

Partageons Notre Savoir-Faire

PRATIC ECO :

**La réforme des successions
et des libéralités**

**RESSOURCES
HUMAINES :**
**Gestion des
ressources
humaines
et démarche
qualité en ODF**

LA RADIOGRAPHIE DENTAIRE 3D

Rejoignez Protilab et plus de 3000 praticiens satisfaits en Europe !



Chirurgiens-Dentistes de Province :
Demandez nos passages réguliers gratuits par TNT !
(enlèvement et livraison gratuits en cabinet partout en France)



Laboratoire de Prothèse Dentaire
Prothèses conjointes et adjointes

LES PRIX

CCM : 65€ Stellite : 120€

Offre Commande Groupée → 10% de réduction
2 travaux ou plus le même jour sur l'intégralité de la commande

LE SERVICE

Conseillers techniques joignables
de 9h00 à 18h00 sans interruption.

LA QUALITÉ

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

LES DELAIS
4 jours ouvrés

Tél. : 01 53 25 03 80 ou

► N°Azur **0 810 81 81 19**

PRIX APPEL LOCAL

www protilab com

UNE PÉRIODE FERTILE !



La grande majorité des entreprises qui composent l'industrie dentaire en France sont des enseignes internationales. Une année sur deux, les nouveaux développements, les grandes innovations convergent vers un point : l'IDS, grande messe dentaire se déroulant à Cologne.

Au cours des trois prochains mois, LE FIL DENTAIRE relayera toutes ces nouveautés dans ses colonnes.

En cette période charnière entre l'ADF, qui s'est déroulé en novembre dernier et l'IDS qui aura lieu du 20 au 24 mars prochain, nous avons choisi de mettre l'accent sur une technologie qui suscite beaucoup d'intérêt : LA RADIOLOGIE 3D. Compte tenu de la richesse d'informations qu'il regorge, nous traiterons ce sujet en deux temps : un premier volet dans ce numéro et un second en mars. Nous avons invité le Dr Eric Bonnet (membre de notre comité scientifique), en regard de son expertise sur la radiologie dentaire, à intervenir dans le cadre d'un édito spécial.

Fidèles à notre ligne éditoriale pratique et didactique, nous espérons vous éclairer quelque peu sur un domaine à la technologie très pointue qui demande à être visité.

Patricia LEVI



COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

Page 5 EDITO INVITE

Imagerie 3D : des illusions... ou révolution

Page 7 LE BILLET D'HUMEUR DE JACQUES

L'entretien

Pages 8 à 13 SUR LE FIL

Actualités – Nouveaux produits – Revue de presse

Pages 16 à 22 PRATIC ERGO

La radiographie dentaire 3D

Pages 26 et 27 LA PARO EN MOUVEMENT

Fin du traitement actif

Pages 28 à 30 RESSOURCES HUMAINES

Gestion des ressources humaines et démarche qualité en ODF

Page 32 LE FIL D'ARIANNE

Trucs et astuces

Pages 34 et 35 ORGANISATION CABINET

J'ai trop de patients, que faire ?

Page 36 RENCONTRE

Mon rendez-vous avec le docteur Bruno Peniguel

Pages 38 et 39 LES CONSEILS DE DEBORAH

TIGRID

Les 10 phases de la stratégie thérapeutique

Pages 40 à 42 PRATIC ECO

La réforme des successions et des libéralités

Pages 44 à 50 AU FIL DU TEMPS

Agenda



Revue mensuelle

TIRAGE 38 000 exemplaires

2 allée de la salamandre 94000 Créteil

Tél. : 01 49 80 19 05 Fax : 01 43 99 46 59

contact@lefildentaire.com

Directrice de la publication: Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL
SARL de presse – RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution
CPPAP n° 0707 T 88392

Rédacteur en chef : Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Directrice commerciale : Patricia LEVI

Assistante commerciale : Sarah Artot

Direction artistique : Chameleon Concept Adv. Ltd
Rédaction : Dr Eric Bonnet, Catherine BEL, Steve BENERO,

Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC, Alain CARNEL,

Dr Jacques CHARON, Rodolphe COCHET, Dr Philippe PIRNAY,

Dr Déborah TIGRID, Catherine N'GUYEN, Yves ROUGEAUD.

Conseiller spécial : Dr Bernard TOUATI

Secrétaire de rédaction : Barbara VACHER

bvacher@lefildentaire.com

Secrétaire de direction : Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Secrétaire : Coralie BRIDIER

Imprimerie :

AUBIN IMPRIMEUR

Chemin des Deux Croix

B. P. 02 - 86240 LIGUÉ

Publicité : Patricia LEVI - **06 03 53 63 98**

Annonceurs : 3MC Concept, ACIO, ASSOCIATION PRECAUTION, ASTRATECH DENTAL, BIOLASE DENTAL IMPACT, BISICO, DENTRMED, DISCUSS DENTAL, DÜRR DENTAL, EMOTION, FOXY ETUDES ET DEVELOPPEMENT, IMPLANTS DIFFUSION INTERNATIONAL, LABOCAST, MEDICAL UNIVERSAL, PLANMECA, PROGRESS DENTAIRE, PROTILAB, SITECH, SUN DENTAL LABS, SUNSTAR PHARMADENT, VITA.

Encarts : Les petites annonces

TYPE
ITP



1^{ERE} MONDIALE



IMPLANT ESTHÉTIQUE À MICRO-SPIRES

20 ANS D'EXPÉRIENCE ET DE SAVOIR FAIRE...



060197

Tél : 01.53.27.63.70
Fax : 01.53.27.68.18

Implants Diffusion
International

3, rue Albert Marquet
75020 - Paris

édition invitée

Imagerie 3D : des illusions... ou révolution par Eric BONNET

La radiologie est l'un des domaines de la médecine qui a le plus évolué ces 20 dernières années. Le contraste est stupéfiant. D'un côté, une radiographie classique: la coupe d'une tête prise au scanner, en deux dimensions et en noir et blanc. De l'autre, une image du même crâne, mais autrement réaliste. Elle est en trois dimensions, en couleurs et on peut y distinguer d'un simple coup d'œil les structures osseuses, les artères, les tissus. Il suffit de couper, virtuellement, la boîte crânienne, et c'est le cerveau qui apparaît.



Au fur et à mesure que la technologie se perfectionne, elle fournit des coupes de plus en plus fines et génère un volume d'informations en conséquence. C'est là, pour le praticien, «le vrai défi» auquel est confronté l'imagerie moderne. Seuls des logiciels performants sont capables de traiter cette masse de données et de la transformer en images «lisibles» pour le praticien. Les logiciels ne cessent d'être perfectionnés. On observe énormément d'avantages : La rapidité de visualisation constitue l'un des atouts majeurs de la technologie numérique. La santé du patient est également préservée : les doses d'irradiation sont nettement moins élevées que celles produites lors des radiographies argentiques.

N'oublions pas que notre souci essentiel a toujours été d'améliorer la qualité de l'image, donc du diagnostic, tout en réduisant au maximum les doses de Rayons X administrées, tout ceci avec la plus grande sécurité pour les patients.

Mais attention, le beau ne résulte souvent que de la désillusion des choses. Que dire de cette 3D, sinon que, au fil de son évolution et de son progrès technique, du film argentique à la technologie cone beam, l'illusion a disparu pour laisser place au «diagnostic assisté par ordinateur».

Problèmes d'intégration dans le cerveau de la 2D à la 3D, il n'y a qu'un pas : la technologie actuelle enchaîne tout sur un mode hypertechnique et surtout hypervisible. Nous allons de plus en plus vers la haute définition : c'est une image de plus en plus réelle, qui se produit en temps réel. On s'approche de la définition absolue de la perfection réaliste de l'image. L'illusion devient totale et intense : on a l'impression d'ajouter du réel au réel dans l'objectif d'une création parfaite : c'est à ce moment que nous créons l'illusion. L'imagerie 3D issue de cette nouvelle technologie demande un apprentissage même si l'image obtenue crée l'illusion de tout connaître et de tout voir.

L'image numérique devient ainsi image de synthèse, on est alors dans la réalité virtuelle. L'imagerie 3D souhaite mettre fin aux illusions par la perfection de la reproduction et de l'édition virtuelle du réel.

Alors promenons nous avec Georges Blanc dans l'univers magique de ces machines, pour comprendre cette technologie et commencer à apprendre à interpréter ces nouvelles images.

Par l'inventeur du One-Step **BisCem**



**Nouveau ciment de scellement
auto-adhésif et auto-mordançant**

- ni etching, ni primer, ni adhésif
- colle à tous les substrats
- nettoyage facile
- épaisseur idéale du film
- relargage de fluor
- radio-opaque
- utilisation simple et rapide



Ciment de scellement universel auto-adhésif Dual (auto/photo) pour couronnes, bridges, inlays, onlays, tenons métalliques ou fibrés.

Proposé en seringue auto-mélangeuse, BisCem ne nécessite ni mordançage, ni primer, ni adhésif sur les surfaces de collage.

Radio-opaque, Biscem relargue du fluor et permet un scellement efficace sur la plupart des matériaux dentaires en toute simplicité.

Disponible en teintes Opaque et Translucide
pour toutes les indications.

**nouveau site
www.bisico.fr**

BP 60 - L'Opéra
13680 Lançon de Provence
Tél : 04 90 42 92 92
Fax : 04 90 42 92 61

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

LE CNOCD inquiet pour la validation des diplômes d'Etat de docteur en chirurgie-dentaire pour l'année universitaire 2006-2007

L'arrêté du 27 septembre 1994 relatif aux études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, et notamment ses articles 18 et 28, a été modifié le 24 mai 2005, instituant à compter de l'année universitaire 2006-2007 un stage actif d'initiation à la vie professionnelle d'une durée minimale de 200 heures, aux lieu et place du stage passif d'initiation à la vie professionnelle.

Il est également prévu les conditions dans lesquelles l'étudiant effectue un stage sont fixées dans le cadre d'une convention, qui doit être conforme à un modèle type établi par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Dans son communiqué, le Conseil national de l'Ordre, réuni en session le 8 décembre 2006, constate, « non sans inquiétude, que cet arrêté n'est pas encore paru, ce qui n'est pas sans conséquence pour la validation des diplômes d'Etat en chirurgie dentaire pour l'année universitaire 2006-2007 ».

Pour le CNOCD, « en l'absence de ce modèle type de convention, aucune université ne peut, à l'heure actuelle, mettre en place le stage actif (...) alors qu'en application des dispositions de l'article 28 [dudit traité], certaines universités ont introduit ce stage dans le programme de validation de la 6ème année d'études odontologiques pour l'année universitaire 2006-2007 ».

Le Conseil national de l'Ordre a demandé, lors de sa dernière session, au ministre en charge de la Santé et au ministre en charge de l'Enseignement supérieur, de faire paraître l'arrêté portant modèle type de convention de stage « dans les meilleurs délais ».

CNOCD
courrier@oncd.org

Le Billet, de d'Humeur Jacques

L'ENTRETIEN

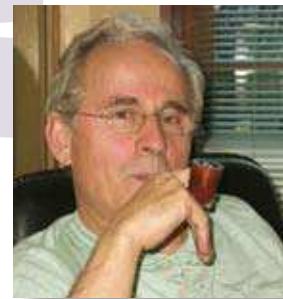
Les sondages menés auprès des français et initiés par les organismes officiels indiquent que nos concitoyens nous demandent en priorité plus d'informations. Quoi de plus légitime, mais également quoi de plus difficile !

Or, ces informations ne peuvent être délivrées avec efficacité qu'au cours d'un entretien (échange verbal entre deux protagonistes). Celui mené au cours de la première consultation apparaît comme le plus déterminant.

Il est facile de comprendre que les informations ne peuvent pas être écoutées, entendues et intégrées devant l'aveuglant scialistique avec les mains plus ou moins crispées sur les accoudoirs de ce totem qu'est le « fauteuil » dentaire. On pourrait avoir du mal à s'exprimer face à un dentiste, tel Zorro, ganté et masqué. Au cours de ce crucial entretien, nos compétences et notre habileté manuelles ne sont que rarement mises en doute a priori. Ce qui est en jeu ici, ce sont nos qualités « humaines » telles que la capacité d'écoute et celle à répondre dans un langage clair, sans hésitation, aux questions que le patient osera nous poser. Nous « perdons » probablement plus de patients à cause de la qualité de cet entretien plutôt qu'à la suite de gestes thérapeutiques inadaptés.

La prise de conscience de ces qualités (pour ne pas dire de vertus) seront réciproquement évaluées par le patient et le praticien. Selon notre état physique et psychique (être en forme ou en méforme), le discours sera adapté (ou pas) à la personnalité du patient, à ses disponibilités économiques, à son état de santé physique ou psychique du moment, aux informations antérieures recueillies au cours d'autres consultations, à la lecture de la presse grand public, à leurs étiologies personnelles, etc. Notre capacité à répondre sera également dépendante de nos connaissances et de leur intégration (d'où l'intérêt majeur de la formation continue).

Une étude a montré que les médecins formés à l'entretien médical ont raison trois fois sur quatre lorsqu'ils émettent un diagnostic alors que ceux qui s'appuient uniquement sur les examens clinique et paraclinique se trompent deux fois sur quatre !



Jacques CHARON



COLTENE WHALADENT Miris 2



Avec le nouveau composite **Miris 2**, développé avec Didier Dietschi, Coltène Whaledent propose une nouvelle excellence dans les systèmes de restauration composites. Miris, en 2001, proposait une approche novatrice pour des restaurations esthétiques. Le concept de stratification naturelle, allié à un système de prise de teinte révolutionnaire, a défini de nouveaux standards en dentisterie esthétique.

Grâce à une série d'améliorations, Miris 2 franchit un nouveau pas pour le bénéfice du praticien et du patient. L'assortiment de teintes a été modifié, sans augmentation par rapport aux treize masses d'origine. Les teintes Dentine ont été légèrement éclaircies et gagnent une huitième teinte, extra-claire. Les masses Email sont maintenant au nombre de cinq et il y a toujours quatre masses Effets. En outre, avec une nouvelle distribution de la taille des charges, Miris 2 est plus facile à modeler et facilite le montage de la restauration. En terme d'esthétique, les nouvelles masses Email opalescentes restituent une apparence naturelle, donnent de la vitalité aux restaurations et produisent des résultats conséquents.

Miris 2 intègre le concept de stratification naturelle, avec des masses Email et Dentine dont les propriétés optiques sont voisines des tissus naturels. Le système de prise de teinte du Miris comprend des échantillons de chaque type de masse qui peuvent être imbriqués pour une définition esthétique optimale de la teinte.

BioSonic UC125

La nouvelle cuve à ultrasons **Biosonic UC 125** offre une variété d'options pour le cabinet dentaire. La durée de nettoyage peut être définie à chaque cycle. De plus, un compte à rebours informe l'utilisateur sur le temps restant et indique précisément le moment où les instruments seront prêts à stériliser. La durée d'utilisation de la solution est enregistrable pour éviter d'oublier son renouvellement. Avec une simple touche, réalisez le dégazage de la solution en chassant les bulles d'air, synonymes de baisses de performances. Cette étape est recommandée à chaque changement de la solution. Une gamme complète d'accessoires et les solutions de nettoyage Biosonic permettent de nettoyer et de désinfecter les instruments, les prothèses et autres dispositifs utilisés au cabinet dentaire avec une totale flexibilité.



BISICO Lampe T-Led

Lampe à photopolymériser

Nouvelle lampe à photopolymériser sans fil, ultra-légère (180 g) et puissante basée sur la technologie LED, **T-Led** bénéficie d'un design unique grâce à son articulation de 45° qui lui permet d'être utilisée comme un pistolet ou comme une pièce à main. La prise en main dans les deux configurations est excellente. T-Led contient une LED ultra-puissante produisant une lumière ayant un spectre de 430 à 490 nm et d'une intensité de 1200 à 1800 mW/cm² (selon l'embout utilisé). Un embout Turbo permet de concentrer la lumière et de délivrer une lumière encore plus puissante, très utile dans les cavités profondes ou lors des procédures de scellement ou de collage. Le socle chargeur de la lampe T-LED est toujours double et permet de recevoir une ou deux lampes (version mono ou duo). Ce socle est muni d'un indicateur du niveau de charge et d'un radiomètre à intensité graduelle. La lampe T-LED comporte quatre programmes pré-enregistrés (normal, soft, quick et mode ramp ou progressif).



BisCem

Ciment de scellement universel auto-adhésif

BisCem est un nouveau ciment composite de scellement universel auto-adhésif et conditionné en seringue double automélangeuse. Le caractère auto-adhésif de ce ciment permet d'éviter les étapes de conditionnement préalable des substrats dentaires et prothétiques (ni mordançage, ni primer, ni adhésif). BisCem est indiqué pour le scellement de coiffes et de bridges céramo-céramiques, céramo-métalliques ou métalliques, ainsi que pour le scellement d'inlay-cores, de tenons radiculaires, d'inlays et d'onlays métalliques ou composites. Radio-opaque, il relargue des fluorures pour une meilleure protection du joint dent/restauration.



Son caractère dual-cure (auto/photo) permet une polymérisation instantanée et à la demande, ainsi qu'une sécurité totale en assurant une polymérisation efficace dans les parties les plus profondes de la restauration. Insensible aux dissolutions hydriques et procure des forces d'adhésion nettement supérieures à celles obtenues pour les ciments de scellement habituels, BisCem existe en teintes opaque et translucide pour répondre à toutes les situations cliniques de scellement.

UNE
NOUVELLE
TECHNOLOGIE
PERFORMANTE

ZOOM!

Advanced
Power

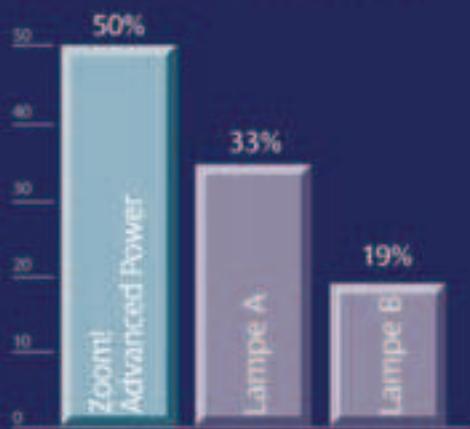
Wow!

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

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

% des patients ayant obtenu une teinte B1 ou plus claire¹

Zoom! Advanced Power: en comparaison avec deux autres systèmes



ZOOM![®]
Advanced Power™

UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE
DE BLANCHIMENT PERFORMANTE

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

DISCUS DENTAL
www.discusdental.com.fr

Données sur demande. Histoire Vivapar Classic classé par indice chromatique. Vita-Hi Vivapar sont des marques déposées par VITA Zahntechnik AG, Allemagne. Produit réservé à l'usage par un chirurgien-dentiste.

3MC CONCEPT doctorseyes™

Un éclairage annulaire pour macrophotographie dentaire

Le système **doctorseyes™** est un nouveau système d'éclairage pour vos photographies dentaires en macro. Les LED, de dernière génération, ultrabright utilisant un blanc spécial. L'éclairage homogène du système **doctorseyes™** est 60 fois plus brillant que le Nikon SL-1 annulaire. L'avantage des LED repose sur leur haute durée et longévité couplée à une consommation d'énergie très basse.

La température constante de 5800 Kelvin est celle de la lumière du jour et permet la reproduction colorée naturelle. Les facteurs décisifs sont non seulement la brillance et le nombre de LED, mais aussi l'homogénéité dans son illumination. Doctorseyes™ utilise donc seulement des LED avec l'assurance de ces caractéristiques.



Lumière continue versus flash

Avoir une lumière continue pour capturer vos photos dentaires présente d'énormes avantages par rapport aux systèmes à base de flash. D'une part, celui de se concentrer plus rapidement et plus précisément et d'autre part celui de plus facilement remarquer des réflexions indésirables qui peuvent être évitées en changeant légèrement l'angle. L'appareil numérique mesure la lumière comme avec une exposition de lumière du jour régulière. Par conséquent, il n'est pas exigé de travailler en manuel pour modifier les vitesses d'obturateur et les valeurs d'ouverture. Le système **doctorseyes™** permet les images macro qui sont possibles qu'avec un effort considérable et un savoir-faire photographique.

3MC Concept

Tél : 01 47 09 60 18

Email : 3mcconcept@wanadoo.fr

Vita enseigne la prise de teinte aux étudiants



En partenariat avec l'Université de Leipzig (Allemagne), Vita a développé un système pédagogique pour apprendre à définir les teintes des dents et s'y exercer, le **SYSTEM 3D MASTER**, avec le **Vita Toughguide** éponyme, un teintier qui intègre toutes les teintes de dent naturelles, dont les bases colorimétriques facilitent le relevé systématique de la teinte.

La formation proposée par l'équipe du Pr. Holger A. Jakstat, directeur de l'enseignement préclinique et des matériaux au centre de soins buco-maxillaires de l'Université de Leipzig, repose sur trois exercices progressifs : un exercice sur ordinateur invitant l'étudiant à classer des photos ; un entraînement avec des dents stratifiées en céramique disposées sur une roue, qui repose sur le même principe mais qui ajoute une difficulté, car la brillance de la dent-modèle peut varier en fonction des différents éclairages ; enfin, un exercice sur le « compagnon », soit le patient : celui-ci tient devant ses naturelles un masque ayant la forme des dents incisives. L'étudiant doit alors apparaître les dents en bouche avec celles sur le tableau en sa possession. Une initiation ludique en 3h, bien pensée.

VOCO Traypurol Tabs

Voco propose désormais la version comprimés de Traypurol, Traypurol Tabs, pour le nettoyage quotidien de porte-empreintes et d'instruments des laboratoires et des cabinets dentaires. Traypurol enlève facilement les résidus d'alginates et de ciments des porte-empreintes et des instruments. Les composants spéciaux de Traypurol et Traypurol Tabs enlèvent alginates, ciments et vernis adhésifs en peu de temps. Après utilisation, il suffit ensuite de passer ses instruments sous l'eau courante. Un produit qui peut être utilisé pour tous les métaux inoxydables (même l'aluminium) et les matières en plastique. Contrairement aux poudres de nettoyage habituelles, les Traypurol Tabs se dissolvent automatiquement dans l'eau avec un dosage très simple. Un comprimé suffit pour un litre de solution nettoyante. En raison de leur combinaison spéciale des composants, les Traypurol Tabs sont très économiques et biodégradables, avec une valeur pH neutre qui n'agresse pas les matériaux.



VOCO

Email : info@voco.de

www.voco.de

Labocast choisi IPS Inline

C'est la nouvelle céramo-métallique à base de leucite, IPS Inline, dans la gamme Ivoclar, que les laboratoires Labocast ont choisie. Haute stabilité, faible rétraction et restitution parfaite de la teinte pour cette CCM dernière génération. Sa composition optimale permet une intégration naturelle en bouche et sa simplicité d'utilisation répond aux exigences des professionnels. Un matériau de prestige proposé dans la gamme Excellence, qui associe une qualité adaptée aux besoins d'un cabinet performant et des prix étudiés.



Labocast

Tél. : 08 111 150 000

www.labocast.com

$$A = \pi (r_1 \times S_1 - r_2 \times S_2)$$

$$M = F \times r$$

7875696011

Astra Tech BioManagement Complex™

Parfaite harmonie de la fonction,
de l'esthétique et de la biologie

Un système implantaire couronné de succès ne peut dépendre que d'un seul et unique concept.

Comme dans la nature, plusieurs éléments interdépendants doivent être réunis afin de conserver le meilleur équilibre.

Notre système implantaire garantit cet équilibre naturel grâce à l'exceptionnelle combinaison de différentes caractéristiques clés :

L'Astra Tech BioManagement Complex™

Il vous assure un succès esthétique à long terme, grâce à une stimulation de la croissance osseuse, la préservation de l'os et la bonne santé des tissus mous.



OsseoSpeed™
Plus d'os, plus vite

MicroThread™
Stimulation biomécanique de l'os

Conical Seal Design™
Ajustage rigide et stable

Connective Contour™
Optimisation de l'espace biologique

ASTRATECH
DENTAL

ASTRA
ASTRATECH



A company in the
AstraZeneca Group

IDENTIX Quickise

Vos tests bowie dick de dernière génération à prix record !

Ce test de dernière génération facile à lire et à stocker (livré en boîte de 30 tests) est un test indispensable à réaliser au début de chaque journée pour garantir l'efficacité de votre autoclave à stériliser les objets poreux et assurer la traçabilité (source : guide de prévention D.G.S. 2006). La feuille indicatrice au centre du paquet doit changer de couleur de façon uniforme selon la couleur de référence lorsque l'air a été totalement éliminé et la vapeur d'eau a pénétré totalement au cœur du paquet.

Le plus du test Quickise : l'identification de la feuille indicatrice est aisée car elle est repérable de suite par son extrémité bleue.

Commandes en ligne : www.identix.fr
 Email : contact@identix.fr

YNNOVATIONS "Yeung Advanced Drilling System"

Préparez votre site implantaire tout en prélevant de l'os, sans aucune ovalisation grâce au Y.A.D.S. ("Yeung Advanced Drilling System").

Pour un forage précis, voici la démarche à suivre conseillée par Ynnovations :



Réalisez un forage avec un foret initial (petit Ø au choix) auquel on adaptera une butée amovible pour fixer la longueur de travail.

Puis, à ce même foret, qui servira de guide, pour les deux phases suivantes :

1. Vissez un trépan court (Ø terminal) afin de prélever de l'os cortical.



2. Puis, vissez un trépan long (Ø terminal) afin de prélever de l'os spongieux.



YNNOVATIONS SARL
 Contact : Mme FERREIRA 06 63 34 97 47
 Mme FARIA 06 03 81 34 96

The Perfect Fit

Sunflex[®] PARTIALS

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



€ 149

€ 179

Sunflex Avantages[®]

- Pas de crochet métallique.
- Plus résistant aux taches.
- Parfaite flexibilité.
- Peut être rebâti et réparé.
- Ne se déforme pas, incassable.

Sunflex Indications[®]

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Idéal pour les patient ne désirent pas des crochets métalliques.
- Parfait pour les patients allergiques au monomère.
- Peut être utilisé sur un châssis métallique ainsi que des attaches de précision.

Sun
 DENTAL LABS

8, Rue De Berri 75008 Paris

Tel: 01 42 99 95 30

www.sunflexpartials.com www.sundentallabs.com

à lire

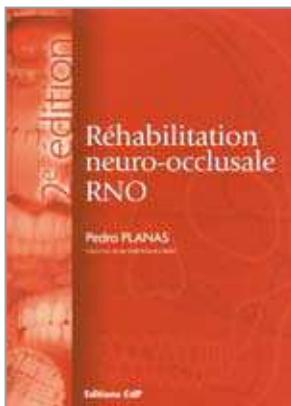
« Réhabilitation neuro-occlusale, RNO »

De Pedro PLANAS

Traduction de M. CHÂTEAU et J.KOLF

Fruit de cinquante années d'expérience clinique, le livre de Pedro Planas est un ouvrage d'orthopédie fonctionnelle à l'état pur que de nombreux scientifiques récents ne cessent de venir conforter. Il apporte un éclairage fondamental à la physiologie de l'appareil manducateur en générale et à la fonction princeps de cet appareil. Il traite également de toutes les thérapeutiques à mettre en œuvre pour restaurer cette fonction et corriger les dysmorphoses qui en dépendent : technique de prévention, meulage d'équilibration tant en denture temporaire que permanente, dispositifs mécaniques, plaques à pistes, équiplan, etc.

La physiologie gardant ses droits quel que soit l'âge du patient, cette nouvelle édition en couleurs sera très utile à l'orthodontiste, mais également au parodontiste et à l'implantologue ; elle intéressera aussi le praticien en prothèse conventionnelle et implantaire.



Editions CdP
302 p. – Prix : **165€**
www.editionscdp.fr

Praticiens de l'art dentaire du XIV^e au XX^e siècle : recueil d'anecdontes

Par Henri LAMENDIN, préface de Xavier RIAUD



Un recueil original qui présente plus d'une centaine d' « anecdotes » de praticiens de l'art dentaire à travers sept siècles. « Anecdontes » est une terme inventé par l'auteur de l'ouvrage, en contractant « anecdotes odontologiques ». Préfacées par le Dr Xavier Riaud et parues dans la collection Médecine à travers les siècles, ces anecdotes, sont présentées de manière originale, avec de riches sources documentaires, authentiques et souvent inédites. Destiné aux praticiens comme au grand public, le recueil fait appel des connaissances historiques comme à des données pratiques tout à fait actuelles. Henri Lamendin, docteur en sciences odoontologiques et docteur ès sciences, de l'Académie, est membre de la commission « Histoire » de cette compagnie ainsi que de la Société française d'histoire de l'art dentaire.

doctorseyes

*Macrophotographie Dentaire
+ facile + économique*



- Lumière du Jour
- Visualiser les prises
- Supprimer les reflets
- Adaptable sur tous les APN (Compact, Bridge and Reflex)



Système sans

appareils photos

A partir de **669 €**

3MC Concept

Tél. /Fax: 01 47 09 60 18

Mob: 06 64 26 11 93

Email: 3mcconcept@wanadoo.fr

L'anesthésie palatine douloureuse : c'est fini !



L'angulation de la pièce à main n'a rien à voir avec ce que l'on peut observer dans les manuels d'analgésie

aux Etats-Unis préconise, pour réaliser une anesthésie palatine, l'application d'un anesthésique de surface avec un coton-tige, ceci pour diminuer la douleur perçue lors de la pénétration de l'aiguille. Ce coton-tige doit être appliqué avec une pression intense pour entraîner un blanchiment des tissus périphériques. Il propose de le remplacer éventuellement par un manche de miroir ou tout autre instrument similaire.

L'application de l'anesthésie de surface doit durer deux minutes.

On retrouve cette technique dans tous les manuels d'anesthésie.

Comment réaliser une anesthésie palatine douloureuse ?

Une étude précise et complète de l'extrémité « travaillante » d'une aiguille permet de voir que si cette aiguille est utilisée comme habituellement décrit dans les manuels, c'est-à-dire perpendiculairement à la surface de la muqueuse (schéma 1). Il faudra faire pénétrer cette aiguille d'au moins 1,5 mm (pour une aiguille de 40 centièmes, 27 G) avant de pouvoir injecter.



Anesthésie palatine avec prise de point d'appui et biseau à plat sur la muqueuse.

S'il y a quelque chose qui peut paraître irréaliste voire paradoxal, c'est bien de prétendre qu'une anesthésie palatine puisse être indolore alors qu'il est écrit partout, dans tous les manuels d'anesthésie, français comme étrangers, que cette anesthésie est douloureuse.

Si l'on demande à nos confrères d'accepter volontiers une anesthésie palatine, les réponses sont unanimes : la paraapicale d'accord, l'anesthésie palatine je préfère éviter !

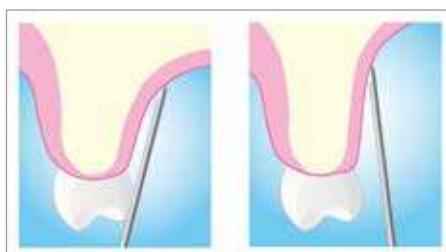
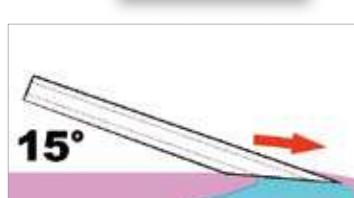
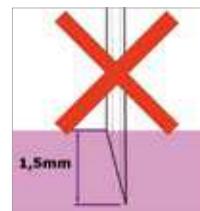
Malamed (1), la référence en anesthésie

Comment réaliser une anesthésie palatine indolore ?

L'aiguille (son biseau) est mise à plat sur la muqueuse, il suffit d'une très faible angulation et d'une très faible pénétration (0,3 millimètres) pour pouvoir injecter le produit (Schéma 2).

Cette angulation de 15° environ, impose de changer l'axe de l'aiguille en fonction de la courbure palatine (Schéma 3).

Pour contrôler la pénétration et l'angulation de l'aiguille avec cette précision, il faut impérativement que le support de l'aiguille, autrement dit « la seringue » permette une préhension identique à celle que nous avons avec nos turbines, nos contre-angles, nos pièces à main laser, nos détartreurs, c'est-à-dire une prise « stylo ».



Cette prise « stylo » impose la prise de points d'appui qui seuls permettent d'accéder à la précision nécessaire.

On peut voir que cette seule caractéristique change complètement la réalisation d'une anesthésie palatine et supprime la douleur de la pénétration de l'aiguille (Photos 4 et 5).

Le deuxième critère à respecter est une injection lente que l'on obtient très facilement avec les systèmes d'injection assistés, qui sont maintenant très répandus.

Les systèmes répondant à ces deux critères sont actuellement dans le monde au nombre de trois.

Il s'agit du Wand de la société Millstone - USA, du QuickSleeper et du SleeperOne de la société Dental Hi Tec - France (Photo 2).



Conclusion

L'anesthésie palatine indolore, sans anesthésie de surface, c'est possible. N'importe quel praticien peut dès demain la réaliser. Il suffit de s'en donner les moyens !

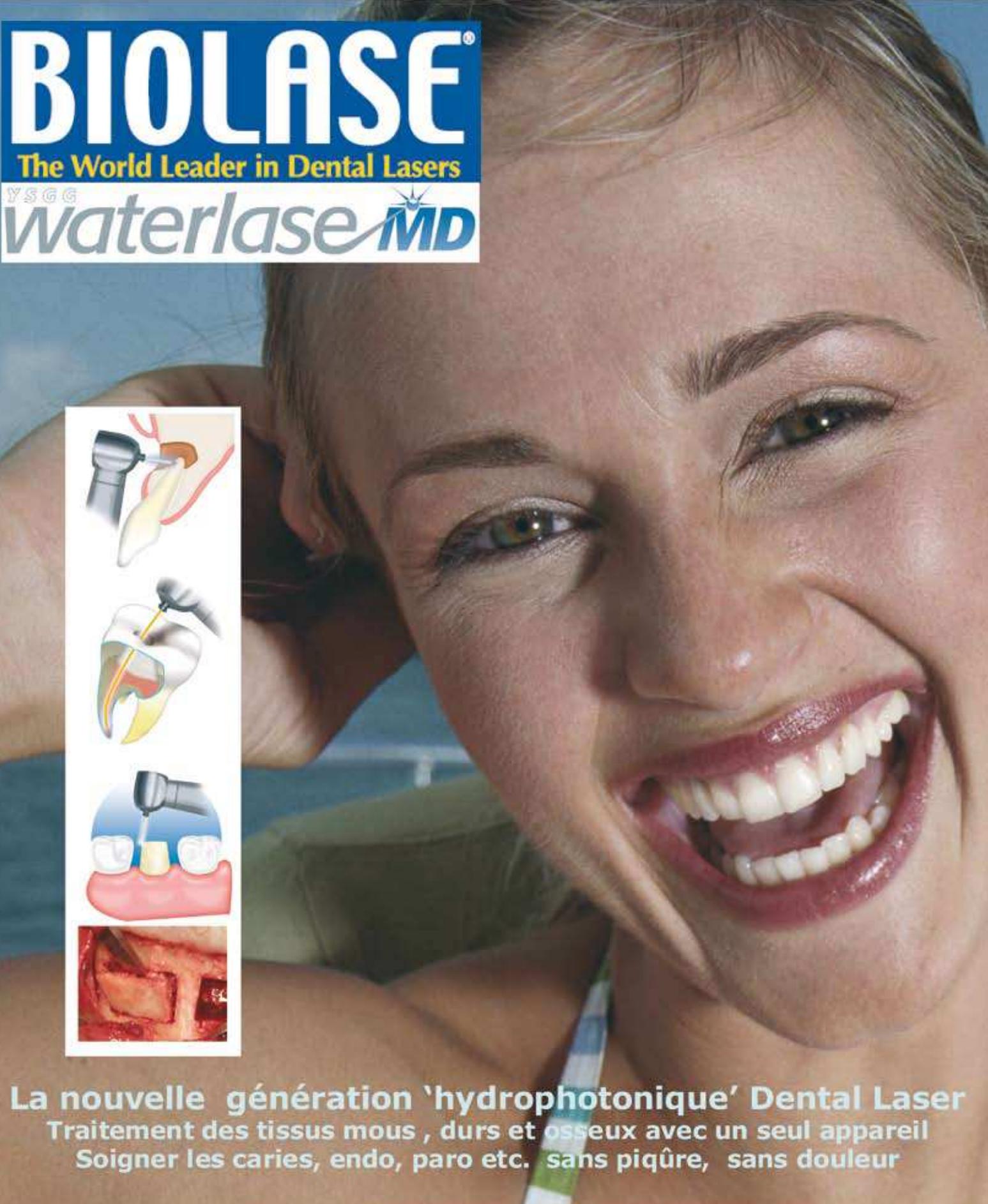
Bibliographie

- 1: Malamed Stanley F : Handbook of local anesthesia. fifth edition Elsevier Mosby
- 2: Sixou Jean-Louis : Du bon usage du biseau lors de l'anesthésie. Information Dentaire numéro 37 1 novembre 2006

BIOLASE®

The World Leader in Dental Lasers

YSGG
waterlase MD



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

Disponible en exclusivité pour
la France et Benelux chez

Dental Impact →

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

Dental Impact sarl

Tel.: 04 93 34 58 48

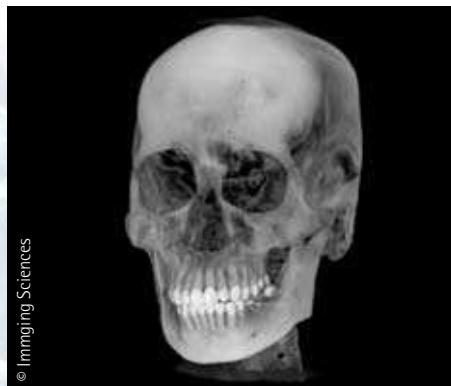
E-mail: info@biolase-France.com

Visitez aussi notre site:

www.biolase-france.com

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

La radiographie dentaire 3D



© Imaging Sciences

Nous allons aborder ce mois-ci un premier article sur la radiographie dentaire en trois dimensions.

La progression des performances de l'informatique étant fulgurante, on peut aujourd'hui envisager des acquisitions d'images de plusieurs millions d'informations avec des micro-ordinateurs classiques, chose impossible quelques petites années en arrière.

L'imagerie en 3D nécessite en effet **énormément** plus d'informations et de calculs que l'image en 2D (autrement dit une photo).



En simplifiant à l'extrême, la photo 2D de gauche aurait 9 pixels (si un carré représentait un pixel) et l'autre image en volume (sous entendu d'avoir un logiciel de 3D, pour la faire tourner) aurait 54 "pixels" (27 voxels).

Un **Pixel** est par définition un point carré ! **Plus petit élément d'une image informatique**, il n'a que deux côtés que l'on appelle communément X et Y.

Pour une image en 3D, notre pixel se retrouve avec une dimension supplémentaire, "la profondeur" ; il ne ressemble plus à un carré plat, mais à un cube, on ne peut donc plus l'appeler "Pixel". Il a donc été baptisé "**Voxel**" et se matérialise par trois coordonnées : X, Y et Z. Un Voxel n'est pas nécessairement un cube, il peut aussi se présenter sous forme de parallélépipède. Ce voxel est également utilisé dans les jeux vidéo, qui comme chacun sait, sont très gourmands en calculs et en affichage vidéo.



Tout d'abord, il faut préciser que l'on n'obtient pas une image 3D, mais une reconstitution 3D. Car dès que l'image est affichée sur l'écran de l'ordinateur, elle n'est qu'en 2D ; la 3D est toujours virtuelle, et on ne l'exploite qu'en se déplaçant avec la souris dans les axes X, Y et Z et en constatant les changements continus de plans qu'engendrent ces déplacements de souris. La seule image que l'on pourrait réellement qualifier de 3D est l'hologramme.

Comment obtenir des acquisitions de radiographie 3D en dentaire ?

Tout d'abord, avec un Scanner ("CT Scan").

Le coût d'acquisition d'un tel appareil n'est pas envisageable au sein d'un cabinet dentaire, même de haut niveau. Une autre possibilité est l'acquisition d'un **tomographe volumétrique à faisceau conique**, appelé encore "CBCT" (Cone Beam Computerized Tomography).



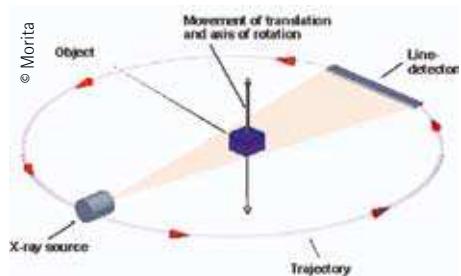
Bien que ne coûtant "que" quelques 200 K€, ces appareils peuvent prétendre équiper efficacement des cabinets spécialisés d'implantologie, d'endodontie exclusive, de chirurgie maxillo-faciale, d'orthodontie... tout en étant rentables.

Par Georges Blanc

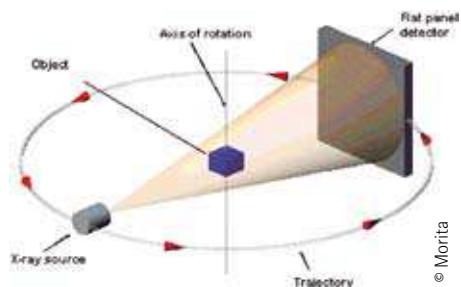


Nous verrons dans un prochain article, les offres potentielles et examinerons ensemble les caractéristiques des principaux challengers. Pour cette fois, restons dans les généralités.

Quelle est la différence de fonctionnement de ces appareils (CBCT) par rapport à un scanner (CT-Scan) ?



Le scanner effectue des coupes linéaires à chaque révolution. Suivant sa précision (résolution) et le champ que l'on souhaitera radiographier, il faudra effectuer un certain nombre de coupes pour un examen.



Le tomographe volumétrique à faisceau conique, que nous appellerons "CBCT" pour faire plus rapide, travaille non plus sur un faisceau RX mince, mais avec un faisceau conique, ce qui lui permettra en une seule révolution de balayer l'ensemble(*) de la zone à radiographier. Avec ce type d'appareils la dose effective administrée au patient est environ 10 à 30 fois inférieure à celle dispensée par un CT-Scan, pour le même examen.

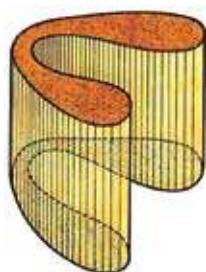
Enfin, le coût d'un examen est un peu plus abordable pour le patient qu'avec un scanner. Il faut compter en moyenne de 80 à 200 €, contre 200 à 380 € pour un scan implantaire (non codifié S.S.).

Il ne faut surtout pas faire d'amalgame trop rapide et réducteur entre ce type d'appareil et un panoramique dentaire, les deux étant tout à fait complémentaires. Nous verrons plus tard les avantages et contraintes d'un examen dentaire 3D.

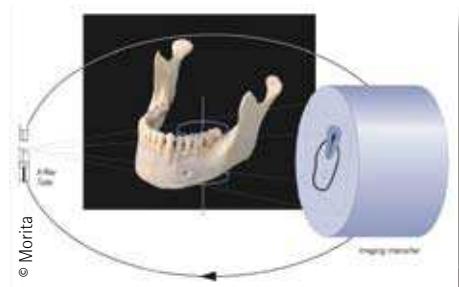
(*) L'ensemble de la zone à radiographier, ne veut pas forcément toujours être l'ensemble des structures dentaires. Car bien des examens de ce type ne nécessitent pas d'irradier l'ensemble de la denture et des structures s'y rapportant. D'autre part, certains appareils de cette catégorie ne le permettent pas.

Avec notre CBCT, nous allons radiographier un patient. Tout d'abord, le positionnement, bien que très important, n'est pas aussi pointu et critique pour la qualité du résultat que sur un panoramique.

La raison est extrêmement facile à comprendre : avec le panoramique, nous travaillons sur une épaisseur de coupe tomographique de quelques millimètres au niveau antérieur et de quelques centimètres au niveau postérieur.



Avec notre CBCT, nous travaillons dans l'espace, et n'avons pas les mêmes contraintes de profondeur de coupe limitée, ni de chevauchement des structures (ex: de la voûte palatine avec les apex du bloc incisivo-canin...).



Une fois notre patient positionné, nous préparons l'informatique à une acquisition. La première chose à faire étant de déterminer une zone d'examen (le champ).

Ensuite, la résolution des images virtuelles. Il faut bien avoir à l'esprit, pour travailler en 3D, et même pour le praticien "correspondant" qui demandera ce type d'examen, que le poids d'un examen est très lourd, en fichier informatique (de quelques dizaines de Mo à plusieurs centaines). Nous ne stockons pas des images, mais des piles d'images qui, reconstituées par calculs, donneront alors des images 3D.

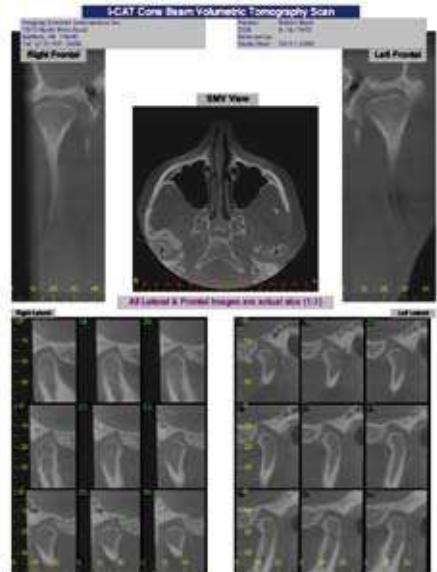
Si vous souhaitez par exemple une résolution de 0,125 mm et l'équivalent du champ 2D d'un panoramique, comptez 500 ou 600 Mo de données.

Votre disque dur de 250 Go, sera alors vite saturé.

Ce qui est nouveau dans l'esprit est donc le **volume** radiographié. Comme on le voit sur l'image ci-avant, il faut donc intégrer une zone d'examen dans ses prescriptions.

Ce qui va être également très inhabituel, c'est le résultat obtenu. Il n'est pas question ici de se contenter de récupérer une ou deux images radiologiques.

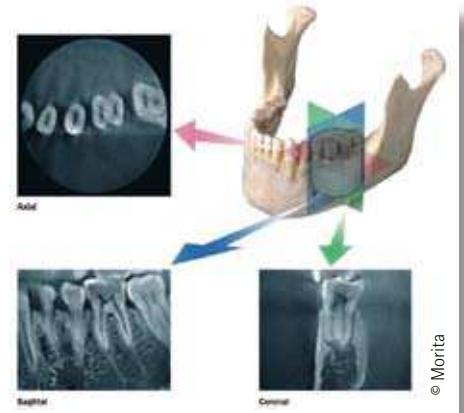
Soit il est possible d'éditer une planche constituée de plusieurs vues, comme vous en recevez lors d'examens avec scanner.



© Imaging Sciences

Soit vous recevrez (si vous n'êtes pas équipé du CBCT et de sa station de travail) un fichier informatique, sous forme de CD ou DVD. Bien entendu, il est techniquement possible d'envoyer le tout par email, mais bien souvent les envois sont limités à quelques Mo par email, reste alors la solution de serveur FTP. Les radiologues utilisent le DICOM, système de transcription et d'envoi d'imagerie médicale par le Net, mais ce protocole nécessite la détention de licence à un coût non négligeable, ou de travailler avec des versions limitées.

En restant pragmatique, vous pourrez recevoir ou envoyer le fichier d'examen sur CD ou DVD, en joignant avec, "un Viewer", une "Visionneuse" qui permettra au correspondant, sans disposer du logiciel d'application spécifique (à souvent plusieurs dizaines de milliers d'Euros) de pouvoir déplacer des lignes de coupes dans les trois axes X, Y et Z.



© Morita

Vous pouvez voir une mini vidéo du résultat obtenu, sur le site "www.foxy-ed.fr" rubrique 17

ERGO Pratic

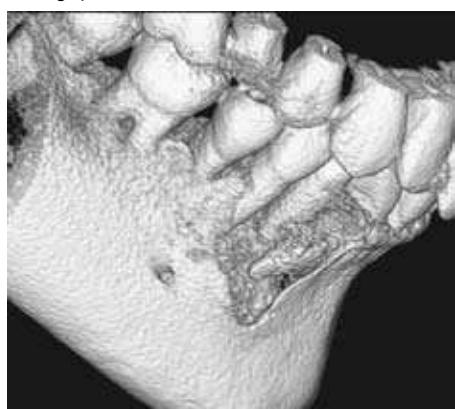
"Articles rédactionnels" "page suivante".

Voici un écran de visualisation classique d'un fichier images 3D, où vous pourrez déplacer la ligne de coupe dans l'une des trois fenêtres des plans : Axial, Coronal et Sagittal.



© Planmeca

Il est également possible de lancer une reconstitution en pseudo 3D, à partir des images radiologiques.



Mais dans la plupart des cas, cela ne sert à rien au niveau du diagnostic, sauf exception (ATM, Traumato ou Ortho, ORL,...).

Quelques informations sur les CBCT

◆ Ce type d'appareil peut réaliser suivant la taille des coupes que l'on aura programmé, de **100 à 600 coupes en une seule rotation !** Cerise sur le gâteau, l'émission de rayons X n'est pas continue mais pulsée, ce qui veut dire que, par exemple, pour une rotation sur 360° de 20°, on aura un temps de rayonnement effectif de seulement 3,5°. C'est ce qui explique l'énorme facteur de différence avec le CT-Scan.

◆ La taille des coupes peut être déterminée par avance en fonction du type d'examen à pratiquer. On n'aura pas les mêmes exigences en implant et en ortho. En fonction de la qualité des appareils et de la taille de leurs voxels, on obtiendra des résultats de 2 à 4 paires de lignes / mm.

◆ Les types de capteurs d'images ne sont pas les mêmes pour chaque appareil. Certains utilisent la technique de l'amplificateur

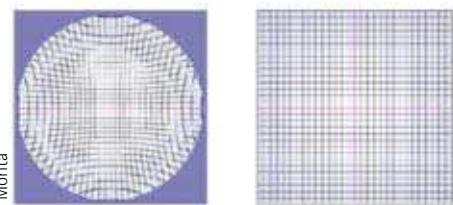
de brillance (bien connue pour la "scopie" sur les tables d'examen des radiologues), d'autres des capteurs plats (avec différentes technologies là aussi). Chacune ayant ses avantages et inconvénients, bien entendu !



© Precise Optic

◆ **L'ampli de brillance** (inventé en 1950) est un tube à vide avec des besoins en haute tension, une cible légèrement bombée provoquant des distorsions, qu'il faut corriger informatiquement, ce qui rallongera les temps de calculs d'images. Enfin, il nécessite de régulières recalibrations et son volume est également très important.

Son principal avantage est une très grande sensibilité lumineuse, ce qui permet de travailler avec de faibles doses de rayons X.



On voit ici (de manière un peu exagérée, il faut le reconnaître) les distorsions que peut générer un ampli de brillance.

◆ **Les capteurs plats**, soit CCD, C-Mos ou en Silicone Amorphe. Ils utilisent "un peu" la technique du capteur de votre appareil photo, à ceci près qu'ils peuvent atteindre des tailles de plus de 20 cm ! Et que le coût d'un de ces joujoux vous permettrait d'acheter un bon paquet de Nikon D2Xs.



© Varian

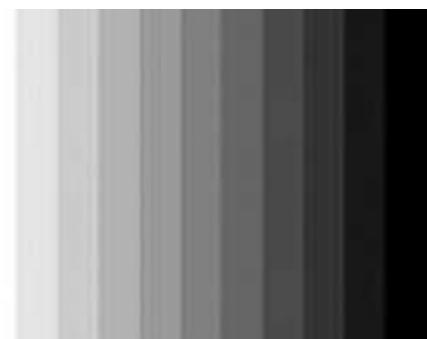
◆ **Le tube à rayons X**, et ce qui va autour, est aussi important que pour un panoramique dentaire classique. On regardera donc aussi ses caractéristiques, son foyer, son alimentation, etc.

◆ **Les niveaux de gris** : un CBCT, tout comme un scanner est capable d'enregistrer une multitude de niveaux de gris, beaucoup plus que l'œil humain est capable d'en distinguer. Un CBCT qui fonctionne en 12 bits, par exemple, est capable de restituer 4 096 niveaux de gris par voxel !



© Imaging Sciences

A quoi cela sert-il, vu que nous n'en distinguons qu'une trentaine ?



© Georges BLANC

Le but est de créer d'énormes distinctions entre les différents tissus, de manière à les isoler le mieux possible. Les systèmes d'imagerie de ces appareils offrant la possibilité de déplacer une "fenêtre" de visualisation de quelques dizaines de niveaux de gris, que l'on pourra monter ou descendre (un peu comme un ascenseur) entre la densité minimum et maximum. On verra alors apparaître ou disparaître par exemple les tissus osseux, pour laisser place aux tissus mous.

Cette possibilité n'est pas seulement apportée par l'informatique et ses bits de cryptage, mais résulte aussi de la qualité de la chaîne de génération des rayons X et de la qualité et précision des capteurs qui recueillent les données de l'irradiation du patient.

Le nombre de bits de cryptage des niveaux de gris dans un système d'imagerie médicale (à ne pas confondre avec celui des pixels ou voxels) est donc primordial pour affiner les diagnostics. On trouve aujourd'hui des appareils offrant un cryptage sur 14 bits, soit 16 384 niveaux de gris ! On constate que les

La meilleure façon pour



un cabinet dentaire d'obtenir ses 3 étoiles?

Faire comme les grands chefs, n'utiliser que les meilleurs produits!



Prise de teinte VITA

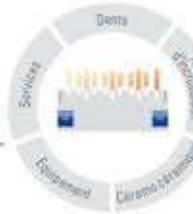
Communication de la teinte VITA

Reproduction de la teinte VITA

Contrôle de la teinte VITA

Un système clair

Vita System



3D-Master

VITA

Pour une reproduction parfaite de la teinte définie, la transmission intégrale des données au laboratoire est tout aussi importante que la définition proprement dite de la teinte. Tout malentendu génère des retouches coûteuses et inutiles. Pour décrire la teinte de base, nous conseillons le schéma de communication. Pour l'analyse des effets ou des détails, une photo numérique est d'après nous indispensable. Le lo-

giciel du VITA Easyshade comporte un dispositif permettant d'avoir toutes les données sur une feuille - une recette de couleur pour le laboratoire. A partir de ces informations, le prothésiste réalisera sûrement et rapidement une restauration qui s'intègrera harmonieusement dans la dentition résiduelle. Vos patients seront enchantés. D'autres informations sur www.vita-zahnfabrik.com

ERGO Pratic

2 bits de cryptage supplémentaires multiplient par 4 les niveaux de gris !

Il va de soi qu'on ne peut également prétendre réaliser des interprétations d'images radiologiques correctes avec un moniteur informatique bon marché.



© Planmeca

◆ **L'informatique et le traitement d'images** : c'est une grosse part des réflexions, avant l'achat d'une machine. Combien de temps prend une reconstitution d'image ? Le tracé d'une incidence tomographique ? D'un rendu en 3D-VR (ce que j'ai dénommé tout à l'heure la pseudo 3D) ? Le temps de sortir l'impression d'une planche d'images ?



© Imaging Sciences

◆ **L'ergonomie du logiciel, et les possibilités d'interopérabilité** avec des logiciels de tierce partie ? Comme ceux de Nobel Guide, Simplant, Dolphin, ou de la plupart des fabricants d'implants,... Logiciels permettant le positionnement précis d'implants et la réalisation externalisée de gouttières et de guides de perçage... Pour les orthos, les logiciels de tracés, etc.

◆ **Les possibilités et facilités de mesures** de tout objet radiographié. Il est en effet possible de mesurer n'importe quel objet, dans n'importe quelle direction (racine, os, kyste,...).

◆ **Les possibilités d'exportation** de fichiers 3D ou de séries d'images 2D, à des tiers par CD, DVD ou par le Net.

◆ **La question de la maintenance, des mises à jour**, et de l'assistance.

20 Soit pas mal de questions !

Nous y verrons un peu plus clair dans la suite de cet article, où nous tenterons d'explorer les caractéristiques des quatre ou cinq principaux matériels proposés en France.



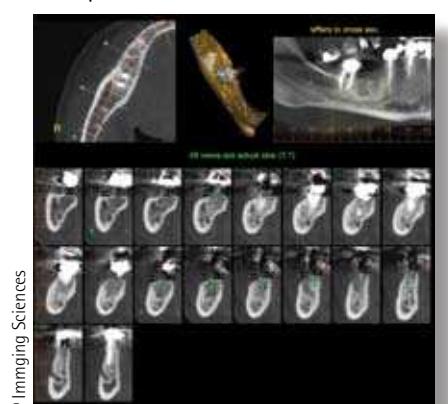
© NewTome

Continuons à explorer les possibilités de ces CBCT, parfois aussi appellés "CBVT" (Cone Beam Volumetric Tomography).



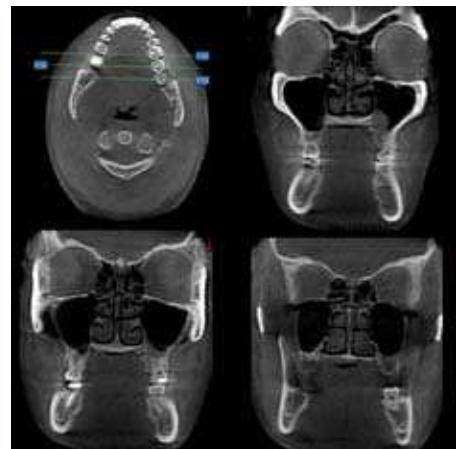
© Planmeca

La reconstitution 3D donne des possibilités immenses et encore extensibles, d'obtenir une multitude d'explorations et de résultats, tout en ayant libéré le patient, et en manipulant ensuite informatiquement les données acquises lors de l'examen initial.



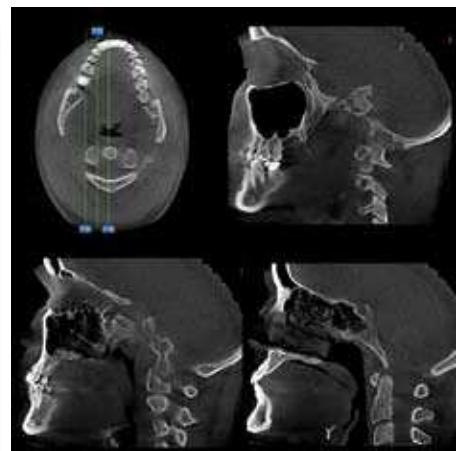
© Imaging Sciences

Par exemple, il est possible de tracer des coupes axiales (cross sectionals) et d'obtenir quasi immédiatement les résultats sous forme d'images individuelles.



© NewTome

Ou bien des coupes coronales à n'importe quel niveau souhaité et dans la définition et l'épaisseur adéquates.



© NewTome

Enfin, des coupes sagittales, avec une simplicité enfantine, et des coupes en toutes incidences sur les ATM. Ici, nous pouvons comparer le résultat obtenu avec un CBCT à celui obtenu en réalisant une coupe tomographique avec un appareil réalisant des coupes spirales (même genre avec des coupes dites "transcan" réalisées sur une panoramique adaptée).



© Morita

De la reconstitution 3D-VR (Virtual Reality) si le besoin s'en fait sentir, et que l'on a un peu de temps à passer.

Tomographe volumique

technologie cône beam
dédié dento maxillo facial



CBCT

NewTom 3g

Le plus grand champ
Le moins irradiant

La dose de rayons X s'adapte automatiquement à la densité du sujet

L'intégralité du volume radiographié lors de l'acquisition unique est ensuite disponible afin de reconstruire tous les secteurs (max, mand, atm, sinus ...). Dans cette reconstruction des outils de coupe permettent d'obtenir tout type d'images dans tous les plans. La résolution est au mieux de 0,1mm pour les recherches les plus fines.

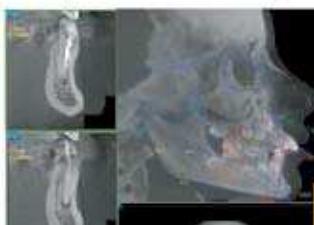
Les sélections d'images obtenues peuvent être envoyées au format Dicom 3.0 ou JPEG par réseau, serveur FTP, CD ou DVD...

* sur champ de 30 cm chez l'enfant et la femme

Une seule acquisition
3,6 s d'exposition*
moins de 1 mGy*



Compatibles avec tous les logiciels d'assistance à l'implantologie (Nobel, Simplant, CadImplant...)



Pathologie
Implantologie
Orthodontie
ORL



spécial cabinet dentaire

sortie de la
version debout
grand champ

Distribué par:

SITech
Les Payas
38970 Pellafol
04 76 96 31 09
06 99 56 69 24
Info@sitech.fr
www.sitech.fr



Concept Attente

Le meilleur système de communication en salle d'attente
Fonctionne maintenant en interactif ET en boucle !



Système complet
avec écran 16 / 9 Haute définition en 32 ou 42"

Plus de 50 Modules, dont 3 personnalisés
Plus de 4 000 images + des vidéos
800 H de développement
Plus de 3 H 30 de contenu
100 % de clients satisfaits



- Présentez votre équipe.
- Valorisez vos compétences et vos structures.
- Démontrez vos protocoles d'hygiène et de stérilisation.
- Rassurez vos patients.
- Démarquez-vous.
- Expliquez le "B.A. BA" des différents sujets dentaires, sans nuire à votre productivité.
- Donnez une image de praticien moderne et soucieux du bien-être de vos patients.



FOXY études & développement



Soyez en phase avec le monde extérieur
COMMUNIQUEZ !

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

www.foxy-ed.fr

Vos retombées seront sans communes mesures
avec votre investissement

ERGO Pratic

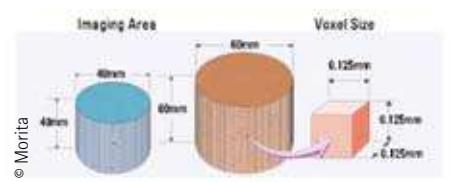


En ce qui concerne le traditionnel "panoramique dentaire", l'affaire est un peu plus corsée !



Le cliché panoramique classique, souvent encore appelé "orthopantomogramme" par les praticiens un peu compliqués, date tout de même de 1954 !

Pour obtenir un panoramique "nouvelle méthode" issu de calculs 3D, il ne suffit pas de faire tourner la machine et de mettre le nez sur l'écran.



En effet, vous disposez d'un bloc de données dans l'espace, et pouvez en faire ce que vous en souhaitez. Premier avantage notable, ici il n'y aura jamais de problème de projection de l'Atlas et de l'Axis perturbant la lecture du bloc incisif. Ensuite, il vous faudra déterminer la trajectoire de coupe (tout cela, je le représente, avec le patient libéré depuis longtemps) **et** l'épaisseur de la coupe !

Vous devenez donc dessinateur, et avec la souris, vous tracerez le cheminement de votre tomographie sur l'arcade dentaire de la vue axiale (le plan occlusal) et programmerez l'épaisseur de votre "tranche" d'image dans l'espace.



Rien ne vous empêchera de programmer différentes épaisseurs de coupes (comme c'est le cas ci-dessus) ou une trajectoire pour la mandibule et une autre pour le maxillaire.

Mais ces beaux clichés ne peuvent pas toujours être obtenus tels qu'ils se présenteraient avec la "bonne vieille pano".

Pour comprendre, il faut regarder de plus près le petit schéma des deux cylindres que vous venez de passer. Vous constaterez que suivant l'appareil que vous avez acquis, le "volume" contenu dans le cylindre virtuel n'est pas toujours suffisant pour contenir toutes les structures dentaires, avec en plus les branches montantes de la mandibule, jusqu'aux ATM et cavités glénoides, ce que l'on appelle "un pano".



La taille du cylindre virtuel d'examen est déterminée par la taille du capteur.

Petit capteur = Petit champ

Le temps passé et le coût final de l'examen n'auront pas de rapport non plus. Par contre, l'interprétation en sera très considérablement améliorée, dans la mesure où l'on aura exploré plusieurs plans (même si on ne les a pas sortis informatiquement ou en impression).

Il faut garder à l'esprit en permanence, que la 3D est capable de donner beaucoup plus d'informations qu'une radio classique, **mais elle peut également faire passer à côté de pas mal de choses** si on ne place pas ses coupes aux bons endroits et que l'on n'explore pas suffisamment en profondeur "les alentours".

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

Nota : retrouvez le programme 2007 des conférences d'une demi journée sur la radiologie dentaire en 3D en dernière page de la rubrique "Au fil du temps" de ce numéro.



« Innovation pure »



Diagnostic amélioré, visualisation précise de l'anatomie grâce à l'imagerie tridimensionnelle. Planmeca ProMax 3D vous donne à voir le futur sous son plus beau jour. Des formes lisses, des lignes épurées et un faible encombrement sont quelquesunes des solutions techniques innovantes de la nouvelle génération. Le caractère exceptionnel de l'unité Planmeca ProMax 3D tient au fait qu'il est évolutif ; le module d'imagerie 3D s'obtient par une simple mise à jour de la radio numérique Planmeca ProMax. Avec le Planmeca ProMax 3D, les imageries numériques panoramique, céphalométrique et 3D sont accessibles grâce à un seul appareil de radiologie ingénieux. Croyez-en vos yeux.



8x8



8x8



PLANMECA
ProMax 3D

L'Excellence

PANORAMIQUES
NUMÉRIQUES



Direct par CCD T.H.R.

CRANEX D



SOREDEX



Numérique par ERLM, procédé des radiologues

CAPTEUR SANS FIL



OPTIMÉ

DigORA

PCT



**CRANEX
TOME**



BESSERAT DENTAIRE SERVICES

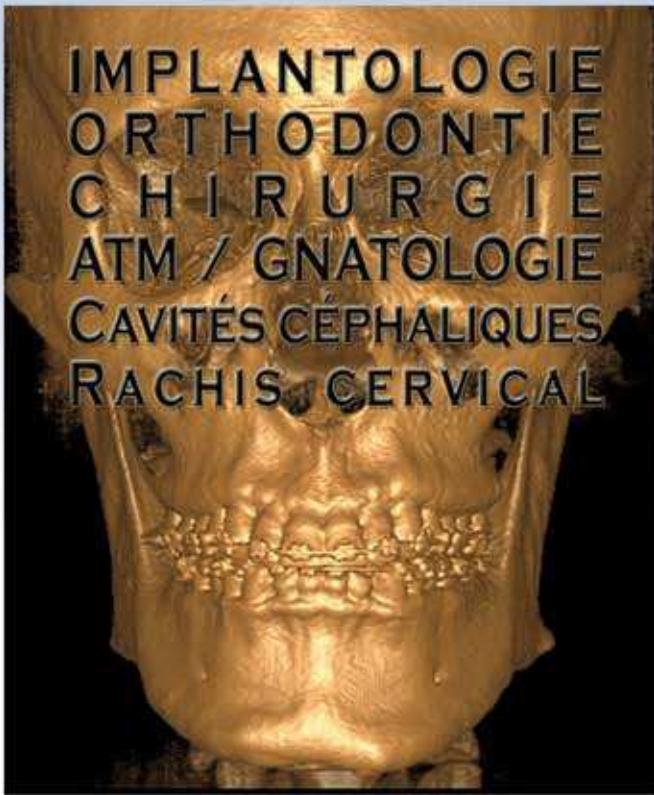
147, rue Manin - F-75019 PARIS
Tel. +33 1 44 520 956 - Fax : +33 1 42 002 358
contact : jacques.besserat@ariseus.com



medical universal®
31, rue du Repos 69007 LYON
Tel. +33(0)4 78 699 406
Fax +33(0)4 78 734 463
www.m-u.fr ; mu@m-u.fr

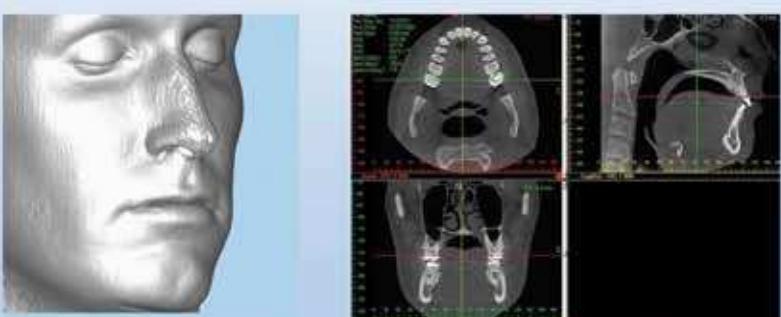
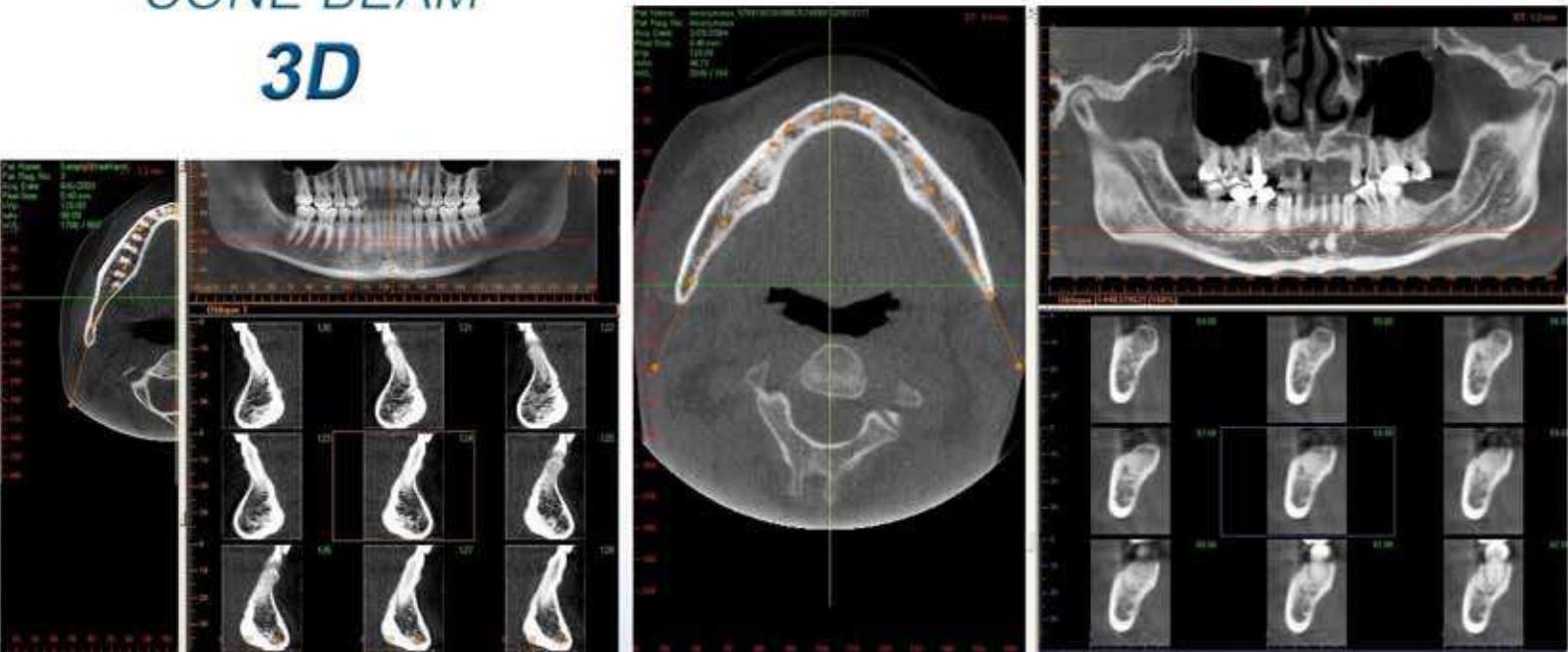
TOMOGRAPHIE SPIRALEE

Radiologie Numérique



i-CAT™
“CONE BEAM”
3D

+ Précis - De Dose



LA DENT EN MOUVEMENT Paro

Fin du traitement actif

Figure 1
Traitement parodontal et orthodontie



Patiante de 50 ans à la première consultation (parodontite chronique de l'adulte). (b) Même patiente un an après traitement parodontal. Noter la fermeture « spontanée » du diastème 11/21.

(c) Patiente de 39 ans à la première consultation et (d) après traitement parodontal suivi d'un traitement orthodontique.

26

La décision de mettre fin au traitement actif est basée essentiellement sur le principe suivant : Le traitement actif est terminé lorsque les objectifs fixés en commun avec le patient au début du traitement sont atteints. Par conséquent, les critères de fin de traitement actif doivent être fixés dès le début de la thérapeutique.

Critères de fin de traitement actif

■ Critères du patient

Si seul le confort fonctionnel représente le critère de succès, pour le patient, le traitement peut se terminer dès la fin du bilan parodontal puisque les symptômes associés aux pertes d'attache actives (saignements, halitose, douleurs, mobilités, suppurations, migrations) auront dû être diminués - voire supprimés - par le traitement anti-infectieux (Gaumet et coll., 1999). Dans ce cas, les soins locaux ne devront pas être interrompus faute de quoi la pathologie est à très fort risque de décompenser (surtout pour les parodontites agressives). Cependant, si des soins et/ou des prothèses sont nécessaires, ils ne pourront pas être réalisés dans de bonnes conditions de sécurité. Enfin, le patient et/ou le praticien peuvent décider de terminer le traitement actif pour des raisons non médicales souvent personnelles (comme la situation financière par exemple).

■ Symptomatologie fonctionnelle

■ Mobilités

Lorsque les gains d'attache sont maximaux, les mobilités en rapport avec les pertes d'attache sont souvent très fortement diminuées, voire arrêtées (Kerry et coll., 1982). Cependant, la présence d'éventuels trauma occlusaux peuvent expliquer que des mobilités subsistent alors que les critères objectifs de gains d'attache sont présents. Les mobilités résiduelles peuvent également être dues à des lésions endodontiques actives, des fractures, des fêlures, etc. Dans ce cas, il faudra évidemment les prendre en charge.

■ Saignement

Même si le saignement au brossage disparaît très rapidement (une semaine en général après le début du traitement anti-infectieux), le traitement actif ne peut être considéré comme terminé que lorsque la totalité des lésions ne saignent pas à la stimulation.

● Migrations

Un grand nombre des migrations (le plus souvent les versions et moins souvent les extrusions) sont partiellement ou totalement réversibles (Gaumet, et coll., 1999) (Figures 1a et b). Si les migrations persistent, le recours à l'orthodontie évite très souvent les extractions et donc les prothèses (Figures 1c et d).

● Suppurations

Les suppurations d'origine parodontale doivent être supprimées pour considérer que le traitement actif est terminé (Herrera et coll., 2000). Même s'il s'agit d'une suppuration d'origine endodontique, il faudra les prendre en charge puisque ces dents représentent des réservoirs bactériens potentiels qui peuvent être responsables d'une récidive (Adriaens et coll. 1988).

● Halitose

L'halitose parodontale disparaît quelques jours après la mise en place des soins locaux.

● Récessions gingivales

Lorsque les gains d'attache sont maximaux, les récessions gingivales ne doivent plus évoluer. La réalisation d'une épithèse gingivale permet dans certains cas de résoudre, au moins de manière transitoire et à peu de frais, les problèmes esthétiques (Figures 2).

● Tassements alimentaires

Les tassements alimentaires interdentaires sont gérés par l'usage de brossettes interdentaires.

■ Signes radiologiques

Il existe des critères radiologiques objectifs de gains d'attache ou de consolidation des tissus parodontaux profonds (Jeffcoat, 1995). Ce sont principalement la ré-apparition des lamina dura au niveau des crêtes interproximales et le comblement "spontané" des lésions verticales (Figures 3).

■ Signes microbiologiques

L'analyse de la flore par la microscopie à contraste de phase et/ou par les sondes nucléiques doit indiquer que la flore est compatible avec la santé parodontale avant de libérer le patient.

■ Signes biologiques

Si une vitesse de sédimentation, une leucocytose, une élévation des protéines de la phase aiguë de l'inflammation sont associées à une pathologie parodontale évolutive, le traitement parodontal actif ne sera pas terminé tant que ces signes biologiques subsisteront (Ebersole et Cappelli, 2000).



Bilan de fin de traitement actif (Charon et Mouton, 2003)

Le bilan parodontal de fin de traitement actif est semblable à celui réalisé au cours de la première consultation. Il faudra donc procéder à un entretien (qui indique au patient les éléments subjectifs et objectifs de succès), à un examen clinique qui confirme les gains d'attache et à des examens complémentaires (bactériologie, radiologie, biologie) avant de décider que le traitement actif est terminé et que le patient peut être alors assujetti à un programme de maintenance.

Conclusions

Les critères de succès du traitement parodontal actif sont devenus plus complexes que ceux décrits classiquement comme la mise à zéro des poches parodontales, l'élimination du tartre et des dents propres.

Références bibliographiques

Adriaens P.E.C., De Boever R.J. et Loesche W. - Ultrastructural observations on bacterial invasion in cementum and radicular dentin of periodontally diseased human teeth. *J Periodontol* 59 : 493 - 503, 1988.

Charon J. et Mouton C. - Parodontie Médicale. Editions CDP, Paris, 2003.

Ebersole J.L. et Cappelli D. - Acute-phase reactants in infections and inflammatory diseases. *Periodontol* 2000 23 : 19 - 49, 2000.

Gaumet P.E., Brunsvold M.I. et McMahan C.A. - Spontaneous repositionning of pathologically migrated teeth. *J Periodontol* 70 : 1177 - 1184, 1999.

Herrera D., Rodlan S. et Sanz M. - The periodontal abscess : a review. *J Clin Periodontol* 27 : 377 - 386, 2000.

Jeffcoat M.K. - Radiographic methods for the detection of progressive alveolar bone loss. *J Periodontol* 63 : 367 - 372, 1995.

Kerry G.J., Morrison E.C., Ramfjord S.P., Hill R.W., Caffesse R., Nissle R. et Appleberry E.A. - Effect of periodontal treatment on tooth mobility. *J Periodontol* 53 : 635 - 638, 1982.

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

* : Parodontiste, Lille, France

** : Post Graduate in Periodontics, Temple University, Philadelphia, USA

*** : Chirurgien-dentiste, Laval, Québec

Figure 2
Epithèse gingivale



Figure 3
Parodontite agressive - Devenir à long terme



(a) Vue clinique et (b) radiologique d'un patient de 38 ans à la première consultation (1988).

(c) Vue clinique et (d) radiologique du même patient en 2006. La 25 a été perdue (fracture) et remplacée par un implant.

Gestion des ressources humaines et démarche qualité en ODF

(1^e Partie)

Le cabinet du Docteur Alain Souchet se situe au Centre de Mulhouse dans une infrastructure impressionnante de 325 m². Doté d'un équipement informatique à la pointe de la technologie et d'une plateforme clinique idéale, il représente en l'état actuel un Modèle d'Organisation ODF, certes perfectible et en constante évolution, mais dont le praticien peut s'enorgueillir. Le secret de cette réussite : un talent inné de gestionnaire (et oui, cela ne s'apprend pas, l'exercice libéral étant incompatible avec une insuffisance professionnelle en gestion de cabinet), un sens aigu de la délégation administrative et managériale (personnel administratif, gestion des Ressources Humaines, développement organisationnel), et plus que tout, une capacité certaine à anticiper stratégiquement les risques et les opportunités de développement de sa structure clinique et administrative¹. Dans le cadre de son exercice, le Docteur Souchet a aussi rapidement pris conscience que le sens de l'excellence clinique ne suffit pas, et qu'il doit être supporté par une armature administrative et relationnelle indéfectible afin de satisfaire aux besoins et exigences d'une patientèle qui n'a plus le sens de la fidélité indéfectible d'antan !

seur Jean Delaire à Nantes, parcours sanctionné par un diplôme universitaire d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les opportunités d'installation et de développement

« C'est en juillet 1988 que mon aventure orthodontique a commencé, par une première installation à Bordeaux dans un cabinet de groupe de quatre praticiens. Au bout de 2 ans, nous nous sommes néanmoins séparés bons amis car nous n'avions pas la même logique de travail. En Octobre 1990, je m'installe toujours à Bordeaux avec mon confrère Philippe F. Nous nous étions connus sur les bancs de la faculté. Nous avons pratiqué conjointement l'orthodontie exclusive dans un cabinet de 90 m². Il s'agissait en fait d'un appartement qui avait été réaménagé, le couloir faisant office d'accueil, une chambre de salle d'attente, les 2 autres chambres de cabinet avec un fauteuil, et la cuisine de laboratoire. L'équipe a été complétée par une secrétaire. Nous avions décidé de travailler chacun seul sans assistante. L'entente a été parfaite.

En 1991, Philippe F. a désiré voir ailleurs et est parti s'installer en Guyane. Il m'a donc cédé sa patientèle à des conditions très amicales. Progressivement, j'ai étoffé mon équipe par une prothésiste, un assistant-prothésiste, une assistante au fauteuil.

À partir de 1998, c'est moi qui à mon tour ai eu envie de changer de style d'exercice : je me suis rendu compte que mon organisation était approximative, qu'un appartement de 90 m² n'était pas un endroit professionnel adapté. J'étais limité par

la superficie. Plusieurs questions se posaient à moi : par exemple, où mettre la stérilisation, le secrétariat, les stocks..., le local du personnel et sa salle de repos,...

J'étais donc prêt à changer, je voulais ce changement. Il faut avoir le courage de faire ce dont on a l'intuition, faute de quoi, on stagne rapidement. Fin 1999, mon ami Philippe F. est revenu

de Guyane et a éprouvé le besoin de revenir sur Bordeaux. Très rapidement, nous avons trouvé un terrain d'entente : je lui laissais ma patientèle et j'étais donc libre !

Je suis alors parti à la recherche d'un nouvel endroit pour travailler, à l'étranger ou en France, peu m'importait. Mi-février, un coup de téléphone m'informe d'une opportunité sur Mulhouse. Un orthodontiste cédaît sa clientèle, car il désirait partir à la retraite. Je ne connaissais absolument pas l'Alsace. Dans les semaines qui ont suivi mon arrivée, j'ai très rapidement compris le potentiel de cette région. J'ai donc repris la patientèle du Docteur S. qui travaillait dans un local vieillissant de 180 m² avec déjà à son actif une équipe de sept personnes et une patientèle de 500 cas en cours. Nous avons fait affaire et j'ai démarré en août 2000.

Mais mon idée récurrente était de refaire complètement le local professionnel pour le moderniser aussitôt que possible. Dès 2001, j'ai donc finalement fait l'acquisition d'un local professionnel de l'autre côté de la rue de 325 m². J'ai également fait appel à l'architecte Jean-Louis B. avec qui je me suis très bien entendu et en juin 2002, je démarrais dans ma nouvelle structure ! ».

Les fondements d'une infrastructure au service de l'excellence

● La plateforme technique : du concept à la réalité

Le cabinet, réparti sur 325 m², comprend :

- ◆ 1 secrétariat avec comptoir d'accueil
- ◆ 1 salle d'attente avec aire de jeux informatiques pour les enfants (3 consoles + 3 écrans), une connexion internet libre-service pour les patients et accompagnants, 1 écran plasma informatif et pédagogique, 1 écran TV (programmes sportifs)
- ◆ 1 espace secrétariat spécifique avec une pièce de confidentialité
- ◆ 2 salles pour les premiers examens et les cas en attente
- ◆ 1 espace clinique avec quatre fauteuils pour les enfants et un fauteuil spécialisé pour les adultes.
- ◆ 1 espace stérilisation : tous les instruments sont stérilisés, empaquetés, tracés



Docteur Alain Souchet

Présentation d'Alain SOUCHET

Après des études de médecine à Poitiers, le Docteur Alain Souchet a obtenu un certificat d'études spécialisées en stomatologie à Bordeaux dans le service du professeur Michelet. Ensuite il s'est dirigé dans le service du profes-

¹ Le bilan de compétences du praticien en GRH (Gestion des Ressources Humaines) révèle un savoir-faire et des potentialités avérés en « anticipation des risques et opportunités de développement de cabinet dentaire » et « capacité à déléguer efficacement au personnel », respectivement de 7 et 8, sur une échelle psychométrique graduée de 0 à 9. **Module d'évaluation @ ManagerPremier**.



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

- ◆ 1 espace photo pour les photos de portraits
- ◆ 1 espace radiologie : radiologie numérique Planmeca Promax
- ◆ 1 espace laboratoire
- ◆ 1 espace pour les membres du personnel

Tout est complètement informatisé avec 14 postes dotés d'un double écran systématique reliés par un serveur central. Les logiciels utilisés sont actuellement Orthalis pour la gestion courante, Docile XP pour l'imagerie, Dolphin pour les tracés céphalométriques complétés par le logiciel Tridim du Professeur Jean Delaire.



● Le développement informatique : une nécessité organisationnelle

Dès 1991, je me suis préoccupé de l'informatisation de mon cabinet avec le logiciel MB2 de Christian T., complétée par le logiciel Quick-Ceph Image en 1994.

C'est à partir de là que j'ai adopté une constante dans mon exercice dès 1988 qui consiste à réaliser des photos de tous les patients de mon cabinet, peut-être pour me montrer mes progrès en orthodontie et comment les améliorer. C'est aussi pour cette raison que dès 1996 avec l'aide de mon assistante clinique Katia nous avons développé un logiciel d'imagerie Ortholettres permettant d'archiver, classer et retrouver les photos des patients pour en faire des courriers.

Dans un deuxième temps, le logiciel a été amélioré grâce aux renforts d'un programmeur en informatique et de mon ami Jean-Paul G.

C'est là que le logiciel Docile est né, que j'utilise toujours avec les améliorations nécessaires à son évolution.

● La Gestion et le développement des Ressources Humaines² : la rationalisation des postes de travail, la disqualification de la polyvalence clinico-administrative

L'équipe du praticien est constituée d'une Assistante de Direction & de Communication en poste depuis plus de quatre mois (développe-



ment administratif, gestion du réseau de correspondants, assistance en communication interne et externe), Sandrine, de deux assistantes administratives, toutes deux prénommées Fabienne (la première plutôt dédiée au secrétariat médical, la seconde plus axée sur la gestion, la précomptabilité et le suivi des dossiers patients, les deux étant bien entendu formées à la prise en charge autonome et opérationnelle du secrétariat ODF), et deux assistantes cliniques exclusives, Annie & Marie, qui seront prochainement secondées par une troisième assistante clinique (appel à candidatures !).

Le secret de leur réussite consiste dans un encadrement et un sens du Leadership certains de la part du Docteur Souchet, qui peut paraître sous certains angles comme un Praticien-Manager autoritaire.

² L'équipe du Docteur Souchet se présentera à vous (poste de travail, parcours, satisfactions, difficultés, ambitions,...) dans le prochain numéro de Le Fil Dentaire, mars 2007, à la Rubrique « Ressources Humaines » !

● Le souci de l'optimisation des compétences cliniques : formation continue interne & externe

La formation continue a été un des principaux moteurs de ma progression : depuis 1988, j'assiste systématiquement au congrès de la SFODF en France complété par le Congrès américain AAO une année sur deux.

De nombreuses formations spécifiques complètent mon programme. Par exemple, en 2006, j'ai participé à 21 jours de formations diverses en dehors du cabinet.

Cette démarche pédagogique nécessaire est assortie d'une lecture quotidienne d'articles scientifiques via des revues spécialisées ou sur Internet.

● Modalités d'exercice clinique : spécialités et orientations, l'avenir maîtrisé

Au niveau clinique, je traite les enfants comme les adultes. Dès 1990, j'ai très vite compris l'intérêt d'utiliser les brackets autoligaturants et les arcs à mémoire de forme : j'ai utilisé successivement les brackets Activa, puis dès 1996 les brackets Speed, ce qui à l'époque était assez original. Le gain de temps au fauteuil était évident. Parallèlement, dès 1990, j'ai fait régulièrement des adultes en technique linguale. Mais là, c'était beaucoup plus difficile.

Depuis mars 2005, je pratique la technique linguale Incognito et j'ai actuellement près de 45 cas en cours, complétés par quelques cas en technique Invisalign. Mon orientation vers l'orthodontie adulte est très nette, ce qui naturellement m'oriente vers un exercice pluridisciplinaire avec le dentiste traitant, pour trouver des solutions parodontales, dentaires, prothétiques, et implantologiques.

Je suis naturellement de par ma formation en relation avec des chirurgiens maxillo-faciaux pour les cas de chirurgie orthognathique.



Borne d'accueil
Sandrine M. et Fabienne K.

Ressources Humaines



Le sens de la démarche qualité

Le cabinet du Docteur Souchet offre une importante palette de services cliniques, administratifs et relationnels de Qualité à sa patientèle, constituée de profils socioprofessionnels très disparates. Il est en France l'un des rares cabinets spécialisés en Orthopédie dentofaciale à avoir obtenu la certification AFAQ-AFNOR, en octobre 2006 (<http://www.afaq.org/certification=274451158314>). Il doit cette consécration non seulement à son niveau de compétences cliniques qu'il n'a de cesse de réactualiser et développer (nombreuses formations, séminaires et Congrès suivis avec ses assistantes, ou faisant l'objet d'une formation ou communication interne), ainsi qu'à son niveau de compétences managériales et organisationnelles acquises. Il le doit également et en grande partie à la mobilisation et la motivation sans faille de l'ensemble des membres de son équipe.

En effet, il n'y aurait pas eu de Démarche Qualité envisageable sans une Politique rationnelle et optimale de Gestion de ses Ressources Humaines, ni sans une vision globale, stratégique et proactive des perspectives de développement de son cabinet.

Le choix de la démarche Qualité : pourquoi la certification ?

En 2003, j'ai voulu savoir si mon organisation clinique était bonne ou pas :

- ◆ est-ce que mon cabinet était aux normes ?
- ◆ est-ce que la patientèle était satisfaite du service rendu ?
- ◆ est-ce que la qualité des traitements était au rendez-vous ?
- ◆ est-ce que la sécurité sanitaire était bonne (stérilisation et traçabilité) ?

J'ai donc rencontré un confrère, le Docteur D., orthodontiste en Vendée qui avait fait en solitaire la démarche ISO 9001. Il m'a expliqué que cette démarche avait permis d'optimiser rationnellement et de manière pérenne son organisation clinique, en instaurant une traçabilité pour l'ensemble des procédures et protocoles mis en place.

La mise en œuvre : les raisons du premier échec.

J'ai opté pour la certification **AFAQ/AFNOR ISO 9001:2000**. Le but du jeu est d'écrire ce que l'on fait et de faire ce que l'on a écrit. J'étais seul dans mon cabinet à vouloir effectuer cette certification, car nous n'avions mis en place aucune démarche préalable en **Gestion des Ressources Humaines**, ce qui n'est pas du ressort d'un processus certificatif qui « valide » ou « corrige », mais ne saurait prendre en charge la gestion du personnel.

Puis il faut écrire dans un « Manuel Qualité » toute l'organisation du cabinet, toutes les procédures, tous les dysfonctionnements, et faire des réunions stratégiques avec le personnel. L'équipe n'était pas prête, et le temps consacré à la rédaction était énorme, aux dépens de la bonne marche du cabinet et de sa rentabilité. J'ai donc compris qu'il fallait que l'équipe soit motivée : il fallait mettre en place au préalable une véritable politique de communication interne, et pouvoir fédérer l'ensemble des membres du personnel dans cette aventure ; je devais apprendre à mieux assumer mon rôle de **Directeur des Ressources Humaines**, et ne pas fonctionner uniquement en tant que gestionnaire et technicien !

Je me suis aussi dit qu'une personne externe au personnel serait dédiée exclusivement et à temps complet à cette tâche de régulation et d'informatisation des protocoles. J'ai donc intégré dans le cabinet un praticien spécialisé en orthodontie et en informatique, afin de nous aider à parfaire cette implémentation de données. Nous avons également passé lui et moi tout l'été afin de (re)vérifier l'ensemble des procédures du cabinet sur le fond, comme sur la forme, en validant les rédactions avant de passer l'audit final de certification en septembre 2006.

La remise en question : notre conduite du changement.

Si au premier essai en 2003 l'équipe n'était pas prête, en 2006, déterminés, (re)fédérés, impliqués, les membres de mon personnel se sont véritablement investis dans la démarche. C'était devenu une épreuve, certes, mais qu'il fallait réussir pour éléver la qualité du cabinet. D'un ensemble de contraintes, nous sommes parvenus à l'idée de relever un challenge, un défi. Et puis, il a fallu reconstituer une équipe en rationalisant les postes de travail (en bananissant de notre organisation le concept de « polyvalence », en particulier en ne demandant pas à une assistante dentaire d'assumer des responsabilités administratives), en recrutant une assistante de direction, une sorte d'Office Manager, afin de seconder l'équipe des assistantes administratives et secrétaires. En somme, que chacun soit mis à profit là où il est le meilleur. Cela a donc pris du temps, certes, mais tout le monde a fini par y trouver « son compte ».

C'était ça le but : faire comprendre à chacun des acteurs du cabinet, pris individuellement, ce qu'il allait en retirer, dans le cadre de l'exercice de son travail, et l'impact indirect que cela aurait sur la patientèle et l'image du cabinet.

La réalisation de nos objectifs : la certification, et après ?

En octobre 2006, l'audit de certification a été couronné de succès, et nous avons obtenu la norme **AFAQ/AFNOR ISO 9001:2000** le 1^{er} octobre 2006.

Il faut continuer dans ce sens-là. Contrairement à un diplôme qui sanctionne des études et qui est très ponctuel, la démarche qualité va continuer en permanence et en continu :

- ◆ pour chaque entrée de nouveau matériel, il faut (ré)écrire les procédures
- ◆ pour chaque changement de personnel, il faut réexpliquer les procédures et remettre à plat les dysfonctionnements.....

La démarche qualité est comme un organisme vivant, une entité à part entière qui évolue avec les normes de sécurité, d'environnement, et les exigences de qualité de la patientèle.

La démarche de certification : des normes arbitraires ?

Que répondez-vous à ceux qui disent que la certification relève de normes arbitraires qui n'ont pas été édictées et validées par la profession elle-même ?

Je répondrais que c'est avant tout une démarche complètement volontaire, une décision que personne ne saurait prendre à votre place. L'une des critiques actuelles est de dire que les normes de qualité ont été édictées par les certificateurs eux-mêmes et non par la profession. Effectivement, c'est recevable, mais ces pionniers ont réalisé un travail remarquable et ont attiré notre attention sur ce que l'on sait déjà et que dont on ne veut pas encore prendre conscience : le jour où les normes européennes, les services sanitaires et les médias vont s'intéresser de près à la qualité des soins, à la sécurité sanitaire (stérilisation parfaite, traçabilité etc.), il sera encore plus difficile de se mettre aux normes dans l'urgence.

Pour en savoir plus:

Gestion des Ressources Humaines des Cabinets Dentaires : développement managérial, formation interne, interventions en cabinet.

Rodolphe Cochet

7, rue Nicolas Houel - 75005 Paris

Tél. : 01 43 31 12 67

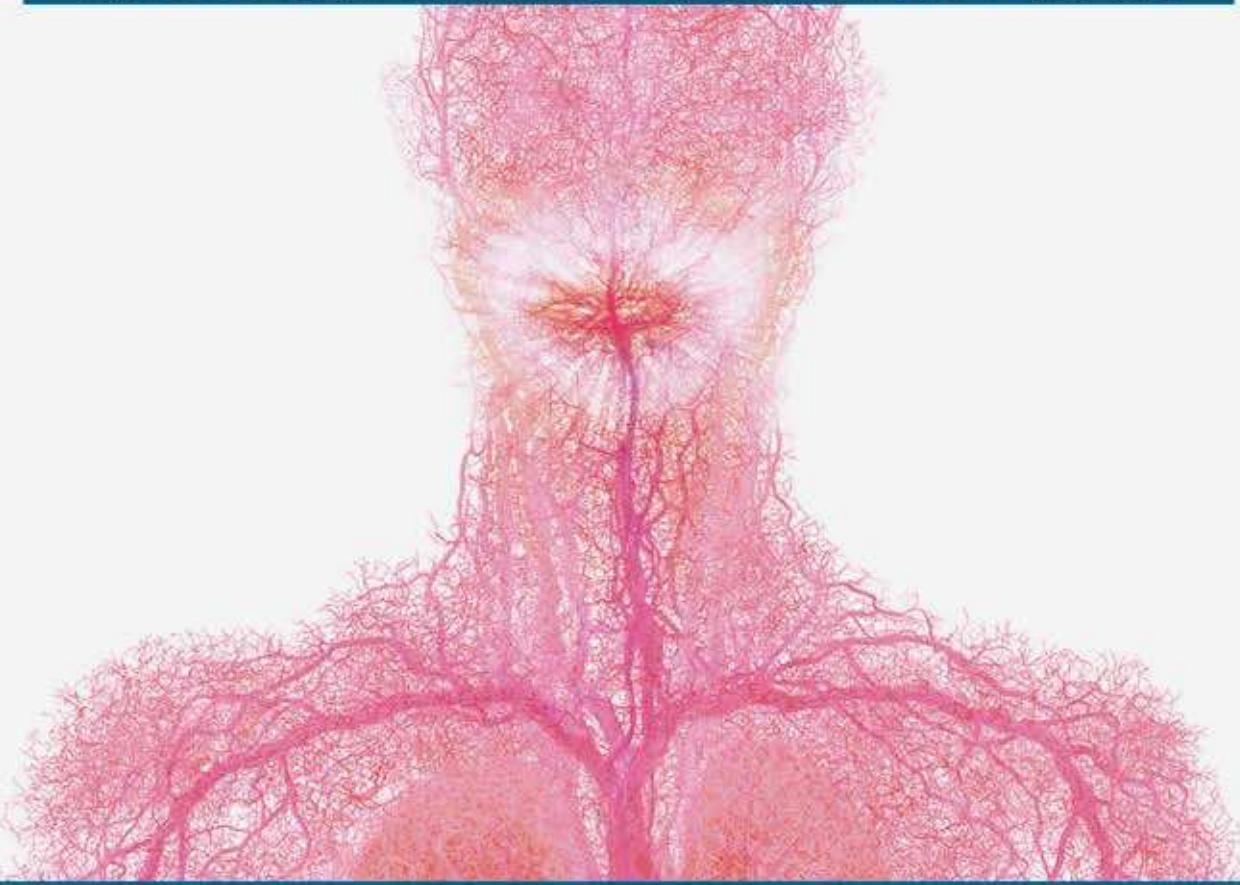
www.rh-dentaire.com

info@rh-dentaire.com



SUNSTAR

UNE NOUVELLE VISION DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE



McCormick Santé - SUN Inst 07

“Les bactéries résiduelles présentes dans la bouche peuvent, par l’intermédiaire du flux sanguin, migrer dans l’organisme.”

Sunstar Foundation : Conférence internationale sur les liens entre la santé bucco-dentaire et l'état général. Genève, décembre 2002.

Information et sensibilisation

La santé buccale a un impact majeur sur l'état de santé général et la qualité de vie. Des études internationales* montrent que les bactéries parodontales ne sont pas confinées dans la bouche. Au contraire, elles peuvent passer dans le sang et circuler dans tout l'organisme, avec des conséquences possibles sur l'état de santé général.

La prévention joue un rôle essentiel

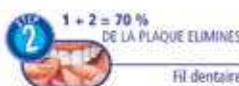
Depuis plus de 80 ans, Sunstar, sous les marques GUM® et BUTLER®, développe des produits d'hygiène bucco-dentaire de très haute qualité qui sont indispensables pour une prévention efficace, complète et ciblée.

Promotion et coopération

En plus de promouvoir différentes initiatives d'éducation sur l'hygiène bucco-dentaire, la « Sunstar Foundation Supporting Oral Health » a toujours travaillé avec des chercheurs et professionnels de la santé dentaire pour le développement d'études sur les corrélations entre la santé bucco-dentaire et la santé générale.

Parce que prendre soin de sa bouche, c'est prendre soin de sa santé

* The 2000 Periodontal-Systemic Condition: A State-of-the-Science Symposium organized by AAP and NIDCR. The 2001 Sunstar Foundation/WHO-Closed Symposium on Periodontal Medicine: Health Policy Implications. The 2004 Symposium on Contemporary Periodontology: Host-Pathogen Relationships in Health and Disease.



EN PHARMACIE ET PARAPHARMACIE

SUNSTAR

GUM

HEALTHY GUMS FOR A HEALTHIER LIFE.

BUTLER

SUNSTAR PHARMADENT
16, rue Baudin
92593 Levallois-Perret Cedex

www.sunstar.com
www.sunstarbutler.com
www.sunstar-foundation.org

Rubrique animée
par le Dr Steve BENERO



Cette rubrique constitue l'une de vos préférées et nous en sommes très fiers. Envoyez-nous vos trucs et astuces de tous les jours par email à : stevebenero@yahoo.fr

ouverture quasi maximum. C'est à partir de ce jour que ma paire de cale-bouche a finalement changé de place afin d'être utilisé bien plus fréquemment. En effet, les avantages sont très nombreux :

- ◆ Contrairement à ce que l'on peut penser, cela relaxe le patient, il peut relâcher ses muscles abaisseurs de la mandibule et penser à autre chose.
- ◆ Cela permet de travailler plus vite, avec un confort de travail amélioré et d'obtenir l'ouverture quasi-maximale du sujet.
- ◆ Ce produit gagne à être utilisé conjointement à un écarteur jugal. J'utilise personnellement des écarteurs élastiques à usage unique (photo 2). La pompe à salive étant placé de l'autre côté. Le champ visuel s'en trouve considérablement élargi. Cela profite aussi bien au praticien qu'à l'assistante.
- ◆ Il peut être placé sous la digue, permettant d'effectuer les manœuvres endodontiques bien plus facilement sur les dents les plus postérieures.

Par contre, il faudra bien veiller à réaliser des pauses fréquentes (toutes les 15 minutes) où l'on procédera au retrait du cale-bouche. Il faudra également éviter d'être tenté de pousser le cale-bouche au maximum en postérieur (afin d'obtenir la plus grande ouverture).

Cale-bouche

Voici plus de deux ans, j'ai commandé une paire de cale-bouche en silicone (photo 1). Ceux-ci devaient servir « au cas où », sur des patients réfractaires à l'ouverture buccale au long cours, ces fameux patients à qui il faut répéter « ouvrez bien grand s'il vous plaît » environ 30 fois par séance. Finalement, n'osant en réalité pas utiliser ces petits objets que je considérais comme trop barbare, ils ont été oubliés dans mon troisième tiroir (un de ceux que j'ouvre rarement).

Il y a quelques mois, une patiente fort sympathique me demanda spontanément en cours de séance si il n'existant pas un système lui permettant de garder la bouche ouverte tout en étant relâchée. En effet, elle avait l'impression de forcer constamment pour maintenir sa cavité buccale en



1



2



Modèles en plâtre

Pour les modèles utilisés pour des cas en cours, il peut être intéressant de les conserver à l'aide de film étirable alimentaire. Cela permet de les faire tenir en occlusion les uns sur les autres et de limiter les débris de plâtre sur les établis.

Pour les modèles de cas terminés, nous savons tous qu'il est de notre devoir de les conserver. Nous savons également que tous les cabinets dentaires ne peuvent physiquement garder 30 ans de modèles stockés. Une solution permettant la « sauvegarde » des modèles (surtout initiaux) consiste à la prise de clichés de ces modèles avant de les remettre au patient, quand il les accepte (photo 3). Attention, cela ne permet pas de remplacer leur présence en cas de litige, mais cela permettra d'avoir une trace minimum de l'état initial dans ce cas là.

Astuces réalisées par le Dr Steve BENERO

J'ai trop de Patients, que faire ?

Cet article va certainement en surprendre. Aujourd'hui, en raison de la démographie professionnelle, de plus en plus de chirurgiens-dentistes sont débordés et se demandent comment gérer leur activité dans des conditions optimales. Pour nombre d'entre eux, la recherche d'une solution, qui pourrait modifier radicalement leur pratique quotidienne, devient de plus en plus pressante. Toutefois, avant de se lancer tête baissée dans la recherche de la solution miracle, il convient de réfléchir aux causes du problème.

En effet, celles-ci peuvent être de plusieurs ordres : interne ou externe, par exemple. Les options à considérer sont alors complètement différentes selon les cas de figure. Avez-vous réellement trop de patients (au moins en apparence) ou n'est-ce pas plutôt un manque de délégation à votre assistante, un manque d'équipement au cabinet, ou un mauvais agencement de vos rendez-vous dans la semaine de travail ? Il est important de ne pas se tromper de diagnostic, sinon le remède risque d'aggraver les dysfonctionnements. Je constate fréquemment la mise en place de choix stratégiques, inadaptés, transitoire ou illusoires. Alors comment procéder ? Pour commencer, je vous recommande d'examiner si l'ensemble des ressources dont vous disposez sont vraiment optimisées.

1 Rationaliser l'organisation existante

La 1^{ère} question à vous poser est la suivante :

Etes-vous vraiment sûr d'être bien organisé ? Etes-vous sûr d'avoir réellement trop de patients ? Curieuse question, me direz-vous. Peut-être pas.

Un volume de vingt nouveaux patients par mois est une moyenne assez fréquente dans un cabinet d'omnipratique en rythme de croisière. Cependant, l'organisation est souvent un point faible.

L'une des erreurs les plus courantes et pourtant les plus graves est de prévoir plus d'un rendez-vous à l'avance pour un patient. Dans ce cas, vous pouvez être certain de perdre beaucoup de temps à modifier des rendez-vous fixés trop tôt. D'autre part, votre assistante est trop souvent confinée à des tâches de standard et d'accueil basiques, alors que l'ensemble des tâches hors bouche pourraient lui être déléguées. Je pense notamment à tous les aspects administratifs (établissement des devis, encassements, rédaction des feuilles de sécurité sociale éventuelle (ortho), etc.) mais également aux aspects relationnels.

L'une des sources de stress les plus importantes dans un cabinet dentaire est constituée par la gestion des urgences impromptues. En effet, assez souvent, la gestion du carnet de rendez-vous laisse à désirer, notamment au niveau

des urgences. Il peut être utile de prévoir un créneau horaire spécifique pour les urgences. Généralement, il est recommandé de le faire en fin de vacation clinique, c'est-à-dire soit en fin de matinée soit en fin de journée. Ainsi, si aucune urgence ne se présente, vous pourrez effectuer le travail de préparation, lire votre courrier ou vous atteler à certaines tâches de gestion.

Par ailleurs, il faut savoir dire non aux demandes non motivées. Très souvent, les assistantes ou même certains praticiens ont du mal à refuser les urgences, même quand celles-ci ne sont pas totalement justifiées.

Un autre point critique à considérer pour réduire le stress dans une journée de travail est l'analyse précise des sens de circulation du praticien, de l'assistante et du patient lors du changement de patient. Souvent du temps est alors inutilement perdu.

Par ailleurs, trop fréquemment, la durée des actes n'est pas bien estimée, ce qui produit des «embouteillages» exaspérants. Il est à noter que de nombreux praticiens ont une mauvaise évaluation de la durée de leurs actes. La tendance naturelle est en effet de la sous-estimer. C'est pourquoi je recommande un chronométrage précis de vos actes les plus fréquents. La planification de vos rendez-vous n'en sera que plus facile et surtout plus exacte. Vos journées de travail se dérouleront ainsi de manière plus fluide.

Dès le départ, il est important d'établir un bilan initial puis un plan de traitement structuré. Cela présente plusieurs avantages. Dans le cadre de cet article, j'en retiendrai deux.

Tout d'abord, le regroupement des actes. Le traitement de la cavité buccale d'un patient dent par dent est désormais reconnu comme le système le plus chronophage pour les praticiens. Par ailleurs, il aboutit souvent à ce que j'appelle une dentisterie «patchwork», c'est-à-dire une dentisterie avec un manque d'uniformité entre les différents traitements réalisés. Aussi, le regroupement des actes vous permettra à la fois de terminer vos traitements en cours plus rapidement, de réduire le nombre de patients vus dans la journée et parallèlement de maintenir un bon niveau de qualité.

Le deuxième avantage important, concernant l'approche par un plan de traitement structuré, est que le patient appréciera de savoir précisément à quoi s'en tenir.

Un autre facteur à l'origine d'une perte de temps réside dans le fait que de nombreux praticiens confondent communication et psychothérapie. Je constate (peut-être s'agit-il d'une





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

pathologie professionnelle) que beaucoup de praticiens parlent trop. Il s'agit d'ailleurs de la première cause de retard dans les cabinets. Bien communiquer est certes vital aujourd'hui, mais la psychothérapie avec les patients est rarement opérationnelle... et souvent inutilement épuisante.

Parmi les difficultés les plus fréquentes évoquées par les confrères, les rendez-vous non payés figurent hélas en bonne place. Une des solutions me paraît résider dans la sélection de la patientèle la plus motivée, afin de s'assurer du respect du plan de soins... et d'avoir le plaisir de soigner des patients responsabilisés. Cependant, pas de mauvaise interprétation de mes propos : je dis bien que la sélection se fait sur la motivation du patient à réaliser son traitement. Tout autre considération est bien entendu, exclue.

Enfin, pour une gestion optimale de votre temps, certaines tâches peuvent être automatisées (endodontie mécanisée, radiologie digitalisée, etc.) et l'informatique peut apporter un plus important, et ce sous réserve d'une conception adaptée aux vrais besoins du chirurgien-dentiste.

2 Développer votre structure

L'extension des activités se planifie. Si les dispositions organisationnelles précédentes ne suffisent pas et que vous ne souhaitez pas opérer une sélection de la patientèle, l'extension constitue une solution envisageable. Ainsi, l'utilisation d'une seconde salle de soins peut ouvrir des perspectives intéressantes en termes de productivité. Au-delà de cette option, le recrutement d'une assistante ou d'une secrétaire peut libérer le praticien d'un volume de travail considérable, si cela est fait de manière rationnelle.

L'étape suivante réside dans l'embauche d'un collaborateur qui peut revêtir plusieurs facettes : soit il s'agit d'un recrutement sans perspective d'association ; le turn-over sera dans ce cas élevé, ce qui est d'autant plus gênant que le nombre de collaborateurs disponibles n'est pas très important. Soit l'association est envisageable. Cette fois, je crois qu'il faut prévoir une période de dix-huit mois au moins de travail ensemble, un peu comme des fiançailles, pour voir si les personnalités et l'organisation du travail sont compatibles.

Enfin, lorsque la taille du cabinet devient insuffisante, le transfert est envisageable, avec des horaires permettant d'utiliser l'ensemble des équipements. Je crois en l'avenir des regroupements, afin d'optimiser la productivité des cabinets sans basculer dans l'esclavage. Là est l'avenir de la profession, malgré les problèmes de rigidité des structures et l'individualisme d'une profession dont les membres n'ont pas reçu de formation quant au travail en équipe.



Pour en savoir plus:

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

CLAVIER TACTILE EN VERRE TREMPÉ TACTYS

Plug & play
se branche sur le PC comme un clavier standard

Lisse
se désinfecte d'un seul geste

Inalterable
résiste aux agents chimiques

Confortable
fonctionne sans pression (0 Newton)

Fiable
garanti 3 ans retour atelier

L'INNOVATION ET LE DESIGN AU SERVICE DE L'ULTRA-PROPRETE

www.tactys.com

01 46 01 95 85 ou info@tactys.com

Rencontre

Mon rendez-vous avec le Docteur...

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Dr Philippe PIRNAY : Vous dirigez le secteur dentaire d'unité de la force d'action navale : pouvez-vous nous présenter ce secteur dentaire ?

Dr. Bruno PENIGUEL : La force d'action navale représente 12 200 marins. Le secteur dentaire dépend de la chefferie du service de santé de la force d'action navale. Ce secteur comporte six cabinets dentaires embarqués notamment sur le porte-avions «Charles de Gaulle» et le bâtiment de projection et de commandement «Mistral». J'effectue les missions opérationnelles d'une durée de 3-4 mois tandis que pour les missions de plus courte durée, il est fait appel à un chirurgien-dentiste de réserve.

Dr. P.P. : Quels sont les spécificités de l'exercice dentaire dans l'armée française ? Et dans la marine nationale ? Les soins dentaires sont-ils envisagés pour toutes nos forces armées dans toutes les situations de combat ?

Dr. B.P. : Nous sommes amenés à exercer la chirurgie dentaire (malheureusement encore sans assistante dentaire) en tout temps et en tout lieu, d'où une disponibilité 24 heures sur 24 pour faire face, seul en mer ou en opérations extérieures, à l'urgence.

Pour assurer le soutien dentaire des militaires, nous disposons de cabinets dentaires complets dotés de matériels sophistiqués, mais aussi de coffres dentaires portables lorsque le patient n'est pas à proximité d'un cabinet.

Nous réalisons également de la prévention en statuant sur l'aptitude dentaire des militaires à servir à la mer, outre-mer ou en opérations extérieures et en effectuant ensuite leur mise en condition dentaire.

Le statut d'officier de carrière (je suis l'équivalent du grade de capitaine de frégate dans la marine) présente l'avantage d'être affranchi de la relation d'argent avec nos patients, d'avoir la sécurité de l'emploi mais, bien évidemment, le salaire et les horaires ne correspondent pas à ceux d'un chirurgien-dentiste civil !

Dr. P.P. : Combien de praticiens comporte le corps des chirurgiens-dentistes des armées ?

Dr. B.P. : L'effectif des chirurgiens-dentistes à temps plein est de cinquante-huit. Le corps comprend un consultant national pour l'odontologie dans les armées qui a le grade de chirurgien-dentiste en chef. D'autres chirurgiens-dentistes en chef ainsi que des chirurgiens-dentistes principaux et des chirurgiens-dentistes sont affectés dans les hôpitaux des armées, dans l'armée de terre, dans l'armée de l'air et au niveau de la force d'action navale.

Dr. P.P. : A l'origine, pour quelles raisons avez-vous choisi ce mode d'exercice ?

Dr. B.P. : Tout simplement par vocation. Au plus loin que je puisse me souvenir, j'ai toujours désiré servir mon pays, devenir militaire, mais aussi pratiquer l'art dentaire.

Dr. P.P. : En tant que marin, vous voyagez beaucoup. Vous est-il arrivé pourtant de regretter un exercice libéral ?

Dr. B.P. : Non, mon idéal est de servir la France et à travers le soutien dentaire des militaires que j'effectue, je fais pleinement mon devoir. Cela

Bruno PENIGUEL

- **Chirurgien-dentiste en chef**
- Service de santé des armées
- **Chef du secteur dentaire d'unité de la force d'action navale**



engendre des sacrifices familiaux du fait des absences répétées (je rentre du Liban après une mission en Océan Indien). Cette vocation doit donc être comprise et partagée par la famille.

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

Dr. B.P. : Deux souvenirs : le premier, alors que je suis en mer sur le porte-avions «Charles de Gaulle» : je suis appelé par le médecin d'un autre bâtiment pour intervenir en urgence. La mer est agitée avec beaucoup de vent. Dès que les conditions sont plus favorables, je rejoins en... hélicoptère le marin à bord qui souffre d'une pulpite aiguë. Vous imaginez son soulagement lorsqu'il me voit être hélitreillé pour arriver jusqu'à lui ! Le second, toujours en mer, au cours d'une mission au Liban : un caporal ayant perdu une incisive centrale m'oblige à intervenir en urgence à 23 heures pour réimplanter sa dent !

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

Dr. B.P. : J'ai dix-neuf ans de services et j'ai vécu beaucoup d'expériences toutes aussi passionnantes. Je vis pleinement et quotidiennement ma vocation.

Comme pour la chirurgie dentaire traditionnelle, nous avons aussi besoin de montrer toute notre utilité au sein du corps médical militaire.

Il est indispensable que le corps des chirurgiens-dentistes des armées s'étoffe en praticiens et qu'un inspecteur des services dentaires soit nommé.

Bulletin d'abonnement LE FIL DENTAIRE

A retourner, accompagné de votre règlement à :

Service Abonnement – 1 allée des rochers, 94 000 Créteil

Tél. : 01 49 80 19 05 – Fax : 01 43 99 46 59

OUI, je m'abonne pour un an au magazine LE FIL DENTAIRE,

Soit 10 numéros et 1 numéro hors série par an

- > 15 € France métropolitaine et Corse
- > 25 € DOM/TOM
- > 50 € International

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Pays :

Tel. :

Email :

Ville :

Fax :

.....

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



LE NOUVEAU DÜRR VISTASCAN PERIO:
UNE DÉCISION PERSPICACE

Il est arrivé - le moment idéal de moderniser le diagnostic dans votre cabinet. Avec l'utilisation des écrans radioluminescents flexibles, réutilisables et la technologie de pointe du nouveau Dürr VistaScan Perio. > Tous les formats intra-oraux > une qualité d'image de diagnostic jusqu'à une résolution de 40 PL/mm au moyen de la technologie Dürr PCS > aucun temps d'attente grâce au système de cassettes à multi insertions Dürr et au fonctionnement complètement automatisé y compris l'effacement > Status intermédiaire avec 8 clichés en 30 secondes environ. Décidez-vous pour la compétence dans le diagnostic dentaire: Demandez à votre distributeur dentaire le nouveau Dürr VistaScan Perio et informez-vous sur www.durr.fr DÜRR DENTAL FRANCE S.A.R.L., 26, rue Diderot, 92000 Nanterre, Tél. 0 1 55 69 11 50, Fax 0 1 55 69 11 51, info@durr.fr



LES IDEES FONT LE PROGRES. WWW.DURR.FR



Les conseils de...

Les 10 phases de la stratégie thérapeutique

Tant qu'un patient a mal, voire TRES mal, ou qu'il a une demande précise qui n'a pas été satisfaite, il reste hermétique à nos discours.

Je sais, il est bien tentant de l'avertir qu'il a une grosse carie de l'autre côté qui va lui faire aussi mal prochainement que la « rage de dent » pour laquelle il est venu consulter ce jour. Il peut être également irritant d'écouter la doléance d'un autre patient sur l'aspect inesthétique d'un composite antérieur infiltré alors que vous voyez des dents à l'état de racines là où « ça ne se voit pas » !

De même qu'il n'est pas aisés de faire boire un âne qui n'a pas soif, n'attendez pas d'un patient fixé sur une exigence formulée et prioritaire pour lui qu'il soit attentif à vos explications sur son état buccodentaire ou à vos arguments pour commencer par assainir sa bouche.



Photo : © YURI ARCUIS - FOTOLIA

L'urgent et l'important est donc de satisfaire immédiatement le problème douloureux et rapidement la doléance prioritaire, sans perturber l'agenda et les autres rendez-vous. Soulager un patient en urgence requiert dans la très grande majorité des cas, un temps au fauteuil de quelques minutes, et quelques minutes de communication praticien-patient ; l'assistante peut prendre le relais pour expliquer la prescription, le traitement qui devra suivre pour éradiquer la pathologie présente, éviter une récidive, la perte de la dent...

Sortis de ce contexte d'urgence, il est intéressant de se pencher sur le processus psychologique d'un patient entre le moment où il arrive en première consultation et l'acceptation du traitement proposé. Y a-t-il des étapes à connaître, à respecter pour accompagner le patient dans cette maturation intellectuelle et affective ? J'insiste dans de nombreux articles et formations sur l'importance de la première consultation, de l'écoute attentive et des bonnes questions à poser aux patients afin de construire une relation de confiance. J'insiste une fois de plus sur l'importance de mener cet entretien à un bureau et de garder à l'esprit qu'en omnipraticien la plupart des nos patients ne savent pas vraiment

ce qu'ils ont comme pathologies (surtout quand elles sont asymptomatiques ou presque), si c'est grave et comment leur bouche va évoluer s'ils ne font rien.

◆ Identifier la demande du patient

« Qu'est ce qui vous arrive, Madame Michu » ...ou « qu'est-ce qui vous amène à consulter, Monsieur Duchemolle » restent les questions les plus ouvertes me semble t-il pour laisser le patient s'exprimer avec ses mots sur sa demande, ses attentes, ses craintes.

◆ Cerner les critères du patient

Pouvoir remanger de la viande, avoir une restauration durable, garder ou retrouver un aspect naturel, pouvoir sourire à pleines dents, ne plus avoir mauvaise haleine, ne jamais avoir un appareil comme..., arrêter des mobilités, réduire les tassements alimentaires sont autant de points clairement exprimés par certains, mais qu'il faut aider à formuler pour d'autres patients. La question pertinente est : « Qu'est ce qui est le plus important pour vous, Madame Rondu ? »

Deborah TIGRID



◆ Exposer les problèmes et les aggravations possibles

Suite à l'examen clinique complet du patient et à la lumière des examens complémentaires réalisés, il est essentiel pour son implication dans la relation thérapeutique future que le patient prenne conscience des pathologies présentes, de l'évolution et des aggravations possibles ainsi que des conséquences d'une abstention de traitement. Cette étape est primordiale dans la maturation de la prise de conscience du patient puis dans son processus de décision et d'engagement dans le traitement proposé. La bonne saisie des enjeux est nécessaire pour que le patient soit « impatient » de savoir ce que vous allez pouvoir lui faire pour le « sortir de là ». Si vous ne sentez pas cette demande, si le patient n'est pas en attente de solutions pour résoudre ses problématiques bucco-dentaires, s'il sous-estime ce que vous venez de lui annoncer, il est fort probable qu'il dise « oh, tant que je n'ai pas mal... » ou encore « Oh ! c'est cher ! ».

◆ Reformuler les problèmes et centrer l'attention sur des bonnes nouvelles et les solutions possibles

Lors d'un second rendez-vous, lorsque vous aurez réfléchi aux alternatives thérapeutiques et fait « votre devis », il est important de pointer à nouveaux brièvement les pathologies évoquées en première consultation, puis d'emmener le patient vers les « bonnes nouvelles » à savoir les points favorables qu'il présente et les solutions possibles dans son cas.

◆ Argumenter le traitement le plus adéquat pour LUI

Parmi les différentes options thérapeutiques, il y a une solution qui vous semble la plus adéquate, celle que vous aimerez que l'on vous fasse si vous aviez son âge et sa bouche, celle que vous conseilleriez à quelqu'un qui vous est cher. (N'y voyez aucun jeu de mots !)

Voilà ce qu'il est possible de faire (consentement éclairé), puis exposez la **solution la plus adéquate pour lui**. « La solution thérapeutique de choix pour vous c'est.... »

◆ Préciser les modalités d'exécution

Il est courant d'entendre les patients dire la phrase suivante : « c'est pas encore fini !? ». Nous

avons probablement insuffisamment informé au départ de la durée et des grandes étapes du traitement. Et même, si vous pensez l'avoir fait très clairement, il est nécessaire de redéfinir fréquemment « le plan de vol » avec le patient car c'est complexe à comprendre et à mémoriser.

◆ Présenter le contrat de soins et les honoraires

« Voici le montant de mes honoraires » si c'est vous qui présentez le devis, ou encore « voici le montant des honoraires pour l'ensemble de votre traitement » dit l'assistante si vous lui avez délégué cette partie de la communication. Comme nous l'avons vu dans des articles précédents, je vous invite à présenter un devis global, incluant tous les actes (opposables ou non) que vous serez amenés à réaliser lors d'un traitement donné.

◆ Favoriser la prise de décision du patient

Il y a 2 points importants à saisir à ce moment du processus de décision : d'abord l'annonce « du prix » peut estomper momentanément les bénéfices attendus par le traitement, et c'est à nous de lui rappeler : « Imaginez-vous Madame Michu, dans 4 mois, au mariage de votre fils... qu'est-ce que vous en pensez ? » Il est toujours judicieux et nécessaire d'un point de vue légal d'accorder un délai de réflexion après cette avalanche d'informations. « Réfléchissez tranquillement...et prenons rendez-vous dans ... »

◆ Vérifier l'accord

Il faut être clair sur ce point : le moyen le plus probant pour valider l'engagement du patient est le versement d'un acompte. Pourquoi est-ce que certains cabinets ont des réticences à demander un versement pour démarrer le traitement ? La santé n'a pas de prix, me répondrez-vous ?... oui, mais elle a un coût et vous n'êtes pas un organisme de prêt mais un praticien libéral avec des obligations, des charges etc...

◆ Passer à la réalisation du plan de traitement

« Donc, la prochaine fois, M. DUCHEMOLLE nous commençons par... Il est tellement plus confortable pour le patient (et le cabinet) de valider au départ les modalités de règlement et les échéances financières et de pouvoir ensuite consacrer sa compétence et son énergie à réaliser le traitement du patient conformément...aux données avérées de la science !

PROCHAIN SÉMINAIRE

PARIS

29 et 30 mars 2007

PRATICIENS ET ASSISTANTES
* Argumenter efficacement vos propositions de traitement, Augmentez vos taux d'acceptation *

PARIS

Ils 13 et 14 juin 2007
* Améliorer votre rapport à l'argent *

Pour en savoir plus:

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



La réforme des successions et des libéralités

La loi du 28 juin 2006 sur la réforme des successions et des libéralités vise à prendre en compte les modifications démographiques, sociologiques et économiques qui sont intervenues depuis la création du Code Napoléon, en 1804. Cette démarche de modernisation du droit des successions et des libéralités s'inscrit dans le prolongement de la réforme du droit de la famille. La réforme vise principalement trois objectifs : donner plus de liberté pour l'organisation de sa succession, simplifier la gestion du patrimoine successoral, et accélérer et faciliter le règlement des successions.

Donner plus de liberté pour l'organisation de sa succession

Concernant l'organisation de la succession, le champ d'application des donations-partages a été largement réaménagé. Par ailleurs, la réforme a introduit le pacte successoral qui était jusqu'alors prohibé.

■ Donations-partages

Avant la réforme, il n'était possible de consentir des donations-partages qu'au profit des enfants communs. A compter du 1er janvier 2007, il sera désormais possible d'opérer des donations-partages au profit de descendants de générations différentes, dans le cadre de familles recomposées, ainsi qu'au profit de tous les héritiers présomptifs en l'absence de descendants. Les donations-partages pourront donc être trans-générationnelles (adaptation aux réalités démographiques) ou au profit d'enfants non commun (adaptation aux réalités sociologiques).

Il dispose : « Lorsque l'ascendant procède à une donation-partage, ses enfants peuvent consentir à ce que leurs propres descendants y soient allotis en leur lieu et place, en tout ou partie. Les descendants d'un degré subséquent peuvent, dans le partage anticipé, être allotis séparément ou conjointement entre eux. »

Ainsi, il sera possible de procéder à une donation-partage qui réunira à la fois les enfants du donateur, ainsi que ses petits-enfants, à condition que leurs parents y consentent. Les biens reçus par les enfants du donataire et les descendants de ceux-ci s'imputent sur la part de réserve revenant à leur souche. En effet, l'article 1078-9 du Code civil dispose : « Dans la succession de l'enfant qui a consenti à ce que ses propres descendants soient allotis en son lieu et place, les biens reçus par eux de l'ascendant sont traités comme s'ils les tenaient de leur auteur direct. »

■ Familles recomposées

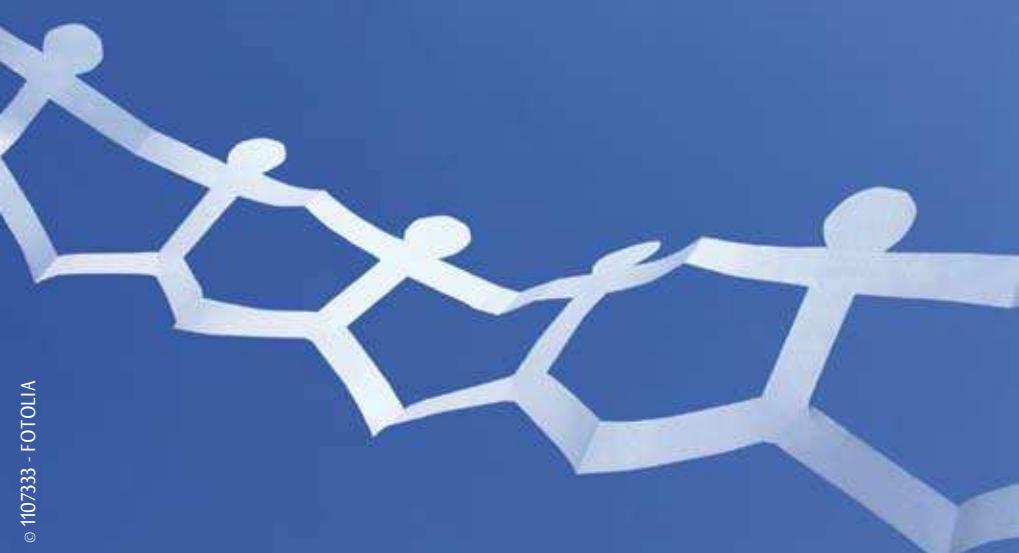
Actuellement, le champ d'application des donations-partages est relativement restreint ; les familles recomposées ne sont pas concernées par ce type de libéralité. La réforme élargit ce champ d'application. Ce nouveau volet des donations partages est constitué par un nouvel article du Code civil (1076-1) : « En cas de donation-partage faite conjointement par les deux époux, l'enfant qui n'est pas issu de leur mariage peut être alloté du chef de son auteur en biens propres de celui-ci ou en biens communs, sans que le conjoint puisse toutefois être co-donateur des biens communs. »

■ Absence de descendance

Désormais la donation-partage pourra intervenir au profit de tous les héritiers présomptifs. Sont donc concernés les neveux et nièces du donateur, ses cousins, etc. Il était jusqu'alors possible de leur consentir des donations isolées, mais pas de donation-partage.

■ Pacte successoral

L'article 1130 du Code civil prohibe les conventions portant sur des successions non ouvertes, à de rares exceptions près. Le projet de loi autorise un héritier à renoncer par avance à tout ou partie de sa réserve héréditaire dans le cadre d'un pacte successoral. L'héritier renonçant s'engage à ne pas attaquer en justice les dons, les legs qui auront été faits en vertu de ce pacte. Le pacte successoral accroît ainsi la liberté de disposer entre vifs ou à cause de mort. Le recours à ce pacte pourra être envisagé, par exemple, pour allotir davantage un enfant handicapé, au détriment de la part de réserve de ses frères et sœurs. Compte tenu de la gravité des conséquences engendrées par cet



■ Trans-générationnelles

Du fait du vieillissement de la population, les transmissions interviennent de plus en plus tardivement. Ainsi, certaines personnes appelées à recueillir une succession ou une donation peuvent ne pas y être intéressées, et préféreront que la transmission s'opère directement en faveur de leurs propres enfants. L'article 1078-4 du Code ci-



acte, l'accord du futur héritier et du défunt sont requis. Par ailleurs, la renonciation ne peut porter que sur une liberalité consentie en faveur d'une personne déterminée. La forme notariée est obligatoire, et, pour être opposable aux tiers, la renonciation opérée doit être faite au tribunal dans le ressort duquel la succession est ouverte.

Faciliter la gestion du patrimoine successoral

Suite au décès du défunt, la gestion de la succession est complexe. Les héritiers évitent d'effectuer tout acte qui pourrait conduire à une acceptation tacite. Par ailleurs, l'indivision successorale rend difficile la gestion des biens de la succession.

■ Acceptation pure et simple

L'article 779 du Code civil permet à l'héritier d'effectuer les actes purement conservatoires, de surveillance et d'administration provisoire de la succession, sans pour autant être considéré comme héritier acceptant. Néanmoins, les dispositions de cet article sont imprécises et nécessitent souvent le recours au juge. La réforme a institué un nouvel article 785 dont les dispositions sont les suivantes : « Les actes purement conservatoires ou de surveillance et les actes d'administration provisoire peuvent être accomplis sans emporter acceptation de la succession, si le susceptible n'y a pas pris le titre ou la qualité d'héritier.

Tout autre acte que requiert l'intérêt de la succession et que le susceptible veut accomplir sans prendre le titre ou la qualité d'héritier doit être autorisé par le juge.

Sont réputés purement conservatoires :

- ◆ Le paiement des frais funéraires et de dernière maladie, des impôts dus par le défunt, des loyers et autres dettes successorales dont le règlement est urgent.

- ◆ Le recouvrement des fruits et revenus des biens successoraux ou la vente des biens périssables, à charge de justifier que les fonds ont été employés à éteindre les dettes visées ou ont été déposés chez un notaire ou consignés.

- ◆ L'acte destiné à éviter l'aggravation du passif successoral.

- ◆ Les opérations courantes nécessaires à la continuation immédiate de l'activité de l'entreprise pendant de la succession.

Sont également réputés pouvoir être accomplis sans emporter acceptation tacite de la succession le renouvellement, en tant que bailleur ou preneur à bail, des baux qui, à défaut, donneraient lieu au paiement d'une indemnité, ainsi que la mise en oeuvre de décisions d'administration ou de disposition engagées par le défunt et nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise. »

Les catégories d'actes relevant de la conservation ou de l'administration provisoire de la succession n'entraînant pas une acceptation tacite de la succession sont donc strictement définies. La réforme prend en compte le sort de l'entreprise individuelle et sociale en permettant aux héritiers de continuer les opérations courantes nécessaires à la continuation de l'activité. Par ailleurs, les héritiers pourront demander à être déchargés d'une dette qu'ils avaient de justes raisons d'ignorer, si son paiement devait obérer gravement leurs patrimoines personnels.

■ Acceptation à concurrence de l'actif net

L'acceptation sous bénéfice d'inventaire est rarement choisie en raison de la lourdeur et de l'imprécision engendrée par une telle acceptation. Le projet de loi simplifie l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, désormais dénommée « acceptation à concurrence de l'actif ». Cet inventaire sera établi par un officier ministériel, et sera soumis à publicité afin d'être consultable par les créanciers.

■ Vente des biens successoraux

La réforme vise également à dynamiser la vente des biens successoraux en permettant à l'héritier acceptant de conserver tout ou partie des biens de la succession, à charge pour lui de rembourser les créanciers avec le prix des biens en fonction de la valeur fixée dans l'inventaire. Par ailleurs, l'héritier acceptant pourra aliéner les biens qu'il désire de gré à gré, sans autorisation préalable. Dans tous les cas (aliénation ou conservation), l'opération doit être portée à la connaissance des créanciers qui peuvent contester la valeur si celle-ci leur paraît inférieure à la valeur réelle du bien.



© 1984230 - FOTOLIA

■ Définition du cadre juridique du mandat à titre posthume

Toute personne peut désigner de son vivant un mandataire avec la mission d'administrer et de gérer tout ou partie du patrimoine successoral, notamment lorsque les héritiers ne sont pas en capacité d'administrer eux-mêmes la succession ou lorsque cette administration requiert des compétences spéciales. Ainsi, il pourra être opportun de recourir à un mandat à titre posthume en présence de jeunes héritiers, d'héritiers handicapés, ou lorsque la succession comprend une entreprise. La validité du mandat est subordonnée à l'existence d'un intérêt sérieux et légitime, tout au long

de l'exécution du mandat, au regard de l'héritier ou du patrimoine successoral.

Le mandataire peut être un héritier mais il ne peut en aucun cas être le notaire chargé du règlement de la succession. Il doit avoir accepté le mandat du vivant du mandant. La durée du mandat à titre posthume ne peut excéder deux ans sauf exception. Une rémunération, constituant une charge de la succession, peut être versée régulièrement, ou prendre la forme d'un capital.

■ Recours au mandat

Le recours au mandat est facilité. Hormis le mandataire choisi par le défunt dans le cadre du mandat à titre posthume, les héritiers pourront désormais choisir un mandataire pour administrer la succession. Ce mandataire peut être un héritier ou une tierce personne, autre que le notaire chargé de la succession. Par ailleurs, en cas de mésentente des héritiers, de carence ou de faute de l'un d'entre eux dans l'administration de la succession, un mandataire successoral peut être désigné par le tribunal pour administrer la succession.

■ Assouplissement des règles de l'indivision

L'indivision successorale engendrait une certaine lourdeur de gestion du fait de la règle de l'unanimité des associés pour toute prise de décision. La réforme assouplit cette règle : Pour tous les actes d'administration et pour les actes de disposition nécessaires au paiement des dettes et charges de l'indivision, seul l'accord des indivisaires titulaires d'au moins 2/3 des droits indivis sera nécessaire.

■ Transmission d'entreprise

La transmission d'entreprise est au cœur des préoccupations du législateur, que celle-ci intervienne à titre onéreux, ou à titre gratuit. Ainsi, en définissant clairement les conditions d'acceptation de la succession, et en aménageant les prises de décisions dans une situation d'indivision, la réforme des successions permet une meilleure gestion de l'entreprise suite au décès de son exploitant.

Mis à part le mandat à titre posthume, ou le recours à un mandataire désigné par les héritiers, la réforme prévoit que l'un des indivisaire qui a les compétences pour gérer l'entreprise puisse demander l'attribution préférentielle de celle-ci, que l'activité soit artisanale, libérale, industrielle ou commerciale, sous forme individuelle ou sociétaire.

Accélérer et simplifier le règlement des successions

Le règlement des successions s'étale dans le temps, ce qui est parfois source de dépréciation du patrimoine concerné. La réforme vise à fluidifier le déroulement du règlement des successions, tout en le simplifiant. Pour parvenir à ces objectifs, le texte prévoit une réduction des délais d'acceptation, et une facilitation du partage que celui-ci soit à l'amiable, ou judiciaire.

■ Acceptation

Désormais, les créanciers et co-héritiers pourront sommer l'héritier « taisant » d'opter, quatre mois après l'ouverture de la succession. En cas de non réponse dans un délai de deux mois suivant cette sommation, l'héritier sera considéré comme acceptant pur et simple. Le droit d'option pour les héritiers non sommés sera réduit à dix ans, contre trente ans actuellement.

■ Partage

Le projet de loi vise à faciliter le partage amiable et à rendre plus efficace le partage judiciaire. **Le partage amiable** sera plus aisée du fait de la réduction des cas de recours au juge. Ainsi, lorsqu'un héritier est « taisant », mais non opposé au projet de partage, les cohéritiers pourront le mettre en demeure de se faire représenter. A défaut, un professionnel sera désigné par le juge des tutelles pour le représenter. Le blocage est ainsi évité puisqu'un partage amiable rapide peut intervenir. **Concernant le partage judiciaire**, la réforme accorde un délai d'un an au notaire désigné pour

établir un état liquidatif. Ce délai peut être suspendu (en cas de recours à un expert pour l'évaluation) ou prorogé en raison de la complexité de la situation. Le notaire aura également pour mission de composer des lots à attribuer aux héritiers. Par ailleurs, le tribunal qui ordonne l'adjudication pourra laisser un délai de quatre mois aux copartageants pour vendre le bien de gré à gré aux prix et conditions fixés. Si à l'issue de ce délai la vente n'est pas réalisée, elle se fera par adjudication.

■ Dispositions diverses

La réforme des successions aménage également le changement de régime matrimonial, et le PACS, ainsi que l'inscription en marge de l'état civil des enfants déclarés ou reconnus.

◆ Changement de régime matrimonial

La procédure de changement du régime matrimonial était assez complexe. En effet, celle-ci imposait la rédaction d'une convention devant un notaire, puis l'homologation de celle-ci par le tribunal de grande instance. Dorénavant, la procédure d'homologation est supprimée, sauf en présence d'enfants mineurs auquel cas l'homologation du juge est nécessaire.

◆ Pacs

Le Pacte Civil de Solidarité n'a guère subi de modifications depuis sa création, en 1999, mises à part les règles fiscales applicables aux partenaires d'un PACS. La réforme a souhaité aligner le statut des partenaires d'un PACS sur celui des conjoints, en instaurant une attribution du droit de jouissance gratuite du logement commun pendant un an, au partenaire survivant, mais également une attribution préférentielle de droit du logement au survivant, si elle est mentionnée dans le testament du précédent. Par ailleurs, il sera fait mention, en marge de l'acte de naissance de chacun des partenaires de la conclusion du PACS. Quant aux biens acquis après la conclusion du PACS, ceux-ci ne seront plus détenus en indivision ; la réforme prévoit en effet un régime de séparation des biens, sauf pour les dettes contractées pour les besoins de la vie courante. Il sera, par ailleurs, possible d'opter par convention pour un régime d'indivision organisé.

Pour en savoir plus:

Alain CARNEL

CPI INVESTISSEMENTS

Tél. : 01 43 05 97 80

Email : cpi_inv@club-internet.fr

Conseil en gestion de patrimoine

CIF n°A008700 auprès CIP asso. agréée AMF

Détartrageur Woodpecker

Prix TTC valables
jusqu'à fin juin 2007

Cordon compatible avec PM
EMS ou MECTRON



UDS-L Détartrageur + lampe à led

Avec fonction endodontie
Contrôle digital
Visualisation par LED
PM amovible stérilisable à 135° 2,2 atm
livré avec inserts G1 G2 G3 G4 PI
dimensions 186 x 105 x 60 mm.
Tension alimentation 220V/24V
Tension sortie 3W20W
Fréquence 28 kHz +/- 3 kHz
Lampe à led pour composites incluse
Système d'eau automatique inclus avec réserve
Une simple prise de courant suffit

INSERTS (RÉF. G) COMPATIBLES EMS OU MECTRON

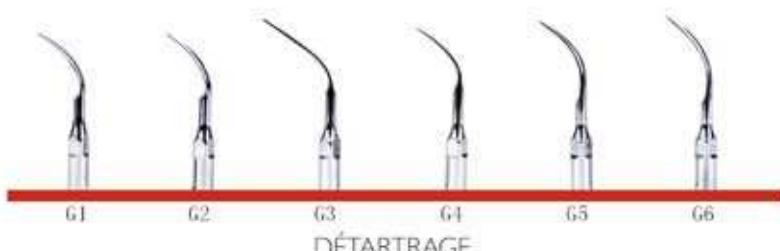
INSERTS (RÉF. GS) COMPATIBLES SATELEC

Kit complet de 12 inserts : 290 €
(6 détartrage, 3 PERIO et 3 ENDO)

Kit de 6 inserts de détartrage : 99 €

Kit de 3 inserts PERIO : 50 €

Kit de 3 inserts ENDO : 141 €



UDS-K - Détartrageur de table

Contrôle manuel
PM amovible stérilisable à 135° 2,2 atm
livré avec inserts G1 G2 G3 G4 PI
PM amovible stérilisable à 135° 2,2 atm
dimensions 175 x 120 x 65 mm
Tension alimentation 220V/24V
Tension sortie 3W20W
Fréquence 28 kHz +/- 3 kHz



517 €



236 €



ROBERT RULLIERE

BP 8 42740 Saint Paul en Jarez
Tél. 04 77 73 32 33 · 06 07 03 65 55
Fax 04 77 73 20 70
www.dentrmed.com
email : robert.rulliere@dentrmed.fr

AU FIL DU TEMPS

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

22 FÉVRIER 2007 À SERRIS LE TRAITEMENT GLOBAL

*Drs CHRISTIAN MARTIN,
JEAN-FRANÇOIS GUIOT
STRAUMANN FRANCE*
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

23 ET 24 FÉVRIER 2007 À PARIS COURS AVANCÉ AU LABORATOIRE POUR LE PROTHÉSISTE DENTAIRE

*Dr ALEX ISBER,
MM. MICHAËL KNACKMUSS ET
HENRI SCHERER
STRAUMANN FRANCE*
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

1ER MARS 2007 À GRENOBLE TP DE PROTHÈSE TOTAL SUR IMPLANTS : LE TRAITEMENT DE L'ÉDENTÉ COMPLET

Dr HERVÉ BOUCHET
6 rue Lesdiguières - 38000 Grenoble
Tél : 04 76 42 23 97
Email : severine@implanto.com

1ER MARS 2007 À BORDEAUX ÉVOLUTION DU CONCEPT IM- PLANTAIRE - ÉVOLUTION DU RÉSULTAT ESTHÉTIQUE AVEC LE TEMPS - ASPECT MÉDICO-LÉGAL DE LA PRATIQUE DE L'IMPLANTOLOGIE

Pr PATRICK MISSIKA
Frais d'inscription : Adhérent : 190 €
Non adhérent : 230 €
CEIOP
16 rue du Bocage - 33200 Bordeaux
Tél : 06 26 80 46 43
Fax : 05 56 05 95 07
Email : ceiop@ceiop.com

7 MARS 2007 À SERRIS AUGMENTER LE TAUX DE VOS TRAITEMENTS DENTAIRE : LA SOLUTION IMPLANTAIRE

*Dr DEBORAH TIGRID
STRAUMANN FRANCE*
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4

Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

8 ET 9 MARS 2007 À MARNE LA VALLÉE NATIONAL ITI MASTER COURSE EN IMPLANTOLOGIE : MODULE 1

STRAUMANN FRANCE
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

15 MARS 2007 À TOULOUSE LA PARO AUTREMENT

CHRISTINE ROMAGNA-GENON
Frais d'inscription : 150 €
SFPPIO MIDI-PYRÉNÉES
7 bd Bepmale - 31800 Saint-Gaudens
Tél : 05 62 00 93 39
Fax : 05 62 00 93 35
Email : pierrolle@gmail.com
Site Internet : sfpio.midipyrenees.free.fr

15 MARS 2007 À HIRSSINGUE L'IMPLANTOLOGIE AU QUOTIDIEN MODULE 2

*Dr CHRISTIAN MARTIN, MKM FORMATION
STRAUMANN FRANCE*
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

15 MARS À MULHOUSE STAGE DE CHIRURGIE ET PROTHÈSE

*Drs MARC COLLAVINI
CHRISTIAN SCHLIER
CEFIOM - CYCLE DE FORMATION
EN IMPLANTOLOGIE ORALE*
Tél : 06 32 90 36 51

15, 16 ET 17 MARS 2007 À MARSEILLE COURS DE PROTHÈSE SUR IMPLANTS

*Dr PATRICK MOHENG
CIO - FORMATION CONTINUE
IMPLANTOLOGIE*
Claudine Gonnelli
Tél : 04 91 83 38 13

16 ET 17 MARS 2007 À CLERMONT-FERRAND IMPLANTOLOGIE CLINIQUE MODULE 1

*Drs JEAN-FRANÇOIS BOREL
YVES DOUILlard
STRAUMANN FRANCE*
Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10

Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

16 ET 17 MARS À PAU

**CYCLE COMPLET DE FORMATION
EN IMPLANTOLOGIE : FORMA-
TION PROTHÈSE XIVE/FRIALIT**
Drs ÉRIC BIEHLER, JULIEN JEANDET
Frais d'inscription : 610 € déjeuners inclus
FISO ET DENTSPLY TRIADENT
Delphine Lett - 19 boulevard Guillemin
64000 Pau
Tél : 05 59 14 33 33
Fax : 05 59 14 33 34
Email : contact@fiso.net
Site Internet : www.fiso.net

16 ET 17 MARS 2007 À PARIS

**SALLE DE FORMATION SITUÉE 84 RUE DE
GRENELLE 75007 PARIS**
CHIRURGIE DE LA POCHE
PARODONTALE
L'ÉQUIPE DE LA SAUP
**SAUP - SAVOIR ABORDER L'UNI-
VERS DE LA PARODONTOLOGIE**
59 avenue de la Bourdonnais
75007 Paris
Tél : 01 47 05 69 01
Fax : 01 47 05 16 95
Email : info@saup.fr
Site Internet : <http://www.saup.fr>

17 MARS 2006 À RENNES

HÔTEL MERCURE COLOMBIER
**CHIRURGIE PLASTIQUE PARO-
DONTALE TRAITEMENT DES
LESIONS INFRA-OSSEUSES ET
INTERRADICULAIRES**
Jean-Pierre Ouhayoun et David Nisan
Frais d'inscription : 150 €
SFPPIO RÉGION BRETAGNE
35000 Rennes
Tél : 02 99 36 04 54

19 AU 23 MARS 2007 À LYON STAGE DE PARONDONTIE CLINIQUE

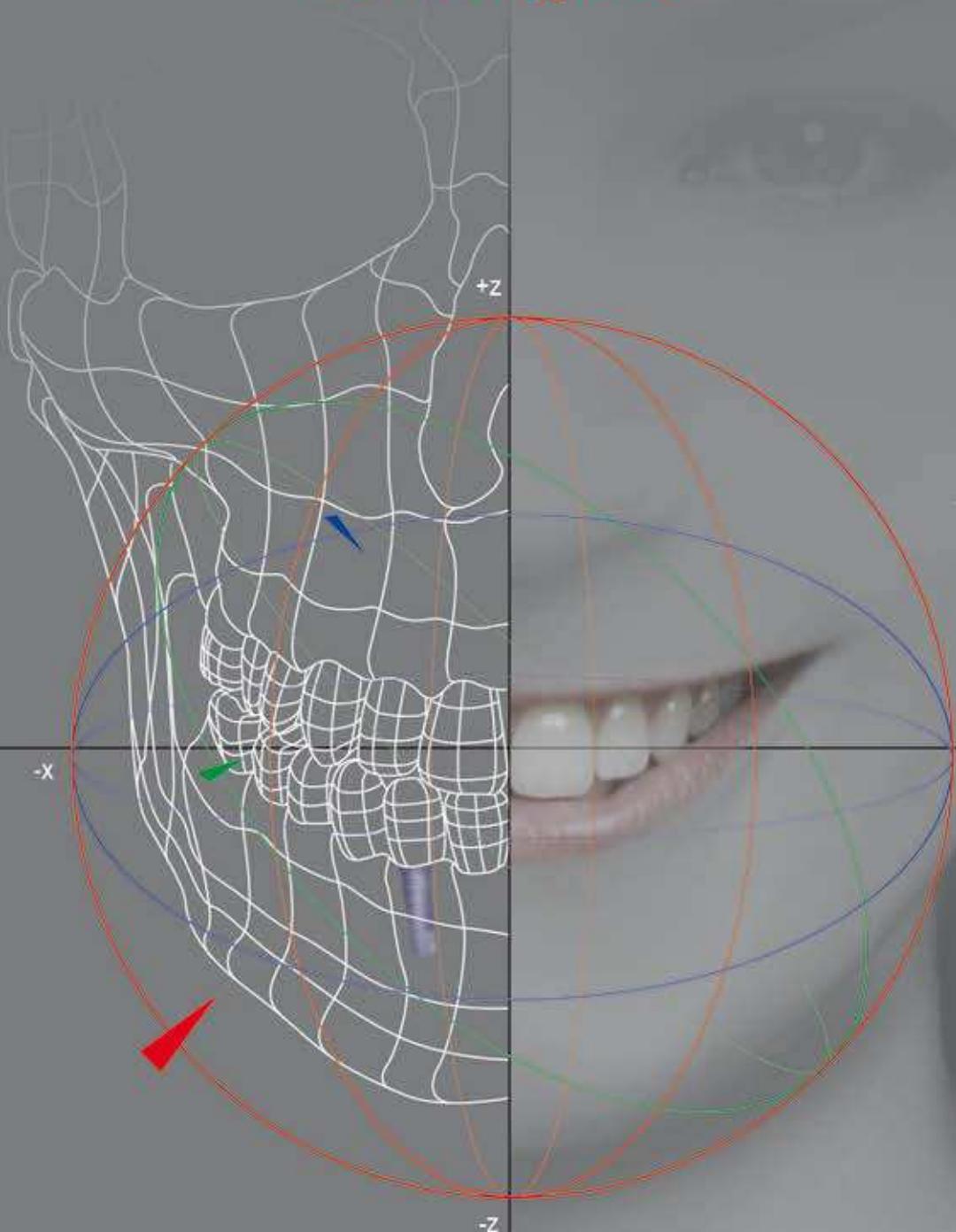
*Jacques Charon
PAROCONCEPT*
Delphine Olivier - 128 rue Jacquemars
Gielée - 59800 Lille
Tél : 03 20 34 04 47
Fax : 03 20 56 90 42
Email : paroconcept@nordnet.fr
Site Internet : <http://www.paroconcept.com>

22 MARS 2007 À METZ

Kinépolis
**LES MOUSQUETAIRES DE
L'OCCCLUSION**
*Drs Luc BABEL, Jean-Paul LOUIS,
Roger JOERGER, Nicolas CHÂTEAU
CORAILL - CERCLE ODONTOLOGI-
QUE DE RECHERCHE APPLIQUÉE
EN IMPLANTOLOGIE DE
LORRAINE LUXEMBOURG*

Informatique Odontologique

Pourquoi - Comment - Jusqu'où
Le congrès



Conférenciers :

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

Radiologie numérique
Implantologie guidée
Réseaux professionnels
Imagerie médicale en odontologie

Sites internet professionnels
Enseignement à distance
Implantologie robotisée
Loi informatique

Prise de teinte
Video numérique
Photographie numérique
CFAO

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

AU fil DU TEMPS

UNIQUE : Séminaire de Parodontologie en Guadeloupe avec Travaux Pratiques



15 & 16 MAI 2007
Dispensé par le Docteur Joël ITIC



Programme et inscriptions :
- Directement sur le site internet de Foxy E & D
www.foxy-ed.fr
- Par téléphone: 01 34 80 60 66 ou 06 63 59 31 34
FOXY / Georges BLANC

- Doctorat d'université en sciences odontologiques Paris VII
- Diplôme universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique Paris VII
- Ancien assistant hospitalo-universitaire Paris VII
- Pratique libérale limitée à la Parodontologie et l'Implantologie

Dr A. Stenger - 17 avenue de la Libération
57160 Moulins les Metz
Tél : 03 87 60 02 96
Fax : 03 87 36 62 56
Email : contact@coraill.com
Site Internet : <http://www.coraill.com>

22 MARS 2007 À PARIS
SOIRÉE CONFÉRENCE SUR LE SYSTÈME XIVE® - L'IMPLANTOLOGIE AU SERVICE DE L'OMNIPRATICIEN
Dr SYLVAIN ALTGLAS
DENTSPLY FRIADENT
Hélène Antunes - B. P. 106 - Route de Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

22 ET 23 MARS 2007 À MARSEILLE
CABINET DES DR'S MATTOUT
L'APPROCHE GLOBALE DES CAS PARODONTAUX ET IMPLANTAIRE
DR'S PAUL & CATHERINE MATTOUT
GEPI
224 avenue du Prado - 13008 Marseille
Tél : 04 91 32 28 34
Fax : 04 91 32 28 33
Email : contact@gepi-mattout.com
Site Internet : <http://www.gepi-mattout.com>

23 MARS 2007 À METZ
APPORT DE L'IMPLANTOLOGIE DANS LES CAS DE PARO
Docteur ROMAGNA GENON
SFPPIO LORRAINE
Dr Patrick Boulange
13 rue des Mirabelles - 57050 Metz
Tél : 03 87 30 06 23
Email : pboulange001@cegetel.rss.fr

23 ET 24 MARS 2007 À TARBES
STAGE INTENSIF DE TP DE PROTHÈSE ET DE CHIRURGIE AVANCÉE
Dr SERGE VERDIER, FRANÇOIS LABORDE
FIAP - FORMATION IMPLANTOLOGIE AVANCÉE PRATIQUE

Tél : 05 62 93 75 15
Email : formation@fiap-dentaire.fr

29 ET 30 MARS 2007 À REIMS
CABINET DR PHILIPPE RUSSE
CHIRURGIE IMPLANTAIRE AVANCÉE
Dr PHILIPPE RUSSE
ZIMMER DENTAL

2 place Gustave Eiffel - 95428 Rungis
Tél : 01 45 12 35 64
Fax : 01 45 60 04 88
Email : anna.pissarenko@zimmerdental.fr
Site Internet : <http://www.zimmerdental.fr>

3 AVRIL 2007 À RUNGIS
Siège Zimmer Dental
FORMATION ASSISTANTES DENTAIRE
MMES GRANIER-CHOCHOIS, QUERO ET FROMENTAL
ZIMMER DENTAL

2 place Gustave Eiffel - 94528 Rungis
Tél : 01 45 12 35 64
Fax : 01 45 60 04 88
Email : rose-marie.deoliveira@zimmerdental.fr
Site Internet : <http://www.zimmerdental.fr>

5 AVRIL 2007 À MARSEILLE
SOFITEL VIEUX PORT
CONGRÈS D'IMPLANTOLOGIE : CONFRÉNCES ET

DÉMONSTRATIONS

Pr PATRICK MISSIKA, Drs PATRICK MOHENG, DOMINIQUE CASPAR, JACQUES BESSADE, JÉRÔME UNGER, MARC HIRY, FRANÇOIS PAUZIE

DENTSPLY FRIADENT

Hélène Antunes - B. P. 106 - Route de Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

5 AVRIL 2007 À PARIS

Espace Bernanos 4 rue du Havre 75008
SOIRÉE CONFÉRENCE :

LES NOUVELLES APPROCHES EN CHIRURGIE PLASTIQUE PÉRI-IMPLANTAIRE

Dr Oliver HANISCH
SFPPIO PARIS

12 rue d'Aumale - 60500 Chantilly
Tél : 03 44 57 99 44
Email : contact@sfpio-paris.org
Site Internet : <http://www.sfpio-paris.org>

5 ET 6 AVRIL 2007 À MARNE LA VALLÉE
NATIONAL ITI MASTER COURSE EN IMPLANTOLOGIE : MODULE 2
STRAUMANN FRANCE

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.fr
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

12 AVRIL 2007 À MULHOUSE
SOIRÉE DÉBAT CHIRURGIE ET PROTHÈSE

Dr's MARC COLLAVINI, CHRISTIAN SCHLIER
CEFIOM - CYCLE DE FORMATION EN IMPLANTOLOGIE ORALE
Tél : 06 32 90 36 51

12 AVRIL 2007 À HIRSINGUE
L'IMPLANTOLOGIE AU QUOTIDIEN
MODULE 3

Dr CHRISTIAN MARTIN - MKM FORMATION
STRAUMANN FRANCE

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr>

20 ET 21 AVRIL 2007 À CLERMONT-FERRAND
IMPLANTOLOGIE CLINIQUE
MODULE 2

Dr's JEAN-FRANÇOIS BOREL, YVES DOUILlard
STRAUMANN FRANCE

Séverine Delmas - 10 place d'Ariane
Serris - 77706 Marne la Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 16
Fax : 01 64 17 30 10
Email : severine.delmas@straumann.com
Site Internet : <http://www.straumann.fr/>

EN PARTENARIAT AVEC SGS QUALITEST, ASSOCIATION PRECAUTION
(ASSOCIATION LOI 1901 SANS BUT LUCRATIF - FONDÉE EN 1991 - FORMATEUR AGGRÉÉ)
ORGANISE PLUSIEURS SESSIONS DE

FORMATION A LA RADIOPROTECTION A PARIS

POUR VOUS PERMETTRE DE REMPLIR
EN UNE SEULE JOURNÉE TOUTES VOS OBLIGATIONS
EN MATIÈRE DE RADIOPROTECTION

■ UNE FORMATION A LA RADIOPROTECTION DES PATIENTS

AVEC REMISE DE L'ATTESTATION VALABLE DIX ANS, CONFORME A L'ARRETÉ DU 18 MAI 2004
(DE 9 H A 18 H À PARIS – CŒUR LA DEFENSE)

■ LE SERVICE D'UNE PCR EXTERNE GRATUIT TOUTE L'ANNEE 2007

POUR REPONDRE A L'OBLIGATION DE DESIGNER UNE PCR (PERSONNE COMPETENTE EN RADIOPROTECTION)
SELON LE DECRET N°2003-296 DU 31/03/2003 ET ARRETE DU 26 OCTOBRE 2005 ET SANS OBLIGATION D'ENGAGEMENT

■ LA VALIDATION DE POINTS AU TITRE DE VOTRE FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

■ UNE POSSIBILITE DE PRISE EN CHARGE PAR LE FIF-PL

■ COÛT DE LA FORMATION : 250 EUROS

■ LES DATES SONT DEFINITIVES, TOUTES LES SESSIONS AURONT LIEU :

SESSION DU SAMEDI 31 MARS 2007
 SESSION DU JEUDI 05 JUILLET 2007

SESSION DU JEUDI 31 MAI 2007
 SESSION DU JEUDI 04 OCTOBRE 2007

En vous inscrivant dès aujourd'hui, vous bénéficiez immédiatement et sans aucun engagement du service PCR toute l'année 2007 quelle que soit votre session de formation

Pour Tout Renseignement TEL : 01 64 30 15 83

Merci de nous retourner votre inscription accompagnée de votre règlement de 250 €
à l'ordre de Précaution à l'adresse suivante :

Association Précaution – 19 avenue du Maréchal Foch Boîte 77 - 77508 CHELLES cedex
www.associationprecaution.fr



Je joins le règlement de 250 euros à l'ordre de Précaution pour l'inscription à la journée de formation à la radioprotection des patients à PARIS – Cœur la Défense (de 9 h à 18 h) **au choix** :

session du samedi 31 MARS 2007
 session du jeudi 05 JUILLET 2007

session du jeudi 31 MAI 2007
 session du jeudi 04 OCTOBRE 2007

Cachet :

MERCI DE CHOISIR VOTRE JOURNÉE DE FORMATION
LE PLAN D'ACCÈS, LE PROGRAMME DE LA JOURNÉE AINSI QUE
TOUS LES DOCUMENTS UTILES VOUS SERONS ADRESSES AVEC
VOTRE REÇU D'INSCRIPTION

Signature :

AU fil DU TEMPS

26 AVRIL 2007 À PARIS

SOIRÉE CONFÉRENCE SUR LE SYSTÈME XIVE® - DÉFICIT DU VOLUME OSSEUX : INTÉRÊTS DES BIOMATÉRIAUX

DR SYLVAIN ALTGLAS

DENTSPLY FRIADENT

Hélène Antunes - B. P. 106 - Route de Montereau - 77793 Nemours cedex
Tél : 01 60 55 59 78

OMNIPRATIQUE

22 FÉVRIER 2007 À PARIS

L'ÉCLAIRCISSEMENT DENTAIRE

DRS ÉRIC BONNET, PATRICK SULTAN

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 68 91 52
Email : mail@ivoclarvivadent.fr
Site Internet :
<http://www.ivoclarvivadent.fr>

1ER MARS 2007 À SAINT-JORIOZ

IPS EMPRESS CAD

(COMPUTER ASSITED DESIGN)

MME CATHERINE NARDARI

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 68 91 52
Email : mail@ivoclarvivadent.fr
Site Internet :
<http://www.ivoclarvivadent.fr>

1ER MARS 2007 À SAINT-JORIOZ

CONFÉRENCE : LES LAMPES À POLYMÉRISER

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 68 91 52
Email : mail@ivoclarvivadent.fr
Site Internet :
<http://www.ivoclarvivadent.fr/>

8 MARS 2007 À LYON

Hotel Mercure Lumière

LE LASER LOKKI YAP EN OMNIPRATIQUE

JEAN-PIERRE COUILLET

SC DISTRIBUTION

20, route de Chartreuse - 38700 CORENC
Tél : 06 15 37 22 80

Email : scdistribution@wanadoo.fr

Site Internet : <http://www.lokki.com>

8 MARS 2007 À AMIENS

22 MARS 2007 À SAINT-JORIOZ

26 AVRIL 2007 À METZ

SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

DR HERVÉ TASSERY

IVOCLAR VIVADENT

Danielle Mermet - La Chapelle du Puits
BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 12
Fax : 04 50 68 91 52
Email : mail@ivoclarvivadent.fr
Site Internet :
<http://www.ivoclarvivadent.fr>

8 MARS 2007 À LYON

STRATIFICATIONS DES COMPOSITES SUR LES SECTEURS ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR : LES CLÉS DU SUCCÈS

DR NICOLAS LEHMANN

ALPHA-OMEGA RHÔNE-ALPES

Hervé Touati
Tél : 04 78 62 84 08
Email : touati.herve@wanadoo.fr

15 MARS À ROISSY EN FRANCE

KaVo Dental

LE LASER ERYAG EN OMNIPRATIQUE

DR BÉATRICE GRENIER

Frais d'inscription : 150 €

KAVO DENTAL SAS

165 avenue du Bois de la Pie - 95700
Roissy en France
Tél : 01.56.48.72.00
Fax : 01.56.48.72.25
Email : vincent.faure@kavo.com
Site Internet : <http://www.kavo.fr>

15 MARS 2007 À ANGERS

LE DIAGNOSTIC EN PARODONTOLOGIE - APPROCHE CLASSIQUE ET NOUVEAUX EXAMENS, PLANS DE TRAITEMENTS À L'AIDE DE CAS CLINIQUES TRAITÉS

JEAN-FRANÇOIS MICHEL

ACTEON FORMATION

Audrey Maurel
Tél : 05 56 34 93 22
Fax : 05 56 34 92 92
Email :
audrey.maurel@acteonformation.com
Site Internet :
<http://www.acteonformation.com>

22 MARS 2007 À PARIS

RIVE GAUCHE SAINT-JACQUES HÔTEL

17 BD ST-JACQUES - 75014

JOURNÉE SOP : GAGNEZ DU TEMPS SANS COMPROMIS
SOP - SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS

6 rue Jean Hugues - 75116 Paris

Tél : 01 42 09 29 13

Fax : 01 42 09 29 08

Email : secretariat@sop.asso.fr

Site Internet : <http://www.sop.asso.fr>

22 MARS 2007 À SAINT-ÉTIENNE

PROTHÈSES FIXÉES SUR LES

SECTEURS ANTÉRIEURS, DENTS NATURELLES ET IMPLANTS : ASPECTS PARODONTAUX

SERGE ARMAND

ACTEON FORMATION

Audrey Maurel

Tél : 05 56 34 93 22

Fax : 05 56 34 92 92

Email :

audrey.maurel@acteonformation.com

Site Internet :
<http://www.acteonformation.com>

23 ET 24 MARS 2007 À PARIS

4 ET 5 MAI 2007 À PARIS

SITE D'IMPLANTOLOGIE DE DENTSPLY FRIADENT FRANCE - 17 RUE DES ACACIAS - 75017

CYCLE COMPLET DE FORMATION

À LA PROTHÈSE OU À LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE

JACQUES BESSADE

Frais d'inscription : Formation complète : 850 €

DENTSPLY FRIADENT - SCIO

Hélène Antunes - B. P. 106 - Route de Montereau - 77793 Nemours cedex

Tél : 01 60 55 59 78

29 MARS 2007 À PONT À MOUSSON

LAISSEZ-VOUS TENTER !! LES

SYSTÈMES CÉRAMO-CÉRAMIQUES

GIL TIRLET, JEAN-PIERRE ATTAL

SOSNE - SOCIÉTÉ ODONTO

STOMATOLOGIQUE NORD EST

Christine - 23-25 rue de Saurupt

54000 Nancy

Tél : 03 83 56 00 33

Fax : 03 83 56 81 17

Email : sosne@free.fr

Site Internet : [http://www.dental-clic.com%20\(page%20sosne\)/](http://www.dental-clic.com%20(page%20sosne)/)

29 MARS 2007 À PAU

L'ACCIDENT AU CABINET DENTAIRE : URGENCIE - RÉANIMATION

JEAN-MARIE MARTEAU, JACQUES POUGET

ACTEON FORMATION

AUDREY MAUREL

Tél : 05 56 34 93 22

Fax : 05 56 34 92 92

Email :

audrey.maurel@acteonformation.com

Site Internet :

<http://www.acteonformation.com>

31 MARS 2007 À PARIS

COEUR DE LA DÉFENSE

FORMATION À LA

RADIOPROTECTION

Frais d'inscription : 250 €

ASSOCIATION PRÉCAUTION

19 avenue du Maréchal Foch - 77508

Chelles cedex

Tél : 01 64 30 15 83

Fax : 01 64 30 15 83

Email : pqr.precaution@free.fr

PROPHYLAXIE

12 ET 13 AVRIL 2007 À PARIS

HÔTEL MERCURE, PORTE DE VERSAILLES
LES CHAÎNES MUSCULAIRES À
L'USAGE DU CHIRURGIEN-DENTISTE
ET DE L'ORTHODONTISTE
Frais d'inscription : 540 € déjeuners inclus
CIPAGO ET E:-)MOTION
Melanie Pham - 10 avenue du Québec
Villebon BP 116 - F-91944 Courtabœuf
cedex
Tél : 01 60 92 41 62
Fax : 01 72 72 93 94
Email : melanie.pham@e-motion.eu.com
Site Internet : <http://www.e-motion.eu.com>

Feuille - 92000 Boulogne
Tél : 01 46 05 70 41
Email : mpsache@wanadoo.fr

20 ET 21 MARS 2007 À PARIS
DÉVELOPPEMENT SQUELETTIQUE
CRANIO-FACIAL - CÉPHALOMÉ-
TRIE ARCHITECTURALE -
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT
ORTHOPÉDIQUE DES CLASSES III
Pr J. DELAIRE
CISCO
1 rue de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Email : cisco.s@wanadoo.fr

22 AU 24 MARS 2007 À PARIS
BIOMÉCANIQUE AVANCÉE
Dr S. KHOLOKI
CISCO
1 rue de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Email : cisco.s@wanadoo.fr

22 AU 25 MARS 2007 À PARIS
DÉBUT DE FORMATION EN
ORTHODONTIE
CISCO
1 rue de Grasse - 29200 Brest
Tél : 02 98 44 56 83
Fax : 02 98 44 81 66
Email : cisco.s@wanadoo.fr

23 ET 24 MARS 2007 À PONT-ÉVÈQUE
12EME CYCLE DE FORMATION EN
ODF : ÉTUDE DES CAS EN COURS
DE TRAITEMENT DES PARTICI-
PANTS EN 2EME ANNÉE
Sous la direction de Pierre VION
ADFOC ISÈRE

Chez le docteur Georges Bernardat - Les Bleuets - Bâtiment B - Montée Lucien Magnat - 38780 Pont-Évêque
Tél : 04 74 85 90 40

16 AU 20 AVRIL 2007
FORMATION SUR TYPODONT À 120
ÉTUDIANTS DE CESMO
CEO - COLLÈGE EUROPÉEN
D'ORTHODONTIE
Dr Marie-Pierre Sache - 10 rue de la Belle Feuille - 92000 Boulogne
Tél : 01 46 05 70 41
Email : mpsache@wanadoo.fr

19, 20 ET 21 AVRIL 2007 À PONT-ÉVÈQUE
12EME CYCLE DE FORMATION EN
ODF : CLASSE III ET ORTHOPÉDIES
Sous la direction de Pierre VION
ADFOC ISÈRE
Chez le docteur Georges Bernardat Les Bleuets - Bâtiment B - Montée Lucien Magnat - 38780 Pont-Évêque
Tél : 04 74 85 90 40

8 ET 9 MARS 2007 À PARIS

INTÉGRER LA PROPHYLAXIE
DENTAIRE INDIVIDUELLE DANS
VOTRE CABINET
MICHEL BLIQUE
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

15 MARS 2007 À PARIS
INTÉGRER ET RENTABILISER LA
MAINTENANCE ET LA
PROPHYLAXIE
MICHEL BLIQUE, DEBORAH TIGRID
FBM FORMATION
15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
Tél : 01 56 56 59 85
Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

22 AU 24 MARS 2007 À PARIS
GUÉRIR LA CARIE : METTRE EN
PLACE LA PROPHYLAXIE
CARIEUSE EN OMNIPRATIQUE
Dr PATRICK DARMON
Frais d'inscription : Praticien : 1 150 €
Assistante : 450 €
IFOE : INSTITUT DE FORMATION
ODONTOLOGIQUE EUROPÉEN
Virginie - 9 quai de la Fontaine
30900 Nîmes
Tél : 06 61 98 48 54
Fax : 04 66 23 48 54
Email : ifoedarmon@aol.com
Site Internet : <http://www.prophylaxie.fr>

GESTION DU CABINET

29 MARS 2007 À PARIS

HÔTEL MEDITEL 28 BLD PASTEUR 75015
SOIRÉE CONFÉRENCE : SOCIÉTÉ
MICRO-HOLDING FAMILIALE - LA
PROTECTION DU PATRIMOINE
FAMILIAL
RÉMI DUMAS
Frais d'inscription : 200 € (1 livre compris)
INSTITUT DU CHIFFRE ET DU
DROIT
Jocelyne Deperrier - 14 rue Guynemer
92380 Garches
Tél : 01 47 01 42 35 / 06 18 99 14 35
Fax : 01 47 01 12 87
Email : icd92380@hotmail.fr

ORGANISATION

8 ET 9 MARS 2007 À RENNES

22 ET 23 MARS 2007 À NICE
L'ORGANISATION PYRAMIDALE
Dr EDMOND BINHAS
Frais d'inscription : 350 € pour un

19 AVRIL 2007 À CLERMONT-FERRAND
CÉRAMO CÉRAMIQUES
Dr GIL TIRLET
Frais d'inscription : 250 €
U. F. R. D'ODONTOLOGIE
FORMATION CONTINUE
11 boulevard Charles de Gaulle - 63000
Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35
Fax : 04 73 17 73 79
Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
Site Internet : <http://webodonto.u-clermont1.fr>

ORTHODONTIE

12, 13, 14 ET 15 MARS 2007 À PARIS
HÔTEL NOVOTEL LES HALLES 75001 PARIS
FORMATION EN ORTHODONTIE
DE 8 MODULES DE 4 JOURS
(4 COURS PAR AN)
Dr JEAN FLOUR ET JEAN-PIERRE JAGUT
CETO - CENTRE DE FORMATION
DES TECHNIQUES
ORTHODONTIQUES
1 rue Charles Lindbergh-Immeuble le Rafale C - 44346 Bouguenais cedex
Tél : 02 40 75 12 87
Fax : 02 40 75 21 61
Email : l.caillon@ceto-europe.com
Site Internet : <http://www.ceto-europe.com>

15, 16 ET 17 MARS 2007 À PONT-ÉVÈQUE
12EME CYCLE DE FORMATION EN
ODF : BIOMÉCANIQUE
Sous la direction de Pierre VION
ADFOC ISÈRE
Chez le docteur Georges BERNADAT
Les Bleuets - Bâtiment B - Montée Lucien Magnat - 38780 Pont-Évêque
Tél : 04 74 85 90 40

15 AU 17 MARS 2007 À NANTES
FACULTÉ DE NANTES
ORTHODONTIE ET CHIRURGIE
MAXILLO-FACIALE
Dr JOSÉ MERCIER
CEO - COLLÈGE EUROPÉEN
D'ORTHODONTIE
Dr Marie-Pierre Sache - 10 rue de la Belle

AU fil DU TEMPS

Lieux	Dates (2007)
Bordeaux	Ven. 30 Mars
Lille	Ven. 16 Mars
Lyon	Jeu. 19 Avril
Montpellier	Jeu. 06 Mars
Nantes	Jeu. 26 Avril
Nice	Jeu. 07 Juin
Paris	Jeu. 15 Mars
Paris	Mer. 10 Mai
Pointe à Pitre	Ven. 18 Mai
Rennes	Mer. 25 Avril
Strasbourg	Jeu. 03 Mai
Tours	Jeu. 29 Mars

De 9 H 00 à 12 H 00

praticien et 200 € pour une assistante
GROUPE EDMOND BINHAS
 15 avenue André Roussin
 13016 Marseille
 Tél : 04 95 06 97 31
 Fax : 04 95 06 97 32
 Email : contact@binhas.com

26 AVRIL 2007 À PARIS
SÉMINAIRE «L'ORGANISATION PYRAMIDALE» POUR ORTHODONTISTES
DR EDMOND BINHAS
GROUPE EDMOND BINHAS
 15 avenue André Roussin
 13016 Marseille
 Tél : 04 95 09 97 31
 Fax : 04 95 06 97 32
 Email : contact@binhas.com

MANAGEMENT

14 ET 15 FÉVRIER 2007 À PAU
7 ET 8 MARS 2007 À POITIERS
21 ET 22 MARS 2007 À PARIS
 GARE DE LYON - PARIS XII
LE CHIRURGIEN-DENTISTE
MANAGER – GÉRER SON PERSONNEL DE MAIN DE MAÎTRE
MR RODOLPHE COCHET
 Frais d'inscription : 750 €/ praticien
 250 €/assistante (clinique/ administrative)
RODOLPHE COCHET CONSEIL
 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
 Tél/Fax : 01 43 31 12 67
 Email : info@rh-dentaire.com
 Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

22 FÉVRIER 2007 À NANTES
26 FÉVRIER 2007 À LYON
L'ASSISTANTE DE DIRECTION DENTAIRE

Conférences
La radiographie dentaire en 3 dimensions
 (Hors interprétation médicale)



L'apparition des appareils de type "Cone Beam" (CBCT) a révolutionné les clichés tomographiques. Plus performants et moins coûteux que le scanner, ces appareils vont s'imposer en implantologie et dans de nombreux autres domaines de l'Odontologie, Orthodontie... nous vous proposons avec cette conférence, d'en comprendre le fonctionnement et d'en découvrir les possibilités.

Inscriptions au plus vite :
 Formulaire sur le site : www.fazy-ed.fr

Praticiens : 90 € TTC
 Dépôts dentaires : 120 € HT

MR RODOLPHE COCHET
RODOLPHE COCHET CONSEIL
 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
 Tél/Fax : 01 43 31 12 67
 Email : info@rh-dentaire.com
 Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

19 MARS 2007 À TOULOUSE
26 MARS 2007 À MARSEILLE
GÉRER EFFICACEMENT SON PERSONNEL
MR RODOLPHE COCHET
RODOLPHE COCHET CONSEIL
 7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
 Tél/Fax : 01 43 31 12 67
 Email : info@rh-dentaire.com
 Site Internet : http://www.rh-dentaire.com

COMMUNICATION

15 MARS 2007 À BOUGIVAL
 HÔTEL HOLIDAY INN
DIAGNOSTIC COMPLET, MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE GLOBALE
COMMENT ABORDER LE PATIENT, DU CAS SIMPLE AU CAS LIMITÉ
COMMENT GARDER LA MAÎTRISE DU TRAITEMENT
DOCTEUR ALAIN NEAU, POITIERS
ASSOCIATION DES CERCLES ODONTO-STOMATOLOGIQUES DES YVELINES - A.C.O.S.Y.F.C
 3, rue Antoine Coypel 78000 Versailles
 Inscriptions et renseignements auprès de Madame Cordier les lundi, mardi, jeudi et vendredi après-midi.
 Tél : 01 39 53 77 23

15 MARS 2007 À LYON
19 AVRIL 2007 À LYON
 CHÂTEAU DE MONCHAT - 69003 LYON

HYPNOSE ERICKSONIENNE ET CONFORT PROFESSIONNEL :
APPLICATION EN DENTISTERIE
Dr BRUNO DELCOMBEL,
M. EL FARRICHA

SYSTHÈMES - INSTITUT MILTON H. ERICKSON DU RHÔNE
 352 cours Émile Zola - 69100 Villeurbanne
 Tél : 04 72 65 62 46 / 06 10 83 26 18
 Fax : 04 72 65 99 41
 Email : imher@free.fr

23 MARS 2007 À PARIS
COMMENT GÉNÉRER DES PATIENTS RECOMMANDÉS ET MOTIVÉS

GENEVIEVE DESOIZE
FBM FORMATION
 15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
 Tél : 01 56 56 59 85
 Fax : 01 56 56 59 84
 Email : info@fbmformation.com

29 ET 30 MARS 2007 À PARIS
ARGUMENTER EFFICACEMENT VOS PROPOSITIONS DE TRAITEMENT (NIV 1)
DEBORAH TIGRID, JEAN-RAOUL SINTÈS
FBM FORMATION

15 rue Victor Duruy - 75015 Paris
 Tél : 01 56 56 59 85
 Fax : 01 56 56 59 84
 Email : info@fbmformation.com

DIVERS

19 MARS 2007 À MARSEILLE
 SOFITEL PALM BEACH
JOURNÉE ORL : AMÉLIORER LA VENTILATION
PR CHAYS, DR OSTORERO-BRUN, FORCIOILLI, CHEYNET, NICOLLAS, DENIAUD

SBR RÉGION SUD-EST : SOCIÉTÉ BIOPROGRESSIVE DU SUD-EST
 Jean Lacout - 222 avenue de Mazargues 13008 Marseille
 Tél : 04 91 77 23 83
 Fax : 04 91 77 41 04
 Email : lacout.deroze.abs.scp@wanadoo.fr

29 MARS 2007 À CLERMONT-FERRAND
LE CHIRURGIEN-DENTISTE AVEC L'ASSURANCE MALADIE - LE CHIRURGIEN-DENTISTE ET SA RETRAITE

DRS M. SABEK, J. P. BONNEVILLE
 Frais d'inscription : 200 €
U. F. R. D'ODONTOLOGIE
FORMATION CONTINUE
 11 boulevard Charles de Gaulle 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35
 Fax : 04 73 17 73 79
 Email : claudie.camus@u-clermont1.fr
 Site : <http://webodonto.u-clermont1.fr>

La qualité sans frontières



À PARTIR DE
89,70 €

D N° Azur 0811 115 000

LABOCAST

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



PROGRESS
DENTAIRE

Laboratoire Progress Dentaire

Petit prix pour une
qualité infinie

C.Coulée : 35 €

C.Céramique : 45 €

au lieu de 60€ pendant 2 mois

C.Céramique : 79 €
sur implant

Complet : 100€

dents, montage et finition

Stellite : 115 €

dents, montage et finition

Empress II : 100 €

Zircone : 150 €

Livraison sur Paris et Idf à

notre charge.

Pour la province participation
de 12 € pour l'aller-retour.

Délai 4 jours
labo

Tel : 01.44.54.96.93

Les packs "nouvel an" :

Céramique + inlay core : 68 €

au lieu de 78 € pendant 2 mois

Zircone + inlay céramisé : 175 €

Pei, cire et Stellite : 138 €

Zircone + dent provisoire : 165 €

La qualité tout simplement



et ça se voit !!!



5 ANS
DE GARANTIE SUR
TOUTE LA PROTHESE
=
sécurité