratification et ses qualités de translucidité et d'opalescence.

◆ Concepts occlusaux

Dans les techniques de facettes collées, le contrôle de l'occlusion est essentiel. Le prothésiste doit être particulièrement attentif à ces réglages lors du repositionnement des facettes sur le maître modèle car le praticien ne pourra effectuer de corrections qu'après collage des pièces prothétiques. Les inlays de classe 2 des premières prémolaires permettent d'améliorer la protection latérale (Fig.11a et 11c) et les passages de propulsion sont bien rodés sur les faces palatines des deux centrales (Fig.11b). Les corrections sont repolies mécaniquement par le passage de pointes montées de trois grains en silicures diamantés.

◆ Respect biologique

Le respect biologique commence par le respect pulpaire permis par la technique des facettes collées.

La préparation des tissus durs est minime par rapport aux couronnes et cela constitue un argument important en faveur des facettes pour la patiente (Fig. 12a, 12b et 12c). De plus, la céramique est un matériau hautement biocompatible car neutre au niveau chimique et avec un état de surface glacé qui n'accroche pas la plaque bactérienne.

L'étanchéité d'un joint prothétique collé est aussi garante d'une faible colonisation bactérienne à long terme. En témoigne la stabilisation très rapide et durable du parodonte marginal aux limites cervicales des facettes collées (Fig.13a et 13b).





Gros Plan



Intégration parodontale des facettes à 15 jours



Amélioration de la ligne incisive par la réalisation de facettes sur 12-11-21-22



Amélioration du sourire par l'éclaircissement et la réalisation d'incisives centrales dominantes grâce aux facettes sur 12-11-21-22



Amélioration du sourire par l'éclaircissement et la réalisation d'incisives centrales dominantes grâce aux facettes sur 12-11-21-22



Un sourire retrouvé améliore l'image de soi et a un impact psychologique positif



◆ Améliorations du sourire

Les facettes de céramique reproduisent les modifications validées par les prothèses transitoires. Le choix d'incisives centrales dominantes a été accepté par la patiente et son entourage. Il nous permet de fermer les diastèmes importants qui subsistaient en fin d'orthodontie entre les canines et les incisives centrales. Les profils d'émergence des facettes ont repositionné les papilles proximales de manière harmonieuse (Fig.14a et14b).

En fin de traitement, la ligne incisive suit les courbes de la lèvre inférieure. L'harmonie des rythmes développe un sentiment agréable lorsque l'on regarde la patiente [8-9]. L'augmentation du volume vestibulaire des incisives donne plus de soutien à la lèvre supérieure qui s'ourle de manière plus sensuelle. L'éclaircissement du sourire projette les dents plus en avant et contribue au rajeunissement de l'expression.

La transformation des canines en incisives latérales est indécélable dans le sourire ce qui

était notre objectif principal (Fig.15a et 15b).

L'amélioration du sourire de cette jeune patiente a eu un impact psychologique important du fait du regard différent de l'entourage. Elle n'a plus peur de sourire et est plus épanouie ce qui est notre meilleure récompense dans notre travail parfois difficile (Fig. 16a et 16b).

Conclusion

Les critères de succès des traitements esthétiques par facettes collées reposent sur l'analyse esthétique pré prothétique qui définit les objectifs à atteindre [9], sur la parfaite maîtrise de la procédure de collage de la céramique et sur l'acceptation par le patient et son entourage des modifications esthétiques proposées. Elles doivent, dans tous les cas, faire l'objet d'une prévisualisation virtuelle ou par la technique des masques [10].

Dr. Jean-François LASSERRE,
chirurgien-dentiste (France)
& Marc LERICHE,
prothésiste dentaire (France)
12 rue Fondaudège 33000 Bordeaux

Références bibliographiques

1. Calamia JR. Etched porcelain facial veneers: a new treatment modality based on scientific and clinical evidence. N.Y. J. Dent.1983;(53):255.
2. Calamia JR, Vaydianathan J, Vaydianathan TK and Hirsch SM. Shear bond strength of etched porcelain. J. Dent. Res. 1985;(64):296.
3. Sorensen JA, Engelman MJ, Torres TJ, Avera SP. Shear bond strength of composite resin to porcelain. Int. J. Prosthodont. 1991 ;4 (1):17-23.
4. Magne P and Douglas WH. Porcelaine veneers: Dentin bonding optimization and biomimetic recovery of the crown. Int J Prosthodont. 1999; (12):111-121.
5. Magne P, Belsler U. Restorations adhésives en céramique sur dents antérieures. Approche biomimétique. Quintessence International. 2003 ; 405pp.
6. Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke-Wauters M and Vanherle G. Five years clinical performance of porcelain veneers. Quintessence Int. 1998;(29):211-221.
7. Lasserre JF, Pham Van V, Chevalier JM. Restaurations céramiques du secteur antérieur : évolution et révolution dans les concepts. Stratégie prothétique. 2005 ;5 (4):247-260.
8. Magne M, Magne P, Belsler U. Natural and oral aesthetics Part III: fixed partial dentures. J Esthet dent 1994 ; 6:15-2.
9. Paris JC, Faucher AJ. Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients. Quintessence International, 2004 ; 309pp.
10. Douglas WH. Additive contour of Porcelain veneers: a key element in enamel preservation, adhesion, and esthetics for aging dentition. J Adhes. Dent.1999b;(1):81-92.



V Ring

kit intro
330EUR

Des contacts parfaits en toute simplicité même sur de grandes cavités

- Une mise en oeuvre agréable et excessivement simple
- Des contacts parfaits assurés par un anneau vraiment puissant et des matrices anatomiques très fines (3/100^{ièmes}).
- Un excellent maintien de la matrice, même sur de grandes cavités, grâce à l'empattement du "V".
- Un ajustement cervical de la matrice facilité par la libre circulation des coins dans l'espace du "V"
=> réduction des excès de composite
=> réduction, voire élimination du travail de polissage interdentaire.



Céramométalivore

à partir de
2,49EUR/ fraise

Une fraise Carbure de Tungstène efficace et vraiment réutilisable au prix d'une simple fraise jetable

- Une fraise ultra-résistante grâce à sa structure monobloc
- Découpe aussi aisément le métal que la céramique, tout en préservant des éclats de céramique*.
- Idéale pour la réalisation de préparations coronaires en phase de décortication (version Céramométalivore Ultra)
- Préserve vos contre-angles. La structure monobloc assure une meilleure axialisation de la fraise, réduisant ainsi les vibrations transmises à vos pièces à mains.



WAMkey®

kit intro
197EUR

En quelques secondes, descellez vos coiffes sans risque pour la dent et réutilisez immédiatement la prothèse de façon provisoire ou permanente.



WAM'X®

kit intro
446 EUR

**Ne prenez plus de risque!
Finis les dispositifs complexes!
Descellez vos pivots en quelques minutes sans risque pour la racine sans stress pour le patient.**



Pour bénéficier de nos offres (offres "satisfait ou remboursé", "duo packs", "pack intro"), contactez-nous directement:

WAM
56 boulevard Danielle Casanova
13014 MARSEILLE
tél: 04 91 58 27 67
fax: 04 91 58 23 98

email: contact-fd@wamkey.com
site internet: www.wamkey.com

WAM
Toujours en avance sur l'innovation

* dans la plupart des cas, la céramique est préservée.

Protilab

Après à peine plus d'un an d'existence, ce laboratoire de prothèse d'importation compte environ 600 clients praticiens, dont 70% sont installés en Province. Le laboratoire est certifié ISO-9001 et les matériaux certifiés CE.

Frédéric Samama est gérant de Protilab

Diplômé de l'ESSEC en 1995, Frédéric Samama a été trader sur les marchés de taux d'intérêt à Paris de 1996 à 2000, puis à New York de 2000 à 2005. Début 2006, il fonde le laboratoire Protilab avec l'ambition d'en faire un des principaux acteurs du marché de la prothèse dentaire d'importation. Il y assure, depuis, le rôle de directeur administratif et financier.



Nicolas Humbert est le directeur de laboratoire de Protilab

Ce prothésiste diplômé de l'enseignement supérieur a travaillé à Montréal et à Paris. Début 2006, il participe à la création du laboratoire Protilab avec Frédéric Samama en tant que responsable technique. Durant l'année 2006, Nicolas Humbert a mis sur pied l'équipe de techniciens qui tous les matins procèdent au tri, à la coulée et au reconditionnement des empreintes venant de la métropole avant d'être re-expédiées en Asie. Cette équipe de techniciens assure un dialogue continu avec les clients praticiens et les techniciens en Asie.



Richard Abulius

Prothésiste de renommée internationale. Son laboratoire à Paris fait partie des adresses de l'excellence. Secrétaire général et ex-président de la Société

Française de Dentisterie Esthétique (SFDE), il est également Président fondateur de l'Institut Européen de Formation Dentaire (www.IEFD.com). Aujourd'hui, il consacre essentiellement son temps à former ses pairs. Consultant et conférencier international, Richard Abulius est membre de comités de lectures de plusieurs revues scientifiques.



Prothèse française versus

La prothèse d'importation est de plus en plus présente dans le paysage odontologique français. Il nous a semblé intéressant de réunir des laboratoires d'importations et de les confronter avec des prothésistes conventionnels de proximité afin d'appréhender le futur de la prothèse dentaire française. Le prothésiste de proximité va-t-il disparaître au profit des laboratoires qui se délocalisent ? La prothèse d'importation est-elle de qualité ? A quel prix devons-nous payer notre prothèse ? Toutes ces questions sont posées à nos invités sur l'avenir d'un partenaire essentiel au chirurgien-dentiste. Le syndicat des prothésistes dentaire (UNPPD) avait également été convié à assister à ce débat mais les contraintes du calendrier ne leur ont pas permis d'être présents.

Dr Norbert Cohen : Dans le futur de l'odontologie française, existe-t-il une place pour la prothèse de proximité ou au contraire risque-t-elle de disparaître au profit de la prothèse d'importation ?

Grégory Scialom : Ce débat existe depuis une vingtaine d'années lorsque la prothèse d'importation est apparue en France. Depuis, il n'a cessé de prendre de l'ampleur. Aujourd'hui, nous avons des chiffres qui révèlent qu'après vingt années d'existence, la part de marché de la prothèse d'importation est inférieure à 15 % du marché prothétique global. Quand je me balade sur Eugéno (forum Internet de chirurgiens-dentistes, ndlr) et que je vois que je fais un chiffre d'affaires de 250 ou 300 millions d'euros, je tombe de ma chaise. Ces chiffres sont très loin de la réalité !

Arthur Zarakolu : Selon moi, la part de marché de la prothèse d'importation est inférieure à 10 %.

Richard Abulius : Le chiffre est inférieur à 10 % pour ceux qui déclarent ouvertement être des laboratoires d'importation. Mais beaucoup de prothésistes sont sollicités par des laboratoires marocains, turcs, des pays de l'est, chinois et collaborent plus ou moins régulièrement avec eux. Ceux là ne sont pas recensés, car ils sont considérés comme des prothésistes français « traditionnels ». A mon avis, ces laboratoires sont nombreux.

Arthur Zarakolu : Les chances de survie de la prothèse conventionnelle se positionnent en fonction de sa valeur ajoutée.

Frédéric Samama : Nous n'avons pas du tout la vocation de remplacer les laboratoires traditionnels. Nous nous présentons comme un laboratoire complémentaire pour le chirurgien-dentiste, et ce principalement pour les « cas sociaux », ces patients qui ne pourraient pas payer le prix « plein pot » d'une céramique traditionnelle.

Concrètement, il y aura toujours des laboratoires de proximité, parce qu'il permettent une interaction optimum entre le chirurgien-dentiste et le

© PERO-DESIGN - FOTOLIA



prothésiste, le technicien. Nous faisons le maximum, nous avons des Web Cam pour une interaction facilitée entre les techniciens en Chine, les techniciens à Paris et le chirurgien-dentiste, mais nous ne pourrions jamais remplacer cette proximité créée par l'échange humain, physique et direct. Ensuite, en terme de cadences, nous ne pourrions jamais tenir certains délais, pour des travaux qui doivent être réalisés en deux ou trois jours.

Nicolas Humbert : Les laboratoires d'importation ne s'adressent pas uniquement aux patients bénéficiant de la CMU. Il ne faut pas oublier que le salaire moyen français s'élève à 1600 euros. Par

JS prothèse d'importation

conséquent, tout le monde ne peut pas mettre 800 à 1 000 euros dans une céramique.

Christophe Hue : Notre valeur ajoutée, c'est le contact que l'on crée avec les praticiens. On les rencontre. Effectivement, certains praticiens sont demandeurs de prothèses « basiques ». Mais il existe heureusement des praticiens demandeurs de réalisations « esthétiques » avec un haut degré d'exigence qui nous sollicitent. Pour réaliser ces travaux, il m'arrive de prendre deux ou trois rendez-vous avec le patient et le chirurgien dentiste pour tendre vers un résultat optimum. Je peux bloquer une matinée entière pour un seul rendez-vous. Dans ce cas, il est évident que l'on ne peut pas sous-traiter.

quatre praticiens de proximité pour faire des manipulations d'empreinte, de vissage, dévissage...

Humainement, je trouve que les prothésistes ont aujourd'hui un rapport qui s'est équilibré avec les praticiens. On les conseille, la profession a changé, il y a un véritable échange. On nous demande notre avis et notre avis est respecté, alors que cela n'a pas toujours été le cas. Notre communication s'améliore avec le praticien.

Le seul danger pour les prothésistes conventionnels serait de ne pas proposer un service de qualité. Selon moi, ces prothésistes-là sont amenés à disparaître, ou du moins à voir à l'avenir leur activité menacée.



A propos de la prothèse sur implants, des praticiens se mettent à l'implantologie sans avoir été préalablement formés. Ils sont demandeurs de formation. Nous avons un certain recul en implantologie dans notre profession. Je suis déjà allé en rendez-vous chez un praticien pour expliquer ce qu'est un transfert d'empreinte, comment une empreinte sur implant est-elle réalisée, à quoi l'accastillage prothétique sert-il, les différences qu'il existe selon les marques... Je leur explique comment cela fonctionne en laboratoire. Actuellement, notre laboratoire met en place une mini-formation qui réunira une fois par mois, trois ou

Richard Abulius : La proximité n'est pas le seul avantage de la prothèse conventionnelle. Les travaux d'excellence, notamment sur implant, ne peuvent pas être réalisés à l'étranger. Cela arrive souvent à des patients d'arriver avec la photo de Claudia Schiffer ou de Claudia Cardinale et de dire : « Je veux les mêmes dents ». Il est très difficile de satisfaire ce type de patients. Au départ, bien sûr, la place est faite à la discussion. Il faut dire ce que nous pouvons réaliser, faire des back up, les essayer en bouche, corriger, allonger, raccourcir. Je parle évidemment de cas d'esthétique où les gens ont les moyens.



Christophe Hue

Christophe Hue ouvre son laboratoire en septembre 1998 à Deuil la Barre, dans le Val d'Oise. D'abord seul, il emploie un premier salarié en 1999.

Aujourd'hui, le laboratoire Christophe Hue compte sept salariés. En septembre prochain, l'ouverture d'une nouvelle structure professionnelle à Montmorency (95) sera consacrée à l'implantologie et à la prothèse assistée par ordinateur, un centre de formation où les deux professions (prothésistes et chirurgiens-dentistes) pourront collaborer et échanger leur savoir-faire.

Dès le début, le souci de l'esthétique a conduit ce prothésiste à effectuer des formations et des stages de plus en plus perfectionnés, l'amenant inévitablement à se diversifier : il se présente au D.U. de prothèse faciale appliquée à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris et au diplôme inter universitaire d'expertise médico-légale à l'hôpital Georges Pompidou à Paris.

Labocast

Fondé en 1988, Labocast est numéro un sur le marché de la prothèse dentaire en France. Depuis 1992, Labocast a lancé un partenariat de production près de Hong-Kong et depuis 1996, un site a été ouvert au cœur de la zone Océan Indien. En 2000, une gamme prothétique a également été lancée dans le cadre du siège parisien du groupe. Partenaire de plus de 2 500 praticiens, d'un nombre croissant de centres de soins et d'établissements hospitaliers, la stratégie de Labocast repose sur la qualité des services rendus aux praticiens : création d'un centre d'appels dédié, nouveau progiciel, logistique performante. **Grégory Scialom est directeur général** de Labocast.

Fabrice Bellarbre est responsable technique Labocast. Prothésiste expérimenté, il s'intéresse tout particulièrement au contact clientèle et à la qualité. Ce débat était l'occasion pour eux de participer à un échange de vue original entre prothésistes de proximité et laboratoires d'importation.



Fabrice Bellarbre

Grégory Scialom





Arthur Zarakolu

36 ans, est prothésiste depuis 1986. Il s'est mis à son compte en 2001. En 2003, il fait l'acquisition

de Procera et devient formateur pour Nobel Biocare sur les scanners Piccolo et Forte. Ce prothésiste est motivé par les technologies nouvelles et innovantes telles que les soudeuses laser, machine à coulée pression dépression, système Cresco (Astra). Aujourd'hui, son laboratoire est labellisé précision Cresco et Branemark.

Arthur Zarakolu a été présent aux congrès d'Astra Tech à New-York et de Nobel Biocare à Las Vegas. Au service du praticien et du patient, ce prothésiste de haut vol est en constante évolution, suis les conférences et est toujours présent aux divers salons. Il a notamment suivi des formations avec Richard Abulius, Jean Michel Moal et Michel Ratier.

Axel Dentaire

Frédéric et Alexandre Levy



Le laboratoire de prothèses d'importation Axel Dentaire est issu d'une aventure familiale passionnée par le métier de la prothèse. Le père, Frédéric Levy, est prothésiste depuis maintenant 27 ans. En 1997, avec son fils, Alexandre Levy, il

crée Axel Dentaire, qu'ils dirigent de concert depuis bientôt dix ans. Le laboratoire est certifié normes CE et ISO. La politique d'Axel Dentaire repose sur une attractivité du rapport qualité/prix. Conscience professionnelle, progrès techniques et innovations sont les maîtres-mots de cette entreprise.

Je parle également de proximité, car de fait, certains patients ont besoin de voir le prothésiste, et si il a besoin de moi, on prend le temps de discuter une demi-heure, une heure. Cela, on ne peut pas le faire par Web Cam avec la Chine. On fait des tests, des back up, des essais... des choses qui vont être obligatoires. En France, les autres laboratoires qui ne proposent pas ce type de service vont disparaître, malheureusement.

Dr Norbert Cohen : *L'avenir, selon vous, c'est donc les laboratoires haut de gamme, et le reste, moyen & bas de gamme, à l'étranger ?*

Richard Abulius : Pas seulement. Je pense qu'il y aura des petits laboratoires, dans des coins en France, excentrés, où les prothèses d'imports ne peuvent pas arriver facilement, qui vont perdurer. Là, on aura besoin d'eux.

Nicolas Humbert : Nous avons aussi des dentistes qui sont isolés dans leurs campagnes, qui n'ont pas de prothésiste à côté de chez eux et qui sont obligés de passer par des laboratoires d'importations.

Arthur Zarakolu : Il faut que nous, prothésistes, apprenions à « travailler ». On ne plus être qu'à la cheville, devant notre bec benzène. Aujourd'hui, dans mon laboratoire, je produis assez peu, je suis plus en relation clientèle. J'ai appris à communiquer, à me former et à créer un partenariat avec les chirurgiens-dentistes... c'est ma valeur ajoutée. Quels sont les prothésistes qui pleurent aujourd'hui ? Ce sont ceux qui travaillent bien, même ceux qui font du haut de gamme, mais qui ne savent pas communiquer, qui ne parviennent



pas à installer de relationnel avec le praticien... Beaucoup ont le savoir faire, peu ont le faire savoir.

Christophe Hue : Nous sommes des artisans. Un prothésiste ne peut plus rester juste derrière sa cheville même s'il fait du très bon travail ! Lorsque vous sortez du laboratoire, la vie bouge, les choses changent, la communication évolue, la technique progresse. Il faut former du personnel compétent

dans son laboratoire et en sortir pour en assurer la communication. Et je ne suis pas sûr que tous nos confrères aient eu cette perception là..

Frédéric Samama : C'est le sens de l'histoire, la mondialisation passe par une sorte d'échange de compétences. Effectivement, on continuera toujours à faire de la prothèse en France, notamment pour tout ce qui est haut de gamme, mais on va vers une sophistication, avec d'un côté des pays comme la France qui vont se spécialiser dans les services, et de l'autre des pays comme la Chine qui vont se spécialiser dans la production. Tout le monde va y gagner à la fin. Cette sophistication arrive aussi dans notre profession: par une meilleure communication, savoir utiliser l'outil Internet, avoir des techniques de gestion, de management. Le savoir-faire ne quittera pas la France parce que tout ce qui est haut de gamme y demeurera ...

Gregory Scialom : On a besoin, comme vous le disiez, d'une réglementation au sein même de notre profession d'importation. Certaines sociétés d'importation sont catastrophiques pour notre image. Par contre, je tiens à souligner que certains praticiens très hauts de gamme collaborent régulièrement avec nous.

Mes collaborateurs sont tous des prothésistes. Ils travaillent chez Labocast pour le traitement des commandes. En débutant chez nous, ces techniciens qui ont 40 ou 45 ans ont été obligés d'être formés par nos soins. Cette génération de prothésistes a une carence relationnelle. Ils vivaient dans une bulle, ils n'avaient pas besoin de s'ouvrir au praticien, les commandes arrivaient, cela suffisait. C'est dans cette brèche que les laboratoires d'importation ont pu s'engouffrer. Il y a une part du marché que nous avons prise à des laboratoires de proximité qui ont fermé faute de renouvellement de clientèle, du fait de cette absence de communication. Les praticiens qui sont venus vers nous, à reculons d'abord, dans des zones où il n'y avait plus d'offre locale, ont été finalement « obligés » de collaborer avec des laboratoires d'importation. Maintenant, ils en sont satisfaits.

En province, ne serait-ce que passer des coups de fils aux praticiens crée avec eux une relation qu'ils n'avaient même pas avec leur ancien prothésiste ! Le centre d'appel spécialisé que j'ai mis en place, avec un certain nombre de collaborateurs et de collaboratrices anciennes assistantes dentaires, est très apprécié. Le seul fait de passer un coup de fil pour prévenir en cas de retard ou de problème crée un lien ; ils en sont heureux !

Arthur Zarakolu : Je voudrai remercier Richard



Abulius. Un jour, dans sa formation à laquelle j'assistais, il m'a dit la chose suivante : «Aujourd'hui, ce n'est plus une relation praticien-prothésiste, mais une relation tripartite praticien-patient-prothésiste. Nous pouvons aller à la rencontre du patient, nous avons des techniques, nous avons appris à communiquer avec eux ».

Il y a quinze ans, à mes débuts, je devais faire mes dix éléments par jour et cela s'arrêtait là. Il n'y avait pas de relation d'échange entre praticien et prothésiste, on devait produire ! Maintenant, c'est très différent. J'ai décidé de changer mon métier, de faire un travail de qualité. Le patient s'en aperçoit, et au regard du travail mis en œuvre pour y arriver, il perçoit que le prix qu'il paie chez le praticien est un juste prix. Il nous le dit en remerciant son praticien et le prothésiste qu'il a senti comme un partenaire proche de son praticien.

En fin de compte, le problème réside dans le fait que le praticien lui-même ne sait pas vendre son travail. Il paye en moyenne 60 euros sa céramique dans un laboratoire d'importation. Chez nous, le prix s'élève à 125 euros, il y a donc une différence de 65 euros « seulement ». Quelques soient ses honoraires pour sa prothèse, si le dentiste la vendait 65 euros plus cher, il pourrait accéder à une qualité de travail et de service qu'il n' imagine pas et qui justifierait largement au yeux de son patient cette différence. L'objectif réside dans une honnêteté intellectuelle du praticien à l'égard de son patient. S'il achète une prothèse à moindre coût, il ne doit pas la vendre cher.

Nicolas Humbert : Oui, mais vous parlez d'une différence de 65 euros. Pour le dentiste, cela représente 50% de réduction sur sa facture de prothèse ! C'est énorme.

Grégory Scialom : Ce que vous ne comprenez pas, parce que vous collaborez avec des dentistes parisiens, c'est que, pour le reste du monde et pour la majorité des praticiens, 65 euros est une somme importante !

Mis à part quelques praticiens qui font du haut de gamme et que se fournissent malgré tout chez nous, j'estime que la plupart de nos dentistes clients ont une patientèle moins aisée. Le choix d'acheter moins cher s'impose à eux, tout simplement.

Dr Norbert Cohen : *J'aimerais maintenant que l'on parle de la qualité des prothèses. Comme le disait M. Abulius, n'y-a-t-il dans certains cas des prothèses d'importation qui, sur le plan qualitatif, supplantent celles de petits laboratoires français ?*

Frédéric Samama : C'est une bonne question. Mais c'est quelque part remettre en cause le travail du dentiste ! Car c'est au dentiste de vérifier que la prothèse est bien ajustée quand il la met en bouche. Concrètement, les prothèses fabriquées

dans nos laboratoires en Asie, selon les témoignages des praticiens, sont de qualité sensiblement équivalentes à la moyenne française.

Richard Abulius : J'ai vu des prothèses chinoises, avec un bon ajustage, une bonne occlusion, pas très belles en sculpture et en teinte, mais qui dépassaient en qualité la petite moyenne française ! Vous dites que vous voyez plein de techniciens qui travaillent bien autour de vous. Personnellement, j'en vois beaucoup qui travaillent très très mal : ils sont largement en dessous de la qualité d'importation avec des prix supérieurs. Quand les règles seront établies, le marché va se stabiliser, s'équilibrer.

Frédéric Levy : En France, il y a de bons prothésistes, mais en Chine et en Turquie également ! A ceux qui font de l'importation de choisir de bons laboratoires. Pourquoi un technicien asiatique serait-il moins bon qu'un technicien français ?

La prothèse d'importation, à mes yeux, c'est un petit peu comme un aiguillon qui viendrait réveiller les prothésistes français, ceux qui s'endormaient dans une espèce de tranquillité et qui les poussent aujourd'hui à s'améliorer, à devenir meilleur.

Richard Abulius : Je vous pose la question autrement : pourquoi Marc Leriche et d'autres grands céramistes européens vont former les Chinois et pourquoi ce ne sont pas les Chinois qui viennent former les Français ?

Frédéric Samama : Personne ne nie encore une fois que sur le haut de gamme et la très haute qualité, nous ne sommes pas pour l'instant au même niveau.

Dr Norbert Cohen : *Le dentiste qui désire une prothèse de qualité va chercher un prothésiste de qualité, ici ou ailleurs. Et le dentiste qui veut une prothèse de qualité moindre, va également trouver le prothésiste qui lui faut. Il serait intéressant de comparer les prothésistes de même niveau en France et à l'étranger. Au même niveau de fabrication, la prothèse d'importation est-elle de moins bonne qualité ou de qualité équivalente ?*

Richard Abulius : Je n'ai jamais dit qu'elle était de moins bonne qualité, bien au contraire. J'ai même ajouté qu'elle était de qualité constante. Je pense qu'en Asie, ce sont de grandes entreprises où il y a plus de contrôle de qualité, il y a un chef de ligne, un certain standard, la qualité est ainsi constante. Mais quand on passe en haut de gamme, je n'ai encore jamais vu jusqu'à présent l'équivalent de ce que nous savons faire ici.

Arthur Zarakolu : De toute façon, les prothésistes qui sont vraiment excellents en France sont reconnus internationalement. Par contre, je voudrais prendre un peu la question à l'envers :



Je pense qu'en France, nous sommes tout à fait capables d'exporter notre prothèse, et cela personne n'y a pensé !

La prothèse française est extrêmement reconnue dans le monde entier. Je connais des prothésistes qui se font payer voyage et séjour pour faire de la prothèse à Dubaï !

Dr Norbert Cohen : *D'où vient la peur du patient pour la prothèse d'importation ? Certains patients qui consultent leurs praticiens leur objectent : « J'espère que votre prothèse n'est pas faite en Chine ! »*

Frédéric Levy : Je pense que le patient a peur que ce soit hors normes, hors sécurité, hors hygiène, hors qualité... En vérité, nous délivrons un certificat de traçabilité du nom des laboratoires des normes que l'on applique. Nous sommes complètement transparents et nous appliquons toutes les normes reconnues en Europe.

Dr Norbert Cohen : *La prothèse conventionnelle est-elle encore rentable pour les laboratoires français ?*

Richard Abulius : Dans le passé, je réalisais de belles prothèses moyennes, je gagnais très très bien ma vie. Avec le très haut de gamme, en réalité, vous ne gagnez pas autant. Vous la vendez cher car elle vous revient cher. Je vends 400 euros une centrale et je ne suis pas riche. En 1991, je vendais 1 100 francs la céramique, et j'en faisais 25 par jour, seul, accompagné uniquement de deux métallistes. C'est là que j'ai gagné beaucoup d'argent.

Mais je ne veux plus travailler comme ça. Je consacre beaucoup de mon temps à faire des conférences et des formations, je fais également la prothèse qui me fait plaisir. Le haut de gamme, ça ne rapporte pas beaucoup d'argent, contrairement aux idées reçues.

Je pense que l'avenir va segmenter le marché. Il y a place pour tout le monde : ceux qui ont choisi l'importation ont choisi le bon créneau dans le moyen de gamme. C'est un choix intelligent car il y a de très mauvais prothésistes. Il y a une grande majorité de « moyens » et peu de bons. Les dentistes peu exigeants auront toujours les très mauvais prothésistes, les dentistes qui recherchent une qualité moyenne auront l'importation ou des gros laboratoires tenus par des financiers. Il va rester le haut de gamme, le « service » du haut de gamme, qui va être assuré par des laboratoires de proximité, chers, avec peu de concurrence.

Aujourd'hui, ce n'est plus une relation praticien-prothésiste, mais une relation tripartite praticien-patient-prothésiste.



Débat

Alexandre Levy : Vous avez l'impression que parce que l'on ne vend pas cher, on fait forcément du « Tati ». Ce n'est pas vrai. Peut-être qu'il y a dix ou quinze ans, nous étions sur une certaine approche de la qualité d'exportation. Mais depuis, nous augmentons régulièrement la qualité de notre service, pour arriver à une prothèse de qualité avec un coût justement très étudié. Je pense que de plus en plus, nous nous rapprochons d'une qualité supérieure. De plus en plus, nous assurons des normes de qualité, de certification, de compétences. C'est sans doute un peu condescendant de dire : « Parce que vous ne vendez pas cher, vous êtes la cible des dentistes moyens ». Non, nous sommes la cible de tous les dentistes. Du moins, c'est notre cible et je pense que la majorité des praticiens seraient étonnés de la qualité que nous proposons aujourd'hui. Il y a encore très peu de laboratoires qui font des travaux mixtes, de la galvano, des zircons en bridge complet : nous sommes compétents pour le faire. Cela fait deux ou trois ans que l'on met ces produits en avant. En toute honnêteté, nous avons un bon retour...

Richard Abulius : Pour vous, quelle est la définition du « haut de gamme » ?

Grégory Scialom : Mercedes, c'est du haut de gamme et pourtant, les voitures proposées chez Mercedes s'étendent de la classe A à la classe E.

Pourquoi un technicien asiatique serait-il moins bon qu'un technicien français ?

Arthur Zarakolu : Dans le haut de gamme de la prothèse tel que le voit Richard Abulius, ce n'est même pas chez Mercedes que l'on va chercher, mais chez Aston Martin ! Quand on parle du « haut de gamme », on va parler de Hugues Borri : il va sur le fauteuil du praticien et il s'occupe de tout. Quand on parle de « haut de gamme », on ne parle pas de faciale, mais de muscles, de positions. Dans ce domaine, le champion du monde de tir au fusil se fait refaire une dent chez un spécialiste pour qu'il puisse tirer juste. Car sa dent lui permet d'avoir une visée qui est impeccable. On va parler de posturologie, et de nombreux autres aspects que ne pourra jamais proposer la prothèse d'importation.

Alexandre Levy : Nous travaillons sur une bonne gamme de produits, dans un bon rapport qualité/prix.

Grégory Scialom : Même en cas de meilleure communication au cabinet, vous avez toujours un plafond maximum que votre patientèle ne pourra pas suivre.

Christophe Hue : Je le vois tous les jours, je travaille avec des praticiens qui ont fait des formations de management, où ils amènent toute leur équipe pour apprendre comment communiquer avec leurs patients. Le premier rendez-vous dure une heure et demi, afin de connaître exactement les motivations du patient. Chez les prothésistes, nous parlons de prothèse à deux vitesses. Les praticiens parlent également de dentisterie à deux vitesses.

J'ai des praticiens qui vendent des plans de traitement importants, d'autres qui continuent à fonctionner au coup par coup. Il y a des praticiens qui ne pourront pas s'en sortir financièrement parce qu'ils ne communiquent pas. Nous on communiquons différemment. Je suis « Procera » depuis cinq ans, je suis devenu depuis un laboratoire mentor : nous avons été choisis par Nobel Biocare, nous sommes huit en France. Je passe pas mal de production en Suède. Moi aussi, j'ai délocalisé. Nous sommes quelque part tous obligés de sous-traiter à quelqu'un.

Je pense que c'est très dur d'avoir des salariés en France. J'ai démarré mon activité tout seul. J'allais voir les praticiens la journée et je travaillais la nuit. C'est vrai que les deux premières années, j'ai dû travailler 18h par jour. Maintenant, effectivement, je me paie le luxe d'aller rencontrer des dentistes, de m'offrir des formations. Notre génération des 30-50 ans a encore le sens du travail mais je ne suis pas sûr que la nouvelle génération sera capable de marcher sur nos pas. J'espère continuer à réaliser de belles prothèses mais je ne suis pas certain qu'un jour, je n'aille pas ouvrir un laboratoire d'import. Pour un laboratoire de sept personnes, plus le chiffre d'affaires augmente, plus mes bénéfices baissent. Car il faut payer les gens, ils sortent des écoles avec un niveau médiocre et ils veulent du 1 500 euros nets, on marche sur la tête ! Ils ne sont pas productifs. Quand ils le sont et qu'ils sont chefs de laboratoires, ils nous coûtent 5 000 euros. Nous risquons tous de sous-traiter si on continue à nous surtaxer comme ça. On se plaint du chômage mais on ne peut pas embaucher.

CONCLUSION

Nous avons demandé à tous nos invités de conclure. Ils ont apprécié de participer à ce débat qui était attendu. Ils sont tous arrivés à la conclusion que ces deux modes d'exercice ne sont pas concurrentiels mais complémentaires. Le laboratoire d'importation permet de rendre service aux praticiens isolés dans des régions privés de prothésiste, de réduire la facture de prothèse, de proposer à certains patients en difficulté une « dentisterie sociale » et de diminuer les charges des cabinets dentaires.

Les laboratoires dentaires Français dits « de proximité » qui font l'effort de se former en permanence pour proposer une prothèse de haute qualité, associée à un service personnalisé à l'écoute des clients, ne seront jamais inquiétés par la concurrence étrangère. Par contre, les laboratoires qui ne feront pas cette démarche risquent d'être condamnés à voir leur activité en danger, voire menacée de disparaître.

Modérateur Dr Norbert COHEN

GAMME **Excellence**

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

**LE HAUT DE GAMME
ACCESSIBLE**



120€
PLAQUE + MONTAGE

COURONNE ZIRCONIUM
CERCON

148€



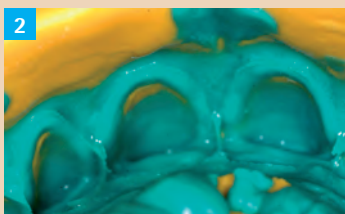
La qualité sans frontières
LABOCAST

N° Azur 0811 115 000

46-56, rue des Orteaux ■ 75020 PARIS ■ Fax : (+33) 1 53 38 64 86 ■ e-mail : labocast@labocast.fr ■ www.labocast.com



1 Situation clinique : préparations pour facettes, profil de la limite cervicale en forme de congé arrondi.



2 Empreinte en technique rebasée.



3 Modèle de travail avec les M.P.U. reproduisant la situation clinique.



4 Modèle de travail avec socle repositionneur (méthode directe)



5 Modèle de travail avec M.P.U. et chapes tout céramique (zircone et Emax press).



6 Modèle de travail avec socle en plâtre réalisé en méthode indirecte.



DUO PRATICIEN PROTHESISTE De l'empreinte au modèle de travail en prothèse fixée

L'intégration esthétique, fonctionnelle et physiologique des restaurations prothétiques fixées est le résultat d'un long cheminement, fruit du travail de l'équipe praticien-prothésiste.

Cette équipe doit résoudre en harmonie de nombreux problèmes tout au long de l'élaboration prothétique. Identifier, éviter et anticiper le plus possible les sources d'erreur et ceci dès la prise d'empreinte au cabinet dentaire et dès la fabrication du modèle de travail pour le prothésiste.

Le praticien s'oblige à fournir au prothésiste une empreinte reproduisant les données cliniques : l'anatomie précise des préparations, l'environnement parodontal et la lisibilité parfaite des limites cervicales (fig. 1).

Empreintes réalisées avec des matériaux stables et précis selon des techniques limitant le tirage (fig. 2).

Ensuite, le prothésiste au niveau du modèle de travail, doit anticiper les problèmes liés à la métallurgie ou à l'élaboration par la CFAO, au montage de la céramique et à la gestion du contact prothétique avec le parodonte pour les intermédiaires de bridge. Il est préférable qu'il consacre des minutes de plus à la réflexion et à la réalisation de modèles de travail fiables pour lui éviter de perdre des heures de travail précieuses et des réclamations toujours désagréables. Le traitement de l'empreinte et la réalisation du modèle de travail, opération quotidienne au laboratoire de prothèse, s'avère plus complexe qu'il n'y paraît en fonction du type de travail à accomplir. Il est de la responsabilité du prothésiste d'assurer une reproduction la plus fiable possible de la situation clinique en choisissant le bon système de repositionnement (fig. 3).

On distingue deux grands types de repositionnement, les repositionneurs directs (dits de première intention) et indirects (seconde intention). Les repositionneurs directs (fig 4) intégrant en une seule étape la coulée de l'empreinte et la réalisation du socle offrent un gain de temps non négligeable.

Les dispositifs qui assurent une stabilité des dies dans les quatre axes sont les plus sûrs. Ils sont faciles d'emploi, réutilisables et donnent des modèles propres, beaux et très maniables (fig. 5). Par contre, la qualité du modèle de travail ainsi obtenu est tributaire du type et de la qualité du plâtre utilisé. Ces repositionneurs ne permettent pas la réalisation de modèles en résine epoxy ou en polyuréthane et ne donnent pas la possibilité au praticien de conserver le modèle de travail dans son intégralité après la pose des éléments prothétiques, ce qui peut représenter un handicap sur le plan médico-légal.

La précision de cette technique permet son emploi pour la réalisation de prothèses multiples (facettes), de restauration prothétique plurale de grande étendue (bridge) et d'éléments prothétiques sur dents de faible diamètre (fig. 5).

La technique par utilisation de repositionneurs indirects (dits également en seconde intention) est également simple et permet de conserver le modèle de travail après la fin des travaux.

La fiabilité du modèle de travail est tributaire de la maîtrise et du contrôle de l'expansion du matériau constituant le socle, paramètre particulièrement important dans le sens longitudinal pour le réglage des points de contact (fig. 6).

[Spécial] D N ²⁰⁰⁷ Zoom

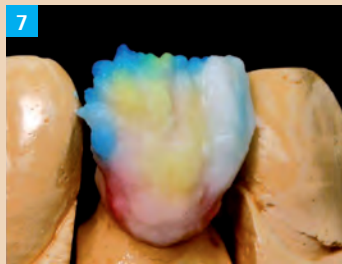


Dans le cas d'une réhabilitation esthétique, il est nécessaire de réaliser un second modèle de travail en conservant les informations très précises susceptibles de guider le prothésiste dans la réalisation du travail prothétique.

La conservation des émergences dentaires, du parodonte et des papilles permet de faciliter la reproduction des anatomies axiales (fig. 7-8-9), de gérer le niveau de compression d'un intermédiaire de bridge (fig. 10).

Au cours de cette présentation, illustrée de cas cliniques singuliers, les conférenciers expliqueront leur coopération en insistant sur le rôle et les responsabilités de chacun, en donnant des réponses aux questions liées à cette collaboration. En particulier : qui doit couler l'empreinte et avec quel matériau de réplique ? Qui doit détourner les M.P.U. ? Une empreinte partielle est-elle suffisante ? Comment concilier préparation du modèle, sa crédibilité et les impératifs de production ? Comment faire la juste part entre le superflus et l'indispensable ? Quelles informations le praticien doit-il fournir au prothésiste pour que celui-ci puisse analyser à distance la couleur des dents à reproduire ?

Claude LAUNOIS, Hervé MARÉCHAL



7 *Elaboration de la céramique, travail facilité par le détourage du M.P.U.*



8 *Le second modèle, non détourné avec conservation de la reproduction du parodonte, permet de donner une anatomie axiale aux céramiques en harmonie avec les papilles.*



9 *Contrôle des embrasures et des points de contact sur le modèle non détourné.*



10 *Détail du contact des intermédiaires de bridge (21 et 22).*



Le duo praticien-prothésiste : de l'empreinte au modèle de travail en prothèse fixée

Conférence de

Claude Launois et Hervé Maréchal

Samedi 9 juin 2007 de 14h à 15h15
Salle Delphes 2

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

TURBINE 8000B



Silencieuse et sans vibration. Des roulements à billes céramiques KaVo, un nouveau concept de rotor monocorps équilibré à la main. C'est la première turbine qui passe en dessous du seuil des 60 dB, le seuil de nuisance sonore. Eclairage par fibre optique 25000 LUX. Garantie 2 ans.

Turbine 8000B - réf. 9326-008

1439€

TURBINE SUPER TORQUE 660 B



Tous types de travaux en bouche. Silencieuse (62dB). Absence de vibration. Puissance accrue (18 W). Plus de puissance et moins de décibels. Raccord MULTITEX. Tête classique (H : 14,5 mm ; Diam : 12,5)

La Super Torque 660B - réf. 1193-008

1152€



+



**+ 1 TURBINE 8000 B
+ 1 TURBINE 660B**

= 2591€

1599€

OFFRE SPÉCIALE KAVO

HARD DISCOUNT

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

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

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

Rencontre



Mon rendez-vous avec le Docteur...

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Dr. Philippe PIRNAY : *Vous présidez l'importante société scientifique « Alpha Oméga Paris ». Pouvez-vous présenter l'organisation de cette association sur le plan international ?*

Dr. Claude-Bernard Wierzba : C'est en 1907, aux Etats Unis, que Alpha Omega fut fondée. Elle s'est rapidement développée en une véritable institution professionnelle, fondée sur les bases du triangle Fraternité - Excellence - Judaïsme ; les buts principaux étaient de lutter contre la discrimination dans notre profession, de soutenir l'expansion des services dentaires aux indigents partout dans le monde et d'aider les jeunes confrères. Depuis 100 ans, A.O. a contribué par l'action de nombreux enseignants, conférenciers ou de chercheurs, à l'avancement des sciences odonto-stomatologiques.

Dr. P.P. : *Quels sont les objectifs poursuivis par A.O. International ?*

Dr. C-B.W. : Aujourd'hui, A.O. International subventionne de nombreux projets de recherche, des programmes d'enseignement post-universitaire, des échanges universitaires, d'enseignants, de conférenciers et d'étudiants, et dispense des soins aux déshérités de toute religion. L'organe de presse internationale « Alpha Oméga », classé comme l'un des plus attractifs aux USA, représente le trait d'union entre les 20 000 membres de la fraternité dispersés sur les cinq continents.

Dr. P.P. : *Qu'apporte « Alpha Oméga Paris » aux confrères, et en quoi cette association est-elle singulière des autres associations de formation continue ?*

Dr. C-B.W. : D'abord par le niveau scientifique de nos réunions, avec l'aide de nombreux conférenciers de renom, toujours bénévoles, notre réputation n'est plus à faire. Nous avons d'ailleurs obtenu l'accréditation pour la formation continue. De plus, par l'intermédiaire de notre revue « A.O. News », l'un des acteurs majeurs de la presse dentaire en France, A. O. Paris est devenue une société scientifique de premier ordre, avec un esprit de formateur et d'association d'avant-garde.

Mais en plus d'être cela, Alpha Omega exerce une activité créatrice, stimulante et enrichissante

permettant à ses membres et amis de parvenir aux plus hautes qualités professionnelles, morales et intellectuelles. Le but de notre fraternité reste de réunir tous les jeunes confrères, avides de connaissance et de culture, et de « prêcher » la solidarité et la tolérance. Notre Association est caritative et tous les bénéfices sont reversés.

Dr. P.P. : *Vous exercez en cabinet et enseignez à la Faculté de Chirurgie dentaire de Paris V. Par ailleurs, vous êtes expert, responsable du Diplôme d'études supérieures de chirurgie buccale, donc... vous ne manquez donc pas d'activité. Pourquoi avez-vous accepté de présider A. O. ?*

Dr. C-B.W. : Parfois, je me demande où je puise tant d'énergie pour réaliser tout ce que j'entreprends.

Si j'ai accepté de devenir président du chapitre A.O. Paris, c'est pour plusieurs raisons ; d'abord le chemin tracé par mon prédécesseur, Albert Pinto, et tous les sacrifices accomplis par lui, ne devait pas rester sans continuité, et ma place de secrétaire général me destinait à ce poste ; mais je ne l'ai accepté que parce que les gens qui m'entourent et m'aident énormément sont de véritables amis : Michèle, André, Frank, Henri, René, Sydney, Cédric, Laurence et Albert. Deuxièmement, j'ai accepté car mon poste hospitalo-universitaire donnait encore plus de crédit à notre association. Enfin, c'était peut-être pour moi un moyen de me ressourcer auprès de ma communauté.

Dr. P.P. : *En juin, Paris accueille la convention d'Alpha Omega. Que réserve cette manifestation internationale à nos confrères ?*

Dr. C-B.W. : A.O. a 100 ans et le chapitre de Paris a eu l'honneur d'être choisi pour organiser la convention européenne du centenaire qui se tiendra du 20 au 24 juin 2007. Nous avons voulu associer tous les chapitres Alpha Omega français. La convention est présidée par notre marshall Michèle Albou, véritable leader de notre comité d'organisation, parfaite directrice de campagne, et par notre ami marshall Thierry Roos. La convention débutera le mercredi par une conférence du Professeur Armand Abecassis sur « le

devoir de mémoire ». Le jeudi se tiendra la journée scientifique, avec trois conférenciers d'élite : Adi Palti, Ronald Goldstein et Bernard Touati. Le vendredi sera consacré à la Business Session, le samedi, se tiendra la grande soirée de Gala. Enfin, la convention se terminera le dimanche par un brunch de clôture, sous la forme d'une croisière sur la Seine.

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

Dr. C-B.W. : Si je devais choisir deux souvenirs dans ma vie professionnelle, le premier serait lié au jour où ma fille, sortie de son PCEM a choisi de faire « dentaire », alors que son choix initial était médecine ; cela prouve que mon exercice était un exemple pour elle et que j'avais su lui communiquer une certaine passion. Mon deuxième excellent souvenir est le jour où j'ai été nommé Maître de Conférence de l'Université Paris V, et je ne remercie jamais assez le Pr. Burdairon pour son soutien. Cette nomination représentait un aboutissement dont mes parents, que j'ai perdu trop tôt, auraient été fiers, vu tous les sacrifices qu'ils ont consentis et sans lesquels je n'aurais pas eu cette rage de réussir.

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

Dr. C-B.W. : J'aimerais d'abord que notre profession soit plus unie, afin de ne pas donner à nos jeunes confrères une idée négative de notre exercice ; mon but en tant qu'enseignant est de faire partager mon savoir que mes maîtres m'ont eux mêmes enseignés, et de communiquer toute mon expérience. Aussi bien auprès de mes étudiants qu'auprès des jeunes membres d'Alpha Omega, il est nécessaire de ranimer la flamme de la passion et de l'amour de notre profession, malgré les charges énormes qui pèsent sur notre exercice. Enfin, je voudrais partager avec tous nos confrères le succès de notre prochaine convention européenne et je souhaite que ces quatre jours de juin 2007 restent à jamais gravés dans nos mémoires.

Pour s'inscrire à la convention
ou pour des renseignements complémentaires :
Secrétariat du Docteur Michèle Albou
5 rue Volney 75002 - Tél. : 01 42 61 05 67
Secrétariat du Docteur Wierzba - Tél. : 01 43 79 72 15

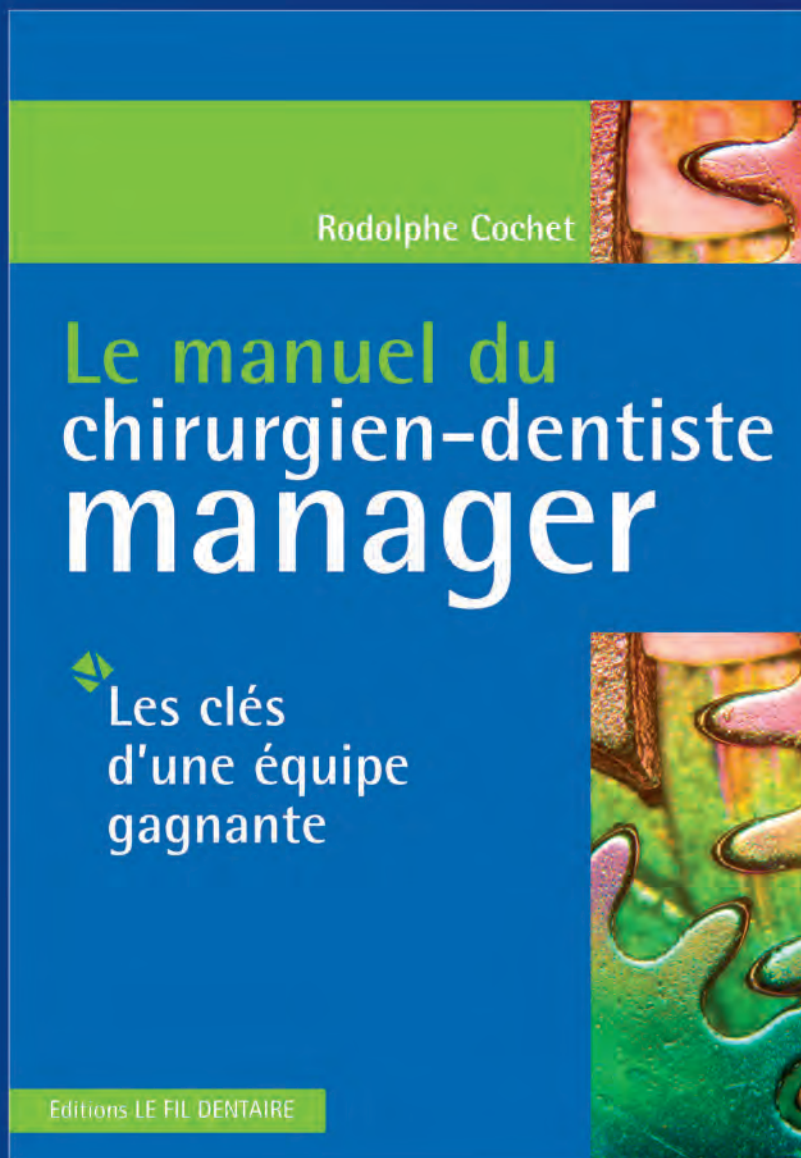
Le carnet de bord des cabinets dentaires



➤ 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.



C.A.B.I.N.E.T.

Organisation

Optimisez la communication interne au sein de votre équipe

Vous le savez, le développement de votre cabinet est largement déterminé non seulement par votre niveau de compétence clinique mais également par vos aptitudes relationnelles. La façon dont vous faites circuler l'information dans votre cabinet, dont votre équipe reçoit cette information et enfin dont cette information est ensuite traduite en actions concrètes, a un impact majeur sur l'efficacité de votre organisation. D'autre part, cela a des conséquences directes sur le développement de l'ensemble de votre cabinet.

La communication, dans un cabinet, peut revêtir des formes extrêmement variées au cours d'une journée de travail. Cependant, quel que soit le type de communication actuellement en cours dans votre pratique, il y a trois techniques qui, si elles sont appliquées avec rigueur et persévérance, peuvent vous garantir une amélioration significative de la circulation de l'information. (Tout particulièrement entre le secrétariat et l'équipe clinique). Il s'agit :

- ◆ Des réunions du matin
- ◆ Des réunions d'équipe mensuelles
- ◆ De la fiche d'appel pour les Urgences

Examinons, schématiquement, chacun de ces trois points :

Les réunions du matin

Aujourd'hui, le rythme des tâches à accomplir est tel que praticien, assistantes et/ou secrétaires n'ont plus le temps de communiquer correctement et d'échanger une information pourtant nécessaire. Par ailleurs, on ne peut tout dire devant le patient...

réunions ont pour objectif de préparer chaque membre du Cabinet au bon déroulement de la journée. En effet, toute l'équipe entendra les mêmes messages au même moment.

Les réunions du matin sont des réunions de travail. Cela signifie qu'elles doivent se dérouler durant le temps de travail (et ne pas empiéter sur le temps personnel). A ce titre, elles doivent être planifiées sur le carnet de rendez-vous.

Elles devraient se dérouler en début de journée et ne pas durer plus de 10 à 15 minutes. Le but est de passer en revue l'ensemble des patients de la journée et d'analyser avec votre équipe tous les aspects de la relation avec le patient c'est-à-dire sur le plan administratif, sur le plan clinique et sur le plan de la communication. Utilisez la réunion du matin comme un entonnoir dont l'objet serait de collecter l'ensemble des problèmes auxquels le cabinet risque d'être confronté dans la journée.

Cela commence par le bilan de la veille et se poursuit par l'analyse de la journée à venir (contrôle de l'arrivée des travaux de prothèse, préparation de devis, feuilles de sécurité sociale, paiements à effectuer...). Lors de cette réunion, nous recommandons toujours d'aborder, en outre, des sujets très précis, comme la détermination de plages horaires pour placer les éventuelles urgences et ainsi limiter les dérangements dans l'organisation de la journée. Vous constatez là le lien direct entre réunion et carnet de rendez-vous.

Certains considèrent que cette réunion devrait concerner uniquement la personne en charge de la prise de rendez-vous dans le cabinet. Je ne partage pas cet avis. En effet, il me semble essentiel que chaque membre du cabinet connaisse tous les tenants et aboutissants de la relation avec le patient.

Au-delà de cet aspect, cette réunion devient rapidement un outil puissant de cohésion d'équipe. Ainsi souvent, les praticiens pensent avoir un problème relationnel avec une personne dans le cabinet alors qu'en réalité il ne s'agit simplement que d'un problème d'organisation non clarifié. Les réunions du matin permettent d'éviter ce type de problème. Attention, toutefois la vocation de ces réunions est d'être un outil de travail. En aucun cas, on ne doit parler du film de la veille ou régler des problèmes personnels (ceux-ci doivent toujours être abordés individuellement entre personnes concernées).

Les réunions du matin constituent donc un vé-

Il importe donc de faire de la réunion - dont le premier objectif est la circulation d'une information indispensable à l'exercice quotidien - un élément de routine dans l'organisation du cabinet.

Les réunions du matin constituent en cela une aide considérable pour permettre à l'équipe de fluidifier chaque journée de travail. Ces



Photo : © Pressmaster - FOTOLIA





Par le Docteur **Edmond BINHAS**
chirurgien-dentiste et fondateur du Groupe Edmond BINHAS

ritable outil de « prévention », dans la mesure où elles permettent d'éviter l'apparition de problèmes en cours de journée et entraînent, de fait, une rapide réduction des retards en milieu et en fin de journée.

Les réunions mensuelles

Des réunions mensuelles régulièrement programmées sont essentielles pour atteindre les objectifs fixés pour le cabinet. C'est pourquoi il est de la responsabilité du praticien d'instituer un calendrier de réunions de ce type. Chacun pourra ainsi connaître le niveau de résultats en fonction des objectifs prévus.

Les réunions mensuelles doivent, d'autre part, avoir lieu à un moment précis (premier vendredi de chaque mois, par exemple) pris, toujours, sur le temps de travail. Leur objectif est également d'établir à moyen terme des stratégies de développement pour le cabinet. Lorsque l'équipe se connaît bien, une heure suffit amplement. Une heure au cours de laquelle il ne faut pas hésiter à aller au cœur des problèmes, avec comme objectif final d'améliorer aussi bien l'image que l'organisation du cabinet : cela consistera, par exemple, à prévoir la mise en place, dans le mois à venir, de services visant à faciliter l'accueil des patients ou à définir les éléments de l'organisation à systématiser (comme appeler un patient le soir après une extraction, etc.).

Nous recommandons que chaque membre de l'équipe contribue à la réussite de ces réunions. C'est pourquoi nous préconisons que chacun vienne avec une idée nouvelle sur la gestion du temps au cabinet ou sur une meilleure organisation.

En effet, ces réunions constituent généralement un moment idéal pour aborder les problèmes récurrents de gestion du carnet de rendez-vous, pour planifier les mois à venir et faire remonter l'information ou les plaintes que le secrétariat a pu avoir de la part des patients. Travaillez avec votre équipe pour élaborer les techniques de prise de Rendez-vous les plus efficaces et régler les difficultés liées aux embouteillages. Vous constaterez que de petits ajustements permettent une fluidification de vos journées de travail.

Qu'elles soient quotidiennes ou mensuelles, les réunions de travail sont des réunions destinées à faire évoluer le cabinet et non un « bureau des plaintes. » Voilà un principe fondamental du travail en équipe. Rappelons que ces deux types de réunions n'empêchent nullement la tenue de réunions plus conviviales, hors du cabinet, une ou deux fois par an, sous forme de repas auxquels peuvent être invités les assistantes et les collaborateurs quotidiens du cabinet (prothésistes, etc.).

La fiche d'appel pour les urgences

La troisième étape nécessaire dans l'optimisation de la communication interne au Cabinet est la fiche d'appel pour les urgences. Cette dernière peut propulser votre cabinet à un niveau supérieur de communication et surtout un meilleur service offert au patient. Cette fiche est utilisée par la secrétaire, lors d'un

appel téléphonique pour une urgence, afin de réunir toutes les informations utiles sur cette urgence. Elle prépare ainsi de façon optimale la visite du patient au cabinet, permet un gain de temps et réduit le stress de l'équipe clinique. En effet, elle évite à cette dernière d'ignorer le motif de l'urgence avec l'incertitude que cela entraîne.

Le modèle ci-après permet de se faire une idée de l'utilisation qui pourrait en être faite.

M. Mme Melle Enfant
 Nom : Prénom :
 Date et l'heure de l'appel :
 Motif de l'appel :

URGENCES :

Depuis quand souffrez-vous ?

Echelle de douleur : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

S'agit-il d'une dent Haut Bas Gauche Droite

Souffrez-vous ?	OUI	NON
AU FROID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AU CHAUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A LA PRESSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOULEUR LANCINANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enflé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur vous a-t-elle réveillé la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels et combien ?		
Depuis combien de temps ?		
Problèmes médicaux particuliers :		

POINTS-CLÉS

- ◆ Les réunions du matin ont pour objet le déroulement de la journée ainsi que les problèmes urgents.
- ◆ Les réunions mensuelles encouragent le partage et l'échange d'idées pour une plus grande fluidité de l'organisation et l'atteinte des objectifs du cabinet.
- ◆ La fiche d'appel pour les urgences aide chaque membre de l'équipe à être mieux organisé et informé vis-à-vis des patients en urgence.

Pour en savoir plus:

Groupe Edmond BINHAS – Fabienne
 Immeuble Grand Ecran
 15 avenue André Roussin 13016 MARSEILLE
 Tél. : 04 95 06 97 31
 contact@binhas.com

Les conseils de...

"Docteur, je veux une augmentation de salaire !"

Ça y est, Blandine s'est armée de son plus beau sourire et d'un seul coup elle vous a lâché : «Docteur, je veux une augmentation de salaire !» Cette demande a le don de vous prendre généralement au dépourvu ; le premier réflexe est de s'octroyer un sursis et courageusement, de vous entendre répondre : «Eh bien écoutez, je vais voir ce que je peux faire». Si Blandine est de bonne composition, elle se contentera de cette demie réponse, mais on le sait, elle reviendra à la charge... Quoiqu'il en soit vous êtes face à un double problème : dois-je satisfaire cette demande et, si oui, de combien ?

Le spectre de la revendication surgit : si je lui accorde cette augmentation sans tergiverser, n'est-ce pas avouer que j'aurais déjà dû le faire depuis quelques temps ? N'est-ce pas là une preuve de faiblesse de ma part ? Ou bien, si j'accepte tout de suite, que va-t-elle me demander par la suite ? Germe alors dans notre esprit une solution bâtarde que nous entrevoyons comme une issue : « D'accord je l'augmente, MAIS dans ce cas là je vais lui demander de ... ». En un mot, ce que je lui donne d'un côté, je le reprends de l'autre et l'équilibre est conservé ! Il n'est pas besoin d'être fin stratège pour s'apercevoir que rien n'a changé... et Blandine la première.

Pour éviter cela, certains mettent en place une augmentation à double détente qui se justifie par : « Blandine, ce n'est pas le bon moment, nous venons de faire l'acquisition d'une panoramique et je reconnais à avoir du mal à... » (Cela veut-il dire qu'il pourrait y avoir un bon moment ?). « Ceci dit, je reconnais aussi que vous méritez quelque chose, aussi je vous propose trente euros dès maintenant, et dès que cela ira mieux, vous aurez une augmentation substantielle ». Cela ne vous rappelle pas un peu « demain, on rase gratis » ?

Parfois, l'agression sert de porte de sortie : «Comment Blandine, vous osez demander une augmentation alors que pas plus tard que la semaine dernière vous avez oublié de sauvegarder les données et que nous avons du faire appel à



un professionnel qui nous a 1300 euros ? » N'importe qu'elle excuse nous aurait paru bonne, parce qu'au fond de nous-même, nous savons que les manquements répétés de Blandine ne justifient pas son augmentation de salaire, et à la limite, on est très content de pouvoir chiffrer l'un de ses manquements.

Ce qui est quasi constant dans les cabinets, c'est l'effet de surprise lorsqu'une telle demande survient. Or, il n'existe rien de plus naturel pour un salarié que de voir son salaire augmenter. C'est un désir légitime. Et il n'y a pas de raison de se sentir agressé ou pris au dépourvu par cette demande.

Lorsque vous vous trouvez désarmé devant cet état de fait, c'est que vous ne vous y êtes pas préparé et que, dans cette situation, vous manquez cruellement de repères, de faits tangibles sur lesquels vous pourriez vous appuyer pour prendre une décision. Ce n'est pas tant d'avoir à donner une augmentation ou non qui pose problème, mais ce sur quoi je vais m'appuyer, comment je vais étayer mon raisonnement ou comment je vais lui dire ce que signifie cette augmentation.

Avez-vous remarqué qu'il est plus facile de donner une prime surprise que d'accéder à une demande qui émane de nos assistantes ? Dans le premier cas, bien sûr, vous jouez un peu les Pères Noël, mais surtout vous savez pourquoi vous donnez cette fameuse prime. Dans votre conscient, il y a eu un service rendu que vous avez jugé comme sortant de l'or-

dinaire et vous avez trouvé juste (le mot est dit) de le récompenser par un surcroît d'argent.

Ce qui vous paraît simple pour une prime, pourquoi ne le serait-il pas pour l'évolution de la rémunération de vos employés ?

La vraie problématique se situe à ce niveau : évaluer l'évolution du salaire. Lorsque j'ai embauché Blandine, c'était pour assurer le poste d'assistante. A ce poste correspond un certain salaire. Qu'est devenu ce poste ? A-t-il évolué ? Et s'il a évolué, le salaire a-t-il suivi ? L'évolution des techniques de soins est telle, que quelque soit le poste considéré, ce dernier est amené à évoluer.

Ou le poste évolue en même temps que le niveau moyen des nouvelles techniques de la profession, c'est-à-dire qu'il suit l'évolution du temps, et alors le salaire suivra l'évolution du temps. Si le poste évolue plus vite, c'est-à-dire si la tenue du poste vous fait gagner du temps et de la sérénité, de la qualité dans vos soins, cela mérite une récompense et le moyen le plus simple, le plus rationnel, celui qui à coup sûr fait plaisir, c'est l'augmentation de salaire.

Reprenons l'exemple de l'arrivée de la panoramique dans un cabinet : ce n'est un effet de surprise pour personne. Il y a eu des devis, des visites de fournisseurs, des études de faisabilité etc. L'assistante peut suivre le courant et se dire : « on verra, je m'y mettrai quand la pano sera là », ou bien elle peut avoir une autre attitude,

Deborah TIGRID



plus proactive. Elle a demandé à être présente lors de l'installation de la radio, elle a posé des questions, s'est préparé à ce changement, a étudié son fonctionnement, et, le jour même de l'installation, a été en mesure de réaliser la première pano sur un patient l'après-midi. **Cette seconde attitude montre une réelle implication.** Ce n'est pas une attitude spontanée, c'est un comportement volontaire et c'est cette volonté d'aller au delà de ce que vous lui demandez qui est à récompenser.

Enfin, pour faire face à une demande d'augmentation de salaire il est souhaitable d'avoir franchi trois étapes : Définir clairement et de façon détaillée les tâches du poste, évaluer la valeur de ce poste, en suivre l'évolution.

Définir les tâches du poste

Cette définition ne dépend que de vous : qu'attendez-vous de votre assistante fauteuil, jusqu'où ira son autonomie ? Certains préfèrent être entourés de « zombies », d'autres au contraire demandent à leurs assistantes d'être très autonomes et d'assumer des responsabilités : **ce n'est ni le même profil de personne, ni le même salaire.**

L'idéal est d'établir cette définition des tâches déléguées avant même de recruter. L'énorme avantage est de ne pas être influencé par la personne qui tient déjà le poste. Mais alors, n'est-il pas trop tard si l'assistante est déjà dans le cabinet ? Bien sûr que non, mais la méthode va changer. C'est avec votre assistante que vous définirez le contenu de son poste. Vous y consacrerez peut être une après-midi, ce n'est pas du temps perdu mais un investissement et une excellente opportunité pour mettre tout à plat dans un climat serein.

Valoriser le poste : deux règles d'or.

Plus le poste demande de l'autonomie, plus sa valeur augmente ; et quelque soit ce degré d'autonomie, le contrôle reste indispensable. Superviser et contrôler ne sont pas synonymes de

flicage. Toute la différence en management est là, et la nuance est importante !

Un poste d'assistante au fauteuil « simple » (stérilisation, préparation de plateaux classiques, préparation du fauteuil, installation du patient et assistance au fauteuil) ne requiert que le minimum syndical. Si vous attendez que votre assistante soit responsable des stocks, qu'elle prenne une part active dans le respect de vos procédures, qu'elle vous obtienne moins de 5 % de chèques en attente dans le tiroir, qu'elle rappelle les patients après une séance de soins inconfortables ou anxiogènes, qu'elle obtienne de vos fournisseurs un dépannage immédiat, qu'elle sache anticiper les rendez-vous manqués et autres temps improductifs, qu'elle devienne l'interlocuteur de choix de votre prothésiste... cela vaut beaucoup plus. Une fois que vous avez fixé la valeur du poste (disons une fourchette entre le Smic et 2 000 euros), il vous reste à en suivre l'évolution.

Suivre l'évolution de la tenue du poste

Il arrive qu'en fin de journée un sentiment de plénitude vous envahisse. Vous avez pris tous vos patients à l'heure, aucun retard, aucune annulation, le carnet de rendez vous s'est rempli confortablement, Blandine a été souriante du matin jusqu'au soir, aucun produit ne manquait dans le réassort des matériaux et instruments utilisés, aucune panne ne s'est produite, vous avez même été averti au bon moment que le prothésiste, pour un problème de cosmétique, vous remettrait son travail avec six heures de retard... Dites-vous bien que lorsque cela vous arrive, ce n'est jamais par hasard. **C'est grâce à vous et grâce à votre équipe. Ce jour-là, chacun a réalisé sa fonction du mieux qu'il le fallait.**

Les rendez-vous en interne sont un incontournable en management. Dans une journée, créez et planifiez des rendez-vous de mise au point officiels. Bannissez la communication « entre deux portes » sujette à contresens et à controverses. C'est au cours de ces rendez-vous dédiés à la communication interne que vous sanctionnerez ce qui ne va pas et surtout, valoriserez tout ce qui va bien. **C'est votre premier moyen de contrôle efficace.** Le second prendra la forme d'un rendez-vous semestriel ou annuel pendant lequel, avec votre assistante, vous ferez une évaluation de la tenue de l'ensemble des tâches de son poste.

Par exemple : « Je vous ai demandé de décrocher le téléphone avant la troisième sonnerie, j'ai remarqué que vous avez fait des progrès. Je vous ai demandé de mettre les

séances de maintenance en fin de journée et les premières consultations en début d'après-midi et là, près de 40% des créneaux donnés qui ne rentrent pas dans le cadre demandé...»

Évidemment, pour pouvoir faire ce type de constat, il faut avoir préparé cet entretien. Vous ne pouvez pas surprendre votre employée au cours de cet entretien.

Vous devez tous les deux le préparer. Votre employée a le droit de savoir sur quoi elle va être jugée. C'est là que la charte de poste définie auparavant est importante et va vous servir. Elle décrit bien évidemment l'ensemble des tâches qui incombent à la personne, mais se réfère également au comportement et à l'aspect général du salarié. Remettez à votre assistante, quinze jours avant l'entretien, un questionnaire qui lui permettra de s'évaluer, et vous, de votre côté faites la même chose. C'est un moment privilégié qui s'anticipe et se prépare de part et d'autre.

Cet entretien servira à établir la tenue du poste de façon quantitative et surtout qualitative. Le but sera de vous mettre d'accord sur les points à améliorer. Et pourquoi ne pas mettre une prime à la clé pour l'atteinte d'objectifs particuliers, importants pour le cabinet ? Dans ce contexte, l'augmentation ou non de salaire, intervient naturellement.

Déterminer le montant de l'augmentation

Maintenant, vous êtes d'accord sur un point avec votre assistante : elle mérite bien son augmentation de salaire. Il reste là encore une ambiguïté : votre assistante parle en net et vous cela vous coûte en brut ! **Il existe plusieurs façons d'augmenter le salaire.** Soit vous augmentez le salaire et donc la masse salariale, soit vous augmentez la rémunération.

Lorsqu'on augmente le salaire, on augmente les charges. Eh Oui. Pour échapper à cette augmentation de charges, l'Etat nous propose diverses solutions, profitez en. Une fois que vous aurez épuisé les avantages des tickets repas, du CESU, des chèques voyages, de la participation, du plan épargne entreprise, de la cotisation à un plan retraite, vous pouvez faire œuvre d'imagination en proposant des horaires plus flexibles, des journées libérées rémunérées...

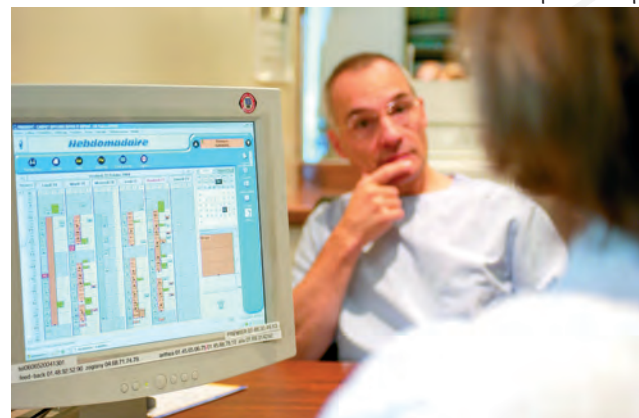
Souvenez-vous que pour ne plus être pris au dépourvu par une question d'ajustement de salaire, déterminez les profils et chartes de postes dont vous avez besoin, prenez des rendez vous d'évaluation avec vos assistantes et jouer gagnant-gagnant.

Pour en savoir plus:

Formation : Agenda p.77
Dr Deborah TIGRID
Présidente de FBM Formation
Tél. : 01 56 56 59 85



65





Ressources HUMAINES

Gérer son personnel Motivation & Performances



© Yuri Arcurs - FOTOLIA

Conscients de l'impact de la motivation sur la performance, certains chirurgiens-dentistes employeurs se sont efforcés de développer des pseudos-stratégies de motivation externe : systèmes de primes à la performance, primes de fin d'année, intéressement aux résultats du cabinet, statut cadre, Plan Épargne Entreprise (PEE)... se sont ainsi multipliés, accompagnés de nombreuses dérives et n'ont finalement produit que des résultats décevants et médiocres sur la durée. Trop peu de praticiens se sont réellement investis dans des stratégies rationnelles et pérennes de motivation, et bien moins encore ont le sentiment d'avoir trouvé un mécanisme réellement efficace. Et pour cause ! La motivation est un phénomène complexe, variable d'un individu à l'autre, d'un contexte à l'autre, d'un moment à l'autre. C'est donc l'un des rôles essentiels de

chaque chirurgien-dentiste manager que de savoir jouer sur les leviers individuels de motivation des membres de son équipe, non seulement en fonction du profil comportemental et professionnel de ses employés, mais aussi en fonction de leurs interrelations, de la situation économique du cabinet, des objectifs de réalisation assignés et du potentiel de développement de leurs compétences. Ces motivations peuvent être personnelles, relationnelles, liées à la tâche (protocole, procédure) en elle-même et bien moins souvent externes ou extrinsèques, c'est-à-dire matérielles (salaire, primes, statut).

Une assistante dentaire ou administrative positive, stimulée, motivée, impliquée, plus autonome et investie dans ses fonctions, est prête à se dépasser et à exceller pour le(s) praticien(s) qui l'emploie(nt).

La motivation au travail est l'un des éléments, sinon l'élément essentiel et indispensable à la réussite d'un cabinet dentaire. Pour autant, la plupart des statistiques sur le marché de l'emploi montrent que seulement 14 % des employeurs interrogés, tous secteurs d'activités confondus, affirment avoir une main d'œuvre suffisamment motivée et impliquée.

Toutes les recherches en psychologie du travail et en Gestion des Ressources Humaines montrent une corrélation certaine entre le moral des employés et la réussite de toute entreprise (productivité, qualité du travail, qualité des services généraux, performances). Il n'est donc pas recevable de tenter de pointer l'exclusivité de la situation de travail du personnel dentaire : la corrélation entre motivations et performances reste exactement la même, et bien plus encore au sein des TPE (Très Petites Entreprises) que représentent la majorité des cabinets dentaires où les relations de proximité et/ou de familiarité entre le praticien et son personnel nuisent assez régulièrement à la qualité des services généraux.

Comment en effet un chirurgien-dentiste employeur pourrait-il s'attendre à ce que ses assistantes traitent ses patients avec enthousiasme et ferveur, si ces mêmes assistantes sont traitées comme des éléments remplaçables ?

Il est évident que les cabinets dentaires qui se soucient du moral de leur troupe et parviennent à implémenter une stratégie efficace et pérenne de motivation auront moins de plaintes de patients, des services relationnels et administratifs indéfectibles et un roulement de personnel largement inférieur à la moyenne.





Dirigé par **Rodolphe Cochet**
DRH Externe des Cabinets Dentaires

Les trois règles de la stabilité professionnelle

Bien que chaque assistante ait ses propres leviers de motivation¹, il existe trois facteurs essentiels qui permettent de prévenir le risque de la démotivation au travail.

● L'équité

Vos assistantes doivent être traitées de la même manière que leurs collègues. Cette notion d'équité au travail correspond à la rémunération, aux avantages sociaux, à la sécurité du poste et au respect.

Concernant les aspects matériels tels que la rémunération, il s'agit bien d'équité et non pas d'égalité, ce qui signifie que les membres d'une même équipe peuvent avoir des conditions salariales différentes ; raison pour laquelle il est essentiel et primordial que chaque cabinet puisse édicter, entre autres, une véritable politique salariale différentielle.

● La réalisation de soi

Vos assistantes ont besoin de se sentir fières de leurs réalisations professionnelles (réalisations techniques, performances relationnelles). Ce sentiment de développement professionnel et personnel est nécessaire afin qu'elles puissent faire du bon travail, ce, de manière régulière.

● L'esprit d'équipe

Vos assistantes ont besoin d'entretenir des rapports de collaboration avec leurs collègues cliniques et administratives.

L'esprit d'équipe est en général véhiculé et entretenu par la mise en place d'opérations stratégiques de communication interne, ainsi que par le respect de l'« éthique » ou des principes du cabinet (ensemble de règles et de consignes de travail affichées par exemple dans la salle de repos du personnel). Malheureusement, nombre de praticiens qui visent le court terme (productivité / rentabilité), ne mesurent pas suffisamment l'importance de ces réunions dites de « motivation » ou de « développement » et certains préfèrent réserver les plages horaires dédiées à la communication avec son personnel à de nouveaux patients...

Lorsque ces trois principes de vie professionnelle au cabinet sont respectés, une majorité d'écueils managériaux sont évités tels que : retards, absences, contre-productivité / contre-performances, conflits relationnels, opposition à la conduite du changement.

Neuf conseils pour maintenir la motivation de vos assistantes

1 Si l'une de vos assistantes cliniques ou administratives réalise un bon travail (respect d'un protocole implantaire ou parodontal, anticipation quasi-parfaite de vos actes cliniques, gestion d'un contentieux avec un patient, réalisation d'un objectif de développement), dites-lui immédiatement, pour ne pas l'oublier. Car souvent vous y pensez (certains avec ironie me diraient qu'ils n'y pensent jamais... !), mais vous remettez à plus tard, et... plus tard, ce n'est jamais le bon moment. La reconnaissance (dite « **sanction positive** ») du travail de vos assistantes est l'une des mesures incitatives les plus efficaces pour la reconnaissance du travail de vos assistantes.

2 Croyez en vos employés. Rien ne stimule plus l'enthousiasme que la **confiance** dont vous saurez faire preuve à leur égard !

3 Montrez vos sentiments et soyez plus **naturel**. N'essayez pas de jouer le rôle du manager directif et tyrannique que vous n'êtes pas. Rappelez à vos employés que vous êtes un être humain après tout et ne forcez surtout pas votre caractère. Il n'y a rien de plus pervers et de plus maladroit que de croire que le **leadership** s'acquiert par un regain d'autorité ou par la crainte que vous pourriez inspirer à votre personnel. Ne vous fiez qu'aux résultats objectifs d'un bilan de compétences managériales² afin d'identifier vos insuffisances et points d'appui, et certainement pas à l'impression que vous donnez en tant que manager à vos proches ou aux membres de votre personnel.

4 Mettez en place de manière permanente des **réunions** d'équipe. Ces réunions encouragent le travail d'équipe, l'engagement, la communication, la participation et, ce qui est plus important encore la bonne humeur !

5 Utilisez des **mesures incitatives** avec vos employés : financières selon les cas mais seulement si vous constatez que le niveau de rémunération de l'une de vos assistantes ne correspond pas au niveau des salaires du marché de l'emploi dans le secteur des soins dentaires ou si elle n'a perçu aucune augmentation de salaire depuis cinq ans hors revalorisation de la CCN, et surtout liées à l'**équilibre travail / vie personnelle** (horaire flexibles, jours de congé supplémentaires...).

6 Déléguez des **tâches spécifiques**³ avec des finalités précises. Vos assistantes sauront exactement ce que l'on attend d'elles et elles auront des objectifs clairs à atteindre, car quantifiables, avec des échéances assignées dans le temps.

7 Classez tous les employés comme salariés à un même **niveau statutaire**. C'est entre autres ici que la configuration managériale et organisationnelle d'un cabinet dentaire n'a strictement rien à voir avec celle d'une entreprise. Surtout ne vous essayez pas à conférer à l'une de vos assistantes des responsabilités managériales ou hiérarchiques à l'égard de ses collègues de travail. C'est l'un des écueils majeurs de certains praticiens qui souhaiteraient tellement ne pas avoir à assumer leur rôle inaliénable de manager et de leader. Ce mode de management anarchique, laxiste et irresponsable mène inévitablement à des conflits d'intérêts et de responsabilités !

8 Si vous avez confiance dans le potentiel de développement de vos employés, s'ils ont toujours manifesté à votre égard une certaine loyauté, fidélité et honnêteté, mais doutez pour autant de leur stabilité à moyen terme pour des raisons purement « matérielles » liées à d'éventuelles propositions de salaires concurrentiels, n'hésitez pas à vous y aligner de manière naturelle et réfléchie, sans jamais céder au chantage de l'une de vos assistantes. Si « chantage » il y a, tout au contraire, ne touchez pas au salaire, et pratiquez la politique de l'autruche.

9 Considérez que la réduction des effectifs de votre cabinet est le dernier recours à la conduite du changement, sauf à envisager que vous n'auriez pas édicté en amont une politique rationnelle de gestion de vos effectifs et des compétences de votre cabinet.

Il est également essentiel de comprendre que les besoins personnels et professionnels ainsi que les leviers de motivation ne sont pas substituables l'un à l'autre; une félicitation ou marque de reconnaissance verbale de votre part ne saurait remplacer une récompense pécuniaire et inversement, l'argent ne peut pas être utilisé en lieu et place d'un éloge ou d'une félicitation.

Pour en savoir plus:

Gestion des Ressources Humaines des Cabinets Dentaires :
recrutement, communication interne, audit social, politique salariale, conférences et séminaires sur-mesure, formations intra-cabinets.

Rodolphe Cochet

7, rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél. : 01 43 31 12 67

www.rh-dentaire.com

info@rh-dentaire.com



Les assurances du cabinet dentaire

Comme tout professionnel de santé, le chirurgien-dentiste doit veiller à être garanti contre les aléas pouvant toucher son cabinet dentaire, préoccupation patrimoniale de simple bon sens. Diverses assurances sont ainsi indispensables au bon fonctionnement du cabinet. Parmi elles, certaines sont obligatoires : assurance du véhicule automobile, assurance de Responsabilité civile professionnelle. D'autres sont facultatives, mais s'avèrent tout aussi essentielles en cas de sinistre : assurances Multirisques et contrat Perte d'exploitation, Protection juridique, et couverture d'emprunt ou de crédit-bail.

Les assurances obligatoires

L'assurance du véhicule. Le véhicule peut constituer un outil de travail indispensable. En cas d'accident, il sera difficile au praticien d'être sans voiture et la seule couverture de la responsabilité civile, qui ne couvre que les dommages matériels et corporels causés à autrui, ne sera pas suffisante. En effet, dans ce cas le véhicule n'est pas assuré, pas plus que les dommages corporels dont l'assuré pourrait être victime lorsqu'il est en tort.

La garantie « dommages collisions » est plus large dans la mesure où elle propose, outre la garantie Responsabilité civile, une série de garanties pour les dommages causés au véhicule, que l'assuré soit responsable ou non de l'accident, à condition que le tiers soit identifié. Si l'assuré n'est pas responsable, les dommages causés à son véhicule seront pris en charge par la garantie Responsabilité civile de l'automobiliste adverse.

Enfin, la formule « tous risques » pour ceux qui désirent être assurés pour tous les dommages causés à leur véhicule en cas d'accident dont ils auraient ou non la responsabilité est la plus étendue. Elle couvre ainsi tous les déplacements professionnels, et est encore plus complète si elle est assortie d'une assurance de prêt de véhicule en cas d'immobilisation.

Certains contrats d'assurance proposent également une garantie complémentaire « objets personnels transportés » qui interviendra notamment en cas de vol de matériel professionnel.

68

L'assurance Responsabilité Civile Professionnelle. Elle est obligatoire et indispensable pour tout praticien en raison du caractère humain de la profession. Tout acte peut être mis en cause et la prescription (autrefois trentenaire avant la loi du 4 mars 2002) est décennale après l'acte ou la majorité du plaignant s'il s'agissait d'un acte sur un mineur. Face aux actions intentées contre les professionnels de santé, il est impératif de pouvoir disposer de telles garanties et des conseils avisés de spécialistes en la matière.

L'assurance doit garantir le praticien lui-même, son remplaçant légalement habilité, ainsi que ses salariés. La couverture s'étend à tous les actes relevant de la capacité professionnelle du praticien et à tous les lieux d'exercice (clinique, cabinet, hôpital...). Le montant des garanties doit être illimité pour la responsabilité civile professionnelle proprement dite (défense civile et pénale), suffisante pour couvrir les risques corporels et matériels causés aux patients et adapté à la nature des actes pratiqués (notamment en implantologie).

Les assurances facultatives

L'assurance Multirisques et le contrat Perte d'Exploitation. L'assurance multirisque professionnelle permet à tous les membres des professions médicales et paramédicales exerçant en libéral, d'assurer la protection de leur outil de travail en cas de sinistre incendie, vol, dégâts des eaux, tempête... Il est conseillé de tenir un inventaire exact et réactualisé de ses biens, et de revoir régulièrement les montants assurés. Le contrat d'assurance doit prévoir la prise en charge des frais de remise en état en cas de destruction partielle, une indemnisation sur la base de la valeur à neuf au jour du sinistre en cas de destruction totale, ainsi qu'une extension au matériel informatique.

Il est indispensable d'adjoindre au contrat une garantie Perte d'exploitation qui vise à compenser les difficultés financières dues à l'arrêt d'activité entraîné par le sinistre. Cette garantie est considérée comme « l'assurance vie du cabinet » dans la mesure où elle permet d'obtenir une indemnité correspondant au revenu professionnel habituel en l'absence de tout sinistre. Elle constitue un complément indispensable de la Multirisque Professionnelle : il s'agit de replacer le professionnel dans la situation financière qui aurait été la sienne si le sinistre n'avait pas eu lieu.

La Protection Juridique. Cette garantie permet la prise en charge des actions en défense et recours devant toutes les instances ainsi que les poursuites vis-à-vis des tiers, du



fait du souscripteur ou ce de celui des tiers. Elle couvre les litiges survenus aussi bien au cours de la vie professionnelle que privée du praticien (litiges avec l'Urssaf, le Fisc, les employés, les voisins, les locataires, ou concernant des contrats ou des achats de biens et de marchandises...).

Il existe cependant certaines exclusions non prises en charge par l'assureur : tel est le cas des litiges liés au recouvrement d'honoraires ou de créances, ainsi que les actions de rapportant au droit des personnes (successions, régimes matrimoniaux, divorce...).

La couverture d'emprunt ou crédit-bail.

Il est également vivement conseillé de souscrire un contrat d'assurance couvrant les risques Incapacité totale temporaire, Invalidité totale et Décès en cas d'emprunt ou de leasing : ainsi, en cas d'accident, le remboursement des échéances restant dues sera pris en charge par l'assureur. Cette assurance est exigée le plus souvent par les organismes de crédit qui peuvent parfois demander aussi la caution d'un tiers ou une prise d'hypothèque. Il convient enfin de veiller à la possibilité de s'assurer au delà d'un certain âge, notamment lors du renouvellement du matériel professionnel quelques années avant la retraite.

Pour en savoir plus :

Catherine NGUYEN
LA MEDICALE DE FRANCE
Tél. : 01 43 23 64 59
Email : catherine.nguyen@ca-predica.fr

Seriez-vous prêt à payer **182 €** par mois (*)
une assistante qui prendrait en charge
l'accueil de vos patients ?



Qui mettrait vos compétences en avant,
Présenterait votre équipe opérationnelle,
Montrerait et expliquerait vos protocoles d'hygiène et de stérilisation,
Organiserait, sans vous déranger, la visite de votre cabinet,
Valoriserait votre plateau technique, vos investissements, votre savoir ...

Et qui en plus, leur expliquerait calmement ce qu'est un inlay, un bridge,
une couronne ou un implant, le blanchiment, la parodontologie, etc ...

Qui les détendrait avec des images artistiques et d'évasion, leur expliquerait le
fonctionnement de la carte Vitale, le principe de remboursement des Mutuelles, etc...

Tout cela calmement, sans vous parler de 35 H, ni d'URSSAF, ni de congés !

C'est tout cela que le **CONCEPT ATTENTE** vous propose pour 182 €/mois
(*) Pendant 36 mois, ensuite il ne vous en coûtera plus rien, sauf quelques Euros si vous souhaitez une mise à jour

Le meilleur système de communication en salle d'attente
Fonctionnement interactif ET en boucle



Près de 60 modules
3 modules personnalisés
Plus de 4 000 images
Des dizaines de vidéos
800 H de développement
Plus de 3 H 30 de contenu
100 % de clients satisfaits
100 % de patients satisfaits

N'attendez d'être le dernier, soyez en phase avec le monde extérieur
COMMUNIQUEZ !

Vos retombées seront sans communes mesures avec votre investissement



FOXY études & développement

42, rue des Cormiers 78400 CHATOU Tél : 01 34 80 60 66 Fax : 01 30 71 57 08

Courriel : foxy.ed@wanadoo.fr Internet : www.foxy-ed.fr





Pratic **E.C.O.**

Prendre sa retraite à 60 ans ou avant Mythe ou réalité ?

Les demandes de simulations de revenus à percevoir pendant la retraite dans l'hypothèse d'une cessation d'activité avant 65 ans sont de plus en plus nombreuses. Elles sont justifiées car il est fortement conseillé d'anticiper en la matière afin d'avoir ensuite le temps d'agir en conséquence.

Savez-vous, en effet, qu'en partant à la retraite avant l'âge de 65 ans, vous subissez des minoration systématiques de 25 % sur les régimes complémentaire et supplémentaire de retraite ? En cessant votre activité à 55 ans, l'écart avec vos revenus actuels est encore plus important puisque vous ne percevrez aucune pension de retraite avant 60 ans. Pour prendre sa retraite de manière anticipée, il est donc indispensable d'épargner.

Sur le sujet, vos interrogations sont nombreuses. Nous tenterons de répondre en vous donnant quelques pistes de réflexions. Pour illustrer cet article concrètement, nous étudierons le cas de Monsieur V, mais au préalable rappelons quelques principes essentiels.

Rappel sur le calcul de la retraite du chirurgien-dentiste

Votre retraite de base des professions libérales

Votre retraite de base sera égale au nombre de points acquis X valeur du point (0,512 € pour 2007). Cette retraite sera entière si vous avez atteint l'âge de 65 ans ou si vous avez acquis 160 trimestres aujourd'hui (et jusqu'en 2008). Ce chiffre augmentera les années suivantes.

Dans le cas contraire, votre retraite subira des minoration en fonction de votre âge de départ en retraite et/ou de la durée de cotisations.

Vos retraites complémentaire et supplémentaire

Là aussi, votre retraite complémentaire sera égale au nombre de points acquis X valeur du point (22,30 € pour 2007). Et la retraite supplémentaire fonctionne sur le même principe (valeur du point : 30,49 € pour 2007). Dans ces deux régimes, un coefficient de minoration sera appliqué systématiquement si vous prenez votre retraite avant 65 ans, et ce, quelle que soit la durée de cotisations (à nuancer pour les femmes chirurgiens-dentistes ayant élevé leurs enfants).

Situation personnelle du Docteur V.

Le Docteur V., 45 ans, deux enfants, est chirurgien-dentiste. Son BNC est de 185 000 €. Ses impôts sont estimés à 44 600 € (barème 2006 et tranche à 40 %). Propriétaire de sa résidence principale, intégralement payée, il détient par ailleurs un patrimoine de 500 000 €. Monsieur V. souhaiterait prendre sa retraite à 60 ans, voire cesser son activité à 55 ans, si possible. Son objectif revenus est de 75 000 € nets.

Hypothèse 1

Cessation d'activité à l'âge de 55 ans

Avant la perception de la retraite (de 55 à 60 ans)

En cessant son activité à 55 ans, le Docteur V. ne disposera que des revenus de son patrimoine. Et celui-ci devra, sur la base d'un taux annuel de rendement des placements de 5 %, s'élever à 1 500 000 € (estimation hors résidence principale), pour générer des revenus annuels de 75 000 € (cette hypo-

thèse serait vraie s'il ne devait jamais percevoir de pension retraite ultérieurement).

Mais, nous devons introduire un correctif à ce calcul. En effet, à compter de l'âge de 60 ans, Monsieur V. percevra une pension qui pourra satisfaire une partie de ses besoins. Le capital nécessaire à la génération de revenus sera donc un peu moins important.

Liquidation de la pension de retraite à 60 ans

La retraite de base de Monsieur V. est estimée à 25 000 € (en tenant compte des minoration). Rappelons qu'il a cessé son activité à 55 ans et donc également ses cotisations.

Au moment de sa retraite à 60 ans, nous supposons que le Docteur V. ne dispose que de sa retraite estimée nette d'impôts à 24 454 €. Pour disposer d'un niveau de revenus de 75 000 € durant sa retraite, le patrimoine constitué devra donc générer des revenus complémentaires à hauteur de 50 546 €. Il devra donc constituer un patrimoine estimé à 1 011 000 € (taux de rendement de 5 %).

Donc, en tenant compte des revenus à générer de 55 ans à 60 ans et du complément de revenus à produire après 60 ans et pour le restant de ses jours, on peut estimer que le capital à constituer est donc désormais de l'ordre de 1 100 000 € (au lieu de 1 500 000 €) hors résidence principale.

Conclusion. L'objectif du Docteur V. peut être atteint et ce d'autant plus facilement qu'il a déjà constitué 500 000 € de patrimoine productif, il ne lui restera donc à constituer que 510 000 € sur une dizaine d'années. D'autre part, sa résidence principale est déjà remboursée. Il dispose donc d'une capacité d'épargne importante, de l'ordre de 2 500 € par mois. Il pourra également bénéficier d'économies d'impôts qui participeront à la constitution de son patrimoine. Vous trouverez ci-dessous les différentes recommandations qui pourraient lui être faites dans cette optique.

Hypothèse 2

Cessation d'activité à l'âge de 60 ans.

Le Docteur V. cotise jusqu'à 60 ans. Sa retraite est estimée à 30 000 € (en tenant compte des minoration). Au moment de sa retraite à 60 ans, nous supposons que le docteur V. ne dispose que de sa retraite nette d'impôt estimée à 29 000 €.

Pour disposer de revenus de 75 000 € durant sa retraite, le patrimoine constitué devra générer des revenus complémentaires à hauteur de 46 000 €. Pour atteindre cet objectif, il devra constituer un patrimoine estimé à 920 000 € (taux de rendement de 5 %).





Conclusion

Il sera probablement plus facile au Docteur V. d'atteindre son objectif à 60 ans qu'à 55 ans. Toutefois, son objectif est réalisable même à 55 ans. Il faut qu'il s'astreigne à épargner le plus tôt possible et à faire les bons choix d'investissements.

Recommandations pour la constitution d'un capital complémentaire

Souscription de contrats d'assurance-vie

A titre indicatif, si Monsieur V. plaçait 1 000 € par mois en assurance-vie pendant 12 ans au taux de 5 %, il obtiendrait, au terme, un capital estimé de 197 000 € avant impôts. L'assurance-vie multisupports / multigestionnaires est un excellent outil de gestion très adaptable et très ouvert, offrant une large palette de placements, permettant de satisfaire tous les investisseurs (du plus prudent au plus offensif).

Au niveau fiscal, l'assurance-vie permet de réduire les droits de mutation en cas de décès grâce à l'exonération de 152 500 € par bénéficiaire en cas de décès du souscripteur. Enfin, après 8 ans de détention du contrat, les intérêts et produits financiers sont exonérés dans la limite d'un abattement de 9 200 € pour un couple et 4 600 € pour une personne seule. Au-delà

la taxation est de 7,50 % (hors CSG / CRDS). L'assurance-vie est un outil indispensable pour générer des revenus complémentaires automatiques, au moindre coût, tout en préparant la transmission de son patrimoine.

Investissement immobilier

Loueur en meublé professionnel

Pour obtenir le statut de loueur en meublé professionnel, il faut générer 23 000 € de revenus TTC (avec par exemple des résidences pour personnes dépendantes ou pour étudiants en centre ville avec une rentabilité de l'ordre de 5 %). Pour ce faire, le Docteur V. devra réaliser un effort d'épargne sur un contrat d'assurance-vie se traduisant par un versement initial de 150 000 € et des versements mensuels estimés à 1 100 € pendant 12 ans, sur la base d'une hypothèse de rémunération de l'épargne de 5 % l'an. Bien sûr, cette constitution de patrimoine est aidée par l'économie d'impôt importante réalisée la première année et la récupération de TVA (importante sur ce dossier).

En LMP, les biens immobiliers acquis sont conservés durant la retraite afin de générer d'importants revenus complémentaires défiscalisés et revalorisés annuellement, sur longue période. Ce statut favorise également une transmission du patrimoine au moindre coût et permet de bénéficier d'une couverture sociale à peu de frais (notamment nécessaire en cas de cessation d'activité à 55 ans) tout en continuant à acquérir des trimestres, ce qui peut permettre d'améliorer sa retraite. Il autorise enfin une exonération d'ISF, sous certaines conditions, après cessation d'activité.

Robien recentré et Borloo populaire

Alternativement, Monsieur V. pourra également investir en immobilier dans le cadre du de Robien recentré ou Borloo populaire, ce qui lui procurera d'importantes économies d'impôts, l'aidant ainsi également à constituer son patrimoine (être attentif au prix au M² et éviter les villes moyennes - préférez les métropoles régionales et notamment du Nord - comme Lille - et l'Est et les valeurs sûres comme la région parisienne et la Côte d'Azur). Ainsi, pour une acquisition de 230 000 € tous frais compris, sur 12 ans, en crédit in fine avec un capital constitué uniquement par des primes périodiques mensuelles, il fera des économies d'impôts estimées à 114 000 € ! Comme on peut le constater, l'effet de levier fiscal est ici particulièrement efficace.

Les biens immobiliers acquis dans ce cadre seront revendus au terme afin d'éviter, au-delà de la période d'amortissement déductible, de continuer à générer des revenus fonciers, qui cette fois, seront fortement imposés. Le produit de la vente sera placé dans une enveloppe fiscale avantageuse comme l'assurance-vie pour générer des revenus complémentaires au moindre coût.

Souscription d'un contrat Madelin

La souscription d'un tel contrat permettra à Monsieur V. de bénéficier tous les ans d'une défiscalisation et d'une rente viagère au moindre coût pendant sa retraite.

Conseils Pratiques

Préparer le plus tôt possible sa retraite ou sa cessation d'activité : plus vous la préparez tôt, plus vous vous donnez des chances de réaliser votre objectif ; la durée en matière de capitalisation est un allié redoutable.

Faites établir votre bilan patrimonial : c'est un bon moyen de faire un état des lieux, de définir sa stratégie et de contrôler son évolution grâce à des mises à jour régulières.

Pour en savoir plus:

PATRIMOINE PREMIER

Catherine BEL et Yves ROUGEAUX
32 Avenue de Friedland 75008 PARIS
Tél. : 01 45 74 01 05 - Fax : 01 45 74 01 15
Email : catherinebel@patrimoinepremier.com
CIF réf. sous n° A043000 par la CIP asso.
Agréée par l'AMF



71



PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

28 AU 31 MAI 2007 À NEW YORK

UNIVERSITÉ DE NEW YORK
CURRENT CONCEPTS IN
AMERICAN DENTISTRY
DENTSPLY FRIADENT ET
L'UNIVERSITÉ DE NEW YORK
Hélène Antunes - BP 106 - route de
Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

30, 31 MAI ET 1ER JUIN 2007 À QUIMPER

CLINIQUE DE L'Océan
SÉMINAIRE DE FORMATION DE
CHIRURGIE AVANCÉE PRÉ ET
PÉRI-IMPLANTAIRE
DRS ERWAN COLLET, MICHEL JABBOUR ET
CHARBEL KHOURY
SEFIOB ET ZIMMER DENTAL
2 place Gustave Eiffel - 94528 Rungis
Tél : 01 45 12 35 64
Fax : 01 45 60 04 88
Email : rose-marie.deoliveira@zimmer-
dental.fr
Site Internet : www.zimmerdental.fr

31 MAI 2007 À RENNES

HÔTEL MERCURE COLOMBIER - 156 RUE DU
CAPITAINE MAIGNAN
PARODONTIE MÉDICALE - JUSTI-
FICATIONS ET PROTOCOLE
DR JACQUES CHARON
Frais d'inscription : 150 € repas inclus.
Cotisation 32 €
ONFOC 35 - OFFICE NOUVEAU DE
FORMATION ODONTOLOGIQUE
CONTINUE D'ILLE ET VILAINE
Dr Claire-Laurence Guyomard, 19 rue
Lesage - 35000 Rennes
Tél : 02 99 63 05 88

31 MAI 2007 À SALON DE PROVENCE

OSTÉOTOMES
DR PEYRET
ASTRA TECH DENTAL
Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand
Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 04 52
Fax : 01 41 39 97 42
Email : ouarda.ghanai@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

31 MAI ET 1ER JUIN 2007 À MARNE LA VALLÉE

COURS ITI DE CHIRURGIE IM-
PLANTAIRE : PROTOCOLES ET
TECHNIQUES CHIRURGICALES
DR STÉPHANIE DINCA
STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16

Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.fr
Site Internet : www.straumann.fr

31 MAI ET 1ER JUIN 2007

À RUEIL MALMAISON
SIÈGE AT FRANCE
DOSSIER PRÉ-IMPLANTAIRE
DR DISS
ASTRA TECH DENTAL
Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand
Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 04 52
Fax : 01 41 39 97 42
Email : ouarda.ghanai@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

1ER ET 2 JUIN 2007 À LA BAULE

CONGRÈS INTERNATIONAL
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PARO-
DONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLO-
GIE ORALE - RÉGION SUD-EST
Dr Emmanuelle Argence
98 rue Le Chatelier - 13015 Marseille
Tél : 04 91 60 88 28
Fax : 04 91 03 07 61
Site Internet : http://sfpiose.oldiblog.com

1ER ET 2 JUIN 2007 À MARSEILLE

COURS ITI DE PROTHÈSE IMPLAN-
TAIRE POUR OMNIPRATICIEN
DR YVES CHARBIT
STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.fr
Site Internet : www.straumann.fr

1ER ET 2 JUIN 2007 À PARIS

CYCLE IMPLANTAIRE EN 4 MODULES INTER-
CHANGEABLES SUIVIS DE 2 MODULES DE TP
LE MÉTAL, LA MÉTALLURGIE
DANS LA PROTHÈSE GÉNÉRALE
ET IMPLANTAIRE
RICHARD ABULIUS
INSTITUT EUROPÉEN DE
FORMATION DENTAIRE - IEFD
14-16 rue Mesnil - 75116 Paris
Tél : 01 45 05 06 00
Email : abulius@aol.com
Site Internet : www.iefd.fr

1ER ET 2 JUIN 2007 À PAU

CYCLE COMPLET DE FORMATION
EN IMPLANTOLOGIE. FORMATION
CHIRURGIE XIVE/FRIALIT
DRS ÉRIC BIEHLER, JULIEN JEANDET
Frais d'inscription : 915 € déjeuners inclus
FISO ET DENTSPLY FRIADENT
Secrétariat FISO - Delphine Lett
19 boulevard Guillemain - 64000 Pau
Tél : 05 59 14 33 33
Fax : 05 59 14 33 34
Email : contact@fiso.net
Site Internet : www.fiso.net

7 JUIN 2007 À MULHOUSE

CYCLE DE FORMATION EN IM-
PLANTOLOGIE ORALE :
CHIRURGIE ET PROTHÈSE
DRS MARC COLLAVINI,
CHRISTIAN SCHLIER
C.E.F.I.O.M.
Tél : 06 32 90 36 51

7 JUIN 2007 À PARIS

SOIRÉES CONFÉRENCES ET
CHIRURGIE AVANCÉES :
CHIRURGIE ET PROTHÈSE SUR LE
SYSTÈME XIVE - L'ESTHÉTIQUE
AU SERVICE DE L'IMPLANTO-
LOGIE : GESTION DU SECTEUR
ANTÉRIEUR
DR SYLVAIN ALTGLAS
DENTSPLY FRIADENT
Hélène Antunes - BP 106 route de
Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

7 ET 8 JUIN 2007 À AVESNE SUR HELPE

CHIRURGIE AVANCÉE
DR PIERRE
ASTRA TECH DENTAL
Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand
Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 04 52
Fax : 01 41 39 97 42
Email : ouarda.ghanai@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

7 ET 8 JUIN 2007 À NICE

PROTHÈSE IMPLANTAIRE
DR DISS
ASTRA TECH DENTAL
Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand
Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 04 52
Fax : 01 41 39 97 42
Email : ouarda.ghanai@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

7 AU 9 JUIN 2007 À NICE

ACROPOLIS - PALAIS DES EXPOSITIONS
1 ESPLANADE KENNEDY - 06302
17ÈMES JOURNÉES DENTAIRES
DE NICE ET FORUM
D'IMPLANTOLOGIE
JDN, SYFAC 2007, SOFREB 2007
28 boulevard Raimbaldi - 06000 Nice
Tél : 04 93 13 03 21
Fax : 04 93 13 47 02
Mail : journees.dentaires.nice@wanadoo.fr
Site Internet : www.jdn-congres.info

7 AU 9 JUIN 2007 À RENNES

CHIRURGIE IMPLANTAIRE AVAN-
CÉE AVEC TP SUR PIÈCES ANATO-
MIQUES
DR CHEBARO
BIOMET 3I EN PARTENARIAT AVEC
LA SFFI
7-9 rue Paul Vaillant Couturier
92300 Levallois

Tél : 01 41 05 43 46
Fax : 01 41 05 43 40
Email : marketingfrance@3implant.com
Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

7 AU 10 JUIN 2007 À BOSTON
9TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM IN PERIODONTICS AND RESTORATIVE DENTISTRY
BIOMET 3I
7-9 rue Paul Vaillant Couturier
92300 Levallois
Tél : 01 41 05 43 46
Fax : 01 41 05 43 40
Email : marketingfrance@3implant.com
Site : www.3i-online.com/france/index.cfm

8 ET 9 JUIN 2007 À CLERMONT-FERRAND
IMPLANTOLOGIE CLINIQUE
MODULE 3
DRS JEAN-FRANÇOIS BOREL,
YVES DOUILLARD
STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : www.straumann.fr

8 ET 9 JUIN 2007 À PARIS
84 RUE DE GRENELLE 75007 PARIS
LA CHIRURGIE
PRÉ-PROTHÉTIQUE
L'ÉQUIPE DE LA SAUP
SAUP (SAVOIR ABORDER L'UNIVERS DE LA PARODONTOLOGIE)
59 avenue de la Bourdonnais - 75007 Paris
Tél : 01 47 05 69 01
Fax : 01 47 05 16 95
Email : info@saup.fr
Site Internet : www.saup.fr

9 JUIN 2007 À PALAVAS
PALAIS DES CONGRÈS
PARODONTOLOGIE
ET ORTHODONTIE : DEUX DISCIPLINES COMPLÉMENTAIRES
PROF. PIERRE CANAL
SFPIO LANGUEDOC ROUSSILLON
124, av Georges Clémenceau
34500 Béziers
Tél : 04 67 31 12 37
Email : sfpio@free.fr

11 ET 12 JUIN 2007 À PARIS
CHIRURGIE AVANCÉE : MISE EN CHARGE IMMÉDIATE
DR KIEPFERLE
ASTRA TECH DENTAL
Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand
Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
Tél : 01 41 39 04 52
Fax : 01 41 39 97 42
Email : ouarda.ghanai@astratech.com
Site Internet : www.astratechdental.fr

12, 13 ET 14 JUIN 2007 À NEW YORK
EXPERT FORUM À LA NEW YORK UNIVERSITY
DRS CHASROFF, CHU, TARNOW, WALLACE
BIOMET 3I
7-9 rue Paul Vaillant Couturier
92300 Levallois
Tél : 01 41 05 43 46
Fax : 01 41 05 43 40
Email : marketingfrance@3implant.com
Site : www.3i-online.com/france/index.cfm

14 JUIN 2007 À CREST
13 RUE DE L'HÔTEL DE VILLE
RÉUSSIR LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE - SAVOIR PROPOSER LES SOLUTIONS IMPLANTAIRES
DR ANDRÉ AMIACH
CEROS - COMMUNICATION ÉTUDIÉS & RECHERCHES ODONTO-STOMATOLOGIQUES
Hélène & Laurence
Tél : 04 75 25 07 78
Fax : 04 75 25 12 13
Email : ayamiach@yahoo.fr

14 JUIN 2007 À HIRSINGUE
L'IMPLANTOLOGIE AU QUOTIDIEN
MODULE 5
DR CHRISTIAN MARTIN - MKM FORMATION
STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : www.straumann.fr

14 JUIN 2007 À MARSEILLE
NEW HÔTEL OF MARSEILLE - 71 BOULEVARD
CHARLES LIVON - 04 91 315 315
APPROCHE SÉLECTIVE DES DIFFÉRENTES SITUATIONS CLINIQUES EN PROTHÈSE IMPLANTO-PORTÉE
G. GALLUCCI
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE - RÉGION SUD-EST
Dr Emmanuelle Argence
98 rue Le Chatelier - 13015 Marseille
Tél : 04 91 60 88 28
Fax : 04 91 03 07 61
Site Internet : http://sfpiose.oldiblog.com

14 JUIN 2007 À PARIS 8ÈME
ESPACE BERNANOS 4 RUE DU HAVRE
LES MALADIES PARODONTALES EN FRANCE ET DANS LE MONDE : FAUT-IL S'EN INQUIÉTER ?
PRS PIERRE BAENHI, DENIS BOURGEOIS ET PHILIPPE BOUCHARD
Frais d'inscription : 90 € ou 50 € (Étudiants) pour non membres
SFPIO PARIS
12 rue d'Aumale - 60500 Chantilly
Tél : 03 44 57 99 44

Email : contact@sfpio-paris.org
Site Internet : www.sfpio-paris.org

14 JUIN 2007 À PARIS
LES JEUDIS DE LA PROTHÈSE
SPÉCIALISTE PRODUITS BIOMET 3I
Frais d'inscription : Gratuit
BIOMET 3I
7-9 rue Paul Vaillant Couturier
92300 Levallois
Tél : 01 41 05 43 46
Fax : 01 41 05 43 40
Email : marketingfrance@3implant.com
Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

14 JUIN 2007 À PARIS
RIVE GAUCHE SAINT-JACQUES HÔTEL
17 BD ST-JACQUES - 75014
35 QUESTIONS EN IMPLANTOLOGIE
A. BENHAMOU, M. BERT, P. CHERFANE, M. CORCOS, G. DROUHET, G. KHOURY, I. KLEINFINGER, P. MISSIKA, B. RAHAL, J.M. STROUMZA, H. TARRAGANO, B. TAVERNIER, E. ZAGROUN
SOP - SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
6 rue Jean Hugues - 75116 Paris
Tél : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Email : secretariat@sop.asso.fr
Site Internet : www.sop.asso.fr

14 JUIN 2007 À PAU
19 BOULEVARD GUILLEMIN
ÉVOLUTION ACTUELLE DE L'IMPLANTOLOGIE
PROFESSEUR J.P. BERNARD
APPI
19 boulevard Guillemin - 64000 Pau
Tél : 05 59 02 00 20
Email : contact@appi-implant.net
Site Internet : http://www.appi-implant.net

14 ET 15 JUIN 2007 À MARNE LA VALLÉE
COURS ITI DE PROTHÈSE IMPLANTAIRE POUR OMNIPRATICIEN
DR STÉPHANIE DINCA
STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.fr
Site Internet : www.straumann.fr

14 ET 15 JUIN 2007 À REIMS
CABINET DR PHILIPPE RUSSE
CHIRURGIE IMPLANTAIRE BASIQUE
DR PHILIPPE RUSSE
ZIMMER DENTAL
2 place Gustave Eiffel - 94528 Rungis
Tél : 01 45 12 35 64

Fax : 01 45 60 04 88
 Email : rose-marie.deoliveira@zimmerdental.fr
 Site Internet : www.zimmerdental.fr

15 ET 16 JUIN 2007 À PARIS ET RUEIL MALMAISON

CHIRURGIE AVANCÉE : COMBLEMENT DE SINUS

DR VALENTINI

ASTRA TECH DENTAL

Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
 Tél : 01 41 39 04 52
 Fax : 01 41 39 97 42
 Email : ouarda.ghanai@astratech.com
 Site Internet : www.astratechdental.fr

15 ET 16 JUIN 2007 À TARBES

FORMATIONS AUX TECHNIQUES AVANCÉES EN IMPLANTOLOGIE

DR SERGE VERDIER, FRANÇOIS LABORDE

FORMATION IMPLANTOLOGIE AVANCÉE PRATIQUE - FIAP

Tél : 05 62 93 75 15
 Email : formation@fiap-dentaire.fr

16 JUIN 2007 À PARIS

HÔPITAL AMÉRICAIN

GREFFES SINUSIENNES EN IMPLANTOLOGIE

DR DAVARPANAH

BIOMET 3I SOUS L'EGIDE DE L'EID ET DE L'AFAO

7-9 rue Paul Vaillant Couturier
 92300 Levallois
 Tél : 01 41 05 43 46
 Fax : 01 41 05 43 40
 Email : marketingfrance@3implant.com
 Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

18 ET 19 JUIN 2007 À PARIS

CYCLE IMPLANTAIRE EN 4 MODULES INTERCHANGABLES SUIVIS DE 2 MODULES DE TP TP SUR IMPLANTS : INFRASTRUCTURES ET ATTACHEMENTS IMPLANTAIRE EN VUE D'UNE PROTHÈSE AMOVIBLE

RICHARD ABULIUS

INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION DENTAIRE - IEFD

14-16 rue Mesnil - 75116 Paris
 Tél : 01 45 05 06 00
 Email : abuliusr@aol.com
 Site Internet : www.iefd.fr

20 JUIN 2007 À METZ

SIMPLIFICATION DES PROTOCOLES EN ENDODONTIE

DRS B. CROVELLA, J.-F. LAURENT
 Frais d'inscription : 45 € (repas inclus)

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

Dr A. Stenger - 17 avenue de la Libération

57160 Moulins les Metz
 Tél : 03 87 60 02 96
 Fax : 03 87 36 62 56
 Email : contact@coraill.com
 Site Internet : www.coraill.com

21 JUIN 2007 À CLERMONT-FERRAND PARODONTOLOGIE COMPLEXE ET IMPLANTOLOGIE

DR MATTOU

Frais d'inscription : 200 €

U. F. R. D'ODONTOLOGIE - FORMATION CONTINUE

11 boulevard Charles de Gaulle
 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35
 Fax : 04 73 17 73 79
 Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
 Site Internet : http://webodonto.u-clermont1.fr

21 JUIN 2007 À STRASBOURG

COMMUNICATION ET IMPLANTOLOGIE

DR LE PRADO

BIOMET 3I

7-9 rue Paul Vaillant Couturier
 92300 Levallois
 Tél : 01 41 05 43 46
 Fax : 01 41 05 43 40
 Email : marketingfrance@3implant.com
 Site Internet : www.3i-online.com/france/index.cfm

21 JUIN 2007 À TOULOUSE

LATITUDES HÔTEL GOLF DE SEILH

LES GRANDES RESTAURATIONS IMPLANTO ET DENTO-PORTÉES, ÉVOLUTION DES CONCEPTS, ORIENTATIONS ACTUELLES ET PERSPECTIVES.

DOCTEUR PHILIPPE COLIN

Frais d'inscription : 150 €
SFPIO MIDI-PYRÉNÉES

22 chemin de la Croisette
 31860 Pins Justaret
 Tél : 05 61 76 26 47
 Fax : 05 62 00 93 39
 Email : pierrolle@gmail.com
 Site : http://sfpio.midipyrenees.free.fr

21 ET 22 JUIN 2007 À NICE

CHIRURGIE

DR DISS

ASTRA TECH DENTAL

Ouarda Ghanaï - 7 rue Eugène et Armand Peugeot - 92563 Rueil Malmaison cedex
 Tél : 01 41 39 04 52
 Fax : 01 41 39 97 42
 Email : ouarda.ghanai@astratech.com
 Site Internet : www.astratechdental.fr

22 JUIN 2007 À NICE

28 JUIN 2007 À PARIS

JOURNÉE SUIVI PATIENTS - CERCLE D'ÉTUDE

DR MARK BONNER

INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE

455 Promenade des Anglais, Arenas, Nice 1er - 06200 Nice
 Tél : 04 93 71 40 65
 Fax : 04 93 71 40 32
 Email : solange.dunoye@wanadoo.fr
 Site Internet : www.parodontite.com

22 ET 23 JUIN 2007 À PARIS

SALLE 84 RUE DE GRENELLE 75007 PARIS INTÉGRATION DES IMPLANTS DANS LE PLAN DE TRAITEMENT

L'ÉQUIPE DE LA SAUP

SAUP (SAVOIR ABORDER L'UNIVERS DE LA PARODONTOLOGIE)

59 avenue de la Bourdonnais - 75007 Paris
 Tél : 01 47 05 69 01
 Fax : 01 47 05 16 95
 Email : info@saup.fr
 Site Internet : www.saup.fr

23 JUIN 2007 AU TOUQUET

CONGRÈS D'IMPLANTOLOGIE

PR FOUAD KHOURY

DENTSPLY FRIADENT

Hélène Antunes - BP 106 - route de Montereau - 77793 Nemours cedex
 Tél : 01 60 55 59 78

25 AU 29 JUIN 2007 À ARCACHON

STAGE DE PARODONTIE CLINIQUE

JACQUES CHARON

Frais d'inscription : 2 850 €

PAROCONCEPT

Delphine Olivier - 128 rue Jacquemars Giélee - 59800 Lille
 Tél : 03 20 34 04 47
 Fax : 03 20 56 90 42
 Email : paroconcept@nordnet.fr
 Site Internet : www.paroconcept.com

25 ET 26 JUIN 2007 À NICE

29 ET 30 JUIN 2007 À PARIS

LA SANTÉ PARODONTALE, UNE APPROCHE MICROBIOLOGIQUE MODERNE.

DR MARK BONNER

INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE

455 Promenade des Anglais, Arénas, Nice 1er - 06200 Nice
 Tél : 04 93 71 40 65
 Fax : 04 93 71 40 32
 Email : solange.dunoye@wanadoo.fr
 Site Internet : www.parodontite.com

28 ET 29 JUIN 2007 À MARSEILLE

CABINET DES DRS MATTOU

LES TRAITEMENTS IMPLANTAIRE

DRS PAUL & CATHERINE MATTOU

GEPI

224, Avenue du Prado
 13008 MARSEILLE
 Tél : 04.91.32.28.34

OPTIMISEZ

Votre Potentiel



Siège du groupe Edmond Binhas - Marseille

**GÉREZ
ORGANISEZ
COMMUNIQUEZ**

Imaginez...

- Que vous retrouviez la sérénité dans votre exercice quotidien
- Que vous augmentiez votre efficacité
- Que vos patients soient motivés
- **... et tout cela sans travailler plus**

Vivez l'expérience...

- De la méthode BINHAS, seule méthode complète conçue par un Chirurgien-Dentiste
- Avec le savoir-faire de toute une équipe de consultants rigoureusement sélectionnés et formés à la culture dentaire française
- Dans 2 centres de formation (Paris et Marseille)
- **... 10 ans d'expertise pour travailler mieux**

Réussissez à...

- Mieux gérer votre agenda
- Facilement présenter vos plans de traitements
- Rendre votre équipe plus efficace
- **... travailler avec plaisir**

**Nous pouvons vous aider
à optimiser votre potentiel.**

Pour une analyse gratuite de votre cabinet :

N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Groupe Edmond Binhas

15, Avenue André Roussin
13016 Marseille

Fax : 04 91 32 28 33
 Email : contact@gepi-mattout.com
 Site internet : www.gepi-mattout.com

ENDODONTIE

17 ET 18 JUIN 2007 À CALVI
RACINE NATURELLE OU RACINE ARTIFICIELLE. LES LIMITES DE L'ENDODONTIE, LA PLACE DE L'IMPLANTOLOGIE DANS LE PLAN DE TRAITEMENT.

DR DAVID BENSOUSSAN DR TONY MUZI
 Tél : 01 42 12 36 36
 Email : secretariat@endoparis.com

OMNIPRATIQUE

31 MAI 2007 À AUXERRE
PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES : DE L'EMPREINTE À L'INSERTION, VOS PROBLÈMES, NOS SOLUTIONS

OLIVIER HÛÉ, MARIE-VIOLAINE BERTERETCHE
ACTEON FORMATION
 Audrey Maurel
 Tél : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 mail : audrey.maurel@acteonformation.com
 Site Internet : www.acteonformation.com

31 MAI 2007 À PARIS
 Coeur de la Défense
FORMATION A LA RADIOPROTECTION
 Frais d'inscription : 250 €
ASSOCIATION PRECAUTION
 19 avenue du Maréchal Foch
 77508 Chelles cedex
 Tél : 01 64 30 15 83
 Fax : 01 64 30 15 83
 Email : pcr.precaution@free.fr

31 MAI 2007 À VERSAILLES
14 JUIN 2007 À QUIMPER
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

DR HERVÉ TASSERY
IVOCLAR VIVADENT
 Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
 BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 12
 Fax : 04 50 68 91 52
 Email : mail@ivoclarvivadent.fr
 Site Internet : www.ivoclarvivadent.fr

31 MAI 2007 À PARIS
 HÔTEL AMPÈRE - 102 AVENUE DE VILLIERS
 75017 - M^o PÉREIRE
½ JOURNÉE DE TP : INCISIONS ET SUTURES

76 DR MICHEL JOURDE
 En partenariat avec les laboratoires Dexter

Frais d'inscription : Mb : 150 €, non mb : 200 €, cotisation 55 €
CNHSBD - COMITE NATIONAL D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRES

Dr Agnès Veille-Finet - 152 avenue Henri Barbusse - 92700 Colombes
 Tél : 06 08 75 43 17 / 01 45 07 59 40
 Fax : 01 45 07 59 44
 Email : ag.finet@wanadoo.fr
 Site Internet : www.cnhsbd.org

1ER ET 2 JUIN 2007 À ROUEN
CONGRÈS ANNUEL DU GROUPEMENT DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES ODONTO-STOMATOLOGIQUES

G. S. S. O. S.
 Dr Philippe Vergnes
 28 rue Rouget-de-Lisle - 32000 Auch
 Fax : 05 62 60 16 89
 Email : pvergues@wanadoo.fr

7 JUIN 2007 À PONT À MOUSSON
UNE SEULE DENT VOUS MANQUE... ET TOUT EST PERTURBÉ

GIL TIRLET, JEAN-PIERRE ATTAL
SOSNE - SOCIÉTÉ ODONTOSTOMATOLOGIQUE NORD EST
 Christine - 23-25 rue de Saurupt
 54000 Nancy
 Tél : 03 83 56 00 33
 Fax : 03 83 56 81 17
 Email : sosne@free.fr
 Site Internet : www.dental-clic.com (page Sosne)

7 JUIN 2007 À BIARRITZ
PROTHÈSES FIXÉES SUR LES SECTEURS ANTÉRIEURS, DENTS NATURELLES ET IMPLANTS : ASPECTS PARODONTAUX

SERGE ARMAND
ACTEON FORMATION
 Audrey Maurel
 Tél : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 Email : audrey.maurel@acteonformation.com
 Site Internet : www.acteonformation.com

7 ET 8 JUIN 2007 À SAINT-JORIOZ
CAS CLINIQUE CEREC EN DIRECT IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
 BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 12
 Fax : 04 50 68 91 52
 Email : mail@ivoclarvivadent.fr
 Site Internet : www.ivoclarvivadent.fr

7 JUIN 2007 À PARIS
 LES SALONS DE L'AVEYRON - 17 RUE DE L'AUBRAC - 75012

2ÈME JOURNÉE DE L'UFSBD. RISQUES ET QUALITÉ D'EXERCICE, OU EXERCER EN TOUTE SÉCURITÉ

ET SÉRÉNITÉ
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

7 rue Mariotte - 75017 Paris
 Tél : 01 44 90 72 80
 Fax : 01 44 90 96 73
 Email : ufsbd@ufsbd.fr
 Site Internet : www.ufsbd.fr

12 JUIN 2007 À PARIS

ESPACE HAMELIN
RADIOPROTECTION DES PATIENTS

Frais d'inscription : 180 euros
A.F.P.M.P

17 rue Hamelin - 75016 Paris
 Tél : 01.46.02.09.23
 Email : michaelbetito@yahoo.fr

14 JUIN 2007 À CARCASSONNE

PROTHÈSES ADJOINTES COMPLÈTES : RÉTENTIONS COMPLÈMENTAIRES IMPLANTO-PORTÉES

MICHEL DABADIE
ACTEON FORMATION
 Audrey Maurel
 Tél : 05 56 34 93 22
 Fax : 05 56 34 92 92
 Email : audrey.maurel@acteonformation.com
 Site Internet : www.acteonformation.com

14 JUIN 2007 À ROISSY EN FRANCE

SIÈGE DE KAVO FRANCE
LE LASER ERYAG EN OMNIPRATIQUE

DR BÉATRICE GRENIER
 Frais d'inscription : 150 €
KAVO DENTAL SAS
 165 avenue du Bois de la Pie - 95700 Roissy en France
 Tél : 01 56 48 72 00
 Fax : 01 56 48 72 25
 Email : vincent.faure@kavo.com
 Site Internet : www.kavo.fr

14 JUIN 2007 À LILLE

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE
ABORD THÉRAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE

DRS BORY N., HAME O, GIRES C, POISSON, GAMBIEZ, THIVIERGE, BORGERS, PR DUPUIS
 Frais d'inscription : 101 euros cotisation incluse
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRODONTOLOGIE
 2 allée Saint Pierre - 59130 Lambersart
 Tél : 03 20 16 79 27
 Email : celine.catteau@univ-lille2.fr

OCCLUSODONTIE

7 AU 10 JUIN 2007 À PERPIGNAN

Hôtel la Villa Dufлот
ORTHOPOSTURODONTIE 2ÈME

DEGRÉ

Dr MICHEL CLAUZADE,
M. JEAN-PIERRE MARTY
Frais d'inscription : 1 200 €
SOOF

19 espace Méditerranée - 66000 Perpignan
Tél : 04 68 51 22 23
Fax : 04 68 51 22 62
Email : michel.clauzade@wanadoo.fr
Site : www.orthoposturodentie.com

ORTHODONTIE

31 MAI AU 2 JUIN 2007 À VERSAILLES

PALAIS DES CONGRÈS
**CROISSANCE ET ORTHOPÉDIE
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE**
Site Internet : www.sfodf.org

5 JUIN 2007 À PARIS

**LES MINIVIS D'ANCRAGE EN
ORTHODONTIE ET LA NUMÉRI-
SATION 3D DE VOS EMPREINTES
(BIBLIOCAST)**

DRS MARINA LE MARIE, CATHERINE
LASVERGNAS, WILLIAM HAUSMANN,
GEOFFROY-R. PEUCH-LESTRADE ET
ALAIN DECKER

Frais d'inscription : 300 €
**ORMODENT EN PARTENARIAT
AVEC DENTAL FORCE ET BIBLIO-
CAST**

12 rue du Sergent Bobillot
93100 Montreuil
Tél : 01 49 88 60 60
Email : selena.darevic@ormodent.com
Site Internet : www.ormodent.com

8 ET 9 JUIN 2007 À PONT-ÉVÊQUE

**12ÈME CYCLE DE FORMATION EN
ODF : L'OCCLUSION**

PIERRE VION
ADFOC ISÈRE
Chez le docteur Georges BERNADAT -
Les Bleuets - Bâtiment B - Montée Lucien
Magnat - 38780 Pont-Évêque
Tél : 04 74 85 90 40

10 AU 12 JUIN 2007 À PARIS

**DENTS INCLUSES - AGÉNÉSIE
CISCO**

DRS F. HAJ, J. M. KORBENDEAU
1 rue de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Email : cisco.s@wanadoo.fr

11 JUIN 2007 À PARIS

**RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE :
DE LA PHILOSOPHIE
À LA PRATIQUE
SBR : SOCIÉTÉ BIOPROGRESSIVE
RICKETTS**

Dr Hanh Vuong - 6 b rue Mesnil
75116 Paris
Tél : 01 47 27 45 73

Fax : 01 47 27 02 92
Email : hanhvuong@wanadoo.fr

16 ET 17 JUIN 2007 À PARIS

MERCURE TOUR EIFFEL SUFFREN
**NOUVELLE TECHNIQUE D'ARC
DROIT À FROTTEMENT RÉDUIT**

Dr DAVID SUAREZ
RMO EUROPE
BP 20334 - 67411 Illkirch Cedex
Tél : 03 88 40 67 40
Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmoeurope.com
Site Internet : www.rmoeurope.com

17 JUIN 2007 À PARIS

HÔTEL MERCURE TOUR EIFFEL SUFFREN
**DÉMARCHE QUALITÉ POUR UN
CABINET D'ODF**

Dr PASCAL RENAUD
RMO EUROPE
BP 20334 - 67411 Illkirch Cedex
Tél : 03 88 40 67 40
Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmoeurope.com
Site Internet : www.rmoeurope.com

21 AU 23 JUIN 2007 À PORTO, PORTUGAL
CONGRÈS DE PRINTEMPS DU CEO
Dr MANUEL ANJOS PEREIRA
**CEO - COLLÈGE EUROPÉEN D'OR-
THODONTIE**

Dr Marie-Pierre Sache - 10 rue de la Belle
Feuille - 92000 Boulogne
Tél : 01 46 05 70 41
Email : mpsache@wanadoo.fr

21 AU 25 JUIN 2007 À MONTPELLIER

NOVOTEL
TRAINING COURSE
Maîtres de Conférences en ODF, praticiens
SQODF et étudiants en CECSMO

RMO EUROPE
BP 20334 - 67411 Illkirch Cedex
Tél : 03 88 40 67 40
Fax : 03 88 67 96 95
Email : ccropsal@rmoeurope.com
Site Internet : www.rmoeurope.com

22 ET 23 JUIN 2007 À PONT-ÉVÊQUE
**12ÈME CYCLE DE FORMATION EN
ODF : ÉTUDE DES CAS EN COURS
DE TRAITEMENT DES PARTICI-
PANTS EN 2ÈME ANNÉE.**

PIERRE VION
ADFOC ISÈRE
Chez le docteur Georges BERNADAT -
Les Bleuets - Bâtiment B - Montée Lucien
Magnat - 38780 Pont-Évêque
Tél : 04 74 85 90 40

PROPHYLAXIE

31 MAI AU 2 JUIN 2007 À NÎMES

**GUÉRIR LA CARIE : METTRE EN
PLACE LA PROPHYLAXIE CARIEU-
SE EN OMNIPRATIQUE**

Dr PATRICK DARMON

FRAIS D'INSCRIPTION : PRATICIEN : 1 150 €
- ASSISTANTE : 450 €

**IFOE : INSTITUT DE FORMATION
ODONTOLOGIQUE EUROPÉEN**

Virginie - 9 quai de la Fontaine
30900 Nîmes
Tél : 06 61 98 48 54
Fax : 04 66 23 48 54
Email : ifoedarmon@aol.com
Site Internet : www.prophylaxie.fr

ORGANISATION

7 ET 8 JUIN 2007 À LYON

21 ET 22 JUIN 2007 À PARIS
L'ORGANISATION PYRAMIDALE

Dr EDMOND BINHAS
Frais d'inscription : 350 € pour un prati-
cien et 200 € pour une assistante
GROUPE EDMOND BINHAS
15 avenue André Roussin
13016 Marseille
Tél : 04 95 06 97 31
Fax : 04 95 06 97 32
Email : contact@binhas.com

MANAGEMENT

31 MAI ET 1ER JUIN 2007 À PARIS
**FORMER LE PRATICIEN AU
MANAGEMENT : ÊTRE PATRON,
ÇA S'APPREND !**

GENEVIÈVE DESOIZE
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

1ER JUIN AU 31 JUILLET 2007 À PARIS
**ATELIERS PRATIQUES DE
MANAGEMENT DU PERSONNEL
(1 JOURNÉE)**

**-ATELIER MANAGERPREMIER
-ATELIER MOTIVPREMIER -
CONFÉRENCES ET SÉMINAIRES
SUR MESURE**

RODOLPHE COCHET
RODOLPHE COCHET CONSEIL
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél : 01 43 31 12 67
Fax : 01 43 31 12 67
Email : info@rh-dentaire.com
Site Internet : www.rh-dentaire.com

COMMUNICATION

6 JUIN 2007 À PARIS

**INITIATION ET PERFECTIONNE-
MENT DE LA PHOTO NUMÉRIQUE**

M. BERNARD PETITJEAN
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85

AU FIL DU TEMPS

Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

7 ET 8 JUIN 2007 À PARIS
FORMATION DES ASSISTANTES À LA PRÉSENTATION DES PLANS DE TRAITEMENT (SPÉCIAL ASSISTANTES)

DEBORAH TIGRID, MAHSA SEHPER
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

14 ET 15 JUIN 2007 À PARIS
MIEUX GÉRER SON RAPPORT A L'ARGENT

GENEVIÈVE DESOIZE
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

21 JUIN 2007 À LYON
CHÂTEAU DE MONCHAT - 69003 LYON
HYPNOSE ÉRICKSONIENNE ET CONFORT PROFESSIONNEL.

APPLICATION EN DENTISTERIE

DR BRUNO DELCOMBEL, M. EL FARRICHA
SYSTEMES - INSTITUT MILTON H. ÉRICKSON DU RHÔNE
352 cours Émile Zola - 69100 Villeurbanne
Tél : 04 72 65 62 46 / 06 10 83 26 18
Fax : 04 72 65 99 41
Email : imher@free.fr

21 ET 22 JUIN 2007 À PARIS
GESTION DE LA DÉMARCHÉ GLOBALE ET COMMUNICATION AVEC LE PATIENT : DU CAS SIMPLE AU CAS COMPLEXE

DR ALAIN NEAU
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

DIVERS

1 ET 2 JUIN 2007 À VICHY
ALETTI PALACE
LA PLACE DU FÉMININ DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

AROUNA LIPSICHTZ, LAMA NAGMYAL, SOMCHAY INTHAVONG ET DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Frais d'inscription : 250 €
ASSOCIATION ODENTH
2 bis Bvd d'Arcole - 31000 Toulouse
Email : odenth@free.fr
Site Internet : http://www.odenth.com/public/congres.htm

16 JUIN 2007 À MONTHEUX
GOLF DU GOUVERNEUR
TRADITIONNELLE JOURNÉE DE L'IMPLANTOLOGIE AU GOLF DU GOUVERNEUR

DR ALAIN GIROD
SIERRA
Tél : 04 50 93 09 95
Email : implantologie@wanadoo.fr

22 JUIN 2007 À PARIS
HÔTEL CONCORDE LAFAYETTE
PRÉSENTATION DU SANI SYSTEM

Sur invitation
POLTI - MEDICAL DIVISION
Olivier Gouiller
Tél : 08 72 91 03 94 / 06 37 88 37 91
Fax : 04 78 66 42 69
Email : olivier.gouiller@wanadoo.fr

Bulletin d'abonnement LE FIL DENTAIRE

A retourner, accompagné de votre règlement à :

Service Abonnements - 1 allée des Rochers, 94 000 Créteil
Tél. : 01 49 80 19 05 - Fax : 01 43 99 46 59



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

- > 15€ France métropolitaine et Corse
- > 25€ DOM/TOM
- > 50€ International

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Email : _____

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



Les Petites Annonces

Cabinet Dentaire Achats

13 - MARSEILLE et environs.
Praticien sérieux et motivé recherche cabinet à acheter.
Tél. : 06 24 43 09 66
N°07/15/CAA/586

Cabinet Dentaire Locations

29 - Centre BREST

Loue local pro 480m².
TBE. Idéal prof. médicale, groupe, associés ou mutuelle.
Libre juin 2007.

Tél. : 02 98 33 97 60
06 10 28 07 28
N°07/15/CAL/540

92 - COLOMBES Local de 60m² en rez-de-chaussée à louer à dentiste. Groupe médical.
Tél. : 06 86 57 61 32
N°07/15/CAL/568

94 - VINCENNES Loue cabinet dentaire avec matériel.
Tél. : 01 43 28 18 65
N°07/15/CAL/591

Cabinet Dentaire Ventes

09 - AX-LES-THERMES
Frontière Andorre. Vends cabinet dans ville dynamique; Ski. Thermalisme. + d'infos: webc@b:ann:0619.
Tél. : 06 74 64 58 80
N°07/15/CA/596

33 - Banlieue BORDEAUX
Cause retraite juillet 2007; vends cabinet informatisé. Petit prix.
Tél. : 05 56 45 70 05
ou 06 85 48 18 78
N°07/15/CA/612

33 - TALENCE Cède cause retraite fin juin, cabinet tenu 37ans. 40K€. Progression possible. Après 20H - **Tél. : 06 98 04 63 82**
N°07/15/CA/561

40 - MONT DE MARSAN SQODF cède cabinet climatisé, 2 fauteuils. Centre ville, près établissements scolaires. Assistante compétente. Bon CA sur 23H par semaine. Bon potentiel. Bénéfice=53%. Aux heures de repas.
Tél. : 05 58 46 16 87
N°07/15/CA/557

44 - NANTES Vends cabinet dans association 4 praticiens. Local 250m². État neuf. Sur jardin privatif. Panoramique, RVG, clim. Grand confort d'exercice et de qualité de vie. Possibilité d'achat parts de SCI.
Tél. : 06 60 65 55 34
N°07/15/CA/583

57 - TALANGE Axe METZ-THIONVILLE Vends cabinet 2 fauteuils. RVG. Clim. FSE. Info réseau. 2 assistantes. Pas de leasing. Rénové en 2000. Fort chiffre prothèse. Cession murs possible. URGENT. Raison santé.
Tél. : 03 87 71 65 12
N°07/15/CA/564

59 - HAZEBROUCK FLANDRES À 30mn de LILLE. Vends cabinet omnipraticien. RVG, DIGORA, JULIE. Ass qualifiée. Possibilité développement 2^{ème} fauteuil et/ou PANO. Prix 35% CA.
Tél. : 06 14 12 81 56
N°07/15/CA/622

71 - MACON Cause retraite 2007, vends cabinet moderne, agréable. Informatique. 100m². 2 postes travail. Petit labo. Très bon CA sur 3 jours. Prix raisonnable vu urgence. Avec ou sans murs. A voir.
Tél. : 06 12 14 76 09
N°07/15/CA/602

73 - AIX-LES-BAINS Vends cabinet dentaire dans SCM 2 praticiens. Petit prix.
Tél. : 06 75 46 10 50



PARIS

Paris 14^e : artère très passante et commerçante, vastes professionnels, avec informatique et RVG, gros CA en progression, mi-temps sur 9 mois, grande possibilité de développement, bail neuf ou murs.

BANLIEUE

Proche Banlieue Sud : plein centre, 1F dans SCM, avec informatique et RVG, bon CA sur petit mi-temps, potentiel à développer, très faibles charges. Départ retraite. idéal 1^{ère} installation.

Banlieue SE : accès rapide, environnement pavillonnaire, vastes locaux professionnels d'agencement moderne, 2 belles installations avec RVG, très bon CA en extension. Gros potentiel à développer. Très belle maison, avec ou sans habitation. Collaboration et/ou longue présentation possibilité.

PROVINCE

Pays de la Loire : plein centre grande ville, beaux locaux professionnels, agencement moderne et lumineux, 1F dans SCM, matériel ultra-moderne, bon CA, faibles charges, départ retraite.

Lot et Garonne : centre village, seul cabinet sur large périmètre, 2 installations dont 1 ultra-moderne, énorme potentiel à développer, gros volume de patients, très faibles charges, départ retraite.

Côte d'Azur : littoral, plein centre, immeuble de grand standing, beaux locaux professionnels, bon matériel avec informatique RVG et radio pano, très bon CA, mi-temps, grande possibilité de développement, patientèle internationale. Départ retraite, bail neuf.

Pour nous contacter

21 rue Tronchet - 75008 Paris
Tél. 01 42 66 40 34 - Fax 01 42 66 46 36
medeph@wanadoo.fr

N°07/15/CA/625

74 - STATION SKI Vends cabinet dans SCM 2 praticiens. Matériel récent. PANO numérique. CA important assuré. Suisse à 10km.

Tél. : 06 88 88 03 88
ou 04 50 73 93 01
N°07/15/CA/576

75 - PARIS XV Vends cabinet tenu 37ans avec les murs. Bien situé. Après 18 h 30.

Tél. : 01 48 28 02 50
N°07/15/CA/620

22 - BRETAGNE

Vends cabinet individuel moderne, informatisé. RVG, PANO, caméra, stérilisation triangle. Avec murs. Patientèle motivée.

Tél. : 06 72 04 30 22
N°07/15/CA/547

83 - HYÈRES Cause retraite, cède cabinet bien situé; Tenu 40ans. 65m². Bail par vendeur.
Tél. : 06 83 83 40 53
N°07/15/CA/598

Sans supplément
votre annonce paraîtra
sur notre site
www.lefildentaire.com 79

Comment passer une petite annonce

1

Choisissez votre rubrique :

Rubriques	Tarif normal	Tarif dégressif *	Nombre de lignes	Nombre de parutions	Total
<input type="checkbox"/> Cabinet Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Association	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Création	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Labo Vente/Achat/Loc	10 €	9 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Offre d'emploi	9 €	8 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Demande d'emploi	4,5 €	3,5 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Matériel Spécialisé	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Divers	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Villégiatures	14 €	13 €	X...	X...	=...
<input type="checkbox"/> Particulier	20 €	19 €	X...	X...	=...

* 3 PARUTIONS SUCCESSIVES OU +

Autres services	Tarif	Nombre de parutions	Total
<input type="checkbox"/> Domiciliation	15 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Forfait Photo	45 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Fond couleur	15 €	X...	=...
<input type="checkbox"/> Encadré	15 €	X...	=...

Total général

ou l'une des 4 formules suivantes :

FORMULE 1 (5,7 cm x 4 cm) : Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée avec fond couleur **65€**

FORMULE 2 (5,7 cm x 5,5 cm) : Votre annonce de 8 lignes maximum encadrée avec fond couleur **85€**

FORMULE 3 (10,8 cm x 4 cm) : Votre photo offerte + Votre annonce de 5 lignes maximum, encadrée, avec fond couleur + photo 2,5cm/2,5cm offerte **140€**

FORMULE 4 (10,8 cm x 5,5 cm) : Votre photo offerte + Votre annonce de 8 lignes maximum, encadrée, avec fond couleur + photo 3cm/4cm offerte **220€**

Nombre de parutions	Total
X...	=...

3 FORMULES SUCCESSIVES - 10%

Dates de parution
Cochez la ou les case(s) correspondante(s)

Juin 2007
 Septembre 2007
 Octobre 2007
 Novembre 2007 Autres dates :

2

Rédigez votre annonce :

Grid for writing the advertisement (10 columns by 10 rows).

3

Vos coordonnées :

Nom, Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. _____ Fax _____ E-mail _____
Date _____ Signature _____

A renvoyer avec votre règlement par chèque à Le Fil Dentaire
Europarc - 1, allée des Rochers - 94045 Créteil Cedex
Tél. : 01 49 80 19 05 - E-mail : pa@lefildentaire.com

Sans supplément votre annonce paraîtra sur internet
www.lefildentaire.com

Demande d'Emploi Assistante

17 - LA ROCHELLE et ses environs. Assistante qualifiée recherche poste pour juin 2007.
Tél. : 06 26 43 81 52
N°07/15/DEA/553

45 - 89 - 77 voire 75 AD qualifiée cherche poste à partir de mars.
Tél. : 04 67 64 84 21 / 06 17 39 02 71
N°07/15/DEA/550

Offres d'Emploi Collaborateur

01 - AIN ½ heure de LYON SEL cherche praticien pour intégration progressive sans apport initial. Plateau technique neuf. RVG, PANO. 4 assistantes. Très gros CA, en progression.
Tél. : 04 74 34 80 55
N°07/15/OFC/594

78 - SAINT ARNOULT EN YVELINES Cherche collaboratrice(teur) plein temps. Association possible.
Tél. : 01 30 59 95 02
N°07/15/OFC/580

89 - BOURGOGNE Dans maison médicale récente, cherche collaborateur ou (trice) pour 2^{ème} fauteuil.
Tél. : 03 86 33 87 85
N°07/15/OFC/606

89 - BOURGOGNE Maison médicale communale cherche avec son dentiste, collaborateur pour 2^{ème} fauteuil entièrement installé. Aucun frais d'installation.
Tél. : 03 86 33 80 74
N°07/15/OFC/614

75 - PARIS XII Important cabinet ODF de standing et de notoriété (Proche Nation/ Paris 12° - 200 m2 - 4 fauteuils, 2 praticiens, une secrétaire, 2 AD fauteuil, 1 aide dentaire, une aide-comptable), nous recherchons une **AD qualifiée** pour exercice au fauteuil et support administratif. Excellentes conditions de tra-

OSEZ CHANGER !

Vous rêvez de nature, de qualité de vie ? Vous rêvez d'un cabinet dentaire vaste, performant, lucratif ? Vous rêvez d'une adaptation en douceur, d'un logement agréable ? Arrêtez de rêver, téléphonez !

Tél. : 05 65 40 81 52
N°07/15/CA/589

Offres d'Emploi Assistante

Temps complet. Travail sur 4 jours (fermeture samedi). Salaire selon expérience de 1 600 à 2 000 € bruts mensuels. Poste à pourvoir immédiatement. Traitement confidentiel des candidatures.
Rodolphe Cochet Conseil
E-mail:assistante@rh-dentaire.com
N°07/15/G/1

75 - PARIS XII Important cabinet ODF de standing et de notoriété (Proche Nation/ Paris 12° - 200 m2 - 4 fauteuils, 2 praticiens, une secrétaire, 2 AD fauteuil, 1 aide dentaire, une aide-comptable), nous recherchons une **secrétaire dentaire** pour un poste de support administratif. Excellentes conditions de travail. Accompagnement pédagogique en interne. Temps complet. Travail exceptionnel sur 4 jours (fermeture samedi). Salaire selon expérience de 1600 à 2 000 € bruts mensuels. Poste à pourvoir immédiatement. Traitement confidentiel des candidatures.
Rodolphe Cochet Conseil. Envoyez votre CV, lettre de motivation (format word ou rtf) et photo (format gif ou jpeg) en fichiers joints, en précisant la référence du poste (intitulé + ville) dans l'objet du mail.
E-mail : assistante@rh-dentaire.com
N°07/15/G/2

75 - PARIS XVI Cabinet de très haut standing à 50 m du métro Trocadéro (Plate-forme technique et humaine exceptionnelle : 210 m², 5 zones de soins dont 2 blocs opératoires, 1 collaborateur, une assistante de direction, 3 assistantes cliniques, 1 prothésiste, 3 stagiaires cliniques) dirigé par deux chirurgiens-dentistes de notoriété internationale spécialisés en endodontie et en implantologie, nous recherchons une secrétaire dentaire ou assistante de direction/gestion. 4 jours et demi (temps complet 35h + 4 hs comptabilisées et récupérables en RTT. 1 800 à 2 200 € bruts mensuels. Accueillir et orienter le public (patients, fournisseurs...).

Gérer les appels téléphoniques. Gérer les agendas des deux praticiens. Tenir administrativement les dossiers. Organiser les affichages. Classer et archiver des dossiers. Pratiquer Internet et logiciels spécifiques. Maîtriser les outils informatiques (Word-Excel-Powerpoint). Remettre en banque espèces et chèques. Vérifier les impayés. Éditer devis et factures. Gérer les relations avec les correspondants et autres professionnels de la santé. Contactez **Rodolphe Cochet Conseil** Envoyez votre CV, lettre de motivation (format word ou rtf) et photo (format gif ou jpeg) en fichiers joints, en précisant la référence du poste (intitulé + ville) dans l'objet du mail.
E-mail:assistante@rh-dentaire.com
N°07/15/G/3

79 - NIORT Cabinet dentaire recherche une AD. Accompagnement et développement managérial certifié. Salaire selon expérience : 1500 à 2200 € bruts mensuels.
Rodolphe Cochet Conseil. 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél/Fax : 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
assistante@rh-dentaire.com
N°06/12/G/14

80 - AMIENS Cabinet recherche une AD qualifiée exclusif 4 mains implanto. Salaire selon expérience : 1600 à 1800 € bruts mensuels.
Rodolphe Cochet Conseil. 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél/Fax : 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
assistante@rh-dentaire.com
N°06/12/G/11

89 - Près de SENS recherche AD qualifiée pour exercice au fauteuil. Travail sur 4 jours. 1500 à 1900 € bruts mensuels. Maintenance managériale (12 mois) exclusive à distance.
Rodolphe Cochet Conseil. 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél/Fax : 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
assistante@rh-dentaire.com
N°06/12/G/1

ITALIE - TURIN Cabinet recherche une AD expérimentée bilingue italien -français. Développement des compétences assuré. Salaire selon expérience : 1500 à 1700 € bruts mensuels.
Rodolphe Cochet Conseil. 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél/Fax : 01 43 31 12 67
www.rh-dentaire.com
assistante@rh-dentaire.com
N°06/12/G/13

CLAVIER TACTILE EN VERRE TREMPÉ
TACTYS

- Plug & play** se branche sur le PC comme un clavier standard
- Lisse** se désinfecte d'un seul geste
- Inalterable** résiste aux agents chimiques
- Confortable** fonctionne sans pression (0 Newton)
- Fiable** garanti 3 ans retour atelier

L'INNOVATION ET LE DESIGN AU SERVICE DE L'ULTRA-PROPRETE
www.tactys.com
01 46 01 95 85 ou info@tactys.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



Axel Dentaire

Laboratoire de prothèse dentaire ISO et CE.



N°1 sur la qualité, les délais
et aussi les prix



Tel : 01.48.87.09.00

www.axeldentaire.fr

INCROYABLE

En Mai "Offrez à vos patients une Céramo-céramique

CERCONE au prix d'une céramique de luxe. "

100 €



Nos classiques : céramique montage 7 couches : 48 €

Nos classiques : Stellite montage ,dent et finition : 99 €

Nos classiques : Complet montage ,dent et finition : 99 €

Délais 3 à 5 jours labo ex:

Prothèse confiée le Lundi matin retour le vendredi.

Tel : 01.48.87.09.00

New

Pour la province: transport **GRATUIT** à partir d'une facture de 1500€ sous condition d'établir une liaison avec TNT Jet service

Pour la province Jet service se charge

pour vous de l'enlèvement et de la livraison (allé-retour 10 € seulement)

Forfait 135 € par mois pour un ramassage journalier.

Une équipe de coursiers sillonne Paris et sa périphérie gratuitement pour vous 2 fois/jours



Délais 3 à 5 jours garantis

Comme sur un nuage



Réparation ,cire ,PEI ,adjontion en 24/48h

7 rue Commines 75003 Paris Tel: 01.48.87.09.00 - Fax: 01.48.87.11.19

Email: contact@axeldentaire.fr - Siret 412 221 541 Sarl au capital de 7622.45 €