



LE FIL DENTAIRE

N°5 MARS 2005

INTERVIEW
de Michel BLIQUE

STEP BY STEP
La gingivectomie

PRATIC ECO
L'investissement
immobilier
défiscalisant

PROFIL
DENTAL-ON-LINE:
Un système innovant
orienté services

MANAGEMENT
Des praticiens
managers en herbe

LES JOURNEES DENTAIRES DE NICE

**Vous réalisez une Spix,
plus une intraligamentaire,
plus une intrapulpaire ...**

STOP !



**En 2005, il existe une solution
rationnelle, élégante et indolore !**

Avec QuickSleeper, donnez-vous les moyens de pratiquer
une anesthésie indolore, immédiate, sans suite
post-opératoire; parfaite et efficace en toute situation
(pulpite mandibulaire, dent isolée, paro, implants...).

**Pensez anesthésie transcorticale,
pensez QuickSleeper !**

Gratuit :

Votre CD-Rom de présentation
sur le site www.dentalthitec.com
ou au **02 41 56 16 16**

(Vidéos d'anesthésie en bouche :
molaires mandibulaires, enfants...)



AU DELA DES FRONTIÈRES



© Images de marques

Depuis sa création, **LE FIL DENTAIRE** s'est toujours attaché à vous livrer des informations pratiques facilement recyclables dans vos cabinets.

Au fil des ses parutions, votre revue a ouvert ses colonnes à de nouveaux rédacteurs pour enrichir son contenu, vous tenir au fait des évolutions de la profession et de l'industrie dentaire et vous proposer un éventail de conseils et de tours de mains pour optimiser votre exercice.

Le présent numéro est une nouvelle étape dans notre évolution, marquée par le développement d'un axe clinique, à vocation didactique, sous la conduite du Docteur André KRIEF et d'un comité scientifique que nous vous présentons à « la Une ».

Dans son avancée, **LE FIL DENTAIRE** prend également la marche pour l'Europe, en ouvrant sa distribution gratuite aux praticiens de Belgique Francophone et du Luxembourg.

Nous profitons de cette espace, pour remercier tous les partenaires qui nous soutiennent et nous encouragent dans ces différentes entreprises.

Patricia LEVI

Page 4 A LA UNE
Une dentisterie moderne et évolutive

Pages 6 à 14 SUR LE FIL
Actualité-Nouveaux produits-Revue de presse

Pages 16 à 18 INTERVIEW
Côté jardin
Rencontre avec Michel BLIQUE

Pages 20 à 22 PRO FIL
DENTAL-ON-LINE : un système innovant orienté services

Pages 24 et 25 LE FIL D'ARIANE
Trucs et astuces

Pages 26 à 28 STEP BY STEP PARO
La Gingivectomie

Pages 30 à 32 AU FIL DES CONFÉRENCES
La SOP : le retraitement endodontique

Pages 34 à 36 MANAGEMENT
Eric et Stéphane Faidherbe: des praticiens managers en herbe

Pages 38 et 39 PRATIC ECO
Investissement Immobilier défiscalisant

Pages 40 à 47 AU FIL DU TEMPS
Agenda

Page 49 LUDOFIL
Jeux

Page 51 FIL A FIL
P'tites annonces



Revue bimestrielle gratuite
TIRAGE FRANCE 38000 exemplaires
TIRAGE BENELUX 6000 exemplaires

2 allée de la salamandre
94000 Créteil
Tél./Fax : 01 49 80 19 05
contact@lefildentaire.com

Directrice de la publication: Patricia LEVI

Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580

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

Coordinateur scientifique: André KRIEF

Directrice commerciale: Patricia LEVI

Directeur artistique: Serge VARTAN Création

Rédaction: Edmond BINHAS, Philippe PIRNAY,
Alain CARNEL, Steve BENERO, Catherine BEL,
Yoni KRIEF, Stéphanie FRISON, Rodolphe COCHET.

Secrétaire de rédaction: Hélène DELATOUR

Collaboration: Richard DUPUTEL - Cabinet EDIC
Images de marques

Imprimerie: FIP
148 boulevard Masséna 75013 Paris

Publicité: Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

à la une

Vers une dentisterie moderne et évolutive



J'ai décidé de rejoindre l'équipe du **FIL DENTAIRE**, car il m'a semblé, en ce début d'année 2005, qu'elle avait choisi le bon cap: une distribution gratuite adressée à l'ensemble des praticiens ainsi qu'aux principaux leaders de l'industrie et de la distribution, tant sur le plan national qu'en Belgique et au Luxembourg.

Cette volonté d'extension européenne, le dynamisme d'une équipe jeune et innovante et le désir de s'ouvrir à toutes les initiatives m'ont séduit. En tant que Coordinateur Scientifique, je m'attacherai à développer un contenu clinique résolument tourné vers l'activité pratique quotidienne des cabinets dentaires.

Comme se plaît à le souligner notre confrère Bernard Touati lors de chacune de ces conférences, la dentisterie moderne ne peut demeurer figée, elle doit prendre en considération et incorporer des concepts propres à cette Nouvelle Dentisterie Evolutive qui m'est si chère.

Merci à ceux et celles (*la gente féminine restant trop peu représentée malheureusement*) qui m'ont fait confiance et qui ont accepté de participer au Comité Scientifique dont je vous livre les premiers noms et dont la liste sera complétée lors du prochain numéro.

André Krief

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Président: Dr Roland Zeitoun (Hygiène, Asepsie)

- Dr Alexandre Boukhors (Chirurgie, Santé Publique)
- Dr Fabrice Baudot (Endodontie, Parodontologie)
- Dr Martha Cortes (Laser) (USA)
- Dr George Feedman (Cosmétique) (Canada)
- Dr David Hoexter (Implantologie, Parodontologie) (USA)
- Dr Alexandre Miara (Blanchiment)
- Dr Eric Sauvêtre (Implantologie, Parodontologie, Laser)
- Dr Raphaël Serfaty (Implantologie, Parodontologie)
- Dr Stephane Simon (Endodontie)
- Dr Nicolas Tordjmann (Orthodontie)
- Dr Christophe Wierzelewski (Chirurgie, Implantologie)
- Dr Christophe Rignon-Bret (Prothèse complète)
- Dr Eric Bonnet (Radiologie numérique, blanchiment)
- Dr Romain Chéron (Dentisterie restauratrice)

Ils pourraient presque
partir avec !

Offre
de lancement
Kit Intro*

10 digues + 1 cadre

26,90 €^{TTC}

Prix de vente recommandé indicatif

KerrHawe OptiDam™ – la digue 3D

La première digue facile à poser – pour des conditions de travail idéales et un confort inégalé pour le patient.



Cadre et digue de formes anatomiques

- Accès facilité et visibilité améliorée.
- Aucune tension excessive en bouche.

Utilisation simple et rapide

Pas de modèle, pas de pince : une paire de ciseaux suffit.
Couper simplement le ou les ergot(s) correspondant à la dent à soigner.

*Kit Antérieur Réf. 5203 : pour arcade supérieure / inférieure complète (12 ergots).

*Kit Postérieur Réf. 5200 : pour restaurations sur héli arcade postérieure haut et bas (7 ergots).

Recevez un CD de démonstration sur simple demande !

KerrHawe France

4, rue de la Première Armée
68240 SIGOLSHEIM
Tél. +33 (0)3 89 78 45 40

Fax +33 (0)3 89 78 21 28
www.KerrHawe.com
E-mail : infofrance@kerrhawe.com



SUR LE

FIL

CHICAGO 2005

En direct du Midwinter de Chicago, LE FIL DENTAIRE vous livre en avant-première et en exclusivité le nom des produits ayant obtenu les 5 étoiles décernées par Reality en 2005



Le Reality Research Lab est l'un des rares laboratoires de par le monde, totalement privé à caractère non commercial, à tester les produits mis en circulation en dentisterie chaque année; les tests produits sont réalisés par des praticiens en exercice qui appliquent en laboratoire les mêmes protocoles et les mêmes moyens de mise en oeuvre qu'au sein de leur propre cabinet. Chaque année il attribue des étoiles aux produits ayant donné les meilleurs résultats. En 2005, sur 682 produits, 64 seulement ont obtenu 5 étoiles: LE FIL DENTAIRE a essentiellement retenu pour vous les produits actuellement commercialisés en France:

LES NOUVEAUTES

Tous les deux ans, l'IDS de Cologne vole la vedette au Midwinter de Chicago dans la mesure où l'ensemble des firmes dentaires réservent la primeur de leurs nouveaux produits à la «grande exposition allemande»; néanmoins, pour des raisons d'obtention d'homologation aux normes CE, certains fabricants «sortent leurs bébés» aux Etats-Unis, espérant trouver des distributeurs européens.

HERAEUS KULZER Flexitime Xtreme

Il s'agit d'une extension du célèbre Flexitime; c'est un VPS à prise rapide (économie de temps et d'argent et confort du patient amélioré), présentant un temps de malaxage de 30 à 90 secondes et un temps de prise intrabuccal de 90 secondes. Il est hydrophile, très «lisible» de par sa couleur, très contrastée et fait preuve d'une excellente résistance au déchirement.

DENTSPLY/ CAULK X-Gates

Ce forêt mis au point par Pierre Machtou et Clifford Ruddle combine de par la conception de sa forme l'action des forêts de Gates numéros 1,2,3 et 4, forêts dont l'action est primordiale lors de la préparation de la cavité d'accès en vue de la suppression de surplombs présents dans la chambre pulpaire et interdisant l'accès aux canaux radiculaires.



ARIBA X-RAY, INC. Nomad

Radiographie intra-buccale portable sans fil, indépendante de toute fluctuation de tension, dont la charge par batterie permet la prise de plus de 100 clichés. Très utile en cas de soins ambulatoires ou lors d'utilisation dans un cabinet dentaire exigu, cet appareil protège le praticien des radiations grâce à l'écran situé à l'arrière; il permet la prise de clichés à l'aide de films argentiques classiques ou de capteurs numériques. Le générateur haute fréquence de rayons X dispense une sortie de rayons constante qui donne des images de haute qualité tout en réduisant la dose d'irradiation du patient de moitié. Son poids est inférieur à 4 kilos et son prix aux U.S.A. est de 6848 \$.

Aquasil Ultra (Dentsply/Caulk)
Astropol (Ivoclar Vivadent)
Biscover (Bisico)
Bluephase (Ivoclar Vivadent)
Clearfil Photo Core (Kuraray)
Clearfil Porcelain Bond Activator (Kuraray)
D.T. Light Post (Bisico)
Dexis (ProVision)
DIAGNOdent (Kavo)
Fuji Plus/Fuji Plus Capsules (GC)
GENTLEforce LUX 6000B (Kavo)
Gluma Desensitizer (Heraeus Kulzer)
Color Coded Clamps (Coltene/Whaledent)
K1 (Kavo)
L.E.D. Radiometer (Kerr)
L.E. Demetron 1 (Kerr)
Microbrush Plus (Microbrush)
Mira LUX 3 635B (Kavo)
Opalescence/Opalescence PF (Ultradent)
Optibond/Optibond FL (Kerr)
Optilux 501 (Kerr)
Optilux Radiometer (Kerr)
Porcelain Etch (Ultradent)
Prisma-Gloss/Prisma-Gloss Extra Fine (Dentsply/Caulk)
PROPHYflex 3 (Kavo)
Ribbon THM/Ribbon Triaxial (Ribbon)
Rotomix (3M Espe)
ShadeVision Version 3.01 (X-Rite)
Sof-Lex Extra Thin (XT)
et Contouring and Polishing Discs (3M ESPE)
SONICflex LUX 2003 L (Kavo)
Super-Torque LUX 3 647B (Kavo)
SurgiTel ErgoVision Telescopes (GSC)
SurgiTel Micro-Mini (GSC)
Tissue Management Kit (Ultradent)
Ultra-Etch 35% (Ultradent)
Ultraseal XT plus (Ultradent)
Zoom (Discus)

A chaque parution, LE FIL DENTAIRE vous livrera des fiches produits relatives à cette liste ainsi qu'à d'autres produits utilisés couramment en cabinet; ces fiches vous permettront de mieux appréhender les matériaux que vous utilisez et de vous guider dans vos choix.

André Krief

Nouveau en France **ZOOM!**[®]

Le numéro **1** mondial du blanchiment au fauteuil



Avec ZOOM! donnez à vos patients un sourire éclatant en une heure de traitement.
Ce nouveau système de blanchiment dentaire est activé par une lampe très puissante : une exclusivité Discus Dental.

Avec ZOOM!

- des résultats extraordinaires en une seule séance (jusqu'à 8 teintes plus claires)¹
- des résultats durables dans le temps (des études prouvent qu'il y a très peu de recolorations après traitement)
- des résultats avec peu de sensibilités pendant et après traitement

Cette technique de blanchiment révolutionnaire est proposée en exclusivité par Discus Dental votre nouveau partenaire en France.

Rendez-vous à l'ADF

234/235 M en mezzanine du niveau 2

Pour plus d'informations, appelez au

01 46 46 11 66

ou envoyez un fax au 01 46 46 10 00
www.discusdental.com

DISCUS DENTAL[®]
F R A N C E

¹Teintier Vitapan (classé par ordre chromatique)

Fil

ivoclar vivadent®

La société Ivoclar Vivadent fait partie intégrante de notre univers professionnel tant par l'étendue de la gamme de produits mise à notre disposition que par la réputation de qualité qu'on y associe. LE FIL DENTAIRE a voulu en savoir plus en interrogeant son président, Monsieur Ulrich Schmidt.

LE FIL DENTAIRE : *Qui êtes-vous M. Schmidt ?*

Ulrich Schmidt : Depuis plus de 20 ans, je suis le Président de la filiale française du Groupe Ivoclar Vivadent qui est installée à Saint-Jorioz (Haute-Savoie) et j'appartiens au groupe depuis 35 ans.

L.F.D. : *Comment se définit la société Ivoclar Vivadent en chiffres ?*

U.S. : Ivoclar Vivadent est une société à vocation internationale qui emploie environ 2200 personnes de par le monde, dont 750 à la maison mère qui se situe en Principauté du Liechtenstein avec une unité de recherche et le pôle de fabrication des produits. Le groupe a réalisé, au total, l'année dernière, un chiffre de 510 millions de francs suisses, chiffre qui nous place parmi les leaders de l'industrie dentaire; en France, nous employons 75 personnes et nous réalisons un chiffre d'affaires de 21 millions d'euros.

L.F.D. : *Quelles sont les nouveautés prévues chez Ivoclar Vivadent en 2005, en particulier lors de l'IDS ?*

U.S. : L'avenir a déjà commencé avec en particulier l'introduction sur le marché du Tetric Evo Ceram, successeur « optimisé » du Tetric Ceram, longtemps considéré, dans sa catégorie comme matériau étalon; nous avons ensuite, dans les projets qui seront finalisés à Cologne, une nouvelle lampe à polymériser, un nouvel adhésif, une nouvelle colle composite plus facile à manipuler que le Multilink ; dans le domaine prothétique, nous avons une extension de la gamme tout céramique Empress, gamme présente sur le marché depuis de nombreuses années et qui connaît un grand succès (succès quelque peu minoré en France en raison d'une nomenclature restrictive); nouveau type de matériau encore plus esthétique et résistant sur une base de zirconium qui va asseoir, à n'en point douter, un peu plus la notoriété de l'Empress sur le marché.

L.F.D. : *Vos stages de formation constituent-ils une alternative aux formations dispensées par des sociétés scientifiques dans le cadre de la formation continue ?*

U.S. : Non, pas du tout, les stages, très appréciés, que nous organisons ont toujours un lien direct avec les produits que nous commercialisons: il s'agit plutôt d'informations destinées aux utilisateurs directs des produits, qui, en mettant la main à la pâte, se familiarisent avec leur mode d'utilisation, échappant ainsi à la lecture souvent complexe des « modes d'emploi ». Les

taux de succès de ces stages sont plus élevés en province qu'en région parisienne, ce qui explique leur localisation sur le territoire national.

L.F.D. : *Justement, à propos des modes d'emploi, ne pensez-vous pas qu'il serait temps de les simplifier, car leur complexité les rend illisibles, donc pratiquement jamais consultés ?*

U.S. : Vous avez raison, nous avons commencé à prendre ce chemin, en incluant au sein de chaque conditionnement des fiches produits rédigées sous forme de véritables bandes dessinées; néanmoins, nous nous efforcerons de continuer à améliorer notre communication en simplifiant à l'extrême les indications relatives à la mise en œuvre de chaque produit afin d'alléger la charge de travail des praticiens et surtout de leur éviter des erreurs de manipulation.

L.F.D. : *Pensez-vous que vos innovations correspondent véritablement aux attentes des praticiens et ne trouvez-vous pas que l'industrie inonde, à un rythme accéléré, le marché d'une multitude de produits souvent difficiles à suivre ?*

U.S. : Nous travaillons en synergie avec les praticiens et nos innovations correspondent totalement à leurs besoins et à leurs demandes; d'autre part, il est vrai que nous sommes obligés, de par la concurrence, d'innover en permanence, afin de ne pas laisser le champ libre à nos concurrents.

L.F.D. : *Qu'est-ce qui vous distingue de la concurrence ?*

U.S. : Un bon niveau de recherche, un bon niveau de réalisation, une assez grande proximité de terrain par rapport à l'utilisateur et la recherche en vue de trouver et de fournir des solutions complètes regroupant un certain nombre de produits conçus pour fonctionner ensemble suivant chaque situation clinique.

L.F.D. : *Avez-vous pensé justement à simplifier votre gamme de produits afin que l'utilisateur soit moins perdu à travers le dédale de la gamme Ivoclar Vivadent ?*

U.S. : Ce point là demeure une de nos préoccupations principales.

L.F.D. : *Quel est, à votre avis, l'avenir du tout céramique ?*

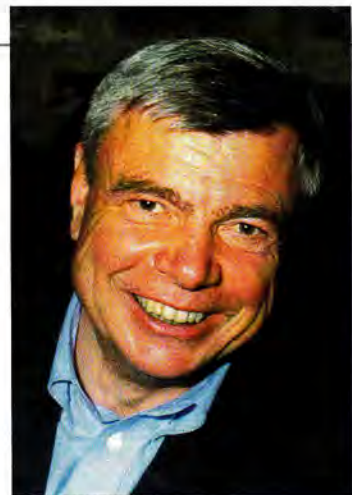
U.S. : Le tout céramique représente l'avenir tant sur le plan esthétique que biologique.

L.F.D. : *Pensez-vous continuer à privilégier les composites en seringues par rapport au conditionnement unidose ?*

U.S. : Tous nos matériaux de restauration existent en cavifills (doses unitaires) et en seringues (pour des raisons économiques); Ivoclar Vivadent a été le 1er en 1966 à créer la distribution des matériaux en capsules prédosées (Silicap, Amalcap).

L.F.D. : *Si vous deviez me résumer en une phrase l'entreprise Ivoclar Vivadent ?*

U.S. : Une entreprise qui fournit des matériaux innovants, esthétiques et collants au plus près à la réalité clinique quotidienne.





Tetric[®] EvoCeram

Céramique modelable nano-optimisée

bien plus...

bien plus **QU'UN COMPOSITE**

technologie de charges céramiques nano-optimisées

bien plus **QUE NOUVEAU**

né de la compétence et de l'expérience

Ivoclar Vivadent SAS
BP 118
74410 Saint-Jorioz Cedex
France
Tél : 04 50 88 64 00
Fax : 04 50 68 91 52
www.ivoclarvivadent.fr

ivoclar
vivadent[®]
clinical

BISICO Bis Block



BIS-BLOCK est un nouveau produit de désensibilisation dentinaire à base d'oxalate, accompagné d'un nouveau concept de désensibilisation. Ce concept est basé sur l'emploi préalable d'un agent de mordantage qui permet aux cristaux d'oxalate d'atteindre profondément la dentine.

La mise en place d'un adhésif monocomposant permet non seulement d'entreprendre les procédures adhésives lors des restaurations mais également de figer les cristaux en profondeur au sein de la dentine exposée, avec ou sans restauration (collets sensibles). La barrière d'oxalate renforcée est et redoutablement efficace et durablement résistante.

À l'inverse des autres produits à base d'oxalate qui n'agissent qu'en surface, **BIS-BLOCK** procure une couche de protection profonde et durablement résistante aux diverses agressions physiques, tout particulièrement à l'action de la brosse à dent.

BIS-BLOCK ne contient aucun agent fixateur et/ou toxique pour les tissus dentaires et parodontaux.

Très faiblement visqueux et de couleur légèrement orangée, son application est aisée et précise.

Economique et efficace, **BIS-BLOCK** est le produit de choix pour le traitement des hypersensibilités cervicales et la prévention des sensibilités post-opératoires.

Mon rendez-vous avec le Docteur... Isabelle Thiebot

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Dr P. : *Pouvez vous nous donner deux pistes pour les praticiens qui désireraient aider l'A.O.I. « Aide Odontologique Internationale » ?*

Dr I. T. : La première piste (la plus facile) est la participation financière d'une manière ou d'une autre : adhésion, don, utilisation des carnets de rendez-vous, ou même notre dernière opération de collecte des prothèses en métaux précieux.

Puis ce soutien peut aller plus loin : faire connaître l'A.O.I. et sensibiliser les confrères, ce qui est très important pour l'association. Pour certains, cela ira jusqu'à apporter une expertise pointue dans un domaine particulier, correspondant à des besoins pour les projets ou pour la vie associative.

Dr P. : *Quel conseil numéro 1 pouvez-vous apporter à ceux qui voudraient s'engager dans une intervention humanitaire ?*

Dr I. T. : Premier conseil : maîtriser sa spontanéité, regarder et comprendre avant d'agir. C'est une des conditions majeures pour qu'une action soit utile à une population avec un effet à long terme et qu'elle ne serve pas d'abord à satisfaire la générosité du praticien qui ignore les besoins, le contexte socio-culturel qui sont très différents des nôtres. Cela signifie avoir de solides connaissances des priorités en santé publique et sur les pays en développement, c'est-à-dire faire une démarche d'information ou même de formation. Ce n'est pas le plus facile, cela nécessite de la persévérance pour ne pas se décourager mais avec une certaine expérience, l'on se rend compte que c'est la seule voie efficace.

Dr P. : *Pour les praticiens qui pensent qu'il est difficile de soigner des patients bénéficiaires de la CMU; parce qu'ils manquent souvent aux rendez-vous, ont une exigence exacerbée, et dans l'ensemble déconsidèrent le cabinet dentaire. Quel message et conseils pouvez vous apporter pour réconcilier sur ces points leur prise en charge ?*

Dr I. T. : Que cette image du patient CMU même si elle est réelle parfois, ne s'applique pas à tous. Il faut faire un effort de compréhension en tentant de se mettre dans la situation du patient : l'attitude agressive est souvent l'appel au secours de quelqu'un qui est malmené par les circonstances de la vie...

Il faut être très clair sur les possibilités de soins et les contraintes que cela entraîne. Il est possible de rentrer dans une démarche de type « contrat ». Après avoir bien expliqué le plan de traitement, on peut demander au patient s'il se sent capable de respecter les conditions nécessaires et s'il peut s'engager en lui précisant bien, par exemple, qu'au bout de 2 rendez-vous manqués sans prévenir, c'est une rupture du contrat. Par une attitude ferme, le praticien montre qu'il s'intéresse à son

- Docteur en chirurgie Dentaire
- Responsable de la mission France de l'Aide Odontologique Internationale



patient. Bien sur, pour les patients les plus désocialisés, le problème est plus complexe. En tout cas, ne jamais faire de compromis sur la qualité.

Au-delà de cette relation individuelle, on peut se rapprocher de réseaux de prises en charge des personnes en situation de précarité qui apporteront une meilleure connaissance des problématiques et une sortie de l'isolement du praticien dans son cabinet.

Dr P. : *Quel est votre plus agréable souvenir dans votre exercice au fauteuil ?*

Dr I. T. : C'est la relation de confiance établie progressivement avec le patient craintif et méfiant, avec l'enfant opposant... qui peut conduire à établir de vrais liens durables. Dans notre métier, il est très gratifiant de voir un patient à qui l'on a apporté un confort fonctionnel et esthétique et qui le manifeste par un sourire reconnaissant... Et lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de précarité, la satisfaction du praticien est encore plus importante car l'on a participé à la réhabilitation psycho-sociale du patient. Il peut sourire comme tout le monde. Ce n'est pas rien de ne plus pouvoir le faire !

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

Dr I. T. : Un moment que j'aurais aimé que des confrères puissent partager ? Par exemple, je me souviens d'une visite à l'école d'Orodara au Burkina-Faso dans laquelle l'AOI a mis en place un programme d'éducation pour la santé. Une classe de 60 enfants tellement heureux de montrer qu'ils avaient compris les messages. Et puis, il y avait aussi l'enthousiasme de l'enseignant à « éduquer » et à utiliser des méthodes pédagogiques participatives nouvelles et le matériel qui lui avait été fourni dans le cadre du programme. La fierté était dans les yeux brillants des enfants et de leur professeur. Et pourtant les conditions matérielles de cette école étaient très dures. Je pensais aux moyens finalement relativement importants que la préparation et la mise en oeuvre de cette action avait demandé pour qu'elle soit efficace. Le résultat : une goutte d'eau sans doute par rapport aux besoins. Mais si chaque professionnel apporte une goutte d'eau régulièrement, cela fait déjà un petit ruisseau. Pour ces enfants, cela n'était pas négligeable.

Pour en savoir plus :

AIDE ODONTOLOGIQUE
INTERNATIONALE
16, Avenue Villiers - 75017 Paris
Tel : 01.46.22.04.44
Fax : 01.46.22.63.68



PLANMECA compactⁱ



Nouvel unit PLANMECA

Alliant le style, ergonomie et haute technologie le nouveau Planmeca Compactⁱ à distribution latérale est un des fleurons de la gamme PLANMECA. Doté d'un double bras compensé fixé sur la base du fauteuil, la console porte-instruments est facilement accessible tout en dégageant complètement la zone de soins.

Ce nouvel unit est l'expression du bien être et du savoir-faire de PLANMECA.



ELSODENT Autocore Mix

Avantages

Cartouche de 50ml, soit plus de 90g de composite de reconstitution pour le prix d'une cartouche de 25ml (50g).

Prise rapide: 50s en bouche!

- Autopolymérisable: pratiquement aucune rétraction lors de la polymérisation (à la différence des composite dual ou photopolymérisable).

- Thixotrope: ne coule pas une fois en place. Il n'est pas nécessaire d'utiliser une matrice, même sur une dent délabrée avec seulement deux parois restantes.
- Radio-opaque
- Excellent rapport qualité/prix

PRIX

1 cartouche de 50ml + 20 embouts mélangeurs
+ 20 embouts intra-oraux : 165€ H.T.

2 teintes disponibles : blanc, pour une différenciation facile ou dentine

Réf. : AUTO-M/B (blanc)

AUTO-M/D (dentine)

L'effet des utilisations multiples de fraises diamantées jetables sur étanchéité des restaurations en composite

La réutilisation des fraises jetables peut affecter le comportement de l'étanchéité. Avec les préparations nouvelles, l'utilisation d'une fraise jetable pour couper plus de 3 préparations augmente la perte d'étanchéité. Pour les dents comportant une restauration, qui étaient retaillées et restaurées à nouveau, une plus grande perte d'étanchéité est apparue comparativement à celle mesurée avec les nouvelles préparations, bien que l'usage répété d'une fraise soit censée réduire la perte d'étanchéité.

Conséquences cliniques : les fraises jetables ne peuvent tailler plus de 3 dents sans affecter le comportement de l'étanchéité. Le retrait d'une restauration et la « retaille » d'une dent entraîne une perte d'étanchéité plus grande qu'avec une dent « fraîchement » taillée.

VOCO Rebilda DC

Le matériau à prise duale pour la reconstitution de moignons offrant sécurité et esthétique

La recherche scientifique créative: avec Rebilda DC VOCO a une nouvelle fois développé un matériau de très grande qualité pour la reconstitution de moignons.

Plus de souplesse: avec les produits Rebilda, Rebilda D, le matériau en cartouches Rebilda SC et son homologue photopolymérisable Rebilda, VOCO propose dans la gamme de la reconstitution de moignons une vaste palette de produits. Le matériau à prise duale Rebilda DC est la version encore plus polyvalente de Rebilda SC, version prise auto. Par cette option supplémentaire d'une photopolymérisation, le chirurgien-dentiste a la possibilité de travailler avec plus de souplesse. Rebilda DC est disponible dans les teintes suivantes: bleu, dentine et blanc.

L'application directe et un mélange parfait: les trois teintes sont proposées soit en cartouches de 50 g, soit en seringues QuickMix de 10 g. Les deux versions contiennent aussi des canules de mélange et des embouts applicateurs, permettant un mélange homogène et une application directe.

Propriétés: les très bonnes propriétés telles la faible contraction, la dureté analogue à la dentine et propice au meulage et la très forte résistance à la pression propres à la série Rebilda bien connue ont été reprises. De plus, l'utilisation de l'adhésif Solobond Plus permet d'obtenir une très bonne adhésion sur la dentine.



On a essayé • • • Le Tetric Evo Ceram

Matériau qui ne colle pas aux instruments, et qui est très agréable à manipuler, tant en raison de sa consistance que de son aptitude à épouser les parois des cavités aussi bien en antérieur qu'en postérieur. J'ai été frappé par le « poli » initial de la surface des restaurations, poli qui bien souvent ne nécessite aucun polissage additionnel.

Un dernier point qui m'a particulièrement frappé est le mimétisme du matériau (dû aux nano-pigments incorporés) qui « embrasse » de façon on ne peut plus intime la teinte des tissus dentaires environnants, permettant bien souvent de parvenir au résultat esthétique optimal en utilisant uniquement une seule teinte de matériau.

« LA PROTHÈSE PARTIELLE AMOVIBLE »

Conception et tracés des châssis

Marcel BEGIN

Le traitement de l'édentement partiel fait souvent appel à la prothèse amovible.

Son efficacité n'est plus à démontrer bien que nombre de praticiens ou de prothésistes dentaires n'ont pas toujours connaissance de tous les principes permettant la réalisation des châssis fonctionnels et confortables.

Vous trouverez dans ce livre la description et les tracés de très nombreux exemples pour envisager la gestion de toutes les situations cliniques.

Réussir La prothèse partielle amovible

136 pages, 275 illustrations en couleurs
format 21 x 28 cm. Couverture à rabats, prix 89€
ISBN : 2-912550-34-3





Rendez-nous
visite à

IDS
2005

12.04.-16.04.2005
- Cologne -
Stand R8/S9
Hall 14.2

La sécurité – en cartouche

Rebilda DC

Composite fluide pour la reconstitution de moignons à durcissement dual, avec système adhésif

- Peut être taillé comme la dentine
- La rapidité par la photopolymérisation
- La sécurité par le durcissement chimique
- Disponible dans la seringue QuickMix de 10 g et dans la cartouche de 50 g
- Disponible en trois teintes: dentine, bleu et blanc

durcissement dual



VOCO Centre de Service:

René Tellouck · Tél./Fax 01.34.12.37.86 · Portable 06.08.81.40.54
Philippe Sellame · Tél./Fax 04.91.71.88.56 · Portable 06.86.45.10.92

B.P. 767 · 27457 Cuxhaven · Allemagne · Tél. +49 (4721) 719-0 · Fax +49 (4721) 719-140 · www.voco.com

VOCO

La recherche scientifique créative

KAVO EVEREST

Oxyde de zirconium existe maintenant en couleur !

Faire des compromis entre esthétique et résistance à la flexion ? Ce temps est révolu !

Pour une esthétique optimale

Avec le VITA Coloring Liquid, les armatures ZS Everest peuvent être totalement ou partiellement colorées au pinceau.

Solidité constante

Une étude faite par KaVo avec l'Université de Karlsruhe a démontré que les Everest ZS-Blanks colorés avec VITA Coloring Liquid présentent une résistance à la flexion Weibull de 1135,1 MPa.

Par ailleurs, une étude indépendante de l'Université de Munich a démontré que la céramique en zirconium Everest, colorée ou non, n'enregistre aucune diminution de la résistance à la flexion. Après des années, la résistance à la flexion Weibull affiche toujours 1155 MPa.

Everest ZS-Blanks :

- Oxyde de zirconium préfritté, stabilisé à l'yttrium
- hautement esthétiques
- stables (1155 Mpa)
- utilisation conventionnelle
- pour couronnes sur dents frontales et latérales
- pour bridges sur dents frontales et latérales



ULTRADENT Root Replica

Nouveau concept de remplacement des racines naturelles par un matériau de comblement à base de phosphate tricalcique. Le concept Root Replica est basé sur le remplacement de la racine extraite par une réplique réalisée à partir des granules spécifiques de phosphate tricalcique. La racine ainsi reproduite en quelques minutes, selon un protocole simple et parfaitement codifié, est insérée dans l'alvéole immédiatement après l'avulsion. Ce comblement anatomique permet la régénération osseuse et la préservation de la crête alvéolaire de l'atrophie.

Le concept Root Replica écarte la nécessité d'avoir recours à une membrane et se substitue avantageusement aux comblements alvéolaires conventionnels à l'aide de granules, souvent lourds à mettre en œuvre et aux résultats parfois aléatoires du fait d'un manque total de contrôle. Les granules du système Root Replica sont totalement résorbables et sont remplacés par l'os néoformé.

Le site est ainsi préparé de manière optimale en vue de la mise en place d'un implant ou d'une prothèse conventionnelle dans des conditions excellentes grâce à la préservation des volumes osseux.



Le lichen plan buccal (LPL) et la bouche sèche

Une étude menée par Colquhoun et coll. portant sur 246 sujets a comparé le taux de sécheresse buccale de certains sujets présentant un LPL avec celui de patients sains. Le taux principal du groupe « LPL » a été de 20,4% tandis que celui du groupe témoin a été de 14,7%.

L'étude a conclu qu'il est apparu une association entre le LPL et la sécheresse buccale (Source : Chirurgie Buccale, Médecine Buccale, Pathologie Buccale, Radiologie Buccale et Endodontologie, Vol 98, No. 1, Juillet 2004).

ELSODENT HEALBOND DUO

Avantages

- Forte adhésion (environ 17 Mpa après 10 mn).
- Libère du fluor et action anti-microbienne (chlorure de benzalconium pour éliminer les risques de sensibilité post-opératoire).
- Prix très compétitif.

L'adhésif à utiliser sous AUTOCORE MIX et tous les composites de reconstitution «dual».

Note importante

- **NE PAS POLYMERISER HEALBOND DUO AVANT LA MISE EN PLACE D'AUTOCORE MIX** ou d'un composite de reconstitution «dual».
- **POLYMERISER HEALBOND DUO** avant la mise en place d'un composite photopolymérisable.

HEALBOND DUO peut donc être utilisé universellement au cabinet, quelque soit le type de composite.



Optimisez l'utilisation de vos adhésifs !

- Tous les flacons destinés à l'adhésion doivent être secoués avant utilisation afin de ré-uniformiser leur composition (etch and prime, primer, prime and bond, bond).
- Les adhésifs doivent en général être placés au réfrigérateur en fin de journée.

Les adhésifs auto-mordants

- On les applique sur émail et dentine secs; cependant, sur un émail non préparé, il est conseillé d'appliquer l'acide phosphorique, de rincer ensuite et d'appliquer l'automordant.
- On ne rince pas après application (le risque de contamination bactérienne et le saignement consécutif au rinçage au niveau marginal sont ainsi évités).
- La déminéralisation et l'infiltration sont simultanées.
- Les bouchons de boue dentinaire ne sont pas éliminés mais imprégnés (on obtient ainsi peu ou pas de sensibilité post-opératoire).
- Les solvants des adhésifs aiment l'eau (ils sont hydrophiles et transportent les monomères).
- Le collage à l'émail humide peut être efficace si l'adhésif contient des monomères hydrophiles ou des solvant ou encore mieux, les deux.

Il existe une incompatibilité entre les adhésifs acides et les composites chémo-polymérisables, entraînant des problèmes conséquents dans certaines situations cliniques, comme les reconstitutions coronaradiculaires et le collage des facettes:

Pourquoi ? Parce que l'acide de certains adhésifs photopolymérisables inhibe la prise des composites chémo-polymérisables. Solution: choisir des adhésifs à PH neutre ou dual ou chémo-activables.

- Le produit de dégradation des adhésifs automordants est l'acide métacrylique qui sent mauvais et se colore en jaune.
- Les adhésifs en unidose sont constants en composition; bien que présentant un coup de revient plus élevé, il doivent être préférés à ceux dispensés en flacons.

PRIX

14 Kit de 2 flacons de 5ml : base + catalyseur : 99€ H.T.

Réf. : BOND/DUO

Vous n'entendrez
plus parler de

sensibilité !

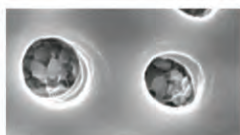
BisBlock



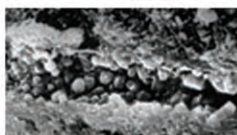
Froid



Chaud



Tubuli dentinaires
(en vue axiale)



Tubuli dentinaires
(vue en coupe)

Le microscope électronique montre la formation de cristaux d'oxalate de calcium à l'intérieur des tubuli dentinaires. Contrairement aux autres produits désensibilisants, le système breveté BisBlock laisse une surface dentinaire exempte de tout produit pour une **efficacité optimale de vos procédures de collage**.

BP 60 - L'Opéra
13680 Lançon de Provence
Tél : 04 90 42 92 92
Fax : 04 90 42 92 61
<http://www.bisico.fr>

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

BIS
U.S.A.
CO
Specialists in
Adhesive and Composite Technology

RENCONTRE avec MICHEL BLIQUE



La « Méthode Blique » c'est quoi ?

Si vous leur faites brosser les dents avec un produit de prescription adapté, vous allez protéger 80% de vos patients d'une maladie dentaire ou parodontale.

Pour les 20% restant, il faudra un programme particulier, parce que les facteurs de risques sur leur santé dentaire sont plus importants. Tous les patients ne se traitent pas de la même façon et n'ont pas les mêmes risques.

Il faut en premier lieu savoir identifier le patient à risques et l'évaluer.

Il va falloir adapter notre thérapeutique et évaluer ce que le patient est capable de faire, puis stabiliser la maladie carieuse dans sa bouche, supprimer les facteurs de risques et après maintenir cette santé nouvellement acquise. La dentisterie de Black conventionnelle ne colle plus avec cette nouvelle approche préventive. Il vaut mieux utiliser des techniques moins agressives, pour limiter les « défauts » de notre dentisterie. Axelson le souligne: « la dentisterie parfaite n'existe pas, personne dans cette salle n'est capable de faire de la dentisterie parfaite ». Essayons de nous adapter et de faire une dentisterie plus en rapport avec nos objectifs biologiques: protéger le patient et l'aider à stopper sa maladie carieuse. Sur un patient à risque carieux élevé, il est inutile de se lancer d'emblée dans des techniques de collage trop sophistiquées, car ces techniques dans un contexte cariologique agressif sont vouées à l'échec. Il vaut mieux passer par une étape intermédiaire de reminéralisation et faire des collages 12 ou 24 mois plus tard.

Je n'ai rien inventé dans la prévention, j'ai juste fait mon marché dans les protocoles existants. J'en ai rassemblé un certain nombre qui sont applicables dans le système de soin Français. Je recommande simplement aux praticiens de se faire honorer convenablement par rapport au temps passé et à leur plateau technique. Si on continue à les rémunérer à des tarifs dérisoires, aucun praticien n'en fera. Les praticiens qui font de la pédodontie au tarif sécu peinent à faire face à leurs engagements financiers. Il ne faut pas croire que faire de la prophylaxie soit plus simple que faire des implants ou de la paro, il y a un diagnostic, un suivi à faire etc. C'est vrai qu'une fois que le patient est stabilisé, il y a beaucoup de traitements répétitifs qu'on pourrait déléguer.

En France, je pense qu'inéluctablement on arrivera à des exercices délégués. Quand un certain nombre de praticiens seront capables d'avoir un

plateau technique adéquat, ils développeront une patientèle traitée par la prophylaxie. Comme les praticiens qui font de la paro ou de l'ortho, ils vont devoir gérer des cohortes de 500 à 600 nouveaux patients par an. A un moment, il y aura concurrence entre des traitements répétitifs itératifs et la nécessité de recevoir de nouveaux patients. Il y aura un problème d'équilibre. Pour les besoins de maintenance, ces praticiens devront former un collaborateur pour alléger leur travail. Ce sera peut-être un chirurgien dentiste qui se limitera à prendre en charge la gestion du risque carieux et parodontal dans une approche de maintenance. Il limitera sa pratique mais gagnera un exercice extrêmement programmé, plus facile à organiser. Cela peut intéresser un praticien qui veut travailler à mi-temps. De plus, la prophylaxie est rentable parce qu'il y a peu de frais par rapport à l'implanto ou à la prothèse.

Dans vos conférences, vous répondez à deux fantasmes du chirurgien dentiste:

1/ Se faire honorer en HN les soins restaurateurs

2/ Pouvoir déléguer une partie des protocoles ?

N'avez-vous pas l'impression de surfer sur les frustrations de la profession ?

Vous vous placez sous l'angle financier. En carologie si le patient refuse, on a une obligation de soins. On propose au patient: « Vous avez un problème de maladie carieuse, des facteurs de risque très élevés. Il faudrait modifier cela pour pouvoir vous soigner dans de bonnes conditions. On peut vous faire un traitement de prophylaxie, cela va vous coûter de l'argent... ».

En général, ils demandent un devis, puis s'ils refusent, ils disent: « en ce moment, je ne peux pas, soignez mes caries, on verra après ». Et vous n'avez pas d'échappatoire, les patients peuvent toujours vous ramener à une dentisterie de Black.

Si vous parvenez à faire entrer un patient dans un protocole de prophylaxie, vous allez pouvoir lui demander des honoraires pour faire tout ce qui est préparation initiale et vous allez sortir du schéma: « je refais les soins parce qu'il y a des défauts ou cela a été mal fait par mon prédécesseur ». Cela a souvent mal vieilli, les techniques de réalisation manquaient peut être de rigueur. Peut-être surtout que le contexte extrêmement agressif dans lequel sont les dents fait qu'un beau composite posé 18

L'aventure "BLIQUE" c'est une « success-story » à la française. Il n'est pas professeur à l'université, il n'a pas écrit de livres mais depuis quelques années, il a donné cours à des milliers de confrères qui ont fermé leurs cabinets pour assister à ses conférences. Alors que les thérapeutiques en vogue sont la parodontologie et l'implantologie, Michel Blique est un des rares confrères à communiquer sur la dentisterie restauratrice avec succès. Analyse d'un phénomène...

**Axelson le souligne :
« la dentisterie parfaite n'existe pas »**



mois auparavant laisse apparaître des joints marqués.

Vous allez demander beaucoup plus d'efforts à votre patient pour assurer une meilleure maintenance et il vous paye pour mettre cela en place dans sa bouche: les démonstrations de brossage, ses soins à domicile, l'ajustage des prescriptions pour que tout se maintienne du mieux possible. Il va y avoir des soins conventionnels qu'il va vous payer à part au tarif sécu mais ces soins seront exécutés en même temps que les nettoyages prophylactiques, les étanchéifications, la pose de sealants chez les adultes qui sont cotés HN.

Le patient va donc s'habituer à payer un volume d'honoraires correspondant à un temps de travail incluant une partie qui n'est pas prise en charge par la SS. Ainsi, il se déconnecte de l'idée « Je vais chez le dentiste, j'ai une feuille, c'est gratuit et je ne paye que lorsque je fais de la prothèse »

Quand le patient va passer en maintenance, il va être quasiment tout le temps hors sécu et va s'habituer à payer 150 ou 300€ de l'heure selon la difficulté de ce qui est exécuté.

Hors de la prophylaxie, vous accumulez des actes qui ne sont rentables que par le volume.

Il vaut peut être mieux réétanchéifier un ancien amalgame, lui redonner une forme, le polir, apprendre au patient à passer des brossettes et du fil dentaire pour garder cette obturation.

Je préfère faire de la préparation initiale intelligente, que de les refaire systématiquement les anciennes obturations.

Il vaut mieux sortir de notre nomenclature obsolète en toute légalité et rendre service au patient. La première des choses c'est d'être convaincu que cela aide le patient.

Le problème est le passage à l'acte.

Les gens sont demandeurs de santé, et sont parfois prêts à payer des sommes folles non remboursées chez un « guérisseur » donc pourquoi ne seraient-ils pas prêts à payer pour garder des dents saines?

Avez-vous un bon feed back des praticiens qui ont suivi vos conférences. Parviennent-ils à mettre en place les protocoles en obtenant de bons résultats ?

Lorsque j'ai commencé, ma crainte était que cela ne marche pas face aux promesses de santé faites aux patients.

Il faut rassurer les confrères: si on applique les protocoles, si le patient suit régulièrement ses séances de traitements et fait ses soins, il n'y a aucune raison d'échouer. Personnellement, je n'ai jamais vu un patient en urgence après qu'il ait été engagé dans un protocole de prophylaxie.

En étant très conservateur avec les dents, en faisant des obturations plus étanches, en choisissant les bons matériaux, en protégeant de la carie en augmentant la motivation des patients, le traitement à domicile et le traitement de surface au cabinet, on est ne peut connaître que le succès.

En cariologie (par rapport à la paro par exemple),

on a l'avantage d'observer une réaction plus lente qui fait qu'en cas de dégradation on a le temps de réagir très vite. Inversement, on a une cicatrisation plus lente. Quand on démarre un traitement de prophylaxie sur des patients très atteints il va falloir plusieurs mois voire une année pour avoir des résultats et c'est une des raisons pour laquelle les praticiens ont du mal à le mettre en place, au début le patient ne sent pas vraiment la différence.

Quel est le coût d'un traitement prophylactique pour un patient ?

En ce qui concerne les honoraires, il y a une disparité. Certains praticiens compte tenu de leur quartier d'installation parviennent à pratiquer des tarifs élevés (300 € / H) parce qu'ils ont une patientèle haut de gamme qui est prête à se protéger de la carie. En province, c'est de l'ordre de 120 à 150 € de l'heure.

Quand un patient arrive avec beaucoup d'obturations défectueuses, des lésions initiales, de la dentisterie à faire, vous pouvez passer entre 6 et 9 heures pour un traitement d'attaque. Donc, ce sont des traitements qui valent 1000 à 1500 € environ plus 150 à 300 € une à deux fois par an pour la maintenance.

Personnellement, je conseille aux praticiens même dans la période d'apprentissage et de mise en route de la prophylaxie dans leur cabinet de demander les honoraires qu'ils souhaiteront recevoir quand ils maîtriseront parfaitement cette technique. Car le niveau d'honoraires reste ancré dans la tête de vos patients. Pas de traitement au rabais pour commencer, mais consacrer tout le temps nécessaire pour prendre confiance et faire cela avec rigueur.

C'est facile d'expliquer la prophylaxie à un nouveau patient, mais j'imagine que cela doit déstabiliser un ancien patient chez qui vous aviez l'habitude de pratiquer de la dentisterie conventionnelle

Il faut expliquer au patient qu'il se passe quelque chose d'anormal dans sa bouche. Aujourd'hui, avec notre approche de la maladie carieuse, on peut arrêter ce processus. Si on continue à faire ce qu'on faisait jusqu'alors, on détruit un peu plus de substance dentaire à chaque fois et on est en train de perdre les dents.

Il faut évaluer les risques du patient, lui définir un programme et le mettre en œuvre. Si c'est votre patient et que vous le voyez en moyenne 1 fois par an, en principe, il ne doit pas y avoir de catastrophe en bouche. C'est souvent chez les patients où quelque chose a basculé qu'il faut agir. Prenons un exemple : un patient qui a une reprise de carie sous un bridge.

“ Hors de la prophylaxie, vous accumulez des actes qui ne sont rentables que par le volume. ”



Vous lui dites: « On va essayer de conserver la dent, donc refaire un bridge et vous éviter un appareil ou des implants.

Cependant, si ce problème est apparu sur cette dent, on risque de le rencontrer ailleurs. Il est temps d'aller plus loin en terme de prévention et de vous faire rentrer dans un programme de prophylaxie. Les contrôles que je pratique depuis 10 ans, un détartrage par an, quelques conseils ne fonctionnent plus ».

Un jour, un patient m'a dit: « Dr Blique, j'ai bien réfléchi à ce que vous m'avez expliqué la semaine dernière mais samedi j'étais à table avec deux de vos confrères de Nancy, qui m'ont dit: « ce sont des « âneries », à Nancy, il n'y a que Blique qui fait ça ! » Alors j'ai répondu: « lorsque vous êtes venu me voir il y a 20 ans, vous me présentiez un devis pour un complet du haut et un partiel bas.



Je vous ai proposé de faire un squelette en haut et des bridges en bas.

Vous n'avez toujours pas de complet du haut et vos bridges sont toujours là et à l'époque votre ancien praticien ne savait pas encore faire cela ».

Que viennent chercher les confrères dans vos conférences ?

Je crois que les gens sont venus chercher une authenticité, le fait que je présentais des cas de tous les jours. Je suis bientôt à l'âge de la retraite, j'ai envie d'aller au bout des choses. On n'est jamais complètement coincé dans un système, il y a toujours une solution pour le faire évoluer, peut-être que c'est cela que les gens ont senti. C'est le message que je souhaite faire passer.

Peut-on mettre cela en place dans n'importe quel cabinet, n'importe quel région ou quartier où cela s'adresse t-il à des privilégiés ?

C'est applicable partout, mais le problème majeur reste celui des honoraires.

Je ne suis pas du tout dans le système "y qu'a, faut qu'on". Quand je discutais hier avec des gens de la CPAM qui avait une objection et qui me disent: "oui, mais comment faire pour les plus démunis". J'ai dit stop! Dans mon département où il y a 97% des gens qui sont solvables, on va appliquer le système pour les 97% et après, quand on aura plus que 3% de la population à s'occuper, on le fera ! On ne va pas attendre que la sécu rembourse. Si vous avez de la chance d'avoir des patients qui ont les moyens de payer, apprenez les techniques avec eux, prenez confiance et après quand vous saurez pratiquer la prophylaxie rapidement, vous rendrez service à vos

patients les plus pauvres, en leur offrant certains traitements utiles. C'est notre façon de rendre service à la communauté. Mais n'attendons pas qu'on vous trouve un système de financement, je crois que les professions médicales se trompent quand elles attendent que la sécu, l'Etat, fasse quelque chose. Beaucoup ne savent

réaliser que les actes honorés par le système social. Si le système devient mauvais pour le praticien, et même pour le patient, pourquoi ne pas songer au déconventionnement ? Je ne suis pas responsable politique, mais peut-être est-ce une solution pour ceux qui ne se sentent plus confortable dans le système.

Puisqu'on parle politique, vous étiez membre du bureau national de l'UFSBD, pourquoi l'avez-vous quitté ?

Je suis toujours président départemental de l'UFSBD 54 qui est très actif, j'ai quitté l'UFSBD national dans les années 90. Une nouvelle équipe, celle de Patrick HESCOT, s'est mise en place et a eu le succès qu'on connaît. Je suis fier d'avoir fait partie de l'équipe qui a amené l'UFSBD au niveau qu'elle connaît aujourd'hui, mais je n'avais plus envie de m'investir d'avantage au niveau national, donc j'ai démissionné, sachant que l'équipe en place avait les talents pour réussir. Je me sentais plus à l'aise dans mon cabinet, avec un rôle de pionnier et ça m'allait tout a fait bien intellectuellement. Si j'avais dû développer la prophylaxie à un niveau national, j'en serais encore à discuter avec le Ministère, la Sécu et qui sais-je encore et on n'aurait pas encore placé un seul vernis en bouche. Mais à partir du moment où j'ai avancé tout seul dans mon coin, l'UFSBD a pu dire: « C'est bien ce que fait Blique, il faut absolument étendre cette approche » et c'est ce qui est en train de se faire.

Comment se comporte la FRANCE en terme de prophylaxie, sommes-nous les bons ou les mauvais élèves de l'Europe ?

Je pense que la santé des français n'est pas mauvaise, et comparable aux autres pays européens. Peut-être faudrait-il des indices plus fins pour évaluer ce qui se passe ou mieux ce qu'il risque de se passer.

Je pense que la dentisterie française à du mal, il y a une évolution technologique qui est difficile à suivre par nos confrères français. Il faut être extrêmement motivé pour investir autant que je l'ai fait, dans l'achat de matériel, les nouvelles technologies, comprendre comment « les vendre » aux patients etc.. Ce n'est pas évident pour le dentiste lambda, parce qu'on n'a pas une énorme marge de manoeuvre financière.

Les Chiffres d'affaires ne sont pas importants en France, à de rares exceptions près. Investir en matériel et formation est un choix difficile pour beaucoup.

Et ailleurs c'est mieux ?

On confond CA et Bénéfice souvent : ça ne choque personne d'avoir des CA qui permettent de payer un gros plateau technique. 1,5 Millions d'euros de C.A. en Allemagne ou au Québec, ce n'est pas exceptionnel, la masse salariale pèse plus sur nos exercices qu'ailleurs.

Peut-être qu'il faudrait que l'Etat nous lâche un peu la bride, pas sur nos revenus mais sur nos

capacités à générer du C.A. qui nous permette d'améliorer le plateau technique et pas seulement au détriment du revenu du chirurgien dentiste. Actuellement, je côtoie de très bons praticiens, qui font des C.A. relativement faibles avec une marge brute extrêmement réduite. Peut-on encore leur

prendre une partie du peu qui reste (3000Euros par mois avant impôt)

« Ce sont des « âneries », à Nancy, il n'y a que Blique qui fait ça ! »

Quels sont vos projets ?

Je change de pratique, pour travailler à mi-temps en me spécialisant en prophylaxie carieuse et parodontale.

Deux jours de clinique par semaine me paraissent indispensables, tant que je pourrai avoir une activité clinique, je ferais des conférences. Je vous signale qu'Axelson, mon maître, a 72 ans et travaille toujours à mi-temps. Il a toujours son cabinet et donne des conférences. C'est important cette relation avec la clinique pour valider ses acquis. J'aimerais développer les formations sur Internet avec Zedental par exemple, je pense que c'est vers cela qu'il faut aller, mais cela demande beaucoup de temps.

Il y a deux nouvelles demandes de formation que j'aimerais mettre place. Les praticiens qui veulent venir dans mon cabinet passer une journée et voir comment se passe la PDI en pratique. La deuxième attente émane de praticiens exerçant dans de grosses structures qui sont prêts à payer un accompagnement de mise en place dans leur cabinet d'un exercice de prophylaxie dentaire. Cela concerne des cabinets de plusieurs praticiens qui vont pouvoir déléguer la prophylaxie à un collaborateur. On formera leur personnel et on les aidera à proposer ces nouvelles thérapeutiques au patient. C'est une nouvelle formation que l'on va démarrer en mai prochain ■

Propos recueillis par Norbert COHEN

MICHEL BLIQUE EN CHIFFRE

- 2 formations par an au Québec
- 5 à 6 conférences par an de 2 jours (PAF 1000 Euros)
- 5 à 6 Journées de formation avec TP par an
- ONFOC (PAF 80 euros)

En 2004 :

- 751 dentistes ont reçus 3198 heures de formation
- 172 Assistantes dentaires ont reçus 1200 heures de formation

Projet :

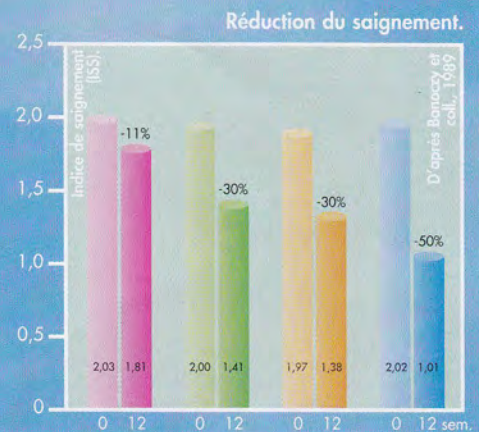
Coaching: 5000 euros pour une mise en place sur 8 mois dans votre cabinet, formation des praticiens en study groupe, du personnel, mise en place d'une base internet

méridol® au quotidien,



pour des gencives en pleine santé.

L'utilisation de méridol® dentifrice ou bain de bouche réduit l'indice de saignement sulculaire de 30% après 12 semaines d'utilisation quotidienne (Banoczy et coll., 1989). En combinant le dentifrice méridol® avec le bain de bouche méridol®, ce même indice est réduit de 50% alors que le groupe placebo par un simple contrôle mécanique de plaque ne réduit l'indice de saignement sulculaire que de 11%. Grâce à sa combinaison brevetée de fluorure d'étain/fluorure d'amines, méridol® améliore l'état des gencives irritées et contribue ainsi à relancer leur processus de régénération naturelle.



■ Dentifrice placebo ■ Dentifrice placebo + bain de bouche méridol®
■ Dentifrice méridol® ■ Dentifrice méridol® + bain de bouche méridol®

DENTAL-ON-LINE: Un système innovant orienté services

On pourrait penser que pour créer un logiciel de gestion de cabinet dentaire 20 ans après que de nombreuses sociétés se soient partagées le marché, il fallait être un peu dérangé ou drôlement courageux. Mais Dental-On-Line ne se positionne pas comme un simple logiciel, c'est un concept qui prétend tirer des leçons du mécontentement et des attentes des utilisateurs pour créer le système du futur. Projet utopique ou pari réussi ? Essayons d'y voir plus clair !

La société

Crée en 2000 par Michel Vannoye, le Docteur Marc Werly et un groupe d'experts, Dental-On-Line est le fruit d'une mûre réflexion sur ce que pourra être la gestion d'un cabinet dentaire à l'aube du 3^{ème} millénaire.

Le nom de Michel Vannoye vous dit-il quelque chose ? Je dois reconnaître qu'avant de m'intéresser à ce produit, je ne le connaissais pas et pourtant il faut savoir qu'en 1985, c'est la rencontre du Docteur Francis MOUYEN et de Michel VANNOYE, Président de la société Trophy Radiologie, qui a révolutionné le monde dentaire en développant le premier capteur électro-

Le Concept

Bien sûr, Dental-On-Line offre les mêmes possibilités que tous les autres logiciels mais ce qui justifie que LE FIL DENTAIRE lui ouvre ses colonnes est que là où les autres présentent des évolutions, lui propose une révolution qui lui a valu, d'ailleurs, un prix de l'ANVAR (l'Agence française de l'innovation).

Le concept repose sur plusieurs innovations :

◆ Le système

Alors que la majorité des logiciels du marché évolue sur Windows ou sur Mac, Dental-On-Line utilise Linux, système plus stable et plus ouvert qui confère une sécurité en matière de virologie informatique.

◆ L'Intranet

C'est un « Internet privé ». En utilisant **Dental-On-Line**, vous êtes relié à l'éditeur du logiciel ainsi qu'à vos confrères l'utilisant. Vous n'êtes plus seul dans votre cabinet mais vous bénéficiez de la magie d'Internet dédiée au cabinet.

◆ Les partenaires

De nombreux partenaires ont rejoint Dental-On-Line pour apporter leurs services. Dental-On-Line met à la disposition des fabricants **un nouvel outil** pour présenter au dentiste toute l'information requise **pour la bonne utilisation de leurs produits**. Et ceci **au bon moment, c'est à dire quand le dentiste en a le plus grand besoin: face au patient**. Toutes ces informations sont stockées dans la base des données professionnelles. De grands noms du monde dentaire ont rejoint le projet (Straumann, Ems, Colgate, Ivoclar Vivadent, Kodak, GC etc. et tous les jours de nouveaux partenaires viennent grossir cette base de données professionnelles.

Les Avantages-Produit de Dental-On-Line

Dental-On-Line a été **conçu prioritairement pour les dentistes** qui désirent pouvoir profiter simplement de tout ce que l'informatique peut leur apporter pour simplifier et améliorer leur pratique journalière sans tracas. C'est dans ce sens que le système Dental-On-Line est considéré par les leaders d'opinion



nique qui, se substituant au film radiologique, a permis de visualiser immédiatement le cliché sur un écran. Ainsi, naquirent les premières images dentaires radiologiques instantanées. Michel Vannoye a donc été à la naissance de la convergence du numérique et de l'informatique au profit des cabinets dentaires il y a plus de 20 ans déjà.

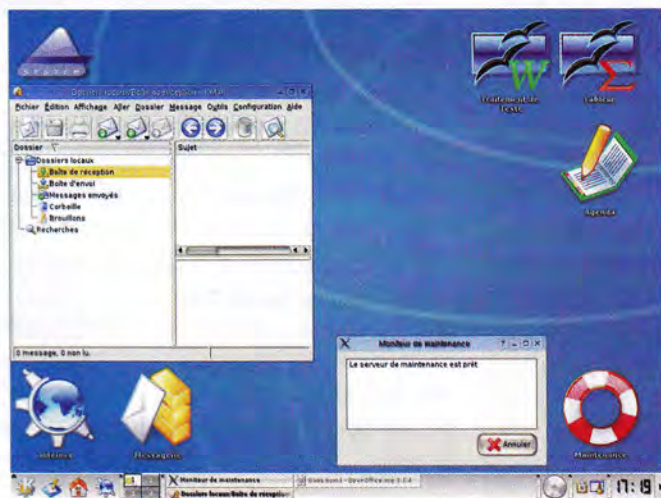
comme étant **le premier d'une nouvelle génération** en permettant au dentiste une **NOUVELLE PHILOSOPHIE DE TRAVAIL**.

◆ **Ecran Opérateur tactile et vocal**

Finis les claviers encombrants et les souris à manipuler avec les gants, impossibles à nettoyer et à désinfecter.

La simplicité et la rapidité d'utilisation avec le doigt ou le manche d'un instrument présente un gain de temps opérationnel important.

L'écran est nommé «**Opérateur**» car **placé à côté de la tête du patient**, il présente au dentiste toute l'information clinique dont il a



besoin pendant l'acte qu'il effectue.

Il permet également de **communiquer avec le patient** en lui présentant des schémas expliquant les soins proposés.

L'**assistante** peut suivre le protocole de l'acte et ainsi anticiper la mise en œuvre des instruments et des produits nécessaires à son déroulement.

Entre chaque patient, comme pour le plan de travail, cet écran en verre peut être facilement nettoyé et désinfecté par l'utilisation de lingettes. Egalement pour protection, un film plastique mince peut être appliqué sur toute la largeur de l'écran.

◆ **Prise en charge de votre sécurité légale professionnelle en cas de litige patient**

Aujourd'hui, **Dental-On-Line** est le **seul système** avec **mise à jour permanente** (et non tous les 6 ou 12 mois) de la pharmacovigilance pour **détection en temps réel** des interactions médicamenteuses.

Aujourd'hui disponible pour une utilité après

demain, le **seul système dentaire** assurant en plus de la traçabilité des produits, la **traçabilité des PROTOCOLES utilisés pour réaliser les actes** (nouveau mondiale) dans l'hypothèse qu'un patient mécontent déclencherait **une ou deux années plus tard, un procès pour faute professionnelle**.

Une sauvegarde journalière sécurisée et totalement automatisée de vos données par Réseau Privé est proposée en option.

Les Avantages-Services de Dental-On-Line

◆ **Prise en main**

Un technicien installe votre nouveau système pour **garantir son bon fonctionnement immédiat** : déballage, branchement électrique, connexion à l'Internet Haut Débit, aux périphériques, configuration de votre système adaptée à votre pratique, test, mise en main et première formation pour vous-même et votre assistante.

En plus, **Dental-On-Line** assure à votre cabinet, 2 séances supplémentaires

de formation pour vous-même et votre assistante.

◆ **Assistance en ligne**

En cas de difficulté d'utilisation de votre application ou de vos matériels, grâce à l'assistance en ligne par Internet Haut Débit, **Dental-On-Line** est à même de vous assister **immédiatement sur votre écran et prendre la main**, avec votre accord bien sûr, et ainsi **vous rendre de nouveau opérationnel en quelques minutes**.

◆ **Garantie d'intervention sur site en 4 heures**

Si la difficulté d'utilisation n'a pu être résolue par l'assistance en ligne à cause d'un matériel en panne, un technicien se présentera à votre cabinet pour **dépanner ou échanger le matériel dans les 4 heures**.

◆ **Mises à jour immédiates et automatisées de l'Application**

Grâce à la conception du Système et à l'Intranet Sécurisé, vous bénéficiez de **mises à jour immédiates et automatisées** de votre applica-

TEMOIGNAGE

Du Docteur Parsa Khaksar

Depuis combien de temps utilisez-vous Dental-On-Line ?

Cela fait environ 12 mois.

Pourquoi avez-vous craqué pour Dental-On-Line ?

La convivialité, la fiabilité, la rapidité de maintenance, la présence des protocoles, la gestion de la nomenclature sont vraiment des points forts du système. C'est réellement une autre philosophie de travail qui m'as conquis. **Dental-On-Line** présente les avantages des autres logiciels sans en avoir les inconvénients. Cette différence vient peut-être du fait que **Dental-On-Line** est sorti de la tête de praticiens et non d'informaticiens.

La prise en main est-elle facile ?

Par en juger l'expérience de ma collaboratrice qui était complètement « neuve » sur ce système, après deux formations de 3 heures, elle était complètement opérationnelle.

Lorsque vous avez migré sur Dental-On-Line vos données vous ont-elles suivi ?

Personnellement, je n'ai pas opté pour un transfert automatique, je rentre mes patients au fur et à mesure car de toute façon j'ai besoin de nouvelles informations (téléphone portable et adresse email) pour profiter des nouveaux services disponibles avec **Dental-On-Line**.

Avez-vous déjà rencontré des problèmes ?

Il y a quelques temps, j'ai eu un souci avec l'écran tactile. Sans chercher à comprendre, **Dental-On-Line** m'a installé un écran neuf dans les 2 heures. Il y a quelques jours, j'ai eu également quelques bugs et l'écran ne répondait pas. **Dental-On-Line** a pris la main, c'est ce qu'ils appellent la bouée et ont décelé à distance que mon écran était débranché, ce dont je ne m'étais pas aperçu.

Pensez-vous que Dental-On-Line est promu à un bel avenir ?

Aujourd'hui, la base client s'accroît chaque jour et le challenge de **Dental-On-Line** sera d'assurer le même service avec une base client importante. Si c'est le cas, l'avenir est bel et bien devant lui car le système est ouvert et peut évoluer à tout moment en fonction des besoins de la profession. Dans un futur proche, **Dental-On-Line** prévoit entre autres la possibilité de passer des commandes en ligne auprès des industriels.

POINT DE VUE

De Michel Vannoye



Dental-On-Line repose sur un système locatif qui effraie certains praticiens, pouvez-vous en développer les avantages ?

Tout d'abord, ce système permet d'acquérir des matériels qui ne sont pas disponibles en location. Par ailleurs, l'évolution fulgurante de la technologie rend très vite caduque les équipements informatiques dans lesquels on doit généralement réinvestir tous les 3 ans pour profiter des énormes améliorations réalisées (vitesse, capacité, etc.) et surtout éviter qu'une panne technique immobilise le cabinet pour 2-3 jours voire 1 semaine !! Dental-On-Line renouvelable, sans aucune réserve, la totalité des équipements tous les 3 ans et permet ainsi aux praticiens d'être toujours équipés d'un matériel récent et à la pointe du progrès.

Afin que les praticiens puissent appréhender le système, une version test est-elle envisageable ?

Cette perspective serait bien trop lourde pour les deux parties. L'équipement Dental-On-Line nécessite une ligne ADSL, une formation du praticien et de son assistante et enfin d'entrer les données dans la base. En revanche, des démos interactives permettant de tester les fonctionnalités sont disponibles sur notre site Internet.

L'idée d'une base déportée chez Dental-On-Line ne rassure pas le praticien et ouvre le débat de la confidentialité. Qu'en est-il vraiment ?

La base patient demeure chez le praticien. Seule la sauvegarde des données est recueillie sous forme cryptée par un serveur sécurisé comme ceux des grands opérateurs nationaux. Cependant, ce service n'est réalisé qu'à la demande des praticiens. Sauvegarder chaque soir demande du temps. 2 praticiens sur 3 ne le font pas. Dental-On-Line vous propose d'économiser ce temps tout en garantissant votre sécurité.

Les délais de maintenance sur les périphériques, sur les capteurs atteignent parfois 15 jours. Qu'en est-il chez Dental-On-Line ?

Au niveau de l'assistance technique, l'Internet nous permet de prendre la main immédiatement et de trouver des solutions immédiates. Concernant les périphériques, nous avons conclu un contrat DELL d'assistance 4h. Pour les capteurs, nous avons constitué notre propre stock de remplacement, ce qui nous évite d'être tributaire des fabricants et nous permet de remplacer le matériel dans la journée sur Paris -IDF et sous 24h pour la Province (temps d'envoi).

tion. Avec le système **Dental-On-Line**, il n'est plus nécessaire que vous fassiez vous-même ces mises à jour en chargeant un CD ou DVD tous les 6 mois avec plus ou moins de soucis techniques à surmonter, notamment si votre ordinateur et/ou votre système d'exploitation sont devenus incompatibles.

◆ **Mises à jour immédiates et automatisées de vos informations professionnelles**

Vous bénéficiez de **mises à jour immédiates et automatisées** des informations utiles à votre pratique.

- Les derniers protocoles des produits existants (informations cliniques et opératoires),
- Les nouveaux produits dentaires, avec leurs protocoles d'utilisation

POINT FINANCIER

La mensualité varie de 400 € à 1000 € selon les différentes options.

Vous pouvez facilement gagner 2 à 3 minutes par patient grâce à l'ergonomie du logiciel et à la facilitation des protocoles. Si dans votre journée vous soignez 20 patients, grâce à Dental-On-Line, vous allez gagner entre 40 et 60 minutes par jour.

Le coût de location est d'environ 15 € par jour, soit moins que le prix d'une consultation.

Les points à prendre en compte

J'ai longtemps cherché à mettre en évidence une ou plusieurs faiblesses du produit mais je dois avouer que je n'ai pas trouvé grand-chose. Le seul inconvénient pour ceux qui ont l'habitude de travailler sur des systèmes plus connus comme Windows ou Mac en mêlant leurs logiciels (bureautique, jeux etc.) avec leur logiciel de gestion de cabinet auront peut être du mal à s'habituer à ce système entièrement dédiée à la gestion du cabinet. C'est le défaut de la qualité du système qui vous assure fiabilité et tranquillité : si vous souhaitez faire de la bureautique ou télécharger vos musiques préférées, il vous faudra utiliser un autre ordinateur.



Les perspectives

- Compte tenu de la généralisation de la téléphonie mobile, Dental-On-Line vous proposera prochainement de gérer votre agenda avec envoi de S.M.S. pour rappeler aux patients leur rendez-vous.
- Le concept est diffusé à l'international. Ce qui est aussi une **nouveauté** pour un système dentaire. Demain, vous pourrez communiquer directement avec votre confrère à 2000 km, chez lequel l'un de vos patients vient d'arriver avec un petit problème dentaire pendant ses vacances.

Conclusion

Dental-On-Line constitue une solution innovante et évolutive. En effet, on ne peut pas parler de logiciel parce que vous achetez un package alliant une application de gestion de cabinet dentaire complète à une gamme de services dont sécurité, fiabilité et facilité sont les atouts. Le Système locatif, pas toujours apprécié de certains confrères, correspond néanmoins à cette logique. On ne vous vend pas un outil avec lequel vous devrez vous débrouiller seul mais vous vous liez à un nouvel « ami » qui vous accompagne dans votre pratique quotidienne. Nul doute que **Dental-On-Line** a lancé un pavé dans la mare de l'informatique dentaire.

Réalisé par **Bruno REY**

Pour en savoir plus:



dental-on-line

Régulièrement Dental-On-Line organise des présentations, en petit déjeuner ou en soirée. S'inscrire auprès de Pascale au 01 43 27 84 88. Ou n° vert: 0 800 564 664

www.dental-on-line.com

ligne excel
by intercontinental

Quand la ligne allie...

Innovant dans la fabrication de mobilier dentaire technique.
Tous nos modèles sont équipés de tiroirs à ouverture totale,
de charnières à ressort et d'amortisseurs rétractables.
Faciles à nettoyer, ils garantissent une hygiène parfaite.

Grâce à ses équipes de techniciens spécialisés,
Intercontinental est la seule marque à vous assurer
le transport et la pose de ses meubles.

Tous les meubles Intercontinental sont disponibles
chez plus de 100 dépositaires agréés.
Toujours à votre écoute, nous sommes des professionnels confirmés
prêts à répondre à toutes vos attentes.

...design



...mariage des matériaux

...ergonomie



Innovateur depuis 30 ans

www.intercontinental.com
B.P. 206 - F 07502 GUILHERAND-GRANGES CEDEX

Tissez un fil entre vous et vos confrères, faites leur part de vos trucs et astuces. Ce n'est pas parce que vous les utilisez depuis des années qu'ils sont connus de tous. Sur les 38000 lecteurs de ce journal il y a forcément des confrères à qui vous rendrez service.

Alors, à vos plumes !

ENDODONTIE

Pour ma part, je trouve que la technique offrant le meilleur rapport qualité/temps d'exécution pour l'obturation des canaux (qui ne présentent pas de courbures importantes) est le système de compactage thermo-mécanique à l'aide d'un **guttacondensor**.

Quelques points importants sont à noter pour l'utiliser au mieux :

- Un des points les plus importants est de **jau-ger le diamètre foraminal** à l'aide d'une lime K. S'il est de 25/100^{ème} de diamètre, il faut utiliser un cône calibré à 30/100^{ème} de diamètre.

- Il faut utiliser des cônes non standardisés ISO mais à 6% de conicité et non riche en Oxyde de zinc qui rend le cône moins thermocompactable.

- Ne pas utiliser trop de ciment de scellement canalaire au risque de perdre de l'énergie de frottement.

- Il y a un coup à prendre avec le guttacondensor: Après avoir coupé et tassé le cône à chaud, l'accrocher sur les 5 premiers mm avec le condensor tournant à la vitesse maximum sur le CA bleu jusqu'à obtenir une gutta molle et s'enfonçant vers l'entrée du canal.

Cette étape doit obligatoirement être réalisée sous contrôle visuel. Faire progresser la lime par des mouvements de va et vient vers l'apex et s'arrêter à 4 mm de l'apex ou à 1 mm du début de la courbure. (Les 4 mm correspondent à la distance de transmission de chaleur dans le cône).

- Cette technique n'exempte pas d'utiliser des fouloirs type Machtou pour condenser la gutta ramollie.

RESTAURATION

- Pas une astuce mais important à savoir: dit par le Professeur Degrange en conférence à l'ADF: Ne pas utiliser de compo automordant avec des adhésifs automordant ou avec les adhésifs à base d'acétone (prime and bond NT par exemple).

J'ai essayé de ne pas suivre ce conseil et effectivement ça ne colle pas. Le compo auto reste non polymérisé sur la surface de la dent (fine couche d'enduit très difficile à éliminer).

- **Temporisation pour inlay/onlay:** utiliser soit un adhésif pour sceller les tubulis + pansement sans eugénol préférablement à base de fluor (technique possible surtout pour les Inlays) ou utiliser du désensibiliser (évite les sensibilités post-op en interséance du à l'espace existant entre l'obturation provisoire et la dent) et du System[®] (nouveau nom du Fermite).

Ce dernier produit est très intéressant car photopolymérisable et existe en 2 consistances (dure et souple). Petite astuce à la pose : penser à bien étaler le produit un peu au delà des limites de la cavité avant photopolymérisation afin d'augmenter sa rétention et son étanchéité (qui est faible de toutes façons avec ce produit; c'est son inconvénient principal).

Dr Steve Benero

Technique d'auto moulage

Si vous utilisez l'empreinte d'auto moulage telle quelle pour réaliser la prothèse provisoire, la résine peut ne pas fuser de façon optimale en particulier au niveau de la limite vestibulaire qui aura été abaissée pendant la préparation et qui sera devenue infra-gingivale. Une astuce pour éliminer cet inconvénient est de biseauter sur l'empreinte d'auto-moulage la limite dento-gingivale de la dent concernée. « Cette barrière de silicone » étant retirée, la résine diffusera nettement mieux et ira épouser avec précision la nouvelle limite dentaire. Il faudra ensuite retirer avec précision le surplus de résine en ayant préalablement tracé au critérium la limite sur la dent provisoire. (Il est également intéressant de placer un fil rétracteur avant la réalisation de la provisoire afin d'enregistrer le profil d'émergence de la limite dentaire).

Dr Steve Tapiero

VIVE LE DENTIFRICE

- Dans l'essayage des armatures, des chapes céramiques ou bien même des couronnes céramo-céramiques il manque souvent de la rétention permettant de stabiliser le travail pour l'essayage. Au niveau des couronnes tout céramique ce manque de rétention nuit à la vérification des points de contact proximaux par exemple. Pour pallier à ce problème, il suffit d'utiliser un peu de dentifrice qui permet par capillarité d'obtenir une rétention suffisante pour faire les réglages.

Dr Michael Nezri



Rubrique animée par le
Dr Steve BENERO



Docteur Jacob AMOR
Endodontiste exclusif (Paris)

Dans cette nouvelle rubrique, nous sélectionnerons chaque mois une personnalité de la profession qui partagera ses «trucs» en pratique quotidienne. Ce mois-ci, c'est le Dr Jacob Amor que j'ai rencontré pour vous à son cabinet.

Précision: La technique d'obturation utilisée est la technique de Schilder (compactage vertical de gutta chaude).

• Lors de l'ajustage du maître cône, la résistance au retrait de celui-ci est un des signes de sa bonne adaptation apicale. Quand cette résistance est ponctuelle, elle démontre en général une bonne adaptation apicale du cône de gutta. À l'inverse, lorsque cette résistance est longue (sur plus d'un millimètre), il faut y voir un frottement dans la zone coronaire ou médiane qui ne nous informe pas sur l'adaptation apicale du maître cône. C'est la fausse résistance au retrait.

Exemple clinique : Sur les canines, il n'est pas rare que la longueur de travail dépasse les 28 mm. Dans ces cas, l'essayage du maître cône (qui possède une conicité régulière de sa partie apicale à la partie coronaire) nous donne souvent une fausse résistance au retrait car il bute dans la par-

tie coronaire du canal. Pour contourner le problème, il suffit de diminuer le diamètre du cône dans sa partie coronaire en le faisant rouler sous pression sur une plaque de verre à l'aide d'une spatule à ciment. Il convient de faire attention de ne pas toucher à la partie apicale durant cette manœuvre.



de gutta adapté, en faisant confluer trois cônes medium. La technique consiste à les enchevêtrer en les réchauffant légèrement, puis à les faire rouler entre deux plaques de verre.

• Afin d'éviter que les pluggers (fouloirs) ne collent à la gutta chaude lors de son compactage, une astuce consiste à plonger leur tête dans un peu de poudre de ciment de

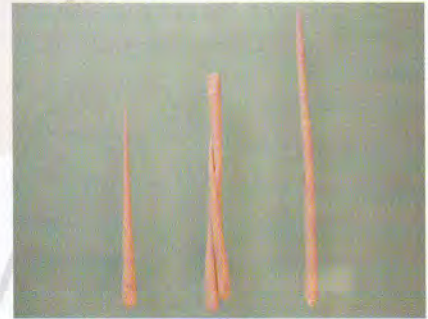


• La technique de Schilder permet d'obturer des dents aux apex largement ouverts jusqu'à des calibres de 70 à 80/100e. Pour ces dents, il est souvent nécessaire de fabriquer un cône

scellement canalaire.

• Sur les 6 maxillaires, il existe un deuxième canal mésio-vestibulaire dans plus de 90 % des cas. Pour le détecter, il faut suivre le sillon partant du MV principal et progressant en direction palatine légèrement mésiale.

Si toutefois ce canal n'est pas trouvé en première intention, une astuce consiste en la préparation globale des trois autres canaux et de prendre une radio excentrée de distal en mésial avec cône en place sur le canal mésio-vestibulaire. Si le cône apparaît excentré dans la racine mésio-vestibulaire, c'est qu'il existe un autre canal car anatomiquement une telle configuration n'existe pas (un canal unique dans une racine est forcément au centre de celle-ci).



Remerciements au Dr Jacob AMOR pour sa disponibilité.

Reportage réalisé par le Dr Steve BENERO

MEGA DENTAL

Le consommable dentaire à prix discount en 24 h chez vous

MASQUES steriblue

Boîte de 50 masques.
La boîte - réf cf tableau

~~8€50~~ **3€60**

-57%



MOINS CHER LA PREUVE

~~8€50~~

3€60

Seulement

	Lanières	Lanières	Elastiques	Elastiques
Réf:	7746-004	7747-004	7874-004	8198-004

Code avantage FD 1

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

16-18, rue des Investisseurs - Z.A. de la Plaine-Haute - 91360 Crosne

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

La gingivectomie ou le lambeau à biseau interne

Les excès de tissus mous autour des dents sont considérés comme un facteur de risque dans l'évolution des pathologies parodontales.

La maintenance parodontale des dents qui présentent des poches supérieures à 5 mm est particulièrement complexe surtout dans les secteurs postérieurs. Dans les cas où une reconstruction prothétique ou qu'une thérapie orthodontique est envisagée, il est nécessaire d'éliminer ces facteurs de risque. Les études Waerhaug et Coll. (1961) et de Hirschfeld et Wasserman (1978) notamment ont montré que la réduction des poches parodontales facilitait la maintenance. Lorsque l'alvéolyse est horizontale ou de surcroît lorsqu'il n'y a qu'un excès tissulaire, la réduction des poches parodontales, peut se faire aisément par des méthodes soustractives : dans ces cas, les techniques de gingivectomie ou de lambeau repositionnés apicalement sont indiqués. Elles peuvent être associés ou non à un remodelage des structures osseuses sous-jacentes.

Nous ferons un bref rappel des techniques chirurgicales soustractives sur les tissus mous visant à réduire les poches parodontales. Mais le but de cet article est de décrire étape par étape la séquence chirurgicale d'une intervention gingivectomie à biseau interne. Il s'agit d'une chirurgie soustractive qui vise à réduire la profondeur des poches parodontales

26 supra-osseuses.

La gingivectomie

Il y a deux techniques de gingivectomie pour la première fois décrite par Robicsek (1884) et plus tard par Grant (1987): la gingivectomie à biseau externe et la gingivectomie à biseau interne. Les techniques de gingivectomie sont particulièrement indiquées dans les cas où il restera après l'intervention une hauteur suffisante de gencive kératinisée : 3 à 5 mm. Ce type d'approche chirurgicale ne permet pas d'avoir un accès à l'os. Elle est donc indiquée dans les cas où un remodelage osseux n'est pas nécessaire pour réduire les poches parodontales. Cette limite est un avantage : le risque de résorption osseuse post-opératoire est diminué par le fait que l'os n'est pas exposé lors de l'intervention (Lindhe 1981, Yukna 1976).

Les techniques de gingivectomie ne nécessitent pas un décollement de la gencive de son support osseux. Ainsi, elles sont généralement moins traumatisantes et le temps opératoire est plus court. Le risque d'œdème est minoré et les suites opératoires sont moins dures pour le patient.

• La gingivectomie à biseau externe :

Dans ce type de gingivectomie, on réalise une incision biseautée avec la pointe de la lame tournée en direction coronaire. Le contrôle de l'épaisseur de tissu excisé se fait par l'angulation de la lame aux dépens de la hauteur de gencive kératinisée. L'incision laisse apparaître une partie de tissu conjonctif à nu. La cicatrisation épithéliale est plus longue, il y a un inconfort post-opératoire plus important qu'avec le deuxième type de gingivectomie.

• La gingivectomie à biseau interne :

Ici on réalise une incision biseautée avec la pointe de la lame tournée en direction apicale. On contrôle l'épaisseur de tissu excisé de deux manières :

- en décalant l'incision dans une direction opposée à la dent aux dépens de la gencive kératinisée
 - Par angulation de la lame dans l'épaisseur de la gencive
- L'incision ne laisse pas apparaître de tissu conjonctif dénudé.

Les meilleurs résultats sont obtenus avec la gingivectomie à biseau interne car dans ce type de technique, on peut mieux contrôler



l'épaisseur des tissus excisés, et l'on obtient une cicatrisation par première intention puisqu'on ne laisse pas de tissu conjonctif à nu.

La procédure par lambeau

En 1954, Nabers décrit une technique de repositionnement apical de la gencive attachée. Friedman en 1962 introduit le terme de lambeau repositionné apicalement. Ils insistent sur le fait de repositionner apicalement la gencive pour réduire les poches parodontales.

En 1965, Morris décrit pour la première fois un lambeau « non repositionné » apicalement. Plus tard, en 1974, cette technique est reprise par Ramfjord et Nissle : on l'appellera communément le lambeau de Widman modifié. Dans cette technique, un lambeau est soulevé, mais la gencive est repositionnée en place initiale : il n'y a pas de repositionnement apical pour réduire les poches. C'est l'anatomie de l'os qui guide l'anatomie parodontale superficielle (Becker 2001).

La technique de réduction chirurgicale des poches parodontales par lambeau est indiquée :

- Dans les cas où il restera moins de 3 à 5 mm de gencive kératinisée après l'intervention.
- Dans les cas où une plastie osseuse est nécessaire

La technique du lambeau permet de préserver au maximum la hauteur de gencive kératinisée. Le lambeau est décollé en épaisseur totale jusqu'à la ligne muco-gingivale et en ensuite le décollement se fait en épaisseur partielle. Il est possible de réaliser une ostéoplastie sur la partie décollée en épaisseur totale. La partie décollée en épaisseur partielle préserve le périoste sur lequel on peut ancrer des points qui permettent de maintenir le lambeau repositionné apicalement. N.B : lorsque l'environnement parodontal le nécessite, on applique une combinaison des deux techniques comme c'est souvent le cas sur le parodonte des dents maxillaires: gingivectomie à biseau interne d'un côté (généralement en palatin) et lambeau repositionné apicalement de l'autre (généralement en vestibulaire).



Technique opératoire étape par étape

parodontologie

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 46 ans, atteinte d'une parodontite chronique de classe 2 localement 3 (classification de l'AAP) donc sévère localement et qui est maintenant stabilisée. Dans le plan de traitement, cette patiente doit subir un traitement d'orthodontie pour corriger des malpositions sur les dents antérieures maxillaires. Les dents postérieures vont servir de point d'ancrage orthodontique. Il y a sur ces dents des poches parodontales résiduelles qui constituent un facteur de risque de récurrence de perte d'attache.

Une intervention par lambeau à biseau interne va permettre d'éliminer ces poches résiduelles. Les deux côtés ont pu être traités dans la même séance sans inconfort pour la patiente car le temps opératoire de chaque secteur est court et les suites opératoires mineures.

L'intervention étape par étape dans le secteur 1 vous est présentée.

Les paramètres cliniques dans ce secteur sont les suivants :

14, 15, 16 sont absentes. La gencive est épaisse et l'on note un excès de tissus mous en mésial de 17 et en distal de 18 : l'alvéolyse parodontale a été globalement horizontale. On note une alvéolyse angulaire en mésial de 18 qui atteint la moitié de la hauteur radiculaire. Les racines sont longues.

Il n'y a aucune récession, la hauteur de gencive kératinisée en vestibulaire est 4 mm. On note une mobilité 1 sur 17 et 18.

Sondage parodontal en mm :

	27	28
V	436	738
P	637	779

Une approche chirurgicale par technique opératoire mixte par lambeau (en vestibulaire) et par gingivectomie à biseau interne (en palatin) est décidée pour les raisons suivantes.

- Présence d'une lésion angulaire nécessitant un léger remodelage osseux.
- La hauteur de gencive kératinisée en vestibulaire ne permet pas une gingivectomie.
- En palatin les poches pourront avantageusement être réduites par une gingivectomie à biseau interne. La zone tubérositaire sera traitée de la même manière : cela permettra de réduire l'épaisseur des tissus mous à cet endroit.

Image 1 : Repérage du fond des poches par des points sanglants pratiqués à la sonde CP12. L'ensemble de ces points sanglants nous guide dans le tracé des incisions. Il va nous permettre de régler au plus juste la quantité de tissus à éliminer.



Image 2 et 3 : Tracé des incisions en pénétrant la lame 12 sur 1 ou 2 mm dans la gencive. On dessine ainsi les limites de la gingivectomie que l'on va pratiquer. On va réaliser dans ce cas un mésial-wedge en mésial de 17, un festonnage au niveau des racines de palatines de 17 et 18, et distal-wedge en distal de 18.

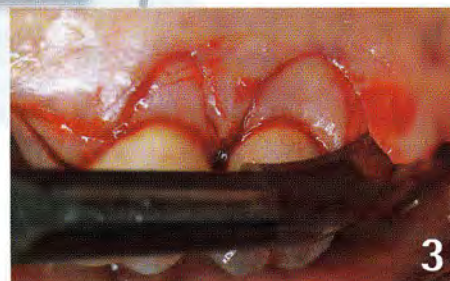


Image 3, 4 et 5 : Dissection des tissus en épaisseur partielle. On pratique ce type de gingivectomie pour désépaissir la gencive.

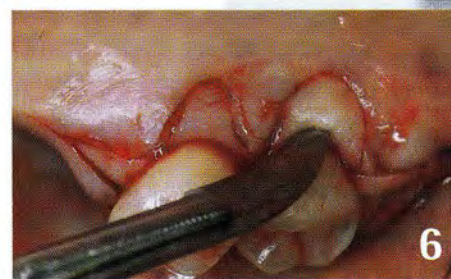


Image 6 : Incision sulculaire qui va permettre de désolidariser la gencive dans sa partie coronaire.

STEP BY *step*

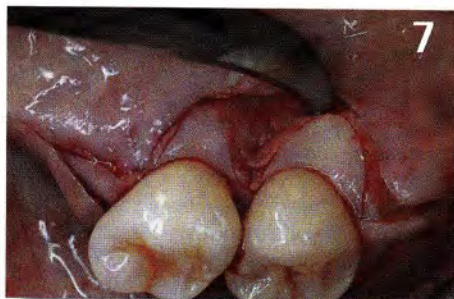


Image 7 et 8 : Incision horizontale pratiquement rectiligne qui permet de désolidariser la gencive dans sa partie apicale. Cette incision se fait sous la partie de la gencive disséquée en épaisseur partielle, elle nous permet de contrôler avec précision la gingivectomie en hauteur



BIBLIOGRAPHIE

Becker W, Becker BE, Cafesse R, Kerry G, Ochsenbein C, Morisson E, Prichard J :

A longitudinal study comparing scaling, osseous surgery, and modified widman procedures results after 5 years. *J Periodontol* 2001 ; 72 : 1675-1684.

Friedman N : Mucogingival surgery. The apically repositionned flap. *J Periodontol* 1962 ; 33 : 328-340.

Grant DA, Stern IB, Everett FG : Periodontitis in the tradition of Orban and Gottlieb, 5 th ed St Louis : C.V Mosby 1987.

Nabers CL : Repositioning the attached gingival. *J Periodontol* 1954 ; 25 : 38-39.

Nyman S, Lindhe J, Karring T : Healing Following surgical treatment and root demineralisation in monkeys with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981 ; 8 : 249-258.

Hirschfeld L, Wasserman B. : A long term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978 ; 49 : 225-237.

Robicsek S : The third annual report of the Austrian Dental Association. *J Periodontol* 1965 ; 36 : 265-268.

Yukna RA : Clinical and histological study of healing following incisional new attachment procedure in rhesus monkeys. *J Periodontol* 1976 ; 47 : 701-709.

Yukna RA, Bowers GM, Lawrence JJ, Fedi PF : A clinical study of healing in humans following the exisional new attachment procedure. *J Periodontol* 1976 ; 47, 696-700.

Wearhaug J : Healing of the dento-epithelial junction following subgingival plaque control. II : as observed on extraated teeth. *J Periodontol*. 1978 Mar ; 49(3) : 119-34.

Image 9 : La gingivectomie nous donne un meilleur accès visuel aux surfaces radiculaires; nous pouvons ainsi compléter le détartrage et surfaçage radiculaire. Cette double gingivectomie (en épaisseur et en hauteur) nous permet d'obtenir une réduction des poches et un plaquage correct de la gencive sur les structures sous-jacentes. On réalise des points matelassiers verticaux qui assurent la stabilité des tissus pendant la première semaine de cicatrisation.

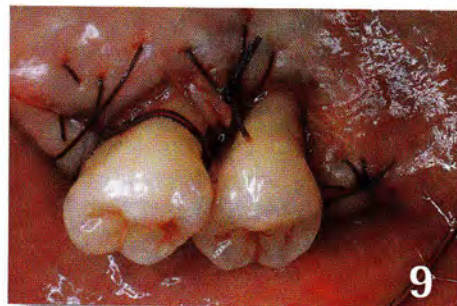


Image 10 : Cicatrisation à 2 mois : les poches parodontales sont réduites et la patiente a un bon accès aux surfaces radiculaires pour un contrôle de plaque optimal.

Conclusion

La gingivectomie a pour objectif de réduire les poches parodontales qui constituent un facteur de risque d'évolution de la destruction des tissus parodontaux. Dans le cadre d'un traitement orthodontique ces facteurs de risque doivent être éliminés. Le protocole de gingivectomie décrit ci-dessus nous permet d'atteindre cet objectif de manière atraumatique et contrôlée. Cette technique de gingivectomie à biseau interne est très conservatrice car les 3 incisions décrites nous permettent de contrôler la hauteur de tissus à éliminer de façon très précise. La pré-

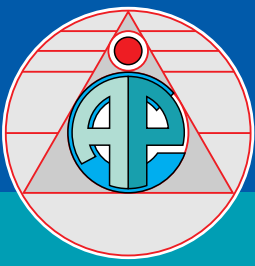
sion du tracé des incisions nous permet d'obtenir un excellent plaquage de la gencive sur les structures osseuses sous-jacentes. Aucune zone de tissus osseux et conjonctif ne reste à nu, ce qui nous permet d'espérer une cicatrisation rapide et de bonne qualité : par première intention.

Ce type de gingivectomie est une approche simple, fiable et atraumatique de chirurgie soustractive pour la réduction des poches parodontales. Cette technique dite de lambeau à biseau interne permet de combiné un lambeau et une gingivectomie, tirant ainsi partie des avantages de chacune des techniques pris individuellement. ■

Adresse des auteurs :

Dr Raphaël Serfaty 109 Bld Malesherbes (Paris 75009)

Dr Fabrice Baudot 10 Rue Paladilhe (Montpellier 34000)



APCI
2005

ASSOCIATION DE PARODONTOLOGIE
CLINIQUE ET IMPLANTOLOGIE

Pierre GENON vous propose

VOTRE FORMATION EN PARODONTOLOGIE

3 cours

une journée d'exposés + une journée de TP

18 et 19 Mars

TRAITEMENT PARODONTAL RAISONNÉ

10 et 11 Juin

CHIRURGIE PARODONTALE PRÉPROTHÉTIQUE

7 et 8 Octobre

ESTHÉTIQUE ET PARODONTIE

- Ces 3 cours peuvent être suivis chacun hors «Formation». ●
- Les T.P. sont alors optionnels.

LES SÉMINAIRES INTENSIFS

30 places

9 et 10 Mai

IMPLANTS ET PARODONTIE

12 et 13 Septembre

TRAITEMENT DES CAS COMPLEXES

7 et 8 novembre

CHIRURGIES PLASTIQUES ET ESTHÉTIQUES

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



Le retraitement en endodontie: rendez-vous à l'apex



Photo: JSOP

LE FIL DENTAIRE a suivi pour vous la journée de la SOP du 24 janvier 2005. Comme d'habitude à la SOP un public nombreux (1 200 personnes) avait répondu présent pour écouter des conférenciers de talent et ne pas rater ce « rendez vous à l'Apex ».

Quand faut-il retraiter ?

Par Pierre Machtou

La prise de décision devrait se baser sur des critères objectifs :

Premier principe : toute lésion persistante après traitement doit être retraitée.

Deuxième principe : une lésion persistante peut ne pas être retraitée en fonction :

- du respect de l'autonomie du patient.
- des risques potentiels liés au retraitement (faisabilité)
- du coût global.

Indications du retraitement non chirurgical

- échec du traitement initial ou retraitement inadéquat. (présence d'une symptomatologie)
- obturation canalaire **radiographiquement** ou **cliniquement** (vérification in situ en sondant le matériau d'obturation) inadéquate, **sans signe d'échec évident**, sur une dent devant recevoir une restauration prothétique.

(L'indication majeure du retraitement non chirurgical est la sous-obturation)

Donc pour ce dernier point :

S'il existe un projet prothétique, il faut retraiter même s'il n'y a pas de symptôme ni de lésion visible à la radio: c'est une **indication d'ordre technique**. En revanche s'il n'y a pas de projet prothétique on s'abstiendra.

Autres précisions intéressantes

- « Une dent est un tout » : lors d'un retraitement, il est impératif de retraiter tous les canaux (même s'il en existe un ou plusieurs qui ont été traités parfaitement).
- Une obturation canalaire laissée ouverte à l'environnement (sans reconstitution coronaire ou coronoradiculaire) durant plus de trois mois doit être retraitée.
- Si il existe une phase de prothèse provisoire avec tenon il faut que celle-ci soit la plus courte possible dans le temps.

Considérations cliniques préopératoires

Par Yves Yana

Avant de retraiter, on se doit de se poser plusieurs questions :

1 Quand le traitement a-t-il été entrepris ? (Effectivement, une image radioclaire à l'apex d'une dent n'indique pas s'il s'agit d'une lésion en phase d'aggravation ou de cicatrisation).

2 Peut-on conserver la dent ? (État de santé parodontal, possibilité de restauration prothétique)

- pour le cas particulier du maintien des éléments prothétiques (conservation de la couronne pour la réalisation d'une cavité d'accès à quatre parois) il faudra s'assurer qu'il n'existe pas de récurrence carieuse sous la couronne existante.

- vérification de l'attache épithéliale (S'il existe un sondage ponctuel important cela signe une fracture radiculaire dans la majorité des cas).

[En cas de doute relatif à ces deux derniers points on déposera l'élément prothétique existant]

3 Déterminer les causes de l'échec du traitement canalaire précédent: (cela permet de contourner l'échec pour le succès du retraitement)

- Les causes d'échec d'un traitement endodontique sont très nombreuses mais «*quelles que soient les causes initiales, la somme de toutes les causes est le manque d'étanchéité de l'obturation.*» (Cliff Ruddle) (qui engendre la percolation bactérienne).

- **la cavité d'accès inadéquate** est l'une des principales causes d'échec du retraitement canalaire. Celle-ci entraîne fausse route, perforation, stripping, déplacement du foramen, fracture instrumentale, fracture radiculaire, sous-obturation, mauvaise visibilité...

- **la lecture de radiographies sous-exploitées et en nombre insuffisant**

2 radiographies pré-opératoires au minimum sont recommandées: radiographie orthogonale + radiographie excentrée.

Règle de Clark: le tube radiographique « souffle »



tout ce qui est vestibulaire. Si le tube est dirigé en mésial, tout ce qui distal sur la radiographie est donc vestibulaire.

Dans le retraitement, la prévention des difficultés à venir se fait essentiellement grâce à la prise de plusieurs radiographies préopératoires.

A noter: le risque Oslérien contre-indique formellement le retraitement endodontique.

L'accès canalaire et la désobturation des canaux

Par Jacob AMOR et Hervé UZAN

Obtenir l'accès au canal

Cela impose :

- la dépose des couronnes ou restaurations coronaires par découpage ou descellement (aidé par arrache couronne, Wam Key etc...)
- la dépose des faux moignons
- la dépose des tenons et screw-post (à l'aide du système de Gonon amélioré)
- l'amélioration de la cavité d'accès
- la localisation précise des entrées canalaires grâce à la connaissance de l'anatomie, de la radiographie, du grossissement et de la lumière.

Obtenir l'accès au foramen

Cela implique de désobturer et de négocier la portion non obturée :

La désobturation des canaux

• les pâtes

Le solvant de choix est l'Endosolv E.

L'instrument manuel utilisé doit être **court** à pointe active qui se comporte comme une **dague** (lime H n°15 de 21 mm). On fait mordre l'instrument dans la pâte en dégageant latéralement le matériau.

La désobturation rotative nécessite un minimum de mise en forme au départ (de l'ancien traitement) **car les instruments ne doivent rentrer en contact qu'avec le matériau retiré et non avec les parois dentinaires.** (F2 puis F1 à 350 tr/min dans le cadre du système protaper). Cela nécessite de contrôler la pointe en permanence et une grande prudence.

Très important : En manuel ou en mécanisé, lorsque l'instrument ne progresse plus dans le canal, il convient de ne pas insister. Il faut prendre 2 radiographies sous 2 angulations différentes pour comprendre les raisons de l'obstacle.

* soit il reste du matériau d'obturation: choisir l'instrument de diamètre inférieur.

* soit une fausse route: améliorer la cavité d'accès, relocaliser le canal, puis Glyde + instrument manuel. S'il existe une marche dans la région apicale: il faut d'abord la franchir (limes K10, 15, 20 précurbées) puis l'effacer (F1, F2, F3 **précourbées** utilisées **manuellement** technique de Roane).

Important: un instrument rotatif précurbé ne doit être utilisé qu'une seule fois et surtout ne pas être réutilisé en rotation continue.

• Les bakélites: (Spad, Forfenan, Resoplast)

Il n'existe pas réellement de solvant efficace. Par contre, il a été démontré que ces matériaux subissent

une rétraction importante en 1 à 2 semaines quand ils sont placés au contact de l'Endosolv R (Septodont), du Resosolv (Pierre Roland) et du DSMO. Cette propriété est utilisée afin de faire passer un instrument entre le matériau et la paroi dentinaire. On note également que très souvent le matériau est solide uniquement dans le tiers coronaire, à ce niveau, il est éliminé par des ultrasons.

• Matériau plastique: La Gutta

*si l'obturation n'est pas dense (cône de gutta «flottant») ne pas utiliser de solvant: retirer le cône d'un seul bloc avec une lime H.

*si l'obturation est dense et/ou si les canaux sont courbes, utiliser du solvant (chloroforme).

Si les canaux sont droits, l'instrumentation rotative (F3,F2,F1 à 400-700 trs/mn, sans solvant ou avec du chloroforme prélevé à l'aide d'une seringue en verre injecté directement dans le canal et **rendu moins volatile par l'adjonction de 2 gouttes d'anesthésique**), bien que plus rapide demeure néanmoins dangereuse et grande consommatrice d'instruments. L'inconvénient des solvants est qu'ils présentent une toxicité importante et qu'ils sont difficiles à éliminer.

L'avantage de la rotation continue est qu'elle peut se passer de solvant dans le cas de la gutta et donc d'éviter d'obtenir de la «chloro-percha» (gutta ramollie très difficile à éliminer).

Technique du «buvard»: après la technique rotative sans solvant, on met du solvant dans le canal et avec une pointe papier on absorbe ce qui reste de matériau. (Les bactéries se trouvent surtout au niveau de l'interface entre le sealer et les parois dentinaires d'où l'intérêt de cette technique).

*En cas de présence de Thermafil, on utilisera l'instrumentation rotative (F2ou F1 à 700 trs/mn) et on fera appel aux systèmes d'obturation chauffants (Système B, Touch'N Heat).

• Les matériaux solides (cônes d'argent)

Prise possible du cône ? Section transversale du canal ? (si le canal est en 8, cela permet de passer à côté)

***Si la prise est possible:** on préserve la tête du cône d'argent, on utilise la combinaison solvant / lubrifiant, on passe à côté (15,10,08) on se sert ensuite d'une pince (seulement à la fin) afin de réaliser une action de levier.

***Si la prise est impossible:** solvant / lubrifiant. On n'a le choix que de passer à côté (il ne faut pas essayer de désintégrer les cônes avec des US) (limes 15/10/08) + limes ultrasonores(15/20) + irrigation abondante.

Une fois les canaux désobturés, on refait la mise en forme et on obture de manière tridimensionnelle.

Gérer les difficultés

Dominique Martin

L'élimination des instruments fracturés

Afin d'éliminer les instruments fracturés plusieurs moyens s'offrent à nous :

1 **Améliorer l'accès coronaire** (travailler au niveau de la paroi qui porte le nom du canal avec par exemple des forêts de Gates no 1 à 4 en travaillant en retrait).

2 Passer à côté de l'instrument

On passe les limes manuelles K10, 15 puis 20. Les limes ultrasonores sont ensuite utilisées pour dégager l'instrument fracturé de la paroi dentinaire et ainsi l'éliminer.

Si l'instrument n'est pas retiré dans ce cas-là, cela ne pose pas de problème à condition que l'on arrive à obtenir la perméabilité du canal et ainsi à noyer l'instrument dans la gutta au moment de l'obturation. (By-pass)

Attention ! Toutes les manoeuvres consistant à retirer les instruments fracturés des canaux doivent se faire avec les entrées des autres canaux protégées par des boulettes de coton afin de ne pas risquer de faire ré-entrer l'instrument ailleurs.

3 Les ultrasons

Ils s'utilisent sans eau afin d'avoir une visibilité maximum.

Pour éliminer un instrument fracturé qui est vissé dans le canal (comme c'est souvent le cas avec les instruments NI-TI en rotation continue) on utilise d'abord un Gates coupé au bout afin de faire un plateau juste au-dessus de l'instrument fracturé. On détoure ensuite l'instrument grâce à un ultrason fin de type Pro Ultra en titane (Dentsply Maillefer).

Il faut impérativement voir ce que l'on fait donc la localisation du fragment ne doit pas se situer au-delà du tiers coronaire / tiers moyen.

- On peut également utiliser les US pour pulvériser le fragment fracturé (technique indispensable au niveau des racines grêles où la technique précédente ne peut être utilisée).

4 Extracteur (type tube)

Mini trousse de Masseran de chez Microméga ou IRS de chez Dentsply Maillefer.

Indications: instruments bloqués, fragments longs avec une localisation tiers coronaire / tiers médian.

En conclusion: en présence d'instruments fracturés, il faut améliorer l'accès coronaire, tenter de passer à côté du fragment, ne pas mettre en œuvre des techniques invasives sans voir et surtout savoir s'arrêter sachant que poursuivre serait périlleux.

Les perforations

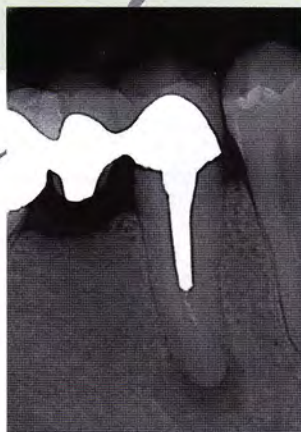
Le pronostic dépend du niveau où elle se situe (+++), de sa situation, de sa taille et de son ancienneté (+++). Plus elle est ancienne, plus elle est contaminée.

3 éléments sont à considérer:

- Lors du sondage préalable en regard du site de la perforation, il faut vérifier s'il n'y a pas perte d'attache entre la perforation et le sulcus (dans le cas contraire, il n'y a pas de guérison possible si un traitement parodontal de type élongation coronaire n'y est pas associé).
- Les tissus coronaires résiduels.
- L'existence d'une matrice dentinaire.

Le Pro Root MTA est le matériau de choix et présente les propriétés suivantes :

- Une excellente biocompatibilité
- L'absence de corrosion
- Une excellente étanchéité en milieu humide.
- Un temps de travail important
- Une radioopacité.



Pilier de bridge présentant une lésion inflammatoire périapicale d'origine endodontique.



Disparition de la LIPOE après reprise de traitement par voie rétrograde évitant la dépose du bridge.

Le retraitement chirurgical

Par Stéphane Simon

Son but est de supprimer les bactéries du système canalaire par voie rétrograde.

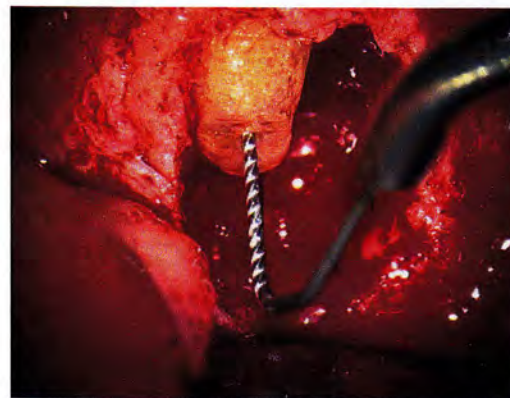
Il permet d'accéder et d'atteindre ce qui est inaccessible par voie orthograde.

Son action va de la simple énucléation de la lésion périapicale (= lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique : LIPOE qui est le critère objectif de la persistance de bactéries dans le système canalaire) au curetage large de la zone.

Les indications de la chirurgie

- Absence de guérison après retraitement dans un délai supérieur à 1 an, résultant d'une désinfection incomplète de l'endodonte.
- Présence de microorganismes (y-a-t-il des bactéries dans la LIPOE ?)
- Lésions kystiques (poches): ces kystes guérissent-ils de la même façon que les granulomes ? Il y a 2 types de kystes: les vrais kystes et les kystes en poche (ces derniers ne guérissent pas par traitement orthograde).
- Persistance de symptomatologie après retraitement.
- Risques de complications liées au retraitement orthograde.
- En cas de présence d'un élément intraradiculaire (tenon), la chirurgie permet d'accéder au canal (il faut dégager l'espace canalaire par voie rétrograde jusqu'à l'extrémité du tenon).

La chirurgie est un traitement complémentaire au traitement orthograde et non un traitement de substitution.



Reprise de traitement par voie rétrograde

Il est nécessaire d'intervenir sur une lésion froide: prescrire un traitement combiné antibiotiques + anti-inflammatoires de façon à faire passer la lésion de phase aiguë en phase chronique.

On réalise un lambeau de pleine épaisseur qui s'étend à une dent de part et d'autre de la lésion avec incisions verticales de décharge.

Afin d'obtenir l'hémostase de la zone périradiculaire exposée, on utilise du Surgicel ou de l'Astringident (Ultradent).

Après nettoyage à l'aide d'une solution de désinfection, on procède à la mise en forme du canal et on obture à l'aide d'IRM ou de MTA (à préférer).

La chirurgie donne de meilleurs résultats quand elle est associée au retraitement (par rapport à la chirurgie seule).

La chirurgie constitue un traitement de 2^{ème} intention ■

Compte-rendu réalisé par le Dr Steve BENERO

MEGA DENTAL

Le consommable dentaire à prix discount en 24 h chez vous

Ce superbe VTT offert pour 790€ de commande

ASA DENTAL

Valable sur toute l'instrumentation manuelle proposée dans le catalogue général n° 28. Tarifs hors promotions ou remises.

Code avantage : FD 2



DECATHLON

VTT Rockrider 6.0. Pour la campagne et la ville. Renfort de tube de selle. Amortisseur à ressort. Dérailleur avant et arrière DNP. Poignées toumatos 21 vitesses. Pédalier eubico ventura acier 24x34x42. Pédales Manvi avec roulements Jantes aluminium Alex. Pneus Debica. Leviers et étriers VUELTA. Pièces et main d'œuvre garantie 2 ans. Fourches à suspension garantie 1 an. Cadre garantie 5 ans.

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

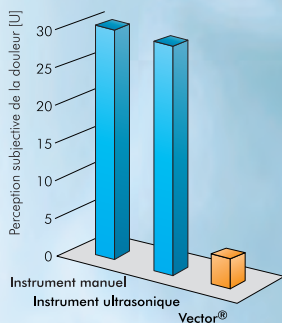
16-18, rue des Investisseurs - Z.A. de la Plaine-Haute - 91360 Crosne

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

Traitement de la parodontite?

N'ayez pas peur:

Le Vector est pratiquement indolore



Perception de la douleur lors du traitement, valeurs moyennes, le Vector moins douloureux de manière significative (P < 0,05). L'étude voir litt. 1

Les patients sont très critiques. Ils redoutent la douleur. Un traitement doux respecte la gencive et les tissus radiculaires. Une étude clinique démontre que «par rapport aux méthodes conventionnelles, le système Vector permet de prodiguer des soins parodontologiques avec un minimum de douleur»¹. Efficace dès la première séance, il ne nécessite en principe aucune anesthésie même pour les traitements de suivi réguliers. Les tests cliniques prouvent son utilité². Le Vector emploie un mouvement ultrasonique à oscillations verticales et des particules de polissage à la base d'hydroxylapatite pour l'élimination efficace du tartre et des biofilms sous-gingivaux.

Laissez vos patients juger par eux-mêmes!

Informations: Dürr Dental France S.A.R.L., 26, rue Diderot, 92022 Nanterre Cedex, Tél. 01 55 69 11 50, durr-dental@durr.fr, www.durr.fr



Nouveauté:
pièce à main Scaler
haute performance
pour le détartrage

VECTOR

**DÜRR
DENTAL**

Eric et Stephanie Faidherbe, des praticiens-managers en herbe

La promesse d'indépendance

Eric fait un premier remplacement durant l'été 1994: une expérience pénible qu'il ne souhaite pas renouveler (matériel archaïque, stérilisation « limite » et cadre pas agréable). Il sait désormais qu'il fera tout pour plus ne plus être le « second », qu'il s'agisse d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Faisant dans la foulée son armée dans un hôpital militaire, il fourbit ses « armes » de dentiste en pratiquant très tôt la chirurgie, et s'installe à Verton. Il y fait en effet la connaissance d'un médecin généraliste qui entreprend de construire un centre médical (kinésithérapie, soins infirmiers, médecine générale), et lui donne l'opportunité d'une première installation à proximité de l'endroit où il a passé son enfance. Eric n'hésite pas longtemps. Il prend un bail professionnel sur six ans, et commence son expérience d'indépendant dans un 30 m², avec une petite salle de sté, et une moindre salle d'attente dans le couloir.

Stéphanie trouvera une collaboration qui ne lui apportera aucune satisfaction, pour les mêmes raisons qu'Eric: manque de moyens, salle de stérilisation quasi inexistante, pas d'assistance fauteuil, et prend dès lors conscience, plus tardivement qu'Eric, de l'impérieuse nécessité de l'autonomie intellectuelle et de l'indépendance matérielle du chirurgien-dentiste.

ERIC ET STEPHANIE FAIDHERBE: UNE VOCATION COMMUNE

Stéphanie a entendu l'appel du métier vers l'âge de 7 ans. Soignée par une praticienne de son quartier, admirative et fascinée par son sens du service et sa sensibilité, Stéphanie sait précisément qu'elle sera un jour chirurgien-dentiste. Pour Eric, l'appel a été plus tardif, vers l'adolescence, et plus en termes de perspectives professionnelles. Plus pragmatique, il voit là l'opportunité de se réaliser professionnellement tout en étant maître de son temps. Ils obtiennent respectivement leur BAC en 1988 et 1989. Tous les deux diplômés de la FAC de Lille, Eric obtient son P1 en 1990, sa thèse en 1995, Stéphanie, quant à elle, obtient son P1 en 1991 et est thésée en 1997.

● Céline, première assistante fauteuil, et toujours en poste (1998-2005)

Au bout d'un an, Eric effectue son premier recrutement de personnel, sans aucune méthodologie. Son besoin premier consistait dans la prise en charge du secrétariat et de la stérilisation qu'il devenait nécessaire de déléguer, pour des raisons de disponibilité et de productivité, et s'il voulait pour ses patients un service de qualité. Habitué à travailler seul, il n'envisage pas les avantages d'une assistance fauteuil à part entière. Suite à une candidature spontanée, il embauche Céline qu'il inscrit sans hésitation en septembre 1998 à la CNQAOS de Lille. Dans la foulée, il demande à sa femme, Stéphanie, de venir travailler avec lui, afin de pouvoir se libérer pour pratiquer ses loisirs, entre autres, la chasse. Il prend les lundi, mardi, mercredi, et Stéphanie assure les vendredi et samedi matin. « Financièrement, cela n'a rien changé pour nous, précise Stéphanie, mais nous ne voulions surtout pas que notre activité professionnelle nous prenne tout notre temps. C'était pour moi l'occasion d'exercer enfin de manière autonome, régulière et plus soutenue, tout en rendant service à mon mari tout en gardant du temps pour notre fils ». En 1999, Stéphanie a son deuxième enfant, et continue ainsi jusqu'en septembre 2001. « Ce fut une période difficile, insiste Stéphanie, nous n'avions pas moins de 20 à 25 patients par jour. C'était galère ! On commençait à se laisser happer par le toujours plus ».

● Un projet ambitieux, la clé de l'autonomie

Les Docteurs Faidherbe ont compris très tôt qu'ils ne pourraient exercer comme ils le souhaitent sans perspectives ambitieuses de développement organisationnel et d'évolution technique. « On avait déjà les ambitions d'un local spacieux dans un cadre agréable, 3 fauteuils, un accueil sympa, enfin, quelque chose qui ait de la gueule, et à la campagne ! ». Plus encore, les praticiens étaient persuadés d'un fort potentiel de développement local, et d'une patientèle qui répondrait favorablement à la création d'une offre de services de qualité. Le pari n'était pourtant pas gagné d'avance, car il s'agissait d'implanter une structure de deux nouveaux dentistes, là où il n'y en avait eu qu'un seul depuis longtemps.

● La construction du cabinet: un projet d'envergure mené de main de maître

Les praticiens ont prospecté pour le terrain et finalisé l'acquisition de 2 000 m² en juillet 2000. Le cabinet, d'une surface de 135 m² a été finalisé en septembre 2001. « Nous avons vécu une expérience extraordinaire. On a d'ailleurs fini une semaine avant le délai imparti. Nous avons aussi eu la chance d'être épaulés par un super architecte qui n'a rien laissé passer. On était en plus tenu par un délai impératif, notre précédent bail se terminant le 30 septembre. On s'est énormément investi dans ce projet, tout notre temps libre y est passé, aux dépens sans doute aussi de notre vie de famille... ».

● Stéphanie, la nécessité d'une deuxième assistante fauteuil (2003)

Dès l'entrée dans le cabinet, les praticiens décident dans la foulée de recruter une secrétaire qu'ils inscrivent à la CNQAOS de Paris, afin que Stéphanie Faidherbe puisse, à l'instar de son mari, profiter pleinement de l'assistance clinique. Ce recrutement n'est pas concluant (départ pour grossesse), et les praticiens font une nouvelle recherche et intègrent Stéphanie, qui est déjà qualifiée et expérimentée, en 2003.

● Gestion et organisation: la démobilisation du personnel, une semi-réussite

Se tenant régulièrement et sérieusement à jour sur les évolutions de leur métier, et comprenant qu'ils avaient encore beaucoup à apprendre pour gagner durablement et sûrement leur autonomie, ils décident de s'informer, sans aucun a priori ni préjugé, sur les opportunités de développement de leur organisation et modalités de gestion. « On voulait changer les choses, mais on



Par Rodolphe Cochet

ne savait pas par quel bout s'y prendre. On lisait les revues professionnelles. On s'est très vite rendu compte qu'on ne pourrait pas avancer si l'on continuait de fonctionner de manière empirique. L'avis de nos amis et confrères était partagé sur les cabinets de conseil, ne les ayant par ailleurs pas expérimentés pour la majorité, beaucoup pensaient qu'on l'on pouvait très bien s'en sortir seul après tout ».

Les praticiens reconnaissent avoir appris à déléguer plus, à se donner les moyens de se concentrer sur les soins, et ont pu réduire efficacement leur temps au fauteuil qui est de 30 heures pour chaque praticien, mais regrettent que leur personnel n'ait pas souhaité s'investir plus. En résumé, ils font le constat d'une semi-réussite, réalisant a posteriori que l'on peut difficilement mettre en place l'ensemble des préconisations de consultants parfois non qualifiés, si le personnel en place n'est pas rationnellement motivé, ni stratégiquement et efficacement managé ou co-dirigé. Fin 2004, de nombreux protocoles « préconisés » sont donc encore dans les placards. En effet, si le personnel en place dans les cabinets n'est pas sur la même longueur d'onde que les praticiens, n'est pas ouvert au changement, si les praticiens eux-mêmes n'ont pas les compétences managériales suffisantes et nécessaires pour emmener leur personnel dans l'aventure du développement organisationnel, l'implémentation de procédures trop souvent généralistes dans des cabinets dentaires qui n'y sont pas préparés, risque d'échouer. L'une des solutions consiste dans la réalisation préalable d'un audit social, via un bilan de compétences managériales des praticiens, et d'un bilan de compétences relationnelles de l'ensemble du personnel, afin de déterminer les aptitudes du cabinet à la conduite d'un tel changement.

● Manager et fidéliser son personnel: la dimension du capital humain

Nos praticiens, comme la majorité de la profession, reconnaissent que l'un des fardeaux les plus lourds de l'exercice de leur profession consiste dans le management individuel de leur personnel. C'est déjà difficile de gérer une assistante, mais quand l'équipe s'agrandit, cela devient régulièrement un frein préjudiciable à la productivité clinique du cabinet.

« Ce que l'on trouve le plus difficile -insiste Stéphanie Faidherbe- avec ces quelques années de recul, c'est d'arriver à motiver nos assistantes pour qu'elles aient la même perception que nous de notre entreprise, c'est de parvenir à obtenir des performances, du moins des résultats satisfaisants, quand on délègue par ailleurs de plus en plus... Être trop exigeant en tant que dentiste-manager, c'est prendre le risque d'être perçu par son personnel comme des rabats-joie ! Ce qui est à mon niveau le plus rébarbatif, c'est le social, la gestion des horaires, des desiderata de chacun, et ce qui nous manque le plus, ce sont des outils rationnels de motivation et de management de notre personnel afin de concilier les intérêts de notre personnel avec les enjeux économiques et technologiques de notre cabinet ».



● La Gestion des Ressources Humaines (GRH), l'individualisation du management

En ce qui concerne les premiers recrutements d'assistantes dentaires, nos praticiens avaient fait leur sélection sur la base de candidatures spontanées non ciblées, (cas de Céline). Pour la deuxième assistante dentaire (Stéphanie), ils ont embauché la seule candidate qui avait la qualification.

Même si le profil retenu par les praticiens ne correspond généralement pas à leurs exigences premières et absolues, quand nous leur faisons comprendre que la perle rare n'existe pas, que personne n'est irremplaçable (quel que soit le secteur d'activités, du moins dans celui de l'assistantat ou du support) et que cette « perle » néanmoins toujours autant convoitée n'est que le fruit d'une collaboration rationnelle et méthodique, on prend conscience de l'importance d'adopter une réelle stratégie en gestion des RH (Ressources/Relations Humaines), en fonction du profil psycho-professionnel de chacun des membres du personnel et des praticiens. Si le personnel en place n'est pas tenu régulièrement par des stratégies de management par objectifs (MPO) rationnelles, certifiées par les standards des RH, et personnalisées, l'implémentation de concepts clés en main trop souvent généralistes de gestion ou bien encore de « développement personnel » (PNL, analyse transactionnelle et autres pseudos théories psychologues, peut se révéler non appropriée dans certains cabinets dentaires.

Aussi, « nous avons beaucoup de mal à évaluer les compétences et performances de nos assistantes, -explique Stéphanie Faidherbe-, nous ne sommes pas des professionnels des RH et du management... On n'est pas non plus formé pour prévenir et gérer les conflits relationnels, et ça, ce n'est ni de la gestion, ni de l'organisation. On fonctionne trop avec son feeling ».

D'un point de vue théorique et pratique, il faut distinguer le « management des compétences et performances individuelles » (Ressources Humaines: évaluer, sélectionner, déléguer, motiver, fidéliser) du « management des systèmes et organisations » (Gestion et Organisation: optimiser les procédures, gérer, rentabiliser). Le management des systèmes ne prend généralement pas en considération le facteur humain. Les praticiens confondent trop souvent le « conseil en gestion et organisation », et le « conseil en management du personnel », proprement dit.

management





Parcours et témoignage de Stéphanie, assistante dentaire qualifiée, 28 ans

● Ma formation

Après la 3^{ème}, je suis allée au lycée et j'ai obtenu un bac général (Bac D). A la fac de Lille, j'ai fait des études d'histoire et de géographie et j'ai obtenu un DEUG et une licence. J'hésitais au lycée entre l'enseignement et un métier qui touche au secteur médical et à la santé. J'ai une cousine qui exerce ce métier et j'appréciais ce qu'elle faisait. Elle connaissait un chirurgien-dentiste qui cherchait une assistante à former. C'était une opportunité. J'ai donc suivi la formation de deux ans auprès de la CNQAOS (Commission Nationale de Qualification des Assistantes en Odonto-Stomatologie). On apprend la théorie et les bases de la profession et la pratique dépend des praticiens avec qui on travaille, de leurs méthodes de travail.

● Mon regard sur la profession d'assistante dentaire

Le plus important pour moi, c'est la bonne entente entre les praticiens et le personnel, et surtout la reconnaissance (devant les patients). L'un de mes plus mauvais souvenirs: c'est de m'être vraiment investie dans la relation du praticien au patient, sans même recevoir un merci ou une observation positive.

Le métier d'assistante dentaire est un métier où il faut être prête à gérer plusieurs choses à la fois et les réussir est motivant. Parvenir à anticiper correctement les actes du praticien est par exemple, une réelle satisfaction. Le salaire ne doit pas, et ne peut pas être la 1^{ère} motivation de l'assistante. Il est pour ma part de 1560 euros bruts mensuels, et j'en suis satisfaite.

En ce qui concerne les journées de travail, elles sont longues, souvent trop longues. Mais les jours de congé et les RTT permettent de compenser.

³Le MPO (Management Par Objectifs) n'a rien à voir avec la dérive « commerciale » de la mise en place d'objectifs financiers ou commerciaux. En effet, « la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce » (article 12 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes). Il s'agit, dans le jargon des théories efficaces de Management, de développer les compétences et d'optimiser les performances individuelles par objectifs de réalisation personnelle, en appliquant des stratégies de motivation, de communication interne, et de médiation experte, dans le respect de l'intégrité psychologique et morale du personnel dentaire.

● Les aléas de mon métier

Les difficultés à gérer consistent très souvent dans la multitude des tâches à réaliser quasi simultanément ! Pour le travail de secrétariat, de stérilisation et d'assistante au fauteuil, mieux vaut être organisée. Il est très difficile de mener à bien ces différentes tâches en même temps. Le secrétariat seul est un travail très lourd qui occupe une personne à temps complet. L'assistance au fauteuil regroupe l'assistance au cours des différents actes, soins, chirurgie, empreintes, etc. mais aussi la préparation des différentes salles de soins, débarrasser les salles après chaque patient, tout ranger, nettoyer, ... faire la réappro. Il faut aussi s'adapter aux différents patients, et en même temps les aborder tous avec la même amabilité. Je trouve que les assistantes n'ont pas vraiment le temps de développer des relations avec les patients.

● Au sein du cabinet des Docteurs Faidherbe...bonne humeur assurée !

Je n'ai pas eu vraiment de difficultés d'adaptation au sein du cabinet des Docteurs Faidherbe. Le plus dur, c'est de gérer à deux assistantes dentaires, un travail fait pour deux assistantes cliniques et une secrétaire. Nous sommes d'ailleurs en cours de recrutement d'une secrétaire... Le travail au quotidien ne s'améliore que lorsqu'il y a une bonne humeur générale, une bonne entente entre les praticiens et le personnel, et entre les assistantes elle-mêmes.

On a réalisé au sein du cabinet une réorganisation des différentes tâches et fonctions de chaque assistante (chartes de poste, réunions mensuelles, briefings, entretien d'évaluation...) afin d'améliorer notre travail: c'est un véritable avantage, sans compter des praticiens jeunes, dynamiques, à l'écoute des assistantes, à la pointe des dernières techniques, un équipement professionnel au top, un cadre excellent, ...etc...

Mon plus grand souhait est de pouvoir participer activement à l'évolution du cabinet.

Parcours et témoignage de Céline, assistante dentaire qualifiée, 33 ans

● Ma formation

Après la 3^{ème} (BEPC), je suis allée en seconde SMS (Sciences médico-sociales) où, au terme de trois années, j'ai obtenu mon baccalauréat F8 en 1992. J'ai ensuite passé plusieurs concours d'entrée d'école (notamment infirmière). J'ai également travaillé par ailleurs dans une boulangerie pour mes parents pendant plusieurs années.

Juste après mon bac, je me suis inscrite en 1^{re} année, en préparation au concours de sage-femme à Lille. Après cette année, j'ai fait quelques remplacements au sein de différents cabinets dentaires. J'ai ensuite effectué un CES auprès du Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer en la qualité de secrétaire médicale au sein du service des urgences et de radiologie pendant 10 mois. Puis j'ai effectué un remplacement au sein du cabinet de

mon chirurgien-dentiste, lequel savait que j'étais à la recherche d'un emploi. Cela m'a beaucoup plu et j'ai donc décidé de continuer dans cette voie. En 1996, j'ai commencé à travailler avec M. Éric Faidherbe sur la base d'une vingtaine d'heures dans le cadre d'un contrat de qualification. J'ai été diplômée en 1998 au titre d'assistante dentaire qualifiée auprès du CNQAOS de Lille.

● Ma fidélité aux Docteurs Faidherbe, 10 ans à leur service !

Mes seuls employeurs à ce jour sont M. et Mme Faidherbe. Je n'ai encore jusqu'à présent eu à affronter une mauvaise expérience professionnelle. Je suis arrivée au cabinet en 1996. Je ne travaillais que pour M. Faidherbe. Mon emploi a évolué avec le temps: 20 heures, 30 heures, 39 heures. Je me suis bien intégrée dès mon arrivée. Les docteurs m'ont appris mon métier. J'ai la chance d'avoir de très bons professeurs !

● Mon regard sur la profession d'assistante dentaire

Ce qui est plaisant dans le métier d'assistante dentaire, c'est la diversité des tâches et responsabilités (cliniques, administratives, relationnelles). Il faut une grande disponibilité dans le travail, un grand sens d'organisation, être performante dans plusieurs domaines et faire face à des cas d'urgence qu'il faut gérer au mieux. S'agissant du salaire, je pense honnêtement que notre profession n'est pas suffisamment reconnue ni valorisée, même si je sais que je retrouverais difficilement un salaire de 1750 euros bruts mensuels ailleurs !

● On ne peut pas tout faire: assistante clinique et secrétaire, il faut choisir

Le fauteuil nous demande, je pense, 3/4 de notre temps passé au cabinet et 1/4 en stérilisation. La présence d'une secrétaire à temps complet au sein du cabinet permettrait à l'assistante de passer plus de temps au fauteuil à 4 mains et de s'épanouir au maximum dans son travail.

● Le défaut de formation continue pour les assistantes

J'ai l'impression qu'une assistante dentaire ne peut pas vraiment évoluer professionnellement, sauf en interne, car il n'existe pas vraiment de formation ou perfectionnement après le diplôme, mis à part quelques petits cycles de « formation » d'un ou deux jours. Ce qui est fort regrettable et démotivant. ■

Pour en savoir plus:

RÓDOLPHE COCHET CONSEIL

Stratégies de Management et de Motivation du personnel des cabinets dentaires

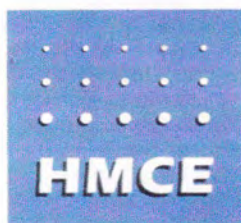
« Les Sciences Managériales au service des chirurgiens-dentistes »

Tél. et fax: 01 43 31 12 67 - www.rh-dentaire.com

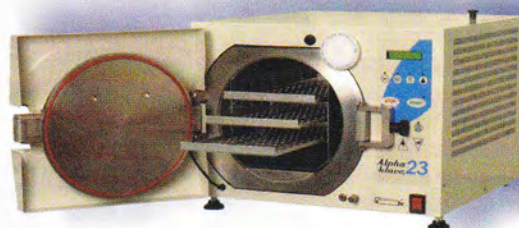
Votre AUTOCLAVE
est-il certifié ?



Ne doutez plus, choisissez
L'ALPHAKLAVE 23
nouvelle certification APAVE
"qualification opérationnelle"



Alphaklave 12



Alphaklave 23



Clean-One

L'investissement immobilier défiscalisant



Avez vous un intérêt à faire un investissement immobilier locatif défiscalisant ?
Oui

Et comment ?

En oubliant la défiscalisation !!!

C'est la cerise sur le gâteau.

N'oubliez jamais que c'est d'abord de l'immobilier et qu'ensuite vous allez y appliquer la loi de finance correspondante.

Donc respecter les 3 règles d'or, c'est à dire:

- L'emplacement
- L'emplacement
- L'emplacement

L'emplacement par rapport à la région, à la ville puis aux commodités. Il est clair que pour vos locataires, ce sont des critères importants.

Ceci étant posé, la qualité du bien acheté est également importante.

Évitez les « usines à gaz », les montages très sophistiqués qui vont vous faire économiser trois euros six sous et vous provoquer des migraines.

L'investissement immobilier locatif est un investissement PATRIMONIAL donc à part le fait qu'il faille appliquer la loi dans laquelle vous êtes engagé, pensez rentabilité, revenus et revente.

Alors me direz-vous: LA DEFISCALISATION.

Lorsque vous avez bien appliqué le début de mon exposé, pensez DEFISC !

Par exemple:

De Robien, si vous payez entre 8000 et 45000 euros d'impôts.

Au delà, la loi Malraux peut être envisagée ou encore l'immobilier Girardin dans les Dom-Tom, cela peut-être intéressant car nous sommes en réduction d'impôt et on peut gommer une grande partie de ses impôts à payer.

Mais comme d'habitude l'important n'est pas la défiscalisation mais la qualité du produit proposé.

Ceci étant, il existe aujourd'hui différentes sociétés qui vous proposeront les garanties locatives comme en métropole.

Le montage financier

Le financement de ce type d'opération est également important cependant, il varie avec le profil de l'investisseur et selon le cas. Il faut faire au plus simple.

Voici quelques exemples :

La nouvelle Loi DE ROBIEN

Ce dispositif vous permet, lorsque vous investissez dans le neuf à but locatif, de déduire de vos loyers de 65% du prix du logement selon un dispositif précis. Ce qui vient fiscalement diminuer vos revenus dans la plus haute tranche, et par voie de conséquence vos impôts.

Les innovations majeures de cette loi portent sur:

- une simplification du zonage en 3 zones (voir tableau ci-dessous).
- l'augmentation des plafonds de loyer.
- la suppression des plafonds de ressources des locataires.

Vos avantages fiscaux, vos engagements:

Possibilité de déduire des revenus fonciers (amortissement):

- 8% du montant investi pendant les 5 premières années.
- 2,5% pendant les 4 années suivantes, qui peuvent être reconduites par période de 3 ans et pour 6 années supplémentaires. Au total la déduction porte au maximum sur 65% du prix d'acquisition. S'il n'y a pas de revenus fonciers suffisants pour absorber l'amortissement, le déficit créé se reporte sur le revenu global dans la limite de 10.700€.
- les loyers perçus bénéficient d'une réduction forfaitaire de 6%.

L'investisseur doit s'engager à louer le logement pendant 9 ans.

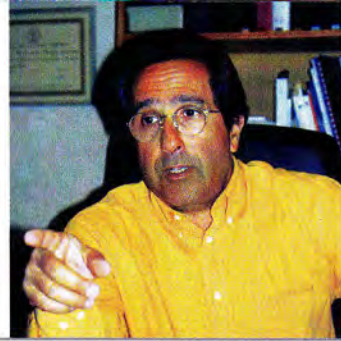
Le logement doit être la résidence principale

Plafond des loyers mensuels par m2 de surface utile

ZONES	ZONES GEOGRAPHIQUES	PRIX AU M ²
A	Agglomération parisienne, Côte d'Azur, Genevois français.	18,47€
B	Villes de + de 50.000 habitants et agglomérations chères situées aux franges de l'agglomération parisienne et en zones littorales ou frontalières.	12,83€
C	Reste du territoire	9,23€

Les nouvelles dispositions de la loi De Robien s'appliqueront avec effet rétroactif aux logements acquis neufs ou mis en chantier à compter du 3 avril 2003

Par Alain Carnel



du locataire (la loi de finance de 2003 prévoit la possibilité de louer à un ascendant ou descendant, à condition qu'il ne soit pas membre du même foyer fiscal).

Les loyers sont plafonnés en fonction de 3 zones.

Prenons un exemple chiffré en application de la loi De Robien

Descriptif de l'opération

LIEU : CHAMBERY

TYPE : MAISON 111.5 m² T4

PRIX DE L'ACQUISITION ACTE EN MAIN c'est à dire frais de notaire et d'hypothèques inclus:

219 300 euros

PRET à 100% du prix soit:

219 300 euros

DUREE 15 ans

TAUX: 4.4 %

GESTION LOCATIVE

Normalement, vous devez avoir les deux garanties:

- GARANTIE DE LOYER IMPAYES
- GARANTIE DE CARENCE LOCATIVE

LOYER GARANTI: 780 euros par mois

RESULTAT DE L'OPERATION

au niveau trésorerie.

Dans ce type d'investissement le loyer est toujours inférieur à vos dépenses (prêt, charges gestion, assurance ou taxe foncière)

Dans cet exemple, le différentiel de trésorerie entre les charges que vous payez et le loyer que vous recevez est de **1105 euros par mois, cela représente VOTRE EFFORT.**

RESULTAT DE L'OPERATION au niveau fiscal.
Taux marginal d'imposition de l'investisseur 48.09%

Votre ECONOMIE D'IMPOT est de: 50 000 euros dont la plus grande partie se situe durant les 5 premières années (autour de 45 000 euros).

Je vous fais grâce des calculs intermédiaires, mais sachez en bref, que votre investissement mensuel ne vous **coûte que 728 euros par mois grâce à l'économie d'impôts que vous réalisez.**

Sachez également que votre bien est payé d'une part, le locataire et d'autre part par votre économie d'impôt et... vous bien sûr. Mais pour ce type d'investissement vous ne participez qu'à hauteur de 35 à 39% de la valeur du bien.

En conclusion, un investissement immobilier défiscalisant vous donne la possibilité de faire financer votre bien en partie par le locataire, en partie par les impôts et vous même bien entendu. D'autre part, l'immobilier doit constituer une partie de vos investissements car s'il ne subit pas les aléas boursiers, il est moins « liquide ».

La loi MALRAUX

Qu'est ce que la loi MALRAUX ?

Pour simplifier, le propriétaire d'un bien immobilier se situant dans un secteur sauvegardé peut déduire de ses revenus globaux le montant de ses travaux, sous certaines conditions que nous allons détailler.

Les avantages fiscaux

Le propriétaire d'un immeuble situé dans le secteur sauvegardé ou en zone de protection du patrimoine architectural urbain et paysager (ZPPAUP) peut imputer de son revenu global :

- Le déficit foncier résultant de l'opération de restauration immobilière.
- Les dépenses de démolition
- Les frais d'adhésion à des associations foncières urbaines (AFU ou AFUL)
- Les travaux de reconstruction de toitures ou de murs extérieurs ainsi que les travaux de transformation en logement de tout ou partie d'un immeuble.

Autres avantages

Les intérêts d'emprunt, les frais accessoires des dits emprunts de même que toutes les charges de la propriété sont déductibles quant à eux des revenus fonciers

Un abattement fiscal de 14% sur les loyers est par ailleurs autorisé par l'administration fiscale.

Rappel des obligations (instruction B015D-5-95)

- Les immeubles doivent obligatoirement se situer dans des secteurs sauvegardés ou dans une zone de protection du patrimoine architectural urbain et paysager.
- Les travaux doivent aboutir à la restauration complète d'un immeuble bâti.
- Les locaux doivent être loués restaurés à usage d'habitation principale pendant une durée minimale de 6 ans.

Vous devez être vigilant sur différents points:

• Vérifier que le secteur est bien sauvegardé, **la décision du Conseil d'Etat peut arriver très longtemps après la demande;** par exemple, à BLOIS le secteur sauvegardé a été institué LE 3 SEPTEMBRE 1970 et le décret du Conseil d'Etat est approuvé LE 7 AOUT 1996 soit près de 26 ANS APRES SA CREATION.

- Vérifier le prix du marché immobilier et comparer l'ancien et le neuf.
- Vérifier le marché locatif

EXEMPLE D'AVANTAGE FISCAL

Un 3 pièces

Prix d'acquisition: **59396 euros**

Frais d'acquisition: **12287 euros**

Montants des travaux: **96590 euros**

TAUX d'imposition du client: **48.09% soit 46450 euros d'économie d'impôts sur 2 ans soit 23 225 euros par an.**

PRIX DE REVIENT DE L'OPERATION

Acquisition + travaux + frais = 168 273 €

Economie d'impôts 46 450 euros = 121823 €

J'ai pris volontairement des chiffres simples pour vous faire sentir la pression fiscale, mais toutes ces applications peuvent être affinées, notamment au niveau du financement.

En effet, cela dépend de votre patrimoine existant, de votre capacité d'endettement, de votre environnement matrimonial, de votre âge et de vos objectifs.

L'intérêt d'une telle opération réside essentiellement en deux aspects :

1/ Le capital immobilier qui se situe toujours en centre ville

2/ L'économie d'impôt qui est conséquente.

A ce propos, attention au miroir aux alouettes qui voudrait que l'on fasse passer la « défiscalisation » avant le bien fondé économique de l'opération.



Vous devez être vigilant sur différents points:

• Vérifier que le secteur est bien sauvegardé, **la décision du Conseil d'Etat peut arriver très longtemps après la demande;** par exemple, à BLOIS le secteur sauvegardé a été institué LE 3 SEPTEMBRE 1970 et le décret du Conseil d'Etat est approuvé LE 7 AOUT 1996 soit près de 26 ANS APRES SA CREATION.

- Vérifier le prix du marché immobilier et comparer l'ancien et le neuf.
- Vérifier le marché locatif

Si ces investissements immobiliers sont bien réalisés et il y en a, sachez qu'ensuite il est intéressant de garder le bien pour avoir un complément de revenus pour sa retraite.

Dans tous les cas, réalisez les avec un **Conseil en Gestion de Patrimoine** et non avec un vendeur.

Cabinet CPI INVESTISSEMENTS
Alain CARNEL
01 43 05 97 80

Parodontologie Implantologie

1er avril à Lyon

LA CHIRURGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR EN IMPLANTOLOGIE

**Dr E. Blanchet - Dr T. Fortin
Dr H. Bouchet**

ISCADIS

severine@implanto.com
04 76 42 23 97

1er et 2 avril 2005 à Paris

CYCLE DE FORMATION EN IMPLANTOLOGIE CLINIQUE ET PROTHÉTIQUE

2ème degré : L'implant unitaire - Les implants, ancrages de prothèse adjointe

AUP

Tél. : 01 42 22 83 85 - Fax : 01 42 22 83 94
e-mail : aupi@wanadoo.fr

Jedi 7 avril 2005 de 14h à 18h30

Hôtel Mercure-Compiègne

EMPREINTES EN PROTHÈSE SUR IMPLANTS
Patrick MISSIKA

ONFOC - Oise

Pascal HEBRARD
16, rue Thomas COUTURE 60300- SENLIS
Tél: 03 44 53 75 42 - Fax: 03 44 53 76 06
E-mail: phebrard001@cegetel.rss.fr

Du 4 au 8 avril à Paris

STAGE DE PARODONTIE CLINIQUE

7 avril à Paris

DIABÈTES ET PARODONTIE

PAROCONCEPT

27, rue Général de Gaulle
59370 Mons-En-Baroeul
Tél: 33 (0) 3 20 42 87 88
Fax: 33 (0) 3 20 56 90 42

8 et 9 avril 2005 au Mans (72)

PRÉCEPTES FONDAMENTAUX, DÉMARCHE PRÉ-IMPLANTAIRE ET IMPLÉMENTATIONS CLINIQUES

Dr Hervé BERDUGO

ANTHOGYR

164, rue des Trois Lacs 74700 Sallanches
Tél: 04 50 58 02 37 - Fax: 04 50 93 78 60
Site Internet: <http://www.anthogyr.com>
E-mail: implant.fr@anthogyr.com

13 avril 2005 à Drancy

LE RATIONNEL DE LA PROTHÈSE IMPLANTAIRE
Hervé BERDUGO

ANTHOGYR

Service implants France
164, rue des Trois Lacs 74700 Sallanches
Tél: 04 50 58 02 37 - Fax: 04 50 93 78 60
Site Internet: <http://www.anthogyr.com>

8 et 9 avril 2005 à Paris

La Maison de L'Isère-2, place André Malreaux-75001

CURRENT CONCEPT IN AMERICAN DENTISTRY (SESSION AVRIL 2005)

Dennis TARNOW, Benoît PHILIPPE, Alain SIMONPIERI, Raphaël BETTACH, Philippe TARDIEU

INSTITUT INTERNATIONAL D'ETUDES DENTAIRES AVANCÉES

49, avenue Alsace Lorraine 38000 Grenoble
Tél: 04 76 46 97 21 - Fax: 04 76 46 97 10
Site Internet: <http://www.institutdentaire.com>
E-mail: info@institutdentaire.com

15 avril 2005 à Tarbes (65)

LE 1er TEMPS CHIRURGICAL

Docteur J-P. Sicard :

Responsable Scientifique

Formation adaptée à l'omnipratique : des cas simples aux cas complexes

CIRF - COLLÈGE D'IMPLANTOLOGIE, RECHERCHE ET FORMATION

305, allée de Craponne 13300 Salon de Provence
Tél: 04 90 44 60 60 - Fax: 04 90 44 60 61
E-mail: cecile.milly@wanadoo.fr

15 avril 2005 à Marne-La-Vallée (77)

SIMPLIFICATION DU TRAITEMENT PARODONTAL: Traitement des défauts intra-osseux, furcations et récessions gingivales.

Dr NISAND

STRAUMANN FRANCE - Camille Kitoko
10, place d'Ariane Serris 77706 Marne La Vallée Cedex 4

Tél: 01-64-17-3000 - Fax: 01-64-17-3010

Site Internet: <http://www.straumann.fr>

E-mail: info.fr@straumann.com

18 au 20 avril 2005 à Toulouse

International Implantology Center - 24, impasse René Couzinet 31500

FORMATION CLINIQUE EN IMPLANTOLOGIE ORALE (3 JOURS)

Docteur André BENHAMOU et son équipe scientifique

Service formation du **Groupe SUDIMPLANT**

24, Impasse Rene Couzinet 31500 Toulouse

Tél: 0 825 00 10 30 - Fax: 05 61 80 84 02

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

E-mail: contact@sudimplant.com

19 avril 2005 à Paris

Amphithéâtre Florent Coste-Hôpital Cochin- 27 rue du Faubourg Saint Jacques-75014

ANCRAGES ORTHODONTIQUES PAR

« IMPLANTS MINI-PLAQUES »

Pr Hugo DE CLERCK

Gratuit sur réservation obligatoire
(places limitées)

FONDATION HÔPITAL SAINT-JOSEPH RENSEIGNEMENTS & CONTACTS

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale

185, rue Raymond Losserand 75014 Paris
Tél: 01 44 12 33 84

21 avril à Marne-La-Vallée (77)

FORMATION EN PROTHÈSE IMPLANTAIRE POUR OMNIPRATICIEN

STRAUMANN FRANCE - Camille Kitoko
10, place d'Ariane Serris 77706 Marne La Vallée Cedex 4

Tél: 01 64 17 30 00 - Fax: 01 64 17 30 10

Site Internet: <http://www.straumann.fr>

E-mail: info.fr@straumann.com

28 avril 2005 à Marne-La-Vallée (77)

COURS SUR LES OSTÉOTOMES

Dr Hervé BUATOIS

STRAUMANN FRANCE - Camille Kitoko
10, place d'Ariane Serris 77706 Marne La Vallée Cedex 4

Tél: 01 64 17 30 00 - Fax: 01 64 17 30 10

Site Internet: <http://www.straumann.fr>

E-mail: info.fr@straumann.com

Mai 2005 à Marseille

PROGRAMME COMPLET DE PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE

GEPI PERFECTIONNEMENT
Paul et Catherine MATTOUT

Cycle de séminaires de 2 jours
Chirurgie osseuse résectrice, Chirurgie pré-prothétique, Techniques reconstructrices

GEPI

224, Avenue du Prado - 13008 Marseille
Tél. : 04 91 32 28 34 - Fax : 04 91 32 28 33
mattoutparo@wanadoo.fr - www.gepi.fr

9 mai 2005 à 20h30

DE LA GINGIVITE À LA PARODONTITE : QUELLE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE
Dr Joël ITIC

CONFÉRENCE EN LIGNE

Abonnés : gratuit - Non abonnés : 25 €

ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo 75116 Paris

Tél: (33) 01 47 04 01 39

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

9 et 10 mai à Auxerre

IMPLANTS ET PARODONTIE

Séminaire Intensif

Docteur Pierre GENON

A.P.C.I.

7, quai St Martin les St Mariens,
89000 Auxerre

Tél: 03 86 46 51 79 - Fax: 03 86 49 09 33

info@apci-genon.com

11 mai 2005 à Limoges (87)

ETUDE ET PLANIFICATION PROTHÉTIQUE-IMPLANTAIRE

Dr EYSSERIC & C. AIGRON (prothésiste)

ANTHOGYR

164, rue des Trois Lacs 74700 Sallanches

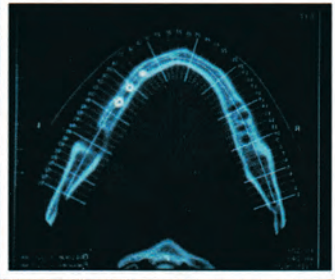
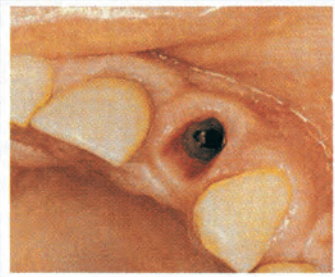
Tél: 04 50 58 02 37 - Fax: 04 50 93 78 60

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

E-mail: implant.fr@anthogyr.com

A.I.I.O.

Académie Internationale d'Implantologie Orale



Formule intensive de 5 jours
du lundi au vendredi
Pose d'implants sur patients
par les stagiaires

Nom : Prénom :
Adresse :

Téléphone : Fax :

Je souhaite recevoir des informations sur le stage intensif d'IMPLANTOLOGIE DE L'A.I.I.O

A.I.I.O. – 55, avenue Marceau -75016 Paris
Tél :01.43.71.18.05 Fax :01.53.27.68.18

Jeudi 12 mai 2005 à Nice

SINUS LIFTS: COMMENT AUGMENTER SON POTENTIEL IMPLANTAIRE
Dr Jean-Louis ROCHE

SUDIMPLANT

24, Impasse Rene Couzinet 31500 Toulouse
Tel: 0 825 00 10 30 - Fax: 05 61 80 84 02
Site Internet: <http://www.sudimplant.com>
E-mail: contact@tbridea.com

Jeudi 12 mai 2005 à Sallanches (74)

GREFFES ET EXPANSIONS OSSEUSES
Dr Bernard CHAPOTAT

ANTHOGYR

164, rue des Trois Lacs 74700 Sallanches
Tel: 04 50 58 02 37 - Fax: 04 50 93 78 60
Site Internet: <http://www.anthogyr.com>

17 mai 2005 à Marseille

U.L.I.F. 21, rue Martiny -13008

NOUVELLES TECHNIQUES EN PARODONTOLOGIE
Dr Jean Marc GLYSE

ALPHA-OMEGA PROVENCE

Tel: 04 91 72 1984 - Fax: 04 91 73 90 01
E-mail: ceciltoutou@hotmail.com

19 mai à Paris

ADDITION ALCOOL & TABAC ET PARODONTIE

PAROCONCEPT

27, rue Général de Gaulle
59370 Mons-En-Baroeul
Tél: 33 (0) 3 20 42 87 88
Fax: 33 (0) 3 20 56 90 42

19 mai 2005 à Clermont-Ferrand

CHIRURGIE PARODONTALE : TRAITEMENT DES LÉSIONS OSSEUSES
Dr DOUILLARD et COLL

U F R D'ODONTOLOGIE CLERMONT-FERRAND

Mme Claudie CAMUS
11, Bd Charles de Gaulle 63000 Clermont-Ferrand
Tel: 04 73 17 73 35/34 - Fax: 04 73 17 73 09
Site Internet: <http://webodonto.u-clermont1.fr>
E-mail: claudie.camus@u-clermont1.fr

19 et 20 mai 2005 à Marseille

CHIRURGIE PRÉ-IMPLANTAIRE AVANCÉE
Dr Alain ALDEGHERI

SUDIMPLANT

24, Impasse René Couzinet 31500 Toulouse
Tel: 0 825 00 10 30 - Fax: 05 61 80 84 02
Site Internet: <http://www.sudimplant.com>
E-mail: formations@tbridea.com

19 et 20 Mai 2005 à Nantes (44)

VOTRE PREMIER TRAITEMENT ACCOMPAGNÉ, EN CHIRURGIE IMPLANTAIRE
Dr Jacques VERMEULEN

ANTHOGYR

164, rue des Trois Lacs 74700 Sallanches
Tél: 04 50 58 02 37 - Fax: 04 50 93 78 60
Site Internet: <http://www.anthogyr.com>
E-mail: implant.fr@anthogyr.com

20 mai 2005 à Marne-La-Vallée (77)

SIMPLIFICATION DU TRAITEMENT PARODONTAL: Traitement des défauts intra-osseux, furcations et récessions gingivales.
Dr NISAND

STRAUMANN FRANCE - Camille Kitoko
10, place d'Ariane Serris 77706 Marne La Vallée Cedex 4
Tel: 01-64-17-3000 - Fax: 01-64-17-3010
Site Internet: <http://www.straumann.fr>
E-mail: info.fr@straumann.com

20 et 21 mai 2005 à Pau (Cabinet dentaire)

CHIRURGIE IMPLANTAIRE
Drs Eric BIEHLER et Julien JEANDET

FISO - Florence
19, Bd Guillemin 64000 Pau
Tel: 05 59 14 33 33 - Fax: 05 59 14 33 34
Site Internet: <http://www.fiso.net>
E-mail: fisobj@wanadoo.fr

21 mai 2005 à Toulouse

Centre de congrès de la Feuilleraie
5, route de Paris - TOULOUSE - Aucamville
Anniversaire de l'implantologie du Sud-Ouest

UNE DISCIPLINE : L'IMPLANTOLOGIE

6 conférenciers:
Dr E. EUWE (Milan)
Dr F. KHOURY (Allemagne)
DR P. MARIANI (Marseille)
DR F. RENOARD (Paris)
Pr F. ROMPEN (Université de Liège)
Dr B. TOUATI (Paris)

I.S.O.

Fax: 05 61 63 46 12
Email: pgayard00t@rssl.fr

2, 3 et 4 juin 2005 à Paris

« INTÉGREZ L'IMPLANTOLOGIE DANS VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE » :

1er niveau
Démonstration d'interventions chirurgicales en direct au cabinet
Frédéric CHICHE

- Savoir prescrire un **traitement implantaire** et **communiquer efficacement** avec les patients
- Apprendre à **manipuler** les implants et les composants prothétiques (TP)
- **Protocoles** de mise en place d'implants dans les cas simples

Programme détaillé sur www.fda-france.com

FDA

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

Lundi 6 juin 2005 à Carnac

L'IMPLANTOLOGIE POUR TOUS
Eric AMSELLEM

ACTÉON FORMATION - Audrey Maurel
Tel: 05 56 34 93 22 - Fax: 05 56 34 92 92
Site Internet: <http://www.acteonformation.com>

6 au 8 juin 2005 à Saint Quentin (02)

CHIRURGIE IMPLANTAIRE
Docteur J-P. Sicard :
Responsable Scientifique

600 euros / Prix des 3 stages : 1500 euros (hors hébergement et repas)

CIRF - Collège d'Implantologie, Recherche et Formation
305, allée de Craponne 13300 Salon de Provence
Tel: 04 90 44 60 60 - Fax: 04 90 44 60 61

LE FIL DENTAIRE EST DISTRIBUÉ GRATUITEMENT À 38 000 EXEMPLAIRES !
Il vous est offert grâce au concours de nos annonceurs :

A.I.I.O	FDA	MEGA DENTAL
AM CERAM	FEED BACK MEDICAL	PAROCONCEPT
APCI	HMCE	PLANMECA OY
AXEL DENTAIRE	INTERCONTIDENTAL	VOCO GmbH
BISICO	IVOCLAR VIVADENT	PROGRESS DENTAIRE
DENTAL HI TEC	JOURNEES DENTAIRES DE NICE	PUBLICATION PRESSE COMMUNICATION
DENTAL ON LINE	KERR ITALIA SPA	UNIVERSITE PARIS 7
DISCUS DENTAL	LABORATOIRE GABA	
DURR DENTAL		



PARO CONCEPT

Découvrez la parodontie de **A** à **Z** avec un spécialiste

Au cours de votre exercice quotidien, vous avez ressenti, devant certains de vos patients atteints de parodontite sévère, la crainte de ne pas pouvoir leur donner des soins adaptés et efficaces. C'est pourquoi nous vous proposons de mettre en place la méthode PARO CONCEPT qui ajoutera un nouvel outil thérapeutique efficace à votre exercice. La méthode PARO CONCEPT vous permettra de prendre en charge les parodontites y compris celles qui ne répondent pas favorablement à la thérapeutique conventionnelle. La méthode PARO CONCEPT est basée sur les recherches cliniques et fondamentales les plus récentes. Elle vous apportera une plus grande sécurité dans vos traitements parodontaux notamment pour les cas prothétiques. La méthode PARO CONCEPT comprend également une procédure de dépistage et de prévention efficaces pour les patients à haut risque de développer une parodontie à évolution rapide.

Enfin, parce que nous sommes convaincus que les soins sont associés à une relation Traitant-Traité de qualité, nous apportons une attention particulière sur ce sujet.

Stage de Parodontie clinique 5 jours exceptionnels avec le docteur Jacques Charon

- ▶ *Découvrez la parodontie avec l'aide d'un spécialiste*
- ▶ *Offrez-vous une opportunité d'évolution professionnelle*
- ▶ *Gagnez en sécurité pour vos traitements prothétiques*

NOUVEAU

**FORMEZ VOTRE COLLABORATRICE À LA MÉTHODE PARO CONCEPT !
STAGE SPÉCIAL ASSISTANTE DE 2 JOURS !**

Oui, je désire recevoir de la documentation sur :

- Les stages de 5 Jours
 Les stages de 2 Jours spéciale Assistante

Nom : _____

Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Merci de compléter et de renvoyer ce bulletin à PARO CONCEPT
27, rue du Général de Gaulle - 59370 MONS EN BAROEUL
Tél : 03 20 34 04 47 - Fax : 03 20 56 90
Site Web : www.paroconcept.com

AU FIL DU TEMPS

6 au 10 juin à Paris

STAGE DE PARODONTIE CLINIQUE PAROCONCEPT

27, rue Général de Gaulle
59370 Mons-En-Baroeul
Tél : 33 (0) 3 20 42 87 88
Fax : 33 (0) 3 20 56 90 42

7 juin 2005 à Paris

JOURNÉE COMPLÈTE AXEL KIRSH COEFI

3, ave Alphand 75116 Paris
Tel: 01 45 01 71 72 - Fax: 01 45 00 73 07

10 et 11 juin 2005 à Mulhouse

LA SANTÉ PARODONTALE, UNE APPRO- CHE MICROBIOLOGIQUE MODERNE Dr Mark BONNER

INSTITUT INTERNATIONAL DE PARODONTIE

5775, boul. Jean XXIII, Trois-Rivières G8Z 4J2
Trois Rivières, Québec Canada
Tel: 001 819 691 2652 - Fax: 001 819 691 1771
Site Internet: <http://www.parodontite.com>
E-mail: info@parodontite.com

10 et 11 juin 2005 à Auxerre

CHIRURGIE PARODONTALE PRÉPROTHÉTIQUE

A.P.C.I. DOCTEUR PIERRE GENON

7, quai St Martin les St Mariens,
89000 Auxerre
Tél : 03 86 46 51 79 - Fax : 03 86 49 09 33
info@apci-genon.com

10 et 11 juin 2005

CYCLE DE FORMATION EN PARODONTO- LOGIE ET PARO-IMPLANTOLOGIE

3^{ème} degré : La chirurgie pré-prothétique

AUP

Tél. : 01 42 22 83 85 - Fax : 01 42 22 83 94
e-mail : aupi@wanadoo.fr

23 juin 2005 à Metz (Cotton Club)

Colloque implantologie/parodontologie
L'IMPLANTOLOGIE A T-ELLE « DÉRACINÉ »
LA PARODONTOLOGIE ?
Hadi ANTOUN

CORAILL

24, rue du Palais - 57000 Metz
Tél : 03 87 74 05 25 - Fax 03 87 36 62 56
E-mail : contact@coraill.com
Site: www.coraill.com

24 et 25 juin 2005 à Paris

CYCLE DE FORMATION EN IMPLANTO- LOGIE CLINIQUE ET PROTHÉTIQUE :

3^{ème} degré : Intégration des implants dans le
plan de traitement

AUP

Tél. : 01 42 22 83 85 - Fax : 01 42 22 83 94
e-mail : aupi@wanadoo.fr

25 juin 2005 à Bourgoin

L'IMPLANTOLOGIE AVEC CADIMPLANT

Dr E. BLANCHET - Dr T. FORTIN
Dr H. BOUCHET

ISCADIS

severine@implanto.com
04 76 42 23 97

ANNEE PREPARATOIRE AU DU des bioma-
teriaux et systèmes implantables délivré
par l'Université de Bordeaux 2. Attesta-
tion d'études approfondies en implanta-
logie orale 2004-2005

1^{er} et 2 avril 2005 (1^{er} groupe)
20 et 21 mai 2005 (2^{ème} groupe)

UV5 : ANATOMIE IMPLANTAIRE

28 au 30 avril 2005

UV6 : « LA PROTHÈSE SUR IMPLANT »
(2^{ème} PARTIE)

23 au 25 juin 2005

UV 7 : LES PRINCIPES ÉLÉMENTAIRES DE
LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS
EN IMPLANTOLOGIE.

SSFBSI

79 rue Charles Duflos - 92270 Bois-Colombes
Tél : 01 47 85 65 12 - Fax : 01 47 85 79 28

ssfbsi@aol.com - Site : www.sfsbi.com

Ergonomie

9 mai 2005 à Paris NOUVEAU

ORGANISER VOTRE TRAVAIL AU FAUTEUIL EN SOLO

Intégrer une ergonomie pragmatique
en travaillant sans aide au fauteuil
Herluf SKOVSGAARD (Danemark)

12 et 13 mai 2005 à Paris

ORGANISER VOTRE TRAVAIL AU FAUTEUIL

Intégrer une ergonomie pragmatique à 4 mains
Herluf SKOVSGAARD (Danemark)

FEED BACK MEDICAL

15, rue Victor Duruy - 75015 PARIS
Delphine Tel: 01 56 56 59 85 - Fax: 01 56 56 59 84
info@fbmformation.com

Prophylaxie

19 au 21 mai 2005 à Nîmes

METTRE EN PLACE LA PROPHYLAXIE DENTAIRE DANS UN CABINET D'OMNI- PRATIQUE

Dr Patrick DARMON

Formation pour praticiens et assistantes.
IFOE

06 61 98 48 54
Email : ifoedarmon@aol.com

23 et 24 juin 2005 à Paris

METTRE EN PLACE LA PROPHYLAXIE DENTAIRE INDIVIDUELLE DANS SON CABINET

Michel BLIQUE

FEED BACK MEDICAL

15, rue Victor Duruy
75015 PARIS
Delphine Tél : 01 56 56 59 85 - Fax : 01 56 56 59 84
info@fbmformation.com

Orthodontie

7 au 9 avril 2005 à Paris

DYSFONCTIONS (1)

Dr Antonio PATTI

13 au 15 mai 2005 à Paris

BIOMECANIQUE AVANCEE:

APPLICATIONS CLINIQUES

Dr Pierre VION

27 au 29 mai 2005 à Paris

LES PREVISIONS DE CROISSANCE A LONG
TERME

Dr Robert CHATAGNON

3 au 5 juin 2005 à Paris

DYSFONCTIONS (2)

Dr Antonio PATTI

17 au 19 juin 2005 à Paris

CHIRURGIE ORTHODONTIQUE Attachement des dents incluses

Dr Jean-Marie KORBENDAU

C.I.S.C.O

1 rue de grasse 29200 Brest
Tel : 02.98.44.56.83 - Fax : 02.98.44.81.66



Intégrez
LA PROPHYLAXIE DENTAIRE
INDIVIDUELLE
dans votre cabinet

avec Michel BLIQUE à Paris
les 16 et 17 novembre 2005



- Mettre en place rapidement et efficacement les procédures et les traitements pour contrôler le risque carieux
- Réaliser en sécurité des restaurations prothétiques en contrôlant les récurrences carieuses
- Apprendre à utiliser tous les instruments et produits nécessaires lors de Travaux Pratiques

Programme détaillé sur www.fda-france.com

FDA

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

Endodontie

2 avril 2005 à Paris

Hôpital Pitié-Salpêtrière - 75013

Pierre MACHTOU et Jean AZERAD

Prix : 1000 euros

UNIVERSITÉ PARIS VII - DENIS DIDEROT

Micheline BRAULT

SCDFCP - 2 place Jussieu - Case 7057 - 75005 Paris

Tel: 01 57 27 55 90 - Fax: 01 57 27 55 91

E-mail: brault.micheline@paris7.jussieu.fr

7 avril 2005 à Clermont-Ferrand

ENDODONTIE MÉCANISÉE

Dr D. ROUX et coll.

UFR D'ODONTOLOGIE

DE CLERMONT-FERRAND

11, Bd Charles de Gaulle 63000 Clermont-Ferrand

Tel: 04 73 17 73 35/34 - Fax: 04 73 17 73 09

Site Internet: <http://webodonto.u-clermont1.fr>

E-mail: claudie.camus@u-clermont1.fr

Judi 21 avril 2005 à Bordeaux

LA CHIRURGIE ENDODONTIQUE

AU QUOTIDIEN (+TP)

J.C. MALLET

SFE - Bordeaux Aquitaine

Hameau St Hilaire 33370 Fargues St Hilaire

Tel: 05 56 21 27 43

E-mail: d.oriez@wanadoo.fr

27 avril 2005 à Poitiers

CAVITÉ D'ACCÈS (RAPPELS) ET PRÉPARATION CANALAIRE EN ROTATION CONTINUE

SFE - Poitou-Charentes

84, rue de Vaudouzyl 86000 Poitiers

Tel: 05 49 56 54 54

E-mail: drmichelardouin@wanadoo.fr

Divers

29 et 30 avril 2005 à Reims

ESPACE ÉVÈNEMENT ÉCUREUIL

12-14 rue Carnot - 51100

XV^{ème} CONGRES DE LA STE FRANÇAISE D'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

Dr Micheline RUEL-KELLERMANN

109 rue du Cherche-Midi 75006 PARIS

Tel: 01 45 44 00 87

micheline@ruel-k.net

Organisation

10 et 11 mai 2005 à Paris NOUVEAU

CONCEVOIR, AMENAGER, TRANSFORMER L'AMENAGEMENT SPATIAL DE SON CABINET:

les erreurs à éviter, ce qu'il faut savoir pour décider...

Herluf SKOVSGAARD (Danemark)

19 et 20 mai 2005 à Paris

ORGANISATION CLINIQUE:

pour une gestion qualitative et efficace des traitements

Deborah TIGRID, Jean-Raoul SINTES et

Mahsa SEHPER

24 et 25 mai 2005 à Paris

BIEN CHOISIR SES PRODUITS

ET MATERIAUX: un gage de qualité

et de sérénité

Marc APAP

FEED BACK MEDICAL

15, rue Victor Duruy - 75015 PARIS

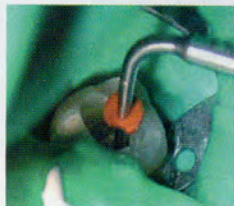
Delphine Tél: 01 56 56 59 85 - Fax: 01 56 56 59 84

info@fbmformation.com

UNIVERSITÉ
PARIS 7 - DENIS DIDEROT



FORMATION CONTINUE CLINIQUE EN ENDODONTIE
ET UTILISATION DU MICROSCOPE OPERATOIRE



UNE TECHNIQUE ENDODONTIQUE GLOBALE ACCESSIBLE A TOUS LES PRATICIENS

Formation pratique en Endodontie. Trois niveaux sous la direction des Professeurs :

Pierre MACHTOU et Jean AZERAD

Avec la participation des Docteurs :

F. Bronnec, J.Y. Doukhan, J. Hombrouck, D. Martin, F. Rilliard, S. Simon, H. Uzan, Y. Yana.

Encadrement personnalisé : 1 enseignant pour 2 participants. Plateau technique exceptionnel : service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière (11 microscopes opératoires, radiographie numérisée, toutes les innovations technologiques). Assurance de résultats de **qualité** et de **reproductivité**.

Pour la première fois **en France et en Europe**, suivi en direct d'une intervention complète effectuée sous microscope opératoire. Analyse et discussion simultanée, en lieu et place d'un cours théorique. Exercices dans les mêmes conditions sur des dents extraites. Document de synthèse remis aux participants à la fin de chaque session.



1^{er} Niveau : Accès, mise en forme rotative et obturation canalaire 3D

2^{ème} Niveau : Gestion des cas complexes et retraitement orthograde

3^{ème} Niveau : Chirurgie endodontique

Participants par session limités à 10

1^{ère} session : 2 avril 2005 niveau I

28 mai 2005 niveau II

11 juin 2005 niveau III

2^{ème} session : 2 juillet 2005 niveau I

1^{er} octobre 2005 niveau II

3 décembre 2005 niveau III

Tarifs : 1 000€ par niveau

1 600€ pour 2 niveaux

2 500€ pour 3 niveaux

AU FIL DU TEMPS



25 au 27 mai 2005 à Paris

**L'OPTIMISATION DE VOTRE CABINET:
DE L'ORGANISATION AUX RESULTATS**
Marie-Jo et Hervé BUISSON
(1^{er} cabinet français certifié ISO 9001)

- Comprendre et intégrer la démarche d'**amélioration continue et ses bénéfices** dans les relations avec le patient, le personnel, l'environnement social
- Vous délivrer des **outils «terrain»** de management **simples et efficaces** : organisation du personnel et délégation de tâches, ergonomie des gestes cliniques, organisation des rendez-vous en séquences de soins

Programme détaillé sur www.fda-france.com

FDA

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

Communication

17 et 18 mai 2005 à Paris

**ASSISTANTES: ENTRAÎNEMENT
A LA PRESENTATION DES PLANS
DE TRAITEMENT**
Deborah TIGRID et Mahsa SEHPER

2 et 3 juin 2005 à Paris

**ARGUMENTEZ EFFICACEMENT
VOS PROPOSITIONS DE TRAITEMENT**
Deborah TIGRID et Jean-Raoul SINTES
FEED BACK MEDICAL
15, rue Victor Duruy - 75015 PARIS
Delphine Tél. : 01 56 56 59 85 - Fax : 01 56 56 59 84
info@fbmformation.com

Management

12 et 13 mai 2005 à Paris

**S'INITIER AU MANAGEMENT :
MOTIVER SON EQUIPE**
Rodolphe COCHET

FEED BACK MEDICAL

15, rue Victor Duruy - 75015 PARIS
Delphine Tél. : 01 56 56 59 85 - Fax : 01 56 56 59 84
info@fbmformation.com

Gestion du cabinet

3 mai à Vichy

UNE VISION PATRIMONIALE DE LA SEL

Rémi DUMAS - expert comptable

INSTITUT DU CHIFFRE ET DU DROIT
25 rue du Maréchal Foch 78000 Versailles
Tél. : 01 30 84 98 05 - Fax : 01 47 01 12 87

Omnipratique

Judi 31 mars 2005 à Nancy
Pont-A-Mousson

Adhésion ? Adhérons !

Approches conservatrices,
prothétiques et esthétiques
modernes :

**LES RÉALITÉS CLINIQUES
DE L'OMNIPRATICIEN**
Drs Gil TIRLET et Jean-Pierre ATTAL

SOSNE

Tél. : 03 83 56 00 33
Fax : 03 83 56 81 17
E-mail : sosne@free.fr

4 avril 2005 à 20h30 heure de Paris

REUSSIR SON ANESTHESIE
**Drs Pierre CARPENTIER
et Pierre MACHTOU**

Abonnés : gratuit
Non abonnés : 25 €

ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo 75116 Paris
Tel: (33) 01 47 04 01 39
Site Internet: <http://www.zedental.com>

7 Avril 2005 à Pau

14 Avril 2005 à Caen

21 Avril 2005 à Lausanne

27 Avril 2005 à Bruxelles

28 Avril 2005 à Lille

23 juin à Liège

« L'ANESTHESIE TRANSCORTICALE »

Réalisez des anesthésies mandibulaires sans
échec, indolores et immédiates

AFPAD

Tél. : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
www.afpad.com - mail@afpad.com

27 avril au 8 mai 2005 à l'Île Maurice

Voyage congrès

JOURNEES DE CHIRURGIE-DENTAIRE

31 mars - 1^{er} avril à Dijon
26-27 mai 2005 à Bordeaux

L'ORGANISATION PYRAMIDALE
Edmond BINHAS et Géraldine ANDRE

31 mars 1^{er} avril à Paris
7-8 avril à Nantes
16-17 juin à Lyon

STAGE ASSISTANTES
PERFECTIONNEMENT A L'ACCUEIL
ET A LA COMMUNICATION

Groupe Edmond BINHAS
Immeuble Grand Ecran

15, avenue Andre Roussin - 13016 Marseille
Tél. : 04 95 06 97 31 N° Vert : 0800 521 764
Fax : 04 95 06 97 32
gr.edmond.binhas@wanadoo.fr

19 mai 2005 à Paris

Sofitel Forum Rive Gauche

ECOTIS : l'économie tissulaire

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
239, rue du Faubourg St Martin 75010 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08

7 avril 2005 à St Jorioz

LA PRISE D'EMPREINTE
par le **Dr Yves ALLARD**

IVOCLAR VIVADENT

Route de la Chapelle du Puy - BP 118
F-74410 Saint-Jorioz
Tél. : 04.50.88.64.12 - Fax : 04.50.68.91.52
icde@ivoclarvivadent.fr

7 avril 2005 à Grenoble

SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

Stage animé par **Hervé TASSERY**

IVOCLAR VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118 F-74410
Saint-Jorioz
Tel: 04 50 88 64 43 - Fax: 04 50 68 91 52
Site Internet: <http://www.ivoclar.fr/>
E-mail: mail@ivoclar.fr

19 avril 2005 à Marseille

21, rue Martiny - 13008

L'OCCLUSODONTIE AU QUOTIDIEN
Dr Gérard BENSARD

ALPHA-OMEGA PROVENCE

Tel: 04 91 72 1984 - Fax: 04 91 73 90 01
E-mail: ceciltoutou@hotmail.com

13 au 15 avril 2005

**JOURNEES ODONTOLOGIQUES DE PARIS 5
UNIVERSITE PARIS V**

Hélène TARDIEUX
Tél. : 01 58 07 67 25 - Fax : 01 58 07 68 99
e-mail : helene.tardieux@univ-paris5.fr



**Communication-Organisation
Management-Gestion...**

STAGE EXCEPTIONNEL d'ergonomie au fauteuil

Praticien travaillant à quatre mains
PARIS, les 12 et 13 mai 2005

Praticien travaillant
en solo au fauteuil
PARIS, le 9 mai 2005

Animé par le
Dr Herluf SKOVGAARD
(Danemark)



FBM Formation

15 rue Victor Duruy
75015 PARIS

Tél. : 0 871 07 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

Email : info@fbmformation.com

Pour toute information ou pour obtenir notre catalogue,
contactez **Delphine** au 0 871 07 59 85.



**Communication-Organisation
Management-Gestion...**

ARGUMENTER EFFICACEMENT les propositions de traitement

Augmentez vos taux d'acceptation

Animé par les Docteurs
Deborah Tigrid et Jean-Raoul Sintès

Paris, les 2 et 3 juin 2005

Si vous trouvez que peu de patients sont motivés par leur bouche, si présenter le montant de vos honoraires vous met mal à l'aise, si vous n'osez pas présenter le traitement le plus adapté à votre patient, si vous souhaitez être plus convaincant dans vos explications, si vous aimeriez rester calme face à l'objection : « c'est cher ! » ou si vous aimeriez proposer au patient ce que vous apprenez en formation post-universitaire... ce séminaire est pour vous !



Objectif

Savoir défendre la solution thérapeutique de choix pour le patient.
Maîtriser les techniques d'entretien.

Programme

- Comprendre l'enjeu de la première consultation
- Développer une argumentation pertinente
- Editer des documents valorisants

Modalités pédagogiques

Ce séminaire, illustré par des visuels, repose sur des documents pédagogiques remis à chaque participant. La délégation - et le rôle de (s) assistante (s) sera clairement exposé.
Le praticien pourra faire l'acquisition d'un CD ROM personnalisé reprenant l'ensemble des documents proposés.

Public concerné

Praticiens + assistantes

FBM Formation - 15 rue Victor Duruy 75015 PARIS - Tél. : 0 871 07 59 85 Fax : 01 56 56 59 84
Email : info@fbmformation.com

Pour toute information ou pour obtenir notre catalogue, contactez Delphine au 0 871 07 59 85.

LUDO

FIL



Entre 2 patients, aérez-vous les neurones

1 LE GÂTEAU DE FRANCIS

Francis passe la soirée chez sa tante Valérie. Pour son neveu, Valérie veut faire un bon gâteau au chocolat. Mais elle n'a plus de crème ! Francis, très gourmand, ne veut pas être privé de gâteau, et décide d'aller chez le crémier.

Raymond, le crémier, est en plein nettoyage, et il n'a lavé que 2 récipients pour servir de mesure: un de 3/4 de litre, l'autre de 5/4 de litre. Mais Francis, lui, n'a besoin que d'1/4 de litre de crème... Comment va-t-il faire ?

2 LA BALANCE

Comment, à l'aide d'une balance à plateaux, peut-on, en deux pesées maximum, déterminer sur 8 pommes, une pomme plus lourde que les sept autres, identiques en poids ?

3 PAIR OU IMPAIR ?

Voici une suite de nombres :

8 7 30 18 11 46 25 102 54 29 ...

Quel est le prochain nombre pour que la suite soit logique ?

4 L'ÂNE ET LES MOUCHES

Valérie et son jeune cousin François rendent visite à Pierre. Valérie et Pierre commencent une longue conversation sur la politique. François s'ennuie, et se dirige vers l'écurie, où se trouve notamment Jolly Jumper, le joyeux âne.

L'écurie est occupée par seulement deux espèces animales: les ânes, et les mouches ! François s'assied dans un coin, et s'amuse à compter... Toutes bêtes confondues, il dénombre 51 têtes et 300 pattes. Combien d'ânes Pierre a-t-il dans son écurie ?

Envoyez vos réponses sur papier libre
à l'adresse suivante:

LE FIL DENTAIRE - Ludofil
2 allée de la salamandre 94000 CRETEIL



Menagère GUY DEGRENNE dans son coffret de rangement

MEGAL DENTAL

Le consommable dentaire à prix discount en 24 h chez vous

Pour les 5 premiers gagnants

Mega Dental
vous offre cette superbe
ménagère GUY DEGRENNE et
15 % de remise
sur votre prochaine commande
sur le catalogue général

- 15% de remise

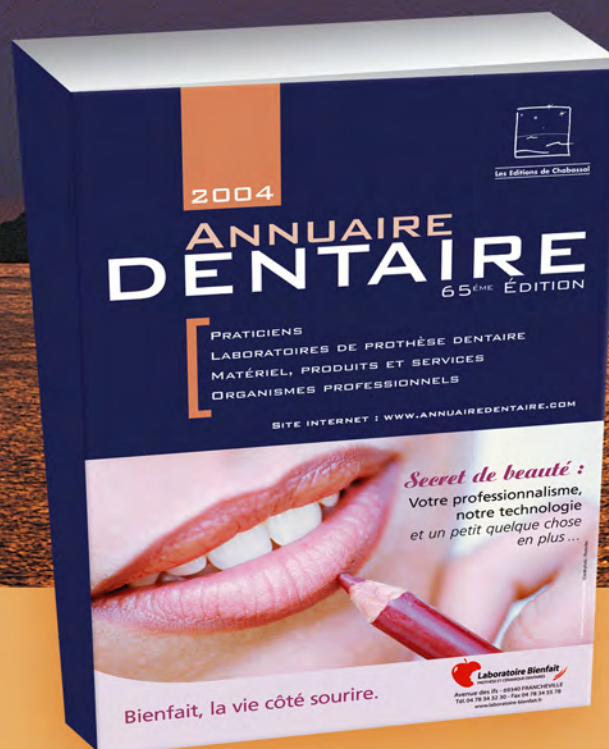
Pour les 5 gagnants suivants

Mega Dental
vous offre 15 % de remise
sur votre prochaine commande
sur le catalogue général

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

16-18, rue des Investisseurs - Z.A. de la Plaine-Haute - 91360 Crosne
Mega Dental SAS au capital de 80 000€ - RCS Corbeil-Essonne n° 409 405 792 - Offres non cumulables avec les offres promotionnelles, photos non contractuelles,
Sous réserve d'erreurs typographiques. Dans la limite des stocks disponibles. Mega Dental se réserve le droit de modifier la marque du cadeau pour un modèle équivalent ou supérieur.

l'information n'a pas de prix ...



L'Annuaire Dentaire.

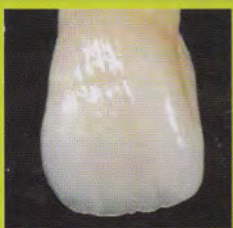
970 pages. Actualisé chaque année et remis gratuitement à chaque cabinet dentaire.*

Les produits et services : répertoire alphabétique des fabricants, distributeurs et sociétés de services, classement par rubriques, fournitures pour cabinets dentaires, matériels et équipements pour cabinets dentaires, fournitures pour laboratoires de prothèse, matériels et équipements pour laboratoires de prothèse, services, distribution et service après-vente ... **Les laboratoires de prothèse** : spécialités en prothèse dentaire, répertoire géographique (classement par département). **La documentation officielle** : organisation de la profession dentaire, principaux textes réglementaires, éléments statistiques ... **Les praticiens de l'art dentaire** : répertoire alphabétique des praticiens. **Les chirurgiens-dentistes** : répertoire géographique (par département), les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale. **Les stomatologistes** et chirurgiens maxillo-faciaux : répertoire géographique (par département), stomatologistes qualifiés ODMF, ...

* 1 Annuaire relié gratuit par cabinet dentaire - France métropolitaine - Exemple broché supplémentaire sur commande (50 euros + port).

Croquez la vie à pleines dents...

Et profitez de prix à croquer !

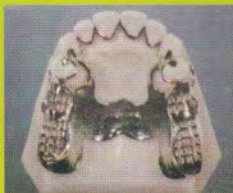


Céramique

Céramique 55 € (360,78 Frs)

Fixe

Couronne coulée 31 € (203,35 Frs)



Mobile Métal

Forfait, Stellite prix net incluant

Plaque métallique + finition + dents de 1 à 6 dents 150 € (983,93 Frs)

de 7 à 14 dents 200 € (1311,91 Frs)

Mobile Résine

Appareil complet (14 dents)

dents comprises 150 € (983,93 Frs)

Délais d'exécution : 5 jours ouvrables

Livraisons :

- Gratuites sur Paris par coursier sur simple appel
- Gratuites sur la banlieue par coursier sur simple appel (retrait et livraison de nuit)
- Pour la province par Jet Services avec tarif préférentiel

Travaux réalisés en France



Le progrès au service de la qualité.

DÉLAIS

Travaux réalisés en
3/5 jours labo

Pour Paris et Banlieue
Nos coursiers sont à
votre disposition
du Lundi au Vendredi
de 9h00 à 18h00

Pour la province
nous avons des tarifs
preferentiels avec
TNT Jet service

FORFAITS MALINS

Forfait **EASY**
1mois/10 céramiques 445€.

Forfait **ECO**
1mois/25 céramiques 1085€.

Forfait **PRO**
1mois/50 céramiques 2150€.

Forfait **GOLD**
1mois/100 céramiques 4250€.

*Les forfaits sont disponible
exclusivement en région parisienne.
Les céramiques sont multicouches.
Le règlement des forfaits doit
s'effectuer à la souscription.
Les forfaits ne sont ni rétroactifs
ni cumulables.

PRIX

C.Coulée 31€



Céramique 46€



Inceram 115€



Stellite 115€



Complet 92€



Tel:01.44.54.96.93

QUALITÉ

Nos travaux sont garantis
3 ans

Toutes vos prothèses sont
livrées avec
un certificat de tracabilité

Les métaux utilisés
sont aux normes
Iso et CE 9002

Progress dentaire
un savoir faire
au service de la qualité.