

LE FIL DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

CONSEIL ORGANISATION

**Gestion du cabinet :
Adoptez un comportement
de chef d'entreprise !**



N°28 DÉCEMBRE 2007 - 1€ - www.lefildentaire.com

**CLINIC
CONFÉRENCE**
L'esthétique des seniors

Les implants Hybrides Zircono Titane

SwissClip :

pose au contre-angle

Une gorge située à l'intérieur de l'implant permet la préhension et la pose directe de l'implant au contre-angle (sans contact digital)

Zirconnexion

(union de la Zircono et du Titane) :

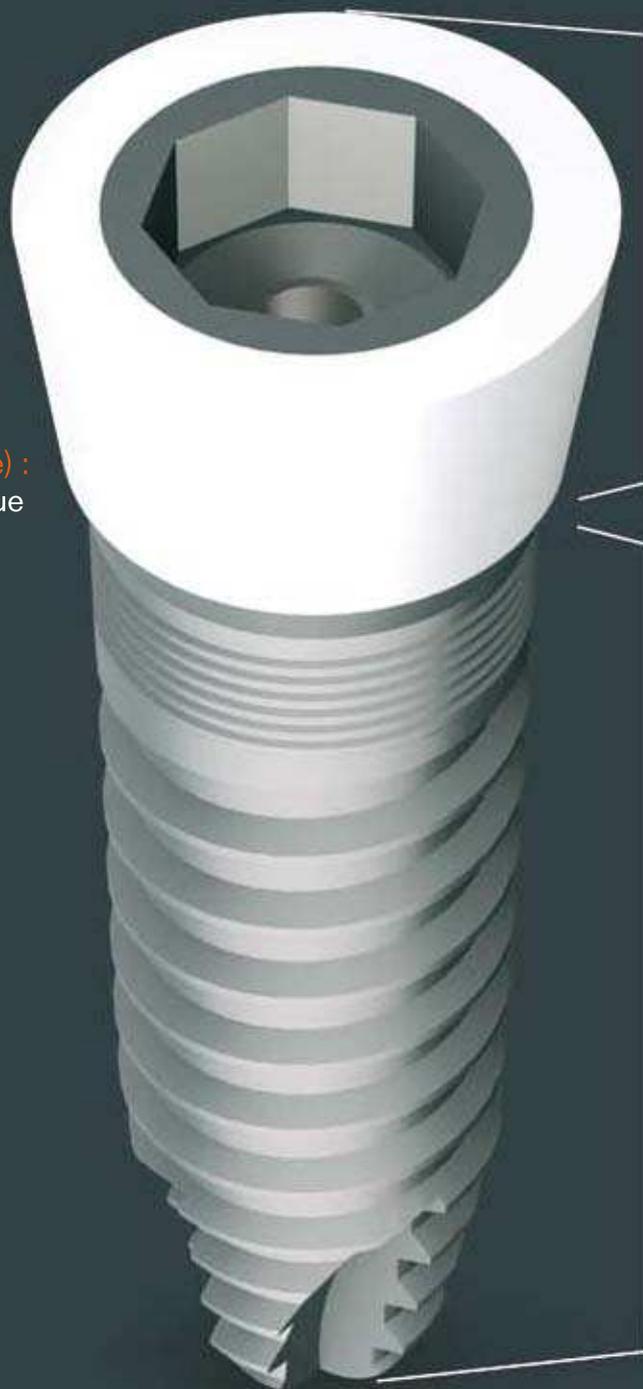
- repousse l'espace biologique au niveau supragingival
- absence de "micro-gap"

Micro-Spires :

Les micro-spires stimulent la régénération osseuse et permettent une diffusion uniforme des contraintes

Apex Cruciforme :

- blocage anti-rotationnel
- autobloquant et autotaraudant à convexité mousse atraumatique



Surface ZT-Hybrid: (Zirconia Titanium Hybrid)

Zircono : Y-TZP (ZrO₂)

- surface lisse, dense et teintée ivoire (A2)
- faible colonisation bactérienne
- résistance mécanique optimisée
- esthétique parodontale parfaite

Titane : Ti

- sablage au corindon donnant un aspect rugueux sur toute la surface de l'implant (indice de rugosité Ra = 1,25µm)
- passivation à l'acide fluorhydrique pour améliorer l'énergie de surface et la régénération osseuse

La Paro-Intégration est optimisée par l'état de surface du titane (intégration osseuse) et par la zircono (intégration gingivale)

Un bilan +++

Images de Marques



Une année qui s'achève sur une bonne note puisque les premières ébauches de chiffres de l'ADF laissent deviner une tendance positive.

En effet, les mouvements sociaux qui ont immobilisé l'hexagone et plus particulièrement la capitale n'auraient pas

modifié le taux de fréquentation du congrès.

Il faut croire que la motivation à se former mais également à investir dans de nouveaux équipements a été plus forte.

Pour notre part, le bilan est également glorieux. Les numéros thématiques que nous avons publié tout au long de l'année ont recueilli beaucoup de succès et nous ne manquerons pas de renouveler l'expérience en 2008 sur les nombreux thèmes qui retiennent votre attention.

Du côté du web, nous vous rappelons que notre site www.lefildentaire.com est « up to date » puisque des news vous sont proposées chaque jour. Il vous offre de nombreuses possibilités. La première étant celle de feuilleter votre mensuel accompagné du délicieux cliquetis des pages mais aussi télécharger vos articles favoris en PDF et les imprimer.

Notre cybersalon vous propose de visionner des vidéos cliniques ou produit.

L'agenda vous donne une excellente visibilité sur l'offre de formation que vous pourrez trier par discipline, par date ou par ville à votre guise.

Et pour enrichir cette offre, nous vous proposons désormais une newsletter régulière qui vous gardera sur le fil de l'actu ainsi que des ventes flash de matériels à prix préférentiels. Pour cela, n'omettez pas de vous inscrire à la mailing list sur notre page d'accueil.

Excellente fin d'année et au plaisir de vous retrouver en 2008

Patricia Levi

Sur le fil	> 4 à 16
Actualités France et International	
Nouveaux produits – Revue de presse	
Focus clinic	> 18 et 19
Ostéonécrose et biphosphonates	
Clinic conférence	> 20 à 28
L'esthétique des séniors	
Clinic étude	> 30 et 31
Cerasorb®M, matériau synthétique de Tri-Calcium Phosphate (TCP) en phase β pure	
Conseil organisation	> 32 et 33
Gestion du cabinet :	
Adoptez un comportement de chef d'entreprise !	
Interview rencontre	> 34
Avec le Dr Pierre Vernay	
Management l'Européonion	> 36 à 39
La question du mois	
Conseil gestion RH	> 40 et 41
Conflits entre associés, comment s'en sortir ?	
Conseil éco	> 42 et 43
Successions et donations : les nouvelles mesures	
Au fil du temps	> 44 à 48
Agenda	
Petites Annonces	> 49 et 50

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
AIP N°0001300

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Directrice commerciale :

Patricia LEVI

Direction artistique :

Lordje@hotmail.fr

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL,
Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS,
Georges BLANC, Dr Hervé BUISSON,
Marie-Jo BUISSON, Alain CARNEL,
Dr Jacques CHARON, Rodolphe COCHET,
Dr Angela GILET, Dr Gérard GOURION,
Frank KILWIN, Catherine N'GUYEN,
Dr Franck PALM, Dr Philippe PIRNAY,
Yves ROUGEAUX, Dr Déborah TIGRID

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

Dr Fabrice Baudot (endodontie, parodontologie)
Dr Eric Bonnet (radiologie numérique, blanchiment)
Dr Alexandre Boukhors (chirurgie, santé publique)
Dr Nicolas Cohen (microbiologie, endodontie, parodontologie)
De Georges Freedman (cosmétique) (Canada)
Dr David Hoexter (implantologie, parodontologie) (USA)
Dr Alexandre Miara (blanchiment)
Dr Hervé Peyraud (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
Dr René Serfaty (dentisterie restauratrice)
Dr Raphaël Serfaty (implantologie, parodontologie)
Dr Stéphane Simon (endodontie)
Dr Nicolas Tordjmann (orthodontie)
Dr Christophe Wierzelewski (chirurgie, implantologie)

Secrétaire de rédaction :

Barbara VACHER
bvacher@lefildentaire.com

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

AUBIN IMPRIMEUR
Chemin des Deux Croix B. P. 02 - 86240 LIGUGÉ

Couverture :

© Gabriel Moisan - Fotolia.com

Publicité :

Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

Annonceurs :

Bisico, Curasan, Discus Dental, Ekler, FIDE, Foxy,
Groupe Edmond Binhas, Instrumental Dental Technology,
Komet, Medical Universal, NF Diffusion,
Sirona, Progress Dentaire, Sun Dental Labs,
Tactys, TBR Group, Vita Zahnfabrik

Encarts :

Protilab, Impact dentaire

SMT**Dentaloscope,
le caméraman personnel...**

... pour du direct en 3D présenté à l'ADF!

Innovant en technique médicale, le Dentaloscope, muni d'un capteur optique stéréoscopique ultra intégré enregistre en permanence un flux de données vidéo tridimensionnel représentant le champ de traitement qu'il affiche sur un écran 3D.

Le traitement est effectué indirectement sur le patient allongé grâce à une vision directe sur l'écran 3D ; le praticien, assis

dans une position ergonomique droite, est tout à fait détendu. Finies les douleurs dorsales lors des séances prolongées ou les lésions du dos ou de la colonne vertébrale, dues à une position de travail courbée !

L'écran plat tridimensionnel représente le champ de traitement en trois dimensions et dans une qualité optimale. La perception de la profondeur permet un travail indirect précis. L'optique stéréo haute puissance produit un agrandissement de plus de 20 fois. L'accès au champ de traitement est illimité, car la distance de travail entre le patient et le capteur optique est de l'ordre de 50 cm. De plus, le Dentaloscope est parfaitement adapté à la documentation médicolegale. La transmission d'une opération en temps réel, ou un enregistrement d'un maximum de 4 heures apportent une dimension pédagogique à ce nouveau concept de travail en indirect qui a séduit les nombreux visiteurs du salon de l'ADF 2007. ◆



Swiss Medical Technology
<http://www.s-m-t.ch>

EVENEMENT**Remise du Prix SEPTODONT 2007
de la Meilleure Publication Française**

Pour la septième année consécutive, SEPTODONT a décerné ce prix destiné à récompenser le meilleur auteur d'une publication française. Le jury (Professeurs D.Buch, Ph. Gibert, G. Malquarti, F. Predine-Hug et O. Laboux) s'est réuni fin novembre, présidé par le Professeur J-Ph. Lodter. Cette année, deux lauréats ex-aequo ont été désignés, à l'occasion de l'ADF, sur le stand SEPTODONT :

Le Docteur Grégory Caron et le Professeur Pierre Machtou pour leur publication « La planification thérapeutique en endodontie : une ou plusieurs visites ? » parue dans la revue Réalités Cliniques n°3 volume 17 ; 2006.

Le Docteur Pascal Seunaneche pour sa publication « Conserver ou implanter : prudence ! » parue dans la revue L'Information Dentaire n° 44 de Décembre 2006. ◆

Dr Seunaneche, Pr Buch, Pr Gibert, Pr Laboux, Pr Lodter, Dr Schopin,
Dr Caron, Pr Machtou



EKLER

IMAGE ET LUMIERE



LUXIMA



ELIO

LED et CAMERA



L'ERE DE LA COMMUNICATION
VOIR ET FAIRE VOIR

EKLER 42 rue des Cormiers 78400 CHATOU

Tél.: 01 34 80 64 90 - FAX: 01 34 80 64 46 - e-mail: luxima@ekler.fr - www.ekler.fr

ORTHOPÉDIE FONCTIONNELLE

Une nouvelle société scientifique voit le jour

L'objectif de l'association IFUNA (International Functionnal Association) est de réunir toutes les personnes intéressées par l'orthopédie fonctionnelle. Les omnipraticiens, les spécialistes, les techniciens, les étudiants, les thérapeutes, les industriels, les distributeurs, les éditeurs ainsi que les lecteurs sont les bienvenus !

IFUNA permettra les échanges d'idées, d'opinions et d'expériences à l'aide de support tels que des informations régulières, des livres, des cours, de nouveaux produits et des résultats scientifiques. L'association souhaite également créer une base de données accessible à



tous constitués de tous les résultats des différents approches de traitement. ◆

IFUNA
 infofur@hotmail.com
 www.ifuna.info

DENT-R-MED

Bistouri HTC

Destiné aux hémostases en chirurgie ce petit instrument a vu son usage étendu, par la pratique, à la chirurgie dentaire. Composé d'un corps en plastique serti, de deux batteries, d'un fil en métal et d'un contact, sa partie métallique rougit dès l'activation et atteint 1 200°.

En endodontie, il sert à sectionner les cônes de gutta et les cônes en plastiques, évite de chauffer une spatule et permet de bien visualiser la partie chaude.

En micro chirurgie, il est utilisé pour la petite gingivoplastie, les gencives bourgeon-



nantes, le modelage des tissus après empreintes sous gingivales, les saignements, abcès, frenectomie, capuchons de dents de sagesse, etc. ◆

Longueur 18 cm Ø 1,6 cm poids 160g, 2 piles >1h

Dent-R-MED
 Tél. : 04 77 73 32 33
 Email : robert.rulliere@dentrmed.fr
 www.dentrmed.com

BUSCH

Une nouveauté diamantée

Même en utilisant des instruments diamantés à gros ou à moyen grain, les préparations importantes peuvent prendre énormément de temps.

Busch propose désormais une sélection



d'instruments diamantés de formes courantes avec une diamantation à très grands grains pour une abrasion optimisée.

Ces instruments diamantés (tige FG 1,6 mm Ø) à très grands grains offrent une capacité d'abrasion particulièrement élevée.

En respectant les consignes du fabricant, les instruments peuvent être désinfectés, nettoyés et stérilisés par toutes les méthodes courantes, jusqu'à 180 °C. ◆

Busch
 Tél. +49 2263 860 – Fax : +49 2263 20741
 Email : mail@busch.eu - www.busch.ru



TENSOR

Stylo Signal

Contrôle et prévient la tension musculaire

Le Stylo Signal est un outil de renseignement biologique qui enregistre la tension musculaire excessive. Au moyen d'une led lumineuse, il indique la force de pincement exercée. Cette force peut aboutir à une tension excessive des épaules, des bras, des mains et du cou. L'utilisation quotidienne de ce stylo aide à prendre conscience de la tension excessive que l'on exerce. Il permet à l'utilisateur d'adapter son comportement et de réduire l'apparition de cans, en l'avertissant.

Des recherches scientifiques, en coopération avec Erasmus MC, Erasmus University Hospital Rotterdam, ont démontré qu'une force ou un pincement excessif influencent fortement la circulation sanguine dans les bras et les mains, aboutissant à une tension des muscles situés dans le cou. Ces muscles, sous l'effet de leur contraction, peuvent rétrécir les vaisseaux et gêner la circulation sanguine. Le résultat de ce dérèglement peut provoquer une irrigation insuffisante des tendons et autres structures cellulaires et gêner l'évacuation des excréments cellulaires. Ainsi, la concentration d'acide lactique dans les muscles augmente anormalement. Cela peut aboutir à un gonflement, des crampes, de la douleur dans les bras et les mains. (Exemple : on peut avoir des difficultés à retirer un anneau d'un doigt). La tension excessive des muscles du cou peut aussi affecter les nerfs profonds du cou voisins de la colonne vertébrale, avec des picotements, un engourdissement des doigts, ou parfois même une limitation de la rotation axiale. ◆

distributeur : Dent-R-MED
 Tél. : 04 77 73 32 33
 Email : robert.rulliere@dentrmed.fr
 www.dentrmed.com

CEREC – LA TECHNOLOGIE CFAO POUR LE DENTISTE

2 bonnes raisons de se préoccuper du présent.

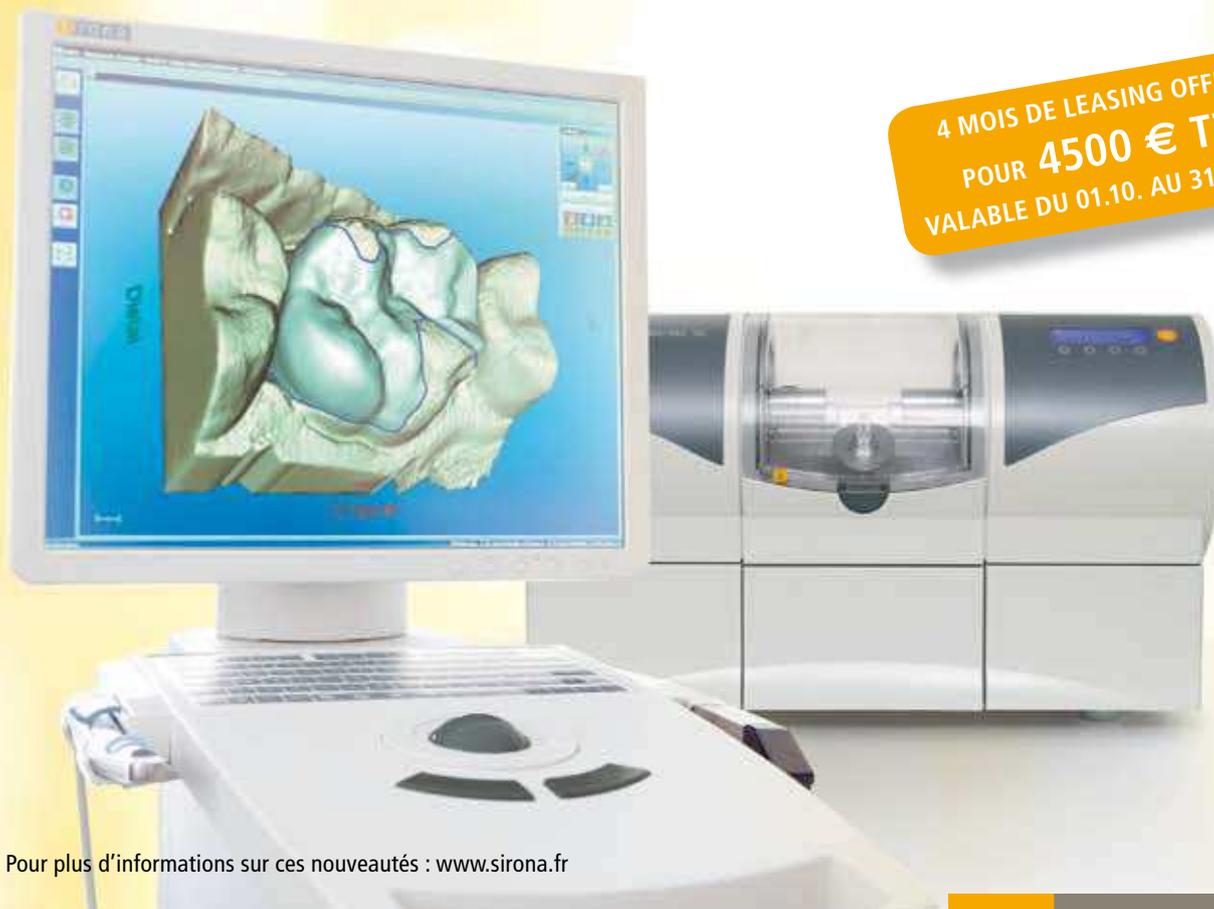
Nouveau : coter les inlays, onlays et couronnes partielles céramiques est enfin possible.

Vous l'espérez depuis des années, ces restaurations CEREC sont désormais cotées à l'identique des travaux du laboratoire, et peuvent en conséquence être prises en charge par les assurances complémentaires. Ouvrez un nouvel univers de possibilités à vos patients !

Nouveau : ne changez rien à vos habitudes !

Scellez de manière conventionnelle vos couronnes CEREC en choisissant les plus récentes céramiques.

La nouvelle unité d'usinage MC XL ultra-rapide est votre meilleure alliée pour la mise en pratique de la séance de traitement unique.



4 MOIS DE LEASING OFFERTS
POUR 4500 € TTC
VALABLE DU 01.10. AU 31.12.2007

Pour plus d'informations sur ces nouveautés : www.sirona.fr

La France de retour Conseil de la Fédération dentaire internationale

Patrick Hescot, secrétaire général de l'ADF depuis 1995 et président de l'ORE depuis 2007, a été élu, par l'assemblée générale du Conseil de la Fédération dentaire internationale, au premier tour et en première position. La Fédération dentaire internationale a pour vocation la promotion de la santé et, plus particulièrement, de la santé bucco dentaire pour tous les peuples. L'expérience internationale et nationale de Patrick Hescot et sa maîtrise de tous les sujets se rapportant à l'odontologie sont la garantie d'une participation majeure aux travaux de la FDI. ◆

Patrick
Hescot



Le prix de l'Innovation technologique Frost & Sullivan 2007 décerné à TBR

Le Groupe T.B.R.®, a reçu le prestigieux prix de l'Innovation technologique 2007 de Frost & Sullivan pour la technologie brevetée Hybride Zircon-Titane de ses implants dentaires.



Attribué une fois par an, le prix Frost & Sullivan de l'Innovation technologique récompense la société qui a démontré une supériorité technologique dans son activité par rapport à ses concurrents. Pour sélectionner le lauréat de ce prix, l'équipe d'analystes de Frost & Sullivan a étudié les différents lancements de nouveaux produits, les budgets liés à la Recherche et au Développement, les produits en cours de développement ainsi que les nouvelles caractéristiques et modifications de produits. Les nouveaux produits ont été comparés et évalués selon leur degré d'innovation et selon la satisfaction des clients. Les sociétés ont ensuite été classées selon le succès du produit sur le marché.

Avec 20 ans d'existence, T.B.R.®, leader français en implantologie orale, connaît une croissance très importante et dispose d'une présence internationale dans plus de 40 pays. Le Groupe T.B.R.® a vu accroître son activité grâce à une politique ambitieuse de couverture internationale : en 2000, les implants T.B.R.® étaient disponibles dans 15 pays. En 2007, ils sont présents dans 40 pays.

La prise en compte de la Paro-Intégration est le principal concept à l'origine de la technologie hybride brevetée Zircon-Titane, aujourd'hui récompensée par Frost & Sullivan. La paro-intégration est optimisée grâce au titane (intégration dans l'os) et à la zircon (intégration gingivale). La zircon améliore l'adhésion et la prolifération des fibroblastes et des ostéoblastes comparativement au titane, et maintient les tissus marginaux de son contour de manière plus stable. ◆

EKLER

Elio : un œil neuf

Une caméra haute définition, embarquée dans un scialytique écologique à lumière indirecte, fait d'Elio une des incontournables nouveautés de l'ADF 2007. Elio est d'abord un éclairage compact pour voir autrement : utilisant des leds dont l'une des caractéristiques est de ne provoquer aucun échauffement, il rend inutile tout ventilateur au ronflement insidieux et toutes grilles d'aération, pièges à poussière. Cette lumière froide à durée de vie illimitée crée un faisceau lumineux concentré sur la zone de travail et maîtrisé par un flux indirect protégeant le patient. A ses performances, conformes aux normes en vigueur, lui est adjointe une caméra à grande profondeur de champ disposée dans l'axe du faisceau, entre les deux points lumineux. Autonome, elle reproduit vos gestes sur un écran, vous permettant un suivi grossi de vos examens et actes en bouche, comme elle vous fournit un support de communication et d'explication pour votre patient. Les mains libres, vous pouvez aussi filmer vos interventions, tant par souci de traçabilité que pour des communications ultérieures, sa qualité optique donnant des résultats surprenants ! ◆



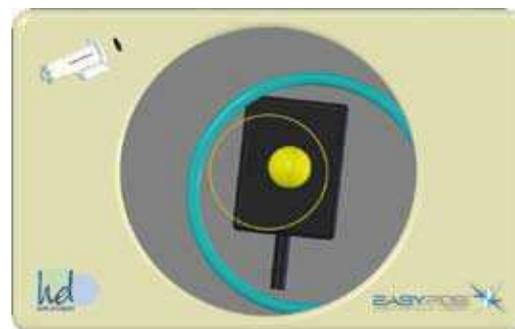
Ekler

Tél. : 01 34 80 64 90
www.ekler.fr

EASYPOS

Mieux apprivoiser son capteur numérique

Easypos est un nouveau concept d'angulation et de positionnement électronique. Easypos vous donne la maîtrise de votre capteur quel qu'il soit, quel que soit le générateur, quel que soit le soft d'acquisition ; Il en assure une mise en place optimale pour un diagnostic plus sûr. Son rôle consiste à identifier les défauts de positionnement en X/Y comme en parallaxe (angulation) sans exposition superflue de vos patients aux rayons X, avec une précision de 100 %, une économie de temps comme de manipulations et une simplicité ludique. Une solution intelligente et intuitive aux manœuvres récurrentes du couple capteur/générateur. ◆



Hyphen development

Email : webmaster@hyphen-dev.com
www.hyphen-dev.fr

കൃത്യ

മ്യറാഡ



കൃത്യ



കൃത്യ

കൃത്യ



കൃത്യ

കൃത്യ

കൃത്യ

കൃത്യ

കൃത്യ

e

®

medical universal®



മ്യറാഡ

കൃത്യ

PUCE ÉLECTRONIQUE

Mais à qui appartient cet appareil ?

Il semblerait que dans les maisons de retraite, les appareils dentaires s'égareront aussi fréquemment qu'un jeu de clefs, et qu'il est bien difficile d'identifier les propriétaires de ces objets trouvés. Déjà inventeur d'un clip pour prothèse et d'une "spatule pour vider les pochettes de savon liquide", le Dr François Clerc a trouvé une autre ingéniosité : une toute petite puce, capable de contenir 2 kilobits de mémoire, qui se niche facilement dans une prothèse : stimulé par les ondes radio, il communiquera les renseignements sans avoir recours à une batterie. Au bureau, une autre antenne, dissimulée dans un tapis de souris, permet de lire, modifier ou crypter les informations à l'aide d'un banal PC. Enfin, des capteurs pourront être posés sur les poubelles afin d'éviter que des appareils passent involontairement à la casse. Des maisons de retraite ont déjà montré leur intérêt pour la trouvaille de l'inventeur autodidacte, mais aussi des loueurs de matériel de sport et de grandes administrations.

Ce sont des Suisses qui permettront au Dr Clerc de concevoir ce nouvel outil : Sokymat, leader des antidémarrages pour véhicules pour la puce ainsi que l'école d'ingénieurs d'Yverdon et Microcid S.A. pour les antennes qui donneront la parole à cette mémoire. Axiome Alpha, à Corcelles (Neuchâtel) fournit l'appareil portable qui lira les informations compilées dans le silicium. ◆

Source : Xavier de Stoppani pour Le Temps



© Ohwan07 - Fotolia.com

DRAVINO

Nouveau système de sécurité « no touch »

L'étanchéité des champs opératoires doit répondre à la norme européenne EN 13 795-1. DRAVINO complète cette étanchéité vis-à-vis d'une tubulure d'aspiration chirurgicale.

Les tests commerciaux ayant été effectués dans le domaine hospitalier et libéral, des troussees dites « standard » sont maintenant disponibles pour recouvrir les tables opératoires annexes comme une table pont.

Ce système a été retenu en odontologie pour une utilisation régulière par le plus grand Hôpital européen, le Groupe Pitié Salpêtrière. Les prises de vide des unités dentaires et les systèmes d'aspiration chirurgicale représentant une source potentielle de biocontaminations aéroportées et manipulées, une étude au CHU de Dijon a analysé les avantages de ce nouveau champ opératoire à liaison étanche « champ-tubulure » par rapport aux champs traditionnels (Ravineau et Perrin 2006).

Un seul objet : préhension du champ et de la tubulure effectuée en un seul temps, au contraire des anciennes méthodes, la tubulure est ici déjà fixée de façon étanche au champ et le traverse de part en part en son centre.

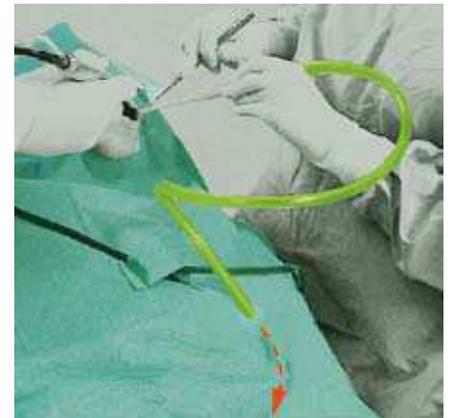
Un seul geste aseptique : système déplié sur le patient sans contact septique avec l'environnement, plus de fixation de la tubulure à manipulations septiques, plus de

décrochage de la tubulure, plus de remontées septiques de la tubulure sur le champ car la partie septique de la tubulure est recouverte et isolée automatiquement par le champ lors du geste de dépliage.

En 30 secondes : tubulure stérile d'aspiration chirurgicale prête à l'emploi sans qu'il y ait eu à aucun moment de biocontamination de contact, vecteur d'infections nosocomiales. ◆

Distribué par Bds (Suisse), Dravino®, Henry Schein (nouveau catalogue d'implantologie), Identix, Medin, Occitan dentaire, Praxis.

Nouveaux prix publics (voir le site Internet) et hospitaliers (sur demande).



Dravino

Tél. : 06 25 03 79 18

Email : dravino@wanadoo.fr - www.dravino.eu

CNOCD

Modification de la « charte de qualité » des sites Web

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes s'associe à la démarche de la Haute Autorité de santé qui a décidé de collaborer avec la fondation Health On the Net (Hon) pour la certification des sites dédiés à la santé, hébergés en France, et dont la liste sera bientôt publiée. Dans cette perspective, le Conseil National de l'Ordre, réuni en session le 10 novembre dernier, a décidé de modifier sa « charte de qualité applicable aux sites Web des chirurgiens-dentistes » : sont désormais autorisés les liens directs

sur des sites d'information en santé certifiés par la Hon.

En suivant les recommandations de notre charte ainsi modifiée, les sites Internet des praticiens peuvent ainsi respecter les dispositions actuelles du code de la santé publique quant à l'interdiction de toute forme de message à caractère publicitaire et à la garantie de fiabilité des informations médicales accessibles. ◆

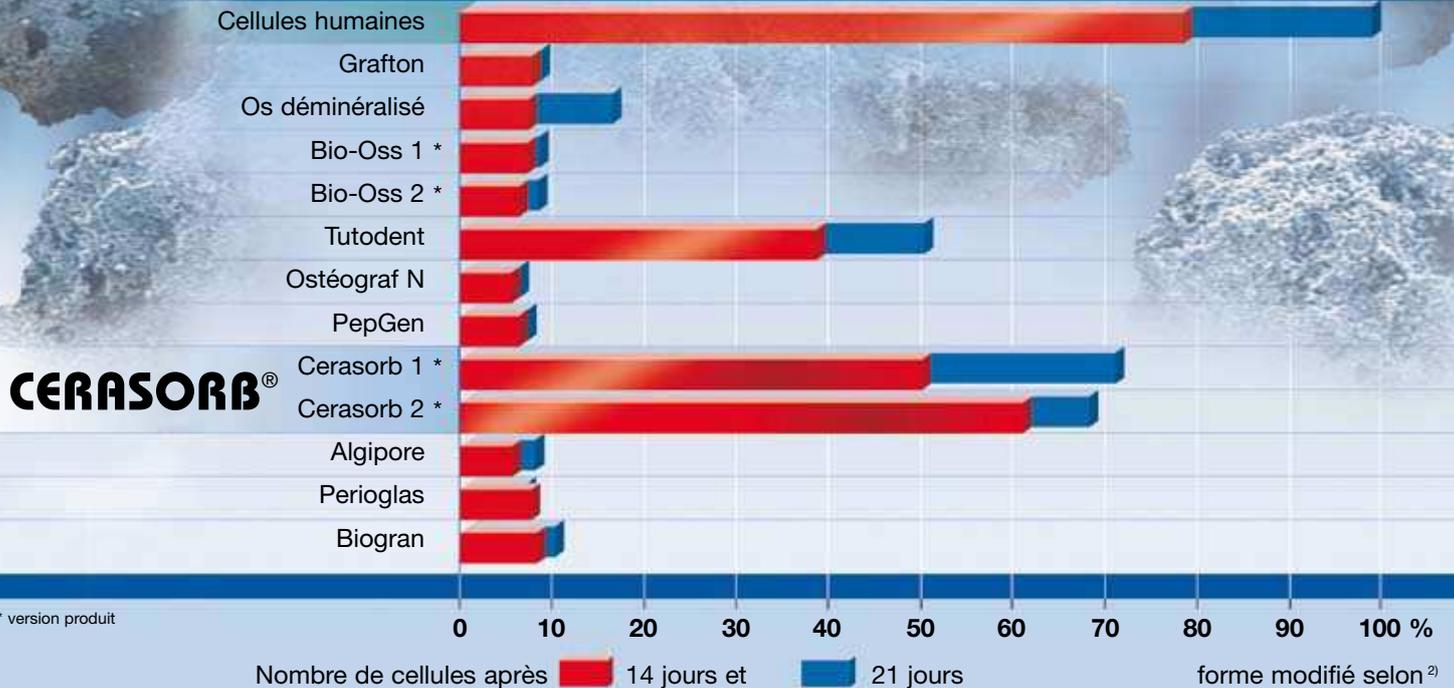
La charte ordinaire est consultable en ligne sur le site du CNOCD :

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

Régénération osseuse – Seule la Qualité garantit la Réussite

Où les cellules osseuses aiment-elles se développer ?

Matériaux de régénération osseuse en comparaison aux cultures de cellules humaines in vitro:



Cinq bonnes raisons pour aimer la Qualité et la Sécurité:

**ADF 2005
stand T 31
(Hall Ternes, Niveau 1)**

Matériau possédant des Avantages inégalables:

Cérasorb a été sélectionné comme matériau de référence mondiale dans sa catégorie par le Center of Diffraction, USA, 2005¹⁾

Preuve in vitro:

Le plus grand nombre d'ostéoblaste pour le Cérasorb²⁾

Résultats cliniques:

Large domaine d'application et taux de complication très faible, régénération osseuse fiable avec remodelage physiologique³⁾

Succès à long terme:

L'utilisation réussie du Cérasorb a été bien décrite sur plusieurs années et dans des indications dentaires variées: Grande stabilité des implants, excellents résultats esthétiques à long terme⁴⁾, l'utilisation dans la technique du sinus fermé (ostéotomes) montre un excellent taux de survie de plus de 96%⁵⁾

Comparable au « Gold Standard » :

La première étude multicentrique, comparative, prospective, randomisée entre l'os autogène et le Beta tricalcium phosphate utilisé seul pour les comblements bilatéraux de sinus: Cérasorb est aussi efficace que l'os autogène⁶⁾

Littérature:

- 1) PDF 2, Set 55 (2005), PDF 55 – 898, International Center of Diffraction Data, Pennsylvania, USA
- 2) XTT-Colormetrietest aus der Habilitationsschrift von Dr. med. dent. Murat Yildirim, RWTH Aachen, 2002: 72
- 3) Horch H-H et al.: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 59 (2004): 680 – 686
- 4) Palti A: Impl. Journal 6, 2002: 8 – 12
- 5) Palti A: Zeitschrift für Orale Implantologie 1/05: 6 – 14
- 6) Szabó G et al.: Int J Oral Maxillofac Implants 2005; 20: 371 – 381

CERASORB® = Qualité = Réussite.

curasan

spécialiste de la médecine régénérative
www.curasan.com

curasan succ. France, 7, Place de la Gare, 57200 Sarreguemines

vos conseillers:

Mme. Françoise Leclerc (Paris + nord) 06 12 32 49 20
M. Laurent Pomiès (sud/ouest) 06 11 65 10 10

Au cœur de la relation thérapeutique

Par Marc-Gérald Choukroun

Marc-Gérald Choukroun est docteur en chirurgie dentaire et spécialiste des aspects psychologiques des soins dentaires. Son troisième ouvrage a pour vocation de permettre au praticien de se situer dans la relation transférentielle en odonto-stomatologie et d'en faire un véritable outil de traitement. Trois grandes parties : les bases théoriques du transfert, la mise en œuvre du transfert et l'héritage laissé par Jacques Lacan permettent de comprendre le concept du transfert dans la relation, parfois problématique, du praticien avec son patient. Pour ce spécialiste, « la conduite du soin est une expérience à deux où la dimension biomédicale peut prendre sa juste place. Or l'inverse est souvent observé : le praticien compte sur la technique pour établir une bonne relation et se retrouve déstabilisé par les plaintes de son patient. C'est pourtant à la faveur de cette rencontre qu'il découvre son patient et peut l'aider. »

Editions Glyphe
152 p. - Prix : 30 €
www.editions-glyphe.com

Les contentions

Par Stéphane Cazier et Marc Danan, préface de Michel Degrange



Leur conception, leur réalisation et

ENQUÊTE SUR LES 35-65 ANS

Santé parodontale et santé générale : situation en France

Par Patrick Hescot et Denis Bourgeois

Cette monographie est issue de différents articles scientifiques parus dans les revues scientifiques internationales suite à l'enquête menée par l'UFSBD sur l'état de santé parodontale des français âgés de 35 à 65 ans. Plus d'un français sur deux (51,7%) présente une inflammation modérée de la gencive, 17,4 % ont des gencives qui saignent et seulement 5 % sont atteints de parodontie sévère. Cependant, il est important de souligner que 87,2 % des adultes présentent de la plaque dentaire et que dans le cadre des facteurs de



risque associés, la consommation de tabac est le facteur prioritaire de l'aggravation de la maladie parodontale. Il a été démontré, par ailleurs, l'association étroite entre maladie parodontale et maladie cardiovasculaire puisque le risque de décès croît avec la sévérité de la maladie parodontale. La monographie est disponible sur demande au siège de l'UFSBD

UFSBD
Prix : 5 € TTC, port inclus - Tél. : 01 44 90 72 80
www.ufsbd.fr

Lexique anglais-français des termes d'odonto-stomatologie

Par Marie-Pascale Hippolyte

Excellent outil que nous proposons désormais les éditions Cdp, ce lexique anglais-français à destination des confrères est le fruit de 20 ans de pratique d'interprétation simultanée et de traduction en odonto-stomatologie. Le Dr Hippolyte,

chirurgien-dentiste est traductrice-interprète spécialiste des congrès et de la littérature scientifique.

Ce lexique comprend 14 556 termes. Chaque entrée comprend différents termes

qui recensent les mots, leurs synonymes et expressions associées. Leur traduction est présentée par rubrique selon les différents sens que peuvent prendre les mots dans les différentes disciplines et spécialités. Intelligible et indispensable, la version papier de ce lexique donne accès à un moteur de traduction en ligne accessible sur le site des Editions Cdp.



Editions Cdp
112 p. - 174 fig. Coul. - Prix : 59 €
Tél. : 01 76 73 40 50 - Fax : 01 76 73 48 57
www.editions-cdp.fr

Editions Cdp
480 p. - Prix : 49 €
Tél. : 01 76 73 40 50 - Fax : 01 76 73 48 57
www.editions-cdp.fr



F I D E
FORMATION
IMPLANTAIRE
& DENTAIRE
ESTHÉTIQUE

Professeur **Paul MARIANI**
Docteur **Franck BONNET**

FORMATION COMPLÈTE

DE CHIRURGIE ET PROTHÈSE IMPLANTAIRE

2008

**1^{er}/2
Février**



Module 1 :

*Décisions et planification
des traitements implantaires*

**14/15
Mars**



Module 2 :

Chirurgie de pose d'implants

**6/7
Juin**



Module 3 :

*Chirurgie d'aménagement
muco-gingival péri-implantaire*

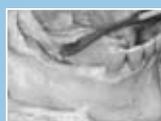
**5/6
Septembre**



Module 4 :

*Réalisations prothétiques
sur implants*

**20
Juin**



Module 5 :

*Dissection et pose d'implant
au laboratoire d'anatomie*

Accréditation
CNFCO
N° 07062106 -
406/335

Chirurgie en direct - Travaux Pratiques Plans de traitements

*Formation s'adressant à des praticiens débutants ou
initiés en implantologie*

Lieu de la formation :

FIDE - 28, boulevard Gambetta - 06110 Cannes - Le Cannet

Renseignements et inscriptions, contactez Hélène au :

Tél. : [+33] (0) 4 93 99 72 81 - **Fax :** [+33] (0) 4 92 98 82 33 - **Email :** contact@fide.fr



INTERSYSTÈMES

DentalExpert et OrthoExpert

Du nouveau dans les logiciels de gestion



DentalExpert est un nouveau logiciel de gestion destiné aux cabinets dentaires. Bénéficiant de dix années d'expérience en ODF, ce logiciel intègre une gestion administrative complète, le suivi du schéma dentaire, le suivi Sécu et la transmission Sésame Vitale 1.40, l'imagerie avec, en standard, le pilotage des capteurs intra buccaux numériques et le carnet de rendez-vous entièrement paramétrable. DentalExpert fonctionne en environnement Windows et Mac OSX, en monoposte ou multiposte et permet de panacher les environnements.

Encore plus spécialisé, très complet et sans option complexe et coûteuse, **OrthoExpert** est spécialement adapté à la gestion des cabinets d'orthodontie (recherches, statistiques et tableaux de bords, gestion de stocks, imagerie et pilotage des radios numériques...). Sa grande flexibilité permet de respecter les procédures et les habitudes des praticiens orthodontistes. ◆

InterSystèmes

Tél. : 01 34 69 22 66 - www.intersystemes.fr

FLUOCARIL BI-FLUORÉ

Un dentifrice – médicament

L'idée d'incorporer du fluor à un dentifrice appartient au chercheur français Daniel Carlier qui dépose la marque Fluocaril en 1946. Au fil des années, la formule s'enrichit en passant de 10 mg de fluor à 100 mg en 2006, avec la première version de Fluocaril Bi-Fluoré.

En 1977, l'OMS reconnaît l'intérêt des dentifrices à haute teneur en fluor et Fluocaril lance son dentifrice à haute concentration : Fluocaril® Bi-Fluoré 250 mg. En 2005 la marque est rachetée par Procter & Gamble et aujourd'hui, Fluocaril est la première marque de dentifrices vendue en pharmacie.

De multiples études in vivo démontrent l'efficacité sur la reminéralisation de l'émail déminéralisé et sur l'absorption de fluorures.

Une nouvelle étude in vitro vient de le confirmer*:

Trente trois échantillons d'émail humain (incisives maxillaires extraites pour des raisons orthodontiques) ont été testés durant 5 jours avec un mélange salive humaine (collectée sur un panel de dix volontaires en bonne santé pendant la même période) - dentifrices (quatre dentifrices commercialisés en France en Espagne et au Danemark, un témoin positif-norme de référence de l'USP

Fluocaril®

1100ppm F et un placebo (dont la formule est identique à celle de la pâte dentifrice standard de référence de l'USP, <1ppm F).

Parmi les produits commercialisés analysés dans cette étude, Fluocaril® Bi-Fluore 250 offre le meilleur taux d'absorption de fluorures et reminéralisation de l'émail déminéralisé (23,45 pour le groupe témoin positif et 22,65 pour le groupe Fluocaril bi-fluoré 250mg, résultats beaucoup plus significatif que les autres groupes 4,25 - 8,62).

L'association des composants NaF et SMFP à une formule compatible abrasives à base de silice a démontré un niveau au moins deux fois plus élevé d'absorption de fluor par l'émail déminéralisé que les produits contenant 2500ppm F (SMFP) ou 1400 ppm F (AmF). ◆

* E. Casals, T. Boukpepsi et al. Anticaries Potential of commercial dentifrices as determined by fluoridation and remineralization efficiency. The Journal of Contemporary Dental Practice, vol 8, N°7, 2007

Procter & Gamble
www.fr.pg.com

ÉTUDE IFOP/ADF

« Les Français et leur chirurgien-dentiste »

A savoir : on vous aime et on vous consulte !



© Platiniul

les résultats d'une étude ADF/IFOP sur les Français et la profession de chirurgien dentiste. Et c'est plutôt positif : les Français ont une bonne image de leur dentiste, viennent consulter régulièrement et se penchent de plus en plus sur la prévention et l'esthétique :

Ils sont **68 %** à déclarer qu'ils consultent un chirurgien-dentiste au moins une fois par an et **95 %** à déclarer avoir une bonne image du métier ! **89 %** des Français consultent leur chirurgien-dentiste pour raisons médicales, **11 %** pour raisons esthétiques. A noter que ceux qui vont fréquemment chez le chirurgien-dentiste sont les plus nombreux à s'y rendre en priorité pour des raisons esthé-

tiques : **15 %** parmi ceux qui consultent plusieurs fois par an, **20%** chez les 15-24 ans. Mais pour **64 %** des Français, le rôle du praticien au cours des prochaines années se centrera sur l'esthétique des dents plutôt que sur la pathologique.

« Esthétique et pathologique ne sont pas dans une relation d'opposition mais bien en corrélation, car l'esthétique ne renvoie pas uniquement à l'apparence physique [...]. L'esthétique n'est pas une finalité en soi, mais bien un moyen de responsabiliser le patient. Cette approche permet ainsi de le motiver et l'impliquer en tant qu'acteur afin d'éviter l'apparition ou la réapparition de pathologies », rappelle le Dr Hescot. ◆

À l'occasion du congrès annuel de l'ADF, son secrétaire général, Docteur Patrick Hescot a présenté à la presse

GÉREZ - ORGANISEZ - COMMUNIQUEZ

Travaillez mieux. Vivez plus !



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

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

Docteur Edmond Binhas



- **Retrouvez le plaisir de travailler !**
- **Sécurisez votre exercice !**

QUI MIEUX QU'UN CHIRURGIEN-DENTISTE PEUT VOUS COMPRENDRE ?



Et vous, où en êtes-vous ?

Evaluez votre cabinet et vos besoins en formation.

Oui, je désire bénéficier, sans engagement, d'une évaluation téléphonique personnalisée de mon cabinet dentaire.

Offre valable 1 mois

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Coupon à remplir et à renvoyer à l'adresse ci-dessous :
Groupe Edmond Binhas - 15 Avenue André Roussin - 13016 MARSEILLE

N° Vert 0 800 521 764

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Fildec07

... de la presse étrangère

Cette nouvelle rubrique nous permettra de parcourir ensemble le monde de la presse internationale pour découvrir ce qui fait l'actualité au delà de nos frontières : leur pratique quotidienne, mais aussi les avancées scientifiques qui sont développées pour améliorer « l'art dentaire ». En voici un petit aperçu avec, aujourd'hui, une parution américaine de renom.



Dr Angela GILET

Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology

C'est la publication officielle de l'American College of Oral and Maxillofacial Surgery, de l'American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology, de l'American Academy of Oral Medicine, de l'American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology, et de l'Organisation of Teachers of Oral Diagnosis.

L'éditorial

L'American Association of Endodontists Foundation s'inquiète de l'avenir de la pulpe dentaire et désire faire de cette question une priorité. Larz S.W. Spångberg insiste sur la nécessité d'un renforcement du niveau des connaissances des endodontistes et des chercheurs. Il fait le point sur les "nouveautés", l'équivalent des « implants pulpaire », à travers l'ingénierie tissulaire pour la reconstruction du tissu dans l'espace pulpaire, et l'utilisation des protéines ostéogéniques et les facteurs de croissance pour améliorer le processus de guérison de la pulpe dentaire. Ce concept fut introduit il y a 10 à 15 ans, avec un succès modeste. Il évoque également l'urgence de préserver le capital pulpaire des patients, et la nécessité d'améliorer la connaissance clinique de la pulpe vitale et de la dentine.

Ainsi, s'il est intéressant de reconstruire du tissu connectif à l'intérieur du canal radiculaire, il faudrait encore plus, dans l'intérêt du patient, préserver au maximum sa vraie pulpe dentaire toujours présente.

Gestion médicale et mise à jour pharmacologique

Le thème développé ce mois-ci est la **fibromyalgie** : le chirurgien dentiste peut être le premier professionnel de la santé à reconnaître les signes et symptômes de cette maladie et à traiter des patients pour cette pathologie.

La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs musculaires chroniques avec une certaine rigidité, un sommeil non réparateur et de la fatigue. Les statistiques révèlent que la fibromyalgie touche 2 % à 5 % de la population, principalement les fem-

mes de 40/60 ans. Son étiologie est inconnue; une des hypothèses évoquées est un dérèglement neuroendocrinien, avec des anomalies des neurotransmetteurs (sérotonine et noradrénaline) ; des niveaux sériques anormaux sur le tryptophane, la sérotonine, la substance P, et l'hormone de croissance, ont été décrits, ainsi qu'un dérèglement de la production du cortisol diurne.

Tous ces dérèglements neurochimiques peuvent expliquer une hypersensibilité à la douleur. Les symptômes diffèrent d'une personne à l'autre. Ils vont des douleurs musculaires diffuses qui persistent et qui s'accompagnent de raideurs, dysesthésie et allodynie, à un sommeil non réparateur et des raideurs au lever, une fatigue persistante, un syndrome de l'intestin irritable (diarrhée, constipation et douleurs abdominales), ou des états dépressifs.

Les manifestations orofaciales sont de trois ordres : Des troubles temporo-mandibulaires (1), des maux de tête (2) et des plaintes orales (3) : xérostomie, glossodynie, et dysgueusie. Une fois le diagnostic posé, ce serait idéalement au rhumatologue de suivre le patient. Les traitements médicaux offerts aux malades doivent s'orienter autour de trois axes : Education du patient (1), traitement pharmacologique (2) avec des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), des myorelaxants, des anticonvulsivants, des hypnotiques-sédatifs, des analgésique, et traitement non pharmacologique (3) incluant l'exercice physique ainsi que des thérapies cognitives et comportementales.

Il faut autant que possible proposer aux patients des consultations courtes pour réduire le temps qu'ils passeraient la bouche ouverte et ainsi limiter la fatigue mandibulaire et la douleur. Si nécessaire, la mâchoire doit être supportée par un bloc de morsure, ou un ouvre-bouche pour minimiser la fatigue et la douleur. ◆

DEKA Laser

Une marque de confiance

Une gamme complète pour faire évoluer votre activité...
Chez DEKA, on choisit sa longueur d'onde...



Erbium - YAG laser
(2940D - 2940 nm)



CO²
(10640 nm)



ND - YAG Smarty A10
(1064 nm)



Diode A800 et A900
(810 nm et 980 nm)

BULLETIN D' INFORMATION

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tél.: E-mail :

Vous êtes intéressé par : Une démonstration Une découverte et formation laser

Votre distributeur officiel

BP 10201 - 60631
Chantilly Cedex
Email : f-noir@tiscali.fr
Mob. +33(0)6 11 41 70 10
Fax. +33(0)3 44 63 14 08

Ostéonécrose et biphosphonates

Les biphosphonates sont des médicaments utilisés dans la prise en charge de certaines affections : maladie de Paget, ostéoporose et tumeurs osseuses ostéolytiques. Leur prescription per-os et surtout intraveineuse a été récemment corrélée à l'apparition d'un effet secondaire majeur : l'ostéonécrose des maxillaires.

Qu'est-ce que l'ostéonécrose des maxillaires ?



**Dr Myriam
KÉBIR-QUÉLIN**

- D.U. de Parodontologie et d'Implantologie, Paris VII
- Maîtrise de Sciences biologiques et médicales

L'ostéonécrose des maxillaires (ONM) est une complication identifiée pour la première fois par Marx et Stern en 2002. D'après Marx, l'ONM induite par les biphosphonates se rapporte à un état caractérisé par l'exposition osseuse maxillaire ou mandibulaire, persistant plus de huit semaines chez un patient ayant été traité ou en cours de traitement par les biphosphonates, sans antécédent de radiothérapie des maxillaires (Fig. 1).

Cliniquement, une exposition osseuse intervient spontanément ou suite à un geste chirurgical tel que l'extraction, une chirurgie parodontale ou implantaire, ou encore une chirurgie apicale. Les manifestations cliniques associées sont la douleur, l'inflammation des muqueuses avec ulcérations de la muqueuse adjacente, la morbidité dentaire, les surinfections avec fistulisations cutanées ou sinusiennes ou encore une séquestration osseuse lente. Le diagnostic est souvent retardé. C'est une lésion qui ne cicatrise pas ou mal pendant 6 à 8 semaines (Fig. 2, 3).

Les maxillaires représentent la seule localisation d'ostéonécrose mise en évidence à ce jour. L'explication peut être un remodelage accéléré qui permet une fixation accrue des biphosphonates.

Biphosphonates : molécules prescrites et indications

Les biphosphonates sont prescrits par voie intraveineuse ou per os. L'hypothèse de leur mécanisme d'action est une inhibition de la résorption osseuse par réduction de l'activité des ostéoclastes. Le métabolisme osseux est ralenti, les capacités de régénération osseuse sont réduites après un traumatisme. Les biphosphonates possèdent en

outre des propriétés antiangiogéniques. Ils ont un effet rémanent par accumulation au sein de la matrice osseuse et une longue demi-vie. Seuls les biphosphonates à groupe nitrogène sont connus comme responsables d'ONM.

Voie intraveineuse : acide zolédronique (Zometa®), pamidronate (Aredia®) et clodronate (Bonefos®).

Les indications de prescription sont les myélomes multiples, les métastases osseuses de certaines tumeurs telles que le cancer du sein ou de la prostate et l'hypercalcémie associée à certaines tumeurs malignes.

Voie orale : alendronate (Fosamax®), ibandronate (Boniva®), residronate (Actonel®), etidronate (Didronel®) et tiludronate (Skelid®).

Les prescriptions visent à traiter l'ostéoporose sévère de manière préventive ou curative et l'ostéopénie. Le Didronel® est la première molécule introduite dans les années 80 pour traiter la maladie de Paget. Elle ne comporte pas de groupe nitrogène. Les cas d'ONM recensés sont consécutifs à la prescription de Fosamax® et d'Actonel®. Le Boniva® est employé depuis peu.

Population à risque d'ostéonécrose et facteurs prédisposants

L'administration intraveineuse de biphosphonates à groupe nitrogène montre un risque d'ostéonécrose variant de 0,8 % à 12 % selon les études. Un traitement par ces biphosphonates de manière prolongée et par voie intraveineuse est associé à un risque majoré. Il existe un effet dose. 95 % des cas d'ONM rapportés à ce jour sont liés à deux médicaments : le pamidronate (Aredia®) et l'acide zolédronique (Zometa®).

Les effets de l'administration orale de biphosphonates sont peu documentés. Les doses administrées dans le traitement de l'ostéoporose sont 4 à 12 fois inférieures à celles



Fig. 1 : Zone d'ostéonécrose maxillaire



Fig. 2 : Altération de cicatrisation suite à avulsion dentaire



Fig. 3 : Radiographie panoramique montrant la zone d'ostéonécrose mandibulaire

Photos :
Dr L. BENSLAMA.
Avec mes remerciements.

des molécules utilisées en intra-veineux. L'incidence de l'ONM semble très faible, la zone d'os exposée est moins importante et les symptômes moins marqués. Les cas d'ONM recensés sont liés à une prise de biphosphonates excédant trois ans. Il faut donc considérer la rémanence du produit et donc ses effets possibles à long terme.

Des risques accrus d'ONM sont associés à la prise concomitante de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs, à la radiothérapie locale, la chimiothérapie, l'âge supérieur à 65 ans et l'état dentaire et parodontal du patient. La parodontite agressive est le facteur de morbidité le plus fréquent. La prise de biphosphonates inhibe le remodelage osseux et favorise la nécrose osseuse plutôt que la résorption. L'élargissement de l'espace desmodontal et la sclérose ou l'absence de lamina dura sont des indicateurs de toxicité sub-clinique des biphosphonates.

Il est important de prendre en compte les antécédents inflammatoires, l'âge et le profil du patient (le profil caucasien est plus souvent exposé à l'ONM) et certains éléments traumatisants (choc, accident, prothèses irritantes).

Attitude thérapeutique

Prévention des ONM

Idéalement, un consensus entre médecin traitant, oncologue, chirurgien dentiste et patient devrait être obtenu avant toute mise en place de traitement par biphosphonate, visant à diminuer le risque d'ONM. L'assainissement de la bouche est plus que vital, il consiste à :

- Effectuer un bilan dentaire et parodontal complet et réaliser un bilan radiologique.

- Supprimer tout facteur irritant (restaurations débordantes, prothèses inadaptées), effectuer tous les traitements endodontiques nécessaires et extraire les dents non conservables ainsi que les dents de sagesse en désinclusion ou mal positionnées. Les tori volumineux et saillants doivent être réduits. Ce traitement peut être assimilé à la prévention préradiothérapeutique.

Un délai d'observation après le dernier geste chirurgical est requis avant de débuter un traitement par biphosphonates.

Dans le cas où le traitement par biphosphonates est déjà instauré, l'objectif de nos traitements est de maintenir une bonne santé dentaire et buccale. Un bilan bucco-dentaire, une bonne hygiène dentaire associée à des contrôles fréquents sont de rigueur.

Des précautions sont à prendre : les traitements canalaires seront entrepris sous champ opératoire (utilisation d'une digue) et les détartrages sont à réaliser sous antibioprofylaxie classique. Il faut proscrire tout acte chirurgical : chirurgie parodontale, chirurgie implantaire ou avulsion dentaire sauf en cas de nécessité absolue. En présence d'une dent délabrée, il convient d'effectuer son traitement endodontique et de sectionner sa portion coronaire. Pour les dents mobiles, une contention est requise. Si une extraction s'impose (abcès, mobilité), le patient doit être informé du risque d'ONM. L'acte chirurgical sera pratiqué sous antibiothérapie à large spectre.

Il convient à nouveau de distinguer biphosphonates intra-

veineux et oraux, de contacter le médecin traitant. Pour Marx, le traitement par biphosphonates oraux pendant moins de trois ans - en l'absence de facteurs de risques associés - n'a pas entraîné de complications liées aux actes chirurgicaux.

Traitement curatif

Lorsque le diagnostic d'ONM est posé chez un patient traité par biphosphonates, le traitement reste symptomatique et vise à soulager la douleur. L'ONM est irréversible. L'information du patient est capitale. L'oncologue doit être contacté. Seul un bain de bouche antiseptique (chlorhexidine), associé à une antibiothérapie à large spectre en cas d'infection, de douleurs, sont à prescrire. Si possible, le traitement par biphosphonates intraveineux est interrompu. Il existe un consensus professionnel fort pour une attitude conservatrice. L'os exposé n'engendre pas de douleurs. Il n'est ni vascularisé, ni innervé. S'il est colonisé par des bactéries, une infection secondaire, douloureuse, peut se développer.

Marx (2007) recommande la prescription à long terme de pénicillines, à raison de deux grammes par jour, ou au minimum jusqu'à résolution des symptômes douloureux.

Le patient doit être adressé de préférence à un chirurgien maxillo-facial. Dans la majorité - 60 % - des cas d'ONM pour les patients sous biphosphonates oraux, la cicatrisation intervient sans séquelles en six mois à un an.

Les techniques de résection osseuses larges ou de débridement local en première intention font de moins en moins l'unanimité. La chirurgie maxillo-faciale doit être réservée aux cas d'ostéonécrose étendue. Elle résulte principalement en une aggravation de la situation lorsque l'infection est étendue.

Discussion

A ce jour, en l'absence d'évidence en matière de prévention ou de prise en charge, seules des recommandations par consensus orientent les professionnels vers une attitude préventive et une bonne information du patient des risques encourus.

Le recours aux biphosphonates est croissant. Les bénéfices de la prescription de biphosphonates sont considérés aujourd'hui comme dépassant largement le risque éventuel d'une ONM. Il convient de distinguer les effets secondaires liés à l'administration orale de l'administration intraveineuse de ces molécules.

La mise en évidence des ONM est trop récente pour qu'aucun groupe d'étude n'ait des données contrôlées ou une expérience à long terme. Des études complémentaires et des délais d'observations plus longs permettront de préciser les effets secondaires maxillaires des biphosphonates et notre attitude thérapeutique.

Pour en savoir plus

Lecture conseillée : MARX Robert E., Oral and Intravenous Biphosphonate-Induced Osteonecrosis of the Jaws, Quintessence, 2007

L'esthétique des seniors

Débat-conférence de la SFDE

**Existe-t-il une demande esthétique de leur part ?
Oui ! Globalement un senior sur trois aimerait changer
l'aspect de son sourire ou de ses dents (enquête menée
par la Société française de dentisterie esthétique
en partenariat avec le mensuel « Notre temps »).**

Pourquoi la SFDE a-t-elle choisi ce sujet ?

- Parce qu'en 2005, 21 % de la population française avait plus de 60 ans et qu'en 2050, 35 % de la population aura plus de 60 ans. Les papy-boomers fêtent leur soixantaine, faisant de la France pour la première fois de son histoire un pays âgé, avec les plus de 60 ans, plus nombreux que les moins de 20 ans.
- Parce que les seniors définissent un nouveau mode de vie qui repousse la vieillesse et parce que les "plus de soixante ans" représentent aujourd'hui 50 % du marché des produits de beauté. Parce que il faut savoir répondre à leurs exigences de plus en plus grandes, à leurs besoins d'esthétique spécifiques, parmi lesquels retrouver le sourire de leur jeunesse.
- Et surtout car notre rôle est de lutter contre la dénutrition, la désocialisation et le désinvestissement des projets de vie qui accompagnent, encore trop souvent, cette période de l'existence.

Les aspects psychologiques et la spécificité de la relation praticien-patient chez les seniors

L'ouverture de cette journée a été faite par une remarquable conférence du Dr. Valérie POUYSSEGUR, assortie de nombreux conseils pratiques :

Tout d'abord, l'accueil des seniors doit être personnalisé car derrière une apparence toujours « plus jeune », la personne qui vieillit est néanmoins une personne vulnérable. Il faut donc installer le patient confortablement, dans un fauteuil avec des accoudoirs mobiles, avec un accès facile au crachoir dans une posture confortable (assise) et avec la tête dans une position de la vie courante. Il faut notamment raccourcir la durée des soins au fauteuil, mais aussi garder du temps avant et après les soins pour rassurer (sans infantiliser) ce type de patients.

Le Dr. Pouyssegur a souligné que le patient âgé doit être abordé avec une démarche particulière, du fait des nombreuses modifications somatiques, psychologiques et sociales qui accompagnent le vieillissement (même si elles ne sont pas toujours apparentes) :

Troubles de la vision : Parmi les seniors de plus de 55



© JUPITERIMAGES

ans, 90 % sont affectés par la presbytie. Conseils et les ordonnances doivent être écrits en caractères très lisibles. Il est important de leur rappeler de mettre leurs lunettes que ce soit pour lire, choisir les couleurs des dents ou bien évaluer un résultat esthétique ainsi que de leur laisser le temps qui leur est nécessaire. Il faut éviter de leur mettre le scialytique dans les yeux (le temps de récupération d'un éblouissement par scialytique est augmenté de plus de 30 % entre 20 et 60 ans).

Troubles d'audition : la presbyacousie est la troisième déficience chronique en importance chez les seniors ; très invalidante, elle amplifie les difficultés de langage et de communication. Il est conseillé de parler sans le masque (voix haute), face au patient (lecture labiale), de réduire l'environnement sonore et de faire des phrases courtes avec un langage simplifié.

Troubles mnésiques : un maximum d'informations doivent être mises par écrit.

Troubles de l'équilibre : les chutes représentent deux tiers des causes de décès accidentels pour les plus de 75 ans. Évitez donc les obstacles autour du fauteuil, laissez au patient plus de temps pour récupérer, surtout après une position allongée.

Troubles de l'alimentation : La dénutrition est le fléau du quatrième âge. Elle multiplie par trois le risque de mortalité pour les seniors ayant passé le cap des 70 ans. Elle entraîne une diminution de la force musculaire et par ailleurs les risques de chute. Aussi, la sensibilité aux infections augmente de manière significative.

Il faut par conséquent insister sur la nécessité d'une alimentation qualitative pour compenser la déficience fonctionnelle et les affaiblissements postopératoires (surtout garder un ratio protéine/ glucide, lipide). Il convient donc de compenser cette difficulté provisoire que les soins dentaires peuvent occasionner, la chirurgie ou la prothèse amovible par exemple, par des conseils voire des prescriptions alimentaires protéinées sous forme de pâtes, de semoule contenant 18 g de protéines de lait (remboursées par la Sécurité sociale).

La mauvaise observance thérapeutique (proportionnelle au nombre et à l'ancienneté des médicaments) est une des caractéristiques de la personne âgée poly-médicamentée ; en outre, le risque médical est présent. Le questionnaire médical doit être précis et complété ou confirmé par le médecin traitant dans le but de réduire la poly-médication ou encore la complication iatrogénique :

- Sélectionner la voie d'administration adaptée (attention aux gouttes quand la vision est altérée) avec une posologie efficace mais non toxique (danger d'interférences médicamenteuses) ;
- S'assurer de l'observance (ordonnance bien écrite, gros caractères, courte) « les patients sont d'autant plus observants qu'ils considèrent leur praticien disponible ».

En conclusion : Il faut prévoir plus de temps pour les seniors en consultation, avec un temps d'écoute significatif, des explications simplifiées et la durée des soins diminuée pour une relation thérapeutique optimisée. L'accompagnement des personnes âgées, dans une phase post-opératoire douloureuse et invalidante est vécu de façon très positive, ce qui réduit considérablement les doléances !

Stratégie de traitement : le guide esthétique

Le **Dr Olivier LAPLANCHE** nous a parlé du guide esthétique et du changement des critères esthétiques liés au vieillissement. Parmi les conseils qu'il nous a délivrés, nous en avons retenu deux :

- Il nous recommande d'utiliser la fiche esthétique (check liste) du livre « Analyse esthétique » de M. Fradeani, placée en fin d'ouvrage. Elle simplifiera la réalisation prothétique et fournira un certain nombre d'éléments au laboratoire de prothèse.
- Il invite à se remémorer à chaque séance son autoévaluation et les attentes des patients pour réussir la réhabilitation fonctionnelle et esthétique.

La plupart du temps, les patients édentés total, qui se



présentent dans nos cabinets, sont des cas difficiles, dus à des résorptions importantes des maxillaires (Fig. 1). Le **Dr Christophe RIGNON-BRET** nous fait part de son expérience concernant la réalisation fonctionnelle et esthétique des prothèses adjuvées complètes tout en essayant de remonter le temps et de rajeunir la personne de quelques années (Fig.2).

L'empreinte primaire est réalisée avec un port empreinte de la série Cerpac®, avec un manche en baïonnette (GACD). Il doit être d'une taille supérieure à celle de l'arcade résiduelle. Il place d'abord le matériel d'empreinte en bouche, en vestibulaire et buccal, puis il place l'empreinte remplie avec le même matériel. L'épaisseur des bords obtenus sur l'empreinte primaire maxillaire est reproduite sur le modèle.

Le port empreinte individuel (PEI) est réalisé en conservant la totalité des bords qui sont plus épais qu'une PEI standard. Les bourrelets préfigurant les arcades sont placés en dehors de la crête. Les bords du PEI sont enduits d'adhésif et le polyéther de haute viscosité (Permadyne® orange, 3M ESPE) est déposé sur les bords du PEI. L'empreinte finale est ensuite réalisée classiquement en utilisant des matériaux polysulfures ou polyéthers de basse viscosité.

La détermination de la DVO et l'enregistrement du rapport maxillo mandibulaire et des repères esthétiques sont faits de manière classique. Des dents en porcelaine sont utilisées pour assurer la pérennité de l'occlusion.

Le choix des dents antérieures : Une photocopie du bloc incisivo-canin choisi est faite à l'imprimante et appliquée avec du scotch transparent sur le bourrelet. Le praticien conclut en faisant l'essayage devant un miroir et en le validant avec le patient. La teinte des dents a été choisie en plaçant la dent dans le carrefour : coin externe de l'œil, la peau et les cheveux. L'artifice de montage esthétique et fonctionnel doit pallier la forte résorption des maxillaires. Un faible recouvrement doit être réalisé en surplombage antérieur. Cette position permet de rattraper la forte convergence des axes inter crêtes, d'éviter le montage inversé et d'offrir une position confortable à la langue afin de mieux stabiliser la prothèse mandibulaire. Il faut personnaliser les dents avec des fraises diamantées fines de chez Komet®.

Il est impératif de rappeler au patient les conseils de nettoyage des prothèses amovibles au-dessus du lavabo rempli d'eau. Un dernier conseil qui nous a paru très astucieux : le Dr Rignon-Bret propose au patient un double jeu de prothèse.

Les stratégies adhésives en dentisterie restauratrice

Les traitements de dentisterie restauratrice chez la personne âgée dépendent du niveau d'hygiène, des modifications histologiques, de la complexité des lésions, des exigences esthétiques, mais surtout du bilan clinique bucco-dentaire et de leur état général. Aujourd'hui, il n'y a pas de consensus pour la réalisation de restaurations adhésives chez le sujet âgé ; plusieurs questions restent sans réponse : Biseauter l'émail ? Abraser la surface hyper minéralisée de la dentine ? Augmenter les temps de conditionnement ? Quel est le meilleur adhésif ?

Le **Dr Hervé TASSERY** nous conseille d'utiliser des verres ionomères ou des adhésifs contenant de l'acide polyalkénoïque, qui semblent obtenir des meilleurs résultats à long terme que ceux à base d'alcool ou d'acétone. Pour le matériau d'obturation, les critères de choix seront les exigences esthétiques de la personne âgée et son niveau d'hygiène. Pour une restauration esthétique il nous conseille les composites micro-hybrides nano chargés. Les patients dont le niveau d'hygiène est insuffisant sans amélioration possible à long terme seront traités exclusivement à l'aide de verre ionomère classique (CVI) ou modifié par apport de résine (CVIMAR).

Le Dr Tassery a présenté également les techniques de sandwichs ouverts et fermés (la combinaison composite micro-hybride/CVIMAR) dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Il nous a fourni un astuce qu'il utilise dans sa pratique quotidienne : une technique qui visait à coller le CVI en utilisant une colle à composite. Concernant cette technique, nous avons retenu la question d'un confrère :

Le CVI offre deux avantages :

1. *Il est auto-adhérent à la dentine ce que l'auteur décrivait comme un avantage important lorsque la dentine ne présente plus de tubules libres, ce qui est le cas de celle présente dans les lésions cervicales non carieuses.*

2. *Il relargue du fluor à l'interface. Le fait de coller le CVI avec une colle à composite supprime ces deux avantages puisque l'interface CVI dentine n'existe plus, on obtient alors une interface CVI / adhésif / dentine. La dentine est donc au contact d'une résine adhésive identique à celle d'un composite, mais on perd l'esthétique et la résistance mécanique du composite...
Quel est donc l'intérêt de ce collage du CVI ?*

La détermination des teintes et des formes des dents âgées

L'excellence en dentisterie restauratrice, nous l'avons vu à travers la conférence du **Dr Jean-François LASSERRE** et **M. Jean-Marc CHEVALIER**. Nous nous sommes laissés emporter par ce duo d'artistes passionnés. Ce voyage artistique au cœur de la dent âgée nous a montré le chemin qu'il faut faire à l'envers pour reconstituer le sourire d'avant. Je n'étais pas la seule à me laisser envoûter par cette présentation. Dans la salle, j'ai même entendu un consœur qui disait : « Maintenant je sais ce que je peux demander à mon prothésiste ! »

Les phénomènes d'abrasion sont responsables d'une diminution progressive de l'émail sur les bords incisifs et sur les faces occlusales ainsi que sur les faces vestibulaires (Fig. 3). Cette diminution de l'épaisseur de l'émail confère à la dent une saturation plus forte et une moindre luminosité. La dentine fortement colorée par les pigments alimentaires, le tabac et les médicaments est de plus en plus visible à travers l'émail (Fig. 4), l'abrasion au niveau du bord incisif et sur la face occlusale en laissant apparaître une dentine creusée et des îlots dentinaires (Fig. 5), l'apparition des fêlures et des stries (Fig. 6).

Pour réaliser des prothèses d'un aspect réaliste, il va falloir analyser, décortiquer et comparer tout ces effets pour les reproduire au plus juste. M. Jean-Marc CHEVALIER nous a guidé avec un œil d'artiste :

Il faut relever les caractéristiques de la dent âgée : sur sa hauteur coronaire, la dent va présenter un aspect très transparent ; un départ de racine apparent ou pas et moyennement coloré ou très coloré ; lobes dentinaires visibles ou pas ; bleuté ou transparent au niveau des points de contacts ; un émail plutôt grisâtre, jaunâtre ou blan-



Si vos yeux fatiguent...



3274 F

Un judicieux complément du Toothguide

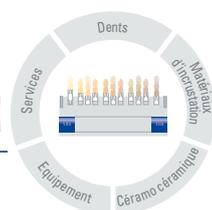
1.



2.



Vita System

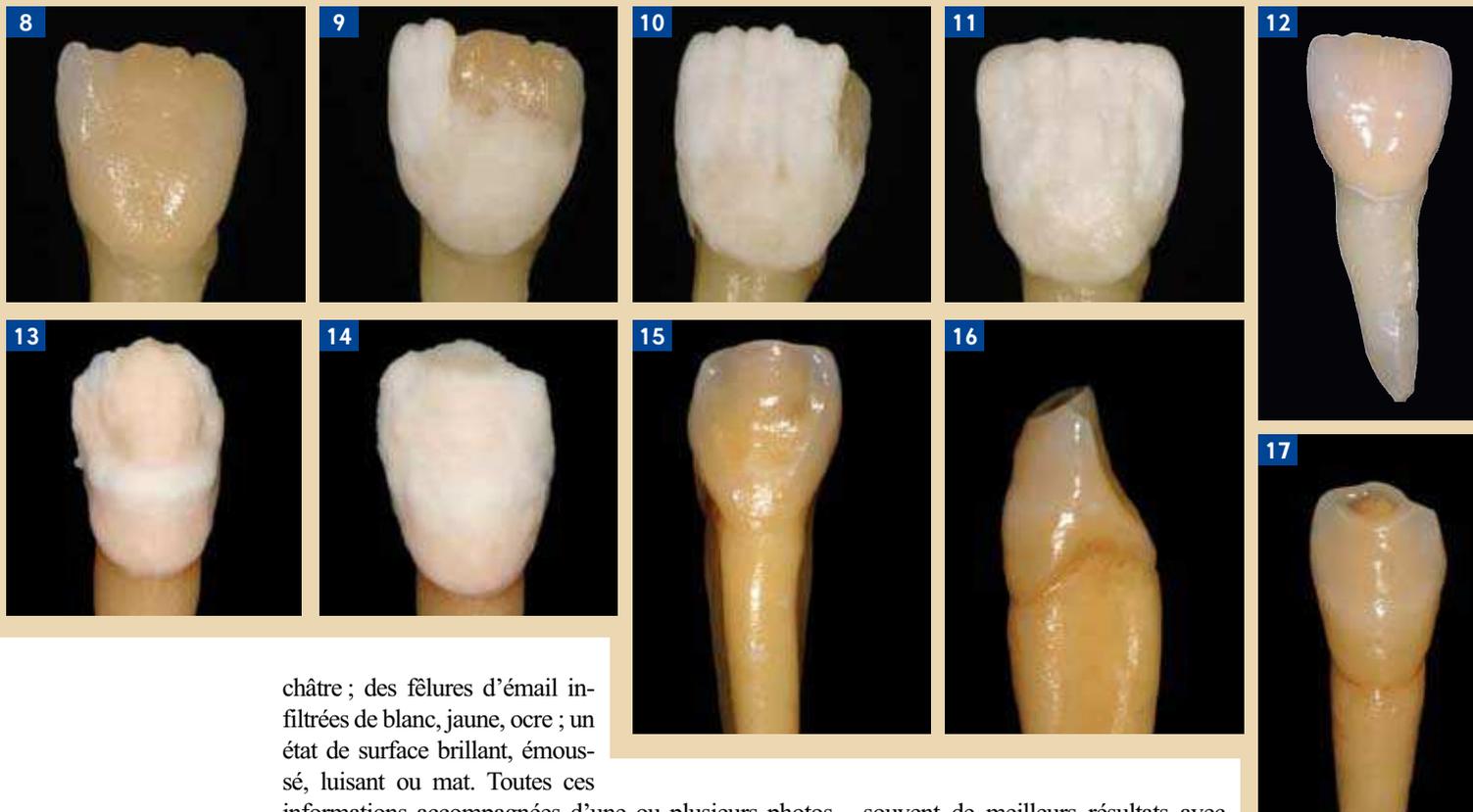


3D - Master

VITA

Des fleurs pourpres sur un fond turquoise clair, plus des boucles d'oreille Chanel, le tout couronné par un rouge à lèvres Dior. Et il va falloir se concentrer les subtiles nuances de la teinte dentaire. C'est faisable. Le VITA Easyshade détermine la teinte de base d'une dent sans se tromper ce que ne sait pas faire l'oeil humain. La teinte est mesurée indépendamment de la lumière ambiante, de l'heure de la journée ou d'un rouge à lèvres éclatant. A de brefs intervalles, il est toujours possible de mesurer à nouveau la

teinte. C'est très simple. Vous allumez Easyshade, vous effectuez un étalonnage et quelques secondes après, l'appareil est prêt à l'emploi. Vous placez la pointe de la sonde à la verticale de la dent sélectionnée et vous activez la touche commande. C'est tout. L'écran affiche ensuite la teinte et sa composition. Pour la première fois, vous voyez la formule physique, c'est-à-dire les valeurs LCH correspondant à la luminosité, la saturation et la teinte. / www.vita-zahnfabrik.com



châtre ; des fêlures d'émail infiltrées de blanc, jaune, ocre ; un état de surface brillant, émoussé, luisant ou mat. Toutes ces informations accompagnées d'une ou plusieurs photos seront nécessaires pour aboutir au bon résultat. Pour le reste, un peu de technique et beaucoup de tours de mains et d'expérience feront la différence pour la stratification artisanale de notre matériau céramique.

Confection de fêlure artificielle sur une incisive centrale (Layering technique) (Fig. 8 à 12) et coloration dans la masse sur canine, avec ajout successif de bleu, orange, blanc puis coloration finale en brun et blanc à l'aide de colorant de surface (Fig. 13 à 17).

Pour conclure, le Dr Lasserre nous cite Georges Braque : « J'aime la règle qui corrige l'émotion, j'aime l'émotion qui corrige la règle »

Les techniques d'éclaircissement des dents âgées

Le désir de rajeunissement de nos patients passe entre autres par l'éclaircissement du sourire. La couleur de la dent change tout au long de la vie : l'émail devient plus fin et plus translucide, les dentines se transforment, la lumière pulpaire se réduit. A la transformation physiologique se rajoutent les agressions mécaniques et chimiques. La présentation du **Dr Paul MIARA** nous a éclairés sur les différentes méthodes de blanchiment, ambulatoires ou au fauteuil, une présentation très didactique et structurée.

Fort de son expérience, il nous rassure en précisant qu'il n'y a pas de différences entre l'éclaircissement des dents âgées et celui de dents plus jeunes en ce qui concerne les teintes que nous pouvons obtenir. Suite au rétrécissement de la chambre pulpaire, les dents âgées sont moins sensibles, le praticien a donc la possibilité d'utiliser des concentrations plus grandes. On obtient

souvent de meilleurs résultats avec les dents âgées, car la diminution de l'épaisseur de l'émail permet un passage plus rapide des ions oxydants à travers ce tissu. Pour ceux d'entre nous qui l'auraient oublié, le Dr Miara nous rappelle la classification des différents produits pour les techniques ambulatoires : Les produits de nuit sont à base de peroxyde de carbamide (décomposition lente) et les produits de jour sont à base de peroxyde d'hydrogène (décomposition rapide, une demie heure à deux heures). Pour les techniques d'éclaircissement au fauteuil il nous conseille l'utilisation d'une lampe à UV avec le produit ZOOM2® (à base de peroxyde d'hydrogène) proposé par la société Discus Dental. Pour les dents non vitales (comme c'est souvent le cas pour les personnes âgées), deux techniques ont été détaillées : ambulatoire, avec l'utilisation d'hydroxyde de calcium pendant quelques mois et au fauteuil, en utilisant le Laser erbium Yag® et le peroxyde d'hydrogène en application externe et interne.

Pour les colorations superficielles de l'émail, la micro-abrasion amélaire est proposée : un traitement chimique et mécanique destiné à éliminer les colorations superficielles de l'émail. Les astuces suivantes ont été retenues :

- Pour obtenir des résultats plus rapides, combinez les deux techniques : au fauteuil et ambulatoire ; pour les dents abrasées, il faut appliquer le produit sur le bord incisif (la pénétration du produit se fait au niveau de la dentine) ; pour les dents très colorées, le Dr Miara nous propose la technique combinée : blanchiment, abrasion, améloplastie.
- Il faut toujours isoler les tissus qui ne doivent pas être en contact avec la lampe UV (risque de brûlure).

Pour les passionnés ... de vitesse



Turbo 5000

Réalisez votre meilleur temps lors des préparations. Les KOMET Turbo 5000 vous permettent de retirer la substance dentaire en un temps record. L'excellente évacuation des copeaux ainsi que la parfaite irrigation de l'instrument vous garantissent un retrait important et rapide des tissus dentaires, notamment du fait de la structure décalée et

profonde de l'ébauche de l'instrument associée à une diamantation super gros grains. Profitez des avantages de cet instrument, pour le bénéfice de vos patients et pour le vôtre. Parlez-en à votre délégué technico-commercial KOMET, il vous présentera nos produits « pilotes » !



- Si le patient se plaint des sensibilités dentaires, il faut lui conseiller des dentifrices contenant du fluor, des gels contenant des désensibilisants (nitrate de potassium) ou des produits reminéralisants (à base de phosphate de calcium amorphe) Tooth Mouth® (GC).

Les différents traitements des pertes tissulaires chez le patient senior

Nous avons assisté au débat "Greffe ou fausse gencive en prothèse implantaire". Le rôle de la gencive artificielle est de compenser les pertes osseuse et gingivales, de rétablir l'esthétique des parties molles, lèvres et joues, tout en assurant une phonation satisfaisante (Fig. 18 et 19). **M. Richard ABULIUS** a présenté les indications et les avantages de la gencive artificielle, et il nous a livré quelques astuces pour sa réalisation.

Les matériaux utilisés pour la fabrication des gencives artificielles sont des résines acryliques, composites ou des céramiques. Sa réalisation est soumise aux mêmes paramètres de l'esthétique dentaire : tente, saturation, luminosité. Quelques nécessités d'apprentissage des caractéristiques du matériau cosmétique (dosage de poudres, anatomie de la gencive, et l'état de surface) sont essentielles. En ce qui concerne l'état de surface, M. Abulius a une approche très originale, en nous montrant que l'état de surface de la gencive s'approche plus de la surface d'une fraise que de la peau d'orange. Pour réaliser cette texture, il utilise un pinceau Raphael® n° 6 1/4 à sec pour (sculpter) obtenir l'état de surface de la poudre.

Pour lui, les gencives les plus faciles à réaliser sont les « patchwork » de plusieurs nuances. Voici les étapes à suivre pour réaliser la stratification (Fig. 20) : couche de bonding ; de l'opaque pour la gencive équivalent à A4, B4 (teintier VITA®) ; première couche soutenue chroma-

tiquement pour la gencive et le collet dentaire ; première cuisson ; stratification avec les détails gingivaux et dentaires ; deuxième cuisson : les dernières rectifications.

Ce passionné de la prothèse implanto-portée nous a présenté également un cas intéressant : la réalisation d'une barre fraisé à 2 degrés avec les émergences implantaires en vestibulaire et par-dessus la prothèse qui rentre en friction (Fig. 21 et 22).

En conclusion il nous a conseillé d'être toujours à l'écoute du patient, de ne jamais imposer mais seulement guider le patient dans son choix, car la beauté est relative. Les gencives artificielles représentent incontestablement une alternative aux greffes.

Le message transmis par le **Dr Sylvain ALTGLAS** a été : « conservation dentaire et tissulaire ». Il a insisté sur l'importance des papilles dans l'harmonisation des contours gingivaux, car la perte des papilles au niveau antérieur altère le résultat esthétique final. Il s'est exprimé d'une façon très didactique sur l'importance prothétique et esthétique de la mise en condition tissulaire. Il préfère la greffe épithélio-conjonctive ou la greffe conjonctive enfouie (un greffon conjonctif est prélevé au palais après avoir soulevé un lambeau d'épaisseur partielle puis il referme le lambeau).

Après une extraction, la mise en place d'un bridge provisoire jouera le rôle de guide pour le remodelage des tissus mous pendant la cicatrisation. Il utilise le même principe pour les crêtes édentées pour obtenir des papilles en retouchant les tissus mous avec une fraise boule ou ovoïde et en mettant en place une prothèse provisoire. Ou encore par ostéo-ectomie, pour recréer une architecture alvéolaire festonnée, permettant d'obtenir, après cicatrisation, la restitution des papilles.



UNE
NOUVELLE
TECHNOLOGIE
PERFORMANTE

Wow!

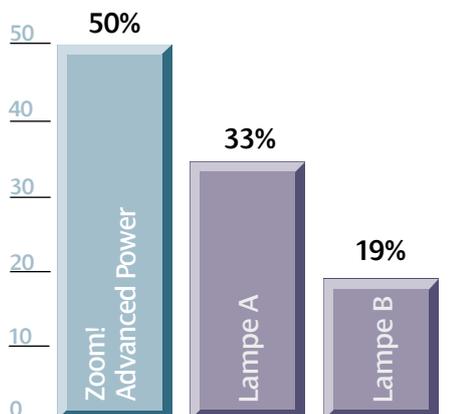


50% des patients obtiennent des teintes B1 ou plus claires en tout juste 45 minutes.

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

% des patients ayant obtenu une teinte B1 ou plus claire¹

Zoom! Advanced Power en comparaison avec deux autres systèmes



ZOOM![®]

Advanced Power[™]

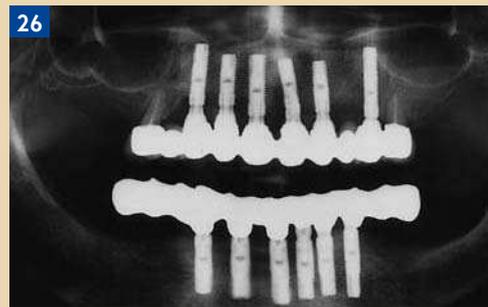
UNE NOUVELLE TECHNOLOGIE
DE BLANCHIMENT PERFORMANTE

Contactez-nous au: **0810 40 08 46**

Ou par fax au: **01 43 40 00 24**

DISCUS DENTAL[®]
www.discusdental.fr

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



Le **Dr Frédéric CHICHE** nous donne une alternative très intéressante pour obtenir un sourire plus naturel chez les patients édentés totalement au maxillaire, tout en leur permettant d'obtenir une bonne hygiène. Il pose huit implants (13, 14, 16, 17, 23, 24, 26, 27) qui évitent le secteur antérieur pour pouvoir obtenir des papilles, donc l'impression du naturel (la stabilité occlusale est obtenue grâce aux implants postérieurs). Les risques de « trous noirs » occasionnés par l'absence de papilles sont inexistantes.

La présence de huit implants répartis par moitié au niveau des secteurs postérieurs suffit à assurer la sustentation d'un bridge céramo-métallique monobloc, scellé, étendu à toute l'arcade afin d'assurer un calage postérieur efficace. Les quatre incisives centrales sont gérées sous la forme d'un pontique au niveau du laboratoire lors de l'élaboration d'un bridge complet. L'absence d'émergences implantaire laisse toute liberté au prothésiste pour organiser la morphologie de chaque dent ainsi que d'établir de légères rotations (Fig. 23 et 24). Suite aux résorptions osseuses, la quantité d'os est souvent insuffisante au niveau du maxillaire postérieur, donc il faut procéder au comblement sinusien avec la pose d'implants différée ou simultanée.

Le **Dr Georges KHOURY** nous a exposé de façon claire et concise, à travers des cas cliniques, plusieurs options avec leurs avantages et désavantages, pour pouvoir pallier les pertes de substance. Toute extraction dentaire est suivie d'une perte de substance tissulaire. Pour éviter cela, il nous conseille d'anticiper la perte osseuse lors de l'extraction : utiliser le périotome et procéder à l'implantation immédiate quand la situation clinique le permet, pour éviter l'effondrement des tissus mous.

L'expansion est possible seulement si les axes prothétiques et osseux sont parallèles. Elle présente plusieurs avantages : correction des tissus durs et mous, maintien de la vascularisation en l'absence de lambeau, avoir un seul site chirurgical, pas besoin d'une greffe préalable (Fig. 25, 26, 27 et 28).

Les greffes particulées et ROG : pour leur réussite, le rôle de la vascularisation est capital. Elles limitent la quantité de prélèvement autologue et la morbidité des sites de prélèvement. C'est une option envisageable seulement en absence de compression par prothèse temporaire et pour des faibles volumes.

Les greffes par blocs : Le remodelage est patient dépendant et la situation des tissus mous est difficile à préciser lors du traitement initial. En générale sur greffer est indispensable.

Conclusion

La réunion de tant de conférenciers prestigieux dans une seule journée a été sûrement un pari difficile à relever. Le sujet choisi a été très intéressant, car il n'est pas souvent abordé et pourtant primordial. Nous avons juste regretté l'absence d'une conférence des traitements orthodontiques car c'est une discipline incontournable si l'on veut parler esthétique dentaire des seniors. ♦

Bibliographie sélective

1. Pouyssegur V., Odontologie gériatrique, Editions CdP, 2001
2. Fradeani M., Analyse esthétique : Une approche systématique du traitement prothétique, Quintessence International, 2007
3. Rignon-Bret C., Que faire en présence d'un maxillaire atrophié ? L'information dentaire, n°21, n°22, 2006
4. Miara P et A., Touati B., Traitement des dyschromies en odontologie, Cdp, coll. Memento, 2006
5. Abulius R., Fausse gencive sur alliage métallique ; Bridges implantaire et compensation de pertes osseuses : le rôle de fausses gencives en céramique, Stratégie prothétique 2007, Vol 7, n°4, 303-312
6. Chiche F., Le traitement esthétique des patients totalement édentés au maxillaire, Le Fil Dentaire, n°24, 46-49, 2007

Remerciements pour leur précieuse collaboration à M. R. ABULIUS, Mr J-M CHEVALIER, aux Dr V. POUYSSEGUR, Dr J-F LASSERRE, Dr B. JAKUBOWICZ-KOHNEN, Dr G. KHOURY, ainsi qu'à Mme L. ABULIUS et Mme C. RUFFAT.

Sunflex[®] P A R T I A L S

Sunflex[®] PARTIALS Prothèse adjointe flexible



Prothèse adjointe flexible

€149,-

Avantages

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

Indications

- Une prothèse adjointe d'un esthétisme parfait alliant confort et fonction.
- Idéal pour prothèse provisoire Implantaire
- Recommandé aux personnes allergiques au monomère.
- Peut être utilisé sur un châssis métallique.

Sunflex[®] PARTIALS Sur châssis métallique



Finition sur Châssis

€179,-

Suntech[®] CAD/CAM CROWNS

Suntech[®] ZIRCONE TOUT CÉRAMIQUE PAR CAO/FAO BIOCOMPATIBLE

€169,-
par Élément



Avantages

- Résistance prouvée (Dureté de Vickers max. 1290 HV)
- Matériau hautement biocompatible.
- Aucune préparation ou cimentation spécifique.
- Excellent ajustement et bel aspect esthétique du tout céramique.

Indications techniques

- De l'élément unitaire jusqu'au bridge longue portée. (16 éléments)
- Pour toutes les positions dans la cavité buccale.

Suntech[®] CR COBALT CÉRAMO-MÉTALLIQUE PAR CAO/FAO

€99,-
par Élément



Avantages

- Parfaite résistance à la corrosion et à la température, et répond aux exigences particulières des restaurations qui doivent être recouvertes de céramique dentaire.

Indications

- De l'élément unitaire jusqu'au bridge. (5 éléments)

Suntech[®] LIGHT[®] LA NOUVELLE RÉFÉRENCE PAR CAO/FAO

€109,-
par Élément



Avantages

- Biocompatible.
- Sans nickel, sans argent, sans palladium, sans beryllium.
- Aucune décoloration du bord gingival.
- Résistance et dureté excellentes.
- Surface lisse — polissage facile.

Indications

- Couronnes CIV, couronnes.
- Bridges longue portée. (16 éléments)

OUVERTURE PROCHAINE
DE NOTRE NOUVEAU LABORATOIRE
67 rue Blomet
75015 Paris
Tél: 01 47 34 42 36

Sun Dental Labs France

8 rue de Berri • 75008 PARIS

01 42 99 95 30

Cerasorb[®]M, matériau synthétique de Tri-Calcium Phosphate (TCP) en phase β pure

Etude portant sur 121 patients

Objectif

Les substituts osseux et les matériaux de régénération osseuse sont fréquemment utilisés en implantologie dentaire et en chirurgie maxillo-faciale. L'os autogène fraîchement prélevé est le plus efficace sur le plan biologique. Cependant, l'acte chirurgical supplémentaire de prélèvement d'os autogène, les éventuels problèmes au niveau des sites donateurs, la quantité limitée de ce matériau, ainsi que la logistique nécessaire et les éventuelles conséquences médico-légales, compliquent son utilisation exclusive. Divers substituts osseux, à la fois biologiques et synthétiques, constituent une solution de remplacement.

Matériaux et méthodes

Entre avril 2003 et juillet 2005, 573 patients ont été traités avec Cerasorb[®]M au centre médical de Constance, en Allemagne. Ce produit a le plus souvent été utilisé associé à de l'os autogène. Chez 121 patients inclus dans une étude prospective menée dans un seul établissement de soins, Cerasorb[®]M a été utilisé seul, sans matériau de régénération osseuse associée. Les principales indications étaient les suivantes :

1. Déficits osseux consécutifs à une kystectomie (n=64) chez 63 patients
2. Elévation du plancher sinusien (n=79) chez 58 patients

La greffe osseuse a été réalisée avec Cerasorb[®]M (granules de 1 000 et 2 000 μ m), un nouveau matériau synthétique à base de TCP en phase β pure. Ce matériau est unique par sa multiporosité d'interconnexion (environ 65 %) et sa structure en granules polygonaux. La matériau a une structure micro poreuse d'interconnexion constituée de

méso et macro pores. Grâce à cela, l'utilisation d'un système à macro pores extrêmement ramifié à extrémités fermées peut être évitée. Ces systèmes fermés présentent en outre, un risque de colonisation par des micro-organismes, qui ne peuvent pas être éliminés de la structure poreuse par les mécanismes de défense cellulaires.

L'effet autobloquant des granules polygonaux permet d'éliminer la majeure partie des micro mouvements. Le matériau est lisse et arrondi, sans arêtes aiguës. Cerasorb[®] doit être mélangé à du sang issu de défauts osseux, et devient ainsi très facile à manipuler. Grâce à sa forte porosité, une quantité moindre de matériau est nécessaire pour maintenir l'espace et sa résorption par l'organisme est moins importante. Avant d'appliquer les granules de Cerasorb[®], l'os viable environnant a été préparé de manière adéquate et les granules ont été imbibées par le sang du patient issu de la zone à greffer.

Tous les patients ont fait l'objet d'un suivi clinique et radiologique, conformément au protocole d'essai clinique, certains d'entre eux pendant plus de deux ans.

Résultats

Cette étude a démontré que le comblement des défauts osseux par les granules de β TCP est une procédure simple et fiable dans tous les cas.

Selon le Dr Palm, trois tailles de déficit osseux ont été distinguées par leur diamètre radiographique : inférieur à 1,5 cm, compris entre 1,5cm et 2,5cm, et supérieur à 2,5 cm.

Parmi les patients présentant des défauts osseux consécutifs à une kystectomie, 26 ont été inclus dans le groupe 1 : chez 25 d'entre eux, le matériau de greffe a été complé-



Fig. 1 : Radiographie préopératoire

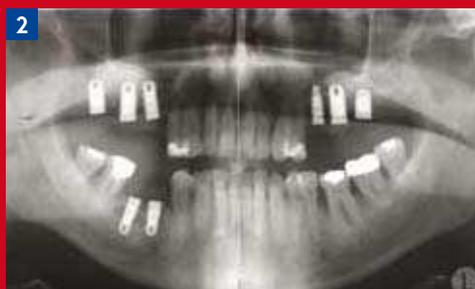


Fig. 2 : Situation après élévation bilatérale du plancher et pose simultanée d'implants dans la maxillaire et la mandibule.



Fig. 3 : Suivi à 4 mois. On remarque une résorption nette du matériau de régénération osseuse, qui a été largement remplacé par de l'os vivant néoformé.



Fig. 4 : Suivi à 14 mois. Régénération osseuse complète et bilatérale des maxillaires. Le matériel de régénération osseuse n'est plus détectable.

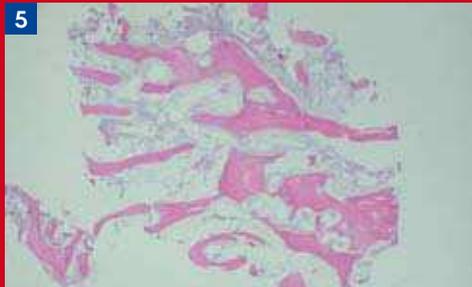


Fig. 5 : Histologie à 12 mois. Aucune observation de granules de TCP ou de leurs résidus, nombreux ostéoblastes et formation d'os lamellaire.

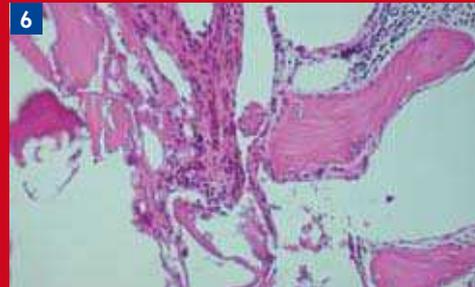


Fig. 6 : Histologie à 12 mois. Matrice de remodelage osseux active avec quelques traces de tissu conjonctif (cicatriciel).

tement remplacé par de l'os vivant à trois mois. Chez le dernier patient, le matériel a été entièrement remplacé à 6 mois.

Parmi les 25 patients présentant une taille de défauts osseux comprise entre 1,5 et 2,5cm, un remplacement complet par de l'os a été observé à 6 mois chez 23 patients. Chez les deux autres patients, le remplacement était complet à 9 mois. Douze patients présentaient des défauts osseux de plus de 2,5 cm. Dans tous les cas, le matériel avait été entièrement remplacé par de l'os à 9 mois. Des signes évidents de croissance osseuse ont été observés radiologiquement à 3 et 6 mois.

Etude de cas

Patient Sch. H., 68 ans. Elévation bilatérale du plancher sinusien avec Cerasorb[®]M.

Sous anesthésie locale (*radiographie de référence, fig. 1*), une élévation bilatérale du plancher sinusien et la pose simultanée de six implants dans le maxillaire et de deux implants dans la mandibule ont été réalisés chez le patient. Le Cerasorb[®]M avec des granules de 1 000 à 2 000 µm a été utilisé seul pour cette élévation du plancher sinusien.

Des radiographies de contrôle ont été prises immédiatement après l'intervention (*Fig. 2*) à 4 mois (*Fig. 3*) et à 14 mois (*Fig. 4*). Elles mettent en évidence la formation progressive de nouvel os vivant et la résorption simultanée du matériel de greffe. A 6 mois, les implants étaient mis en charge. Des structures osseuses bien développées étaient présentes dans les zones greffées.

L'histologie 12 mois après la greffe a montré une matrice de remodelage osseux active avec quelques traces de tissu conjonctif (*Fig. 5 et 6*).

Discussion

L'os autogène reste le « gold standard ». Cependant, l'os spongieux se résorbe souvent trop rapidement. Cette résorption rapide peut entraîner un affaiblissement de la fonction « maintien d'espace » de la greffe servant de support. L'os cortical, à l'inverse, se résorbe très lentement, sur de longues périodes. Le prélèvement d'os autogène implique un acte chirurgical secondaire susceptible de générer une morbidité au niveau du site donneur.

Divers substituts osseux biologiques et synthétiques de composition chimique et d'origine biologique variés sont disponibles depuis de nombreuses années. La résorption du matériel de régénération avec néoformation simultanée d'os et stabilité à long terme sont essentielles au succès de

la régénération osseuse. Le TCP en phase β pure a rempli tout ces critères de greffe. Parmi ces matériaux synthétiques, Cerasorb[®] a été le plus étudié et le mieux documenté sur le plan clinique. Cerasorb[®] présente plusieurs avantages par rapport aux matériaux de régénération osseuse d'origine biologique : des propriétés physico-chimiques et cristallochimiques précisément définies lors du processus de production, ainsi qu'une qualité de lot uniforme qui permet de mieux prédire ses réponses biologiques.

Les allogreffes et les xéno-greffes (majoritairement bovines) sont systématiquement associées à des risques résiduels, pour les praticiens et leurs patients. Les patients doivent être informés des risques immunologiques et infectieux potentiels liés à l'utilisation de matériaux d'origine bovine [voir décision de la Haute Court de Justice de Stuttgart, 2005]. Cette mesure n'est pas nécessaire avec le β TCP. Les matériaux non résorbables ou à faible résorption par rapport au β TCP comblent efficacement les défauts osseux mais ne tiennent pas compte de la dynamique physiologique de l'os vivant. Le matériel synthétique TCP en phase β pure, Cerasorb[®]M, est caractérisé par une multiporosité d'interconnexion et une structure en granules polygonaux. Ce matériel se rapproche donc de la structure de l'os autogène. Sa porosité totale élevée d'environ 65 % crée un effet de capillarité et ses granules contiennent les éléments de base essentiels, nécessaires à la nutrition cellulaire.

La guérison osseuse prévisible, la facilité de manipulation et la résorption en temps opportun, en fonction des conditions physiologiques de chaque individu, avec néoformation simultanée de l'os, sont les avantages avérés du β TCP. Ces facteurs permettent la mise en place d'un implant en 4 à 6 mois, soit un délai comparable à celui de l'os normal lors de la néoformation et de la régénération osseuse.

Résumé

Les résultats de cette étude ont montré que Cerasorb[®]M est un matériel synthétique de régénération osseuse idéal. Sa porosité correspond à celle de l'os spongieux autogène. Il est résorbé en temps voulu, en respectant les conditions physiologiques de chaque individu, simultanément à l'os néoformé, ce qui permet une mise en place des implants en 4 à 6 mois. ◆

AUTEUR

Dr Frank Palm

Implantologie Journal 4/2006 : 6-12

Gestion du cabinet : Adoptez un comportement de **chef d'entreprise** !

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



Dr Edmond BINHAS
■ Fondateur
du Groupe Edmond
Binhas

C'est pourquoi, nous devons adopter un comportement de chef d'entreprise de santé, afin de répondre avec efficacité aux nouveaux impératifs d'une concurrence exacerbée par le rôle croissant des compagnies d'assurance, le développement des cabinets mutualistes... et les commentaires désobligeants de nombreux médias. Le vénérable philosophe grec Socrate – dont la sagesse n'est plus assez étudiée dans les facultés – nous donne la clé du problème « Connais-toi toi-même ». En effet, le cabinet dentaire doit, comme toute PME, respecter en fin d'année les objectifs financiers fixés en début d'exercice. Pourtant de nombreux chirurgiens-dentistes connaissent mal les éléments financiers vitaux et **se contentent d'une gestion a posteriori**, au lieu d'optimiser

leur pratique grâce à une connaissance de leur activité suffisamment approfondie pour anticiper au lieu de se contenter de réagir, parfois un peu tard.

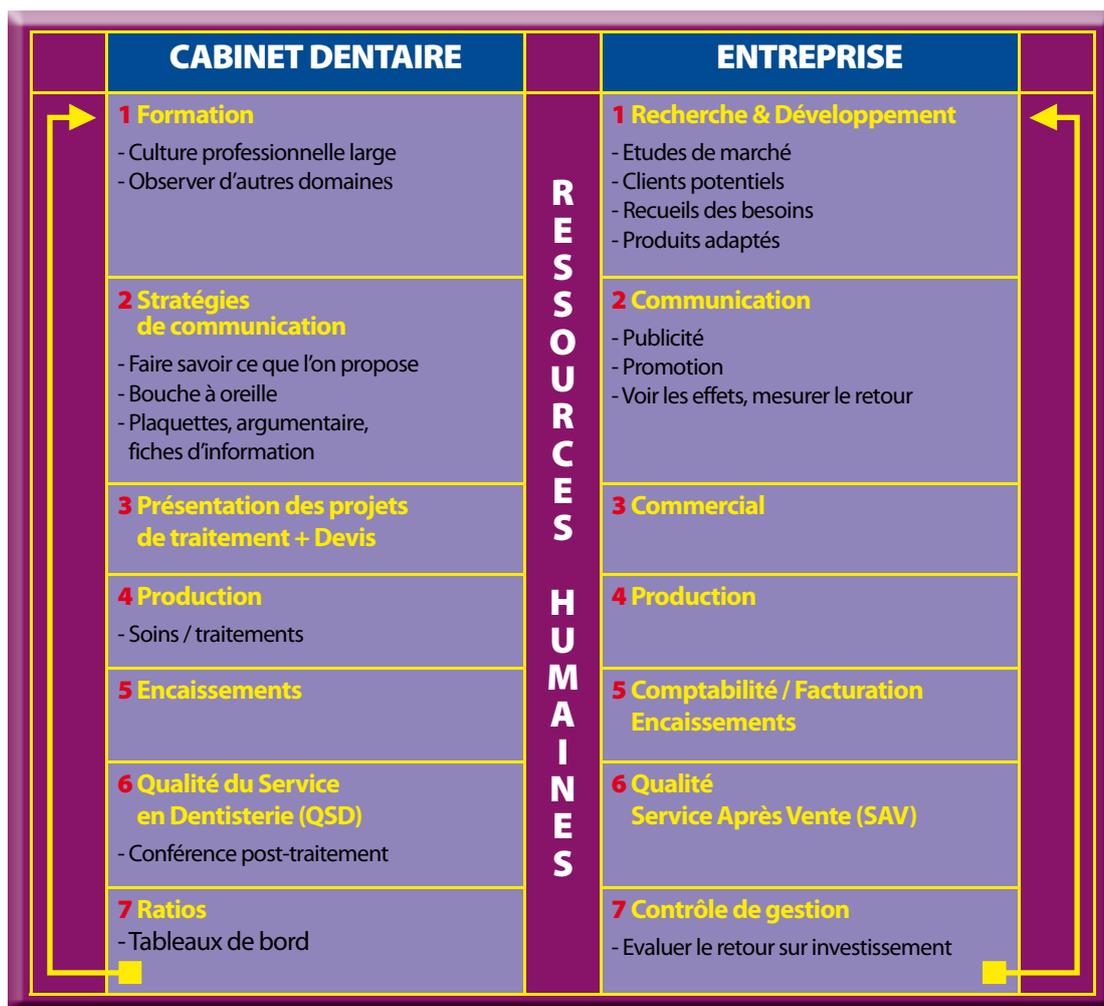
Passer du stade empirique au niveau professionnel

Il faut cesser d'attendre décembre pour analyser vos résultats et pour commencer, s'astreindre à consulter chaque semaine les indicateurs de vitalité de votre Cabinet-entreprise de santé : Chiffre d'affaires, dépenses, nombre de patients – en insistant sur le ratio de nouveaux patients, nombre d'heures travaillées... rien de très compliqué. L'introduction des nouvelles technologies dans la vie quotidienne nous donne une opportunité unique de rationaliser l'organisation de nos entreprises. En effet, la gestion prospective est maintenant accessible à l'ensemble des cabinets informatisés, sous la forme de ratios intégrés dans la plupart des logiciels ayant reçu l'agrément DSIO*. Ces éléments vous permettent déjà d'obtenir un aperçu révélateur du profil de votre exercice, sans vous dispenser pour autant d'un effort de réflexion.

Nous sommes une profession de santé, et la plupart des confrères ont horreur des chiffres, pourtant il est indispensable de savoir en permanence comment se porte le cabinet, faute de quoi la stagnation est inévitable.

Nous devons nous former aux bases de la gestion d'entreprise, afin de prendre la bonne décision au bon moment : investissements et recrutements ne doivent plus être réalisés dans l'urgence, mais à l'issue d'une réflexion structurée. L'objectif est de modifier ses pratiques afin d'optimiser son chiffre d'affaires. C'est un effort finalement minime au regard des résultats concrets enregistrés très rapidement grâce à une professionnalisation





des pratiques de gestion trop longtemps restées artisanales. Bien sûr, il faut comparer les résultats entre des mois comparables et ne pas confondre chiffre d'affaires et bénéfice. Mais franchement, combien d'entre-nous ont établi le ratio entre bénéfices et dépenses du cabinet ? Pourtant, c'est bien lui l'indicateur clé afin de connaître le chiffre d'affaires nécessaire en vue d'atteindre un résultat financier positif ?

Cabinet dentaire = Entreprise

Allons encore plus loin dans le parallèle entre cabinet dentaire et entreprise. Tout comme dans l'entreprise, il existe au cabinet sept pôles distincts (en plus des ressources humaines, système transversal que l'on retrouve dans chacun des pôles.) Il est important de développer en permanence **chacun** de ces sept pôles, sinon le développement de votre structure reste aléatoire. Concrètement, il s'agit pour le praticien d'allouer un temps de réflexion et de plan d'actions pour chaque chose. Nous vous invitons à l'aube de cette nouvelle année d'exercice à prendre du recul par rapport à votre activité en vous aidant du schéma présenté. Il vous permettra à la fois d'établir une situation actuelle de votre exercice en évaluant chacun de ces pôles à

la lumière de l'année 2007 tout en vous projetant vers des objectifs d'amélioration continue pour l'année 2008.

Une fois l'habitude prise, vous pourrez affiner votre organisation grâce à la mise en œuvre de techniques de scoring, permettant de mieux comprendre votre activité et de mener un effort afin de retenir les patients motivés à accepter vos traitements. Vous serez surpris par l'ampleur de résultats positifs obtenus grâce à une démarche d'anticipation et non plus simplement de gestion comptable. L'enjeu est vital : c'est le développement de votre cabinet dans un environnement qui a évolué à un point tel que l'immobilité vous fera prendre des risques bien plus importants que le mouvement vers une gestion rationnelle et contrôlée de votre exercice. ◆

DSIO : Données Standards en Informatique Odontologique

CONTACT

Groupe Edmond BINHAS

Cathie - N° Vert : 0800 521 764

Immeuble Grand Ecran

15 avenue André Roussin - 13016 MARSEILLE

Tél. : 04 95 06 97 31

Email : contact@binhas.com

Avec le Dr Pierre Vernay



Dr Pierre VERNAY

- Docteur en chirurgie dentaire
- Explorateur photographe
- www.pierre-vernay.com
- www.polarlys.asso.fr

Dr Philippe PIRNAY : *Vous êtes tombé amoureux du grand Nord il y a vingt ans. Depuis, vous avez écrit cinq livres, collaborez à la presse magazine, organisez des expéditions polaires à pied, en char à glace, en VTT, en kayak, à cheval, en traîneau à chiens... On vous définit comme un explorateur photographe. Êtes-vous explorateur parce que photographe, ou photographe parce qu'explorateur ?*

Dr P.V. : L'exploration et la photo sont étroitement liées mais j'ai quand même commencé la photo avant d'entreprendre les expéditions. Maintenant, je serais extrêmement frustré de mener une exploration et d'avoir tous mes appareils photo en panne !

Dr P.P. : *Lors de vos expéditions et vos reportages, pourquoi n'apparaissez-vous pas en tant que praticien (alors que l'on connaît les professions de vos compagnons de route) ? Vos voyages représentent-ils aussi un besoin de vous éloigner pendant quelques mois de votre métier ?*

Dr P.V. : C'est navrant à dire, mais pour l'avoir constaté à mes débuts, l'image très séduisante de l'explorateur photographe cédait la place en un clin d'œil à celle d'un dentiste nanti qui s'offrait de belles vacances ! Du coup, j'ai tiré le rideau sur l'activité qui me fait vivre. Ce n'est pas plus mal comme ça.

Dr P.P. : *Vous partagez votre temps entre un exercice au cabinet en banlieue parisienne et votre « résidence secondaire » en Arctique. Comment vos patients vivent-ils tout cela ?*

Dr P.V. : Je suis absent quasiment 3 mois par an de mon cabinet, répartis sur plusieurs périodes mais si on y réfléchit bien, beaucoup de nos confrères qui prennent en congés toutes les vacances scolaires ne sont pas loin du compte. Par bonheur, mes patients savent maintenant ce que je fais, pourquoi je le fais. Ils louent mon amour de la nature et nous communiquons beaucoup à ce sujet.

Dr P.P. : *Votre frère Frédéric vous accompagne dans l'aventure et votre responsable de la sécurité est prothésiste dentaire. La famille et le milieu dentaire ne vous quittent donc pas vraiment !*

Dr P.V. : Pour Albert, mon prothésiste, c'était sa première fois mais on a programmé ensemble une autre expédition kayak en 2010. Quant à mon frère, il s'est embarqué la première fois avec moi en 1984. Depuis, on a toujours fonctionné ensemble, lui à la vidéo, moi à la photo. D'ailleurs, on ne se voit quasiment qu'en Arctique ! Mais on s'appelle tous les jours.

Dr P.P. : *Vous avez déjà effectué plus de 5 000 kilomètres à pied, il vous faut donc une excellente condition physique car il s'agit aussi d'une*

prouesse sportive. Comment vous préparer-vous physiquement ?

Dr P.V. : 5 000 ou 6000 kms parcourus à présent, peu importe. Cela s'est fait à notre rythme mais sans moteur. En 25 ans, il n'y a rien d'exceptionnel à cela, mais je reconnais que je redoute davantage les 6 000 kms qu'il me reste à parcourir dans les 25 ans qui viennent que ceux déjà parcourus. J'essaie de m'entretenir en faisant attention à ce que je mange et je joue dans un club de foot avec matches et entraînements toutes les semaines.

Dr P.P. : *L'un de vos derniers livres* est particulièrement remarquable. Les illustrations splendides reflètent votre passion pour la photographie animalière. On perçoit que vous prenez le temps de découvrir la nature, la faune, la flore, et surtout la banquise qui se réduit peu à peu... Comment imaginez-vous cette banquise dans les prochaines années ?*

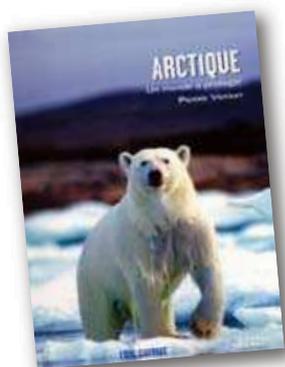
Dr P.V. : C'est vrai que l'Arctique se réchauffe. Cet été, sur les neuf ours que nous avons vus sur l'île Bathurst, huit étaient à terre en quête de nourriture !! J'espère que je ne verrai jamais les côtes arctiques totalement libres de glaces mais je suis assez pessimiste. On n'a vraiment rien fait de spectaculaire pour enrayer la disparition annoncée des gorilles des montagnes et des tigres. La population des ours est bien sûr plus importante, mais faute d'habitat conforme à leur mode de vie et de chasse, ils mourront.

Dr P.P. : *Dans la voie de Paul-Émile Victor, qui a rédigé la préface de l'un de vos livres, ou de Nicolas Hulot avec lequel vous collaborez, vous êtes considéré comme l'un des plus grands spécialistes des expéditions polaires. Quelle aventure conseillerez-vous à nos confrères ?*

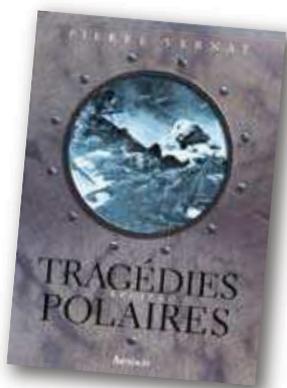
Dr P.V. : Aller dans l'arctique, c'est un choc, c'est la nature à l'état brut. Sitôt éloigné de la piste d'atterrissage, on est en pleine nature. Y aller l'espace de quelques jours, y mener un trekking et c'est découvrir ce que j'appelle la « vraie vie » : celle de retrouver des plaisirs simples comme celui de boire un verre d'eau à un torrent quand on a soif, ou de se réchauffer autour d'un bois de flottage quand on a froid. A tous ceux là qui souhaitent une première expérience, je leur conseille de partir en été au début en n'oubliant rien, surtout pas les pétards et les fusées pour éloigner les ours... Le Spitzberg ou le Groenland sont de bonnes destinations pour débuter.

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

Dr P.V. : Aucun ne se dégage vraiment, mais il y a deux jours, j'ai masqué des amélogénèses imparfaites à une adolescente par des beaux composites. Sa joie en fin de séance m'a récompensée. Ces petites anecdotes me rendent heureux dans mon exercice quotidien. ◆



* « Arctique, un monde à protéger », Coll. Œil Sauvage, Artémis, 2006



« Tragédies polaires », Arthaud, 2007

Expéditions soutenues et financées par les laboratoires APOL

Le CONCEPT ATTENTE encore plus beau, encore plus efficace !



- Pages d'accueil toujours plus belles
- Navigation encore simplifiée
- Nouveaux menus d'orientation



- Votre équipe encore mieux valorisée
- Vos structures clairement présentées
- Vos compétences mises en avant



- Tous les modules revisités
- Tous les graphismes retravaillés
- Des messages plus efficaces
- Des améliorations à foison



Les observations des utilisateurs actuels prises en compte dans leur intégralité !



- De nouveaux modules de décontraction
- Beaucoup de présentations "plein écran"
- La beauté exacerbée

Qui en sera le principal bénéficiaire ?

Communiquer avec vos patients n'apporte que des retombées positives en termes d'image, de confiance, et de confort.

Plus des retombées financières indéniables !

Et tout ça pour 182 € / mois (x 36)



Système de communication interactif et en boucle, destiné à la salle d'attente, comprenant un téléviseur Haute Définition 32" en 16/9, un ordinateur embarqué en toute transparence, un système de navigation exclusif, 50 modules, dont 3 personnalisés pour votre cabinet. Soit plus de 3H30 de contenu. Prix du Concept : 5 990 € TTC, ou 182 € TTC / mois pendant 36 mois, VR 3%, pas besoin d'assurance.

Désolé, vous n'avez plus aucune "bonne raison" de ne pas communiquer !



Foxy études & développement
42, rue des Cormiers
78400 CHATOU

Tél : 01 34 80 60 66
Mail : foxy.ed@wanadoo.fr

Web : www.foxy-ed.fr
BON DE COMMANDE EN LIGNE

Nouveauté

Version DVD à 990 € TTC



Pour ceux qui ont peur d'investir dans un outil plus que performant, une version spéciale en DVD est maintenant disponible !

Elle reprend tous les modules "dentaires"
Ne comporte pas les 3 modules personnalisés, ni "Arts et Découvertes"
Mais la présentation est personnalisée au nom de votre cabinet.

Changer Quoi, pourquoi, comment ?

La Question Du Mois :

Le changement est dans l'air du temps. Tous nos politiciens en parlent. Si vous aviez la possibilité de changer une seule loi ou règle contraignante dans la législation régissant notre profession, laquelle modifieriez-vous et pourquoi ?



Entre autre, le problème des hygiénistes dentaires, hautement controversé en France, trouvera-t-il enfin sa solution en 2008 ? Si nous pesons le pour et le contre, la balance penche nettement du côté du pour. Alors que se profile à l'horizon une baisse du nombre de praticiens, une formation encadrée d'hygiénistes dentaires soulagerait sans aucun doute l'exercice de nombreux praticiens et rendrait un grand service aux patients...



Dr HERVÉ BUISSON
Docteur en chirurgie dentaire
Diplômé de la faculté
de chirurgie dentaire de Paris VII
Gérant de la SELARL
Cabinet dentaire H. BUISSON
Certifié ISO 9001/2000.
Co gérant de « Profeel »,
société d'audit et conseil
auprès des cabinets dentaires.

La puissance des praticiens réside dans leur capacité à optimiser leur travail... Aussi, le plus grand frein qui existe actuellement en France, est qu'en limitant les missions et tâches à même d'être légalement confiées aux assistantes dentaires, on ne permet pas aux praticiens d'être aussi performants qu'ils le pourraient en travaillant en équipe.

La réglementation entrave l'activité, car beaucoup de praticiens respectueux de celle-ci ne s'entourent pas d'assistantes dentaires, celles-ci leur apparaissant plus comme une charge que comme une source d'optimisation de leur pratique.

Alors que les pays voisins proposent un service complet à leurs patients, en France, nous résumons l'activité d'un cabinet dentaire aux seules compétences techniques des praticiens. Ceux-ci sont saturés par des tâches qui les tiennent hors de leur réelle sphère d'activité :

La gestion :

- ✓ de l'accueil ;
- ✓ de l'hygiène et l'asepsie ;
- ✓ des achats ;
- ✓ de la maintenance ;
- ✓ de la traçabilité ;
- ✓ de la comptabilité ;
- ✓ et enfin **des soins...**

Et on les comprend... Pourquoi s'adjoindre les compétences d'une assistante qui ne peut légalement pas les décharger pour plus des trois quart des tâches qui leur pèsent sur les épaules ?

L'actuelle réglementation sur la radiographie... est disproportionnée par rapport à l'activité des cabinets dentaires. Cependant, il existe des règles professionnelles qui brident encore plus l'activité : ce sont celles qui concernent le personnel des cabinets dentaires.

Il ne s'agit pas de promouvoir la création d'un corps d'hygiénistes indépendantes, mais de normaliser le fait que les assistantes dentaires appartiennent au monde de la

« Il ne s'agit pas de promouvoir la création d'un corps d'hygiénistes indépendantes, mais de normaliser le fait que les assistantes dentaires appartiennent au monde de la Santé, et qu'à ce titre, elles doivent suivre des études plus médicales. »

santé et qu'à ce titre, elles doivent suivre des études plus médicales, et qu'il convient de leur donner les connaissances nécessaires pour optimiser le travail des praticiens. Leurs compétences à assurer le pré opératoire et le post opératoire de-

vraient être validées. Elles devraient pouvoir :

1. assurer les bilans radios et panoramiques ;
2. assurer les petits travaux de modifications adaptation et polissage de provisoires
3. présenter les propositions de plan de traitement de leur praticien ;
4. donner aux patients tous les conseils d'hygiène adaptés ; etc.

Donner plus de liberté d'organisation aux chirurgiens-dentistes reviendrait à leur permettre de gérer leur cabinet au mieux de leurs intérêts individuels et collectifs, et de faire face à l'avenir. La crainte d'un exercice illégal de la dentisterie ne doit pas occulter le risque de se trouver « hors jeu » face aux autres pays d'Europe (pour ne parler que de ceux-là).



MARIE JO BUISSON
Rédactrice en chef
de la revue Profession
Assistants Dentaires
Directrice de « Profeel »,
société d'audit et conseil
auprès des cabinets dentaires

La **conduite du changement** est la meilleure définition générale que l'on puisse donner aux multiples ramifications théoriques et pratiques que constituent les **Sciences Humaines du Management**. Tous les politiciens en parlent... et les Managers agissent ! Un chirurgien-dentiste, qu'il travaille avec une ou plusieurs assistantes, doit pouvoir investir dans ce qu'il y a de plus « précieux » pour un cabinet médical, c'est-à-dire ses « **Ressources Humaines** ».

Conduire le changement au sein de son cabinet dentaire, c'est déjà commencer par substituer le concept de spécialisation des postes de travail, à celui, rétrograde et contre-productif, de polyvalence, qui n'est exploité dans aucune entreprise de services soucieuse de rendement et d'efficacité, ou en un mot, de Qualité. La polyvalence est et restera un choix d'organisation par défaut, certainement pas un modèle intégré de gestion des compétences et performances du personnel dentaire.

S'agissant de la discipline que je représente, **Management & Gestion RH**, je réviserais complètement l'architecture des postes de travail, tels qu'ils sont inscrits sans aucun changement stratégique depuis nombre d'années (Annexe 1 de la Convention Collective Nationale des cabinets dentaires, **Classification des emplois**). Au niveau des postes de support clinique, je ne conserverais que les postes spécialisés de prothésiste et d'assistante dentaire, et supprimerais ceux d'aide dentaire, hôtesse d'accueil et standardiste. Comment peut-on encore à ce point faire un tel nivellement des compétences par le bas et brider ainsi l'évolution du personnel ? Comme s'il y avait beaucoup d'hôtesse d'accueil à temps complet dans les cabinets dentaires !

Je réviserais aussi la définition des **niveaux de qualifications** et des **fonctions** de l'assistante dentaire. Je rehausserais le niveau minimal d'accès à la formation : niveau Bac minimum au lieu du BEPC ; et concernant la définition des fonctions, seuls les critères définitoires de l'exercice spécifique d'assistante clinique seraient conservés : aide opératoire, motivation à l'hygiène, gestion des stocks et fournitures, stérilisation, accueil. Il serait dès lors nécessaire de supprimer le versement conditionnel de la « prime de se-

crétariat », sachant qu'une majorité d'assistantes dentaires polyvalentes effectuent par défaut des tâches récurrentes de secrétariat, ne bénéficiant pas pour autant du versement de cette prime. En somme, le versement de la prime de secrétariat serait obligatoire pour toute assistante dentaire exerçant au sein d'un cabinet dépourvu d'un secrétariat indépendant assuré par une assistante administrative.

En France comme à l'international, je rappellerais également que le profil de poste administratif le plus adapté à la spécificité organisationnelle et managériale des cabinets dentaires est celui d'assistante de direction (dite aussi « Office Manager » ce qui n'a rien à voir avec des compétences managériales !), et certainement pas ceux d'hôtesse d'accueil, de standardistes ni même les profils de formation «secrétaire médicale» dont l'enseignement est souvent assuré à distance et seulement sur une période de 6 mois à un an.

Quels que soient les secteurs d'activités, une « Office Manager » est habilitée à prendre en mains n'importe quel secrétariat évolué, et n'a strictement aucun besoin d'une formation clinique¹. Une assistante dentaire n'est pas une secrétaire et inversement, de la même manière qu'un comptable n'a pas besoin d'être chirurgien-dentiste pour assurer la comptabilité du praticien : à chacun sa spécialité ! Je précise que l'octroi du salaire minimum conventionnel pour une assistante den-

« Comment peut-on encore à ce point faire un tel nivellement des compétences par le bas et brider ainsi l'évolution du personnel ? »

taire qualifiée et expérimentée n'est pas une obligation (c'est étonnant, mais je l'entends dire régulièrement !). Il s'agit bien du strict minimum légal, et les assistantes dentaires les plus productives, c'est à dire exerçant à 100% fauteuil (implanto-paro et ODF) ou en bloc opératoire sont rémunérées par certains praticiens expérimentés en management et tout à fait conscients de la plus-value qu'elles représentent pour leur cabinet, de 1800 euros minimum à plus de 2500 euros bruts mensuels pour un temps complet 35H. ◆

1. On ne doit déléguer à une assistante administrative aucune tâche clinique, ni aucun commentaire clinique. Le « clinique » est du ressort exclusif de l'assistante dentaire et du praticien, ce, afin d'éviter toute dérive managériale, conflits d'intérêts et de responsabilités entre les membres du personnel, et conflit éventuel avec le patient.



RODOLPHE COCHET
Auteur du « Manuel du chirurgien-dentiste Manager »
Consultant en accompagnement managérial des cabinets dentaires (interventions sur site).



Dr GÉRARD GOURION
Chirurgien-dentiste,
Master of Sciences
in Fixed Prosthodontics (USA),
Master of Business
Administration (USA).

Vous me demandez de vous dire quelle règle, quelle loi je modifierais si j'en avais le pouvoir ? Eh bien si j'en avais le loisir, cher Fil Dentaire, je supprimerais toutes celles qui contraignent inutilement et je raconterais, avant de faire ce grand nettoyage, aux incroyables et aux résistants, une belle histoire !

Je leur contera le pays où aucune des contraintes qui plombent le praticien français n'existe, où le chirurgien-dentiste peut :

- avoir autant de cabinets dentaires qu'il le désire, sous la forme juridique qui lui convient le mieux,
- travailler avec autant de collaborateurs qu'il le souhaite,
- s'installer en étage ou en boutique, et où, comme c'est le cas à Paris, on ne lui restreint pas les mètres carrés pour son installation,
- avoir des hygiénistes bien formées, des assistantes qui peuvent exécuter en bouche tous les actes réversibles,
- avoir des tarifs libres,
- faire le marketing externe et la publicité qu'il désire,

Un pays où on rémunère les soins conservateurs à leur juste valeur et où les actes prothétiques ne sont pas surévalués pour compenser les pertes subies lors des traitements courants et/ou les instances profes-

« Je leur contera le pays où aucune des contraintes qui plombent le praticien français n'existe... C'est l'Espagne ! »

sionnelles, loin d'être répressives, sont à sa disposition pour l'aider à mieux se former et à bien communiquer avec ses patients.

Non, ce pays n'est pas le Canada ou les USA, mais tout simplement notre voisin Ibérique...

C'est l'Espagne ! Un pays, qui il y a trente ans sortait à peine de la misère et où, aujourd'hui, de plus en plus de praticiens français vont s'installer.

Afin de mieux voir la différence qu'il y a entre la

France et l'Espagne, prenons le cas d'un praticien français qui a travaillé en Normandie jusqu'à la fin de l'année 2004 et qui, lassé des multiples contraintes et tra-

casseries a décidé de partir s'installer en Andalousie. Le petit tableau ci-dessous vous montrera l'évolution chiffrée de son exercice.

Analyse* :

En changeant d'environnement, notre praticien a changé totalement de profil professionnel :

1. Il a augmenté considérablement son chiffre d'affaires (**Ca Prat**) dès sa première année en Espagne, grâce à la liberté tarifaire et à la valorisation des soins. Tout en diminuant le pourcentage de temps consacré à faire de la prothèse (**%Prot**) et son temps de travail (**Htr**), son chiffre d'affaires global (**Ca Total**) s'est envolé.
2. Grâce à la délégation (**CaAss et CaHyg**), il a pu dispenser ses soins à plus de patients (**NbPat**). Le niveau de service s'améliorant, la demande s'est accrue ; ce qui lui a permis en 2006 de passer d'une à deux assistantes, et d'une hygiéniste à mi-temps à une à plein temps. L'augmentation des dépenses, due principalement aux salaires supplémentaires, n'a aucunement altéré son bénéfice, et lui a permis de moins travailler au fauteuil.
3. Bien que le profit par patient (**BenPat**) ait baissé, son bénéfice horaire (**BenHtr**) a pratiquement doublé. Les impôts sur le revenu et les taxes annexes étant beaucoup plus modérées en Espagne qu'en France, son bénéfice net (**BenNet**) a fait un bond.

Nous pourrions faire la même étude comparative avec la Belgique, la Suisse, l'Italie, le Luxembourg ou bien les USA. ♦

Comparaison des principaux paramètres entre un exercice en France et en Espagne pour un même praticien

	2004	2005	2006
CA Prat	287434	498422	487329
Htr	1324	812	756
%Prot	41,12	33,37	36,98
NbPat	982	1432	1656
Ca Ass	0	37423	52349
Ca Hyg	0	46711	89234
Ca Total	287434	582556	628912
Dépenses	176345	192353	243444
Bénéfice	287434	390203	385468
BenHtr	217.10	480.55	509.88
BenPat	292.70	272.49	232.77
Impôts	135094	105355	92512
BenNet	152340	284848	292956

CaPrat = Chiffre d'affaires du Praticien, Htr = Heures de travail, %Prot = Pourcentage de temps à faire de la Prothèse (Norme en France 42%), NbPat = Nombre de Patients vus, Ca Ass = Chiffre d'affaires de l'assistante (Radios, Fluor, dents provisoires etc...), Ca Hyg = Chiffre d'affaires de l'Hygiéniste (Prophylaxies, motivation, détartrages etc...), Ca Total = Chiffre d'affaires du cabinet, BenHtr = Bénéfice horaire, BenPat = Bénéfice par patient, BenNet = Bénéfice après impôts.

En France, notre profession, devrait porter son regard au-dessus des Pyrénées, des Alpes ou des Ardennes, afin de réaliser que l'immobilisme, pour ne pas dire la frénésie à s'auto flageller ne pourra que mener l'odonto-stomatologie hexagonale, à terme, à une récession catastrophique risquant d'entraîner de facto une diminution de la qualité des soins pour les patients.

* L'exposé de cette analyse a été volontairement simplifié pour pouvoir entrer dans le cadre de cette rubrique.

Votre opinion à la question du mois de novembre :

C'est avec un grand intérêt et beaucoup de plaisir que nous avons lu vos réactions concernant notre nouvelle rubrique qui donne la parole à des spécialistes du management. La question du mois dernier (Le Fil Dentaire n°27, nov. 2007, p.46) portait sur les plaintes de plus en plus fréquentes des praticiens concernant l'état de leurs finances en général et de leur rentabilité en particulier. Nous publions aujourd'hui deux de vos réflexions :

« J'ai lu avec la plus grande attention votre nouvelle rubrique. Je suis un jeune praticien (31 ans) ayant entamé un profil universitaire (internat en odontologie), puis choisi une carrière libérale. J'ai profité de mon expérience en tant que collaborateur chez l'équipe du Dr H. Buisson à Chartres pour faire deux D.U. de parodontologie et d'implantologie à Paris VII.

Avec ma courte expérience professionnelle, je ne suis pas en mesure d'« estimer » le revenu « moyen » d'un praticien. Mais je pense qu'en effet notre profession est de plus en plus soumise à des problèmes externes (définis et détaillés par Monsieur E. Binhas) à savoir plus de contraintes réglementaires et de charges administratives. Le chiffre d'affaire d'un cabinet dentaire varie en France de 100 000 euros (environ) à 1 600 000 euros pour un seul praticien. Ces deux praticiens font-ils le même métier ? Quel est leur niveau d'engagement et d'implication dans leur traitement ? La différence entre ces deux modes d'exercice est réduite à deux mots : « **Organisation** » et

« **Equipe** ». Derrière ces deux mots se cachent en fait : management, raison d'être, compétences professionnelles, délégation de tâches, normalisation, architecture des locaux, protocoles et... fierté du travail accompli !

Notre profession est en train de changer et le temps où le praticien seul voyait 30 patients par jour est révolu !

Je partage tout à fait l'idée que le patient est de plus en plus consommateur de soin, désireux de se faire soigner dans un environnement sécurisé. Aujourd'hui, le patient vient avant tout rechercher un **résultat**, même si bien entendu il ne faut pas négliger la relation humaine que nous avons avec nos patients.

Je suis personnellement optimiste pour mon exercice et pour notre profession et ce pour plusieurs raisons : je suis farouchement décidé à m'organiser (limiter le nombre de patients par jour), à montrer à mes patients l'importance des dents, à continuer à me former, à faire confiance dans mon équipe (que je suis en train de constituer).



Dr L. THERY

« Je voudrais d'abord vous féliciter pour le courage dont vous avez fait preuve en réunissant les différents spécialistes du management dentaire pour répondre à une seule et même question. Oui, notre pouvoir d'achat s'effrite de jour en jour ! Oui, nos tracasseries administratives n'en finissent pas d'occuper notre temps et nos esprits en ajoutant du stress à une activité qui est pour nous de moins en moins satisfaisante !

E. Binhas énumère de façon fort lucide les causes de nos maux, mais nous donne pour solutions, en un menu de dix plats, une pitance qui laisse au fond de nos gosiers un arrière goût de banal et de déjà goûté.

G. Gourion, original et réaliste, arrive à nous convaincre de la diversité des problèmes économiques au sein de notre profession et grâce à quelques règles mathématiques simples pointe du doigt, ce que chacun d'entre nous devrait déjà connaître, à savoir l'importance du bénéfice horaire dans notre cabinet. Il nous parle d'une technologie futuriste que, je dois bien l'avouer,

j'ai du mal à appréhender, tant l'explication qu'il en donne est sommaire.

D.Tigris essaye de nous persuader que nous restons malgré tout des privilégiés puisque nous échappons au RMI. C'est au microscope et en vain que je me suis efforcé de trouver les solutions simples qu'elle préconise.

R.Cochet nous rend d'abord coupable de rechercher la rentabilité dans notre exercice et immédiatement après essaye de nous démontrer, chiffres aguichants à l'appui, que l'unique solution pour augmenter notre chiffre d'affaire reste le supposé chaînon manquant de notre activité : l'assistante dentaire performante. Comme si ceux qui en ont déjà une depuis longtemps ne prenaient pas aussi, de plein fouet, la diminution de leurs bénéfices !

H et M.J. Buisson nous ramènent avec intelligence, après un tour d'horizon analytique, à la notion importante de service dans un pays qui en est avare et nous incitent à prodiguer cette rare denrée à nos patients. ♦



Dr T. BERLAND

Avez-vous été satisfaits par leurs réponses ?

La lettre jugée la plus pertinente sera publiée dans le prochain numéro, et son auteur récompensé par une invitation à la conférence du 31 janvier 2008 :

« La présentation des devis, Principes et techniques ».

Alors réagissez vous aussi par courrier à L'Europinion, Le Fil Dentaire, Europarc – 1 allée des Rochers – 94045 Créteil Cedex

Ou par email : management@lefildentaire.com

Enquête de satisfaction sur le site www.impact-dentaire.com

AUTEUR



Dr Adriana AGACHI
D.U. de journalisme médical

Conflits entre associés, comment s'en sortir ?

Des praticiens qui ne se saluent même plus, qui ne se réunissent plus en comité de direction, qui ne communiquent que via leurs assistantes respectives, qui s'emportent devant leurs patients et leur personnel, deux praticiens faisant bloc contre un troisième... De telles situations ne sont malheureusement pas rares.



Rodolphe COCHET

■ DRH externe
des cabinets
dentaires

Nombre de cabinets tournent au ralenti, dans une ambiance de travail délétère et conflictuelle, particulièrement désagréable. Cette absence et ce quasi-refus de communication ont un impact direct sur la santé morale et la qualité d'exercice des praticiens (bien que certains se défendent du contraire ayant apparemment appris à en faire abstraction avec le temps ?). Ces conflits se répercutent en premier lieu sur la motivation et les performances du personnel, et, dans un second temps, sur la qualité des services cliniques, administratifs et relationnels dus aux patients.

Comment envisager une quelconque collaboration si celle-ci n'a pour finalité que de limiter l'étendue des perspectives de développement clinique, humain, et matériel de chacun des praticiens ? Comment éviter d'en arriver au point de rupture ? Comment se sortir d'une situation de crise ?

Perceptions communes et ententes cordiales ne suffisent pas à sceller et faire fructifier une association : le feeling au tapis

Certains praticiens décident de franchir le pas de l'association parce qu'ils sont issus de la même promotion, parce qu'ils ont exercé plusieurs années ensemble en collaboration et s'inspirent une confiance réciproque, parce qu'ils semblent avoir des intérêts communs d'organisation et de développement, parce qu'ils pensent qu'ils pourront s'enrichir respectivement de l'expérience managériale, organisationnelle et clinique de l'un et de(des) (l')autre(s), mais aussi parce qu'ils envisagent de partager les frais et charges du cabinet dans le but de pouvoir investir plus aisément en termes de ressources pédagogiques, matérielles et humaines. Dans tous les cas, c'est toujours le feeling qui l'emporte, un vécu en commun qui semble avoir plus ou moins bien fonctionné jusqu'alors, une rencontre apparemment réussie dans le cadre d'une recherche d'associé(s), ou bien une rencontre fortuite ayant fait émerger l'idée de cette association.

Et pourtant, c'est très rarement une question d'incompatibilité de caractère ou d'humeur qui est à l'origine d'un conflit durable entre associés, bien qu'elle puisse parfois se révéler au terme de désaccords et difficultés

personnelles imprévus et indépendants de l'exercice professionnel du(des) praticien(s) : séparations, problèmes familiaux. Les problèmes de fond sont en fait quasi systématiquement liés à une opposition ponctuelle ou fondamentale entre les perspectives de développement clinique et les objectifs d'organisation & de management des associés à un ou plusieurs moments donnés de leur exercice.

Les causes et les manifestations d'un conflit d'associés : désinvestissement et désresponsabilisation

Les motifs de rupture sont nombreux, mais les plus durables ont souvent trait à des problèmes de répartition des tâches et responsabilités au sein même de l'association : gestion des contrats de travail, gestion des congés et des plannings du personnel, homogénéisation des protocoles cliniques et procédures administratives, décompte des journées de formation des praticiens et rattrapage éventuel, démarche Qualité, assurances et charges sociales, comptabilité prévisionnelle, investissements, frais, honoraires... Ces problèmes entre associés listés de manière non exhaustive ont inévitablement un impact direct sur la gestion RH du cabinet et se répercutent sur les perspectives de développement des praticiens. Et puis, pour éviter de discuter de certains sujets qui peuvent fâcher et éviter l'affrontement, chacun va tenter de rompre plus ou moins consciemment toute communication, et scinder l'organisation du cabinet en autant de parcelles de territoire qu'il y a d'associés en conflit ouvert ou non.

Les manifestations d'un conflit d'associés les assistantes-fusibles

Là où se jouent les conflits sur le terrain, sauf à considérer qu'il y a autant de bornes d'accueil, de secrétariats et de salles de stérilisation qu'il y a d'associés, c'est justement dans ces lieux, où le personnel se bat pour garder la mainmise sur son territoire (le territoire du praticien-manager) et sur ses responsabilités. La secrétaire, quant à elle, est souvent entre deux feux, et doit tenter en vain de concilier les objectifs de réalisation administrative de chacun des praticiens, qui, pour certains, ne communiquent plus que par son entremise !





© Izaoka Sapiro - Fotolia.com

Le personnel des cabinets dentaires joue d'ailleurs souvent et à contrecœur le rôle de fusible du cabinet au point qu'on attend parfois le départ ou la démission d'une assistante pour réaliser qu'il y a un vrai problème à régler en urgence au sein du cabinet afin d'éviter que toute l'équipe quitte le navire ! Mais là aussi, c'est parfois trop tard, car l'assistante qui quitte le navire en premier est souvent la plus performante. Qu'il soit question de gestion de cabinet ou de gestion RH, ce sont presque systématiquement les compétences managériales des praticiens qui sont en jeu : management de la relation à l'associé, management de la relation à son personnel.

Les compétences managériales en question : évaluer, identifier, corriger

Quand on s'associe, mises à part les questions d'ordre juridique, fiscal et comptable, on ne discute que très rarement de la répartition des responsabilités managériales respectives des praticiens, au point que chacun d'entre eux finit par prendre des décisions unilatérales qui passent toujours plus ou moins en force jusqu'à ce que les oppositions se creusent en silence, parfois jusqu'au point de non-retour. C'est tellement plus simple de décider seul, que de devoir convaincre et négocier ! Les praticiens qui décident de s'associer doivent donc impérativement évaluer leurs compétences managériales en **communication interne, leadership, gestion et assignation des tâches cliniques et administratives, gestion RH et gestion stratégique** (gestion et développement du cabinet).

Ce n'est qu'à partir d'une telle évaluation méthodologique que les praticiens pourront discuter des responsabilités respectives qu'ils décideront d'assumer au sein de cette association, et ce n'est qu'en fonction du niveau de compétences de chaque futur associé que ces responsabilités devront être assignées sans partage. Ce n'est pas en termes de : « moi, c'est OK, je veux bien m'en occuper... » qu'on prend de telles décisions, mais en ces termes : « Je suis bien plus compétent que toi en communication interne, c'est donc moi qui m'occuperai de la gestion et de l'organisation des opérations de communication interne du cabinet, y vois-tu un inconvénient ? ». Si l'association compte plus de deux associés, le vote à mains levées est recommandé afin d'entériner la décision.

Les réunions de direction : le lieu des échanges, le temps des décisions

C'est par défaut de réunions officielles de direction (réunions consultatives) que les écarts se creusent entre praticiens. Rendez-vous compte que certains praticiens ne s'informent même pas des congés exceptionnels qu'ils prennent, de leurs dates respectives de formation, et l'apprennent le jour même de la bouche même de la secrétaire ou de l'une des assistantes dentaires !

Il est donc capital, en dehors des réunions stratégiques d'équipe (réunions de développement), que les praticiens

statuent sur nombre de sujets impliquant la nature et les objets de leur association au moins une fois par mois ; certains reconnaissent avoir besoin de statuer 1 fois par semaine dans certaines périodes d'instabilité matérielle, financière ou organisationnelle : doit-on recruter une nouvelle assistante dentaire, une secrétaire, un prothésiste ? Fermons-nous le cabinet afin de nous permettre de suivre ensemble telle ou telle formation ? Statuons sur nos congés annuels respectifs, statuons sur les solutions à apporter dans le cadre des insuffisances professionnelles de notre dernière assistante ; investissons-nous dans tel équipement ; que faisons-nous de notre contrat de maintenance avec telle société qui ne nous satisfait plus ? La liste est quasiment infinie.

Dans les cas de figure présentés ci-dessus, deux praticiens statuent parfois en comité restreint entre deux patients ou au cours d'une pause café/ déjeuner et laissent au troisième, mis à l'écart ostensiblement, le soin de l'apprendre par les différents canaux de communication du cabinet !

La meilleure manière afin d'assurer la réussite de ces réunions de direction consiste dans la présence souhaitable et systématique de l'assistante de direction en poste qui, non seulement, remettra à chacun des praticiens un compte-rendu dactylographié avec les décisions entérinées et surtout les échéances de réalisation des objectifs, mais encore pourra les « remettre sur les rails » afin de statuer sur tel sujet ayant dévié ou ayant fait l'objet d'un « aparté » comme c'est souvent le cas entre confrères. La secrétaire de direction doit donc pouvoir concourir à l'efficacité de ces réunions, et sa présence facilitera les échanges formels, argumentés et constructifs entre les associés. Il est à ce titre déconseillé de les organiser durant une pause-déjeuner. C'est une réunion de travail qui doit s'inscrire dans les horaires de travail des praticiens, quitte à rémunérer l'assistante de direction, avec son accord, en heures supplémentaires/ RTT si nécessaire si son quota actuel d'heures ne lui permet pas d'assurer la permanence de ces réunions. Si vous n'avez pas d'assistante de direction attitrée, vous pouvez envisager de mandater un intervenant pour vous aider à mettre en place ces réunions consultatives.

En **Gestion RH et en management**, il n'existe aucune solution miracle. Raison pour laquelle il est parfois nécessaire de recourir à une médiation professionnelle, en amont de toute association, et non pas comme on le pense habituellement, en aval : il est parfois trop tard... ◆

AUTEUR

Rodolphe Cochet

Gestion des Ressources Humaines des Cabinets Dentaires
- coaching et accompagnement des équipes dentaires
- médiations managériales et sociales
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. : 01 43 31 12 67 Email : info@rh-dentaire.com
www.rh-dentaire.com

Succession et donation : les nouvelles mesures

La loi sur le Travail, l'Emploi et le Pouvoir d'Achat, dite Loi TEPA, en vigueur depuis le 22 août 2007, supprime les droits de successions entre époux et les réduit très fortement entre parents et enfants. Cependant, dans certains cas, il peut subsister des droits importants. Il y a donc lieu, comme par le passé, de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire ces droits de mutation : assurance-vie, donations, démembrement,...

Les nouvelles mesures ont un impact fiscal, donc sur le coût des transmissions. Mais attention : elles ne modifient en rien les quotités auxquelles ont droit les époux ou les enfants. C'est la raison pour laquelle il est important de faire le point sur ces quotités, d'évaluer le coût des transmissions et de mettre en place des stratégies visant à corriger, quand c'est nécessaire, des déficiences coûteuses ou désagréables. Exemple : le conjoint qui se retrouve dans le besoin. Et nous verrons que c'est notamment une des raisons pour lesquelles on peut affirmer que l'assurance-vie a toujours sa place en matière de transmission de patrimoine.

L'impact des nouvelles mesures sur la transmission du patrimoine

La transmission du patrimoine entre époux

■ Les droits du conjoint survivant

Que se passe-t-il pour le conjoint en cas de décès sans disposition particulière ? En l'absence de disposition particulière, le conjoint survivant a le choix entre la totalité en usufruit et le quart en pleine propriété sur les biens existants. Cette quotité d'un quart est fixe, quel que soit le nombre de descendants. Le conjoint peut se protéger en faisant valoir son droit viager sur le logement familial (sous certaines conditions). La valeur de ce droit s'impute sur les droits successoraux du conjoint.

Augmenter la protection du conjoint. Les époux ont la possibilité de modifier cette allocation notamment en ayant recours à l'assurance-vie, en changeant de régime matrimonial, en rédigeant un testament, en mettant en place une donation au dernier vivant... Cette dernière mesure, peu coûteuse et simple, offre trois options au conjoint survivant. Il pourra ainsi opter pour la pleine propriété de la totalité de la succession en l'absence d'enfant, un demi avec un enfant, un tiers avec deux enfants, un quart avec trois enfants ou plus. Alternativement, il pourra opter pour le quart de la succession en pleine propriété et les trois quarts restants en usufruit ou encore choisir la totalité en usufruit.

■ Les droits de transmission

Avant la réforme de la loi TEPA, il existait un abattement global sur la succession de 50 000 € et les époux étaient assujettis au paiement des droits de transmission au-delà d'un abattement de 76 000 €. C'est ainsi qu'un certain

nombre de couples, pour éviter ces droits, changeaient de régime matrimonial. La loi TEPA supprime l'abattement de 50 000 € et exonère de droits la transmission de patrimoine entre époux.

Exemple. Les époux M. sont mariés sous le régime de la communauté (avec en sus quelques biens propres), avec donation au dernier vivant. Ils ont deux enfants et détiennent un patrimoine estimé à 1 295 000 €. En cas de décès de Monsieur, le conjoint survivant opte pour un quart en pleine propriété et les trois quarts restants en usufruit. Il reçoit 282 665 € en terme de valeur et ne paye aucun droit de succession.

La transmission du patrimoine aux enfants

Avant la loi TEPA, les enfants bénéficiaient d'un abattement de 50 000 € par tête, tous les six ans, en cas de décès de leurs ascendants. Cette loi permet désormais aux enfants de bénéficier d'un abattement de 150 000 € par tête, renouvelable tous les six ans.

Dans le cas de la même famille M. lors du décès de Monsieur, le patrimoine total transmis aux enfants* s'élève à 231 272€. Chaque enfant, héritant de 115 636 € et bénéficiant d'un abattement de 150 000€, sera donc exonéré de droits de succession au premier décès.

Si la loi TEPA est très favorable aux époux, elle améliore également nettement le sort fiscal des enfants. Pourtant dans certains cas, le montant des droits de succession à acquitter par les enfants restera important. Il en est ainsi au décès du premier conjoint comme à celui de second dans le cas d'un patrimoine transmis important. La situation peut même s'aggraver au second décès si le délai de six ans ne s'est pas écoulé (impossibilité de réutiliser l'abattement de 150 000€). Il est donc nécessaire de recourir en amont à des stratégies visant à réduire les droits de succession auxquels les descendants sont susceptibles d'être assujettis.

Reprenons l'exemple de notre famille M. au décès du second époux. De leur vivant, Monsieur et Madame ont souscrit chacun un contrat d'assurance-vie, ils se sont désignés réciproquement bénéficiaires et à défaut leurs enfants. Monsieur décède et Madame perçoit la totalité des capitaux décès de son défunt mari, en exonération de droits. Elle ne remplace pas ces capitaux sur de l'assurance-vie. Madame décède à son tour, avant la fin des six ans. Dans cette hypothèse, les deux enfants se retrouveront à payer des droits de succession



estimés à 42 618 € chacun, soit 85 236 € au total. Mais ces droits auraient pu être réduits grâce à la loi TEPA. Voyons comment.

Les différentes solutions pour réduire les droits de mutation

Don d'argent supplémentaire

Les parents sont âgés de moins de 65 ans et si les enfants sont majeurs, chaque parent peut faire un don d'argent supplémentaire à chacun de ses enfants à hauteur de 30 000 €, sans droit. La loi TEPA permet en effet de donner, sans droit, jusqu'à 30 000 €, une seule fois pour un même donateur et un même donataire. Ce don peut concerner les enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants et à défaut les neveux ou nièces. Ce don exceptionnel vient en plus des abattements auxquels ont droit les enfants.

Les donations en pleine propriété

Avant la Loi TEPA, les donations des parents à leurs enfants n'étaient assujetties aux droits de mutation qu'au-delà de 50 000 € par parent et par enfant (tous les 6 ans).

Désormais, grâce à la loi TEPA, l'abattement est de 150 000 € par parent et par enfant, renouvelable tous les 6 ans. Si une donation inférieure à ce montant est réalisée, une seconde peut intervenir pour tout ou partie du solde (150 000 € moins première donation). Ces deux donations seront exonérées car leur total est inférieur ou égal à l'abattement de 150 000 €. Pour défiscaliser au maximum la transmission de patrimoine parents/enfants, il suffirait d'utiliser à plein le mécanisme des donations tous les six ans mais même lorsqu'il est possible d'agir ainsi, cela n'est pas nécessairement souhaitable. Cette solution présente l'inconvénient d'appauvrir immédiatement et irrévocablement son auteur. Il est préférable de recourir à d'autres solutions comme l'assurance-vie par exemple ou de les panacher.

L'assurance-vie

S'il existe un risque que le conjoint survivant ne dispose pas de suffisamment de revenus, nous vous conseillons de le désigner bénéficiaire des contrats d'assurance-vie d'autant que le prélèvement de 20 % au-delà des 152 500 € est supprimé entre époux.

S'il ressort que le conjoint survivant sera suffisamment pourvu, nous vous conseillons de désigner les enfants bénéficiaires des contrats souscrits et alimentés avant 70 ans. Cela permettra de transmettre à chacun d'eux jusqu'à 152 500 € sans impôts en plus des 150 000 € en cas de succession ou de donation.

Dans le cas du couple M, le coût de la transmission sera nettement moins important si les contrats d'assurance vie au nom de Madame ou de Monsieur ont pour bénéficiaires les enfants. Dans cette hypothèse, les droits ne seraient plus estimés qu'à 24 690 € pour chacun des enfants, soit une différence de 17 928 € par enfant, soit 35 856 € au total. Bien entendu, le couple



© John Keith - Fotolia.com

M. souhaiterait encore améliorer ces résultats. Ils vont bientôt cesser leur activité professionnelle et vont commencer à céder certains biens immobiliers locatifs ne bénéficiant plus de défiscalisation. Ils en profiteront alors pour alimenter leurs contrats d'assurance-vie afin de générer des revenus sans impôts ou presque durant la retraite et afin d'accroître la part défiscalisée de leur transmission.

Conclusion

S'il n'existe pas une solution idéale, nous avons tous désormais à notre disposition un grand nombre de possibilités permettant de transmettre au moindre coût à son conjoint et à ses enfants. Il conviendra de tirer parti au mieux de l'ensemble de ces solutions en fonction des objectifs de chacun et du patrimoine constitué. En revanche, il est impératif d'anticiper et de planifier.

Notre conseil : faites le point, évaluez les revenus prévisionnels du conjoint survivant, vous pourrez ensuite préparer la transmission du patrimoine ; faites au moins une donation au dernier vivant, analysez les clauses bénéficiaires de vos contrats d'assurance-vie et modifiez-les si nécessaire. ◆

**(enfants issus du même couple).*

AUTEUR

Catherine BEL

PATRIMOINE PREMIER

CIF réf. sous n°A043000 par la CIP assoc. Agréée par l'AMF

32 Avenue de Friedland 75008 Paris

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

Email : catherinebel@patrimoinepremier.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

9 janvier 2008 à Metz

Hôtel Holiday Inn Metz technopole

ASSEMBLEE GENERALE

CORAIL - Cercle odontologique de recherche appliquée en implantologie de Lorraine Luxembourg

Dr Stenger - 17 avenue de la Libération

57160 Moulins-les-Metz

Tél : 03 87 60 02 96 / 03 87 74 05 25

Fax : 03 87 36 62 56

Email : contact@coraill.com

Site Internet : www.coraill.com

10 janvier 2008 à Levallois-Perret

24 janvier 2008 à Marseille

7 février 2008 à Nantes

14 février 2008 à Levallois-Perret

LES JEUDIS DE LA PROTHESE

ATELIERS PRATIQUES

GRATUITS EN PROTHESE IMPLANTAIRE

Spécialiste produits BIOMET 3I

Frais d'inscription : Gratuit

BIOMET 3I

7-9 rue Paul Vaillant Couturier

92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Email : marketingfrance@3implant.com

Site Internet : www.3i-online.com/france/

index.cfm

10 et 11 janvier 2008 à Lille

24 et 25 janvier 2008 à Nice

11 et 12 mars 2008 à Montpellier

Centre de formation Villa La Tour

25 et 26 mars 2008 à Arcachon

Novotel Arcachon - Plage Pereire Avenue du Parc

IMPLANTOLOGIE (Cycle 4 x 2 jours)

480 points

Dr **PIERRE** à Lille, Dr **DISS** à Nice, Dr **MANHES** à Montpellier, Dr **PELTIER** à Arcachon

Frais d'inscription : 1 900 € Déjeuner inclus

Génération Implant

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Email : info@generation-implant.com

Site internet : www.generation-implant.com

14 janvier 2008 à Bordeaux

22 janvier 2008 à Montpellier

5 février 2008 à Pontivy

DÉMARRER EN IMPLANTOLOGIE

30 points

Drs **BRINCAT**, **DISS**, **MANHES**, **PELTIER**, **FOUGERAIS**, **FURIC**

Frais d'inscription : Gratuit

Génération Implant

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Email : info@generation-implant.com

Site internet : www.generation-implant.com

17 janvier 2008 à Paris

Marriott Rive Gauche Saint-Jacques Hôtel

17 bd St-Jacques - 75014 Paris

LA CANINE : TOUTES LES FACETTES D'UNE DENT UNIQUE ET PRECIEUSE !

Pascal **PICQ**, Jean-Daniel **ORTHLIEB**, Olivier **LAPLANCHE**, Robert **GARCIA**, Philippe **KHAYAT**

SOP - Société odontologique de Paris

6 rue Jean Hugues - 75116 Paris

Tél : 01 42 09 29 13

Fax : 01 42 09 29 08

Email : secretariat@sop.asso.fr

Site Internet : www.sop.asso.fr

17 et 18 janvier 2008 à Marseille

Cabinet des Drs Mattout

LES CAS COMPLEXES PARODONTO-IMPLANTAIRES ET PROTHETIQUES

Drs **Paul** et **Catherine MATTOU**

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 : www.gepi-mattout.com

17 au 19 janvier 2008 à Paris

ATTESTATION D'ETUDE ET DE RECHERCHE APPROFONDIES EN IMPLANTOLOGIE ORALE - UV3 - L'ABORD DE LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE - 2^e partie

SFBSI - Société française des biomatériaux et systèmes implantables

Sandra Blyau - 79 rue Charles Duflos

92270 Bois-Colombes

Tél : 01 47 85 65 12

Fax : 01 47 85 79 28

Email : ssfbsi@aol.com

Site Internet : www.sfbsi.com

18 et 19 janvier 2008 à Paris

Cycle implantaire en 4 modules

interchangeables+2 modules TP

PROTHESE IMPLANTAIRE : INFRASTRUCTURES, SUPRASTRUCTURES ET ATTACHEMENTS IMPLANTAIRES

Dr **Richard ABULIUS**

IEFD - Institut européen de formation dentaire

Laurence Abulius - 14-16 rue du Mesnil

75116 Paris

Tél : 01 45 05 06 00

Email : abuliusr@aol.com

Site Internet : www.iefd.fr

20 au 25 janvier 2008 à Courchevel

57TH INTERNATIONAL ALPINE DENTAL CONFERENCE

BIOMET 3I

7-9 rue Paul Vaillant Couturier

92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Email : marketingfrance@3implant.com

Site Internet : www.3i-online.com/france/

index.cfm

24 janvier 2008 à Pantin

Mercurie - 22 rue Jean Lolive

ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL - LES OBLIGATIONS, LES RESPONSABILITES, LA TRACABILITE, LA NOMENCLATURE, LA RADIOLOGIE

Drs **A. BERY**, **P. CALFON**, **D. DOAN**, **M. SABEK** et **M. Rodolphe COCHET**

COSS - Cercle odonto-stomatologique de la

Seine-Saint-Denis

Dr Pierre Benassouli - 19 rue André Joineau

93310 Le Pré-Saint-Gervais

Tél : 01 48 45 96 67

Fax : 01 45 44 09 23

Site Internet : www.coss.asso.fr

24 et 25 janvier 2008 à Châlons en

Champagne

INITIATION A L'IMPLANTOLOGIE : CHIRURGIE ET PROTHESE

Dr **Philippe SEBBAG**

BIOMET 3I + APIC

7-9 rue Paul Vaillant Couturier

92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Email : marketingfrance@3implant.com

Site Internet : www.3i-online.com/france/

index.cfm

26 janvier 2008 à Paris

Hôtel Saint-James - 43 avenue Bugeaud

75016 Paris

COMMENT GERER LES TRAITEMENTS PLURIDISCIPLINAIRES ALLIANT

ORTHODONTIE, PARODONTIE

ET IMPLANTOLOGIE

Dr **Étienne LABASSY**

Frais d'inscription : Mb : 60 €,

non mb : 90 € avant le 6/01

UNIODF

Nathalie - 37 rue d'Amsterdam - 75018 Paris

Tél : 06 07 03 88 10

Fax : 01 70 79 05 71

Email : uniodf@uniodf.org

Site Internet : www.uniodf.org

31 janvier au 2 février 2008 à Lyon

Monplaisir

Study club

UNE FORMATION CLINIQUE

DE CHIRURGIE IMPLANTAIRE

Drs **Patrick EXBRAYAT**, **Bruno DELCOMBEL**, **Florent TRIOLLIER**

Study club dentaire et implantaire en

collaboration avec Zimmer Dental

68 avenue des Frères Lumière

69008 Lyon Monplaisir

Tél : 04 72 78 58 64

Fax : 04 72 78 58 66

Site Internet : www.scdi.asso.fr

1^{er} et 2 février 2008 à Nice

Centre de formation Villa La Tour

GREFFES OSSEUSES - 120 points

Dr **DISS**

Frais d'inscription : 790 € - Déjeuner inclus

Génération Implant

134 avenue des Arènes de Cimiez - 06000 Nice

Tél : 0820 620 017

Email : info@generation-implant.com

Site internet : www.generation-implant.com

1^{er} et 2 février 2008 à Paris

ATTESTATION D'ETUDE ET DE RECHERCHE APPROFONDIES EN IMPLANTOLOGIE

ORALE - UV5 - TP SUR PIECES

ANATOMIQUES HUMAINES

AVEC POSES D'IMPLANTS - 1^{er} groupe

SFBSI - Société française des biomatériaux

et systèmes implantables

Sandra Blyau - 79 rue Charles Duflos

92270 Bois-Colombes

Tél : 01 47 85 65 12

Fax : 01 47 85 79 28

Email : ssfbsi@aol.com

Site Internet : www.sfbsi.com

7 février 2008 à Lyon Monplaisir

Study club

FORMATION PRATIQUE DE PROTHESE

IMPLANTAIRE : PROTHESE PARTIELLE

Drs **Patrick EXBRAYAT**, **Bruno DELCOMBEL**, **Florent TRIOLLIER**

Study club dentaire et implantaire

en collaboration avec Zimmer Dental

68 avenue des Frères Lumière

69008 Lyon Monplaisir

Tél : 04 72 78 58 64 - Fax : 04 72 78 58 66

Site Internet : www.scdi.asso.fr

7 février 2008 à Paris

14 février 2008 à Paris

FORMATION A LA PROTHESE

SUR IMPLANT. 3 DEMI-JOURNEES.

90 points d'accreditation.

Dr **J. BESSADE** et **Mr J. GUERRERO**

Frais d'inscription : 550.00 € le cycle complet

Study-Club d'Implantologie Orale

12, rue Duffrénoy - 75116 Paris

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

Email : jb-scio@club.fr

18 et 19 février 2008 à Paris

Cycle implantaire en 4 modules

interchangeables+2 modules TP

PROTHESE IMPLANTAIRE :

LOGIQUE, ROLE ET

MANIPULATION DE L'ACCASTILLAGE

IMPLANTAIRE

Dr **Richard ABULIUS**

IEFD - Institut européen de formation

dentaire

Laurence Abulius

14-16 rue du Mesnil - 75116 Paris

Tél : 01 45 05 06 00

Email : abuliusr@aol.com

Site Internet : www.iefd.fr