

N°102 AVRIL 2015

le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire

p20 Clinic Focus
L'anesthésie :
clé de la relation
avec le patient

p28 Clinic Focus

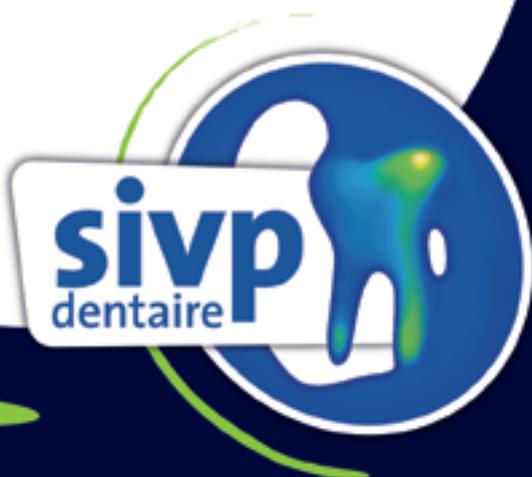
Douleur
et MEOPA

p32 Clinic Focus
L'Hypnose médicale
dans la gestion de la douleur

Gérer la douleur

SIVP Dentaire

Laboratoire de prothèse
**La meilleure offre du marché,
un point c'est tout.**



- Des travaux réalisés sans **aucune sous traitance**
- La **meilleure traçabilité** possible
- Un **contact privilégié** avec nos prothésistes
- Vos prothèses réalisées en **5 jours ouvrés**
- Un **budget maîtrisé** sans concession sur la **qualité**

REVUE MENSUELLE

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 73 79 02 40
contact@lefildentaire.com

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Patricia LEVI - patricialevi@lefildentaire.com
Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 - Dépôt légal à parution

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr Norbert COHEN - norbertcohen@msn.com

DIRECTION ARTISTIQUE

Agence Klaim

COMMUNICATION & MARKETING

Perla COHEN - perla@lefildentaire.com

RÉDACTION

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Marc BERDOUGO, Dr Edmond BINHAS, Dr Joseph CHOUKROUN,
Rodolphe COCHET, Dr Thierry COLLIER, Dr Angela GILET,
Dr Yves HALFON, Dr Kenton KAISER, Martine MARZOUK,
Dr Claude PARODI, Dr Pierre VERPEAUX

CONSEILLER SPÉCIAL

Dr Bernard TOUATI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Fabrice BAUDOT (endodontie, parodontologie)
Dr Eric BONNET (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre BOUKHORS (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas COHEN (microbiologie, endodontie, parodontologie)
Dr François DURET (CFAO)
De Georges FREEDMAN (cosmétique) (Canada)
Dr David HOEXTER (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Georges KHOURY (greffes osseuses)
Dr Alexandre MIARA (blanchiment)
Dr Hervé PEYRAUD (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr Philippe PIRNAY (éthique)
Dr René SERFATY (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël SERFATY (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane SIMON (endodontie)
Dr Nicolas TORDJMAN (orthodontie)
Dr Christophe WIERZELEWSKI (chirurgie, implantologie)

SECRÉTAIRE DE DIRECTION

Élise CZERKIEWICZ : elise@lefildentaire.com

IMPRIMERIE

Rotocayfo, Carretera de Caldes km 3.0 - 08130 - Santa
Perpetua de Mogola - Barcelone Espagne

COUVERTURE

Fotolia.com

PUBLICITÉ

Directrice : Patricia LEVI : 06 03 53 63 98

ANNONCEURS

Champions Implants • Dental Hi Tec • Fraysse •
Groupe Edmond Binhas • Hypnoteeth • Itena Clinical •
Laboratoire Elerte • Laboratoire Tonipharm •
Pierre Fabre Oral Care • Safe Implant • SFODF • SIVP Dentaire •
UNIODF • Viadentis • Voco GmbH

ENCART

Crédit Agricole



p 16

Petite philosophie
de la douleur



p 36

Sophrologie
et douleur



p 42

Les 5 raisons qui
prouvent que votre
cabinet peut faire
encore mieux !

▼ SUR LE FIL

• Actualités France et International
Nouveaux produits - Revue de presse . 8 à 1

▼ CLINIC ANALYSE

• Petite philosophie de la douleur 16

▼ CLINIC FOCUS

• L'anesthésie :
clé de la relation avec le patient 20
• Douleur et MEOPA 28
• L'hypnose médicale
dans la gestion de la douleur 32
• Sophrologie et douleur 36

**▼ LES FICHES THÉMATIQUES
PAR G.I.**

• Protocole d'enregistrement du profil
d'urgence en prothèse sur implant. ... 39

▼ CONSEIL ORGANISATION

• Les 5 raisons qui prouvent que
votre cabinet peut faire encore mieux ! ... 42

▼ CONSEIL MANAGEMENT

• Maîtriser l'art du management
au cabinet dentaire 44

▼ CONSEIL ÉCO

• Un complément de retraite à facettes
multiples... à découvrir d'urgence 46

▼ AU FIL DU TEMPS

• Agenda des manifestations 48

Comment optimiser la Gestion de son Entreprise?

Julien Fraysse

un

Expert-Comptable

au service des
Chirurgiens-Dentistes

Conseils personnalisés
Optimisation fiscale
Contrôle de Gestion
Passage en Société
Rapprochement de Cabinets

Contactez-nous:

09 81 65 82 51

www.fraysse-julien.com

Auteur du *Guide de*

l'Entrepreneur Chirurgien-Dentiste

ÉDITO

“Sédation et douleur. Un progrès inespéré”

Il y a 3 ans le Président du Conseil de l'Ordre, Christian Couzinou, me demandait d'organiser une réunion avec des Professeurs d'Anesthésie et d'Algologie pour évoquer la sédation intraveineuse par les Chirurgiens-Dentistes au cabinet dentaire.

À titre personnel, j'y étais très favorable car la sédation intraveineuse est une arme remarquable contre la douleur et l'anxiété.

Quelle ne fut la surprise de l'auditoire, d'entendre de la bouche des plus hautes sommités françaises de l'anesthésie, nous dire et répéter que l'injection de sédatifs par les chirurgiens-dentistes est tout à fait possible et parfaitement envisageable sans aucune limite.. en concluant : mais que faites-vous lorsqu'une dépression cardiaque ou respiratoire s'installe ? Comment faites-vous pour conduire la sédation alors que vous êtes dans une situation chirurgicale délicate ?

**La sédation intraveineuse
est une arme remarquable
contre la douleur et l'anxiété.**

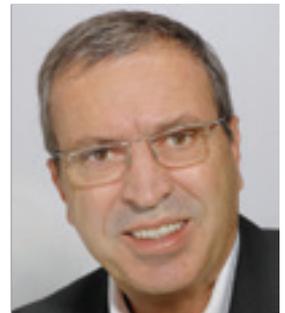
À ce moment, il est devenu évident que la sédation intraveineuse par les CD ne pouvait se concevoir qu'après une formation ad-hoc, de type hospitalier, longue et obligeant le CD à une interruption de son activité pour une année environ.

Mais cette réunion a eu pour résultat de faire comprendre aux Anesthésistes qu'ils devaient quitter les blocs opératoires hospitaliers pour venir prêter main forte aux Chirurgiens-dentistes, dans leurs cabinets !

Une réunion conjointe avec le conseil d'administration de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) et le Syndicat des Anesthésistes, organisée avec mon ami le Pr K. Samii a permis de mettre en place une commission bipartite anesthésistes-chirurgiens-dentistes. Cette commission a défini, après de nombreux échanges, les conditions d'environnement et de sécurité devant prévaloir dans les cabinets dentaires pour y réaliser des sédations intraveineuses. Cette commission s'est également déplacée au Ministère pour demander l'autorisation de mettre en place ce système dans les plus brefs délais.

L'accueil du Ministère a été très positif, d'autant plus que les dirigeants de la SFAR se sont également avérés très actifs auprès des autorités compétentes. Nous sommes dans l'attente de cette autorisation qui devrait survenir dans les mois prochains.

Une autre victoire sur la douleur, après celle consécutive à la mise en place de la sédation au MEOPA, à mettre au compte du Président Couzinou. Bravo !



Joseph Choukroun

Médecin Anesthésiste
Président du SYFAC
joseph.choukroun@free.fr



**MARQUEZ VOTRE CABINET
DE L'EMPREINTE DU FUTUR**



Avec la technologie
Carestream
DENTAL



**Ensemble, entrons dans l'ère du numérique :
votre scanner intra-oral sans frais* ni engagement.**

Accédez au scanner Carestream CS 3500, offrant simplicité
et précision, en nous confiant la réalisation de vos prothèses.

*Sous conditions. Nous consulter.

4 rue Jacques Cartier • 75018 PARIS • T. 01 53 25 03 80 • F. 01 42 80 03 43 • contact@protilab.com
facebook.com/protilab • twitter.com/protilab

N° VERT : 0 800 81 81 19

www.protilab.com

SUR LA TOILE

Hop Doc : la 1^{ère} application 100 % web dédiée aux professionnels dentaires



Hop Doc est une application innovante créée par le Dr Jérôme Cuisinier, orthodontiste, avec le soutien de plusieurs autres confrères, stomatologues, paro-implantologues et chirurgiens-dentistes. Hop Doc a été conçue pour offrir au monde dentaire une solution logicielle de gestion du cabinet dentaire novatrice, moderne et performante.

L'offre logicielle Hop Doc offre une couverture complète des besoins internes des différents cabinets dentaires sur les domaines reconnus. Elle apporte en plus la puissance et la sécurité d'une plateforme totalement web, en développant des applications nouvelles et en réinventant la relation praticien-assistante-fournisseur, dans une ouverture au monde extérieur.

Hop Doc intègre les dernières innovations technologiques pour faciliter le travail des praticiens : prise de photos avec smartphone, module de scan des étiquettes pour assurer la traçabilité et optimiser la gestion des stocks, et prochainement la commande vocale...

Enfin, Hop Doc respecte les critères de la norme TDIO (Transfert des Données Informatiques en Odontologie).

La solution Hop Doc sera présentée en avant-première aux Journées Dentaires de Nice les 6, 7 et 8 mai 2015. Elle sera commercialisée pendant l'été 2015 en mode SaaS sous la forme d'une adhésion mensuelle (220 € HT/mois).

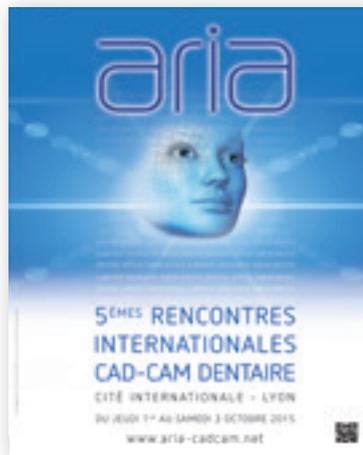
+ contact@hopdoc.fr • www.hopdoc.fr

ARIA 2015

Rencontres ARIA 2015 sous le thème de l'innovation

Tous les 2 ans, les rencontres ARIA se veulent être le lieu de partage entre les différents acteurs des technologies numériques. Réelle plateforme d'échanges et de rencontres, ces journées sont devenues un rendez-vous incontournable, organisées autour de nouveautés, de conférences scientifiques et de débats ouverts sur des thématiques d'actualités.

La 5^{ème} édition aura lieu du 1^{er} au 3 Octobre 2015 à la Cité Internationale de Lyon.



de l'exposition un cabinet qui présentera les techniques du Cad-Cam intégrées du cabinet dentaire au laboratoire de prothèse à travers toutes les étapes d'un cas qui sera traité en live (diagnostic, planification, enregistrement des données, conception et fabrication).

L'exposition rassemblera l'ensemble des technologies numériques, allant du cone-beam à l'empreinte optique, en passant par les logiciels et les machines-outils à commande numérique. Le fil rouge de cette édition 2015 sera « le cabinet du futur ». Chaque visiteur pourra découvrir au sein

Un programme scientifique qui réunira des conférenciers de grande qualité et venant d'horizons divers.

Afin de vous mettre en haleine, découvrez l'avant-programme ARIA 2015 sur
www.aria-cadcam.net

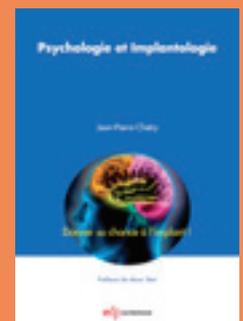
À LIRE

Psychologie et implantologie - donner sa chance à l'implant

Jean-Pierre Chetry • Préface du Dr Marc Bert

« La psyche issue de notre cerveau domine le débat. Jean-Pierre Chetry, diplômé universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique, Membre Associé National de l'Académie de Chirurgie Dentaire, a su trouver les exemples pratiques, les mots simples et compréhensibles face aux situations de notre quotidien professionnel. En déclinant de façon didactique et concrète les différentes clés pour y parvenir, l'auteur, qui dispose d'une longue expérience de clinicien et d'Enseignant au Diplôme Universitaire d'Implantologie Basale, expose un protocole original de la communion patient-praticien. À l'appui de cas cliniques concrets et de jurisprudences pertinentes, cette publication vise à optimiser la présentation du projet implantaire. En conclusion de ce discours sur lequel tout implantologiste devrait se pencher, il faut reconnaître à l'auteur le mérite d'avoir pu développer vis-à-vis des différentes réoccupations des patients, une approche pédagogique adaptée qui veut s'inscrire dans une véritable stratégie relationnelle : celle de gagnant-gagnant. »

Gérard Scortecci



+ Éditions EDP Sciences - 95 € • www.librairie-garanciere.com



- Chaque implant (R)Evolution® est assemblé avec un Shuttle
- Le Shuttle, un allié multi-fonctionnel, est à la fois:
 - ✓ Porte-implant
 - ✓ Vis de cicatrisation
 - ✓ Conformateur gingival
 - ✓ Outil d'empreinte
- Les (R)Evolution sont disponibles en longueurs de:
6,5 mm à 16 mm
et en diamètres de:
Ø 3,5 – Ø 4,0 – Ø 4,5 – Ø 5,5 mm.

Formation

Participez à nos formations pratiques à la chirurgie MIMI® – Flapless I (niveau débutant)
Cours dispensés par Dr Hervé Birbes

12 Juin 2015 à Paris

13 Juin 2015 à Paris

(R)Evolution® à partir de 98 € HT

avec Shuttle et pilier préparable



Fanny Rougnon-Glasson
Coordinatrice France
Tél.: 06.40.75.69.02
fanny@championsimplants.com



Dr Armin Nedjat, Chirurgien-Dentiste
CEO Champions-Implants GmbH
Créateur de la méthode MIMI® – Flapless
Prix d'Innovation-Médecine · 2013

Safe Clip-ping Barre, la barre intelligente

La société Safe Implant qui n'est jamais en mal d'innovations fait encore parler d'elle en proposant un procédé ingénieux qui va révolutionner la fixation des prothèses adjoindes sur implants.

Le Safe Clip-ping Barre permet au praticien de réaliser en moins de dix minutes une barre transvissée sur quatre à huit implants sans l'aide du laboratoire en réalisant une économie de temps et d'argent.

Le Safe Clip-ping Barre est une barre de fixation modulable grâce à ses différents composants qui proposent des choix multiples à chaque étape de la préparation.

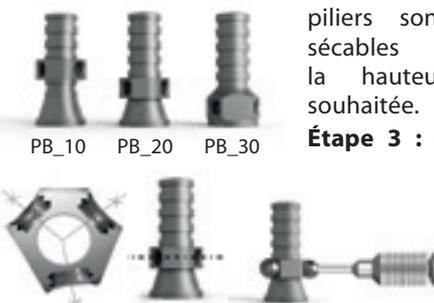
Grâce à sa conception intelligente, cette barre se construit très simplement comme un véritable jeu d'enfant. Elle permet une multitude de combinaisons à partir d'un nombre d'éléments réduit. En effet, les piliers et les barres sont directement ajustables au fauteuil par simple section à la longueur souhaitée.

En pratique

Étape 1 : on commence par choisir les piliers Multi Unit qui se fixent sur les implants. Ces piliers sont compatibles avec de nombreuses marques d'implants (contacter Safe Implant pour connaître les compatibilités). Ils sont droits ou angulés et existent en plusieurs hauteurs.



Étape 2 : le praticien va alors visser les piliers transfixant l'appareil sur les Multi Unit. Il existe trois tailles de piliers pour répondre aux différentes hauteurs de gencives. Ces piliers sont sécables à la hauteur souhaitée.



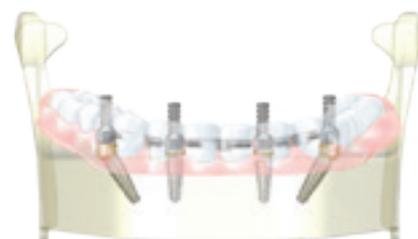
Étape 3 : il

convient ensuite de visser, dans les piliers, les boules sur lesquelles viennent se clipser les barres.



Étape 4 : il ne reste plus qu'à couper la barre à la bonne dimension pour la clipser sur les boules.

Peu importe la zone de coupe, la barre garde son activation. Même les chutes ne sont pas perdues, elles peuvent, par exemple, être utilisées entre 2 implants très rapprochés.



Le système Safe Clip-ping Barre propose un outil qui permet de tordre les barres de 5 à 25°, ce qui permet d'augmenter encore l'adaptabilité de la barre à l'appareil.



Étape 5 : tout le système sera enfin verrouillé quand la barre sera noyée dans la résine auto-polymérisante.



L'ensemble des éléments de l'appareil est en titane.

Et en bouche...



www.safe-implant.fr



La nature enfin égalée !
Reflectys, le parfait reflet de la dent naturelle

REFLECTYS

Nouveau composite nano-hybride
pour les restaurations antéro-postérieures

- Réel pouvoir de mimétisme
- Esthétique exceptionnelle après polissage
- Faible retrait de polymérisation. Impeccable intégrité au niveau des limites de la restauration
- Excellente malléabilité, ne colle pas à la spatule
- Disponible en 16 teintes, en seringues, compules et Flow

CE Dispositif médical de classe IIa pour soins dentaires.
Réservé aux professionnels de santé.
Lisez attentivement les instructions figurant
sur la notice avant toute utilisation.
0120 Organisme certificateur SGS Yarsley



Echantillon gratuit au :
01 45 91 61 40

ITENA[®]
CLINICAL PRODUCTS

Laboratoire Français - www.itena-clinical.com

UNILEVER

Regenerate Enamel Science™ : une nouvelle technologie capable de former de l'hydroxyapatite

Dans le cadre du congrès de l'ADF dernier, Unilever Prestige a consacré un symposium entièrement dédié à l'érosion. S'appuyant sur une étude réalisée en 2013* dans 7 pays, sur 3000 sujets adultes de 18 à 35 ans*, le Dr Elisabeth DURSUN, MCU PH - Paris Descartes, a souligné une prévalence de 30 % des jeunes adultes européens atteints d'érosion : « Il est judicieux d'intervenir précocement pour éviter que l'érosion ne soit irréversible ».

Elle préconise, d'une part, d'évaluer le risque érosif (bilan salivaire, bilan de santé, style de vie, habitudes alimentaires, hygiène bucco-dentaire...) et d'autre part, des mesures préventives autour de trois grands axes :

- une réduction du contact direct avec les acides intrinsèques et/ou extrinsèques (sensibilisation auprès des patients sur la consommation des boissons non alcoolisées...)
- une augmentation de la résistance à la dissolution de la surface minérale dentaire pour éviter une perte définitive des tissus,
- une diminution de l'action traumatique du brossage.



Différents moyens d'action clinique (Hydroxyapatite, Zn-carbonate hydroxyapatite et calcium sodium phosphosilicate) pour tenter de renforcer l'émail et éviter une dégradation de l'émail superficiel et sous-jacent ne se sont pas révélés concluants.

Deux études *in vitro* mentionnées par le Dr Nicola WEST (Professeur en Dentisterie Restauratrice à l'Université de Bristol, Royaume Uni), également intervenante à ce symposium, démontrent que le silicate de calcium peut se déposer aussi bien sur un émail sain qu'un émail érodé**.

Après 9 années de recherche, cette découverte a inspiré la nouvelle technologie NR-5™ qui associe silicate de calcium et phosphate de sodium formant un nouvel apport en hydroxyapatite qui s'intègre à la surface des dents.

Le kit REGENERATE Enamel Science™ (Dentifrice Expert et Sérum) doté de cette nouvelle technologie est le premier et seul système capable de former de l'hydroxyapatite et dont la composition est identique à celle de l'émail sous-jacent a souligné le Dr DURSUN.

Le Pr N. WEST rejoignait le Dr E. DURSUN sur le fait qu'un degré de reminéralisation nettement supérieur à celui des dentifrices fluorés standards est obtenu grâce à l'application combinée du dentifrice et du sérum fluorés au silicate de calcium/phosphate. Ces nouvelles preuves scientifiques ont été publiées dans The Journal of Dentistry (Juin 2014).

Le kit REGENERATE Enamel Science™ contient un « Dentifrice Expert » pour un brossage quotidien et un Sérum (accompagné de deux gouttières ajustables) pour une utilisation mensuelle à domicile pendant 3 jours consécutifs.

Le dentifrice associé au sérum aide à restaurer 82 % de la dureté de l'émail après 3 jours d'utilisation***.

Utilisé conjointement, le Sérum augmente l'efficacité du « Dentifrice Expert » de 43 %****, améliorant ainsi la capacité à régénérer l'émail.

*Étude européenne multicentrique réalisée dans 7 pays sur 3000 adultes de 18 à 35 ans (Bartlett DW, Lussi A, West NX, Bouchard P, Sanz M, Bourgeois D. Prevalence of tooth wear on buccal and lingual surfaces and possible risk factors in young European adults.

** Sun Y et al. J Dent 2014; 42 (Suppl 1):S30-8

***Hornby K et al. J Dent 2014; 42 (Suppl 1):S39-45.

****brevets déposés

+ Dentifrice Expert REGENERATE Enamel Science™: pvc 12.50 €
Sérum REGENERATE Enamel Science™: pvc 39.90 €
Disponible en pharmacie
www.RegenerateNR5.com
Catherine.Gaillard@unilever.com

Profitez des
nos offres actuelles!*



CONDENSABLE – BIEN QUE FLUIDE

Matériau verre ionomère pour restaurations à prise rapide

- Adaptation parfaite au niveau du joint marginal et condensabilité réunis en un seul produit en raison de la modification de sa viscosité lors de l'application
- Durcissement rapide en deux minutes seulement après la mise en place de l'obturation
- Le premier matériau verre ionomère avec une fluorescence similaire à la dent
- Diffusion élevée d'ions de fluor



*Vous trouverez toutes nos offres actuelles sur www.voco.fr

Dispositif Médical pour soins dentaires réservé aux professionnels de santé, non remboursé par les organismes d'assurance maladie. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation.
Classe/Organisme certificateur : IIa/CE 0482. Fabricant : VOCO GmbH

IonoStar® Plus

NOUVEAU



DENTAL DCP

SINAFTIN : les aphtes It's enough !

SINAFTIN est un dentifrice pour le traitement des aphtes. Développé en Suède par les laboratoires DentalTherapeutics (Tubulicid), ce dentifrice a démontré de réelles capacités préventives et curatives dans le traitement des aphtes dans leurs formes bénignes et plus sérieuses, comme la stomatite aphteuse récurrente ou la mucosité buccale.

SINAFTIN peut s'utiliser de façon curative pour soigner des aphtes déjà survenus, et de façon préventive, pour éviter leur réapparition.

- En application directe, le soulagement de la douleur est immédiat, et le processus de guérison de l'aphte est habituellement constaté dans les 24h.
- À titre prophylactique, SINAFTIN est employé comme un gel dentifrice normal. L'utilisation régulière de SINAFTIN permet de réduire la fréquence et l'intensité d'apparition de nouveaux ulcères aphteux.



SINAFTIN (prononcer sinaftine) est le résultat de nombreuses années de recherches. Il est le premier soin anti-aphtes dont l'effet préventif est scientifiquement documenté.

SINAFTIN est proposé en 2 conditionnements de 30ml et 75ml.

Possibilité de mise à disposition de documentation et/ou d'échantillons.

+ Plus d'informations sur notre site : www.sinaftin.fr
DentalDCP : 09 53 62 66 19 ou 0811 46 55 86
(appels non surtaxés)

POLYDENTIA

De grands espaces interdentaires ? Optez pour les Macro-Wedges !

Des difficultés pour combiner deux coins ? Fatigué de passer du temps sur les finitions parce que le coin n'était pas assez grand ?



Découvrez le nouvel assortiment complet de coins extra-larges ! Ils peuvent grandement vous faciliter la vie.

Les Macro-Wedges en bois sont déjà imprégnés de sulfate d'aluminium potassium, un agent

bien connu avec **effet astringent et hémostatique**, car dans bien des cas, il n'est pas possible de positionner une digue.

Les Macro-Wedges de Polydentia représentent la solution idéale pour les soins dentaires en gériatrie, les cas de parodontie, les grands espaces interdentaires entre les dents naturelles et les couronnes ou les couronnes sur implant et, en règle générale, pour la dentisterie conservatrice en cas de grands espaces interdentaires.



+ www.polydentia.fr

À LIRE

Restaurations complexes antérieures

Par Amir CHAFAIE

Pour certains confrères, l'esthétique transcende toute la vie. Leurs réalisations cliniques, mais aussi leurs publications, leurs passions, jusqu'aux moindres recoins de leur vie personnelle. Plus qu'un désir, l'esthétique est une impérative, un besoin. Le Dr. Amir Chafaie fait partie de ces praticiens. Maître de conférences des universités en odontologie pédiatrique, il peaufine ses créations et enseigne à l'Hôpital de la Timone à Marseille.

Fidèle à sa pratique, le dernier livre d'Amir CHAFAIE sur les restaurations complexes antérieures, est un véritable ouvrage d'art. Des photos d'une rare qualité en chirurgie dentaire, accompagnées de brèves descriptions dans lesquelles chaque mot mérite sa place. Cet ouvrage, plutôt que de vous encourager à le lire, vous invite à le visiter. On aurait aimé voir ce beau livre dans un format plus grand avec des protocoles encore plus détaillés. Assailli de demandes et de compliments, l'auteur travaille déjà sur une suite.



+ Information Odontologie
contact : i.odontologie@free.fr

Traitement symptomatique de courte durée de la douleur au cours
des manifestations inflammatoires en stomatologie

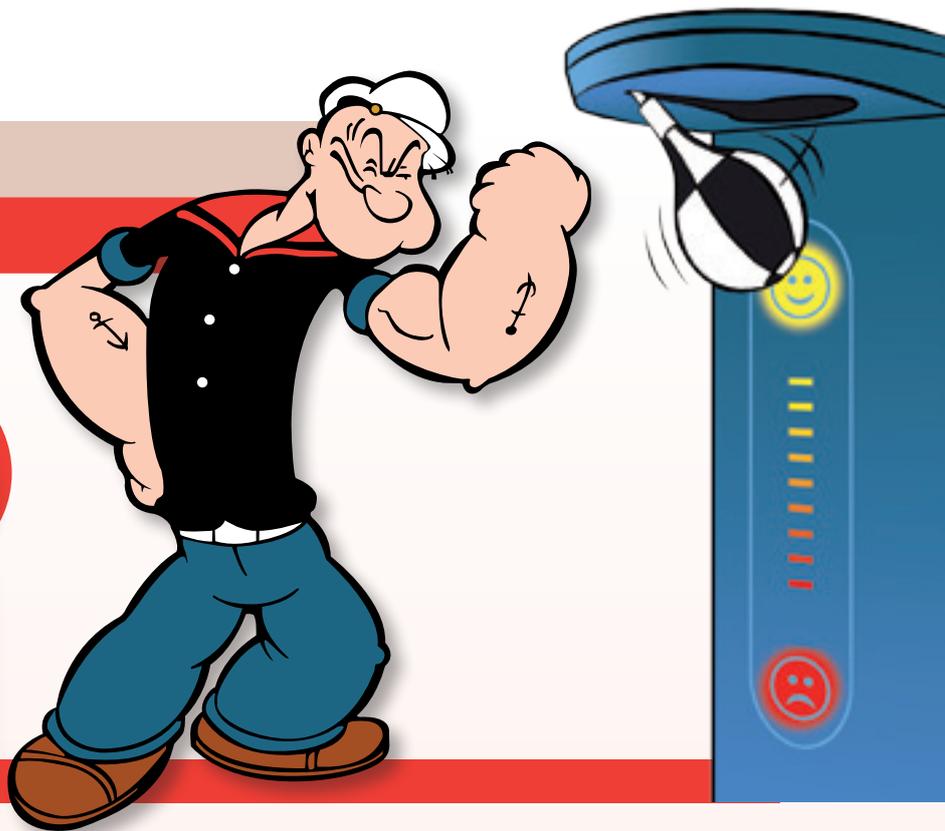
FLANID Gé* 200 mg

ACIDE TIAPROFÉNIQUE

Dans son indication, les risques encourus avec Flanid Gé, en particulier l'extension d'un processus septique concomittant sont ceux des AINS. Ils doivent être réévalués par rapport au bénéfice antalgique attendu.

Anti-inflammatoire
Force antalgique

RSS 65%
Agréé
collectivités



Pierre Fabre
ORAL CARE

*Cette spécialité est un générique de Surgam 200mg, comprimé sécable - Médicament inscrit au répertoire des génériques. Lors de la substitution, consultez la liste des excipients à effet notoire figurant sur l'emballage ainsi que le répertoire des génériques pour prendre connaissance des mises en garde éventuelles y figurant.

(1) Résumé des caractéristiques produit.

DENOMINATION : FLANID Gé 200 mg, comprimé sécable. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Acide tiaprofénique 200 mg. Pour un comprimé sécable. Excipients : Amidon de maïs, maltodextrine, silice colloïdale anhydre, talc, stéarate de magnésium. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Comprimé sécable. **DONNEES CLINIQUES. Indications thérapeutiques :** Elles procèdent de l'activité anti-inflammatoire de l'acide tiaprofénique, de l'importance des manifestations d'intolérance auxquelles le médicament donne lieu et de sa place dans l'éventail des produits anti-inflammatoires actuellement disponibles. Elles sont limitées, chez l'adulte et l'enfant à partir de 20 kg (soit environ à partir de 6 ans), aux : - Traitement symptomatique au long cours : des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, de certaines arthroses douloureuses et invalidantes ; - Traitement symptomatique de courte durée : des poussées aiguës d'arthrose, de lombalgies, des affections aiguës post-traumatiques bénignes de l'appareil locomoteur; dysménorrhées après recherche étiologique ; - Traitement symptomatique de la douleur au cours des manifestations inflammatoires dans les domaines ORL et stomatologiques. Dans cette indication, les risques encourus, en particulier l'extension d'un processus septique concomittant, sont ceux des AINS. Ils doivent être évalués par rapport au bénéfice antalgique attendu.

Posologie et Mode d'administration. Mode d'administration : Voie orale. Les comprimés peuvent être avalés tels quels avec un grand verre d'eau. Chez le jeune enfant, ils doivent être dissous dans un grand verre d'eau. **Posologie :** La survenue d'effets indésirables peut être minimisée par l'utilisation de la dose la plus faible possible pendant la durée de traitement la plus courte nécessaire au soulagement des symptômes (voir rubrique «Mises en garde spéciales et précautions d'emploi»). Adulte : Traitement d'attaque : 1 comprimé à 200 mg, 3 fois par jour, soit 600 mg maximum par jour. Traitement d'entretien : à partir du 4^e jour, il est possible de réduire la posologie à 1,5 ou 2 comprimés à 200 mg, soit 300 mg ou 400 mg par jour. Enfant à partir de 20 kg : la posologie est de 10 mg/kg par jour. A titre indicatif : de 20 à 30 kg (environ de 6 à 10 ans) : ½ comprimé à 200 mg, 2 à 3 fois par jour, soit 200 mg à 300 mg par jour ; à partir de 30 kg (environ à partir de 10 ans) : ½ comprimé à 200 mg, 3 fois par jour, soit 300 mg par jour. Les âges approximatifs en fonction du poids sont donnés à titre indicatif. Fréquence d'administration : Les comprimés doivent être pris de préférence au cours des repas. La posologie est à répartir en 2 à 3 prises par jour. **Contre-indications :** Ce médicament est contre-indiqué dans les situations suivantes : au-delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois de grossesse révolus) (voir rubrique «Grossesse et allaitement») ; antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise d'acide tiaprofénique ou de substances d'activité proche telles que autres AINS, acide acétylsalicylique ; antécédents d'allergie aux autres constituants du comprimé ; antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS ; ulcère peptique évolutif, antécédents d'ulcère peptique ou d'hémorragie récurrente (2 épisodes distincts, ou plus, d'hémorragie ou d'ulcération objectives) ; insuffisance hépatocellulaire sévère, insuffisance rénale sévère, insuffisance cardiaque sévère, enfant de moins de 20 kg, soit environ de moins de 6 ans (en raison du caractère inadapté du dosage unitaire). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi. *Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions. *Grossesse et allaitement. *Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. *Effets indésirables. *Surdosage. *Propriétés pharmacodynamiques. *Propriétés pharmacocinétiques. *Données de sécurité préclinique. *Incompatibilités. *Durée de conservation. *Précautions particulières de conservation. *Nature et contenu de l'emballage extérieur. *Précautions particulières d'élimination et de manipulation. TITULAIRE/EXPLOITANT DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : PIERRE FABRE MEDICAMENT - 45 Place Abel Gance - 92100 BOULOGNE. Information médicale : Les Fontaines - 81100 CASTRES. Tél. : 0800 95 05 64. Pharmacovigilance / Renouvellement : Tél. : 01.49.10.96.18 (ligne directe). PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE : 34009 353 069 0 6 : 15 comprimés sécables sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium). DATE DE PREMIERE AUTORISATION / RENOUVELLEMENT : 2000 / 2010. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : Septembre 2012. *DOSIMETRIE. *INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DES RADIOPHARMACEUTIQUES. CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Liste II.**

Prix : 2,92 € CTJ : Adulte : 0,58 € en traitement d'attaque ; de 0,29 € à 0,39 € en traitement d'entretien. Enfant : de 0,19 € à 0,29 € de 20 à 30 kg ; 0,29 € à partir de 30 kg.

Remboursement Sécurité Sociale à 65%. Agréé aux collectivités. [Réf. 140828]

*Pour une information détaillée, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'ANSM : www.ansm-sante.fr.

797 073 - 14/04/63603054/PM/002


Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

PROTILAB

Marquez votre cabinet de l'empreinte du futur !



Le laboratoire Protilab poursuit sa percée dans l'ère du numérique et révolutionne votre pratique en équipant votre cabinet du nouveau scanner intra-oral CS3500 sans frais ni engagement.

Grâce à la technologie Carestream Dental, cette offre novatrice vous permet sous certaines conditions de compenser les frais de location de votre scanner en confiant le traitement de vos empreintes numériques au laboratoire Protilab.

Un bijou de technologie

Pour que votre prise d'empreinte ne rime plus avec prise de tête, le nouveau scanner intra-oral CS 3500 vous offre les atouts d'une solution compacte sans chariot, ergonomique, intuitif,

rapide et simple d'utilisation. Sans poudrage, il vous permettra d'acquérir vos empreintes numériques avec un très haut niveau de précision.

L'empreinte réalisée, il ne vous reste plus qu'à la transférer en un clic à Protilab via un espace internet personnalisé. Le tour est joué et votre porte-empreinte appartient au passé !

Vous êtes déjà équipé d'un lecteur optique ? Cette offre vous concerne également.

N° Vert 0 800 81 81 19

+ contact@protilab.com

VITA

Excellentes solutions pour la prothèse implanto-portée

Les VITA IMPLANT SOLUTIONS (IS) sont de nouveaux lingotins CFAO pour la prothèse implanto-portée en céramique hybride, céramique vitreuse et composite présentés pour la première fois à l'IDS 2015. Les lingotins sont dotés d'une interface intégrée (canal de vis avec système anti-rotation) en direction d'une base de collage/ base en titane (par ex. TiBase). De ce fait, ils sont compatibles avec les systèmes implantaire de nombreux fabricants. Ils sont proposés en trois versions : VITA ENAMIC IS, VITA VITA SUPRINITY IS et CAD-Temp IS.

Les lingotins VITA ENAMIC IS sont préconisés pour les restaurations définitives. Grâce à une élasticité similaire à celle de la dentine, la céramique hybride est capable d'absorber les forces masticatoires. Par ailleurs, la fabrication de suprastructures en VITA ENAMIC IS est économique, elle fait gagner du temps car le matériau est d'une grande précision mais s'usine aussi particulièrement rapidement en CFAO. Les restaurations en céramique hybride peuvent être posées directement après polissage sans autre traitement thermique.

Les lingotins des deux variantes de matériau sont proposés en deux tailles et deux degrés de translucidité. De ce fait, ils conviennent pour des travaux :

- à deux composants - méso-structure et couronne
- à un composant - couronne pilier monolithique.



La solution monobloc est surtout conseillée pour le secteur postérieur et celle à deux composants pour les reconstructions coronaires implanto-portées en secteur antérieur.

Les lingotins VITA CAD-Temp IS en composite pour les restaurations temporaires complètent la gamme des VITA IMPLANT SOLUTIONS.

Ils s'utilisent également et surtout pour une conception personnalisée du profil d'émergence.

VITA IMPLANT SOLUTIONS – lingotins CFAO avec interface intégrée en direction d'une base de collage/base en titane

+ www.vita-zahnfabrik.com

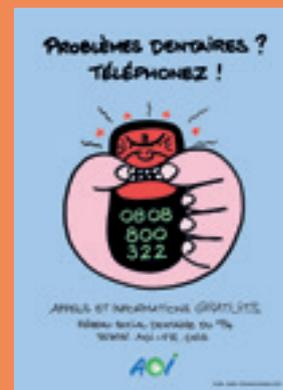
AOI

Nouvelle affiche pour le N° Vert dans le 94

Dans le cadre des activités du Réseau Social Dentaire (RSD) du Val de Marne, cette nouvelle affiche ainsi que des flyers informent de l'existence du N° vert 0808 800 322. Ces supports sont mis à disposition dans les structures sociales du département pour les intervenants sociaux et le public en situation de précarité.

Ce réseau a pour objectif de permettre à des personnes en renoncement aux soins dentaires, pour des raisons financières et/ou socioculturelles, de reprendre une démarche de santé dentaire dans des structures de soins de droit commun adaptées aux spécificités de leur situation médico-sociale.

Les moyens mis en œuvre sont, d'une part, la communication d'informations en réponse à des questions ponctuelles sur les droits sociaux, les prestations dentaires couvertes par les droits sociaux, le tiers payant, les structures de soins et, d'autre part, un accompagnement médico-social pour lever les blocages.



+ Plus d'info sur : www.aoi-fr.org/projets/france

Vente privée dentaire

du 12 au 18 mai 2015

Inscrivez-vous dès maintenant en ligne sur www.lefildentaire.com/vente-privée-dentaire pour participer à l'événement **Vente Privée Dentaire** : vous pourrez profiter de réductions jusqu'à -60 % sur des produits dentaires de grandes marques : matériel, consommables, équipements high-tech...

Unique en France dans le secteur dentaire : vente privée !

Depuis 10 ans, le concept des ventes privées événementielles s'est démocratisé sur Internet. Sur 32 millions de cyberacheteurs en France (2013), plus de 15 millions sont membres de sites de ventes privées (soit près de 1 consommateur sur 2).

Fort de ce constat et des attentes des consommateurs, le magazine Le Fil Dentaire, acteur intermédiaire privilégié entre les marques et les dentistes, a lancé Vente Privée Dentaire !

Ce concept unique en France dans le secteur dentaire permet aux dentistes de profiter en ligne d'offres exclusives allant jusqu'à -60% pendant une durée limitée (une semaine), sur des produits de grandes marques de l'industrie dentaire.

Concrètement : fonctionnement de ventes privées dentaire

Les ventes sont exclusivement réservées aux membres. Pour cela, il vous suffit simplement de créer un compte sur le site www.lefildentaire.com/vente-privée-dentaire.

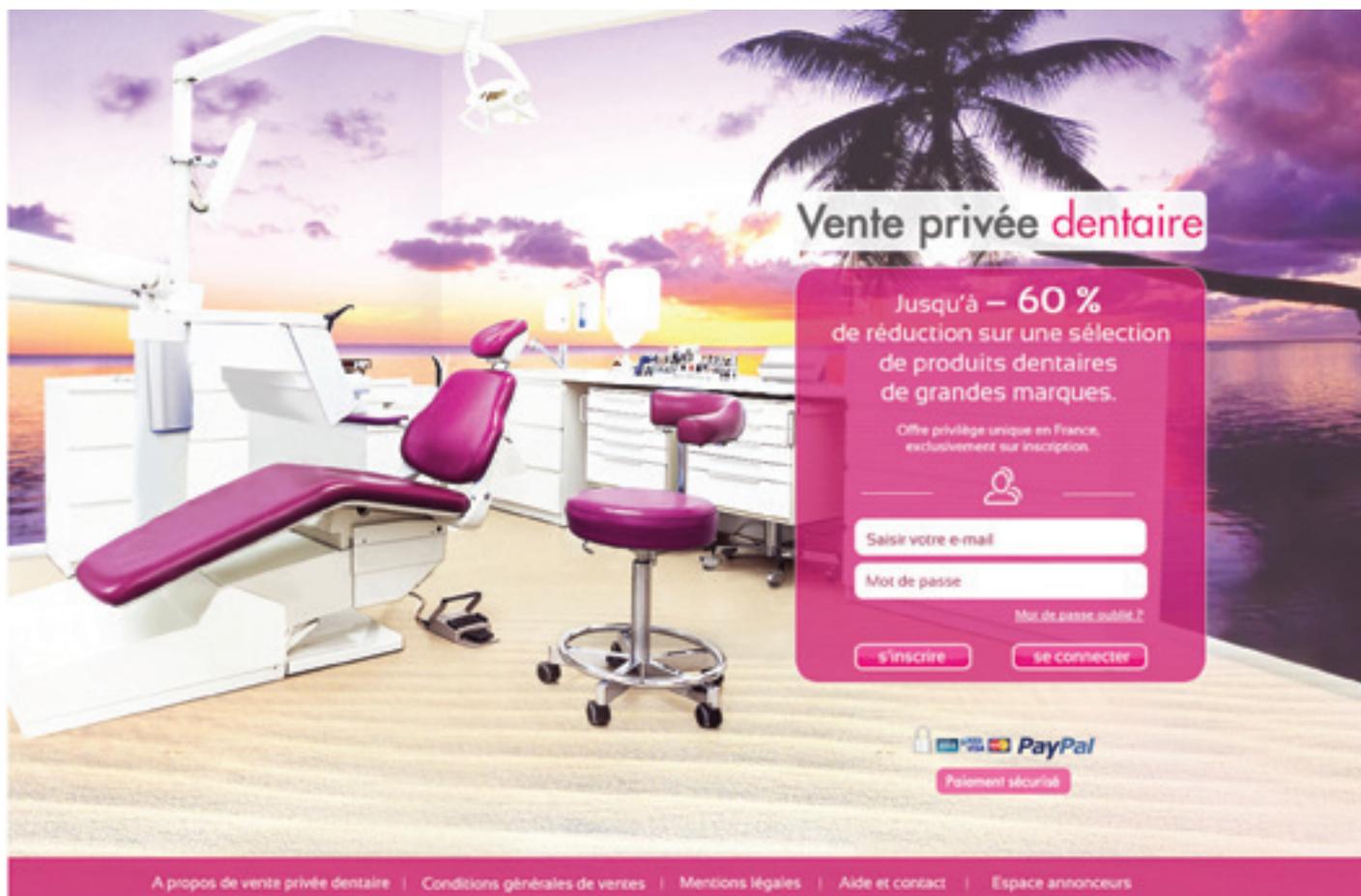
Nous vous conseillons de le créer dès à présent pour pouvoir accéder rapidement à la première vente qui ouvrira le mardi 12 mai

à 7h. Un email de rappel sera envoyé aux membres déjà inscrits la veille de l'ouverture des ventes.

Panier : 7 jours exceptionnels au cours desquels vous pourrez profiter d'offres exclusives jusqu'à -60% sur des produits dentaires de grandes marques. Attention ! Les produits proposés sont vendus en quantité limitée. Toutefois, afin de laisser une chance à chacun de profiter de cet événement unique, les produits que vous mettez dans votre panier d'achat, vous seront réservés pendant 30 minutes. Pratique : plusieurs produits, un seul panier, une seule transaction !

Paiement sécurisé : soyez sereins, vos achats sont complètement sécurisés. Vente privée dentaire by Le Fil Dentaire utilise la solution PayPal Integral Évolution. Cependant, vous n'avez pas besoin de posséder de compte PayPal ni d'en créer un. Lors de l'étape "paiement", il vous suffit d'opter pour la carte bancaire que vous souhaitez utiliser pour régler vos achats parmi Maestro, Visa, MasterCard, American Express ou Discover.

La prochaine vente événement aura lieu du mardi 12 mai à 7h au mardi 18 mai 23h. Les inscriptions sont d'ores et déjà ouvertes. C'est le moment de céder à une envie, d'être conquis par un produit tant convoité !



Vente privée dentaire

Jusqu'à - 60 %
de réduction sur une sélection
de produits dentaires
de grandes marques.

Offre privilège unique en France,
exclusivement sur inscription.

Saisir votre e-mail

Mot de passe

Mot de passe oublié ?

 **PayPal**

Paiement sécurisé

A propos de vente privée dentaire | Conditions générales de ventes | Mentions légales | Aide et contact | Espace annonceurs

Petite philosophie de la douleur



Dr Thierry COLLIER

Docteur en Chirurgie Dentaire
BORDEAUX

« Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dents » (Shakespeare) : quand la douleur est là, elle envahit tout le champ de la conscience, réduit l'homme à l'animal sensible, le rend idiot et stupide...

Évoquons ici les questions qui s'imposent à nous, les illusions qui nous égarent, bref, notre rapport à cette crainte de la douleur que nous suscitons souvent. Nous parlerons de prévention, d'appréhension, d'échec, de culpabilité, d'enseignement, pour indiquer ce qui participe à la peur du dentiste, à la peur de la douleur... des soins dans l'esprit des patients, en se souvenant que « la vérité est rarement pure, et jamais simple » (O.Wilde).

Au commencement, la prévention.

Notre cheminement part des délices de la prévention bucco-dentaire bien conduite : soit un enfant muni de parents motivés et d'un dentiste prévento-conscient, constatant une bouche saine, n'amenant à envisager aucun soin curatif... Au pire observe-t-on soit une dysharmonie dento-maxillaire, que l'extraction (de deux prémolaires inférieures, par exemple) résoudra élégamment ; soit une urgence traumatique, nécessitant une anesthésie locale. A chaque fois, il s'agit d'un premier contact de l'enfant avec la chirurgie : « Qui n'a pas, dans sa mémoire, le souvenir d'une rencontre de l'enfant avec son premier dentiste ? Cette première est aussi forte qu'un premier rendez-vous d'amour, elle va donner le "la" du plaisir comme de la souffrance. [...] Le souvenir de la séance chez le dentiste est plus fort, plus solide qu'une séance de psychanalyse avec lequel il a quelque parenté »⁹. Il faut administrer sans douleur une anesthésie efficace, ponctuelle, de courte durée, sans effets secondaires. L'essentiel est que l'initiation aux soins dentaires chez un enfant vierge de toute expérience ne dérive pas, par un glissement sémantique incontrôlé, du cercle vertueux de la prévention bucco-dentaire à celui, vicieux, de la crainte des soins dentaires.

À l'issue du soin, l'alternative est alors : soit on a réussi à anesthésier sans provoquer de douleur supplémentaire, et l'on conserve le patient dans la

prévention efficace fondée sur la confiance ; soit il y a eu échec analgésique, ou l'analgésie s'est faite qu'au prix d'un acte lui-même douloureux, et l'on enclenche alors la "machine à créer des pulpites", le refus des soins dentaires par crainte du dentiste. La douleur dentaire aiguë est l'archétype de douleur nociceptive qui s'imprime dans la mémoire pour longtemps avec une forte appréhension en cas de récurrence ou de soins dentaires ultérieurs. Il nous revient d'éviter l'entrée du patient dans ce cercle vicieux de la douleur^{1,3,4,8,10}.

Violence de l'acte médical

« La douleur fait aujourd'hui l'objet d'un interdit social : elle est insupportable, inacceptable, obscène. Elle ne fait plus l'objet d'aucune justification, ni héroïque, ni ascétique. Elle est tout simplement ce qui ne doit pas être, parce qu'elle n'apporte pas d'information fiable, qu'elle ne sert à rien, qu'elle n'est pas mesurable, bref qu'elle est un mal et qu'en tant que tel, elle doit être résolument combattue. »⁶ Cela vaut davantage pour les douleurs provoquées par un acte thérapeutique, a fortiori par un acte à visée analgésique...

L'acte médical constitue bien une violence, légitimée par l'efficacité thé-



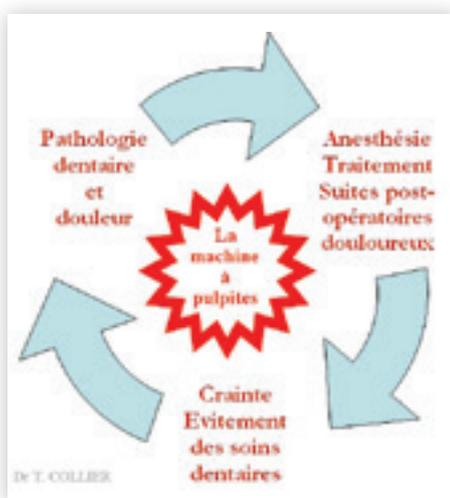
rapeutique et acceptée, en vertu du consentement du patient à la finalité du soin et aux moyens pour le mener à bien⁶. Cette violence est trop banalisée parmi nous : dans la discussion informelle qui suivit la séance de l'ADF 2009 sur l'anesthésie des dents mandibulaires, un praticien affirmait que le patient est prêt à supporter la douleur d'une anesthésie intra-pulpaire, s'il sait qu'elle va produire le soulagement espéré. Réflexion à rapprocher de celle, sûrement humoristique, piochée sur un forum professionnel sur Internet : « l'intra-pulpaire, ça ne fait pas mal : quand je la fais, je ne sens rien ! ». C'est trop vite oublier qu'une relation de qualité entre patient et praticien est fondée sur l'empathie, et que « si la torture du dentiste fait naître le soulagement, il y a

cependant torture »⁹. Tant que nous accepterons comme normale l'idée de faire souffrir un patient pour le soulager, il ne faudra ni s'étonner de voir les patients ne consulter qu'en toute dernière extrémité, ni s'indigner de notre médiocre réputation.

Spinoza livrait cette règle éthique : « Ni railler, ni déplorer, ni maudire, mais comprendre » (*Traité politique*). Comprendre n'est pas seulement trouver les causes de la douleur, se doter des moyens de l'éviter à l'avenir ; c'est aussi prendre part à la souffrance du patient.

La peur du dentiste

Montaigne énonçait dans ses Essais : « Qui craint de souffrir souffre déjà de ce qu'il craint ». En cas d'échec anesthésique, il faut comprendre que le patient qui consulte pour une urgence est peut-être prêt à supporter ponctuellement (selon les principes dits plus haut) la douleur "nécessaire" au soulagement ; mais le dentiste introduit la répétition, une série de séances de soins, là où le patient espérait une séance unique : « un vrai dentiste (sic !) ne repère pas ou ne soigne pas qu'une seule dent ; car s'il y a bien sûr les dents qui font mal et demandent réparation immédiate, il y a celles, silencieuses, tapies, celles qui se préparent à être douloureuses [...] Et c'est peut-être pourquoi chacun d'entre nous a peur du dentiste »⁹. Et si la première séance de soins laisse un souvenir cuisant, le patient attendra la prochaine crise pour consulter, en urgence... un autre "sauveur" : si ce statut est "flatteur", encore faut-il que la déception ne succède pas à l'espoir suscité¹⁰.



Quand la prévention primaire a échoué, quand la douleur aiguë est là...

La douleur aiguë exige une prise en charge rapide et efficace, car elle peut laisser une empreinte psychique d'autant plus grande qu'elle a été prolongée — intense, méconnue. Il y a deux justifications pour une analgésie maximale et précoce : soulager et éliminer la douleur immédiate, prévenir la "douleur-mémoire"^{8,10}. Nous savons que le traitement de cette douleur passe presque toujours par un geste chirurgical faisant systématiquement appel à l'analgésie locale, et presque jamais par le seul traitement médicamenteux. Dès lors, pourquoi le service d'urgences dentaires est-il si souvent confié à des étudiants, certes de bonne volonté, mais sans expérience diagnostique, clinique, opératoire, pour affronter cette urgence ? Cela ne devrait être confié qu'à des praticiens expérimentés, et non à des étudiants qui useront, pour toute arme, de la panoplie médicale [antibiotique + anti-inflammatoire + antalgique + bain de bouche], pour attendre et "voir venir", ce qui est une forme d'abandon du patient ; ou bien ils tenteront les techniques anesthésiques cumulatives classiques, à l'efficacité douteuse : cela relève des mêmes démarches intellectuelles, faites de peur des soins pour le patient et de l'échec pour l'étudiant.

Qui est expert en douleur ?

J.-L. Charrier et S. Millot, dans *Réalités Cliniques*, en 2006, abordant les anesthésies diploïques, préconisaient « de choisir l'avis de l'expert qui semblera le plus pertinent » quant au choix des techniques analgésiques, sous-entendu : l'expert universitaire. Dont acte.

Mais toute douleur est d'abord angoisse et solitude. On ne partage pas le mal physique : chacun le sent et y réagit de manière singulière, selon sa sensibilité, son interprétation de la situation présente, et son souvenir des expériences vécues, observées ou entendues. In fine, seul le patient est "expert" en douleur : lui seul peut dire qu'il a mal, ou que l'anesthésie est ratée.

L'échec de l'analgésie

Nous préférons les euphémismes comme "insuccès". Mais ne jouons pas sur les mots : l'insuccès ne désigne qu'un fait objectif, l'anesthésie qui ne "marche" pas.

Il produit chez le praticien un sentiment d'échec, sorte « d'ecchymose intérieure », douloureusement ressentie. Or la positivité de l'échec, c'est la suggestion de la nécessité d'un changement dans ses pratiques^{5,7}. Notons, pour rassurer les uns et déstabiliser les autres, que le triomphe est parfois plus nocif que l'échec, quant aux effets de statu quo...

“ La douleur aiguë exige une prise en charge rapide et efficace, car elle peut laisser une empreinte psychique d'autant plus grande qu'elle a été prolongée „

Quand le soulagement espéré n'arrive pas, s'installe une double culpabilité de la part du praticien et du patient — qui n'a pas répondu comme attendu à l'acte prodigué. Le risque est celui du rejet mutuel entre un praticien inefficace et un patient soupçonneux envers la compétence ou la bonne volonté du soignant. L'impasse relationnelle peut devenir totale et irréversible^{1,7,10}. Moralité : « Malheur au malade qui dit son mal » (P. Queneau).

Ces impasses thérapeutiques aboutissent tantôt à des discours de résignation de la part du praticien envers le patient (alors qu'il est lui-même tenté d'abandonner la partie... au bénéfice de qui ?...), tantôt à des discours moralisateurs : « c'est sa faute, il n'avait qu'à pas en arriver là ». Le mal et le malheur, la souffrance et la faute pèsent sur l'Homme depuis qu'il a été chassé du Paradis terrestre, et il les confond inconsciemment. A nous de délivrer celui qui souffre du fardeau supplémentaire de la culpabilité.

>>>

Petite philosophie de la douleur (suite)

et n'apporte rien de nouveau sauf "le prix" qui ne se justifie par rien. Pour particher une série de livres bien connus on pourrait intituler cette technique "l'analgésie pour les nuls".

En résumé, que l'on utilise cette technique quand on ne maîtrise pas les régionales soit, mais qu'on en fasse l'éloge est excessif.

Pour votre information, je suis physiologiste et professeur d'anatomie.

- Répondre
- Citer

Les causes de l'échec, les moyens d'y remédier

Le samedi 20 août 2005, sur le forum dentaire Eugénol traitant des anesthésies diploïques, on pouvait lire l'intervention fort spirituelle, d'une discrète humilité, d'un Professeur des Universités, en vue de la parution au moment ad hoc — pour l'ADF — de son manuel d'analgésie.

La méchanceté, l'ironie déplacée, la condescendance blessante ne sont jamais à court d'argument. S'il faut regretter les échecs aussi bien du praticien de base que des "experts", on peut néanmoins s'interroger : comment en est-on arrivé là, et pourquoi les supposés "nuls" le sont-ils ? Qui leur a fourni l'enseignement, qui a permis que des gens puissent sortir de Faculté munis d'un doctorat d'exercice sans posséder au mieux toutes les techniques d'anesthésie utiles, s'agissant d'un acte qui est le préalable indispensable à la grande majorité de nos interventions, essentiellement chirurgicales par nature ? Et si le "mal-entendu" n'était tout simplement qu'un mal expliqué, un mal énoncé, un mal enseigné ? Combien d'étudiants ont eu accès à la table de dissection pour apprendre à réaliser correctement les blocs anesthésiques ? Combien s'exercent aux anesthésies sur leurs petits camarades, et réciproquement, afin d'en éprouver le ressenti physique et psychologique ? Nous

ne parlons pas ici de formation post-universitaire (pour une spécialisation) ou de formation médicale continue, mais de la formation de base de l'étudiant pour son cursus normal ; et cela, comme on dit, "ça pose problème". Martin Winckler, avec lequel on peut ne pas être totalement d'accord, nous dit que la formation médicale est culpabilisante et humiliante, qu'elle favorise le recrutement des étudiants, non sur des aptitudes à soigner mais sur des critères de sélection du XIX^{ème} siècle. Sa forme, son contenu et le traitement imposé aux étudiants sont contraires à l'éthique et à la raison. On élimine, dit-il, des soignants potentiels de grande qualité et on garde les étudiants les plus susceptibles de se soumettre. Tout cela favorise une regrettable autarcie intellectuelle et une fâcheuse obstination à enseigner des notions obsolètes, inadaptées à la réalité médicale¹¹. Un exemple ? On enseigne encore la technique de Gow-Gates, la seule anesthésie pour les dents mandibulaires présentant un réel danger pour les structures vasculaires, sans intérêt, conçue pour les praticiens britanniques utilisant des cartouches de 2.2 ml, et ce contre la terre entière ; mais on ne fait que survoler les techniques diploïques, qu'on s'obstine à ne voir que comme des techniques de complément. On refuse de lire toute la littérature, pour ne garder que les publications pro domo...

Connaissance et ignorance

Le soignant doit connaître toutes les ressources de la thérapeutique antalgique. Sa responsabilité est à la mesure de son pouvoir. Toute ignorance ici est immorale : elle engendre chez les malades des souffrances supplémentaires. L'enseignement détaillé du traitement moderne de la douleur est donc une obligation. Sa place est actuellement insuffisante. Si les philosophes antiques ont beaucoup médité la question de la douleur, les médecins ne s'y sont intéressés que récemment. La phrase courroucée de Magendie (1847), « que les gens souffrent plus ou moins, cela peut-il intéresser l'Académie des Sciences ? », est révélatrice^{2,7}.

Epilogue en guise de "non-conclusion"

L'image, bien ancrée dans le public, du dentiste qui fait mal, et ce pour soulager, donc qui fait peur, que l'on redoute de consulter, relève de causes multiples. Pour combattre cette image désastreuse et génératrice de fuite ou de report des soins dentaires, il nous faut, non une réforme, mais une véritable révolution de nos mentalités et de nos pratiques. Et c'est l'anesthésie, enfin reconnue par le public comme non douloureuse et efficace, qui constituera le meilleur moyen de prévention bucco-dentaire, lorsqu'hélas la prévention initiale n'a pas été opérante.

Pour terminer sur une note moins sombre, disons avec Homère (Odyssée, XV, 398-400) que parler des souffrances des hommes ne doit pas nécessairement nous plonger dans l'affliction, car « c'est une tâche divine de soulager la douleur » (Hippocrate, vers 460 av. J.-C.)... pour peu qu'on en ait la volonté et qu'on s'en donne les moyens... ●

À LIRE

¹ **BOURASSA M.**
Dentisterie comportementale. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. *Editions du Méridien*, Montréal, 1998.

² **CANGUILHEM G.**
Le normal et le pathologique. *PUF*, Paris, 1966.

³ **FIELDS H. L.**
Douleur. *Medsa/McGraw-Hill*, Paris, 1989.

⁴ **GRANGER B., CHARBONNEAU G.**
Phénoménologie des sentiments corporels : I. Douleur, souffrance, dépression. *Le cercle herméneutique*, Argenteuil, 2003.

⁵ **JANET P.**
De l'angoisse à l'extase. T. III, *Masson, rééd*, Paris, 1988.

⁶ **LAGREE J.**
Le médecin, le malade et le philosophe. *Bayard Editions*, Paris, 2002.

⁷ **LERICHE R.** Philosophie de la chirurgie.

Flammarion, Paris, 1951.

⁸ **MELZACK R.**
Pain measurement and assessment. *Raven Press*, New York, 1984.

⁹ **OLIEVENSTEIN C.**
Ecrit sur la bouche. *Odile Jacob*, Paris, 1995.

¹⁰ **QUENEAU P.**

OSTERMANN G.
Le médecin, le patient et sa douleur. *Masson*, Paris, 1993.

¹¹ **WINCKLER M.**
La caste hospitalo-universitaire française est l'ennemie du système de santé. *Le Monde*, 14 février 2009.

Gencives : irritées, fragilisées, petits saignements ?



alodont[®]

Chlorure de cétylpyridinium,
Chlorobutanol hémihydraté, Eugénol

la vie à pleines gencives

DÉNOMINATION : ALODONT, Solution pour bain de bouche. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Pour 100g : Cétylpyridinium chlorure 5mg, Chlorobutanol hémihydraté 50mg, Eugénol 4mg. Titre alcoolique : 21 % v/v. Excipient à effet notoire : huile de ricin. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution pour bain de bouche. **DONNÉES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Traitement local d'appoint des infections de la cavité buccale et soins postopératoires en stomatologie. **Posologie et mode d'administration :** Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 7 ans. Utilisation locale en bains de bouche. Ne pas avaler. **Adulte :** 3 bains de bouche par jour avec du produit pur, garder le produit une minute dans la bouche. **Enfant de 7 à 12 ans :** 3 bains de bouche par jour avec du produit dilué à 50 % avec de l'eau. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un des constituants. **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI* :** En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée. **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES* GROSSESSE ET ALLAITEMENT* EFFETS INDÉSIRABLES* PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* Propriétés pharmacodynamiques :** Stomatologie, traitement local à visée antiseptique (A : appareil digestif et métabolisme) Ce médicament contient des dérivés terpéniques qui peuvent abaisser le seuil épiléptogène. **CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION* PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 34009 3163903 9 Flacon de 200 ml (verre incolore) avec gobelet doseur (polypropylène) (AMM 1974, validée en 1996). 34009 3458538 8. Flacon de 500ml. (PET) avec gobelet doseur (polypropylène). Non Remb. Séc. Soc. Non Agréé Coll. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Laboratoires Tonipharm 3 Rue des Quatre Cheminées 92100 BOULOGNE Tel : 01 47 61 56 81. Date de mise à jour : Juin 2011. * Pour une information plus complète, se reporter au Vidal édition en vigueur.

Visa n° 14/07/65572846/PM/003.

www.alodont.com



LABORATOIRES
TONIPHARM

L'anesthésie :

clé de la relation avec le patient



Dr Pierre VERPEAUX
Chirurgien-dentiste
Limoges

Il est extrêmement difficile de résumer en quelques lignes tout le chapitre de l'anesthésie. Cet article ne se veut donc pas scientifique mais pratique, afin de tenter d'apporter un éclairage différent à cet acte en apparence bénin et pourtant ô combien crucial puisque c'est de sa réussite que dépendra toute la qualité de la relation qui s'établira ensuite avec le patient.

I l convient de ne pas oublier que l'anesthésie est le plus souvent vécue par le patient comme plus ou moins douloureuse, que l'idée même d'avoir une anesthésie est source de stress pour le patient, et que les échecs en anesthésie ne sont pas rares **Fig. 1 à 3.**

Définition

L'anesthésie consiste à injecter un produit qui, après avoir traversé la membrane lipidique pour pénétrer à l'intérieur de la fibre nerveuse, va se fixer sur des récepteurs spécifiques et empêcher transitoirement la propagation de l'influx nerveux.

Tous les anesthésiques n'ont pas les mêmes caractéristiques en termes de temps de latence, d'efficacité ou de durée d'action, selon leur formule chimique propre, leur concentration ou leur combinaison à de l'adrénaline en proportions variables.

Les anesthésiques à notre disposition

- lidocaïne : 1944
concentrée à 2 % non adrénalinée
adrénalinée au 1/80 000
adrénalinée au 1/100 000
adrénalinée au 1/200 000
- mépivacaïne : 1957
concentrée à 3 % si non adrénalinée
concentrée à 2 % si adrénalinée au 1/100 000
- articaïne : 1980
concentrée à 4 % non adrénalinée
adrénalinée au 1/100 000
adrénalinée au 1/200 000

Nous voyons ainsi qu'il existe près d'une dizaine de spécialités différentes, alors que le plus souvent une ou deux seulement sont utilisées ;

Or, pour mener à bien une anesthésie qui doit être **rapide, efficace, indolore et sans suites** pour le patient, il convient d'adapter à la pathologie à traiter le produit et la technique.

La clef de la réussite d'une anesthésie se résume en ces termes : déposer le bon produit (choix de la molécule anesthésique et de la concentration en

adrénaline), à la bonne quantité (sans risquer d'être toxique) et au bon endroit (choix de la technique).

À défaut, l'anesthésie ne sera pas obtenue, ou partiellement, ou sur une durée trop brève.

Anesthésie et toxicité

La toxicité d'une anesthésie dépend du produit utilisé, de la dose injectée, de la vitesse et du site d'injection.

Il est rare d'avoir le sentiment de pouvoir atteindre une dose toxique vu la faible quantité d'anesthésique contenu dans une cartouche de 1,8 ml, toutefois il convient d'être vigilant comme le montre les tableaux suivants, le seuil de toxicité passant du simple au double selon les concentrations en anesthésique et pouvant être atteint dès la première cartouche chez l'enfant **Fig. 5 et 6.**

À défaut de choisir la technique et la spécialité les plus adaptées, ainsi que la détermination de la quantité nécessaire et suffisante dès le début de l'acte anesthésique, le praticien risque de se trouver dans l'obligation soit de rajouter du produit qui sera de moins en moins efficace (phénomène de **tachyphylaxie**) soit de multiplier les techniques. (anesthésie loco régionale à l'épine de Spix + anesthésie para-apicale + anesthésie intra-ligamentaire + anesthésie intra-pulpaire en cas de pulpite de molaire mandibulaire par exemple)

Les techniques anesthésiques

Toutes les techniques utilisées de nos jours ont été décrites au début du 20^e siècle, seul le matériel permettant leur réalisation ayant évolué.

Il convient de distinguer 2 grands types d'anesthésies : locales et loco-régionales.

- anesthésie locale : le but est d'interrompre la conduction de l'influx nerveux au niveau d'une ou plusieurs dents par action au niveau de leurs apex.
- anesthésie loco-régionale : elle vise à faire diffuser le liquide au niveau d'un tronc nerveux assurant l'innervation d'un secteur dentaire.

Anesthésies loco-régionales

Lorsque l'on parle anesthésie loco-régionale, on pense le plus souvent à l'anesthésie à l'épine de Spix qui vise à obtenir le silence clinique du secteur molaire mandibulaire, réputé difficile à anesthésier par d'autres techniques. Mais il existe plusieurs autres anesthésies : anesthésie au trou mentonnier, anesthésie rétro tubérositaire, anesthésie canine haute pour ne citer que les principales.

Ces diverses approches ont en commun leur efficacité dès lors qu'elles sont bien menées, et nécessitent pour cela de bonnes connaissances anatomiques afin que l'extrémité de l'aiguille parvienne au plus près de la « cible » recherchée, mais sont source d'inconfort important et durable pour le patient qui se retrouve avec une portion plus ou moins étendue totalement engourdie avec un risque non négligeable de morsure (**anesthésiophagie**).

L'anesthésie à l'épine de Spix est curieusement très employée mais aussi la plus source d'échecs, car très opérateur-dépendant. (20 à 60 % d'échecs selon les auteurs) Ces échecs sont généralement dus à des erreurs de technique, l'aiguille se trouvant trop à distance du foramen, à des variations anatomiques ou à des innervations inconstantes par des rameaux des nerfs mylo hyoïdien et lingual. (il convient alors de réaliser un complément d'anesthésie par une infiltration linguale sous la ligne oblique interne de la mandibule)

Depuis peu, un matériel d'aide à la réalisation des « Spix » est commercialisé sous forme d'un support censé assurer le positionnement optimum de l'aiguille **Fig. 4**.

Avantages :

- technique peu douloureuse pour le patient et utilisable dès 5 ans.
- tous types d'anesthésiques autorisés dans le respect des quantités admissibles.
- grande efficacité quand bien menée et durée permettant la réalisation d'actes longs.
- possibilité d'anesthésier plusieurs dents, en particulier les molaires mandibulaires.

Inconvénients :

- difficulté de réalisation.
- succès inconstant.
- temps de latence très variable (de quelques minutes à plus de vingt)
- inconfort important pour le patient et risque majoré de morsure.

>>>

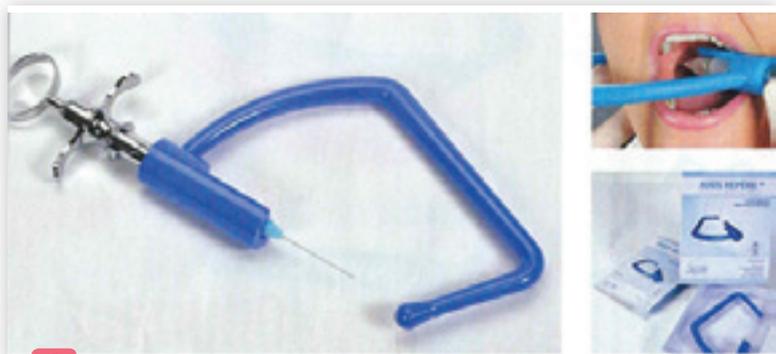
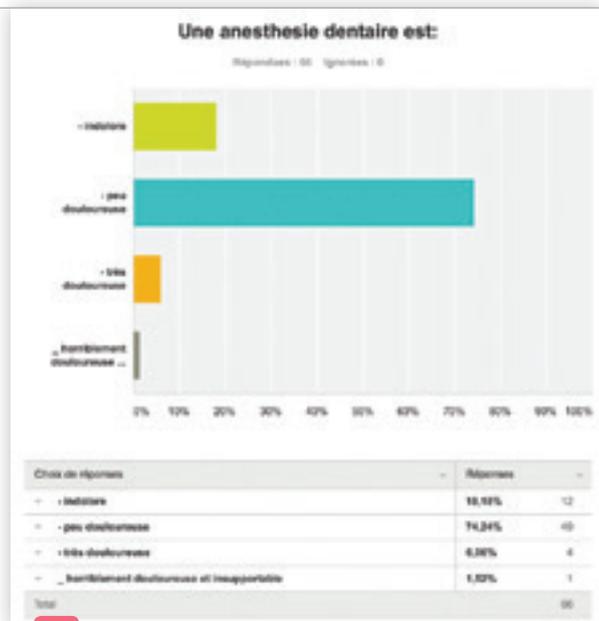


Fig. 4 : axe repère.



L'anesthésie : clé de la relation avec le patient (suite)

Anesthésies locales

Para apicale

Si un praticien n'utilise généralement pas l'ensemble des techniques à sa disposition il en est une que tout un chacun connaît et pratique, c'est « LA » para apicale.

Cette technique simple présente l'avantage d'être peu douloureuse (sauf en regard de la ligne inter incisive maxillaire) puisque l'injection se fait dans une muqueuse lâche qui se laisse facilement distendre.

Son utilisation trouve ses limites dans l'anatomie du patient :

- selon l'épaisseur de la corticale osseuse, l'injection d'une même quantité d'anesthésique sera plus ou moins efficace, et dans le secteur molaire mandibulaire l'anesthésie para apicale est réputée inefficace, amenant souvent le praticien soit à injecter de grandes quantités, au risque de se rapprocher de la dose toxique, soit à multiplier les injections ou les techniques.

- innervation des racines vestibulaires des 6 maxillaires par des filets nerveux provenant de troncs distincts.

Ses indications sont multiples et l'anesthésie para apicale est indispensable et obligatoire dans toute chirurgie intéressant les tissus mous (élévation d'un lambeau, extraction de 8 inférieures, etc.).

Avantages :

- peu douloureuse si bien conduite (respecter la vitesse d'injection : 1ml / mn)
- réalisable à tout âge
- utilisation possible de toute spécialité
- efficace
- simple à réaliser
- court temps de latence.

Inconvénients :

- anesthésie limitée à 2 voire 3 dents maximum.
- peut nécessiter un complément ou un rappel (en particulier palatin, réputé douloureux)
- engourdissement des tissus mous important et risque de morsure.

Intra-ligamentaire

Avantages :

- peu douloureuse si anesthésie muqueuse préalable en regard du point de pénétration
- réalisable à tout âge

- recommandation d'utilisation de spécialité adrénalinée à 1/200 000 max
- efficace
- action immédiate
- pas d'engourdissement des tissus mous.

Inconvénients :

- anesthésie difficile à réaliser (pression d'injection très importante indiquant l'utilisation de seringue spécifique (cramailière, assistance par électronique)
- anesthésie strictement limitée à une dent
- risque d'arthrite post opératoire douloureuse
- contre indiquée en cas de patient atteint de cardiopathie. (possibilité de passage de bactéries dans la circulation via le sulcus).

Intra-septale

Avantages :

- indolore si anesthésie préalable de la papille
- réalisable à tout âge
- efficace
- action immédiate
- pas d'engourdissement des tissus mous.

Inconvénients :

- difficile à réaliser (perforation du septum pouvant nécessiter plusieurs tentatives, risque de fracture d'aiguille ou d'éclatement de la cartouche indiquant

• Dose maximale admise: 7 mg / kg adulte

	lidocaïne	articaine
concentration de la sol en %	2%	4%
concentration en mg/ml	20	40
mg de principe actif/cartouche	36	72
dose max (adulte 70kg) en mg	500	500
nombre max de cartouches	14	7

5

Dose maximale admise chez l'enfant: 5 mg / kg

	lidocaïne	articaine
concentration en %	2	4
concentration en mg/ml	20	40
mg de principe actif / cartouche	36	72
dose max (enfant 15 kg)	75	75
Nombre de cartouche(s)	2	1

6

Un certain nombre de méthodes souvent fort différentes les unes des autres, quant à leur technique, sont employées en stomatologie pour obtenir l'insensibilisation de la dent ou des tissus qui la fixent au maxillaire. On peut les classer ainsi :

- injection sous-gingivale
- injection intra-gingivale
- injection sous-périoste
- injection intra-ligamentaire
- injection intra-osseuse ou diploïque
- injection dentale

On peut également recourir à l'anesthésie du tissu nerveux innervant certains groupes de dents (anesthésie sectionnelle), telle l'anesthésie du nerf dentaire inférieur, l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur, l'anesthésie du nerf dentaire antérieur, etc.

FIGURE 1996

7

ETUDE CLINIQUE SUR 200 CAS D'ANESTHESIE DIPLOIQUE: NOMBRE MOYEN DE DENTS ANESTHESIEES EN FONCTION DE LA QUANTITE INJECTEE TOUTES SPECIALITES CONFONDUES.

	1/8	1/4	1/2	3/4	1
	2	3	5	6,5	4

8

Fig. 5 et 6 : anesthésie et toxicité : notion de dose maximale.

Fig. 7 : les techniques anesthésiques.

Fig. 8 : l'anesthésie diploïque ostéocentrale.

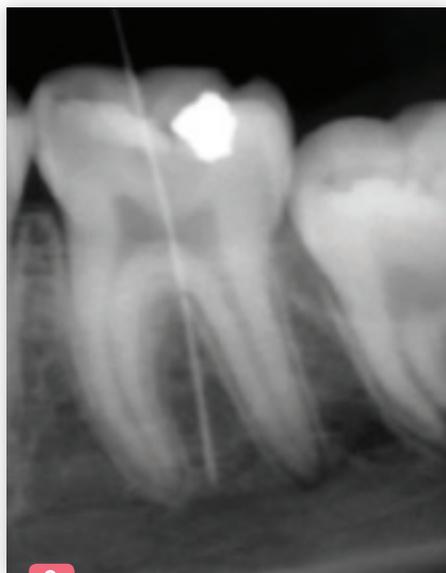


Fig. 9 : position de l'aiguille lors d'une anesthésie diploïque par voie inter radiculaire.

Fig. 10a : assistance électronique à l'injection de l'anesthésique. Système de type « stylo » (SleeperOne®, dental HiTec TM) avec utilisation de points d'appuis proches du point d'injection.

Fig. 10b : assistance électronique à l'injection de l'anesthésique. Système sans fil électrique ou tuyau d'arrivée de l'anesthésique (Anaeject®, Milestone Scientific TM).

images extraites de l'article « anesthésie locale chez l'enfant » - J.L Sixou, LFD n° 45

l'utilisation d'une seringue spéciale (crémaillère, assistance par électronique).

- anesthésie de une à deux dents maximum
- risque de nécrose post opératoire du septum ou de la papille
- recommandation de spécialité adrénalinée au 1/200 000 max (sauf chez l'enfant ou la vascularisation plus importante autorise tout type d'anesthésique).

Intra-pulpaire

Au début du 20^e siècle, cette anesthésie se pratiquait en enfonçant brutalement, à l'aide d'un maillet, un petit morceau de bois préalablement taillé et ajusté à l'entrée de l'orifice canalaire afin de sidérer le paquet vasculo nerveux sous l'effet de compression brutale. La douleur ainsi générée était intense mais très brève, et le praticien pouvait alors retirer le filet nerveux sans plus créer de sensibilité.

Au 21^e siècle, la technique de l'anesthésie intra pulpaire devrait être bannie des cabinets mais certains praticiens la pratiquent encore en cas d'insuccès de toute autre technique, quand d'autres la préconisent en assurant qu'elle conserve sa place dans l'arsenal thérapeutique !

Avantages :

- efficacité
- immédiateté
- utilisation possible de toute spécialité
- pas d'engourdissement des tissus mous.

Inconvénients :

- extrêmement douloureuse (risque de lipothymie)
- anesthésie d'une seule dent.

Palatine

Avantages :

- efficacité (possibilité d'utiliser une seringue spécifique : Anaeject, SleeperOne®, Quick Sleeper.)

Inconvénients

- douloureuse (muqueuse palatine attachée ne se dilate pas)
- risque de nécrose si quantité injectée trop importante ou concentration en vaso trop élevée.

Diploïque

Première technique anesthésique locale, décrite dès la fin du 19^e siècle, la difficulté de sa réalisation, compte tenu des moyens de l'époque, a fait qu'elle a été rapidement abandonnée au profit des techniques décrites plus haut.

Toutefois, elle regroupe de nombreux avantages, et se développe de nouveau aujourd'hui grâce aux matériels modernes.

Avantages :

- indolore (si anesthésie muqueuse bien maîtrisée.)
- simple à pratiquer après apprentissage.
- toute spécialité autorisée.
- efficacité immédiate .
- anesthésie de toute zone y compris molaire mandibulaire.
- pas ou très peu d'engourdissement des tissus mous.
- absence de suite post opératoire.
- anesthésie possible de 1 à 6 (bloc incisivo-canin en particulier) voire 8 dents

Fig. 8.

Inconvénients :

- utilisation de matériel spécifique (X tip, Stabident, Anesto, Quick Sleeper)
- parfois discrète tachycardie transitoire (selon la quantité injectée et la concentration en adrénaline)
- nécessite une phase d'apprentissage.

>>>

L'anesthésie : clé de la relation avec le patient (suite)



11



12

Fig. 12 : Antoine, non voyant, autiste, adopté... avec lequel une merveilleuse relation s'est établie au fil des ans grâce à des soins indolores qui m'ont permis d'acquies sa confiance. (soins multiples, dévitalisations, couronne, implant...).

Le matériel

Les seringues

Elles se divisent en seringues classiques, seringues à crémaillères (paroject, cytoject, etc), seringues assistées par électronique (STA, Anaject, SleeperOne®, Quick sleeper)

Seringues autorisant la réalisation d'anesthésie diploïque (rotation de l'aiguille qui agit comme un foret : Anesto, Quick Sleeper).

Les aiguilles

Aux aiguilles traditionnelles sont venues depuis quelques années se rajouter des aiguilles à biseau modifié, permettant une pénétration de la muqueuse plus efficace et quasi indolore. (Dental Hi Tech, Septodont)

Fig. 11. ●

Conclusion

L'anesthésie ne devrait plus être perçue comme un geste anodin, mais comme un soin à part entière nécessitant toute l'attention du praticien afin d'être réalisé de façon indolore, efficace, et sans induire de suite post opératoire.

La bonne gestion de cette étape incontournable permettra de plus d'obtenir en toute circonstance le silence clinique, y compris dans les situations d'urgence qui s'intégreront alors sans difficulté dans le planning journalier.

Certes, un temps plus long que celui qui lui est habituellement consacré peut être nécessaire, mais une technique bien maîtrisée est le gage de la qualité de la relation qui va se créer avec le patient, révolutionnant ainsi le rapport patient/praticien et assurant un exercice serein en toute circonstance, et permettant souvent aux patients les plus anxieux de retrouver le chemin des cabinets...

À LIRE

Journal dentaire du Québec vol 38
Médecine buccale et chirurgie vol
9 N° 2

La revue prescrire tome 23 N° 239
Société française de chirurgie orale

VAN DER AUWERA
Thèse doctorat *Université Louis
Pasteur, Strasbourg 1*

Le CDFN° 848

Revue d'odonto stomatologie sept
2011

Efficacy of preoperative ibuprofen
on the success of inferior alveolar
nerve block. *Noguera et coll. IEJ*
2013

Comparison of the anesthetic
efficacy between bupivacaine and
lidocaine in irreversible pulpitis of
mandibular molar. *JOE* S0099

Traité de stomatologie *Gaillard et
Nogué*

Traitement des **ÉPISODES DOULOUREUX** de courte durée de l'adulte, d'intensité moyenne à sévère ou ne répondant pas à un antalgique non opioïde seul

Antarène® Codéine

ibuprofène codéine

ASSOCIATION
UNIQUE
EN FRANCE

Association antalgique unique en France

NOUVEAU : REMBOURSÉ À 65%
et agréé aux collectivités



ANTARENE® CODEINE 200 mg/30 mg et ANTARENE® CODEINE 400 mg/60 mg, comprimé pelliculé de forme lenticulaire, de couleur orangée et d'aspect brillant sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium).
COMPOSITION : Pour un comprimé pelliculé. Ibuprofène/Phosphate de codéine hémi-hydraté: 200 mg/30 mg ou 400 mg/60 mg. Excipient q.s.p. un comprimé. **INDICATIONS** : Traitement des épisodes douloureux de courte durée de l'adulte, d'intensité moyenne à sévère ou ne répondant pas à un antalgique non opioïde seul. **CONTRE-INDICATIONS** : Ce médicament est contre-indiqué dans les situations suivantes: · enfant de moins de 15 ans, · au-delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois de grossesse révolus) (cf. Grossesse et allaitement), · hypersensibilité à l'ibuprofène ou à l'un des excipients du produit, · antécédents d'asthme déclenchés par la prise d'ibuprofène ou de substances d'activité proche telles que: autres AINS, acide acétylsalicylique, · antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive au cours d'un précédent traitement par AINS, · hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébro-vasculaire ou autre hémorragie en évolution, · ulcère peptique évolutif, antécédents d'ulcère peptique ou d'hémorragie récurrente (2 épisodes distincts, ou plus, d'hémorragie ou d'ulcération objectives), · insuffisance hépatique sévère, · insuffisance rénale sévère, · insuffisance cardiaque sévère, · lupus érythémateux disséminé, · insuffisance respiratoire quel qu'en soit le degré en raison de l'effet dépressur de la codéine sur les centres respiratoires, · au cours de l'allaitement en dehors d'une prise ponctuelle. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION, MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI, INTERACTIONS, GROSSESSE, ALLAITEMENT, CONDUITE DE VEHICULES ET UTILISATION DE MACHINES, EFFETS INDESIRABLES, SURDOSAGE, PHARMACODYNAMIE, PHARMACOCINETIQUE** : se reporter au site internet de l'ANSM.
LISTE 1. ANTARENE CODEINE 200 mg/30 mg : AMM 34009 397 555 8 8 : 20 comprimés (05/10/2009 rév 14/09/11). Prix : 2,04€. Remb. Sec. Soc. à 65%, Collect. **ANTARENE CODEINE 400 mg/60 mg** : AMM 34009 397 558 7 8 : 10 comprimés (05/10/2009 rév 14/09/11) Prix : 2,04€. Remb. Sec. Soc. à 65%, Collect. Laboratoires ELERTÉ, 181-183, RUE ANDRE KARMAN, 93300 AUBERVILLIERS, Tél. : +33 1 48 34 75 03.

ÉLERTÉ

SleeperOne®

Vos anesthésies + efficaces et + confortables

76.7%
des enfants préfèrent
SleeperOne*

Pas de douleur, pas d'engourdissement, pas de torsion d'aiguille.
Plus de sourire, plus de maîtrise, plus de rentabilité.
Choisissez SleeperOne pour améliorer vos anesthésies habituelles
et accéder à la technique ostéocentrale chez l'enfant.

Renseignements sur www.dentahitec.com

* Étude réalisée sur 110 patients enfant et présentée dans l'article "Système d'anesthésie locale avec assistance électronique" par J.L. Sixou & M.R. Mard

Développé et fabriqué
en France 

INNOVATION
EN ANESTHÉSIE
DENTAIRE **DEPLUS
1997**

QuickSleeper⁵

L'efficacité de l'ostéocentrale au quotidien

86%
d'efficacité sur les
pulpites irréversibles*



Pas d'échec sur les pulpites, pas de douleur, pas d'engourdissement sur les molaires mandibulaires.

Plus de plaisir, plus de maîtrise, plus de rentabilité.

Choisissez QuickSleeper pour améliorer vos anesthésies habituelles
et accéder à la technique ostéocentrale chez l'adulte et l'enfant.

Renseignements sur www.dentalthitec.com

* Étude sur 39 patients d'urgence présentant une pulpite irréversible sur une dent postérieure mandibulaire. Informations complètes dans l'article "Anesthésie ostéocentrale versus locorégionale du bloc du nerf dentaire inférieur". Élodie Terrec, Fatem Talbi, Guillaume Couderc, Laurene Vialatte, Paul Tramini et Hervé Tassery.



DENTAL HI TEC

Notre spécialité : l'anesthésie dentaire

02 41 56 05 10 · mail@dentalthitec.com

Douleur et MEOPA



Dr Adriana AGACHI

DU de Journalisme Médical Professionnel
DU de Chirurgie buccale et Implantologie

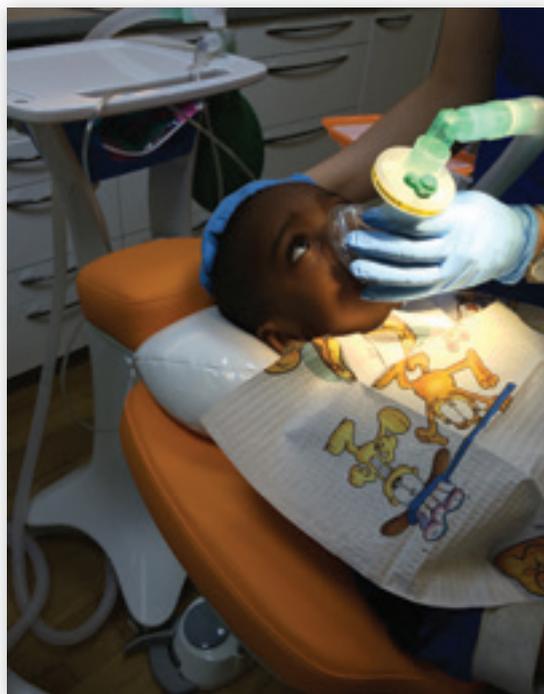
Master : Droit de l'expertise appliqué à l'odontostomatologie

Le MEOPA (mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote) est un mélange gazeux à parts égales oxygène et protoxyde d'azote. Il présente des propriétés analgésiques, anesthésiantes, et euphoriques.

Son histoire remonte à la découverte du protoxyde d'azote en 1772 par le chimiste et physicien anglais Joseph Priestley. C'est un autre chimiste britannique, Humphry Davy, qui en 1798 en a découvert les propriétés euphoriques. Il commence alors à se répandre dans les foires de l'époque grâce à sa réputation de « gaz hilarant », un nom qui le suit encore.

C'est un dentiste de la Nouvelle-Angleterre, Horace Wells, qui en 1844 l'a appliqué lors de soins dentaires. Son étude sur les effets anesthésiants du protoxyde d'azote amorce son début comme anesthésique médical.

Le mélange fixe MEOPA couramment utilisé a été développé en 1961, et mis sur le marché en 1965. Son utilisation s'est répandue dans les pays anglo-saxons et nordiques, notamment en pédiatrie et aux services d'urgences. Mais ce n'est qu'en 2001 qu'il a reçu son autorisation de mise sur le marché en France, et seulement dans un cadre hospitalier. En 2009, après étude de l'ANSM, l'Afssaps a finalement autorisé son utilisation en dehors du milieu hospitalier, tout en le réservant à l'usage des professionnels.



Propriétés du MEOPA

La substance active du MEOPA est le protoxyde d'azote (N₂O). Ce gaz est incolore, quasiment inodore, et non irritant. Il est actif en lui-même et donc il n'a pas besoin de changements dans le corps pour devenir actif. Inhalé, il devient efficace dans le court temps de la circulation poumons-cerveau. Il est très peu soluble dans le sang et ne s'accumule pas. Il est donc presque entièrement éliminé par les poumons.

Sur le plan physiologique, le protoxyde d'azote a une triple action :

- un effet anxiolytique
- un effet analgésique
- un effet euphorique et amnésiant, notamment chez les enfants

Ces actions combinées entraînent un état de conscience modifiée. Ce n'est ni un état de sommeil, ni de sédation profonde. C'est le traitement des informations sensorielles par le patient qui est perturbé. On peut à tout moment entrer en contact verbal avec le patient. Le MEOPA reste donc un moyen de sédation consciente.

En termes d'analgésie, le MEOPA possède un faible effet et n'est pas reconnu comme essentiel par l'OMS¹. La concentration utilisée, de 50 % protoxyde d'azote, induit une analgésie profonde sans perte de conscience. Son effet analgésiant est assimilé à 10 mg de morphine en sous-cutané². Il est donc à utiliser seulement pour des gestes peu douloureux (EVA 4 à 6), ou bien en association avec une anesthésie locale. Et à ce titre, l'intérêt du MEOPA, est peut-être celui d'un potentialisateur pour les analgésiques et anxiolytiques plus forts (pour une étude comparative des différentes méthodes de pharmacosédation, ainsi que des différents niveaux de sédation - Philippart et Roche³, 2013).

Au niveau pharmacologique, le protoxyde d'azote reste peu compris. L'effet analgésiant semble être de nature opioïde, impliquant les neuromodulateurs de la moelle épinière. Ses effets anxiolytiques et anesthésiques sont encore moins élucidés. Les effets anxiolytiques ressemblent ceux des benzodiazépines, et les effets anesthésiques pourraient impliquer les récepteurs GABAA et *N-méthyl-D-aspartate*⁴.

En pratique, les propriétés du MEOPA se traduisent par :

- une rapidité d'action de l'ordre de 2 à 3 minutes⁵
- un pic d'activité très rapide de l'ordre de 3 à 5 minutes⁵
- une perte d'effets dès 60 secondes après l'arrêt de l'administration⁵
- une récupération également rapide après administration, de l'ordre de 3 à 5 minutes⁵

Dans 65 % des cas, Bergia (2007) a constaté une sédation consciente avec anxiolyse en moins de 3 minutes⁷.

MEOPA en chirurgie dentaire

Depuis son autorisation, le MEOPA se répand de plus en plus dans les cabinets dentaires en France. Plusieurs aspects de la chirurgie dentaire rendent le MEOPA particulièrement adapté comme moyen de sédation :

- des soins envahissants mais peu invasifs
- une pratique généralisée en cabinet de ville, qui restreint l'utilisation de nombreux autres analgésiques/anesthésiques et anxiolytiques présents dans les hôpitaux
- la phobie aux soins dentaires dans la population générale

Ainsi, 10,8 % de la population présente une phobie modérée aux soins dentaires, et 2,6 % une forme sévère, c'est-à-dire que les soins dentaires sont repoussés jusqu'à ce que la douleur devienne insupportable⁸. Plus généralement, 54 % des français craignent une consultation chez le chirurgien-dentiste, et 46 % ont peur des douleurs possibles associées au traitement⁹.

Pédiatrie

Comme en médecine générale, en chirurgie dentaire le MEOPA est devenu particulièrement utile pour les soins pédiatriques. Avec son administration sans douleur, son efficacité rapide, et ses effets euphoriques et amnésiques sur les enfants, le MEOPA est idéalement adapté à de nombreux soins en chirurgie dentaire pédiatrique. Avec prémédication à l'hydroxyzine et en association avec l'imagerie visuelle (hypno-sophrologie), il permet même dans de nombreux cas d'éviter l'anesthésie générale¹⁰.

Stomatologie

En tant que potentialisateur d'autres analgésiques, le MEOPA est également adapté à la pratique de la stomatologie. Venchard

et al. (2006) recommandent l'association du MEOPA avec le Midazolam en intraveineux pour une meilleure sédation du patient¹¹.

Les principaux inconvénients du MEOPA en chirurgie dentaire sont :

- les rares contre-indications
- la coopération nécessaire du patient
- un taux d'échec de l'ordre de 5 à 30 % et nettement plus marqué pour les moins de trois ans³⁻¹²
- pas de prise en charge par la Sécurité Sociale

la douleur, l'échelle visuelle analogique EVA, l'échelle numérique, l'échelle des visages de Wong et Baker ou l'échelle CHEOPS, et pour l'anxiété, les échelles de Kleinknecht, DBS, Spielberg ou Corah), ils reposent souvent sur l'auto-évaluation et sont peu applicables dans la pratique quotidienne de la chirurgie dentaire en dehors des études.

Le chirurgien-dentiste doit se fier à son jugement en incorporant les différents éléments à sa disposition tels le questionnaire médical et le dialogue avec le patient. L'utilisation du MEOPA reste donc



Patients cibles

La sédation ne doit surtout pas être systématique. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte par le chirurgien-dentiste dans la sélection des patients :

- niveau de peur
- niveau d'anxiété
- niveau de ressenti de la douleur
- présence de phobie
- des antécédents médicaux limitant l'utilisation d'autres anesthésiques mais pas du MEOPA, tels les troubles cardio-vasculaires, les AVC ou les affections respiratoires : le MEOPA n'ayant pas de répercussion respiratoire ou hémodynamique franche, il n'est pas contre-indiqué.
- déficits intellectuels¹³
- troubles neurologiques tels que les *mouvements incontrôlés*¹⁴

Bien qu'il y ait de nombreux moyens de mesurer les niveaux de ces facteurs (pour

largement subjective, comme les facteurs décisionnels sur lesquels elle repose.

Afin de limiter les abus et la dépendance, l'administration du MEOPA à visée anxiolytique seule, ou à la demande du patient, n'est pas autorisée par l'accord professionnel¹⁵.

Méthode d'administration

Le cahier des charges de l'utilisation du MEOPA a été validé la dernière fois par le Conseil de l'Ordre le 12 mars 2014¹⁶. L'administration du MEOPA, standardisée, est très simple. Pour une description technique complète du matériel, et des conseils d'utilisation et de stockage, voir Philippart et Roche (2013)³ ainsi que le site de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes¹⁷, le Plan de Gestion de l'Affsaps (2010) et les fiches des distributeurs¹⁸.

>>>

Douleur et MEOPA (suite)

Mais il ne faut pas réduire l'administration du MEOPA à une description technique. Ce traitement comporte une grande composante psycho-comportementale. La préparation du patient est essentielle. Ainsi, Bergia (2007) note qu'il est possible de majorer les effets du protoxyde d'azote de 30 % en mobilisant les systèmes de sécrétion des morphines endogènes⁷. Ceci passe par une explication détaillée de la technique afin d'assurer la coopération du patient. Toute source d'anxiété ou de peur doit être réduite ou éliminée avant et pendant le traitement, et Bergia recommande également la suppression des stimuli tactiles ou auditifs, comme lors d'une induction anesthésique⁷.

Gestion des risques et contre-indications

De nombreuses études ont confirmé la sécurité du MEOPA, notamment Onody et al.¹⁹ (2006) sur 35828 administrations, Gall et al.²⁰ (2001) sur 7500 cas, et Annequin et al.²¹ (2000) dans une étude française multicentrique. Témoinant de sa sécurité, son utilisation se répand parmi les spécialités médicales. On l'utilise de plus en plus en cardiologie, gériatrie, et en Suisse on l'utilise même dès 6 mois en milieu médical²².

La présentation obligatoire en mélange équimolaire avec 50 % d'oxygène supprime presque tout risque d'hypoxie. De plus, l'Afssaps conditionne l'utilisation du MEOPA à la nécessité de se former. Elle insiste également sur la nécessité d'une surveillance continue du patient pendant l'administration, et, de plus, recommande

la présence d'une tierce personne.

Les principales contre-indications à l'utilisation du MEOPA sont :

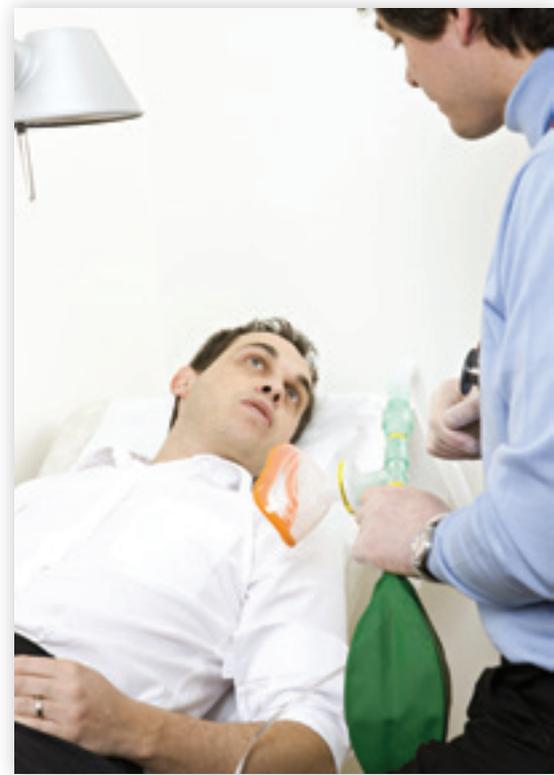
- présence de poches d'air telles que le pneumothorax, les bulles d'emphyseme, les accidents de plongée (certains auteurs déconseillent l'utilisation du MEOPA si le patient a fait de la plongée dans les 24h précédentes⁷), occlusion intestinale, atteinte de l'oreille moyenne
- obstruction des voies aériennes
- hypertension crânienne
- altération de l'état de conscience
- trauma facial qui empêcherait une pose du masque correcte
- troubles psychiatriques
- patients toxicomanes
- traitements nécessitant l'usage du bistouri électrique ou de toute source de chaleur lors des soins

Les principaux effets secondaires possibles du MEOPA sont les céphalées, nausées, vomissement, amnésie (notamment chez les enfants), paresthésie. En cas d'effet secondaire, il est recommandé d'arrêter le traitement dès que possible.

En France, on dispose de seulement 5 années de recul sur l'utilisation du MEOPA en cabinet de ville. Tout effet indésirable grave ou inattendu lors de l'utilisation du MEOPA doit être déclaré au centre régional de pharmacovigilance (CRPV).

Depuis son introduction en cabinet de ville en France en 2009, le MEOPA connaît un franc succès parmi les chirurgiens-dentistes. Les propriétés du protoxyde d'azote et sa méthode d'administration se traduisent par la rapidité d'action du MEOPA, la courte période de récupération et sa sécurité. Plus qu'un anesthésique et

anxiolytique, en soi, le MEOPA est souvent un potentialisateur pour ces derniers. La sédation consciente est devenue une pratique incontournable de la chirurgie dentaire moderne. Le MEOPA est devenu un des traitements de choix pour les patients très difficiles, ou avec des contre-indications aux autres anesthésiants et anxiolytiques. Ces propriétés du MEOPA, combinées avec les très rares contre-indications, continueront à augmenter son acceptation par les chirurgiens-dentistes et les patients. Son plus grand succès étant peut-être de permettre de soigner des patients qui jusque-là préféraient éviter le dentiste plutôt que de se faire soigner. ●



À LIRE

¹ WHO Model List of Essential Medicines. Rep. WHO, Oct. 2013. Web. 4 Apr. 2015. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML.pdf>

² «Morphine Et Sujet Agé.» Université D'Angers, Angers. Université D'Angers. Web. 4 Apr. 2015. <http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/capacites/capacite-gerontologie/_attachments/Morphine_PA.pdf?download=true>

³ PHILIPPART, FRÉDÉRIC, AND YVON ROCHE. Sédation Par Inhalation De MEOPA En Chirurgie Dentaire.

Paris: Quintessence International, 2013. Print.

⁴ EMMANOUIL, DIMITRIS E., RAYMOND M. QUOCK. «Advances in Understanding the Actions of Nitrous Oxide.» *Anesthesia Progress* 54.1 (2007): 9-18. Web.

⁵ CLARK, MORRIS S., AND ANN L. BRUNICK. Handbook of Nitrous Oxide and Oxygen Sedation. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier, 2008. Print.

⁶ «Entonox.» *Anaesthesia UK*. N.p., 26 Jan. 2009. Web. 04 Apr. 2015. <<http://www.frca.co.uk/article.aspx?articleid=100364>>

⁷ BERGIA, JEAN-MARC.

«L'utilisation Du Meopa Dans La Prise En Charge De La Douleur.» *Soins Supplement*.712 (2007): 22-23. Web.

⁸ HENNEQUIN, M., D. FAULKS, V. COLLADO, B. BULLIER, E. NICOLAS. «Dental Anxiety in a French Adult Population: A Pilot Study.» *Congress of the International Association for Dental Research*. Dublin, 2006. Lecture.

⁹ «IFOP/Air Liquide Sante France.» N.p., 2012. Web. <www.plusjamaispeurdudentiste.com>

¹⁰ DE SAN J., FULGENCIO, V. ROY, C. MAUDIER, C.

WOOD.

«TO14 - Soins Dentaires Sous Sédation Consciente Au Mélange Oxygène - Protoxyde D'azote (MEOPA) à L'hôpital Robert Debré.» *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 5 (2004): n. pag. Web.

¹¹ VENCHARD G.R., P.J. THOMSON, R. BOYS. «Improved Sedation for Oral Surgery by Combining Nitrous Oxide and Intravenous Midazolam: A Randomized, Controlled Trial.» *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 35.6 (2006): 522-27. Web.

¹² ANNEQUIN, D.

Le MEOPA. Rep. N.p., n.d. Web. 5 Apr. 2015. <<http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/LE%20MEOPA.pdf>>

¹³ FAULKS D., HENNEQUIN M., ALBECKER-GRAPPE S., MANIÈRE M-C., TARDIEU C., BERTHET A., WOLIKOW M., DROZ D., KOSCIELNY S., ONODY P. «Sedation with 50% Nitrous Oxide/oxygen for Outpatient Dental Treatment in Individuals with Intellectual Disability.» *Developmental Medicine & Child Neurology* 49 (2007): 621-25. Web.

Liste exhaustive sur www.lefildentaire.com

INTERVENANTS Drs Claude PARODI, Kenton KAISER, Mr Yves HALFON, Céline BENHARROCH, Aude MONNIER, Luc FARCY

AGENDA

JOURNÉES D'INITIATION GRATUITES

Lyon : 30 avril 2015

Paris : 28 mai 2015 *complet*
30 mai 2015

Nantes : 4 juin 2015

Aix en Provence :
8 octobre 2015

Séville :
19 au 23 octobre 2015

Paris : 28 novembre 2015
(en marge de l'ADF)

FORMATIONS

Paris :
17 au 19 septembre 2015
12 au 14 novembre 2015
07 au 9 janvier 2016
10 au 12 mars 2016

Lyon :
10 au 12 décembre 2015
11 au 13 février 2016
14 au 16 avril 2016
09 au 11 juin 2016

Bordeaux :
21 au 23 janvier 2016
24 au 26 mars 2016
27 au 29 mai 2016
22 au 24 septembre 2016

SUPERVISION

Paris : 29 & 30 mai 2015
(avec le Pr M. L. Faymonville)

CONGRÈS D'AUTOMNE

Séville :
19 au 23 octobre 2015



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Acquérir les connaissances pratiques et théoriques pour :

- induire une transe hypnotique
- utiliser les outils de communication hypnotique en dentisterie
- travailler avec les phobies, les angoisses, les peurs
- gérer les douleurs aiguës, les saignements, les réflexes nauséeux
- réduire les probables complications post-opératoires
- créer une analgésie hypnotique
- utiliser l'auto-hypnose

PROGRAMME

Module 1 : objectif induction (3 jours)

- Définition et historique de l'hypnose
- Théorie, rhétorique hypnotique
- Induire, suivre et terminer une transe hypnotique
- 3 techniques d'inductions pour bien débiter
- Amener l'outil hypnose dès lundi au cabinet...
- Démonstrations pratiques en direct
- Travaux pratiques : exercices, vidéos et débriefing

Module 2 : objectif utilisation (3 jours)

- Débriefing des expériences pratiques d'inductions réalisées en cabinets
- L'hypnose appliquée aux soins dentaires : théorie, démonstrations pratiques et vidéos cliniques
- La boîte à outils «HYPNOSE»: catalepsie, lévitation, implication, choix illusoire...
- Quelles techniques pour quels patients ?
- 3 techniques d'inductions pour bien développer
- Analgésie Hypnotique
- Travaux pratiques sur l'analgésie et les différentes techniques d'induction / vidéos cliniques et débriefing

Module 3 : objectif spécialisation (3 jours)

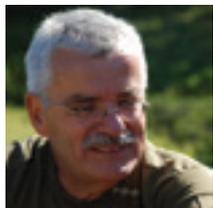
- Débriefing des cas réalisés au cabinet
- Ajout d'autres outils dans la boîte : régression, fractionnement, utilisation, confusion...
- Auto-hypnose
- Le « taylorisme » : l'hypnose sur mesure
- 3 techniques pour bien approfondir
- Travaux pratiques : auto-hypnose et taylorisme - Vidéos, cas cliniques et débriefing

Module 4 : objectif gestion (3 jours)

- Débriefing des cas réalisés au cabinet
- Auto-hypnose : approfondissement
- Gestion de la douleur aiguë, des saignements et des réflexes nauséeux



L'Hypnose médicale dans la gestion de la douleur



Yves HALFON

Psychologue clinicien
Conférencier international



Claude PARODI

Chirurgien-dentiste
Conférencier international



Kenton KAISER

Chirurgien-dentiste
Conférencier international



© Trifonenko Ivan. Orisk

Revue scientifique, magazines, on retrouve l'hypnose médicale partout... en médecine et ailleurs... Peut-être vous demandez vous si cela marche vraiment ? Et surtout qu'est-ce qu'on peut faire avec de l'Hypnose ? Cet article a pour but de répondre à ces questions et d'autres que vous pourriez vous poser...

L'hypnose médicale est un outil au même titre que l'anesthésie locale ou générale, le méopa, la turbine ou la digue... avec ses indications, ses intérêts et parfois ses limites... Il n'est pas question d'en faire ici son apologie mais plutôt un tour d'horizon de cette technique utilisée dans notre pratique.

Nous définirons d'abord ce qu'est réellement l'hypnose médicale car, si chacun a son avis sur la question, peu de gens savent vraiment ce qui se cache derrière le mot « hypnose ». Ensuite à l'aide de cas cliniques concrets nous verrons les indications de l'hypnose dans la gestion de la douleur.

Un peu d'histoire...

4000 ans avant JC, les Egyptiens utilisaient déjà l'hypnose ! Au 19^{ème} siècle, elle était un outil, fort utilisé par les dentistes jusqu'aux alentours de 1832. Lorsqu'elle fut remplacée par une technique qui semblait plus simple : un coton imbibé de chloroforme sur le nez des Patients et boum... les voilà dans les vapes le temps du soin. Revenue à la mode avec le courant des médecines douces et naturelles, elle retrouve sa place au sein de toutes les équipes médicales depuis quelques décennies.

Qu'est-ce que l'Hypnose Médicale ?

C'est un mode de fonctionnement naturel du cerveau dans lequel la personne est capable de faire des choses qu'elle ne peut pas faire dans le mode de fonctionnement « habituel » du cerveau que l'on appelle la conscience critique. Vous connaissez et utilisez toutes et tous ce mode de fonctionnement hypnotique mais sans le savoir...

Laissez-nous vous donner quelques exemples

- Vous faites un trajet en voiture que vous connaissez bien et pendant ce temps-là vous faites la liste de toutes les choses à réaliser aujourd'hui... vous arrivez à votre destination et n'avez pas l'impression d'être passé par tel ou tel endroit ou encore que le trajet vous a semblé particulièrement rapide aujourd'hui...
- Vous prenez votre douche tout en réfléchissant et vous vous lavez les cheveux une deuxième fois car vous êtes incapable de savoir si vous l'aviez déjà fait ou pas...

En classe, l'enfant rêveur, dans la lune, est lui aussi, dissocié de la réalité et incapable de répondre à la question du professeur qu'il n'a pas entendue et pourtant il n'avait pas bouché ses oreilles... Mais encore un bon mal de crâne vous emprisonne... vous vous posez devant la télé et, pendant le temps du film particulièrement captivant, vous « oubliez ce mal de crâne » qui revient de plus belle quand arrive le générique de fin.

Des situations anodines de la vie qui montrent combien l'hypnose fait partie de notre fonctionnement quotidien... C'est aussi ce qui explique que tout le monde peut utiliser l'hypnose médicale ! Il suffit de savoir comment faire pour mobiliser ses ressources internes et apprendre à les utiliser... C'est là tout le travail du Praticien ! Il ne fait pas l'hypnose ! Il aide ses Patients à trouver l'état hypnotique ! Tout comme l'entraîneur va préparer son joueur ou son équipe mais ne fait pas le match à sa place... Le Praticien n'a aucun « pouvoir » si ce n'est de mobiliser les ressources et les apprentissages de ses Patients... Il n'est donc pas question de prendre le contrôle de l'esprit de la personne en hypnose ni même de lui faire faire quelque chose qu'elle ne voudrait pas faire ! (ce que l'hypnose de

music-hall tente de faire croire... mais là, nous sommes dans le domaine du spectacle, de l'illusion...).

Dans le cadre de la gestion de la douleur, le soignant met toutes les conditions pour que la personne trouve cet état par elle-même et qu'elle ait un rôle d'acteur dans le processus de gestion de la douleur !

Que peut-on faire avec de l'Hypnose ?

L'hypnoanalgésie (anesthésie d'une partie du corps grâce à l'hypnose et sans chimie) permet de faire tous les soins classiques réalisés au cabinet dentaire : Soins, extractions, endos, pose d'implants et même sinus lift ! Ce qui est très intéressant pour les Patients allergiques aux anesthésiants qui sont rares mais qui trouvent là une solution à leurs problèmes (voir cas clinique n° 2).

“ Vous connaissez et utilisez toutes et tous ce mode de fonctionnement hypnotique mais sans le savoir... ”

La plupart du temps l'hypnose va être associée aux techniques d'anesthésies classiques et va décupler les effets d'une anesthésie chimique ou du gaz (méopa). Elle sera aussi utilisée pour réduire les effets et problèmes post-opératoires et améliorer la cicatrisation lors de chirurgies... Elle sera d'une efficacité redoutable également sur les douleurs chroniques !

Voyons tout cela à travers quelques cas cliniques. Nous ne détaillerons pas les techniques hypnotiques utilisées car ce n'est pas le propos de cet article.

Cas clinique n° 1 : anesthésie dentaire inefficace.

Véronique, 44 ans, référée par sa dentiste après trois tentatives de traitement endodontique de la 47 sans succès. Il y a toujours des douleurs malgré plusieurs injections ! En quelques minutes, nous emmenons Véronique dans un voyage qu'elle a réalisé l'été dernier. Pendant

qu'elle revit ce moment particulier, nous réalisons l'anesthésie, retirons le pansement et finalement, constatons une fracture de la dent qui est donc extraite sans la moindre sensation douloureuse dans la séance. La patiente, un peu triste de la perte de sa dent est ravie du déroulement de cette intervention et a repris confiance pour la suite des soins qu'elle va réaliser chez sa dentiste. En bonus, à la fin de la séance quelques suggestions post-hypnotiques pour favoriser une excellente cicatrisation pour la pose d'un implant par la suite... Nous avons rappelé la Patiente quelques jours après l'intervention et la patiente nous a dit qu'elle n'avait même pas dû reprendre d'anti douleur (ce qui est souvent le cas grâce aux suggestions post-hypnotiques).

Cas clinique n° 2 : patiente allergique (vérifié !) aux anesthésiants locaux.

France, 28 ans, a un pansement sur la 16 depuis un an et demi. Son dentiste qui d'habitude faisait (avec beaucoup de stress pour lui) les soins sans anesthésie, voyant qu'il est dans la pulpe lui dit qu'il ne peut pas réaliser ce soin comme cela. Nous réalisons un traitement endodontique en analgésie hypnotique pure et lui apprenons l'autohypnose pour qu'à l'avenir, elle puisse l'utiliser à chaque fois qu'elle en aura besoin. À l'ouverture de la dent, nous avons constaté qu'un canal était nécrosé mais tous les autres étaient encore vivants. Nous avons pris 6 minutes pour obtenir une analgésie efficace et que le traitement commence... La patiente n'a ressenti aucune douleur ! Il lui restait quelques petits soins à faire et elle a pu expérimenter ces soins en auto hypnose chez son dentiste. Plus aucune sensation douloureuse.

Cas clinique n° 3 : patiente en douleur aiguë.

Mon associé le Dr Claude Parodi reçoit une patiente en urgence qui a une douleur aiguë très importante que les antalgiques n'arrivent pas à calmer : lésion péri-apicale sur dent dévitalisée, couronnée avec tenons radiculaires. Disposant de 10 minutes tout au plus, il ne peut

>>>

L'Hypnose médicale dans la gestion de la douleur (suite)

évidemment pas envisager la reprise du traitement dans la séance. Il choisit donc de faire une séance d'hypnose pour gérer cette douleur. Au départ, la douleur est de 10 sur une échelle de 0 à 10. Après l'hypnose, la douleur passe à 2 en moins de 5 minutes. La patiente juge ce niveau de douleur confortable et a pu attendre le rendez-vous suivant sans que la douleur réapparaisse.

Cas clinique n° 4 : patient atteint de fibromyalgie et anesthésie inefficace.

Pierre, 64 ans, adressé par un confrère car celui-ci n'arrive pas à endormir la 46 qui est à soigner. A l'anamnèse, le patient explique qu'il souffre de fibromyalgie depuis plus de 20 ans, que tout a été testé pour lui et que seuls les deux patchs de morphine qu'il porte le soulagent un peu. Il pense qu'il n'est plus « réceptif » aux anesthésiants suite à sa grande prise d'antalgique. En accord avec l'équipe qui l'encadre, nous décidons de faire de l'hypnose afin de voir si l'on peut également améliorer son quotidien en lui apprenant l'auto hypnose pour gérer ses douleurs chroniques. En 3 séances, nous avons fait le soin dentaire et amélioré son confort

de vie au quotidien par une diminution des douleurs chroniques d'environ 80 %. En dentisterie, nous ne serons pas amenés à traiter des douleurs chroniques cependant dans ce cas particulier, tout avait été tenté et il n'y avait pas de prise en charge par hypnose dans sa région c'est pourquoi nous avons décidé d'y travailler ensemble.

Cas clinique n° 5 : enfant qui tombe et action sur la douleur et l'hémorragie !!!

Lors d'un goûter d'anniversaire, ma fille Armelle, 10 ans arrive avec le mollet en sang : une plaie d'une dizaine de centimètres de long de profondeur moyenne. En quelques secondes, je ratifie la douleur puis détourne son attention en lui demandant de mettre une couleur à sa douleur. Elle me dit rouge. Ensuite, je lui demande de quelle couleur devrait être la jambe pour que cela soit confortable. Elle me répond rose ! Nous avons fait passer sa jambe du rouge au rose et la douleur avait disparu. Aux urgences, Armelle a demandé au médecin de serrer davantage les points de suture car elle trouvait qu'il n'en mettait pas assez ! Durant le trajet, j'avais focalisé Armelle sur le fait qu'elle pouvait gagner le concours familial de celui qui a le plus de points de suture avec une belle grande blessure comme celle-là ! Une fois de plus j'avais détourné son attention de négatif en le retournant en positif !

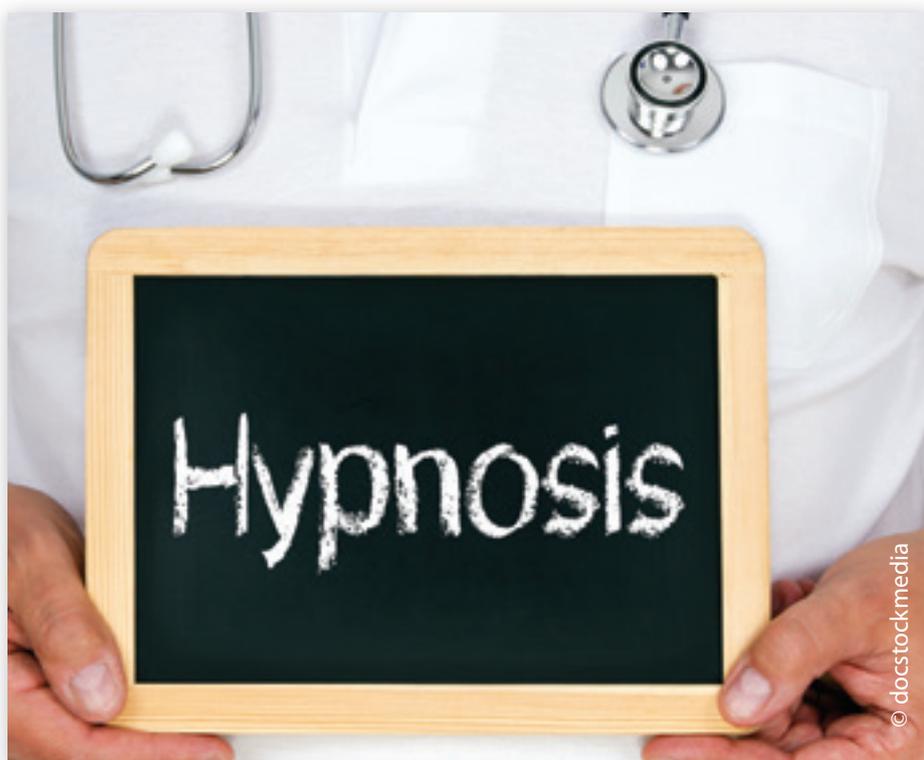
Pour terminer, une douleur souvent in-soupçonnée est celle des Soignants de plus en plus victimes du Burn Out. Les techniques de communications Hypnotiques permettent d'apprendre aux Patients à gérer eux-mêmes leur sac à dos. Ce qui réduit fortement le risque de Burn Out des Praticiens qui, trop souvent, se laissent piéger à porter le sac à dos de leurs patients... ●

Conclusion

L'hypnose médicale n'est pas de la magie mais les résultats que nous obtenons avec cet outil sont réellement magiques ! Comment cela fonctionne ? La question trouvera sans doute des réponses dans les années à venir car, si on a déjà pu cartographier le fonctionnement du cerveau en hypnose et déterminer des zones cérébrales spécifiques à cet état de conscience, les plus grands chercheurs mondiaux en neurosciences se penchent maintenant sur l'étude des processus hypnotiques...

Mais tout de même, comment peut-on expliquer ces phénomènes irréalisables consciemment ?

Le cerveau autonome gère à chaque instant des milliards de régulations pour que nous puissions juste être en vie. S'il est capable d'interpréter une sensation douloureuse et nous la signaler, il sait aussi l'atténuer ou ne pas en tenir compte... Tout comme nous ne prenons pas conscience de tout ce que nous voyons dans notre champ de vision, notre cerveau trie les infos et les utilise comme il estime que cela est nécessaire. La communication hypnotique est en fait une communication entre notre cerveau « conscient » et notre cerveau « inconscient » ou autonome dans laquelle nous pouvons demander à ce cerveau autonome de réaliser certaines tâches qui sont du domaine de l'inconscient... Ainsi, stopper une hémorragie revient simplement à réaliser une vasoconstriction dans la zone nécessaire... Ce que notre corps fait déjà à chaque instant dans la régulation de la pression artérielle. Dans l'analgésie, les études montrent que l'information nociceptive est relayée au cerveau autonome mais il choisit de ne pas la transmettre à un niveau conscient... Voilà qui promet encore de belles découvertes et ouvre la voie à de passionnantes recherches...





POURQUOI et COMMENT opérer nos patients ?

87^e Réunion scientifique Ateliers pour progresser en pratique courante

15 et 16 mai 2015 - Aix-en-Provence

avec la participation de la Société Française d'Orthodontie Linguale (SFOL)



Les comités

Président de la 87^e
Réunion scientifique

Président
d'Honneur

Comité Scientifique

Comité d'Organisation



Guillaume
Joseph



Michel
Le Gall



Olivier
Esnault



Adrien
Marinetti



Sébastien
Nicolas



Alain
Béry



Ludovic
Caquant

Inscriptions, renseignements
et programme scientifique
complet sur :

www.sfodf2015.com

JEUDI 14 MAI 2015

Ateliers théoriques et pratiques

NOMBRE DE PLACES LIMITÉ

ATELIER 1 • STATE OF THE ART EN PHOTOGRAPHIE, SAUVEGARDE ET UTILISATION COURRIER ET POWERPOINT

ATELIER 2 • MINIVIS, CORTICOTOMIE ET MICROVIS ENFOUIES



VENDREDI 15 MAI 2015

MATIN • POURQUOI OPÉRER

APRÈS-MIDI • COMMENT LES PRÉPARER ET VARIA

VISITE GUIDÉE DE LA VILLE D'AIX-EN-PROVENCE SUIVIE D'UN COCKTAIL
(NOMBRE LIMITÉ DE PLACES / PRÉ-INSCRIPTION OBLIGATOIRE)

SAMEDI 16 MAI 2015

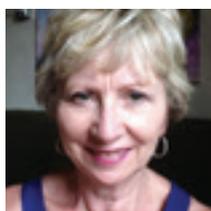
MATIN • COMMENT OPÉRER

APRÈS-MIDI • AVENIR ET PROGRÈS

CONCLUSIONS ET PROPOSITION D'UN CONSENSUS

SOIRÉE DU CONGRÈS (nombre limité de place ! Pré-inscriptions obligatoire)

Sophrologie et douleur



Martine MARZOUK

Sophrologue

Diététicienne - nutritionniste

DU troubles du
comportement alimentaire

La sophrologie est une discipline élaborée par un médecin neuropsychiatre le Docteur Alfonso Caycedo en 1960. Elle utilise des exercices de respiration, de détente musculaire et de visualisation positive pour induire une répercussion positive sur le corps et l'esprit.

Elle est entrée petit à petit dans tous les domaines de la vie quotidienne. On l'utilise dans l'entreprise avec la gestion du stress, à l'université et en faculté pour les étudiants qui préparent des examens et des concours, dans le milieu sportif pour « coacher » les sportifs, dans les écoles pour les enfants qui manquent d'attention et de concentration.

On l'utilise de plus en plus à l'hôpital. Elle est déjà présente depuis longtemps dans les salles d'accouchement où les sages-femmes formées à cette méthode aident les femmes à accoucher. Elle s'impose aujourd'hui pour aider les malades à lutter contre la douleur.

Pour s'en convaincre, il faut savoir que la sophrologie fait partie des M.A.C. (méthodes alternatives et complémentaires) qui constituent l'ensemble des techniques non médicamenteuses de la gestion de la douleur. Dans le « Plan Gouvernemental sur la Douleur » de 2006-2010, elle est reconnue comme faisant partie des méthodes efficaces au même titre que les médicaments, les traitements physiques et les méthodes psychocorporelles.

Comment définir une douleur ?

« C'est une réaction sensorielle et émotionnelle désagréable ressentie lorsqu'un tissu est endommagé entraînant l'excitation de récepteurs nerveux ».

On distingue deux types de douleurs :

- douleur aiguë

Elle arrive brutalement par un choc, une chute, un coup, une blessure. Dans le domaine dentaire elle peut se manifester par un abcès, une pulpite, un accident d'éruption de dent de sagesse par exemple etc.

- douleur chronique

le plus souvent une douleur de plus de six mois faisant suite à une maladie. Douleurs neuropathiques, psychogènes sans lésion mais répondant à une problématique psychologique (fibromyalgie par exemple). Dans le domaine bucco-dentaires : douleurs faciales et articulaires, certaines douleurs dentaires.

Comment se déroule une séance de sophrologie ?

Les séances individuelles de sophrologie se font le plus souvent assises dans un fauteuil, les yeux fermés dans un cadre agréable et silencieux. Certaines séances peuvent se faire debout selon le protocole choisi par le sophrologue.

Première phase : l'accueil

C'est une période d'écoute du patient, de ses remarques et constatations sur les éventuelles séances précédentes, puis le sophrologue l'informe de la séance à venir (10 mn)

Deuxième phase : la séance

Les premières séances sont orientées vers la recherche de la détente du corps, l'écoute des sensations corporelles et l'harmonie de la respiration. Les autres séances vont être dirigées vers l'objectif décidé d'un commun accord avec le patient (30 mn environ). Il faut 10 à 12 séances en moyenne pour dépasser une problématique.

Troisième phase : le dialogue

Un dialogue est proposé pour mettre en évidence les propres ressentis de

chaque participant et faire un lien avec la séance.. C'est un moment important de liberté, le sophrologue écoute avec empathie, bienveillance sans jugement ce que lui dit le patient (10 mn).

Un travail individuel est demandé de façon quotidienne, c'est pourquoi, la séance est enregistrée pour l'entraînement personnel. Il est conseillé à chaque patient de noter les ressentis à chaque séance par écrit : les tensions et douleurs, leur intensité, leur évolution mais aussi les images positives, les lieux « ressources ».

Quelles sont les techniques utilisées en sophrologie ?

En sophrologie, nous avons à notre disposition un nombre important de techniques différentes.

Dans tous les cas, il est très important de bien interroger le patient sur l'origine de sa douleur.

Quand a-t-il commencé à souffrir ? Quelle est la localisation de sa douleur ? Son intensité ? Son évolution ? Afin d'appliquer une technique appropriée.

Et, chaque pratique va commencer par une relaxation corporelle avec des exercices de respiration pour évacuer les tensions puis un centrage sur la zone douloureuse pour détendre les muscles qui peuvent être crispés et tendus par la douleur.

Ensuite, le choix se fera en fonction du type de la douleur : aiguë ou chronique et l'efficacité de la pratique, chaque patient réagissant différemment.

Les techniques de défocalisation (douleur aiguë et chronique) :

Le principe est de diriger l'attention du patient sur un autre domaine.

- La sophro-attention : l'attention est portée sur une autre partie du corps dans laquelle la détente amènera le bien-être.
- La sophro-stimulation relaxante : le patient induira de la chaleur dans la zone douloureuse afin de la détendre.
- La sophro-attention vers un phénomène extérieur ou « lieu ressource » : le patient

va porter son attention vers un lieu réel ou imaginaire qu'il aura choisi, comme un beau paysage, un bon souvenir de vacances et retrouver toutes les sensations associées (luminosité, couleurs, bruits, odeurs etc.). Cette évocation va entraîner du plaisir et du bien-être puis de la détente.

On peut expliquer l'effet positif au niveau physiologique. En effet, le plaisir et le bien-être vont libérer des endorphines qui inhibent et bloquent le neurotransmetteur, responsable de la douleur.



Les techniques de focalisation (douleurs chroniques)

- Sur la zone douloureuse : le patient va se mettre en relation avec sa douleur, l'identifier (forme, taille, volume, couleur, sensations ressenties) puis la modifier en diminuant sa taille, en changeant la couleur puis la faire migrer ou l'expulser hors de son corps.

- Sophro-substitution sensorielle : le patient va induire de la chaleur dans une zone, la main par exemple et la poser sur la zone douloureuse pour la détendre. L'effet positif peut s'expliquer par le fait que l'on ne peut faire passer deux sensations sur un même circuit nerveux, la chaleur inhibe la douleur.

Les techniques de réinterprétation (douleurs chroniques)

Elles consistent à faire parler le patient autour de sa douleur, l'amener à des associations verbales, à des liens avec la vie actuelle pour comprendre son « utilité ».

Puis, faire un exercice de sophro-acceptation progressive qui permet de visualiser le moment de la disparition de la douleur, de vivre ce moment dans le plaisir et le bien-être et de rendre enfin possible la disparition de sa douleur.

Après chaque séance, un recueil des impressions est réalisé pour orienter le choix des prochaines séances et laisser un espace de dialogue et de liberté au patient.

Tous ces exercices se font en position assise dans un fauteuil confortable, dans un endroit calme et propice à la détente. Ils sont enregistrés de façon à être conservés par le patient. Cet enregistrement permet un entraînement quotidien qui est nécessaire pour avoir une bonne efficacité. Cela permet au patient de devenir autonome. ●

CONTACT
Cabinet Poncelet
34 rue Poncelet
75017 Paris

COMMUNICATION : MODE D'EMPLOI

LE GUIDE DE LA RELATION AVEC LES PATIENTS

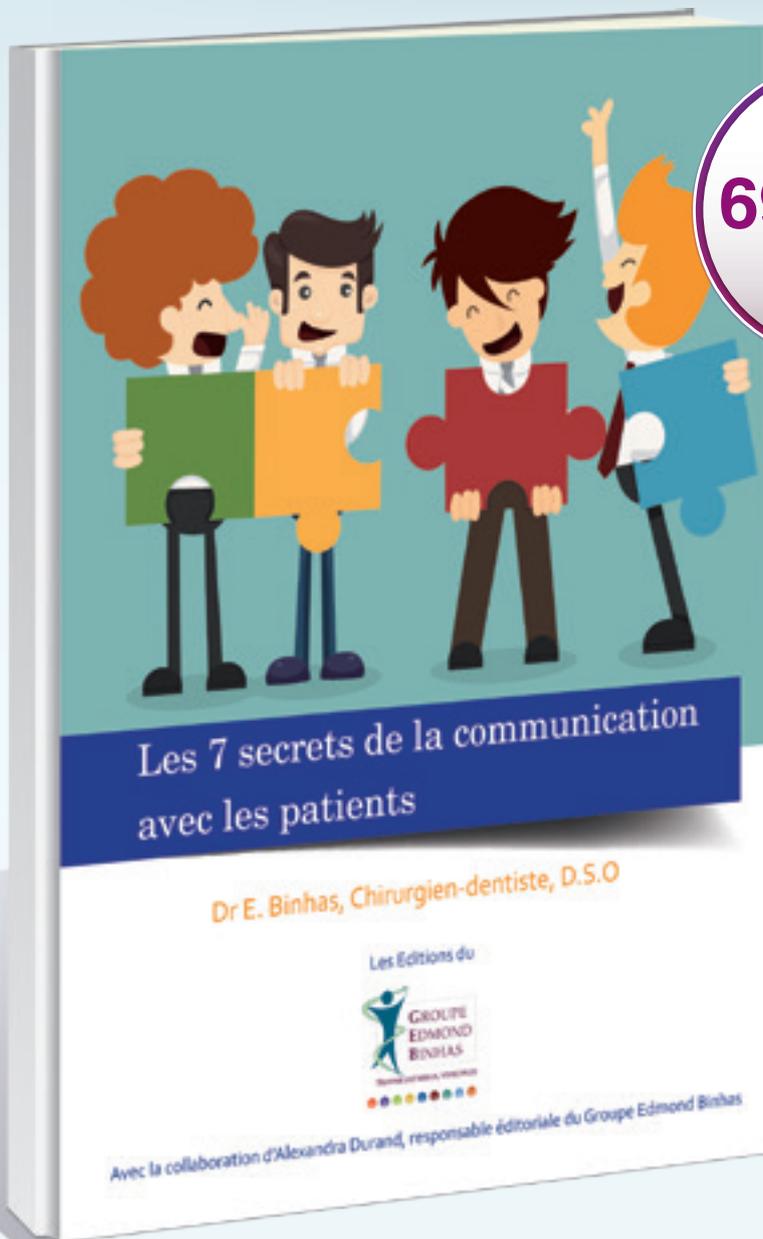


Groupe Edmond Binhas



GROUPE
EDMOND
BINHAS

TRAVAILLEZ MIEUX, VIVEZ PLUS



Prix
69,00 €*



*hors frais de port

OFFERT
jusqu'au 30 avril 2015 !

**Un diagnostic de votre cabinet
par téléphone.**

Pour prendre rendez-vous,
contactez-nous au : **04 42 108 108**
ou à **contact@binhas.com**



Disponible sur www.eshop-binhas.com

Pour une vie professionnelle plus épanouie, appelez-nous au : +33 (0)4 42 108 108 / contact@binhas.com

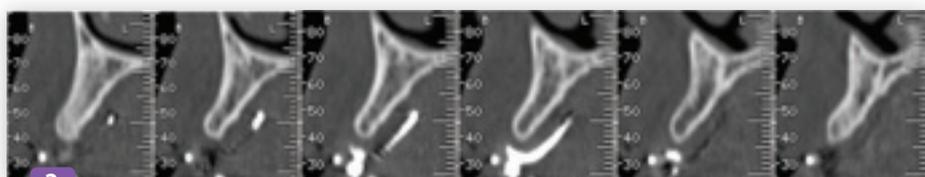
www.binhas.com



Protocole d'enregistrement du profil d'émergence en prothèse sur implant.



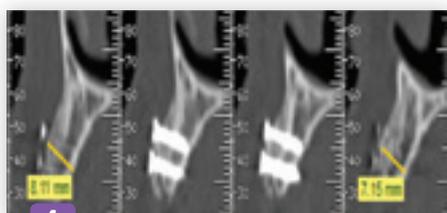
1



2



3



4



5

Fig. 1 : sourire initial après traitement ODF.
Fig. 2 : scanner initial.
Fig. 3 : greffe d'apposition.
Fig. 4 : scanner post greffe.
Fig. 5 : empreinte de l'implant le jour de la mise en fonction.

Problématique

La qualité du dessin du profil d'émergence est un des critères de succès en prothèse supra-implantaire. Il permet la reproduction d'une dent harmonieusement intégrée dans l'environnement esthétique global, assure le soutien des papilles et réduit le risque de tassements alimentaires.

La définition de la morphologie reliant le col implantaire et le point de contact interdentaire dépend du diamètre de l'implant, de son enfouissement, de la morphologie de la dent à remplacer et du morphotype parodontal.

C'est par l'intermédiaire de la prothèse provisoire que se construit le dessin particulier des volumes occupés par la restauration prothétique. Par essence, ces volumes sont spécifiques à chaque site.

Or les pièces d'accastillage prothétiques sont dessinées selon des cotes standards et sont de section cylindrique. Elles ne correspondent donc jamais à l'anatomie d'une dent. De plus, lors d'une prise d'empreinte conventionnelle, entre le dévissage de la prothèse provisoire et l'empreinte, la gencive péri-implantaire a très rapidement tendance à se rétracter, et ce d'autant plus que l'implant est enfoui, la gencive fine et festonnée.

Sans action particulière, il existe donc au moment de l'empreinte, en technique conventionnelle, un risque d'enregistrement d'un profil d'émergence erroné, modifié, différent de celui défini par la prothèse provisoire. Cette erreur sera ainsi transférée au niveau du modèle de travail et aboutira à terme à la réalisation d'une prothèse plus étroite, moins esthétique, ne soutenant pas suffisamment la gencive péri-implantaire et augmentant le risque de tassements alimentaires.



Dr Marc BERDOUGO

Docteur en Chirurgie Dentaire
 Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
 Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon
 Attaché Hospitalier
 (service de CMF du CHU Croix Rousse, Lyon)
 Formateur Génération Implant
 Exercice privé
 en Parodontologie et Implantologie, Lyon.
docteur.marc.berdougou@hotmail.fr

Cette fiche technique décrit un protocole clinique simple d'enregistrement du profil d'émergence de la prothèse provisoire en s'appuyant sur un cas clinique.

Phase chirurgicale

L'obtention d'une morphologie prothétique esthétique n'est possible qu'une fois rétabli un volume tissulaire optimal. L'emploi des techniques d'augmentation osseuses et gingivales est très souvent nécessaire à cette fin.

Après cicatrisation, l'implant peut être positionné de manière optimale par rapport au projet prothétique.

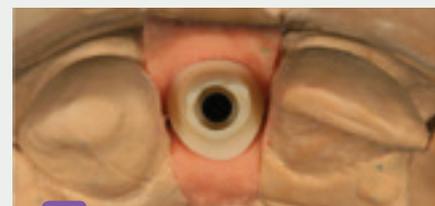
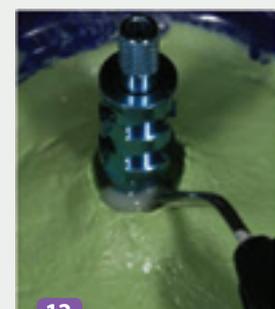
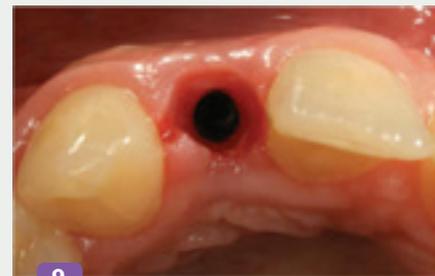
Une fois l'ostéointégration de l'implant obtenue, le travail prothétique peut commencer.

>>>

Protocole d'enregistrement du profil d'émergence en prothèse sur implant. (Suite)

Phase prothétique

- 1** Lors de la mise en fonction de l'implant, une première empreinte de celui-ci est réalisée. Celle-ci permet la confection d'une prothèse provisoire transvissée par le laboratoire de prothèse qui sera mise en place quelques jours plus tard.
- 2** La gencive marginale va ainsi pouvoir cicatriser autour de la couronne provisoire et prendre sa forme. Il convient de laisser ce remaniement se faire au moins sur une période de 8 semaines.
- 3** Validation esthétique et fonctionnelle de la morphologie de cette restauration provisoire en bouche. Corrections éventuelles.
- 4** Empreinte individualisée :
 - a. déposer la couronne provisoire
 - b. visser celle-ci sur un analogue d'implant
 - c. mettre en place l'ensemble dans un silicone jusqu'au tiers de la hauteur coronaire.
 - d. laisser le silicone durcir.
 - e. repérer la face vestibulaire.
 - f. dévisser la couronne (l'analogue reste dans le silicone).
 - g. visser un transfert pick-up dans l'analogue.
 - h. faire couler une résine fluide dans l'espace libre occupé préalablement par la provisoire. Laisser durcir.
 - i. dévisser le transfert individualisé et le visser en bouche dans la connectique implantaire (on notera un léger blanchiment de la gencive péri-implantaire).
 - j. faire une empreinte pick-up.
- 5** Réalisation et mise en place d'un pilier individualisé en zircone selon une technique numérique (Atlantis®) et d'une couronne en céramique pure. ●



▶ CONCLUSION

Ce protocole simple et rapide permet de reproduire au moment de l'empreinte le profil d'émergence de la prothèse provisoire validé en bouche afin de donner au prothésiste des informations précises et fiables permettant d'optimiser le résultat esthétique final.

Vous souhaitez...

- acquérir ou enrichir vos connaissances en orthodontie.
- développer et diversifier votre pratique clinique.
- diagnostiquer, intercepter et traiter les malpositions et dysmorphoses que vous rencontrez quotidiennement.



Nous vous proposons un enseignement moderne fondé sur une méthodologie innovante :



- des cours théoriques et pratiques,
- des présentations vidéo de nombreux cas cliniques,
- un suivi complet des praticiens,
- une aide personnelle dans la prise en charge clinique de vos patients,



vous permettront d'acquérir les compétences pour la pratique d'une orthodontie de grande qualité.

Vous voulez rendre le sourire à vos patients ?

Venez découvrir et apprendre la technique Bioprogressive Ricketts enrichie par les Docteurs Pierre VION et Georges BERNADAT en 40 ans de pratique.

Détails disponibles sur www.uniodf.org ou par mail à uniodf@uniodf.org

BULLETIN D'INSCRIPTION

En retournant ce bulletin et le(s) paiement(s) à l'adresse et à l'ordre d'
UNIODF 37 rue d'Amsterdam 75008 PARIS

Dr

RPPS ou n° Adeli :

Adresse :

SIRET :

Tél. :

Mail (obligatoire) :@.....

- Adhère à **UNIODF** en joignant un chèque de **cotisation annuelle** (de date à date) de 150 €(220 €pour un couple, 90 €pour un salarié et 50 €pour un étudiant).
- S'inscrit au **21^{ème} Cycle de FORMATION en ODF des Drs BERNADAT, HENRIONNET, MARCHAND & Mme GIRARD**
 - Ci-joint 2 chèques : un de **12 950 €** et un pour la cotisation annuelle obligatoire à **UNIODF**, encaissable au 15 septembre 2015,
 - Ci-joints 5 chèques dont **4 de 3 378,50 €** et un pour la cotisation annuelle obligatoire à **UNIODF**, encaissables au 15 septembre 2015, 1^{er} décembre 2015, 1^{er} mars 2016 et 1^{er} juin 2016.

Remise de 50% sur les tarifs indiqués ci-dessus pour les anciens élèves des cycles de formation en ODF.

Merci de nous faire parvenir sans faute à l'inscription **une photo de vous** (couleur visage – sourire, par mail à uniodf@uniodf.org pour notre trombinoscope de la 21^{ème} promotion et de nous communiquer une **adresse email « adaptée »** pour recevoir nos emails parfois volumineux (vérifier que votre boîte mail ne soit pas saturée).

Aucune annulation ne sera acceptée à moins de 20 jours de la 1^{ère} session.

Date et Signature :

Cachet



Les 5 raisons qui prouvent que votre cabinet peut faire encore mieux !



Dr Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

Quand vous jetez un œil à votre activité des mois précédents, vous faites un peu la grimace. Ce n'est pas vraiment que les choses aillent mal mais vous êtes plus inquiet. Même si le chiffre d'affaires augmente, votre bénéfice stagne voire diminue. Vous avez des projets stimulants mais vous n'avez pas vraiment le temps de vous en occuper. Les patients sont plus longs à se décider, il y a plus d'administratif, et parfois des problèmes de personnel, etc. Plus vous y pensez et plus vous réalisez qu'il est grand temps que ça change.

Votre cabinet a du potentiel, vous en êtes persuadé (et vous avez raison). Mais vous avez du mal à comprendre ce qui se passe. J'aide chaque année de nombreux cabinets avec ce type de problème. Dans cet article, j'explique 5 raisons pour lesquelles un cabinet peut stagner et vous donne des astuces pour y remédier rapidement.

1 Les patients ne saisissent pas la valeur de leurs rendez-vous

Les annulations de dernière minute et les absences aux rendez-vous perturbent votre organisation et créent du stress. Elles vous font également perdre

beaucoup d'argent chaque année. Avez-vous déjà essayé de chiffrer cette perte ? La réponse à cette question peut faire réfléchir.

Vous pouvez réduire le phénomène. Comment ? Commencez par éduquer vos patients afin qu'ils comprennent l'importance d'honorer leurs rendez-vous. En cas d'absence non informée, fixez-leur le nouveau rendez-vous plus tard. Expliquez également l'impact sur les urgences en attente. Créez une politique concernant les rendez-vous manqués et informez les patients récidivistes d'un montant à régler pour la séance manquée. Enfin, n'acceptez plus de fixer de rendez-vous aux patients qui ont manqué 2 fois leurs rendez-vous sans vous prévenir.

2 Les présentations des plans de traitement ne font pas l'objet d'un suivi

Les patients peuvent ne pas vouloir réaliser leurs traitements sur le champ. Vous avez besoin de savoir pourquoi. Votre assistante devrait s'informer des raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas accepté. Avec un script approprié, elle pourra ensuite fixer un rendez-vous de suivi même lointain. Cela laissera au patient le temps de s'organiser pour réaliser le traitement. Vous devez savoir ce que deviennent les patients qui n'ont pas accepté vos traitements.

3 La qualité du service patient passe au second plan

Les patients veulent se sentir accueillis quand ils franchissent le palier de votre cabinet. Si ce n'est pas le cas, il y a de fortes chances pour qu'ils prennent leur prochain rendez-vous chez un de vos confrères. Assurez-vous que toute l'équipe accueille chaque patient avec un grand sourire et qu'elle se montre prête à répondre aux éventuelles questions.

Rappelez-vous, l'expérience d'un patient débute dès le premier appel téléphonique. Votre équipe doit se montrer amicale et serviable. Montrez à vos patients que vous vous préoccupez d'eux. Ils vous seront fidèles. Le service patient est un outil peu coûteux de fidélisation des patients motivés.

4 Vous n'utilisez pas de descriptions de poste

Les membres de votre équipe doivent comprendre les rôles précis qu'ils ont à jouer. Ils pourront ainsi contribuer à la réussite du cabinet mais ont besoin d'être guidés. Aussi, créez des descriptions de poste détaillées pour chaque membre de l'équipe. Ces documents appuieront votre discours. Votre équipe saura ce que vous attendez concrètement. Elle pourra se baser sur des systèmes clairs pour exécuter ses tâches. Les descriptions de poste évitent la confusion au sein du groupe.

D'autre part, l'absence de formation contribue au manque d'efficacité. L'apprentissage dans les domaines cliniques

et non-cliniques est le meilleur investissement que vous puissiez faire. Quand les premiers résultats se feront sentir, cela donnera encore plus d'énergie au collectif.

“ Les résultats à la clé valent vraiment le prix des efforts à fournir. ”

5 Vous n'avez pas une vision claire de la direction à donner à votre structure

Enfin, si vous voulez que votre cabinet fonctionne comme vous le souhaitez, vous avez besoin d'établir des objectifs clairs pour les membres de votre équipe. Voici mon plan d'action pour vous aider à fixer ces objectifs :

- a. **Interrogez-vous sur la situation dans laquelle vous aimeriez vous trouver l'année prochaine.** Cela peut être, par exemple, vous développer si vous êtes un jeune praticien, vous associer si vous êtes à la maturité, ou commencer à préparer votre retraite. Souvent, je constate que les praticiens ne souhaitent pas forcément gagner plus mais travailler plus sereinement. Cela est un bel objectif à atteindre même si il est difficile.
- b. **Écrivez ensuite noir sur blanc les objectifs à atteindre :** une augmentation de votre production de 12 %, le recrutement d'une assistante, la mise en place de nouveaux systèmes de gestion, etc.
- c. **Déterminez quelles actions vous devez mettre en place :** réaménager le temps de travail d'un collaborateur, développer la motivation de vos patients, suivre une formation, etc.
- d. **Une fois vos objectifs établis, communiquez-les à votre équipe.** Assurez-vous que chacun comprenne ce qu'il doit faire. Prenez le temps de vous entretenir avec chaque collaborateur. Expliquez-leur clairement leurs nouveaux objectifs et votre vision pour les années à venir. De cette manière, tout le monde sera sur la même longueur d'onde et œuvrera dans le bon sens. ●

CONTACT

Groupe Edmond Binhas
Rejoignez-nous sur notre
Centre de Ressources : www.binhas.com
Institut BINHAS / Claudette
Tél. : 04 42 108 108
5 rue de Copenhague BP 20057
13742 VITROLLES CEDEX
E-mail : contact@binhas.com

Conclusion

Vous avez les capacités de créer un nouveau cabinet dentaire. Si vous n'êtes que moyennement satisfait de la performance de votre structure, il est grand temps de procéder à quelques changements. Ne vous trouvez plus d'excuses. Lancez-vous vraiment. Les résultats à la clé valent vraiment le prix des efforts à fournir. Sachez que vous n'êtes pas seul. De nombreux praticiens vivent la même situation que vous. La profession a changé. Une approche proactive vous permettra de vous y adapter avec plus d'efficacité.



Maîtriser l'art du management au cabinet dentaire



Rodolphe COCHET
Audit, conseil
et accompagnement
en management
des cabinets dentaires.

En odontologie tout spécialement, les contraintes matérielles et immatérielles des dentistes exigent qu'ils maîtrisent les fondamentaux des sciences humaines du langage et du management. Or, force est de constater que le leadership, le sens du commandement, l'art du management participatif et la pratique de la pédagogie ne sont pas forcément l'apanage des dentistes débutants ou aguerris, parfois tout entier tournés vers la pratique exclusive et aphasique de leurs soins.

Le mécanisme et le technicisme ont la dent dure

La prééminence du technicisme en dentisterie est un fait. Les méthodes de travail et les protocoles de soins ne cessent d'évoluer au gré des nombreuses et régulières avancées technologiques qui, bien plus que dans d'autres disciplines médicales, jalonnent le parcours du dentiste. L'enseignement fondamental, à force de cours magistraux et de travaux pratiques guidés par les « quotas d'actes », strictement orienté sur le savoir et le savoir-faire, parfois sans la demi-mesure du savoir-être, modèlent le comportement du praticien à l'égard de ses futurs patients. Si le savoir et la technique sont les conditions nécessaires de l'exercice exclusif du dentiste, elles ne sauraient être suffisantes. En dentisterie

tout particulièrement, là même où les patients présentent des signes courants d'odontophobie, le mécanisme comportemental peut devenir un problème central de communication dans la gestion de la relation thérapeutique au patient. En effet, le comportement stéréotypé et parfois sclérosé de l'odontologiste peut avoir un impact majeur, non seulement sur le consentement du patient aux préconisations thérapeutiques qui lui sont faites mais plus encore sur la réussite même de son traitement parfois contraignant (respect de la politique de soins, de management et d'organisation du cabinet dentaire). En somme, le technicisme discursif et le comportement stéréotypé du futur odontologiste (déformation universitaire), loin d'être des atouts, risquent de devenir ses ennemis jurés en situation réelle de travail.

Management et odontologie, main dans la main

Comment peut-on encore de nos jours opposer l'exactitude des sciences médicales et le caractère approximatif des sciences humaines ? Pourquoi certaines théories issues des sciences du langage sont-elles assimilées à l'art de manipuler autrui, son patient comme son assistante ? Pourquoi la notion de management est-elle parfois réduite à un ensemble d'astuces de marketing ? Tout dépend pourtant et seulement du bon et du mauvais usage qu'on en fait à l'égard de sa patientèle. Management et communication doivent être au service de la médecine dentaire, et non pas l'inverse. Aussi, ainsi que le préconisent les textes officiels de l'ADA et ADEE, les Sciences humaines du langage et du management (gestion RH en particulier) doivent impérativement être inscrites dans le cursus de formation initiale du dentiste (plutôt en fin de cycle¹).

“ Si le savoir et la technique sont les conditions nécessaires de l'exercice exclusif du dentiste, elles ne sauraient être suffisantes. ”

La formation continue du dentiste en communication et en organisation

Les associations dentaires et sociétés scientifiques doivent également se préoccuper d'assurer le développement des compétences stratégiques et organisationnelles de leurs confrères et consœurs. Néanmoins, les impératifs des praticiens sont tout autre dans le cadre de leur formation continue : le pratico-pratique est parfois érigé en règle et en indice essentiel de satisfaction alors même que les méthodes de management et de communication ne sauraient se réduire à de simples protocoles applicables *in extenso*

dans tous les cabinets dentaires. Lorsque le praticien est tout entier tourné vers la pratique des soins, sous la pression fiscale, matérielle, technique et humaine de son cabinet, il a tendance à ne rechercher dans le cadre de sa formation continue que des outils, voire des astuces, qui lui permettront une mise en application immédiate. En somme, qu'il s'agisse de sa formation initiale ou continue, il faut apprendre au praticien à prendre du recul dans la gestion prévisionnelle ou stratégique de son environnement professionnel

Management de l'odontophobie, condition nécessaire du consentement thérapeutique

En dentisterie, loin d'être assimilable à une phobie courante ou à un mal incurable, la peur de la douleur dentaire a toute sa place dans l'échiquier des motifs qui conduisent le patient à s'opposer ou à ne pas se conformer aux recommandations thérapeutiques du praticien. Dans son ouvrage, « codes de la relation dentiste-patient », le Docteur Alain Amzalag décrit admirablement le parcours du patient « combattant » en dentisterie. Tirailé par des phobies qui sont un obstacle majeur aux soins du dentiste, le patient est parfois bien seul pour les affronter. Au lieu de se préoccuper de la réponse qu'il apportera à l'offre de soins et plutôt que de se focaliser parfois exclusivement sur le contenu des arguments conduisant à éclairer son consentement, il conviendrait par exemple de ne pas se contenter d'une simple anamnèse (souvent expédiée) précédant l'examen bucco-dentaire initial. En effet, plus encore que l'état général de la bouche du patient, c'est aussi son rapport personnel, cognitif et affectif, à la médecine dentaire qui induira ou non son adhésion au plan de traitement tout comme son observance des recommandations du praticien et de son assistante dentaire. De la béliénophobie à la peur de la contamination, jusqu'à la peur de l'arnaque, le patient a toutes les mauvaises raisons de ne pas consulter un dentiste !

Gestion de la relation au patient : de l'empathie à la sympathie

D'un point de vue sémantique, l'empathie est bien la capacité de s'identifier à autrui

dans ce qu'il ressent de plus profond, parfois aussi de plus intime, tout particulièrement s'agissant de la souffrance. Plus proche de la télépathie que de la compréhension, l'empathie ne servirait ni l'intérêt du praticien, ni même l'intérêt du patient et le risque majeur de ce mode de communication non-verbale est justement l'instrumentalisation de la douleur du patient. On ne saurait demander à un praticien ni de s'identifier à la souffrance de son patient, ni même à celle de son assistante, qu'il s'agisse de la gestion de ses soins comme de la gestion de son équipe. L'empathie est un sentiment nuisible et délétère qui ne peut contribuer qu'à la déconstruction de la relation thérapeutique entre le dentiste et le patient, ainsi qu'à la relation hiérarchique du dentiste-manageur à son personnel. A l'impossible empathie, substituons la modeste sympathie

Management et gestion des compétences relationnelles du dentiste

Qu'il s'agisse de la gestion de la relation thérapeutique à son patient ou bien de la gestion de la relation hiérarchique à son assistante, l'odontologiste contemporain se retrouve généralement démuné d'outils, de protocoles et de méthodes de travail, d'autant plus si l'on prend en compte les facteurs sociaux et conjoncturels qui induisent des changements intempestifs et irrationnels de comportement de la patientèle, de plus en plus exigeante et intolérante. Si l'on rapproche ces éléments des derniers rapport de l'OMPL (Observatoire des métiers et des professions libérales) et des récents sondages menés auprès de la profession qui font état d'un défaut de confiance des dentistes dans leur avenir professionnel, il convient de se préoccuper très sérieusement de doter nos futurs odontologistes de compétences stratégiques et transversales indissociables de leurs compétences exclusives de soins. ●

¹ Insertion à la vie professionnelle.

AUTEUR

Rodolphe Cochet
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél.: 01 43 31 12 67
E-mail : info@rh-dentaire.com (demande audit)
Conseil en management
et organisation des cabinets dentaires :
www.rh-dentaire.com



Un complément de retraite à facettes multiples... À découvrir d'urgence



Catherine BEL

Vous vous interrogez sur la façon de compléter vos revenus au moment de la retraite, sur votre âge de départ, sur un éventuel départ anticipé (56 ans par exemple) et sur ses conséquences en terme de couverture sociale.

Vous vous questionnez également sur les moyens à mettre en œuvre, et à partir de quand pour pouvoir atteindre vos objectifs revenus.

Les solutions pour compléter vos revenus durant votre retraite sont nombreuses et variées. Toutefois les plus efficaces, avec des revenus que nous qualifierions d'élevés (4 à 5%), et peu ou pas imposés, se comptent sur les doigts d'une main ! Nous vous les présenterons au fil des numéros à paraître. Voici la saison 1 qui débute cette série avec la location meublée professionnelle.

Les atouts du statut de loueur en meuble professionnel au sens de l'ISF

Ce statut (comme celui du LMNP d'ailleurs) peut vous permettre de profiter durant votre retraite de revenus élevés, revalorisés par bail commercial, peu ou pas imposés sur longue période grâce aux

amortissements ; de plus, en cas de départ anticipé avant l'âge légal de la retraite, ce statut peut vous permettre de bénéficier d'une couverture sociale et de cotiser dans un régime de retraite après l'arrêt de votre activité professionnelle et ainsi donc continuer à acquérir des trimestres (bien sûr sous réserve de respecter certaines conditions).

Enfin, le statut de professionnel au sens de l'ISF peut vous permettre de bénéficier à la retraite et/ou en cas de cessation d'activité anticipée, d'avantages fiscaux comme l'exonération d'ISF pour les biens loués meublés qualifiés de professionnel.

Prenons l'exemple du Docteur W. : il détient 650 000 € de biens satisfaisant aux critères permettant de bénéficier du statut de LMP ; ces biens sont donc exonérés d'ISF à hauteur de 650 000 €. Pour notre client, c'est une exonération de 4 600 €, ce qui revient à un revenu supplémentaire à percevoir durant sa retraite !

Quelles sont les conditions à remplir pour obtenir ce statut ?

Pour bénéficier du statut de LMP au sens de l'ISF, vous devez remplir cumulativement les conditions suivantes :

- un membre de votre foyer fiscal doit être inscrit au RCS en qualité de loueur professionnel,
- les recettes locatives annuelles brutes doivent être supérieures à 23 000 € TTC,
- les revenus tirés de cette activité doivent représenter plus de 50 % des revenus à caractère professionnel au sens de l'ISF (traitements et salaires, BIC, BNC, sans prise en compte des retraites et assimilés).

Comment devenir progressivement loueur en meublé professionnel ?

Prenons un exemple, ce sera plus simple : le Docteur D. a déjà acquis il y a quelques années un joli petit studio parisien qu'il loue en meublé à titre de résidence principale. Ce bien lui procure 11 110 €/an.

Le Docteur D. ne prendra sa retraite que dans 10 ans, ce qui lui laisse le temps de constituer encore du capital, dans le cadre du LMP.

Ainsi, le docteur D. investit pour 381 156 € dès maintenant dans un EHPAD à Paris. Il le finance en crédit *in fine*. Il n'est pour l'heure que LMNP car il remplit bien le critère de recettes de 23 000 TTC mais pas celui des revenus nets de charges devant représenter plus de 50% des revenus professionnels. Mais lors de la cessation d'activité, après remboursement de son prêt, la condition du revenu net positif sera remplie et s'il s'inscrit au RCS, alors il sera bien professionnel !

Pour ce faire, nous recommandons au Docteur D. d'adosser un contrat d'assurance-vie déjà constitué de 120 000 € sur lequel seront versées des primes programmées de 1 346 €/mois afin de constituer le capital complémentaire nécessaire au remboursement du montant emprunté. Cette opération lui coûtera au final sur 10 ans, 261 960 € pour un bien acquis 381 156 € tous frais compris.

Si cessation d'activité anticipée avant l'âge légal de la retraite

L'inscription au registre du commerce et des sociétés (RCS), entraîne l'affiliation au RSI (Régime Social des Indépendants).

Reprenons notre exemple du Docteur D. qui devient LMP et bénéficie d'une couverture sociale tout en continuant à acquérir des trimestres si son activité de meublé lui procure un résultat social d'au moins 800 fois le SMIC horaire, soit 7 624 €/an pour 2014, ce qui sera le cas, d'après nos estimations.

Le statut de LMP pour disposer de revenus en cas de cessation d'activité anticipée

Prenons un autre exemple, celui du Docteur S. et de son épouse dont les revenus étaient jugés insuffisants pour que Madame puisse cesser son activité. A y regarder de plus près, après retraitement de la fiscalité et quelques arbitrages, le couple va pouvoir prendre sa retraite sereinement, et surtout Madame qui va pouvoir cesser son activité à 56 ans !

Âge / Date de départ à la retraite	Arrêt d'activité professionnelle de Madame en 2019 (si arrêt d'activité à 56 ans)
Retraite Mr 65 ans en 2019	Pension de Mme 0 €
	Pension de Mr 61 784 €
Estimation des revenus nets après nos recommandations	Revenus du patrimoine :
	Locations meublées 30 130 €
	Assurance-vie 6 776 €
	IR estimé - 3 065 €
	ISF estimé - 2 661 €
	Revenus nets 92 964 €
Estimation des revenus nets avant recommandations	Revenus nets 63 168 €

Conclusion

Les chiffres parlent d'eux-mêmes ! Il suffit d'arbitrer les postes trop fiscalisés et à faible rendement pour leur substituer des investissements à rendement plus élevé (4 à 5 %) mais pas ou peu fiscalisés ! Et les résultats immédiats sont là mais cela suppose d'adapter le patrimoine...

À surveiller

Il conviendra simplement de surveiller au fil des ans que les avantages retirés restent bien supérieurs aux cotisations sociales payées et si besoin est, mettre en œuvre des solutions pour corriger (ou non selon l'objectif poursuivi).

Et faire les bons choix !

En effet, et plus encore en matière de LMP, il est essentiel de retenir des solutions pérennes en termes de loyer pour pouvoir maintenir de manière constante les conditions du statut.

Comment réaliser ces choix ? Nous ne saurions trop insister sur le choix de l'exploitant, son professionnalisme dans son secteur d'activité, sa longue expérience réussie.

Le bail est également une pièce maîtresse puisqu'il régit les rapports entre l'exploitant et le propriétaire.

Enfin, toujours prévoir une revente éventuelle et donc un bon emplacement pour faciliter cette sortie ou la reprise par un autre exploitant.

Nous préférons également saluer les sociétés d'exploitation qui gèrent prudemment et qui limitent la progression des loyers pour privilégier le long terme et la pérennité de l'entreprise locataire, ce qui sera un gage de sérénité pour vous propriétaire !

Pour éviter les mauvaises surprises, n'hésitez pas à recourir à des conseils expérimentés en la matière et bien sûr fuyez les miroirs aux alouettes avec des rendements faramineux qui seront inmanquablement rattrapés par la réalité, tôt ou tard. ●

CONTACT

Patrimoine Premier

CIF réf. sous n° A043000 par la CIP assoc. agréée par l'AMF
2 rue Pierre Demours • 75017 Paris

Catherine Bel

Tél. : 01 45 74 01 05

catherinebel@patrimoinepremier.com

Tous vos rendez-vous

Parodontologie implantologie

Formation Pratique Matrices Plasmatisées Minéralisées
30 AVRIL 2015 à **Toulouse**
Dr Jean Perisse
Frais d'inscription : 500 € TTC
Atoll Implant -
Ikrame Mazzouj
Tél : 05 61 12 41 43
ikrame.mazzouj@atoll-implant.fr
www.atoll-implant.fr

Soirée Implantologie / Débutants
12 MAI 2015 à **Paris**
Drs Michel Abbou, Eric Martin

Soirée Implantologie / Perfectionnement
25 JUIN 2015 à **Paris**
Drs M. Abbou, D. Abensur

Salons de l'Étoile - Hôtel Napoléon
Frais d'inscription : 50 € à l'ordre d'une association caritative de votre choix
Si-CT Mieux - Sophie Rodrigues
Tél : 06 95 30 85 28
contact@sictmieux.com

Cursus chirurgie implantaire : le patient, l'implant et le chirurgien
18 AU 20 MAI 2015 à **Paris**
Drs B.Cannas, N.Boutin, J.Bitton

Cursus prothèse implantoportée : réhabilitation de l'édenté total
8 & 9 JUIN 2015 à **Paris**
Pr P.Mariani, Drs R. Noharet, C. Rignon-Bret, Mr J. Montenero

Cursus chirurgie implantaire : l'anatomie et l'implant
17 AU 19 JUIN 2015 .. à **Paris**
Pr JF.Gaudy et Drs B.Cannas, N.Boutin, T.Gorce, MH.Laujac
Sapo Implant - Claire Vidalenc
Tél : 06 17 51 02 94
sapoimplant@gmail.com
www.sapoimplant.com

Les clés du succès par le compagnonnage
20 & 21 MAI 2015 à **Sarcelles**
Afopi Campus AFOPi
Tél : 01 39 90 07 73
contact@afopi.com
www.afopi.com

Cours de planification NobelClinician / Intermédiaire
21 MAI 2015 à **Bagnolet**
Initiation
4 JUIN 2015 à **Aix-en-Provence**
Mrs G. Masson, O. Chaix
NobelBiocare - Kathleen Colas
Tél : 01 49 20 00 49
kathleen.colas@nobelbiocare



Cycle de résidence clinique
21 MAI 2015 à **Lyon**
Clinique du parc C.L.I.O. - M. Claire
Tél : 04 72 44 87 01
ceidp@orange.fr

Extraction implantation immédiate, spécificités des sites infectieux
21 MAI 2015 à **Chambéry**
Dr Pascal Paldino
Euroteknika -
Dorothee Bouche
Tél : 04 57 27 40 29
dorothee.bouche@euroteknika.com
www.euroteknika.com

Formation en implantologie orale session 5 : TP et chirurgie en direct
28 & 29 MAI 2015 à **Lyon**
CURAIO
Tél : 04 72 82 94 70
www.curaio.net

Traitement du maxillaire postérieur sans greffe
29 MAI 2015 à **Paris**
Drs B.Cannas, N.Boutin et E.Racy
Frais d'inscription : 480 €
Sapo Implant - Claire Vidalenc
Tél : 06.17.51.02.94
sapoimplant@gmail.com
www.sapoimplant.com

Implantologie axiale
29 & 30 MAI 2015 à **Antibes**
Implantologie basale
11 AU 13 JUIN 2015 .. à **Antibes**
Drs R. Petitbois, G. Scortecci, L. Sers
Dr Renaud Petitbois
Mme Nancy Reed
Tél : 04 92 14 88 18
renaud@petitbois.org

Simply smarter days
4 JUIN 2015 à **Cannes**
Drs A. Schmidt, M. Regrain, R. Beau, E. Kupert
Implant Direct Europe Ag
Tél : 00800 4030 4030
marketing@implantdirect.eu
www.implantdirect.fr

La mise en cosmétique immédiate (MCI) en implantologie
4 JUIN 2015 à **Caen**
Dr Gérard Bader
Euroteknika -
Dorothee Bouche
Tél : 04 57 27 40 29
dorothee.bouche@euroteknika.com
www.euroteknika.com

Chirurgie implantaire
5 & 6 JUIN 2015 à **Bordeaux**
Drs Da Costa-Noble, Lauerjat, Colomb, Verdalle, Pitz, Soenen, Vigouroux
CEIOP
Tél : 06 26 80 46 43
ceiop@ceiop.com
www.ceiop.com

SIMPLANT
Planifier pour mieux prévoir
11 JUIN 2015 à **Biarritz**
F. Haller, F. Bourlon, S. Britel
Frais d'inscription : 250 €
Dentsply Implants
Ludivine Chatelain
Tél : 06 88 12 96 54
ludivine.chatelain@dentsply.com



Préserver et régénérer l'os - Alvéole d'extraction - ROG
11 JUIN 2015 à **Cannes**
Pr P. Marini et Dr F. Bonnet
Nobel Biocare - FIDE
Kathleen Colas
Tél : 01 49 20 00 49
kathleen.colas@nobelbiocare

Maîtriser la prothèse implantaire
11 & 12 JUIN 2015 ... à **Marseille**
Dr Patrice Margossian
NobelBiocare-Smile Concept
Kathleen Colas
Tél : 01 49 20 00 49
kathleen.colas@nobelbiocare

Formation pratique de chirurgie implantaire sur patients
11 & 12 JUIN 2015 . à **Barcelone**
Pr F. Polato, Drs S. Gabriele, M. Morello
Frais d'inscription : 3 000 €/2j
Teknikatraining -
Dorothee Bouche
Tél : 04 57 27 40 29
dorothee.bouche@euroteknika.com
www.euroteknika.com

Prothèse implantaire et gestion des tissus mous à visée esthétique
11 & 12 JUIN 2015 à **Paris 12°**
Maison de la R.A.T.P
Paul Sipos
Frais d'inscription : 240 €
COEFI - Pierre Meynard
Tél : 06 61 20 26 55
contact@coefi.fr
www.coefi.fr

Greffes de Sinus
12 JUIN 2015 à **Cannes**
Pr Paul Marini, Dr Franck Bonnet
Nobel Biocare - FIDE
Kathleen Colas
Tél : 01 49 20 00 49
kathleen.colas@nobelbiocare

Parodontie, la prévention primaire
18 JUIN 2015 à **Avignon**
Dr Jacques Charon
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Les chirurgies pré-implantaires avancées

17 & 18 JUIN 2015 à **Sallanches**
 Dr Jean-François Michel
 Frais d'inscription : 800 €/2j
Teknikatraining
 Dorothée Bouche
 Tél : 04 57 27 40 29
 dorothee.bouche@euroteknika.com
 www.euroteknika.com

Parodontie, la prévention primaire

18 JUIN 2015 à **Avignon**
 Dr Jacques Charon
Labophare Formation
 Audrey Falkenrodt
 Tél : 05 56 34 93 22
 audrey.falkenrodt@acteongroup.com

L'omnipraticien et l'implantologie dans le traitement implantaire global : comment convaincre ?

18 JUIN 2015 à **Paris**
 Dr Emmanuel Cohen
Euroteknika -
 Dorothée Bouche
 Tél : 04 57 27 40 29
 dorothee.bouche@euroteknika.com
 www.euroteknika.com

**Le rôle de l'assistante dentaire en implantologie - niveau avancé**

18 & 19 JUIN 2015 à **Sallanches**
 25 & 26 JUIN 2015 à **Paris**
 Me Martine Jacquart
 Frais d'inscription : 500 €/ 2j
Teknikatraining
 Dorothée Bouche
 Tél : 04 57 27 40 29
 dorothee.bouche@euroteknika.com
 www.euroteknika.com

Greffes osseuses et chirurgies avancées

18 & 19 JUIN 2015 à **Reims**
 Dr P. Russe, Pr P. Missika
Nobel Biocare - RIIR
 Valérie Dequeant
 Tél : 01 49 20 00 43
 Valerie.dequeant@nobelbiocare.com

Esthétique**Organisez votre cabinet autour de l'esthétique**

8 MAI 2015 à **Cannes**
 18 & 19 JUIN 2015 à **Genève**
 Dr Edmond Binhas
Groupe Edmond Binhas
 Tél : 04 42 108 108
 contact@binhas.com
 www.binhas.fr

Perfectionnement techniques avancées :

- **Restauration postérieure directe et indirecte rrcr/cfao/empreintes**
 21 & 22 MAI 2015 à **Aix-en-Provence**
- **Facettes, réhabilitation du sourire**
 4 & 5 JUIN 2015 à **Aix-en-Provence Continuum**

J-C. Paris, A-J. Faucher
Académie du Sourire -
 Béatrice Bretagne
 Tél : 06 10 37 86 88
 beatricebretagne@academie-du-sourire.com
 academie-du-sourire.com

Les traitements actuels des dyschromies dentaires

28 MAI 2015 à **Strasbourg**
 Paul Miara
Labophare Formation
 Audrey Falkenrodt
 Tél : 05 56 34 93 22
 audrey.falkenrodt@acteongroup.com

Dentisterie esthétique : comment l'appliquer tous les jours au cabinet

28 & 29 MAI 2015 à **Montpellier Hôtel Océania Métropole**
 A-J. Faucher, J-C. Paris,
 O. Etienne
 Frais d'inscription : 658 €
Académie du Sourire
 Béatrice Bretagne
 Tél : 06 10 37 86 88
 beatricebretagne@academie-

du-sourire.com
 academie-du-sourire.com

La réhabilitation esthétique et fonctionnelle - 2 modules 4X2 jours

11 & 12 JUIN 2015 à **Aix-en-Provence**
Gad Center - Cyril Gaillard
 Tél : 06 09 13 52 41
 contact@gad-center.com
 www.gad-center.com

Esthétique : aménagement muqueux

11 & 12 JUIN 2015 à **Paris**
 Drs H. Antoun, P. Cherfane
Nobel Biocare - IFCIA
 Kathleen Colas
 Tél : 01 49 20 00 49
 Kathleen.colas@nobelbiocare.com

Esthétique sur implants - 2 jours

12 & 13 JUIN 2015 à **Avignon**
 En cabinet
 Drs V. Jeannin, G. Becker,
 B. Cortasse
 Frais d'inscription : 600 €
APEX
 Tél : 06 24 25 01 66
 www.apex-esthetique.com

Les facettes : cours et TP

19 JUIN 2015 à **Paris**
Gad Center - Cyril Gaillard
 Tél : 06 09 13 52 41
 contact@gad-center.com
 www.gad-center.com

Les restaurations esthétiques antérieures : du composite à la facette céramique

18 JUIN 2015 à **Nice**
 25 JUIN 2015 à **Grenoble**
 Dr Gauthier Weisrock
 Frais d'inscription : 380 €
Ivoclar Vivadent
 Aude Collomb-Patton
 Tél : 04 50 88 64 02
 aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
 www.ivoclarvivadent.fr

TP de l'Académie du Sourire : comment utiliser l'iPad au cabinet dentaire

25 JUIN 2015 à **Aix-en-Provence Continuum**
 J-C. Paris, G. Camaleonte
 Frais d'inscription : 550 €
Académie du Sourire -
 Béatrice Bretagne
 Tél : 06 10 37 86 88
 beatricebretagne@academie-du-sourire.com
 academie-du-sourire.com

Omnipratique**AFGSU niveau 2**

27 AU 29 AVRIL 2015 à **Lyon**
 11 AU 13 MAI 2015 à **Paris**
 11 AU 13 MAI 2015 à **Montpellier**
 15 AU 17 JUIN 2015 à **Paris**
 Frais d'inscription : 1 400 €/jour
Institut Européen de Formation en Santé
 Tél : 03 87 18 18 18
 contact@iefsante.com
 www.iefsante.com

**Travaux pratiques de la S.O.P.**

21 MAI 2015 à **Paris 16°**
Maison de la Chimie
 C. Touboul, J. Dejou, C. Launois,
 F. Raux, E. Dursun, C. Moussally,
 C. Couvrechel, S. Dahan
 Frais d'inscription : Membres :
 360 ou 410 € - Non membres :
 345 ou 395 €
Société Odontologique de Paris
 Tél : 01 42 09 29 13
 secretariat@sop.asso.fr
 www.sop.asso.fr

Optimiser vos anesthésies en vous formant aux dernières techniques

21 MAI 2015 à **Lyon**
 4 JUIN 2015 à **Caen**
 25 JUIN 2015 à **Paris**
AFPAD - Sophie
 Tél : 02 41 56 05 53
 Fax : 02 41 56 41 25
 mail@afpad.com

Stratification de composite simplifié vos facette céramique

4 JUIN 2015 à **Nantes**
 René Serfaty

Labophare Formation

Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com

Renouvellement formation PCR

12 & 13 JUIN 2015 à Paris
Dr Philippe Rocher
CD2-Conseils
Tél : 06 07 10 47 38
contact@cd2-conseils.com
www.cd2-conseils.com/

Les Patients à risques médicaux au cabinet dentaire

18 JUIN 2015 à Lille
Jean-Christophe Fricain
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com

Prescrire juste

18 JUIN 2015 à Paris 16°
Maison de la Chimie
S. Cousty, V. Descroix,
C. Mauprivez, J.-H. Torres
Frais d'inscription : 260 ou
310 €/membres - 345 ou
395 €/non membres
Société Odontologique de Paris
Tél : 01 42 09 29 13
secretariat@sop.asso.fr
www.sop.asso.fr



Les restaurations céramo-céramiques : de la préparation au collage

25 JUIN 2015 à Lyon
Dr Olivier Etienne

Frais d'inscription : 380 €

Ivoclar Vivadent

Aude Collomb-Patton
Tél : 04 50 88 64 02
aude.collomb-patton@
ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.fr

Formation Cone Beam CT (CBCT)

26 JUIN 2015 à Paris
CD2-Conseils
Tél : 06 07 10 47 38
contact@cd2-conseils.com
www.cd2-conseils.com/

Endodontie

Rotation continue ou réciprocité. Préparation canalaire en continue ou en réciprocité : que choisir ?

28 MAI 2015 à Lyon
Dr Frédéric Bukiet
11 JUIN 2015 à Bordeaux
Dr P. Guignes
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Endo : du mythe à la réalité clinique

11 JUIN 2015 à Toulouse
Serge Bal
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com

Orthodontie

20^{ème} cycle de formation en orthodontie

4 AU 6 JUIN 2015 à Paris 14°
Novotel Paris Porte d'Orléans
Drs Bernadat, Henrionnet,
Marchand
UNIODF - Nathalie
Tél : 06 07 03 88 10
uniodf@uniodf.org
www.uniodf.org

Formation orthèse d'avancée mandibulaire et apnée du sommeil

12 JUIN 2015 ... à Charenton Le Pont

Novotel Paris-Charenton

Yvan Mutel, Bernard Fleury
Frais d'inscription : 590 €

Macs Formation -

Marianne Foeillet
Tél : 05 56 22 28 23
contact@macsformation.com
www.macsformation.com



Le collage indirect de A à Z

13 JUIN 2015 à Paris
Dr Laila Hitmi
Gad Center - Cyril Gaillard
Tél : 06 09 13 52 41
contact@gad-center.com
www.gad-center.com

Organisation

L'assistante au cœur de l'organisation du cabinet

18 JUIN 2015 à Lille
Marie-Christine Tesson
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com

Management

Notre profession évolue vite... Et vous ?

28 & 29 MAI 2015 à Lille
4 JUIN 2015 à Avignon
11 & 12 JUIN 2015 à Paris
Dr Edmond Binhas

Groupe Edmond Binhas

Tél : 04 42 108 108
contact@binhas.com
www.binhas.fr

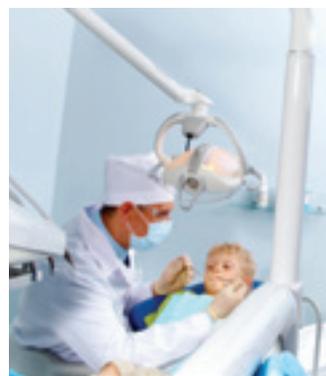
Divers

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication Ericksoniennes : journées initiation « gratuites »

30 AVRIL 2015 à Lyon
Drs C. Parodi, K. Kaiser,
Mr Y. Halfon, C. Benharroch,
A. Monnier, L. Farcy
AFHD « Hypnoteeth »
Tél : 06 25 51 65 72
info@hypnoteeth.com
www.hypnoteeth.com

Le stress, le patient et l'assistante

4 JUIN 2015 à Nantes
Marie-Christine Tesson
Labophare Formation
Audrey Falkenrodt
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com



Troubles musculo-squelettiques, mal de dos : prévenir et guérir

4 JUIN 2015 à Marseille
11 JUIN 2015 à Nantes
Dr Marc Arfi
Frais d'inscription : 590 €/Praticiens - 395 €/Assistants
Preventikali
Tél : 01 84 16 94 24
i.arfi@preventikali.com
www.preventikali.fr

Redonnons le sourire à tous nos patients !

- Une qualité sans précédent!
- La norme iso 13485: 2003
- Un support expert
- Délai:

3j
de labo

50%

de réduction

4 pendant vos
premières semaines
de commandes

Une traçabilité intégrale!



Pour en savoir plus sur la lecture optique pour une traçabilité sans faille, flashez ce QR Code.



CCM

27,50€
au lieu de 55€

Stellite finitions directes

60,00€
au lieu de 120€

E.max

44,50€
au lieu de 89€

Zircone

59,50€
au lieu de 119€

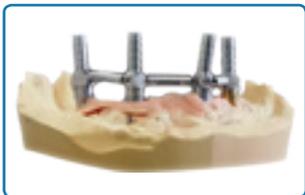
 **LABORATOIRE
Viadentis**

L'EXPERTISE D'UN PARTENAIRE DE CONFIANCE

SAFE CLIPPING BARRE™

Posez une barre **trans-vissée**
sur 4 à 6 implants en moins de **10 minutes**

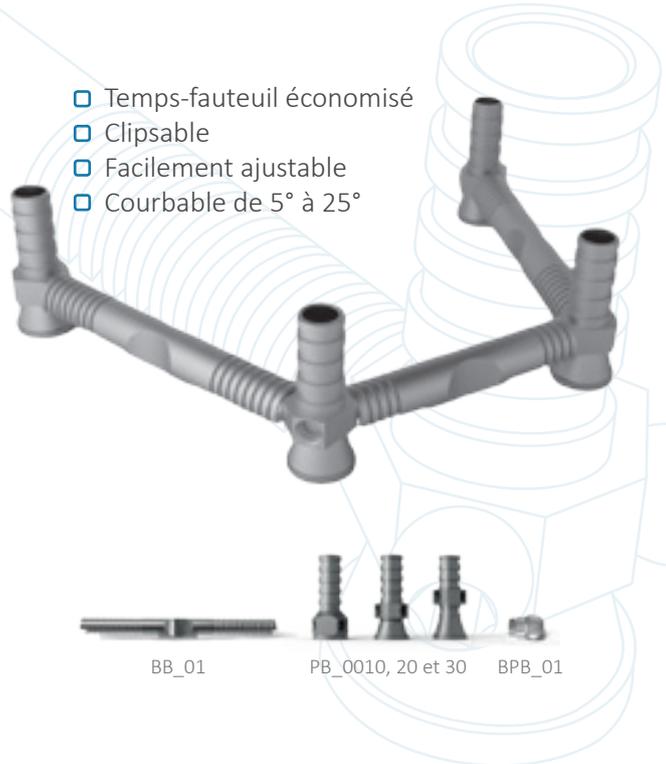
- Temps-fauteuil économisé
- Clipsable
- Facilement ajustable
- Courbable de 5° à 25°



4 implants



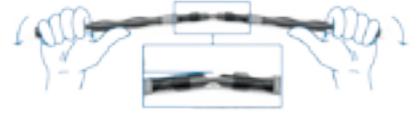
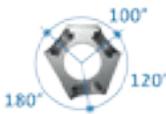
6 implants



BB_01

PB_0010, 20 et 30

BPB_01



Pack sur 4 implants



4 Multi-unit (droit ou angulé)



4 Piliers



6 Boules



3 Barres

699,00€

Pack sur 6 implants



6 Multi-unit (droit ou angulé)



6 Piliers



10 Boules



5 Barres

999,00€

Déjà disponible sur les connectiques compatible à : **Safe Implant™**, **AlphaBio™**, **Astra™**, **Branemark™** (et tous les types d'hexagones externes), **Euroteknika™** (Naturall+, Natea+, Naturactis), **MIS™**, **Noble Biocare™** (Noble Replace™) et **Zimmer™**

