

LE **FIL**DENTAIRE

Partageons Notre Savoir-Faire

LE NOUVEAU
PRF
EST ARRIVÉ!
VOIR **PAGE 8**

Esthétique



N°83 - MAI 2013 - www.lefiledentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel
Dr Bernard TOUATI

implants

Redonnons le sourire à tous nos patients !

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

3j
de labo

50%

de réduction

4 pendant vos
premières semaines
de commandes

Une traçabilité intégrale!



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



CCM

27,50€
au lieu de 55€

Stellite finitions
directes

60,00€
au lieu de 120€

E.max

44,50€
au lieu de 89€

Zircone

59,50€
au lieu de 119€



LABORATOIRE
Viadentis

L'EXPERTISE D'UN PARTENAIRE DE CONFIANCE

Esthétique dentaire : vers une mutation numérique ?



Dr Bernard TOUATI

- Visiting Professor, Hadassah Faculty of Dental Medicine, Jerusalem
- Trustee, Foundation for Oral Rehabilitation (F.O.R.), Suisse
- Chairman, World Dental Implant Symposium, Moscou, Russie

Rédacteur en chef
exceptionnel
de ce numéro

Depuis quelques années, le numérique envahit notre vie privée et ce phénomène s'accélère de façon spectaculaire dans notre exercice professionnel.

Le numérique est un outil technologique dont on ne saurait plus se passer au quotidien, depuis l'imagerie 3D, le pilotage des implants, la prothèse CFAO, etc... sans oublier la gestion même de nos cabinets. Il est pourtant un domaine où l'on pensait son impact difficile, et peu réaliste, c'est celui de l'esthétique puisque cette dernière relève plutôt de l'émotionnel que du rationnel, de l'artistique que du scientifique.

Dernièrement, on a observé sur le plan international une envolée du nombre de conférences sur le « Digital Smile Design » avec à l'appui moult ateliers et travaux pratiques.

Armés d'appareils photos numériques, d'ordinateurs et de logiciels de présentation (Keynote par exemple) nos confrères revisitent l'esthétique dentaire conventionnelle fondée sur le questionnaire du patient, l'observation clinique, les photographies, les moulages, les « wax-up » pour y substituer une analyse numérique fondée sur les axes verticaux et horizontaux de la face, les différents sourires, la ligne du collet des dents, la longueur et la proportion idéale des incisives maxillaires et tout ceci sur des images visionnées sur un écran d'ordinateur.

Ainsi, l'on peut être amené à se questionner sur les limites de cette orientation fondée sur la recherche d'une perfection normée, rationnelle, idéalisée visant à mettre en quasi équation la réalisation esthétique de la prothèse.

En réalité, la mise en application de ces techniques novatrices ne doit pas se faire sans discernement au risque de standardiser et d'uniformiser les sourires et d'aboutir à créer des dents de formes symétriques.

Ce travers n'est pas toujours relevé dans certains pays où un sourire « artificiel » n'est pas un défaut mais plutôt un signe de réussite socio-économique.

■ La perfection est-elle attirante ?

■ Le charme de petites imperfections reflétant la personnalité du patient n'est-il pas préférable ?

C'est tout l'équilibre entre le rationnel et l'émotionnel qui est posé, un peu à l'image de nos hémisphères cérébraux.

La technologie doit rester un outil, pas la finalité. Le design numérique améliore sans aucun doute l'analyse faciale, la communication au sein de l'équipe soignante et l'information éclairée du patient.

Mais cet outil doit rester une inspiration... pas une obligation, un cadre pour le tableau et non le tableau lui-même.

La prothèse doit tenir compte de la personnalité unique de chaque patient et confronter les données numériques à la validation clinique fondée sur des facteurs comme l'occlusion et la phonation que les logiciels ne peuvent pas (encore ?) intégrer.

Dès lors, il revient à chaque clinicien de recourir à l'outil technologique sans omettre que la vraie réussite prothétique est celle qui restitue une esthétique naturelle en harmonie avec la personnalité du patient.

Par ailleurs, nous avons l'obligation éthique d'éviter tout surtraitement et mutilation tissulaire que justifierait la recherche d'une symétrie idéale, comme par exemple le parfait alignement des bords gingivaux par des gingivoplasties ou des greffes.

Les images numériques communiquées au patient peuvent également avoir une incidence légale et constituer l'argument d'une obligation de résultat... lorsque ce dernier n'est pas identique au projet accepté.

Un sourire est une signature, à ce titre il nous semble qu'il doit rester unique et personnel et résulter d'un vrai effort de validation clinique, et d'intégration psychologique des données fournies par le design numérique. ◆

FORMATION ESTHETIQUE : 28 JUIN 2013



CREEZ L'EXCELLENCE EN ESTHETIQUE

Ce séminaire intègre les éléments clefs de l'esthétique. Vous y aborderez les notions de la communication pour une meilleure approche du diagnostic ainsi que la partie clinique avec les préparations, les provisoires et le collage. Une mise en pratique complètera la théorie et vous permettra une mise en place rapide dans votre cabinet.



Les Objectifs :

- maîtriser la photographie dentaire
- faire un diagnostic esthétique
- intégrer le "Smile Design"
- connaître les différents types de préparations pour les tout céramiques et les facettes
- réaliser les provisoires
- apprendre les techniques de collage
- réussir les facettes en toute sécurité
- utiliser PowerPoint et Keynote pour la communication
- intégrer l'esthétique au cabinet dentaire

Dédié à l'excellence



www.gad-center.com

+33 (0) 6 09 13 52 41

contact@gad-center.com

Revue mensuelle

95 rue de Boissy - 94370 Sucy-en-Brie.
Tél. : 01 56 74 22 31 Fax. : 01 45 90 61 18
contact@lefildentaire.com

Directrice de la publication :

Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL

SARL de presse – RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution

Rédacteur en chef :

Dr Norbert COHEN
norbertcohen@lefildentaire.com

Rédacteur en chef exceptionnel pour ce numéro :

Dr Bernard TOUATI

Direction artistique :

Studio Zapping

Rédaction :

Dr Adriana AGACHI, Dr Sylvain ALTGLAS, Catherine BEL,
Dr Steve BENERO, Dr Edmond BINHAS, Alain CARNEL,
Rodolphe COCHET, Dr Benjamin CORTASSE, Dr Aram DAVIDIAN,
Dr Stéphane FRAISIER, Dr Cyril GAILLARD, Dr Angela GILET,
Dr Vincent JEANNIN, Dr Alessandro POZZI, Dr André P. SAADOUN

Conseiller spécial :

Dr Bernard TOUATI

Comité scientifique :

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

Secrétaire de direction :

Marie-Christine GELVÉ
mcg@lefildentaire.com

Imprimerie :

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

Couverture :

© Le Fil Dentaire

Publicité :

Directrice : Patricia Levi : 06 03 53 63 98

Annonces :

Anthogyr • Apex • Bisico • Champions Implants • Curaio • GAD •
Global D • Groupe Edmond Binhas • Laboratoire Viadentis • Mis •
Pactimplant • Progress Dentaire • Protilab • SC Distribution • SFBSI •
Spengler • Syfac • Tecalliage • Thommen

Encarts :

Crown Ceram • LDF • Vitale Dentaire

**Sur Le Fil**

> 8 à 13

Actualités France et International

Nouveaux produits – Revue de presse

Interview

> 14 et 15

- Pact Implant : une formation innovante en implantologie

Clinic Focus

> 16 à 26

- Implantologie unitaire dans le secteur esthétique : considérations biologiques et stratégies prothétiques — Parties 1 et 2

Clinic Step by Step

> 28 à 38

- Remplacement non invasif et esthétique d'une incisive centrale par un implant

- Remplacement « naturel » d'une incisive mandibulaire : vers une simplification du protocole

- La recherche de l'excellence à l'aide d'une dentisterie implantaire numérique

Clinic Focus

> 40 à 52

- Nouvelle modalité de traitement moins invasive des récessions gingivales

- Gestion du secteur antérieur sur dents et implants

- L'ostéotomie de Le Fort 1 au service d'une réhabilitation fixe implanto-portée

Clinic Formation

> 54 et 55

- Gad Center : une formation pas comme les autres

Conseil Organisation

> 56 et 57

- Gestion du temps : pièce maîtresse de la gestion des rendez-vous et de la production

Conseil Management

> 58 et 59

- La méthode Walt Disney appliquée à la gestion du cabinet dentaire

Conseil Éco

> 60 et 61

- L'assurance-vie : le placement préféré des français. Les nouvelles dispositions vont-elles réduire l'attraction de l'assurance-vie ?

Au Fil du Temps

> 62 à 64

- Agenda des manifestations

Petites Annonces

> 65

champions (r)evolution®

Adapté à la méthode MIMI® (Minimalement Invasive) et à la méthode conventionnelle

Exposant aux Journées
Dentaires de Nice les
5,6 et 7 Juin 2013
Stand n°13

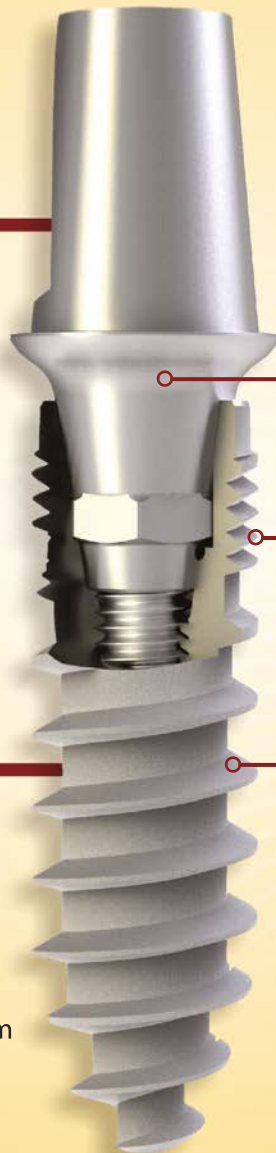
CHAQUE PILIER **39 € HT**

Ligne prothétique unique quel que soit le diamètre d'implant

- 0° / 15° / 22° / 30°
- Locator™
Locator™ est une marque de Zest Anchors LLC.
- Tête de tulipe
- Base de collage pour ICAs en zircon

IMPLANT **59 € HT**

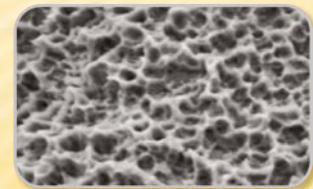
- Implant champions (r)evolution®
- emballage unitaire
- Ø: 3,5 / 4,0 / 4,5 / 5,5 mm
- Longueurs: 6,5 / 8 / 10 / 12 / 14 / 16 mm



Cône interne de 9,5° --> excellente connexion abutment / implant
(étude de l'université de Francfort, H. Zipprich)

Micro-spires crestales pour une excellente stabilité primaire

Surface: sablée / mordancée
(qualité de surface excellente:
Source: Études de l'université de Cologne)



Formation pratique et théorique à la chirurgie MIMI®
(Méthode d'Implantation Minimalement Invasive)



Champions Education Center / Francfort

Vendredi 14 et Samedi 15 Juin 2013
Vendredi 21 et Samedi 22 Juin 2013
Vendredi 16 et Samedi 17 Août 2013
Vendredi 06 et Samedi 07 Sep. 2013
Vendredi 27 et Samedi 28 Sep. 2013

Conception et fabrication en Allemagne - Plus de 50 000 poses par an - Système récompensé par le Prix <Regio Effekt 2010>



champions[®] monoblocs

appropriés pour MIMI[®]: Méthode d'Implantation Minimalement Invasive

champions-implants.com

MONOBLOCS **74 €** HT

TÊTE DE TULIPE (prothèse amovible)

- Ø: 2,5 / 3,0 / 4,0 mm
- Longueurs: 8 - 24 mm
- Système ingénieux pour corriger les divergences d'insertion

TÊTE CARRÉE

- Ø: 3,0 / 3,5 / 4,5 / 5,5 mm
- Longueurs: 6 - 24 mm
- Également disponibles en "Classic"



champions  implants
time to be a champion[®]

Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstr. 8
D - 55237 Flonheim



Tél.: 06.40.75.69.02
fanny@championsimplants.com
www.champions-implants.com

Le nouveau PRF est arrivé

LE FIL DENTAIRE : Dr Choukroun, à Osteology Monaco vous avez présenté le A-PRF™ ; pouvez vous nous en dire plus ?



Dr Joseph Choukroun : le A-PRF™, contraction de « Advanced PRF™ » est une amélioration sensible du PRF™. Depuis le début, j'ai pour idée de demander au patient de fournir les éléments physiologiques qui vont permettre d'améliorer la cicatrisation osseuse et tissulaire. Cette fois-ci, je voulais obtenir des BMP (Bone Morphogenetic Protein) ! On connaît leur influence sur la croissance osseuse. Ces BMP font partie de la grande famille des TGF.

L'industrie fournit des BMP, mais le coût est très élevé.

LFD : comment obtenir ces molécules dans le A-PRF™ ?

JC : de nombreux articles scientifiques fondamentaux insistent sur le rôle majeur de certaines cellules dans les mécanismes de réparation osseuse. Il s'avère que ces cellules sont capables de produire des BMP. Il fallait trouver le moyen de les recruter. Cela n'a pas été facile. Nous avons réussi à les concentrer totalement dans le caillot de fibrine... Puis de vérifier si, effectivement, on retrouvait la même cinétique de libération des BMP que les cytokines plaquettaires. Le relargage progressif est bien plus intéressant que le « bolus » utilisé actuellement avec les BMP vendues dans les laboratoires.

LFD : est-ce que le matériel pour PRF change ?

JC : non, la machine ne change pas, mais tout le reste est modifié. Les tubes ont été conçus dans cet objectif. Ils sont différents et nous devons respecter maintenant à la demande de l'ANSM, la réglementation en vigueur, à savoir utiliser des tubes qui sont des dispositifs médicaux et non des tubes de laboratoire.

La vitesse et le temps de centrifugation ont changé. Toutes ces modifications ont pour seul but de récupérer l'intégralité des cellules sécrétrices de BMP dans le PRF. Ce qui n'a jamais été obtenu auparavant, dans aucune technique de concentré plaquettaire.

LFD : quels résultats avez-vous obtenu ?

JC : ceux que nous attendions ! À savoir retrouver des BMP-2 et BMP-7 dans le PRF mais également avoir des résultats cliniques plus impressionnants. Nous sommes bluffés par les résultats des premiers cas cliniques.

Mais, comme en 2001, il faudra attendre le recul nécessaire, mais il est évident qu'avec le A-PRF™, les résultats seront encore meilleurs. Sans aucun doute !

LFD : ces tubes et ce nouveau protocole sont-ils disponibles ?

JC : ils sont déjà disponibles en Asie et en Amérique du Nord. En France, ils seront disponibles à partir du 1^{er} juin. Rendez-vous pour plus de détails dans l'émission en direct GI-TV du 27 mai à 20h30. ◆

CARESTREAM

Les 30 ans de la radiographie numérique RVG

Série limitée spéciale de capteurs

Après avoir révolutionné le marché avec la RadioVisioGraphie (RVG) en 1982, Carestream Dental fête avec fierté 30 ans d'activité au service des praticiens dentaires du monde entier. L'imagerie RVG a été inventée et brevetée par le docteur Francis Mouyen, un dentiste français visionnaire : en permettant d'obtenir des images numériques instantanément, elle a apporté aux cabinets dentaires un mode de travail plus efficace, tout en améliorant la qualité du diagnostic pour le patient. La technologie RVG a établi une tradition d'innovation continue avec des réalisations comme le premier capteur offrant une résolution réelle d'au moins 20 pl/mm et le premier capteur sans fil, le RVG 6500, qui peut facilement être partagé entre plusieurs postes opératoires, permet de prendre des clichés et de les afficher sur un iPad®. Aujourd'hui, la gamme RVG de Carestream Dental compte trois modèles de capteurs.

Pour fêter ces 30 années d'innovation, une édition anniversaire sera commercialisée : le logo du 30^e anniversaire figurera sur tous les capteurs RVG jusqu'à la fin de l'année. Nos clients européens bénéficieront gratuitement d'une garantie étendue à 5 ans sur chaque capteur. ◆



CARESTREAM

00 800 4567 7654

www.carestream.com – www.carestreamdental.fr

CBC ACCESS

Maskin : Premier masque 100 % transparent, réutilisable

Conçu et dessiné en France, MASKIN permet d'éviter le facteur de stress et d'inconfort que fait passer le masque traditionnel, qui gêne la respiration et rend souvent la communication difficile.



L'usage unique de ce type de masque ne correspond plus aux normes actuelles de recyclage ou préservation de l'environnement. Son coût de revient a même pour conséquence de réduire son utilisation. Pour les professionnels, respecter les normes d'hygiène devient plus économique, plus écologique et plus agréable. Transparent, le masque MASKIN ne couvre plus la moitié basse du visage. Efficace, il réduit significativement les émissions de microparticules. Confortable, léger et ergonomique il permet de respirer normalement. Traité antibuée, il reste transparent en permanence. Économique, parce que réutilisable, le nettoyage, simple, se fait à l'eau savonneuse, il peut être utilisé plusieurs mois. Écologique, nettoyé et conservé, plutôt que le masque à usage unique, il est plus respectueux de l'environnement et les matériaux PET et PC sont conformes aux directives européennes. ◆

CBC ACCESS

06 23 84 02 74 – nbc.conseil@gmail.com

www.mask-in.com

Vous avez la fibre laser ?



SyneronTM
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !



SCDistribution
Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42
scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - 06 62 21 75 78
maheneoflash@wanadoo.fr

LITETOUCHTM
Laser Erbium:YAG "sans fibre"

www.litetouch.fr

À LIRE

Manuel de chirurgie orale

Technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien

Par Daniel Perrin, Victorin Ahossi, Patrick Larras, Arnaud Lafon et Éric Gérard

Après un bref rappel des conditions actuelles et futures de la chirurgie orale, cet ouvrage traite, tout d'abord, des principes fondamentaux régissant toute pratique chirurgicale, concernant aussi bien le plateau technique, le dossier médical, la gestion globale du patient, depuis sa première consultation jusqu'à la prise en charge d'éventuelles complications postopératoires. L'ensemble des techniques intéressant à la fois les tissus durs et les tissus mous est abordé ensuite. De l'avulsion simple à la réparation des plaies muqueuses, en passant par la chirurgie osseuse et

parodontale, il décrit la prise en charge des lésions kystiques et les techniques implantaires, pour traiter enfin de techniques diagnostiques, telle la biopsie, et de drainage de foyers infectieux.

Enfin sont traitées les prises en charge spécifiques aux différentes pathologies pouvant modifier les procédures chirurgicales précédemment décrites. L'ensemble des techniques est décrit de manière claire et précise afin de permettre à chaque praticien de les réaliser dans sa pratique quotidienne en respectant toutes les conditions techniques nécessaires. Il en sera de même de la gestion des possibles complications pré- ou postopératoires



ÉDITIONS CDP

Coll. JPIO – 511 pages – Prix : 175 €
www.unitheque.com

À LIRE

Dépose et remplacement d'un implant

Par Marc Bert et Philippe Leclercq

Le « métier » d'implantologiste comprend deux phases : la première consiste à mettre en place des implants et à y agréger une prothèse, la seconde consiste à remplacer des implants défaillants. L'apparition de nouveaux systèmes implantaires, fabricants, états de surface, de nouvelles connexions prothétiques, le tout mis en avant par un « marketing » agressif, laisse supposer que les complications, qu'une étude sérieuse aurait permis d'éviter, vont être inévitables. Combien de systèmes mis sur le marché à grand renfort de publicité, sont retirés sans explication autre que celles recueillies auprès des malheureux utilisateurs abandonnés à leur triste sort par les fabricants après des échecs cuisants.

Les auteurs de ce livre ont très vite compris que la dépose d'un implant faisait partie du « métier » nouveau d'implantologiste et qu'ils devaient se

donner les moyens, les outils, les compétences et les techniques pour faire face à cette nécessité complémentaire de leur pratique. Ce sont toutes ces techniques, tous ces outils qu'ils ont voulu mettre à la disposition des praticiens, d'une manière claire et structurée, allant du cas simple aux cas les plus complexes avec comme fil directeur le nécessaire remplacement de l'implant déposé. Connaître un échec n'est pas une honte, ne pas gérer un échec est une faute.



EDP SCIENCES

Coll. Repères – 111 pages – Prix : 120 €
www.librairie-garanciere.com

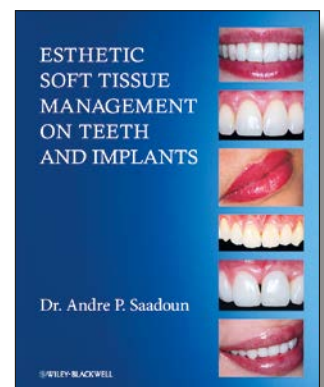
À LIRE

Esthetic soft tissue management on teeth and implants

Par André P. Saadoun

Version anglaise uniquement

Cet ouvrage est un guide, étape par étape, vers le succès en parodontologie et dentisterie implantaire aidant les cliniciens à créer un sourire agréable naturel et esthétique pour leurs patients. À commencer par une discussion générale sur l'esthétique faciale et l'analyse des constituants dento-gingivaux du sourire, le livre continue d'examiner l'impact de ces derniers sur la qualité de vie des gens, à la fois en termes d'engagement de santé et d'un point de vue social. Les chapitres suivants se concentrent sur les traitements esthétiques spécifiques telles que les procédures d'allongement de couronne, la couverture de la récession gingivale avec des greffes de tissu conjonctif ou de matériel de régénération parodontale et la gestion des tissus mous sur dents naturelles et implants. Ce livre comprend un examen exhaustif de la littérature parue dans ce domaine et une abondante iconographie de haute qualité. En cela, il constitue un excellent support pratique pour les paro-implantologistes ainsi que les dentistes généralistes de pointe ayant un intérêt pour la parodontologie, la dentisterie esthétique et implantaire.



ÉDITIONS WILEY – BLACKWELL

ISBN: 978-1-118-30115-9 – 190 pages
http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1118301153.html

Formation complète sur 2 jours

Inclus : Formation aux soins d'urgence

Jour 1 : Douleur et sédation

- Les différentes techniques de sédation vigile.
- MEOPA : pharmacologie, pharmacodynamie, mode d'action et effets secondaires.
- Technique et conduite pratique de la sédation.
- Matériel. Conditions techniques. Conditions de sécurité.

Jour 2 : Travaux pratiques et soins d'urgence

- Surveillance et monitoring du patient pendant la sédation.
- Gestion des complications.
- Travaux pratiques : sédation d'un patient au fauteuil pour chaque praticien.
- Tous les gestes et traitements d'urgence.
- Réanimation cardio-respiratoire sur mannequins.

Formation sanctionnée par un examen théorique final + épreuve pratique.

Dates et lieux de formation :

Nice 31 Mai 2013 – 1er Juin 2013
Nice 11-12 Septembre 2013

Paris 26-27 Novembre 2013 (semaine ADF)
Paris Janvier 2014 (dates à venir)



Dr Joseph CHOUKROUN

Formateurs :
Dr Joseph CHOUKROUN,
Médecin anesthésiste
Dr Claude CHOUKROUN,
Médecin anesthésiste

Renseignements et réservations :
SYFAC
49, rue Gioffredo - 06000 Nice
Tél : 04 93 80 14 87
Fax : 09 57 333 256
info@syfac.com

Formations organisées en partenariat avec :



SOL MEDICAL 

Site internet :
www.solfrance.com

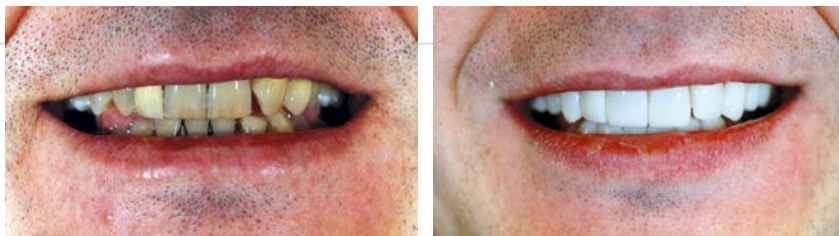


ÉTABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE

Contact :
meopa@spengler.fr

BIOTECH INTERNATIONAL

Le sourire par SMS



Au travers de sa nouvelle filiale, Biotech Medical Aesthetic, l'entreprise Biotech International lance un concept révolutionnaire, dédié à la réhabilitation du sourire : Smile Medical Solutions - SMS.

L'originalité de ce concept réside dans l'utilisation inventive, au service exclusif du sourire, des technologies les plus sophistiquées, tant dans le domaine de la téléphonie cellulaire avec une application smartphone - SmileMe -, que de la cosmétique dentaire avec les facettes pelliculaires River8, distribuées en exclusivité,

à travers le monde, par Biotech International. Sans oublier, la touche finale apportée, si nécessaire, par des injections d'un acide hyaluronique spécifique, Pluryal®. Quant au prix du traitement, qui constitue souvent un frein pour les patients, il s'adapte au budget de chacun grâce au financement personnalisé, proposé par la société Leasemi, filiale de Biotech.

Au total, quatre outils performants au service de l'esthétique dentaire. À découvrir !

BIOTECH INTERNATIONAL

04 90 44 60 60

Application mobile : www.smileme.mobiLeasemi : 06 18 69 69 15, info@leasemi.frwww.biotech-international.com

NUVATORE

Les nouveautés du concept Accurator

Nouveaux correcteurs d'axe

- Dix nouvelles corrections sont intégrées au nouveau coffret notamment pour une correction selon deux plans orthogonaux.
- De plus, le nouveau coffret ACCURATOR contient, à côté des correcteurs d'axe métalliques, leur version en résine à usage unique pour réaliser des corrections multiples divergentes simultanément sur le modèle.

Évolution du logiciel de planification 3D

- Le logiciel de planification 3D (version 2.0) permet de simuler sur l'image toutes les nouvelles corrections notamment celles selon les deux plans orthogonaux.
- La « checklist » opératoire permet de mémoriser, par un diagramme, les corrections à réaliser avant chirurgie.

Guided bone compression kit

Le concept de guidage ACCURATOR intègre, à côté du forage, des outils de condensation/expansion. Le kit « Guided bone compression kit » permet de coupler forage guidé et condensation /expansion guidées.

Intérêts de ce couplage forage/condensation/expansion guidés :

- la recherche d'un torque suffisant par condensation tout en conservant l'axe planifié
- la plastie ponctuelle en protocole non invasif d'une corticale par expansion guidée (concavité vestibulaire antérieure, paroi antérieure ou postérieure de la cavité sinusienne)
- effraction planifiée du plancher sinusien après analyse par le logiciel ACCURATOR pour une chirurgie plus précise et plus prédictible

- limiter le recours à la greffe osseuse d'apposition : optimiser la gestion du volume osseux des crêtes fines par un protocole simple de chirurgie non invasive guidée

Les journées de formation à la chirurgie guidée ACCURATOR

Elles sont réalisées tous les mois alternativement à Montpellier et à Paris. ♦



NUVATORE SARL

Tél : 09 61 42 84 71

technique@nuvatore.fr – www.implant-accurator.com

NOUVEAU !

Anthogyr lance le concept « Simply with Implants : souriez à la vie avec les implants dentaires... »

Pour aider les praticiens à promouvoir et développer l'activité dentaire au sein de leur cabinet, Anthogyr a créé un programme de communication spécifique*, destiné aux patients : composés de supports papier et multimédia, les différents outils mis à leur disposition aideront les chirurgiens-dentistes à expliquer de manière simple et didactique en quoi consiste la pose d'implants, quelles sont les différentes étapes du traitement, les avantages de la thérapie implantaire par rapport aux techniques alternatives...

De plus, ces documents spécifiques permettront également de fournir aux patients les informations nécessaires concernant le suivi thérapeutique et l'entretien de leur(s) implant(s).

Grâce à ce concept de communication, Anthogyr accompagne les praticiens dans une démarche active vers leur patientèle, pour une efficacité et une rentabilité optimales.

Pour en savoir plus et découvrir l'ensemble des supports disponibles, n'hésitez pas à contacter les conseillers commerciaux Anthogyr et à découvrir notre site d'information patient.

* Kit complet remis gratuitement par les conseillers commerciaux Anthogyr. Réservé aux praticiens partenaires d'Anthogyr. ♦

ANTHOGYR SAS

Tél: +33 (0)4 50 58 02 37

kildine.gatto@anthogyr.comwww.simply-with-implants.com – www.anthogyr.com



INTEGREZ LA PRATIQUE DE L'IMPLANTOLOGIE DANS VOTRE EXERCICE QUOTIDIEN

OBJECTIFS de la FORMATION :

- **P**ILOTER un plan de traitement implanto-prothétique,
- **A**CQUERIR la technique chirurgicale,
- **C**OORDONNER sereinement un traitement pluri-disciplinaire,
- **T**RAITER avec assurance les problématiques implantaire.



L'ÉQUIPE de PACT Implant :
Jacques Attias,
Guillaume Drouhet,
Isabelle Kleinfinger.

Une équipe d'enseignants pour partager 20 ans d'expérience

*Formation complète, validée par les assurances.
Premier enseignement privé avec apprentissage clinique
chirurgical sur le lieu de formation, sur vos patients.*

(Places limitées à 16 personnes)

PARTENAIRES



La formation PACT Implant,

6 MODULES indissociables de deux jours comprenant :

- des **cours théoriques**,
Démarche implantaire
Approche Chirurgicale raisonnée
Stratégies Chirurgicales et protocoles de mise en charge
Prothèse implanto-portée
Secteur esthétique
Chirurgie avancée
- des **travaux pratiques**,
- des **sessions de chirurgie**, 7 demi-journées de chirurgie
Interventions sur vos patients encadrées par l'équipe enseignante.

Une **conférence thématique pour clore chaque module** avec Patrick Missika, Philippe Khayat, Anne Benhamou, Philippe Russe, Frédéric Chiche et Georges Khoury.

Lieu de formation : Faculté de Chirurgie Dentaire Garancière - 5, rue Garancière, 75006 Paris



Inscriptions Formation 2013 /2014 & Informations
www.pactimplant.com

TARIF 5.750 €
*pour toute inscription
avant le 1er Juin 2013*

Inscriptions: Annick Ligot, 06 14 57 24 21, contact@pactimplant.com

PACT Implant : une formation innovante en implantologie

Rencontre avec Isabelle Kleinfinger, Guillaume Drouhet et Jacques Attias



Dr. Isabelle Kleinfinger



Le Fil Dentaire : PACT Implant est certes un nouveau programme de formation mais ses fondateurs ne sont pas méconnus de la profession, pouvez-vous brièvement vous présenter ?

Pact Implant : nous sommes tous les trois, Isabelle Kleinfinger - Guillaume Drouhet - Jacques Attias, attachés d'enseignement dans le Diplôme Universitaire d'Implantologie de l'Université Paris 7 de Patrick Missika, ainsi que dans le Diplôme Universitaire de Reconstruction Pré Implantaire Paris 7 sous la responsabilité scientifique de Georges Khoury. Cela fait environ 20 ans que nous partageons, accompagnons et transmettons aux étudiants notre expérience en implantologie, malheureusement cela ne s'adresse qu'à un cercle restreint de praticiens avec un pré requis très sélectif. Or, le traitement implanto-prothétique fait partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste, c'est la raison pour laquelle nous avons voulu créer cette formation, avec la volonté commune de permettre aux praticiens d'intégrer dans leur pratique quotidienne cette discipline incontournable.

LFD : il existe pléthore de formations notamment en implantologie. En quoi le programme que vous proposez se distingue-t-il ?

PI : notre équipe a deux atouts essentiels : l'expérience de plus de 20 ans d'enseignement universitaire, et la conviction qu'une formation sérieuse doit être théorique et accompagnée d'un apprentissage clinique important.

Le *cursus* de PACT Implant est basé sur un

enseignement progressif théorique, pratique et clinique. Les cours théoriques, qui seront délivrés par une équipe d'enseignants compétents et unis, tous issus de l'équipe d'enseignement de Paris 7, se veulent avant tout pragmatiques. Les travaux pratiques suivent une logique de formation progressive, où les participants, qu'ils soient novices ou avec une expérience, apprendront les gestes chirurgicaux essentiels pour l'implantologie.

C'est ainsi, qu'ils seront amenés à réaliser des interventions chirurgicales sur leur patient, au sein même du centre de formation, la Faculté de Chirurgie Dentaire Garancière. Le praticien, dès le 1^{er} module, apprendra à mener le plan de traitement implanto-prothétique de son patient, accompagné de l'un de nous, jusqu'à réaliser la chirurgie implantaire.

Trois journées et demie sont consacrées à l'apprentissage de la chirurgie. Chaque participant devrait pouvoir réaliser 2 à 3 interventions, en binôme ; disposant de 3 salles d'intervention, trois chirurgies seront effectuées en même temps, dont une sera retransmise et commentée en direct aux autres participants : ainsi chacun bénéficie de l'expérience des autres. Grâce à nos partenaires, Biomet 3I, Dentsply Implant, Nobel Biocare, les praticiens auront l'occasion de s'initier à trois systèmes d'implants de renommée internationale.

De plus, les praticiens ont la possibilité de venir avec leur assistante, qui sera formée à la mise en place du plateau technique dans les conditions d'hygiène et d'asepsie.

Chaque module sera clos par une conférence thématique donnée par des experts renommés qui feront le point sur le sujet de l'objectif de la journée passée.



Dr. Guillaume Drouhet



Dr. Jacques Attias



LFD : les formations se dérouleront à Garancière, pourquoi ce choix ? Quels sont vos liens avec ce lieu ?

PI : nous sommes tous les trois enseignants à la Faculté de chirurgie dentaire Garancière, ainsi que l'ensemble de l'équipe enseignante qui nous entoure, c'est pourquoi notre choix s'est porté sur ce lieu de formation réputé ; de plus, nous disposons de nouveaux locaux magnifiques, avec des salles de cours ou travaux pratiques modernes, et d'un plateau technique avec trois salles d'intervention idéales. La situation géographique, au centre de Paris, est aussi très accessible pour chaque participant.

LFD : la formation que vous proposez nécessite-t-elle une connaissance de base de l'implantologie ou le profane peut-il y accéder ?

PI : comme nous l'avons dit précédemment, tous les praticiens ayant un exercice clinique peuvent s'inscrire à la formation PACT Implant. Qu'ils aient ou non une connaissance de base de l'implantologie, ou même la pratique de l'implantologie. La formation a pour objectif principal de leur donner les connaissances essentielles avec un apprentissage clinique sérieux, c'est la raison pour laquelle il n'y aura que 16 participants afin de pouvoir accompagner la formation de chacun avec efficacité.

De plus, un de nos partenaires principaux, la MACSF, permettra aux praticiens d'être assurés au cours de l'année de la formation et au delà grâce au Certificat d'Implantologie Clinique Fonctionnel et Esthétique qui sera délivré à l'issue du cursus validé par un examen, qui permettra un contrôle des connaissances acquises, nécessaire pour la reconnaissance de la formation auprès des assurances.

LFD : pouvez-vous renseigner nos lecteurs sur le déroulement du cursus et les conditions d'inscription ?

PI : le programme se déroule en 6 modules de 2 jours successifs répartis entre cours, travaux pratiques et sessions de chirurgie. Une journée type de formation se déroule de 8h (accueil petit déjeuner) jusqu'à 18h ou 20h selon les modules.

Les conditions d'inscriptions sont de deux ordres :

- un coût de formation de 6400,00 € pour les 6 modules de 2 jours indissociables (cours, travaux pratiques, et sessions de chirurgie). Cela inclut petit déjeuner, déjeuner et dîner de clôture, et bien sûr le plateau technique ainsi que les implants fournis pour les interventions, sans oublier la formation de leur assistante (à noter que toute inscription faite avant le 1^{er} juin 2013 bénéficie de 10 % de réduction soit un coût total de 5750,00€).
- avoir une RCP avec pratique de l'implantologie, sachant qu'à défaut, la MACSF assurera le participant au cours de la formation. ◆

Une formation sérieuse doit être théorique et accompagnée d'un apprentissage clinique important.



Implantologie unitaire dans le secteur esthétique :

considérations biologiques et stratégies prothétiques



Dr Vincent JEANNIN

- Chirurgien-dentiste, DSO
- Licencié en science dentaire de l'université catholique de Louvain
- D.U. de biomatériaux
- D.U. d'implantologie
- Président fondateur de l'APEX (groupe d'étude et de recherche en esthétique et en implantologie)



Dr Benjamin CORTASSE

- Chirurgien dentiste, diplômé de la faculté de Montpellier
- C.E.S. de parodontologie
- C.E.S. de biomatériaux
- D.U. de biomatériaux et implantologie
- D.U. expertise maxillofaciale
- Formateur et co-fondateur de l'Apex (groupe d'étude et de recherche en esthétique et en implantologie)

Partie 1 – L'implant unitaire antérieur est un vrai défi esthétique. Nous cherchons à obtenir des résultats prévisibles, proches des dents naturelles adjacentes et à conserver une harmonie entre le sourire, les dents, les tissus durs et les tissus mous. La préservation est toujours plus aisée que la reconstruction.

En tant que cliniciens avertis, nous nous devons de poser quotidiennement un diagnostic juste et un plan de traitement rigoureux. Le résultat esthétique ne doit pas être décevant, ce qui serait inacceptable aussi bien pour le dentiste que pour son patient.

L'extraction-implantation immédiate gagne en popularité ces dernières années grâce aux avancées technologiques du matériel employé, à la maîtrise des praticiens et se présente comme un acte séduisant, tant pour le praticien que pour le patient. L'intégration de la nouvelle dent aux tissus gingivaux est essentielle pour qualifier le traitement de succès bio-esthétique et non pas de simple intégration fonctionnelle. La chirurgie implantaire dans le secteur antérieur a aujourd'hui une approche moins invasive, plus biologique et plus esthétique, intégrant une préparation soignée afin d'assurer la prévisibilité du résultat.

Analyse préliminaire et critères de sélection

L'analyse préliminaire et l'élaboration de la stratégie du plan de traitement nous permettront de faire le choix du protocole (d'extraction/d'implantation/de mise en charge) ainsi que le choix de l'implant, de son pilier, de sa céramique. Les

facteurs à prendre en compte avant de réaliser une restauration esthétique sur implant dans le secteur antérieur sont décrits ci-dessous.

Examens cliniques

- anamnèse médicale
- antécédents et cause de l'extraction (traumatisme, orthodontie, infection endodontique ou parodontale à répétition, traitements iatrogènes, carie, obturation défectueuse...)
- sondage parodontal ; il permet de déterminer :
 - l'état de la corticale vestibulaire
 - le niveau des pics osseux interdentaires (la stabilité d'une papille est prévisible si le pic osseux est à moins de 4,5 mm du point de contact interproximal, d'après la règle de Tarnow [16])
 - l'épaisseur de la gencive

Examens radiologiques

- radiographie apicale
- radiographie panoramique
- Cone Beam CBCT : il permet de visualiser dans les 3 dimensions de l'espace :
 - les tissus mous
 - les obstacles anatomiques



Fig. 1a et 1b : biotype gingival

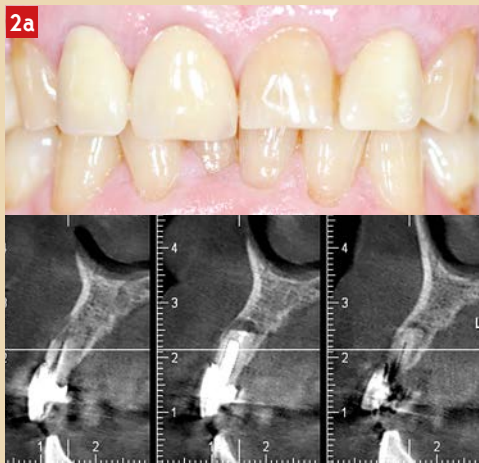


Fig. 2a : classe 1 d'Ellian



Fig. 2b : classe 2 d'Ellian



Fig. 2c : classe 3 d'Ellian

- le volume osseux, notamment la présence d'au moins 4 à 5 mm d'os au-delà de la racine pour assurer la stabilité primaire de l'implant
- permet de modéliser le placement idéal de l'implant grâce au logiciel de planification (Nobel Clinician®)
- guide radiographique : élaboré si besoin à partir du projet prothétique et esthétique
- clichés photographiques : un protocole photographique complet doit être fait afin d'analyser le cas une fois le patient parti. Cela permet de dialoguer et de communiquer avec lui ainsi qu'avec les autres intervenants du traitement (chirurgien, dentiste, prothésiste, orthodontiste...). La photographie permet de voir des détails que l'on ne voit pas cliniquement sur le moment, avec un autre angle.

Le biotype tissulaire

Nous pouvons distinguer 3 types de biotype : épais, fin et intermédiaire (Fig. 1a et 1b). Les pourcentages de répartition dans la population sont respectivement 20, 20 et 60 %.

Biotype tissulaire fin

- épaisseur de 0,3 – 0,7 mm
- profil festonné
- papilles hautes
- os fin
- dents triangulaires

Biotype tissulaire épais

- épaisseur ≥ 1 mm
- profil plat
- papilles basses
- os plus ou moins épais
- dents carrées

Le type d'alvéole

Nous pouvons distinguer 3 situations cliniques initiales (Fig. 2a, 2b, 2c) selon la classification d'Ellian [6].

- classe 1 : tissus durs et mous suffisants, alvéole intacte
- classe 2 : tissus durs faiblement altérés (petite perte osseuse) mais tissus mous intacts (gencive au niveau normal)
- classe 3 : pertes osseuse et gingivale importantes

Évaluation du risque esthétique

Il est possible de déterminer le niveau de difficulté d'une

réhabilitation implantaire en zone esthétique, selon un ensemble de critères et ainsi, d'adapter le protocole thérapeutique en fonction [5].

	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
État général du patient	Système immunitaire intact non fumeur	Fumeur < 10/j	Système affaibli (>10/j) gros fumeur
Exigence esthétique	Faible	Moyenne	Grande
Ligne du sourire	Basse	Moyenne	Haute
Biotype gingival	Épais peu festonné	Moyen modérément festonné	Fin très festonné
Forme de la dent	Carrée	Ronde	Triangulaire
Infection du site implantaire	Aucune	Chronique	Aiguë
Hauteur entre l'os et le point de contact au niveau des dents adjacentes	< 5 mm	5,5 – 6,5 mm	> 7 mm
État des dents adjacentes	Intactes	Restaurées	Restauration défectueuse
Largeur de l'édentement	1 dent (< 7 mm)	1 dent (> 7 mm)	2 dents ou plus
Anatomie des tissus mous	Intacte		Défectueuse
Anatomie des tissus durs	Aucune lésion	Lésion horizontale	Lésion verticale

En plus de tous ces éléments, nous pouvons établir un score initial d'après le « White and Pink Esthetic Score » WES/PES [9]. Le score sera réévalué en fin de traitement pour déterminer le niveau de succès esthétique de la réhabilitation.

Cependant, l'inconvénient de ce type d'analyse est qu'elle ne prend pas en compte le volume tissulaire vestibulaire ou proximal, qui s'apprécie en 3D et non en 2D. Le seul critère de hauteur des tissus ne suffit pas, il faut y ajouter l'épaisseur des tissus.

Arbre décisionnel et conduite à tenir dans les zones antérieures

La détermination du délai d'implantation (extraction implantation immédiate, précoce, ou différée) se fera donc [17] : ...

- ... ■ en fonction du biotype gingival
 - si biotype fin => implantation immédiate + greffe de conjonctif enfoui
 - si biotype épais => implantation immédiate favorable (absence de greffe de conjonctif)

- en fonction de l'alvéole
 - alvéole intacte => implantation-immédiate + comblement du gap avec du Bio-oss
 - alvéole compromise + perte d'os importante => ROG avec Bio-oss + membrane + implantation-différée 3-4 mois

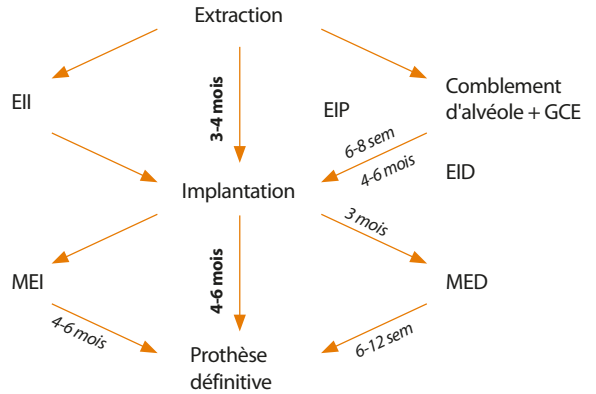
Sur la base de la classification d'Ellian, d'autres auteurs ont proposé des lignes de conduite [17] :

- classe 1 = extraction-implantation immédiate possible
- classe 2 = extraction-implantation immédiate encore possible mais avec ROG vestibulaire
- classe 3 = extraction et comblement de l'alvéole puis implantation différée

La littérature rapporte qu'il est plus facile de maintenir les papilles avec l'Extraction Implantation Mise en Esthétique Immédiate (EIMEI). Pourtant ce type de protocole ne permet pas pour autant de maintenir la stabilité de la muqueuse vestibulaire à long terme de manière prédictible. Au contraire, la pose d'un implant différé permettra un meilleur contrôle

des tissus vestibulaires, mais avec en revanche une moindre prévisibilité pour la reconstruction des papilles [1, 12].

Description des différents protocoles d'implantation en secteur esthétique



EI : extraction-implantation immédiate ; **EID** : extraction-implantation différée ; **EIP** : extraction-implantation précoce ; **MEI** : mise en esthétique immédiate ; **MED** : mise en esthétique différée

Conclusion

À partir de cette analyse préliminaire, l'indication entre la pose immédiate ou différée d'un implant en secteur esthétique peut être décidée. Bien entendu, le sens clinique et les aptitudes du praticien sont aussi à prendre en compte. ♦

lefildentaire
Mais c'est aussi...

C'est...
LA distribution
la plus qualifiée
de la presse dentaire



LE portail du monde dentaire français

- Une base de donnée de + de 500 articles
- des interviews
- des vidéos
- des actualités quotidiennes
- un agenda des formations étoffé

Et tout cela
gratuitement
bien sûr !

La grande nouvelle,
nous l'avons gardé pour la fin :

Les petites annonces
sont également **gratuites**

www.lefildentaire.com

facebook.com/LeFilDentaire
twitter.com/FilDentaire

The logo for APEX features the word "APEX" in a white, serif font. A blue, curved brushstroke-like line sweeps across the letters from left to right, passing behind the 'A' and 'P' and in front of the 'E' and 'X'.

L'Esthétique, L'implantologie

vous attendez quoi pour vous y mettre ?...

rejoignez-nous sur

www.apex-esthetique.com




Dr Vincent JEANNIN

- Chirurgien-dentiste, DSO
- Licencié en science dentaire de l'université catholique de Louvain
- D.U. de biomatériaux
- D.U. d'implantologie
- Président fondateur de l'APEX (groupe d'étude et de recherche en esthétique et en implantologie)


Dr Benjamin CORTASSE

- Chirurgien dentiste, diplômé de la faculté de Montpellier
- C.E.S. de parodontologie
- C.E.S. de biomatériaux
- D.U. de biomatériaux et implantologie
- D.U. expertise maxillofaciale
- Formateur et co-fondateur de l'Apex (groupe d'étude et de recherche en esthétique et en implantologie)

Fig. 3 : gestion de l'alvéole par la technique du comet de glace (Bio-oss + membrane collagène + conjonctif enfoui)

Implantologie unitaire dans le secteur **esthétique** : **considérations** biologiques et stratégies **prothétiques**

Partie 2 – Le défi esthétique en implantologie est de reproduire les dents naturelles adjacentes au niveau forme, couleur, émergence, mais aussi, et cela est beaucoup plus compliqué, de reproduire les tissus qui les entourent, au niveau de leur architecture, leur volume, leur couleur, leur texture ainsi que les papilles interdentaires. À la notion « fonctionnelle » de l'ostéointégration s'est ajoutée la notion de « biologie » ou « bio-esthétique ».

La philosophie actuelle en implantologie est de réaliser une chirurgie minimalement invasive, si possible sans lambeau afin de ne pas perturber la vascularisation des tissus et de l'os. Pour cela, une planification rigoureuse du cas est indispensable. On cherchera à réaliser une mise en fonction rapide ou immédiate, avec un pilier provisoire adapté, voire un pilier définitif, pour assurer la stabilité des tissus osseux et muqueux et éviter les manœuvres d'insertion-désinsertion néfastes pour l'attache conjonctive.

Le but de cet article est de clarifier les différents protocoles et leurs indications afin d'aider le praticien dans sa prise de décision face à un cas clinique.

Extraction – implantation différée EID

Gestion de l'alvéole

Dans ce cas précis, la stabilité de l'implant ne pouvant être obtenue, nous devons gérer le maintien du volume alvéolaire ainsi que la stabilité des tissus mous.

Pour cela nous réaliserons le comblement alvéolaire avec un biomatériau à résorption lente mélangé à du sang (Bio-Oss® - Geistlich) afin de limiter la résorption osseuse [8].

En cas de lésion de la corticale vestibulaire, la mise en place d'une membrane résorbable tapissant la partie vestibulaire de l'alvéole sera nécessaire.

L'alvéole est ensuite fermée soit avec un tissu punch prélevé à la tubérosité si possible, sinon au palais et suturé délicatement aux parois sans tension, ou par un greffon conjonctif enfoui en selle, glissé dans 2 enveloppes, en vestibulaire et en palatin (*Fig. 3*).

Nous attendons ensuite le temps nécessaire à la cicatrisation et à la stabilisation de l'alvéole pour pouvoir mettre l'implant dans de bonnes conditions (4-8 semaines EIP, 10-12 semaines EID, > 16 semaines EIT).

La temporisation

Pendant la période de cicatrisation, il faudra pouvoir assurer au patient une solution temporaire esthétique et fonctionnelle. Trois possibilités peuvent alors être envisagées.

Prothèse amovible résine avec une dent ajustée

- technique : une prothèse amovible résine conventionnelle est réalisée ; néanmoins un soin particulier sera à apporter au niveau du calage sur les faces cingulaires des dents adjacentes afin d'éviter toute rotation de la



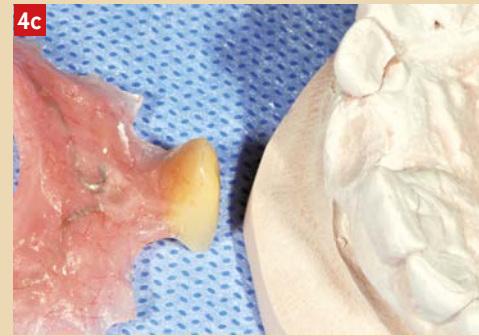


Fig. 4 : prothèse amovible

prothèse susceptible de mobiliser les tissus mous ; la dent sera gérée comme un pontic, dans un premier temps non compressif, puis transformé ultérieurement en pontic ovoïde par ajout de résine composite (Fig. 4)

- avantages : simple, économique, peut être retirée facilement (par le patient et par le praticien), les ajustages de forme peuvent facilement être réalisés
- inconvénient : induit des mouvements défavorables à la cicatrisation gingivale, souvent inconfortables ou irrecevables pour le patient qui souhaite une réhabilitation fixe

Bridge collé type bridge de Rochette

- technique : nous réaliserons un bridge à ailettes métalliques perforées, recouvrant seulement la moitié cervicale de la face palatine des dents adjacentes, afin de limiter l'aspect grisâtre par transparence au niveau du bord libre ; cette attelle est scellée au ciment IOV modifié (Fuji +[®] GC) afin d'assurer une tenue correcte tout en permettant un descellerment aisé [17] ; dans certains cas nous pourrions réaliser des griffes de contrôle de positionnement sur le bord libre qui seront sectionnées après scellement (Fig. 5)
- avantages : solution fixe sans micromouvement parasite, permet de gérer les tissus mous par le travail au niveau du pontic ovoïde
- inconvénient : doit être descellé lors de chaque étape prothétique

Utilisation de la dent extraite

- technique : on récupère la dent extraite après avoir séparé la racine de la couronne et obturé la pulpe à l'aide de composite, puis on la colle aux dents voisines avec une attelle en fibre de verre noyée dans du composite (Fig. 6)
- avantage : esthétique conforme à la situation initiale

- inconvénients : la situation initiale ne permet que rarement la conservation de la dent, la teinte de la dent peut se modifier par déshydratation ; technique de collage aléatoire du fait de la difficulté de mise en place d'un champ opératoire, le décollement de cet artifice prothétique sera unique et ne permettra donc aucune modification.

Extraction – implantation immédiate EII

Prévisibilité de stabilité primaire

Deux indices peuvent nous permettre d'apprécier la future stabilité primaire de l'implant :

- le *ratio* longueur de l'implant dans l'alvéole d'extraction/longueur de l'implant dans l'os résiduel ; même si aucune étude ne le quantifie de manière précise, il apparaît qu'un *minimum* d'un tiers de la hauteur totale semble être satisfaisant, soit en moyenne 4 à 5 mm
- étude des UH (Unités Hounsfield) sur le CBCT : même si aucune étude à ce jour n'établit de corrélation exacte entre UH observé sur la CBCT et le type d'os en présence selon la classification de Lekholm et Zarb, on peut tout de même établir une correspondance [18]
 - type I : ≥ 850 NH
 - type II-III : entre 500 et 850 NH
 - type IV : ≤ 500 NH

Position 3D de l'implant

- il est très important pour le résultat esthétique que le positionnement de l'implant soit correct dans les trois dimensions, guidé par la restauration prothétique ...

Fig. 5 : bridge de Rochette



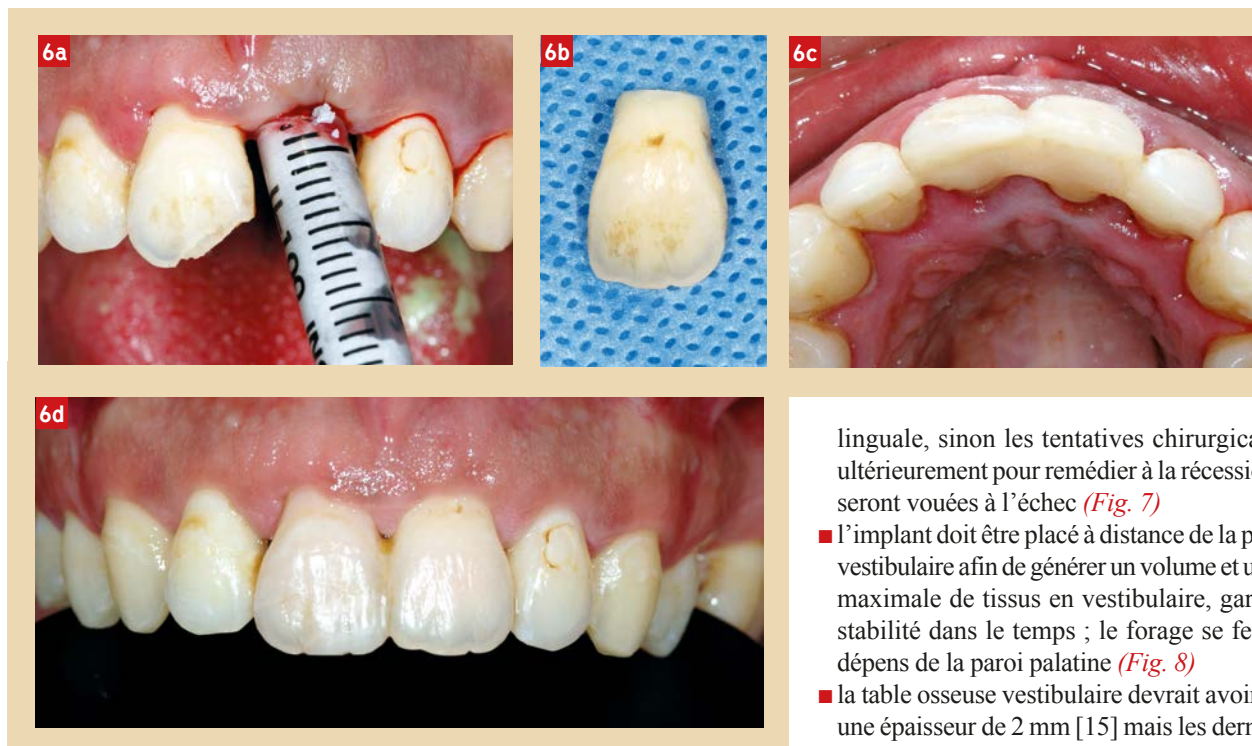


Fig. 6 : utilisation de la dent extraite

... finale. Chen et al. ont étudié sur 42 implants immédiats l'influence du biotype gingival, du positionnement de l'implant et de la conception de deux systèmes implantaire sur l'ampleur de la récession vestibulaire [5]. Ils ont constaté que le facteur le plus influent était le positionnement de l'implant. L'implant ne doit donc pas être trop incliné vestibulairement, mais légèrement décalé en direction palatine et/ou

linguale, sinon les tentatives chirurgicales menées ultérieurement pour remédier à la récession gingivale seront vouées à l'échec (Fig. 7)

- l'implant doit être placé à distance de la paroi osseuse vestibulaire afin de générer un volume et une épaisseur maximale de tissus en vestibulaire, garants de leur stabilité dans le temps ; le forage se fera donc aux dépens de la paroi palatine (Fig. 8)
- la table osseuse vestibulaire devrait avoir idéalement une épaisseur de 2 mm [15] mais les dernières études ont démontré que cela était vrai dans seulement 2,4 % des cas dans les secteurs esthétiques maxillaires [10]
- le gap entre la table osseuse et l'implant (1-1,5 mm) sera rempli avec du Bio-Oss quasi systématiquement [14]
- l'implant ne doit pas avoir un diamètre trop important pour ne pas remplir ou comprimer les parois de l'alvéole (surtout dans la partie coronaire) [1]
- on doit respecter une distance minimale de 1,5 mm – 2 mm entre l'implant et les dents voisines [7] (Fig. 9)

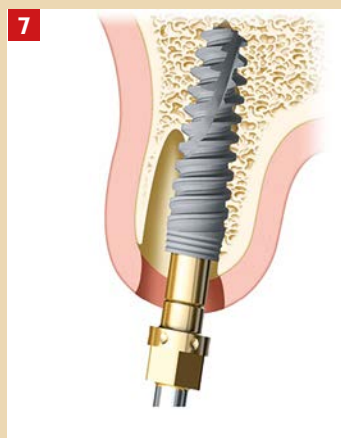


Fig. 7 : placement palatin de l'implant

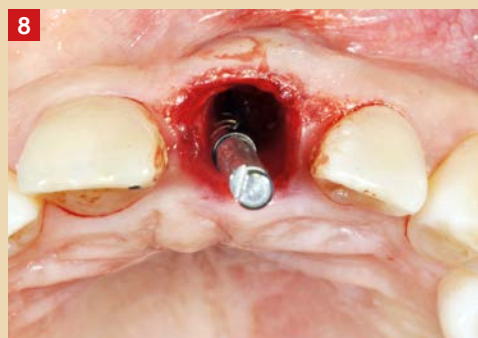


Fig. 8 : positionnement vestibulo-palatin du forage



Fig. 9 : positionnement optimal mesio-distal

Fig. 10 : positionnement optimal vestibulo-palatin

Zone de confort
 Zone de risque moins 2 mm



- le positionnement vertical de l'implant doit se faire à 1 mm du rebord osseux et 3 mm du rebord gingival idéal ; il faut faire attention à ne pas trop enfouir l'implant (surtout avec les implants à col rugueux), afin de respecter un espace biologique correct [3] (*Fig. 10*)
- il faut faire attention à ne pas comprimer ou altérer les pics osseux interdentaires qui soutiennent les papilles ; le col de l'implant doit se situer à une distance maximale de 4,5 mm du point de contact, sinon la papille risque de disparaître : d'où l'importance primordiale du sondage parodontal pour repérer le niveau osseux des pics interdentaires [16]
- l'implant doit avoir un design qui nous permette d'obtenir une stabilité primaire supérieure à 35 N/cm ; c'est pour cela que les macro et microspires des implants bone-level modernes (comme le Nobel Active par exemple) ont toute leur importance : il nous faut également une hauteur d'os > 3-4 mm au-delà de l'apex de la dent à extraire pour assurer cette stabilité primaire dans un axe compatible avec la future prothèse et pouvoir placer un implant de longueur correcte

Gestion du gap et des tissus

- on comble le gap avec du Bio-Oss si celui-ci est supérieur à 1,5 mm [8]
- on laisse le caillot sanguin cicatriser spontanément s'il est < 1 mm [14]

Une fois la vis de cicatrisation temporairement connectée, une poche ou une enveloppe d'épaisseur partielle est réalisée en vestibulaire. Une greffe de tissus conjonctifs prélevée au palais ou à la tubérosité y est insérée [2]. Le greffon est glissé à l'intérieur de la poche à l'aide d'un fil de suture et de petits instruments, puis est stabilisé avec un ou deux points, quelquefois aucun. Le greffon doit s'adapter passivement et sans tension dans la poche. Il doit être fin et peu grassex (*Fig. 11*).

Mise en esthétique immédiate MEI

La partie prothétique est tout aussi importante pour obtenir un résultat bio-esthétique optimal. Le choix des piliers et des couronnes (provisoires et définitives) est très important en termes de biocompatibilité, forme et couleur. L'élaboration de la provisoire sera faite au fauteuil, avec un pilier provisoire, de préférence vissé, et une dent du commerce (ou même la dent extraite). Une coque en résine cuite pourra (pour raison esthétique par exemple) être préparée au laboratoire quand c'est nécessaire. Nous lui demandons de la livrer avec deux petites ailettes sur les dents voisines, de manière à la repositionner et à la stabiliser lors de sa solidarisation avec le pilier en bouche. Ce petit artifice peut également nous servir de guide pendant la chirurgie. Dans certains cas, la chirurgie peut même être anticipée sur le modèle en plâtre : on simule alors sur le plâtre le positionnement idéal de l'implant, en prenant soin de placer le méplat en vestibulaire. Un guide chirurgical avancé et quelquefois même un pilier personnalisé, pourront être réalisés à

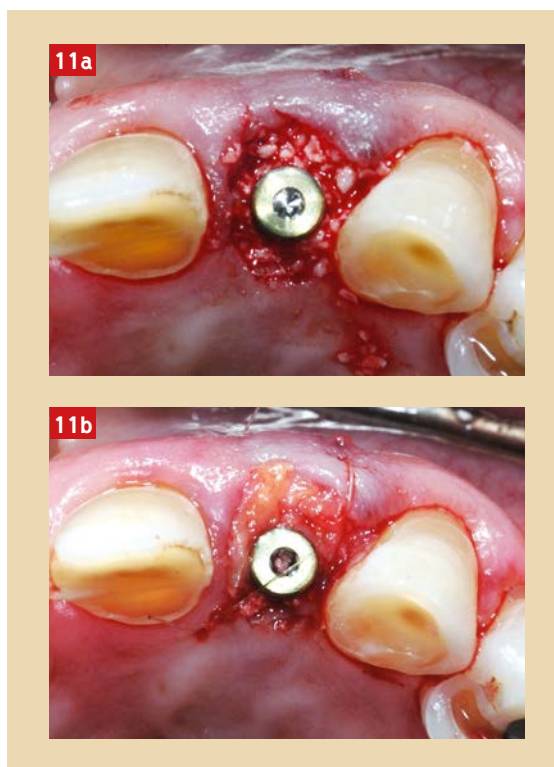


Fig. 11 : gestion du gap (Bio-Oss + conjonctif enfoui)

l'avance et utilisés immédiatement lors de la chirurgie. Ce travail d'anticipation et de planification est primordial : le résultat esthétique en dépend en grande partie, autant que la gestion des tissus durs et mous (Touati).

Critères de sélection du pilier

Quel est le cahier des charges ? Le pilier doit être en matériaux biocompatibles, avoir un design et un profil d'émergence permettant de soutenir le tissu, être vissé de préférence avec une connexion précise pour éviter tout mouvement, être éventuellement modifiable si les tissus venaient à évoluer avec la cicatrisation, avoir un platform-switching pour assurer une épaisseur maximale de tissu et une étanchéité du joint muqueux [4], être dévissé le moins possible, voire pas du tout, pour éviter de léser l'attache fibreuse qui entraîne automatiquement une récession gingivale. Il doit présenter un profil concave en transmuqueux, ne pas être trop évasé pour ne pas comprimer la gencive, tout cela à un coût acceptable.

Les piliers provisoires

Deux types de piliers provisoires peuvent être utilisés : scellés ou vissés (*Fig. 12*). Nous privilégions, quand cela est possible et que l'axe prothétique le permet, un pilier vissé, qui évite de laisser des excès de ciment provisoire néfastes à la cicatrisation des tissus.

Le matériau de choix pour le pilier provisoire est le titane car il est biocompatible, contrairement aux piliers en résine ou en plastique (peek) où les cellules épithéliales ne vont pas adhérer. Au contraire, elles vont migrer apicalement vers le col de l'implant, qui lui, est en titane, où elles adhéreront grâce aux protéines adhésives et aux hémidesmosomes.

Fig. 12 : piliers provisoires titane vissés ou scellés



Intérêt du placement précoce du pilier définitif

Quand la situation le permet, on place un pilier définitif immédiatement lors de la pose de l'implant. L'avantage est d'éviter de manipuler plusieurs fois les éléments prothétiques (pilier, transfert) et de perturber ainsi la barrière muqueuse.

L'empreinte sera réalisée facilement, comme une prothèse dentaire traditionnelle. Après avoir placé un cordonnet 000, on affine les limites prothétiques à la fraise, en prenant soin de copier les contours gingivaux de l'incisive controlatérale. Puisque la couronne devra offrir le support approprié aux tissus mous, la préparation de la face vestibulaire sera légèrement sous-gingivale. La partie la plus critique de la préparation finale est le positionnement du zénith de la future gencive marginale. Le pilier définitif pourra être en titane ou en zircone.

Le matériau de choix dans les secteurs antérieurs reste la zircone, surtout dans les cas de biotype gingival fin. Il y a encore peu de recul clinique, mais les résultats à moyen terme sont très encourageants, notamment sur le plan esthétique. La zircone est encore plus biocompatible que le titane et retient très peu la plaque bactérienne [10]. De plus, la cicatrisation est plus rapide qu'autour du titane.

Le pilier définitif pourra être préfabriqué ou réalisé par CFAO.

Préfabriqué (pilier de catalogue) (Fig. 13)

Il existe aujourd'hui des piliers anatomiques de différentes formes, permettant un soutien optimal des tissus mous dans la plupart des situations (Procera Esthetic Abutment® Ti + Zi Nobelbiocare) mais ils ne peuvent pas être utilisés dans toutes les situations. En effet, il est rare que ces piliers aient la forme, les contours, l'émergence et la limite à une hauteur idéale. Leur section est le plus souvent ronde au lieu d'être ovale ou triangulaire. Le second problème est de bien choisir le diamètre. Très souvent, il n'est pas du tout comparable à celui de l'incisive centrale controlatérale.

Afin de résoudre ce problème, nous sommes contraints de positionner l'implant plus profondément pour compenser le manque de soutien de l'émergence par une gestion sous-gingivale de la couronne (Van Dooren).

Le contour cervical de la couronne provisoire devra optimiser le support des tissus mous dans les derniers 1,5 mm de la zone transmuqueuse, afin d'arriver à un support des tissus mous idéal. C'est là la limite de l'utilisation de ces piliers comparés aux piliers CFAO Procera qui occupent une grande majorité du volume transmuqueux et évitent les éliminations de ciment fastidieuses tout en optimisant la biocompatibilité.

Fig. 13 : utilisation du pilier de catalogue Procera Esthetic Abutment (NobelBiocare) (Laboratoire Benavent)



CFAO

Le gold standard reste bien entendu les piliers CFAO, avec un profil individualisé (Procera®-NobelBiocare), mais leur délai de réalisation est souvent trop long (8-10 jours) pour être compatible avec la mise en esthétique immédiate.

Perspectives

Céramique pressée sur pilier provisoire titane (ITA)

Les piliers provisoires peuvent être individualisés au laboratoire à l'aide de céramique pressée. Un pilier est modélisé en résine calcifiable sur une embase provisoire en titane, puis la résine est pressée avec de l'Emax®-Ivoclar. La pièce ainsi obtenue est collée à l'embase préalablement silanisée.

Ce type de pilier personnalisé pourrait même dans l'absolu rester en bouche et servir de pilier définitif lors de la réalisation de la couronne, mais le recul clinique est encore insuffisant pour assurer que ce matériau est biocompatible, notamment de par la présence et la qualité du joint de collage.

Céramique pressée sur pilier Zircon (Fig. 14)

Dans les cas de MEI où nous devons travailler avec des piliers préfabriqués dont les contours ne sont pas toujours idéaux, nous sommes contraints d'utiliser un protocole prothétique différent.

Nous utilisons le plus souvent un pilier zircon anatomique dont la forme est légèrement modifiée au fauteuil puis poli au laboratoire. Sur un modèle issu d'une empreinte ou d'une clé de repositionnement, le prothésiste retouche par meulages légers les points de surcontour et rajoute de la céramique pressée (Emax®-Ivoclar) aux points de sous-contour, donnant ainsi au pilier l'anatomie idéale pour soutenir les tissus mous, les papilles et l'émergence idéale pour la future couronne.

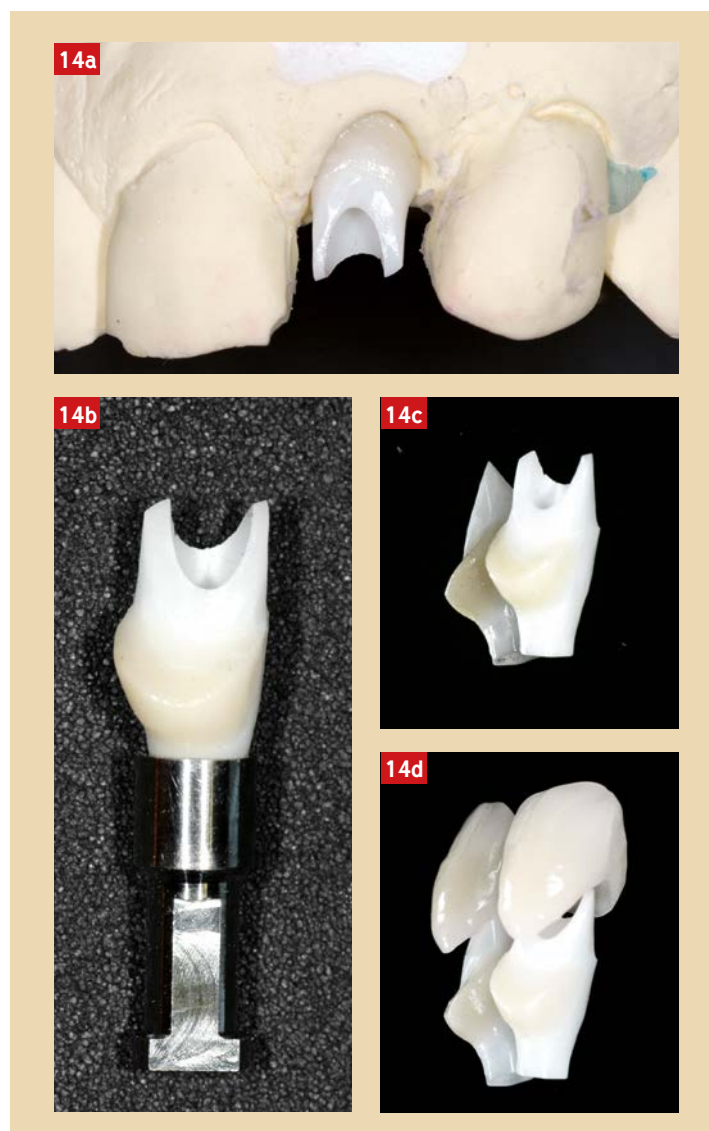
Élaboration de la prothèse provisoire

Pour éviter l'affaissement des tissus mous, la couronne provisoire doit les soutenir au niveau de la muqueuse marginale et des papilles, mais de façon très subtile : ne pas comprimer, sinon il y a une récession et ne pas rester trop à distance, sinon elle va s'invaginer. Dans sa zone enfouie, la dent provisoire doit être sous-dimensionnée pour guider la croissance du tissu conjonctif. Pendant 3-4 mois, qui correspondent au temps d'ostéointégration, il va y avoir une prolifération de tissu. Nous allons donc guider la croissance conjonctive afin d'obtenir une épaisseur maximale de tissu, qui sera bloqué dans la concavité du pilier. Ce n'est qu'au quatrième mois que l'on pourra jouer sur le contour critique et sous-critique de la provisoire, pour faire migrer les tissus et optimiser le résultat esthétique (Rompen, Touati, Van Dooren). Ces modifications pourront se faire par meulage ou addition de résine. Si la forme de la couronne implantaire est bonne, on ne touchera pas au contour critique mais uniquement au contour sous-critique. La

dent provisoire doit être soigneusement polie et vernie (Biscover® Bisico). On doit vérifier que son profil n'est pas traumatique pour les tissus et éviter les contacts occlusaux statiques et dynamiques. Le patient conserve sa restauration provisoire 4 à 6 mois (4 mois pour une prémolaire, 6 mois pour le secteur incisivo-canin). Puis, une empreinte est prise comme en denture naturelle, après avoir placé un cordonnet 000 (si l'on a utilisé un pilier définitif) ou bien selon la méthode de Hinds, avec un transfert personnalisé (si l'on a utilisé un pilier provisoire ou une couronne provisoire transvissée) (Fig. 15).

Le prothésiste joue un rôle critique à cette étape du traitement, il doit comprendre le principe du « soutien gingival prothétique ». Il est essentiel de contrôler l'impact de la prothèse sur le niveau des tissus mous. Une pression excessive, visible par un blanchiment des tissus donc une ischémie, est généralement associée à des contours de couronne trop convexes et mènera souvent à une migration apicale du niveau marginal de la gencive. Dans la plupart des cas en restauration implantaire esthétique, le contour cervical de la couronne sur le ...

Fig. 14 : céramique pressée (Ivoclar Vivodent) sur pilier de catalogue Procera Esthetic Abutment Zircon (NobelBiocare) (Laboratoire Intégrale Prothèse)



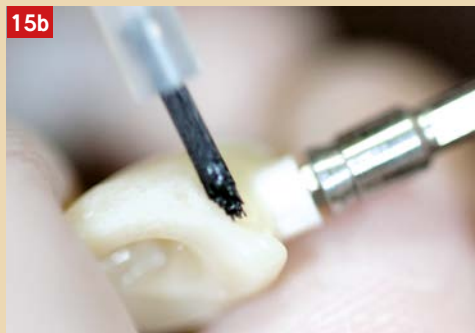


Fig. 15 : adaptation du provisoire

... dernier millimètre sera concave. Il devra être dans le prolongement du contour vestibulaire concave du pilier, afin d'assurer une épaisseur *maximum* de tissus mous (Fig. 16). Il semblerait que ce soit l'épaisseur et la qualité des tissus mous qui soient les plus importantes pour garantir le succès esthétique à long terme en implantologie, particulièrement en secteur antérieur.

Conclusion

On peut dire en conclusion que, dans le cas de restaurations implantaires situées dans une zone esthétique, l'élaboration consciencieuse du plan de traitement est primordiale. Une bonne connaissance des *processus* biologiques et des facteurs spécifiques au patient est par ailleurs indispensable pour une évaluation correcte du cas à traiter et une élaboration adéquate du plan de traitement. Une chirurgie de préservation ou de reconstruction des tissus durs et des tissus mous, de même qu'un positionnement correct de l'implant dans les trois dimensions, sont eux aussi indispensables, afin de garantir un contexte gingival péri-implantaire harmonieux et stable. Enfin, la connaissance des propriétés des composants prothétiques en termes de biocompatibilité, teinte et design assurera la réussite du traitement prothétique. ♦

Bibliographie

1. Araujo M, Sukekava F, Wennström J, Lindhe J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *Journal of Clinical Periodontology*. 2005; 32: 645-652.
2. Azzi R, Etienne D, Takei H, Fenech P. Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002 Feb; 22 (1): 71-7.
3. Caneva M, Salata LA, Scombatti de Souza S et al. Influence of positioning in extraction sockets on osseointegration. Histomorphometric analyses in dogs. *Clin Oral Implants Res*. 2010; 21: 43-49.

4. Canullo L, Fedele GR, Iannello G, Jepsen S. Platform switching and marginal bone-level alterations: the results of a randomized-controlled trial. *Clin Oral Implants Res*. 2010 Jan; 21(1): 115-21.
5. Chen ST, Darby IB, Reynolds EC. A prospective clinical study of non-submerged immediate implants: clinical outcomes and esthetic results. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 552-562.
6. Elian N, Cho SC, Froum S et al. A simplified socket classification and repair technique. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007; 19(2): 99-104.
7. Esposito M, Ekestubbe A, Gröndahl K. Radiological evaluation of marginal bone loss at tooth surfaces facing single Brånemark implants. *Clin Oral Implants Res*. 1993 Sep; 4(3): 151.
8. Ferrus J, Cecchinato D, Pjetursson EB et al. Factors influencing ridge alterations following immediate implant placement into extraction sockets. *Clin Oral Implants Res*. 2010; 21(1): 22-29.
9. Fürhauser, D, Florescu, T, Benesch, R, Haas, G, Mailath, G, Watzek. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. *Clinical Oral Implants Research*, Volume 16 Issue 6, 639 – 644, 2005.
10. Glauser R, Sailer I, Wohlwend A, Studer S, Schibli M, Schärer P. Experimental zirconia abutments for implant-supported single-tooth restorations in esthetically demanding regions: 4-year results of a prospective clinical study. *Int J Prosthodont*. 2004 May-Jun; 17(3): 285-90.
11. Huynh-Ba G, Pjetursson BE, Sanz M et al. Analysis of the socket bone wall dimensions in the upper maxilla in relation to immediate implant placement. *Clin Oral Implants Res*. 2010; 21(1): 37-42.
12. Mankoo T. Contemporary implant concepts in aesthetic dentistry – Part 2: Immediate single-tooth implants. *Pract Proced Aesthet Dent* 2004; 16: 61-68.
13. Poyser NJ, Briggs PF, Chana HS. A modern day application of the Rochette bridge. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2004 Jun; 12(2): 57-62.
14. Rompen E, Raepsaet N, Domken O, Touati B, Van Dooren E. Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study. *J Prosthet Dent*. 2007 Jun; 97(6 Suppl): S119-25.
15. Spray JR, Black CG, Morris HF, Ochi S. The influence of bone thickness on facial marginal bone response: stage 1 placement through stage 2 uncovering. *Ann Periodontol*. 2000 Dec; 5(1): 119-28.
16. Tarnow D, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC, Salama M, Salama H, Garber DA. Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J Periodontol*. 2003 Dec; 74(12): 1785-8.
17. Touati B. Implant antérieur esthétique sur site extractionnel : principes et pratiques. *Le Fil Dentaire*. 2009.
18. Zadikian. À la découverte des protocoles accélérés. *Dentoscope*. 2012 mars.



Fig. 16 : EIMEI de la dent 11 ; avec un biotype fin, la préservation des tissus mous et la mise en place d'un pilier définitif immédiatement prend tout son sens, le pilier ne sera jamais déconnecté, le profil d'émergence est imprimé par la couronne (réalisation prothétique Jean-Marc Etienne – Oral Design)

GROUPE EDMOND BINHAS

“ TROUVEZ LE
PROGRAMME
QUI VOUS
RESSEMBLE ”

Dr E. Binhas,
Président & Fondateur



Une méthode de dentiste
pour des dentistes



Une méthode complète,
personnalisée et pratique



Une évolution en douceur,
système par système

NOS PROCHAINS SÉMINAIRES

OMNIPRATIQUE

TOULOUSE 6 & 7 juin 2013

CLERMONT FERRAND 13 & 14 juin 2013

ESTHÉTIQUE

MARSEILLE 30 & 31 Mai 2013



GROUPE
EDMOND
BINHAS

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

www.binhas.com

Remplacement non invasif et esthétique d'une incisive centrale par un implant



Dr Aram DAVIDIAN

- Chirurgien dentiste
- Diplômé de la faculté d'Erevan, Arménie
- Post Graduate Prothèse, faculté de chirurgie dentaire de Moscou
- Exercice spécialisé en implants et prothèse
- Clinic Avrora, Moscou, Russie

Une femme, 33 ans, se présente à la consultation pour la pose d'un implant sur l'incisive latérale supérieure droite. La couronne sur la 12 a été posée 5 ans auparavant. La racine est fragmentée depuis quelques mois

Fig. 1 : l'incisive latérale droite est cassée. La racine est fragmentée, et une poche parodontale profonde s'est formée

Fig. 2 : l'implantation immédiate est prévue

Fig. 3 : un greffon de tissu doit être prise dans la zone de la première molaire qui est absente

Fig. 4 : la poche parodontale autour de la 12 est plus grande de 8 mm

Fig. 5 : première radiographie panoramique

Fig. 6 : l'implant doit être placé au milieu de 13 et 11

Fig. 7 : le foret final indique la direction de la pose de l'implant

Fig. 8 : début de la pose de l'implant

Fig. 9 : l'implant doit être placé 3 mm en dessous de la gencive marginale

Fig. 10 : l'implant « Replace Platform Shift » est inséré avec une stabilité primaire 45 N/cm. La valeur de la stabilité primaire suffit à réaliser une mise en charge immédiate avec une couronne temporaire

Fig. 11 : une greffe épaisse a été prélevée avec un bistouri de microchirurgie

Fig. 12 : le greffon de la zone de la molaire manquante contient une quantité minimale de tissus gras

Fig. 13 : la forme et la taille du greffon sont adaptées à la zone d'insertion



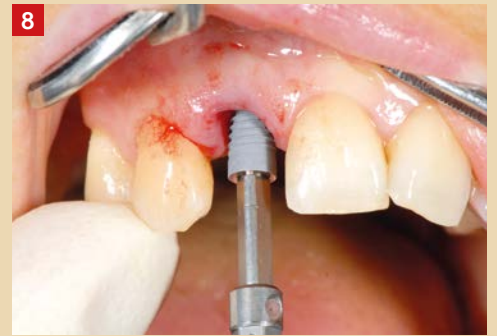
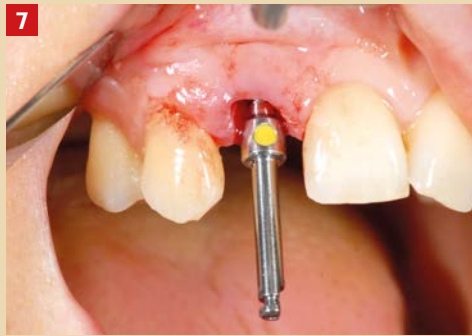
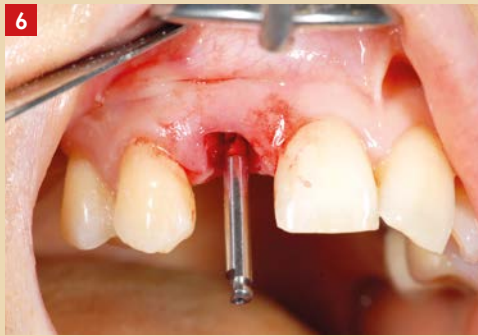


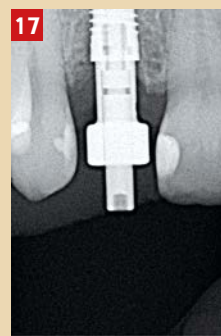
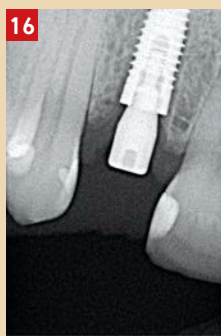
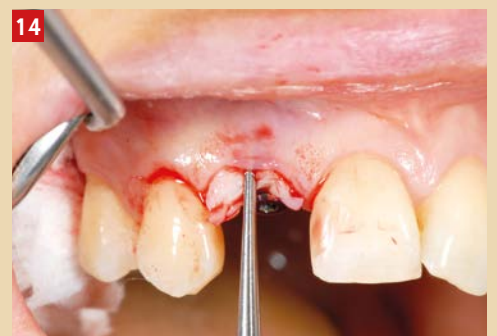
Fig. 14 : aucune difficulté pour insérer le greffon dès lors qu'il a été bien préparé

Fig. 17 : contrôle radiographique avec le transfert avant de réaliser l'empreinte

Fig. 15 : le pilier de cicatrisation est placé

Fig. 18 : la couronne de la dent cassée et la couronne temporaire sur implant

Fig. 16 : radiographie post-opératoire



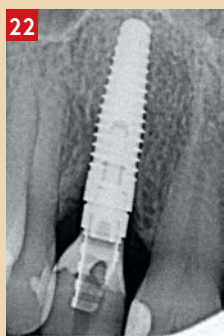


Fig. 22 : radiographie de contrôle à 3 mois

Fig. 23 : le pilier Zirconia et la couronne Procera® sur le modèle avant le placement en bouche

Fig. 24 : la couronne est placée sur l'implant

Fig. 25 : radiographie panoramique à 1 an après le placement de la couronne

Fig. 19 : le greffon est inséré et suturé et la couronne provisoire est fixée sur l'implant

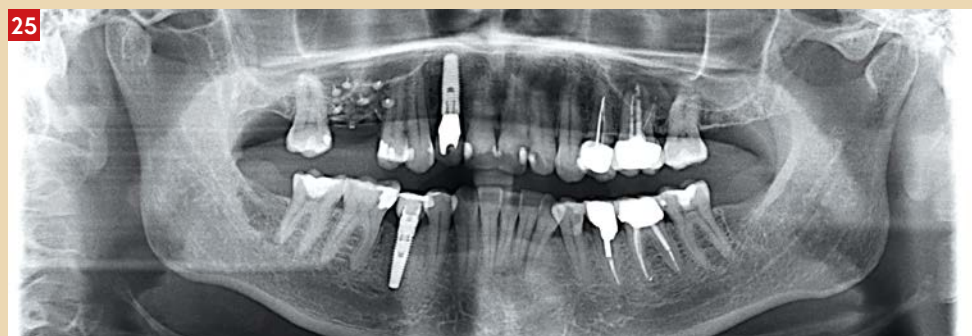
Fig. 20 : cicatrisation à 6 jours après la pose de l'implant

Fig. 21 : la gencive en bonne santé à 3 mois

Fig. 26 : image clinique 1 an après le placement de la couronne

Fig. 27 : la symétrie et la santé de la gencive marginale à 1 an après le placement de couronne

Fig. 28 : le sourire de la patiente après le traitement ♦



3DLiberty.
Simple et ingénieux.

Un système implantaire
Deux types d'implants
Trois hauteurs de col



La liberté de choisir pour chaque indication l'implant optimal au sein d'un seul système !

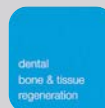
Pour plus d'informations www.implant-thommen.fr



SWISS PRECISION AND INNOVATION.



Tous Les Biomatériaux.com
tissue engineering solutions



TLB est une banque de tissus autorisée par l'Afssaps depuis janvier 2011



**Nous serons l'année prochaine
« LEADERS »
des fils de suture**

FACILE !



Aiguilles très
longue durée !



Qualité des fils
incomparable !



2 nœuds suffisent
pour 1 tenue optimale !



Les PRIX ?
Incroyables !



Sutures préférées
des leaders mondiaux !

ESSAYEZ LES, vous allez enfin prendre goût aux sutures..!

GLYCOLON®



Ex : GLYCOLON 5/0
aiguille DS18, 70 cm:

**Boîte de 24 = 96€
soit 4,00€ pièce**

PGA RESORBA®



Ex : PGA 3/0
aiguille DS 24, 70 cm

**Boîte de 24 = 85€
soit 3,54€ pièce**

PGA resoquick®



Ex : PGA resoquick 5/0
aig. DS 18 45cm ou 3/0 70cm

**Boîte de 24 = 94€
soit 3,90€ pièce**

RESOLON®



Ex : RESOLON 5/0
aiguille DS18 70cm:

**Boîte de 36 = 76€
soit 2,11€ pièce**

Egalement dans nos solutions leader :

maxgraft®, cerabone®, jason®, collprotect®, mucoderm®, Osmed®, Fast System, A-PRF™

CE0123

CE1275

CE1275

CE1275

CE0275

CE0476

CE0127

www.touslesbiomatériaux.com

49, rue Gioffredo • 06000 NICE • Tél. 04 93 62 91 85 • Fax. 0957 333 256 • Mail : info@tlbm.fr



Choukroun's Advanced PRF™

Le meilleur est à venir !

Présentation du **A-PRF™**
en "live" dans l'émission GI-TV :
Lundi 27 mai à 20h30
www.generation-implant.com

A-PRF™

Platelet Rich Fibrin

3rd generation of blood concentrates

Ajoutez des BMP-2 & BMP-7 à vos greffes osseuses !

Libération prolongée : VEGF - PDGF - TGF β - Thrombospondin - BMP-2 - BMP-7

Nouveau tube

CE 0197

Nouveau protocole



Emballage stérile
Etiquette traçabilité



Advanced Platelet Rich Fibrin™ : **A-PRF™**



PRF
BOX



PRF
PC 02



PRF
MINI TRAY



PRF
PRELEVEUR



PRF
BOWL



PRF
SCISSORS



PRF
PAD



PRF
TWEEZER



PRF
TUBE HOLDER



PRF
TUBE

PROCESS FOR **PRF™**

Platelet Rich Fibrin

www.a-prf.com

49, rue Gioffredo - 06000 Nice - Tél. +33 4 93 85 58 90 - info@a-prf.com

Remplacement « naturel » d'une incisive mandibulaire : vers une simplification du protocole



Dr Sylvain ALTGLAS

- Postgraduate in periodontology
University of Pennsylvania,
Philadelphie
- Certificate in implantology
University of Texas
- Ex-Président de la
Société Française
de Dentisterie
Esthétique

Le remplacement d'une incisive mandibulaire dont l'atteinte parodontale est terminale, représente un challenge prothétique fréquent. Différentes modalités de traitement telles que bridge conventionnel ou bridge collé sont généralement proposées. Dans un souci d'optimiser la conservation tissulaire tant dentaire que parodontale, une implantation suivie d'un remplacement immédiat ont été programmés.

Figures 1 et 2 : l'incisive latérale (42) est parodontalement compromise, une mobilité importante gênant la fonction est objectivée lors de l'examen clinique.

La radiographie pré-opératoire démontre une perte osseuse importante atteignant le 1/3 apical de la racine. La dent n'étant plus conservable, son extraction est décidée.



Figures 3 et 4 : l'avulsion de 42 est conduite de la manière la plus atraumatique possible, l'objectif étant la conservation maximale des tissus parodontaux restant. Le site gingival, comportant ses deux papilles interdentaires, est préservé, aucun lambeau ni décollement de la gencive marginale n'est pratiqué.

L'axe d'implantation est soigneusement déterminé à l'aide d'une fine fraise diamantée, l'utilisation du foret guide de 1,5 mm de diamètre confirme cet axe.

Figure 5 : une radiographie « foret en place » est alors nécessaire avant de poursuivre le forage implantaire.

Figures 6 et 7 : un implant de type Nobel Active de 3 mm de diamètre et de 13 mm de longueur est positionné en situation légèrement sous-crestale.

Le pilier prothétique définitif est sécurisé grâce à la clef de serrage (25 N/cm).

Figures 8 et 9 : l'utilisation de la dent naturelle va servir de temporisation immédiate, celle-ci sera ajustée en longueur, évidée dans sa portion radiculaire et rebasée sur l'inlay-core implantaire, la restauration temporaire devant être non fonctionnelle.

Figure 10 : sa forme de contour et son profil d'émergence vont permettre de guider la cicatrisation parodontale. La dent « naturelle » provisoire est scellée sur l'inlay-core implantaire définitif.

Figures 11 et 12 : à 8 semaines postopératoires, l'implant est ostéointégré, la maturation tissulaire est complète ; la dent « naturelle » temporaire a maintenu le site gingival récepteur de la future restauration.

Les papilles interdentaires ont été préservées permettant la réalisation prothétique finale dans des conditions parodontales satisfaisantes.

Figure 13 : radiographie à 2 mois post-implantation.

Figures 14 et 15 : résultat prothétique final qui s'intègre biologiquement dans son environnement gingival.

Figure 16 : la radiographie postopératoire montre la conservation du tissu osseux avoisinant. ◆



La recherche de l'excellence à l'aide d'une dentisterie implantaire numérique



Pr. Alessandro POZZI

- Researcher scientist and professor at the University of Rome Tor Vergata, Italy
- Visiting Professor UCLA school of Dentistry Los Angeles, USA
- Private Practice in Rome, Italy

Fig. 1 : le patient âgé de 64 ans portait un bridge ceramo-métallique conventionnel depuis longtemps, fixé sur les dents naturelles de la région esthétique antérieure de la mâchoire supérieure.

Ce traitement représente un grand défi dans la pratique quotidienne à cause de la destruction de l'architecture naturelle de tissus mous

Fig. 2 : le manque de précision et d'adaptation de la restauration a provoqué des caries dentaires, des fractures des dents naturelles et une inflammation du parodonte. Le traitement endodontique a échoué avec fractures des dents 11 et 12

Fig. 3 : Wax up esthétique et fonctionnel avec remodelage parodontal sur le modèle

Fig. 4 : FAR (maquette d'essai radiographique esthétique fonctionnelle) pour évaluer le montage idéal avec les besoins esthétiques faciaux du patient

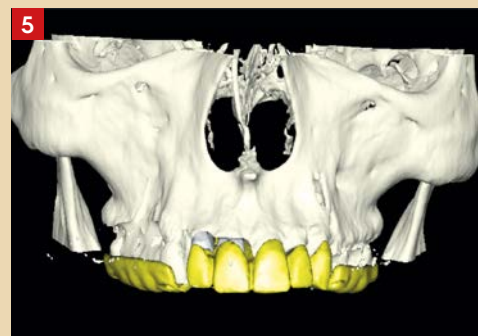
Fig. 5 : rendu virtuel du logiciel 3D NobelClinician® du patient portant la maquette en bouche

Fig. 6 : maquette FAR en occlusion, stabilisée par un index en silicone. L'évaluation du profil prothétique idéal et ses relations topographiques avec le parodonte est un point clé de la planification clinique-numérique implantaire

Fig. 7 : visualisation en 3D de la maquette FAR, des dents à extraire et du placement idéal des implants en fonction de l'os résiduel et des exigences prothétiques

Fig. 8 : guide chirurgical CAD/CAM obtenu à partir de la duplication stéréolithographique du modèle radiographique

Fig. 9 : guide chirurgical CAD/CAM avec les répliques d'implants correctement placées dans le modèle d'étude et le profil d'émergence idéal



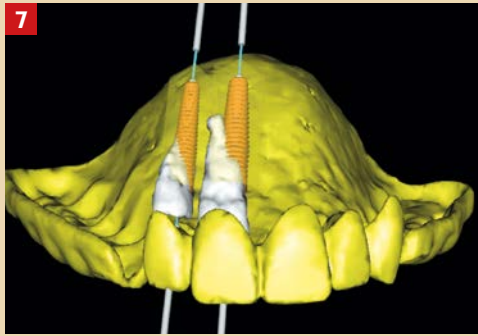


Fig. 10 : fabrication préchirurgicale des deux piliers définitifs en zircone NobelProcera®

Fig. 11-12 : visualisation virtuelle des piliers définitifs en zircone

Fig. 13 : les provisoires parfaitement adaptées sur le modèle et sur les piliers définitifs en zircone.

Fig. 14 : implantation immédiate avec la technique NobelGuide®

Fig. 15 : les piliers définitifs en zircone posés le jour de la chirurgie et la gestion du pontic sur l'incisive latérale gauche

Fig. 16 : le provisoire retouché et poli au fauteuil afin d'améliorer et guider la croissance des tissus mous

Fig. 17 : les implants mis immédiatement en charge à l'aide d'une restauration provisoire sur les implants et les dents naturelles





Fig. 18 : radiographie péri apicale évaluant la préservation osseuse et mise en charge immédiate d'implants après une extraction non traumatique des incisives 11 et 12

Fig. 19 : 5 mois après la pose des restaurations définitives. Le profil d'émergence idéal des deux couronnes supra-implantaires scellées et la bonne gestion du pontic de l'autre côté avec un rendu naturel

Fig. 20 : résultats cliniques et fonctionnels après deux ans : le joint biologique formé entre la connexion conique NobelReplace® et l'interface prothétique

préserve l'architecture gingivale et augmente son maintien à long terme. Cette nouvelle connexion, avec le platform-shifting incorporé, sert à améliorer le volume et la santé du tissu gingival.

La connexion conique serrée est conçue pour préserver l'os marginal en réduisant au *minimum* les micro-mouvements et l'éventuelle percolation en augmentant l'intégration muqueuse

Fig. 21 : deux ans après le placement post extractionnel des implants, le niveau osseux crestal est bien maintenu en utilisant une connexion conique et le concept de platform shifting lors de la mise en charge immédiate ◆



C'est... LA distribution la plus qualifiée de la presse dentaire

Mais c'est aussi...

LE portail du monde dentaire français

- Une base de donnée de + de 500 articles
- des interviews
- des vidéos
- des actualités quotidiennes
- un agenda des formations étoffé



Et tout cela gratuitement bien sûr !

La grande nouvelle, nous l'avons gardé pour la fin :
Les petites annonces sont également **gratuites**

CONCEPT **axiom**[®]



La nouvelle dimension

1 CONCEPT GLOBAL

3 SOLUTIONS COMPLÉMENTAIRES POUR TOUTES LES INDICATIONS CLINIQUES

- Connexion conique, résistante et hermétique.
- "Platform switching".
- Intégration biologique optimale.
- Stimulation osseuse efficace.
- Etat de surface ostéo-conducteur **BCP**[®].
- Trousses de chirurgie compactes et ergonomiques.





Dr André P. SAADOUN

- DSO, Paris
- Associate Professor in Periodontics, University of Southern California
- Diplomate of the American Academy of Periodontology
- Diplomate of the International Congress of Oral Implantology
- Visiting Professor Hadassah Faculty of Dental Medicine, Jérusalem

Nouvelle modalité de traitement moins invasive des récessions gingivales

Les récessions gingivales sont un *processus* affectant principalement deux structures anatomiques : la gencive marginale vestibulaire et l'os alvéolaire sous-jacent. Une déhiscence osseuse est en général présente pour qu'une récessive gingivale apparaisse. Cette déhiscence osseuse peut avoir de nombreuses étiologies : une anatomie osseuse et gingivale fine, associée ou non à une malposition dentaire, à l'insertion haute d'un frein, ainsi que des traumatismes iatrogéniques : tels que brossage excessif, piercing, onychophagie. Les limites sous-gingivales de restauration esthétique violant l'espace biologique dans un parodonte fin, entraînent également ce type de pathologie. Ces récessions peuvent être unitaires ou multiples dans un même secteur voire atteindre toutes les dents d'une arcade.

La classification des récessions gingivales de Miller (1985) ainsi que la ligne de prédétermination de recouvrement de Zuchelli (2006) permettent de décrire leurs caractéristiques cliniques ainsi que leur pronostic de recouvrement.

Classe I

La récession gingivale (RG) ne dépasse pas la ligne muco-gingivale (LMG) et le parodonte interproximal (papille interdentaire et os sous-jacent) n'est pas altéré.

Classe II

La RG atteint/dépasse la LMG et le parodonte interproximal est encore intact.

Classe III

La RG dépasse la LMG et il y a atteinte partielle au niveau du parodonte interproximal qui reste cependant coronaire à la base de la récession.

Classe IV

La RG dépasse la LMG et il y a atteinte majeure au niveau du parodonte interproximal qui cette fois se situe plus ou moins à la base de la récession.

L'utilisation de ces classifications s'est avérée nécessaire afin d'évaluer le potentiel cicatriciel et ainsi

Fig. 1 : superbe sourire de la patiente lors de la première consultation

Fig. 2 : vue clinique antérieure montrant des récessions maxillaires et un traitement orthodontique à la mandibule

Fig. 3 : vue du côté droit objectivant un parodonte fin

Fig. 4 : vue de face montrant des récessions gingivales de classe I

Fig. 5 : vue du côté gauche illustrant des dents de forme triangulaire



pouvoir donner un pronostic au patient en terme de recouvrements radiculaires de sa ou ses récessions gingivales (Saadoun 2013).

L'étiologie plurifactorielle de la récession doit être éliminée avant toute décision chirurgicale. En effet, les principales indications de traitement chirurgical de ces défauts muco-gingivaux, après préparation initiale parodontale, sont la réduction de l'hypersensibilité radiculaire résiduel et l'amélioration de l'esthétique (Carcuac 2013).

Il existe différentes techniques chirurgicales pour traiter ces récessions gingivales, de la plus traumatique à la moins invasive, selon que l'on fasse appel à 2 ou 1 seul site opératoire.

Techniques avec 2 sites opératoires

- la greffe épithélio-conjonctive
- la greffe conjonctive
- le lambeau de déplacement latéral seul ou combiné à une greffe conjonctive
- le lambeau de déplacement coronaire seul ou combiné à une greffe conjonctive

Techniques avec 1 seul site opératoire

- le lambeau de déplacement latéral
- le lambeau de déplacement coronaire

L'utilisation de gel d'origine amélaire (Emdogain, Straumann®, France) ne sera recommandée que dans la mesure où la quantité de gencive kératinisée bordant la récession gingivale est de 3 mm ou plus. Les résultats montrent un épaissement de la gencive marginale dans les 6 mois suivant l'intervention (Saadoun 2006). L'utilisation de membrane de régénération (AlloDerm, Bio Horizons, USA ; ou MucoDerm, Biotiss, France) sera, elle, préconisée, lorsque la hauteur de gencive marginale kératinisée est inférieure à 3 mm. Les résultats montrent un épaissement immédiat de la gencive marginale après l'intervention (Saadoun 2008).

Dans le cas clinique présenté dans cet article, il s'agit d'une patiente d'une quarantaine d'années en bonne santé, non fumeuse avec brossage excessif ayant ...



Fig. 6 : lambeau marginal d'épaisseur totale...

Fig. 7 : complété par un lambeau d'épaisseur partielle en direction apicale...

Fig. 8 : montrant la déhiscence osseuse de la table externe

Fig. 9 : la pointe de la papille centrale ne sera pas détachée et le micro élévateur papillaire...

Fig. 10 : passera sous la base de la papille en lambeau marginal d'épaisseur totale...

Fig. 11 : le surfacage radiculaire et la diminution de la convexité sont réalisés à l'aide d'une fine fraise diamantée





Fig. 12 : la seringue d'acide PrefGel de Straumann® est prête à...

Fig. 13 : injecter son contenu sur les surfaces radiculaires de la 11 à la 15...

Fig. 14 : et de la 21 à la 25 ; ce gel restera 3 mn avant d'être rincé à l'eau

Fig. 15 : la seringue d'Emdogain de Straumann® est prête à injecter son contenu sur les surfaces rincées et séchées de la 15 à la 25...

Fig. 16 : les lambeaux d'épaisseur totale et partielle des côtés droit et gauche sont suturés en position coronaire au-delà de la jonction émail cément par des points suspendus...

Fig. 17 : un embout en plastique, plus fin que la canule originale, vissé sur la seringue d'Emdogain est introduit entre la dent, le rebord marginal et sous le lambeau en direction apicale ; l'utilisation de la sonde parodontale facilite son insertion et l'injection du gel

... entraîné de multiples récessions de classe I et II, allant de la deuxième prémolaire droite à la deuxième prémolaire gauche.

Conclusion

L'Emdogain répond aux exigences requises nécessaires à la régénération du parodonte. Cette approche biologique fondée sur ces substances bioactives peut être actuellement utilisée afin de répliquer la nature et de reproduire les tissus mous et les tissus durs du parodonte (Heijl 2006).

Bibliographie

1. Miller PD J. A classification of marginal tissue recession, *Int. J Perio.Resto.Dent.* 1985; 5(2): 8-13
2. Zuchelli G, A method to predetermine the line of gingival root coverage, *J Periodontol* 2006; 77(4): 714-721
3. Saadoun AP. *Esthetic Soft Tissue Management of Teeth and Implant*, Wiley-Blackwell Ed, England, 2013
4. Carcuac O : Les récessions gingivales : étiologie et thérapeutique, *Dentoscope*, 2013 ; 109 : 10-20
5. Saadoun AP: Current trends in gingival recession coverage-part I: the tunnel connective tissue graft. *Pract Proceed Aesthet Dent* 2006; 18(7): 433-438
6. Saadoun AP: Current trends in gingival recession coverage-part II: enamel matrix derivative and platelet-rich plasma. *Pract Proceed Aesthet Dent* 2006; 18(8): 521-526
7. Saadoun AP: Root coverage with Emdogain/AlloDerm: a new way to treat gingival recession. *Eur. J Esthet Dent* 2008; 3: 46-65
8. Heijl L. Root coverage with a coronally positioned flap used in combination with enamel matrix derivative: 18-month clinical evaluation. *J. of Periodontol* 2006; 77(3) 307-318

Note de la rédaction

L'étiologie et les modalités de traitement des récessions gingivales sont traitées en détail dans le dernier ouvrage du professeur André P. Saadoun, *Esthetic Soft Tissue Management of Teeth and Implant*, Wiley-Blackwell Ed, England, 2013. Voir page 10.



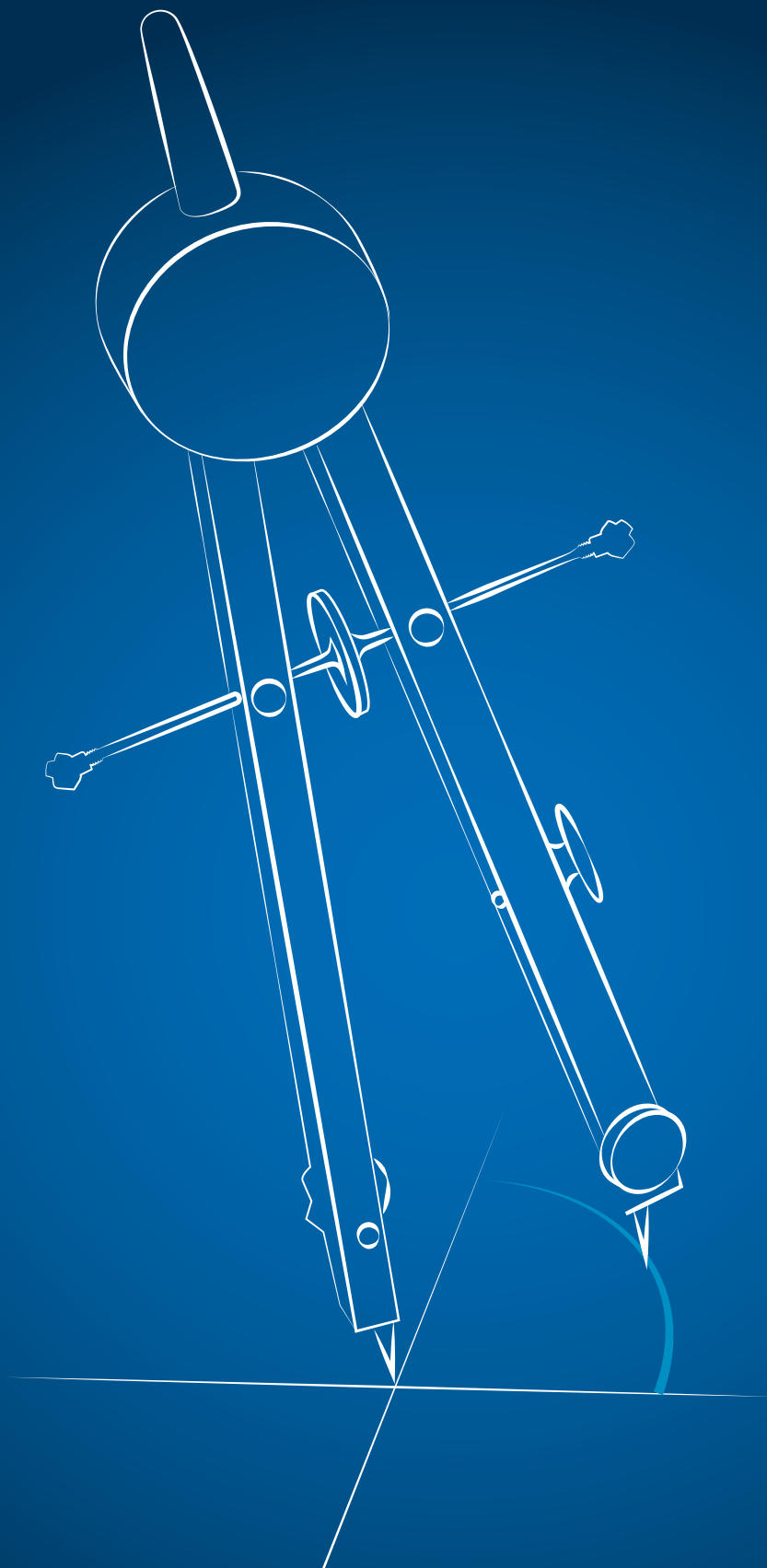
Fig. 18 : résultat à 6 mois montrant un changement du biotype parodontale de fin à épais...



Fig. 19 : un recouvrement total des récessions gingivales multiples de 15 à 25...



Fig. 20 : et un épaississement évident de la gencive marginale



SIMPLIFIEZ-VOUS L'ESTHETIQUE DE PRECISION
MAKE IT SIMPLE

Offrant une esthétique irréprochable, les piliers angulés Multi-Unit MIS vous offrent une large variété de restaurations prothétiques transvissées et une myriade d'angles d'insertion. Pour en savoir plus sur la gamme Multi-Unit, visitez notre site web : www.mis-implants.com/fr ou contactez-nous : 01 78 14 13 00

mis[®] FRANCE



Gestion du secteur antérieur sur dents et implants



Dr Cyril GAILLARD

- DU de réhabilitation chirurgicale maxillo-faciale
- CES prothèses fixées
- CES prothèses amovibles
- Fondateur de Global Advanced Dentistry



La gestion esthétique du maxillaire antérieur est un des défis de notre exercice. Elle doit intégrer non seulement les tissus dentaires (émail et dentine), mais aussi les tissus parodontaux (os et gencive). Cela se complique encore lorsque nous avons à gérer des supports différents. Par exemple, le rendu esthétique d'un élément céramique sur une dent naturelle ou sur un pilier implantaire ne va pas être le même si nous utilisons une technique de fabrication identique. De même, la réaction parodontale autour d'une racine naturelle ou d'un implant est différente.

À travers ce cas clinique, nous essayerons d'établir un protocole de traitement lorsque nous devons gérer l'esthétique antérieur d'un patient avec différents supports prothétiques.

Cas clinique

La patiente, âgée de 35 ans, se présente au cabinet avec une fistule palatine en regard de la 21 (Fig. 1). Après examen clinique et radiographique, nous diagnostiquons une fissure verticale. La dent présente une couronne tout céramique faite il y a quelques années et sur les dents 12, 11 et 22 des facettes Procera.

L'esthétique du sourire ne convient plus à la patiente, cette dernière souhaite lui apporter des modifications.

Nous optons pour le plan de traitement suivant :

- extraction de la 21 et pose d'un implant
- réalisation de 3 nouvelles facettes sur 12, 11, 22 et couronne céramique sur 21

Les difficultés que nous allons rencontrer sont les suivantes :

- au niveau parodontal, nous risquons d'avoir une récession en regard de l'implant et la gestion du profil d'émergence et du zénith gingival peut être un facteur d'échec

- au niveau esthétique, la reproductibilité de la teinte entre des facettes pelliculaires avec un support dentaire et une céramique avec un support implantaire risque d'être compliquée

Pour palier à ces risques, voici notre plan de traitement :

- extraction, implantation immédiate avec greffe de tissu conjonctif et pose d'une couronne provisoire (pour l'esthétique mais en sous-occlusion)
- après ostéointégration et stabilité gingivale, préparation des dents pour le remplacement des facettes et empreinte des dents et de l'implant pour la réalisation de provisoire
- mise en bouche des provisoires dentaire et implantaire
- validation de l'esthétique (dent et parodonte)
- empreinte finale
- réalisation des facettes
- collage des facettes
- puis réalisation de la couronne sur implant une fois la teinte des facettes stable

Pose de l'implant (Fig. 2 à 5)

Après anesthésie, une incision intrasulculaire autour de 21 est réalisée au bistouri ophtalmique. La dent est luxée très délicatement afin de conserver la table osseuse vestibulaire. Lors de l'utilisation du davier, l'index est placé sur la paroi vestibulaire afin de juger de la force exercée. L'alvéole est curetée puis la face interne du sulcus est désépithélialisée avec une fraise olive diamantée. Le forage implantaire est effectué et un implant NobelActive® (Nobel Biocare) est inséré. Nous veillons à un positionnement tridimensionnel optimal. L'émergence de l'implant se situe sur la face palatine de la future restauration ce qui nous permettra de réaliser une couronne transvissée.

Pour prévenir la migration du collet en apical, une greffe conjonctive est réalisée. Le prélèvement se situe au palais puis une incision d'épaisseur partielle en intrasulculaire est effectuée à l'aide du bistouri ophtalmique en regard



2



3



de 21. Cela permet la création d'une poche dans laquelle nous allons glisser notre tissu conjonctif. Enfin, une provisoire est transvissée sur l'implant en la mettant en sous-occlusion.

6 mois après

Dans un premier temps, l'étude esthétique finale est entreprise. Cette dernière est réalisée à partir de photos et modèles d'étude et nous demandons au laboratoire de prothèse un wax-up de 12 à 22.

La séance suivante, les anciennes facettes sont déposées, les préparations reprises, la provisoire sur implant déposée et une empreinte est prise au polyvinylsiloxane double

mélange (Précision de Bisico). Lors de l'empreinte sur implant, nous veillons à dévisser la provisoire au dernier moment, puis à immédiatement mettre le transfert d'empreinte et à enregistrer le profil d'émergence à l'aide de composite fluide, afin d'éviter que la gencive supra-implantaire ne s'effondre (Fig. 6).

L'empreinte est coulée au laboratoire de prothèse puis nous demandons au technicien de réaliser 3 facettes provisoires et une nouvelle provisoire sur implant (résine Anaxdent). Ce jeu de provisoires va nous servir à valider la nouvelle esthétique tant au niveau des formes et positions des dents qu'au niveau du profil d'émergence de la couronne implantaire.

4



5



ONE WEEK LATER



Pose des provisoires (Fig. 7 et 8)

Lors de la pose des provisoires, notre attention se porte sur la concavité de la couronne implantaire se situant entre le collet de la dent et le col implantaire. Nous allons plus ou moins accentuer cette concavité en fonction de l'action que nous voulons avoir sur le tissu gingival. Plus nous rendons le profil d'émergence plat voire convexe, plus le tissu gingival aura tendance à s'apicaliser. Ce travail se réalise avec du composite fluide.

Prothèse d'usage (Fig. 9 à 12)

Nous réalisons tout d'abord les 3 facettes d'usage que nous allons coller tout en gardant une provisoire sur implant. Puis dans un second temps, la couronne transvissée sur implant sera finie. Nous procédons de la sorte car il est très difficile d'obtenir au final les mêmes teintes sur facettes et sur couronnes (encore plus sur implant) si nous les réalisons ensemble.

La complexité vient des éléments suivants :

- l'épaisseur des différentes céramiques : les facettes font environ 0,6 mm alors que la couronne est beaucoup plus épaisse
- le support de la céramique : les facettes ont comme

support la dentine et l'émail alors que la couronne sur implant aura un cylindre titane

- au moment du collage des facettes, il a été démontré que la teinte immédiate est légèrement plus claire, il faut donc attendre un peu (15 jours) avant d'avoir la teinte définitive

Nous souhaitons utiliser le même type de céramique sur dent naturelle et sur implant. Nous optons pour des facettes en disilicate de lithium et utiliserons la même céramique que nous collerons sur un cylindre titane, le tout sera ensuite transvissé.

Les 3 facettes sont collées au composite HRI puis 15 jours après, le céramiste finit la couronne sur implant.

La couronne est transvissée à 35 N/cm. L'occlusion est ajustée.

Conclusion

À travers ce cas clinique, nous pouvons remarquer que la gestion esthétique sur secteur antérieur nécessite la prise en compte :



PAS DE LIMITES. PAS DE FRONTIÈRES.

DUO-LINK UNIVERSAL™ KIT



LE NOUVEAU KIT DUO-LINK UNIVERSAL est un système de scellement adhésif conçu pour permettre le scellement efficace de toutes vos restaurations indirectes avec des performances et une esthétique optimales.

LE KIT INCLUT UNE COMBINAISON DE MATÉRIAUX INNOVANTS ET PRIMÉS :

DUO-LINK UNIVERSAL™ est un composite de scellement hautement radio-opaque formulé pour un nettoyage facile et rapide des excès.

Z-PRIME™ PLUS est un primer utilisé pour augmenter l'adhésion aux restaurations en zircone.



ALL-BOND UNIVERSAL™ combine mordantage, apprêtage et collage en un seul flacon.

PORCELAÏN PRIMER est un primer utilisé pour augmenter l'adhésion aux restaurations en céramique.



COMMANDEZ DÈS AUJOURD'HUI :



bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

120, allée de la Coudoulette - 13680 Lançon de Provence - www.bisico.fr

N° Vert 0 800 247 420

CE Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE0459 LNE/G-MED - Classe IIa.



Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne les Dispositifs Médicaux ou sur l'étiquetage remis. Produits non-remboursés par les organismes d'assurance santé.

- de paramètres chirurgicaux : pose d'implant et gestion des tissus mous par greffe de conjonctif
- de paramètres prothétiques : design du profil d'émergence à l'aide de provisoires, choix des céramiques pour une optimisation de la teinte
- de paramètres de gestion de temps : extraction/implantation immédiate, collage des facettes puis finition de la couronne sur implant

Bibliographie

1. Schoenbaum TR, Chang YY, Klokkevold PR, Snowden JS. Abutment emergence modification for immediate implant provisional restorations. *J Esthet Restor Dent.* 2013 Apr; 25(2): 103-7.

2. Del Fabbro M, Ceresoli V, Taschieri S, Ceci C, Testori T. Immediate Loading of Postextraction Implants in the Esthetic Area: Systematic Review of the Literature. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2013 Apr 22: 95-103.

3. Rodriguez AM, Rosenstiel SF. Esthetic considerations related to bone and soft tissue maintenance and development around dental implants: report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the American Academy of Fixed Prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 2012 Oct; 108(4): 259-67.

4. Layton DM, Clarke M. A systematic review and meta-analysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. *Int J Prosthodont.* 2013 Mar-Apr; 26(2): 111-24.

5. Gallucci GO, Belser UC, Bernard JP, Magne P. Modeling and characterization of the CEJ for optimization of esthetic implant design. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2004 Feb; 24(1): 19-29.





ATTESTATION D'ETUDES EN IMPLANTOLOGIE

L'ensemble des prestations et déjeuners se déroule au Château de MONTCHAT, 51 rue Charles Richard, 69003 Lyon - Tél. 04 72 34 58 66 - Parking privatif assuré.
Pour consulter nos programmes détaillés de formation, connectez-vous à notre site : www.curaio.net

SESSION 1

CONNAISSANCES FONDAMENTALES 3 JOURS - DU 17 AU 19 OCTOBRE 2013

- PRÉSENTATION DU CYCLE ■ LA CICATRISATION OSSEUSE PÉRI-IMPLANTAIRE ■ INTEGRATION TISSULAIRE DES IMPLANTS ■ ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX EN IMPLANTOLOGIE
- LES EXAMENS RADIOLOGIQUES ■ LES BIO-MATERIAUX IMPLANTAIRES ■ LE CHOIX DES SITES IMPLANTAIRES ■ ANATOMIE MAXILLAIRE ET MANDIBULAIRE APPLIQUÉE À L'IMPLANTOLOGIE
- LES IMPLANTS : INDICATIONS ET CAHIER DES CHARGES ■ LE DOSSIER CLINIQUE IMPLANTAIRE - BILAN MÉDICAL ■ FACTEURS D'INFLUENCE POUR LA PRÉSERVATION DE L'OS MARGINAL PÉRI-IMPLANTAIRE ■ TRAITEMENTS DES AGENSIES ■ L'IMPLANTOLOGIE ASTRA TECH® : TRAVAUX PRATIQUES DE CHIRURGIE

INTERVENANTS : Dr. Jean-Christophe BOUSQUET - Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Jean-Pierre CHETRY - Pr. Jacques DEJOU - Dr. Gilles EDOUARD
Dr. Jacques FOURNIER - Dr. Thierry GORCE - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Pascal PALDINO

SESSION 2

CHIRURGIE 4 JOURS - DU 4 AU 7 DÉCEMBRE 2013

- INCISIONS ET SUTURES ■ TRAVAUX PRATIQUES : SUTURES EN IMPLANTOLOGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : ANATOMIE ET DISSECTION SUR PIÈCES HUMAINES / POSE D'IMPLANTS ■ CHIRURGIE EN DIRECT : POSE D'IMPLANT ET MISE EN CHARGE ■ APPROCHE BIOLOGIQUE ET CLINIQUE AVEC LES IMPLANTS NOBEL ACTIVE® ■ TEMPORISATION ET MISE EN CHARGE IMMÉDIATE AVEC LE SYSTÈME REPLACE®
- TRAVAUX PRATIQUES : SYSTÈME REPLACE® ■ TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ IMPLANTOLOGIE ASSISTÉE PAR ORDINATEUR ■ EXTRACTION IMPLANTATION IMMÉDIATE : INTÉRÊT DES IMPLANTS FRIADENT® ■ TRAVAUX PRATIQUES : TEMPORISATION IMMÉDIATE SUR IMPLANTS FRIADENT® ■ PARTAGER TRENTE ANS D'EXPÉRIENCE EN IMPLANTOLOGIE

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Dominique CASPAR - Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Carole LECONTE - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT
Dr. Laurent VENET - Dr. Gérard SCORTECCI

SESSION 3

PARODONTOLOGIE, IMPLANTS, PROTHESE 1 3 JOURS - DU 23 AU 25 JANVIER 2014

- LES AMÉNAGEMENTS TISSULAIRES PÉRI-IMPLANTAIRES (CHIRURGIE MUCCO-GINGIVALE) ■ INTÉRÊT CLINIQUE DE L'ÉVOLUTION STRAUMANN® ■ MALADIE PARODONTALE ET IMPLANTS
- EXPANSION OSSEUSE : FRONTIÈRE ENTRE GREFFE OSSEUSE ET RÉGÉNÉRATION OSSEUSE GUIDÉE (R.O.G.) ■ LES ÉCHECS EN IMPLANTOLOGIE ET LEURS SOLUTIONS ■ TECHNIQUES CHIRURGICALES AVANCÉES ■ INTÉRÊT DE LA PARODONTIE MÉDICALE EN IMPLANTOLOGIE ■ L'OCCLUSION FONCTIONNELLE EN IMPLANTOLOGIE ■ IMPLANTS COURTS - IMPLANTS ANGULÉS ■ L'IMPLANT ZIMMER TAPERED SCREW-VENT® : APPLICATIONS CHIRURGICALES ET PROTHÉTIQUES ■ TRAVAUX PRATIQUES : CHIRURGIE ET PROTHÈSE SUR IMPLANTS ZIMMER TSV®

INTERVENANTS : Dr. Jean-Pierre BERNARD - Dr. Marc BERT - Dr. Philippe COLIN - Dr. Thomas FORTIN - Dr. Jean-Michel LAIR - Dr. Philippe LECLERCQ - Dr. Christophe MÉDARD
Dr. Stéphane MILLIEZ - Dr. Virginie MONNET-CORTI

SESSION 4

IMPLANTS ET PROTHESE 2 3 JOURS - DU 20 AU 22 MARS 2014

- IMPÉRATIFS DE LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS ■ VIDÉO EN DIRECT : PRISE D'EMPREINTE ■ PROTHÈSE UNITAIRE, PROTHÈSE SECTORIELLE ET BRIDGE DE GRANDE ÉTENDUE SUR IMPLANTS
- TABLES CLINIQUES : ÉTUDE DE PLANS DE TRAITEMENT ■ LES CLÉS DU SUCCÈS EN SECTEUR ANTÉRIEUR - CHOIX DU MATÉRIAU ET DE LA TECHNIQUE D'EMPREINTE EN IMPLANTOLOGIE / APPORT DES NOUVELLES TECHNIQUES POUR LA PASSIVATION DES ARMATURES DE GRANDE ÉTENDUE ■ MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN IMPLANTOLOGIE ■ CONSERVER OU EXTRAIRE ET IMPLANTER ■ CONNECTIQUE ET ESTHÉTIQUE ■ GREFFES OSSEUSES PRÉ-IMPLANTAIRES : ACQUIS ET PERSPECTIVES ■ AUGMENTATION OSSEUSE SOUS SINUSIENNE : ABORD CRESTAL SIMPLIFIÉ, ABORD VESTIBULAIRE CLASSIQUE

INTERVENANTS : Dr. Thierry BRINCAT - Dr. Michel BRUNEL - Dr. Thierry GOTUSSO - Dr. Michel JABBOUR - Dr. Christophe MEDARD - Pr. Jean-Pierre OUHAYOUN
Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT - Pr. Bernard PICARD - Dr. Christian RIBAUX

SESSION 5

TRAVAUX PRATIQUES ET CHIRURGIE EN DIRECT 3 JOURS - DU 22 AU 24 MAI 2014

- CHIRURGIE IMPLANTAIRE EN DIRECT ■ PIEZOCHIRURGIE ■ TRAVAUX PRATIQUES : IMPLANTS EUROTEKNIKA® ■ TRAVAUX PRATIQUES : ÉTUDES DE SCANNERS ■ TRAVAUX PRATIQUES : LE NOBELCLINICIAN® ■ CICATRISATION OSSEUSE ET GINGIVALE : COMMENT INTERVENIR SUR LES FACTEURS BIOLOGIQUES ■ INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE GUIDÉE : COMMENT ÉVITER LES GREFFES ?
- PHOTO DE LA PROMOTION ■ EXAMEN ÉCRIT (2 SUJETS D'UNE HEURE) ■ COCKTAIL DE FIN DE STAGE

INTERVENANTS : Dr. Michel BRUNEL - Dr. Joseph CHOUKROUN - Dr. Gilles EDOUARD - Dr. Jacques FOURNIER - Dr. Christophe MEDARD - Dr. Jean-François MICHEL
Dr. Pascal PALDINO - Dr. Michel PERRIAT - Dr. Laurent VENET

Pour tout renseignement, contacter : Jean-Vincent HABOUZIT - 92 rue Masséna - 69006 Lyon - Tél. 04 72 82 94 70 - curiao@wanadoo.fr ou jvh@jvh.fr

L'ostéotomie de Le Fort 1 au service d'une réhabilitation fixe implanto-portée



Dr Stéphan FRAISIER
■ D.U de Réhabilitation
Chirurgicale
Maxillo-Faciale
■ Paris 7

La mise en charge immédiate sur racines artificielles au maxillaire supérieur n'est pas validée par notre communauté scientifique, ni sur une fixture, ni sur plusieurs. Les échecs, lorsqu'ils surviennent sont dévastateurs, jamais publiés ni présentés, souvent oubliés.

Les patients, eux, ne les oublient pas.

La chirurgie maxillo-faciale peut-être une aide précieuse pour rattraper une implantologie moderne, certes aboutie mais parfois encore imprudente.

Le patient

M. C., 47 ans, non fumeur et en bonne santé, nous est adressé après une tentative infructueuse de mise en charge immédiate implanto-portée fixe sur 4 implants. La perte de 3 implants sur 4 (Fig. 1) laisse des lyses osseuses importantes qui ne permettront pas la pose de nouveaux implants dans ce maxillaire, dont l'atrophie est maintenant sévère.

Cependant, M. C. supporte maintenant une prothèse adjointe totale et après avoir goûté au confort d'une réhabilitation fixe restée en place quelques semaines, il souhaite mastiquer et sourire de nouveau sans appréhension et sans gêne.

Nous étudions son cas et lui indiquons qu'une solution fixe sur implants reste encore possible avec des aménagements osseux. Nous l'adressons à un chirurgien maxillofacial qui a toute notre confiance, pour des greffes d'apposition avec prélèvement autogène crânien et comblement bilatéral des bas fonds sinusiens. Le Dr Paul Cresseaux (Lyon) réalise une étude clinique et radiographique et nous propose judicieusement une chirurgie de type Le Fort 1 (première description pour le traitement des classe 3 en 1969) avec interposition de greffons osseux autogènes

(remplissage *a retro* des sinus) provenant de la crête iliaque. L'hyperdivergence des maxillaires autorise cette intervention. Après de nombreuses explications, le patient décide de poursuivre dans la voie d'une réhabilitation fixe que nous lui proposons. Nous lui indiquons que cette intervention va permettre de placer les implants dans les meilleures conditions possibles, permettant par la suite une réhabilitation esthétique et fonctionnelle.

Le protocole de chirurgie maxillo-faciale

Sous anesthésie générale, à l'Hôpital Privé Jean Mermoz, à Lyon, Paul Cresseaux procède à l'incision des tissus mous avec une lame de bistouri électrique. Le décollement de pleine épaisseur est rapide, les FN sont réclinées et les traits d'ostéotomie horizontale permettent de libérer le maxillaire.

La mobilisation totale de celui-ci est terminée avec des pinces (Fig. 2a et 2b). Les membranes sinusiennes sont ruginées afin de permettre un contact intime de la greffe.

Le prélèvement iliaque est effectué (Fig. 3). L'étape suivante consiste à placer le maxillaire dans la bonne position. Un appareil résine, préparé avant l'intervention, avec dents ajustées

est positionné afin de simuler le résultat final. Il est transfixé dans le maxillaire par 4 vis (Fig. 4). Il sera maintenu en bouche pendant un mois sans le retirer. Des vis d'ancrage de diamètre 2 mm et de 9 mm de longueur sont placées à la mandibule au niveau des canines. Elles permettent de relier et de maintenir les deux maxillaires dans la position recherchée (Fig. 5). Les vis et les ...

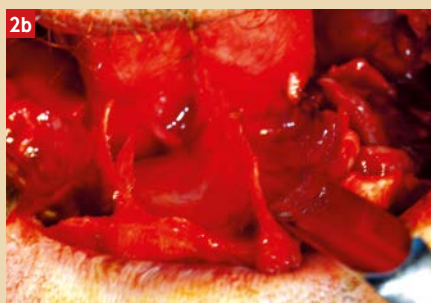
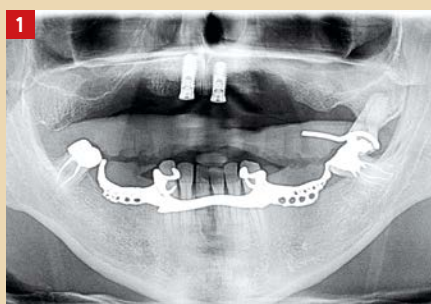
Fig. 1 : un seul de ses 2 implants reste ostéointégré

Fig. 2a : la totalité du maxillaire est libéré

Fig. 2b : les fosses nasales sont bien visibles avec le septum nasal central

Fig. 3 : le prélèvement iliaque

Fig. 4 : l'appareil provisoire est fixé en palatin



SOS : UN SOURIRE PROVISOIRE, ESTHÉTIQUE, CONFORTABLE AVEC UNE RÉTENTION MAXIMALE

Snap-On Smile®

Un seul produit pour de multiples applications

Sans

Économique et sans préparation

Avec



- Provisoire pour implants : cicatrisation optimale des piliers
- Bridge amovible



Arcade complète provisoire dans le cas de pose d'implants



Remplace toutes les prothèses amovibles assurant ainsi un confort optimal au patient



Dispositif sur-mesure, en résine acétyle cristallisée. Disponible dans toutes les teintes VITA

Tecalliage
L'ART DENTAIRE

Renseignements :
Tél. 02 32 50 69 96 - Fax 02 32 50 76 13
info@tecalliage.fr
Retrouvez-nous sur www.tecalliage.fr

Snap-On Smile est un produit de la société DenMat LLC.

Snap-On Smile est un dispositif médical de classe IIa selon la Directive Européenne 93/42 CEE. Marquage CE0459. Lire attentivement la notice. Le Snap-On Smile fait l'objet d'une cotation pour son remboursement par la Sécurité Sociale

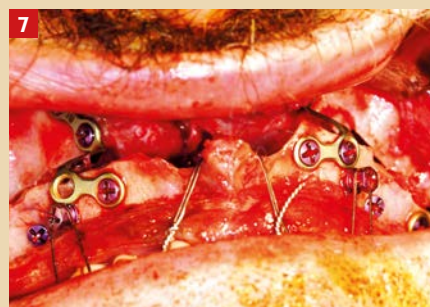
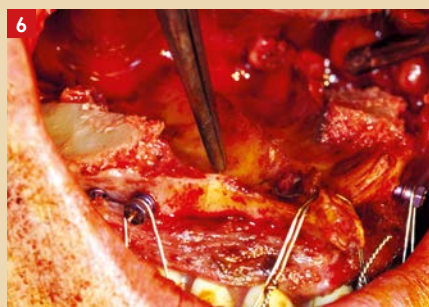


Fig. 5 : la position idéale des 2 arcades est maintenue

Fig. 6 : le remplissage du 1/3 inférieur du sinus est effectué *a retro*

Fig. 7 : les plaques d'ostéosynthèse

... ligatures seront déposées dès la fin de l'intervention, avant les sutures.

Les fragments cortico-spongieux sont modelés pour s'insérer au niveau du plancher des 2 cavités sinusiennes (Fig. 6). La greffe étant placée dans un espace clos, les phénomènes de résorption, principal écueil de ce prélèvement, sont limités. Ces pièces autogènes sont maintenues et stabilisées avec des microvis. Les espaces et défauts sont comblés avec du spongieux ; les fosses nasales remplies avec du phosphate tricalcique gros grain pour éviter toute fuite.

Les plaques d'ostéosynthèses fixées avec des microvis vont stabiliser et sécuriser la cicatrisation de l'ensemble (Fig. 7).

Les sutures sont réalisées avec le plus grand soin pour que les lambeaux soient maintenus sans tension.

Des conseils d'alimentation molle sont donnés. Les suites postopératoires sont simples, l'appareil provisoire, initialement vissé dans le palais est déposé afin de redevenir une prothèse adjointe totale et ce jusqu'à la réalisation fixe finale.

La réalisation implanto-prothétique

À 4 mois, une radiographie Cone-Beam complète du maxillaire supérieur est réalisée, le volume osseux obtenu permet, sous anesthésie locale, la pose de 10 implants Tekka Progress (de diamètre 4 mm et de longueur 10 à 15 mm) mis en nourrice. Les plaques de fixation sont toutes conservées, elles ne gênent pas la mise en place des implants (Fig. 8).

Nous réalisons la mise en fonction avec des bagues transgingivales et validons l'ostéointégration.

La mise en place d'un bridge transvisé avec armature chrome-cobalt et dents en résine (Fig. 9a et 9b) redonne au

patient, après 12 mois de patience, confort et mastication bien mérités après un échec et des mois d'effort. À 2 ans, les radiographies de contrôle (Fig. 10a et 10b) valident l'intégration et le très bon comportement des implants Tekka Progress dans ce maxillaire remanié brillamment et avec succès.

Conclusion

Nos patients n'ont pas ou peu conscience des conséquences d'un échec, qui ne sont que peu ou pas présentés dans les congrès ou la littérature.

Ce parcours est « chaotique » et on peut le dire, proposé à ce patient par une science implantologique avide de challenge.

L'avantage est grand mais l'échec, lorsqu'il survient, l'est encore plus. Le patient subit de forts désagréments, tant physiquement que psychologiquement (le ou les praticiens avec lui).

Une attente de quelques mois seulement, avec le port d'un appareil complet, conduit à une réussite quasi-certaine. C'est à nous de proposer des solutions fiables et à être convainçants sur le délai de cicatrisation ainsi que d'en assumer les désagréments ou tout du moins de les supporter avec nos patients.

Le choix d'une option thérapeutique pour la réalisation d'une réhabilitation implanto-prothétique repose sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, le protocole proposé par le Dr Paul Cresseaux est prédictible pour traiter des patients présentant de sévères atrophies du maxillaire et s'appuie sur des études nombreuses rapportées dans la littérature. Le taux de survie des implants placés après ce type de préparation est de 96 %, d'après différents auteurs de renom (Chiapasco par exemple).

On compte également sur les connaissances du praticien, son expérience, sa formation, ses convictions, la personnalité du patient, son anatomie, ses besoins et envies. La liste n'est pas exhaustive, le lecteur pourra la compléter avec ses arguments.

Pour terminer et à propos de la mise en charge immédiate au maxillaire supérieur, nous pensons que **la prévention des complications doit être notre guide car le patient n'en a pas conscience et nous confie sa santé.**

◆

Bibliographie

1. De Santis D, Trevisiol L, D'Agostino A, Chucci A, De Gemmis A, Noccini PF. Guided bone regeneration with autogenous block grafts applies to Le Fort 1 osteotomy for treatment of severely resorbed maxillae: a 4- to 6-year prospective study. *Clin. Oral Impl. Res.* 23, 2012; 60-69.
2. Kaeppler G. Anwendungen der dentalen Volumentomografie in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. *Int. J. Comput. Dent.* 13, 2010; 203-219.
3. Obwegeser HL. Surgical correction of Small or retrodisplaced maxillae. The « dish face » deformity. *Plastic and reconstructive Surgery.* 43, 1969; 351-365.
4. Chiapasco M, Brusati R, Ronchi P. Le Fort 1 osteotomy with interpositional bone grafts delayed oral implants for the rehabilitation of extremely atrophied maxillae: a 1-9 year clinical follow-up study on humans. *Clin. Oral Impl. Res.* 18, 2007; 74-85.

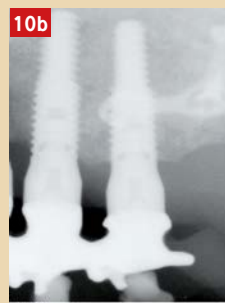
Fig. 8 : positionnement des implants sans dépose des plaques et vis

Fig. 9a : le bridge transvisé en frontal...

Fig. 9b : ... et en vue occlusale

Fig. 10a : la radio panoramique à 2 ans

Fig. 10b : RVG à 2 ans, les implants Tekka Progress se comportent très bien

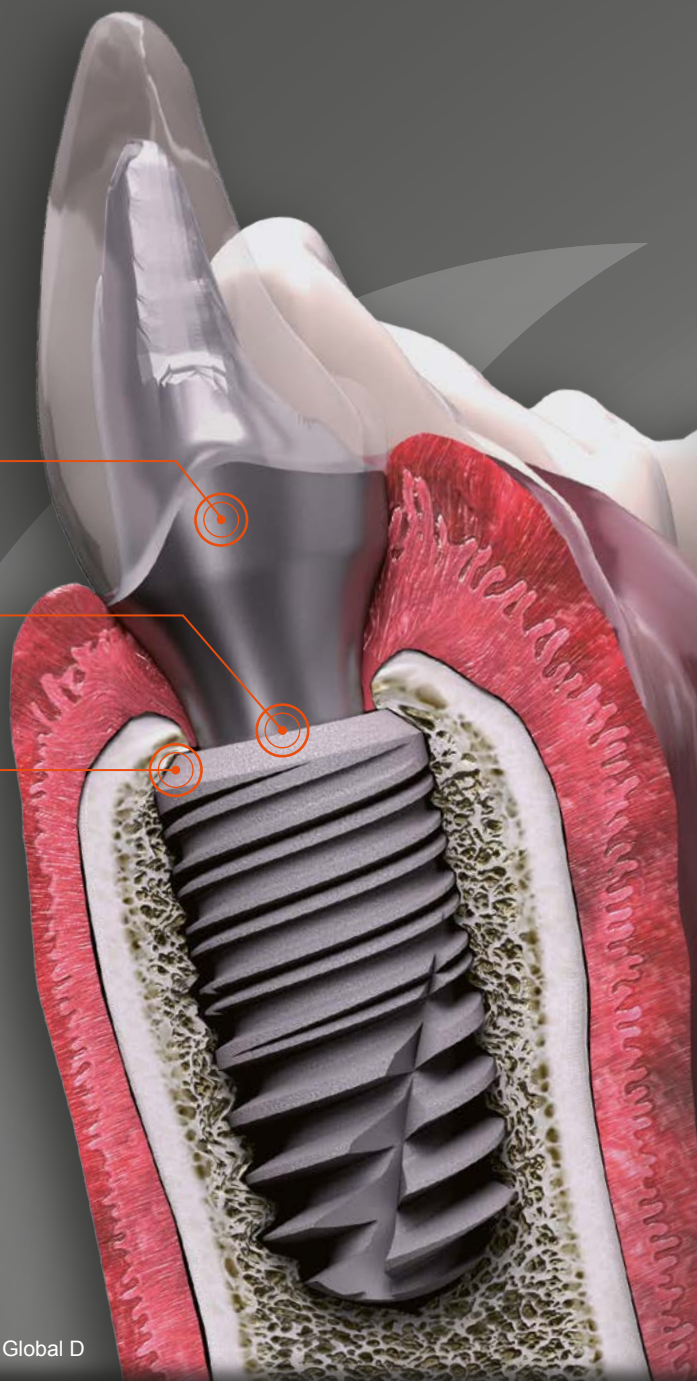


Implant In-Kone® :

Moins de titane, plus de tissus

Les caractéristiques de l'implant In-Kone® et son positionnement 2 mm sous-crestal facilitent la préservation des tissus durs, principal soutien, des tissus mous et garantissent ainsi l'esthétique de vos restaurations.

- Pilier anatomique concave
Augmentation du volume des tissus mous
- Connexion stable et étanche
Respect de l'espace biologique
- Epaulement chanfreiné rugueux sous-crestal
Sertissage osseux



Pour plus de renseignements : contactez votre responsable de secteur ou la société Global D

GAD Center* : une formation pas comme les autres

*Premier centre en France de formations en dentisterie esthétique et biomécanique neuromusculaire



Le cursus de cette formation présente une approche holistique focalisée sur l'intégration de l'esthétique, les aspects fonctionnels et la dentisterie adhésive, présentée comme un pont entre les deux. L'objectif est d'apprendre, en petits groupes, à réussir des réhabilitations complexes sur le plan esthétique, mais aussi fonctionnelles sur le long terme. Un aspect très intéressant de la formation est qu'elle enseigne aux confrères une aire encore peu développée de la dentisterie, le domaine fonctionnel, une activité à haut potentiel qu'ils pourront développer dans leurs propres cabinets.

Un des aspects les plus innovants de cette formation est la formation elle-même. Nous connaissons tous les formations qu'on pourrait qualifier de stage d'observation, notamment dispensées aux États-Unis pour les confrères étrangers, mais aussi dans les grands centres de formation en France avec peu de ressources dédiées à la formation continue. Le module auquel j'ai assisté au GAD Center n'en était justement pas du tout un. Le Dr Cyril Gaillard transforme véritablement tous ses cabinets et structures attachées (GAD Lab en particulier) en centres de formation pendant les journées d'enseignement et de pratique. Il met à disposition tout son matériel, tout l'espace médical

Ils ont commencé cette aventure dans un désir d'intégrer la dentisterie dans sa globalité morphofonctionnelle et esthétique, et de partager leur savoir, leur passion et leur vision. En ce moment ils reçoivent environ 60 stagiaires tous les ans.

Comment définir le neuromusculaire en dentisterie ?

À l'aide d'équipement de haute technologie (Tens, K7), la dentisterie neuromusculaire permet de trouver un équilibre entre les muscles, les articulations et les dents, ce qui réduit le besoin de compensation du reste du corps.

Le Dr Cyril Gaillard est d'avis que l'esthétique sans fonctionnel est un bel art adapté aux belles images dans les beaux livres de dentisterie esthétique. Mais en pratique, le fonctionnel est aussi primordial que délaissé par les chercheurs comme par les praticiens.

Comment est structurée la formation ?

La formation comprend cinq modules :

- 5 jours de cours (40 h)
- 5 jours de TP (40 h)
- 6 jours de travail au fauteuil avec des patients (60 h)

La formation est remarquable par l'encadrement intensif des participants, qui traitent des patients sous le contrôle des formateurs. Chacun des praticiens est assisté au fauteuil par une équipe complète : un chirurgien-dentiste accompagné de son assistante (le Dr Cyril Gaillard et son assistante Véronique, très compétente et souriante), un prothésiste (M. Christophe Hue, hautement qualifié et diplômé), ainsi qu'un technicien formateur sur les appareils de tests neuromusculaires (Myotronics-Bisico®). Chaque membre de l'équipe partage son expérience avec les chirurgiens-dentistes, l'objectif étant bien entendu de former des confrères qui pourront pratiquer tout de suite dans leurs cabinets à la fin de la formation.

Une relation particulière se construit pendant cette formation entre l'équipe et les participants. En effet cette formation se divise en deux parties : la formation clinique au cabinet, mais aussi un suivi des protocoles avec le laboratoire. Toutes les étapes prothétiques sont expliquées aux praticiens pour une meilleure compréhension. Chaque praticien peut également venir avec son prothésiste. À la fin de la formation,

et paramédical et les conférenciers, rassemblés en petits groupes, y travaillent ensemble. C'est la méthodologie de la formation qui en fait une force surprenante. On part de là-bas en ayant l'impression d'avoir été dans les chaussures de Cyril Gaillard pendant quelques jours.

L'enseignement théorique de la formation combine des conférences interactives et riches en multimédia avec des présentations de cas cliniques et des discussions en groupe sur les possibilités de prise en charge. L'enseignement scientifique est ponctué par des travaux pratiques sur maquettes et des véritables traitements de patients – on a effectivement intérêt à apprendre vite pour réussir son premier cas clinique. Les cours sont dispensés en petits groupes, huit à dix participants *maximum* par formation.

Historique

Le centre GAD a été créé en 2009 par le Dr Cyril GAILLARD, chirurgien-dentiste et Christophe HUE, céramiste et directeur du GAD Lab. Ils ont chacun suivi de nombreuses formations universitaires en esthétique, implantologie et réhabilitations prothétiques complexes, dans plusieurs pays. Ils sont également des anciens élèves du célèbre Las Vegas Institute, où ils ont étudié l'esthétique dentaire et la dentisterie neuromusculaire. Le Dr Gaillard utilise le neuromusculaire dans son cabinet depuis plus de dix ans.



le praticien peut continuer de travailler pour certains cas de réhabilitations complètes avec les formateurs afin de continuer à être guidé et d'acquérir suffisamment d'expérience. Le praticien est accompagné professionnellement ensuite pour la réussite de ses futures réalisations.

La formation est validée à la fin du *cursus* par un examen. À la fin du *cursus* entier, une journée de suivi est offerte aux participants, consistant en une remise à niveau et en discussions de cas cliniques amenés par les participants eux-mêmes.

GAD aide également tous les participants qui le souhaitent à organiser des study clubs pour leurs correspondants dans leurs propres cabinets.

Le deuxième volet du GAD Center : l'excellence en esthétique

Ce volet comprend l'intégration des éléments-clés de l'esthétique. Il y a tout d'abord les fondamentaux de la communication avec les patients, les confrères et les collaborateurs : maîtriser la photographie dentaire, et utiliser intelligemment PowerPoint et Keynote. S'ensuit la partie clinique avec les préparations possibles pour les céramiques intégrales et les facettes, la réalisation des provisoires et l'apprentissage des techniques de collage. Une mise en pratique complète la théorie et permettra aux participants d'intégrer l'esthétique dans leurs propres traitements futurs.

Les lieux de stages Paris et Bordeaux varient en fonction du thème des formations.

Qui sont les participants ?

Profil des participants : les dentistes que j'ai rencontrés se forment beaucoup, ont plusieurs années d'expérience, s'intéressent à l'occlusion. Ils représentaient également des cabinets qui souhaitent développer une nouvelle activité.

Pourquoi avoir choisi cette formation et pas une autre ?

Dr Stéphane Lavigne : « pour rendre ma formation de posturologie plus reproductible, grâce aux outils de haute technologie proposés par le GAD Center. Pour avoir une autre approche sur les réhabilitations complètes de la bouche. »

Que vous apporte cette formation ? Notamment au niveau concret de la pratique au sein de votre cabinet

Dr Bertrand Rousselet : « comprendre enfin pourquoi certains patients reviennent avec des céramiques cassées, maîtriser en implantologie l'interaction entre la fonction neuromusculaire, l'esthétique et les réhabilitations totales. Maintenant pour tous les cas de réhabilitations par implants je réalise d'abord l'étude de l'occlusion. »



La mise en place au sein de votre cabinet a-t-elle été facile ? Difficile ? Comment l'avez-vous vécue ?

Dr Stéphane Lavigne : « l'équipe du cabinet a été très réceptive, par contre j'ai noté la réticence des patients, car peu de dentistes parlent des bienfaits de la neuromusculaire. Il y a un manque d'information des patients. »

Quels sont vos freins ? Le coût, le matériel, la durée de la courbe d'apprentissage ?

Dr Bertrand Rousselet : « le coût des appareils est important (l'investissement initial) et aussi, pour les patients, le traitement est assez onéreux car il est très chronophage. »

Les TP sont-ils suffisants ? Les supports pédagogiques sont-ils utiles ? Accessibles ?

Dr Stéphane Lavigne : « les supports sur clé USB avec des PowerPoint (le contenu des cours, les protocoles), et les vidéos sont excellents. Mais il faut un investissement personnel et du temps. »

J'ai également rencontré un troisième étudiant, le Dr Antoine Lelièvre : il s'est inscrit seulement pour les 3 premiers modules, mais, séduit par la rigueur de la démarche et la précision des protocoles, il a préféré continuer la formation du GAD jusqu'à la fin, au détriment d'une autre formation qu'il avait prévue. C'est la réussite du traitement de son patient lors du troisième module qui a été déterminante pour lui.

Avenir

Les principaux objectifs du centre sont le développement de la chirurgie dentaire fonctionnelle en France, le développement à l'international à travers des cours en anglais et la création d'un réseau actif d'anciens étudiants ayant validé les 5 modules et passé l'examen.

Beaucoup de confrères qui m'ont contactée pour me demander mon avis sur cette formation avaient peur d'un Las Vegas girondin.

Mais l'ayant suivie en partie, je peux maintenant les assurer qu'il n'en est rien. Cyril Gaillard a pris les meilleurs côtés de la formation innovante aux États-Unis, de la pratique conservatrice en France et a fait un mélange nouveau et vieux monde encore jeune mais qui vieillira bien. ♦

Propos recueillis par le Dr Adriana Agachi



Gestion du temps :

pièce maîtresse de la gestion des rendez-vous et de la production



Dr Edmond BINHAS
 ■ Fondateur
 du Groupe Edmond
 Binhas

Chaque année le mois de mai comporte son lot de jours fériés. Cette année ces derniers sont particulièrement nombreux. Cela n'est pas sans influence sur l'activité des cabinets avec la fin du premier semestre en point de mire. Cela nous rappelle qu'une bonne gestion des rendez-vous (et plus généralement du temps) est cruciale pour la bonne marche de nos cabinets. Après avoir abordé dans les numéros précédents, le concept de service, la gestion des plans de traitement et la politique d'encaissement, l'occasion m'est donc donnée de revenir sur ce système.

Le temps, plus que l'argent souvent, est une denrée devenue très rare. J'entends souvent nos confrères s'impatienter : « Aujourd'hui, je n'ai vraiment pas le temps ! ». Cette excuse est à mes yeux, irrecevable. J'entends dire : « Je n'arrive pas à trouver le temps de... ». En réalité, il faut bien accepter l'idée que le temps ne se trouve pas. C'est à vous de le « faire ». Au quotidien, au cabinet ou dans notre vie personnelle, les sollicitations et projets, sont de plus en plus nombreux. Avec l'avènement des nouvelles technologies de communication ce phénomène ne fait que s'amplifier. Un nouveau terme est d'ailleurs apparu tout récemment à ce sujet : NOMOPHOBIA (No Mobile Phobie) c'est-à-dire l'angoisse de se retrouver ne serait-ce qu'une seule journée sans son mobile (comment est-ce possible ?). En réalité, en matière de gestion du temps, la clé pour être plus serein n'est pas de savoir quoi faire, mais plutôt de savoir quoi abandonner entre des projets, tâches ou activités toutes plus intéressantes et importantes les unes que les autres !

Aujourd'hui, nous subissons l'influence d'une société au sein de laquelle nous sommes incités à aller toujours plus vite et à être toujours disponible. On accomplit tout en deux temps et trois mouvements.

Comment cela se manifeste-t-il au quotidien ?

Au cabinet, de plus en plus d'équipes se disent à peine bonjour le matin. Nous répondons mécaniquement aux questions qui nous sont posées. Nous ne prenons pas le temps de revenir sur les problèmes rencontrés pour en tirer les leçons et éviter leur répétition. Nous ne traitons pas les événements en fonction de leur importance mais plutôt de l'urgence de la situation. À ce stade, la hiérarchisation des priorités s'avère indispensable. De même, cette course ne nous rend pas disponible pour être vraiment à l'écoute des patients, de leurs remarques ou de leurs demandes. Cela est donc très nuisible à la qualité du service au cabinet. À très court terme, cela devient un frein au développement d'un cabinet. Soyez extrêmement vigilants à ce sujet.

Ceci explique l'émergence récente de tendances nouvelles appelant à ralentir le rythme de vie.

Voici leurs slogans : « Déconnectez » et « Profitez de

l'existence » sans être par exemple dérangés par un ordinateur ou un téléphone portable. Ou encore « Faites place enfin à la vraie vie » (lire, sortir, voir sa famille, privilégier les rencontres, etc.).

Des initiatives ou courants voient le jour comme la journée internationale de la lenteur (21 juin), le développement du slow tourism (prendre le temps de voyager), du slow-parenting (ne pas surcharger l'enfant d'activités extrascolaires) ou encore le slow-média (ne pas lire ou téléphoner en regardant la télévision, le tout devant son ordinateur), etc. pour n'en citer que quelques-uns.

« Privilégiez la qualité de vos activités par rapport à la quantité. »

Bien entendu, le rythme d'une journée de travail nous impose de savoir accélérer quand nécessaire. Bien maîtriser son temps permet de changer de vitesse selon nos différentes activités. Il est évident que le fait d'être en permanence en suractivité ne peut devenir une règle de fonctionnement.

Une bonne gestion de votre temps passe aussi par des moments où l'on se pose pour réfléchir. Ceci vous permettra de prendre un peu de recul, de vous mettre en métaposition par rapport à votre exercice professionnel.

Toute une série de questions sont alors évoquées : quel est le bilan du trimestre et son lot d'enseignements ? Quelles sont les ressources (temps, formations, congés) disponibles pour les mois à venir ? Quels sont les projets ? Comment les mener à bien ? Qui participe au projet ? Autant de réponses qui seront les ingrédients d'un exercice efficace et serein. Pour parfaire cette réflexion, je ne peux que vous inviter à lire l'ouvrage de Jean-Louis Servan-Schreiber¹, « Trop vite ! » et profiter pleinement de ces congés « imposés » de ce mois de mai pour optimiser cette réflexion.

La gestion du temps en aval

La première étape dans toute stratégie de développement est à mes yeux de garder, voire reprendre le contrôle de votre temps. Cela revient à maîtriser votre agenda.

1. Trop vite ! - Pourquoi nous sommes prisonniers du court terme - Jean-Louis Servan-Schreiber, paru le 05/05/2010 - Albin Michel.

Il s'agit de ne pas confondre efficacité et suractivité.

Prenez conscience que votre agenda, qu'il s'agisse d'un carnet papier ou d'un écran informatique détermine à la fois votre heure d'arrivée au cabinet et votre heure de départ. Il conditionne aussi votre niveau de stress dans la journée et votre chiffre d'affaires en fin d'année !

Une bonne gestion des rendez-vous repose sur une combinaison de plusieurs facteurs : la définition d'objectifs financiers, l'efficacité de l'ensemble des membres de l'équipe, un service en adéquation avec le positionnement de votre cabinet. Cela ne va pas sans un haut niveau de compétences et de formation de votre équipe. Il s'agit également de distinguer dans votre emploi du temps, le temps productif et le temps improductif. Nous vous rappelons que dans le temps improductif, il y a la notion de temps improductif investi® (réunions d'équipe, première consultation, exposé de plan de traitement, etc.) et de temps improductif perdu, qu'il faut absolument combattre ! En analysant votre carnet, interrogez-vous sur les points suivants :

- quels sont vos objectifs en tant que praticien ?
- quel type de dentisterie voulez-vous proposer ?
- de combien de temps avez-vous besoin pour réaliser vos traitements ?
- vos services sont-ils suffisamment productifs pour vous permettre d'atteindre vos objectifs financiers ?

L'étape suivante est de mettre en place un système de prise de rendez-vous qui vous aide à répondre à ces questions. Vous n'obtiendrez jamais que ce que vous programmerez. J'aimerais toutefois apporter 3 points de clarification, extrêmement importants à mes yeux, pour éviter tout malentendu sur ce que j'entends par la notion de production.

Produire n'est pas vendre

L'une des définitions donnée par le dictionnaire Larousse est : « Production : ensemble de moyens qui aboutissent à la création d'un bien nouveau ou d'un service. » Or, les chirurgiens-dentistes produisent/réalisent des actes dentaires, qui ont une certaine valeur (honoraires) et qui répondent aux besoins de soins des patients.

Attention : la production n'est donc pas le coût de la prestation, il s'agit du montant de sa réalisation.

Équilibrer les objectifs de production pour réduire le stress

En conséquence, à mes yeux, la production a beaucoup plus à voir avec le rythme d'une journée de travail qu'avec le chiffre d'affaires. À travers la gestion des rendez-vous, il s'agit bien plus d'établir une planification équilibrée de la journée afin de permettre au praticien et son équipe d'avoir des journées plus sereines. L'absence de planification nous impose un rythme de travail aléatoire et incontrôlé aboutissant à un niveau de stress généralement élevé. Le rythme subit alternativement des accélérations puis des ralentissements : c'est cela que j'appelle les « montagnes russes ». L'objet de la planification d'objectif de production est donc avant tout la réduction du stress. Comme nous le constatons tous les jours dans les cabinets avec lesquels nous travaillons, les résultats obtenus sont souvent spectaculaires avec notre méthode basée sur la planification.

La gestion devient toutefois une nécessité

Je vous invite donc désormais à voir votre carnet de

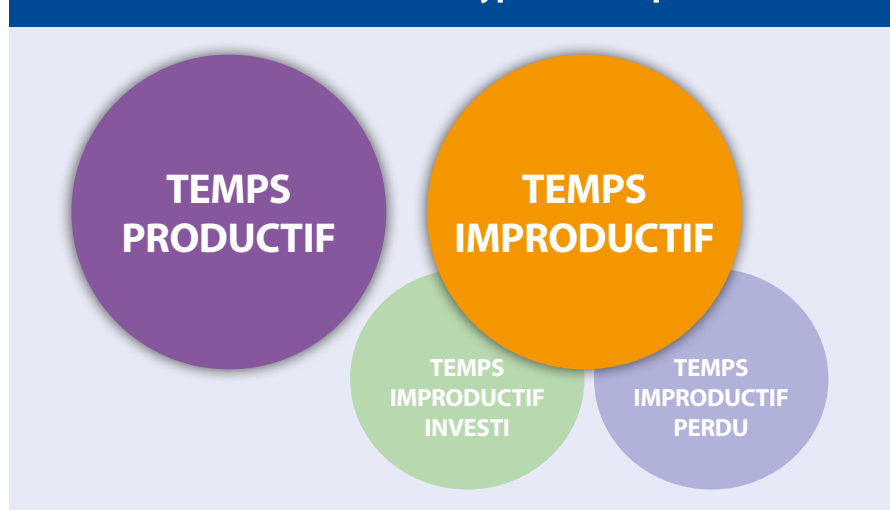
rendez-vous comme un outil de gestion bien au-delà d'un simple support de prise de rendez-vous. En effet, la gestion, que cela nous plaise ou non, est devenue une condition de la survie des cabinets libéraux. Il faut accepter cette réalité avec lucidité même si elle ne nous plaît pas. La difficulté est de concilier **gestion et éthique**. Cela ne peut plus se faire par une approche empirique. Une gestion saine est même justement la condition d'une garantie de notre éthique.

Maintenir un niveau d'encaissement correct est une condition nécessaire pour maintenir son salaire et justement faire plus facilement face à la concurrence exacerbée des low-costs et autres cabinets relevant du tourisme dentaire.

Dans notre philosophie de l'organisation et de la gestion, les revenus du praticien sont une conséquence d'une approche professionnelle des aspects cliniques mais aussi non cliniques. L'objectif est en premier lieu d'offrir des soins de haute qualité, en deuxième lieu de conserver une approche humaine et en dernier lieu seulement de conserver son niveau de revenus.

C'est la raison pour laquelle nous considérons impératif le contrôle de la production en tant qu'outil moderne de fonctionnement d'un cabinet.

Savoir identifier les différents types de temps au cabinet



Ne laissez pas votre agenda vous contrôler !

Ayez une approche rationnelle de votre carnet de rendez-vous. Utilisez systématiquement des règles bien définies. Les variables dépendront de vos propres objectifs. Déterminez le niveau de revenus que vous souhaitez et donnez-vous les moyens par une série de mesures, d'atteindre ces objectifs. Si vous ne réussissez pas, analysez minutieusement votre carnet. Apportez les corrections qui vous permettront de ne plus subir votre planning et par voie de conséquence, de reprendre le contrôle de votre cabinet. ◆

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Institut BINHAS

Rejoignez-nous sur notre centre de ressources : www.binhas.com

Téléphone : Claudette - 04 42 108 108

5 rue de Copenhague, BP 20057, 13742 Vitrolles Cedex

Email : contact@binhas.com

La méthode Walt Disney appliquée à la gestion du cabinet dentaire



Comment encourager l'innovation et définir en équipe de nouvelles stratégies afin de développer l'organisation du cabinet dentaire ?



Rodolphe COCHET

- Consultant, conférencier et coach en gestion des cabinets dentaires
- Chargé de cours en gestion du cabinet dentaire dans plusieurs Facultés de médecine dentaire en France et à l'étranger
- Chef de la rubrique « management du cabinet dentaire » dans Le Fil Dentaire, La Revue Suisse d'Odonto-Stomatologie et le Journal du Dentiste (Belgique)

Si les astuces de coach foisonnent dans le cadre du développement des modes de gestion des cabinets dentaires, la plupart d'entre elles se réduisent à des artifices oratoires dans le cadre de séminaires et s'avèrent finalement inapplicables sur le terrain : raison pour laquelle nombre de praticiens ne se sont toujours pas décidés à organiser des réunions d'équipe ou bien les ont tout simplement supprimées de leur politique de management. Cette méthode opérationnelle est très facile à mettre en place au sein d'un cabinet dentaire et donne rapidement des résultats incroyables qu'il s'agisse d'un cabinet de groupe ou d'un praticien en exercice individuel.

Le dentiste rêveur, le réaliste et le critique

L'idée de départ de la méthode est relativement simple. Elle consiste à analyser chaque nouvelle idée ou suggestion de la part de l'un des acteurs du cabinet dentaire selon 3 points de vue différents mais complémentaires : ceux du rêveur, du réaliste et du critique. Sans ces trois angles de vue différents, il est impossible de mener à bien un projet de développement innovant. Ces trois points de vue sont complémentaires car l'un ne va pas sans l'autre : en effet, le rêveur, sans un savant dosage de réalisme et de pragmatisme ne parviendrait pas à matérialiser ses idées. Le critique et le réaliste n'iraient pas bien loin en termes d'innovation et de créativité si l'équipe se reposait entièrement sur eux. Et que ferait un dentiste critique avec un collaborateur ou une collaboratrice rêveuse sinon entrer en conflit avec eux régulièrement ? Quant à une assistante dentaire rêveuse qui tenterait d'accomplir de nouveaux objectifs en coordination avec sa collègue secrétaire réaliste, elles ne parviendraient jamais à atteindre le niveau d'excellence et de qualité que requiert un observateur critique et impartial.

La méthode : mise en application lors des réunions de développement

À chaque réunion, qu'il s'agisse d'un cabinet de groupe ou d'un praticien en exercice individuel (une assistante) et même en solo, il est question d'enfiler à tour de rôle la pantofole du parfait rêveur, du réaliste implacable et

de l'esprit critique forcené afin d'analyser la faisabilité d'une nouvelle idée ou la réalisation d'un projet. Par exemple, pour un cabinet d'un praticien disposant idéalement des services sectorisés d'une assistante dentaire et d'une secrétaire, chacun aura joué les 3 rôles complets toutes les périodes de 3 réunions. S'il s'agit d'un praticien en solo, celui-ci devra adopter les 3 points de vue pour analyser chacun de ses projets. Bien entendu, le mieux est de disposer trois sièges en cercle, chacun disposant d'un écriteau (feuille volante) indiquant le rôle à jouer : ce point peut paraître anecdotique mais est très important et ne doit surtout pas être négligé. Les cabinets dentaires qui ont mis en place cette méthodologie de travail lors de leurs séances de brainstorming (réunions de développement) ont décuplé leurs idées et ont surtout pris bien plus facilement et rapidement nombre d'initiatives et de décisions, qu'il s'agisse de conduire le changement, d'améliorer ou bien de corriger un protocole ou une procédure. Les effets sont parfois immédiats et sont surtout surprenants au point que la prochaine réunion de développement est attendue très impatientement par toute l'équipe (en principe, 2 h de réunion chaque mois ou 4 h tous les 2 mois). Grâce à cette méthode, votre réunion mensuelle d'équipe sera le pivot du développement organisationnel de votre cabinet mais plus encore le principal levier de motivation du personnel dentaire. Afin que les acteurs du cabinet puissent visualiser cette nouvelle méthode de travail intellectuel et se l'approprier, j'ai décidé de choisir à titre d'exemple, le sujet très souvent abordé lors des réunions de la permanence téléphonique.

Astuce : un siège peut être occupé par plusieurs acteurs. Si le cabinet compte plus de 3 personnes, la quatrième viendra se positionner en doublon sur l'un des trois sièges, de préférence sur le siège du rôle qui correspond le moins à l'esprit ou à la philosophie du praticien-gérant.

Mise en situation : l'exemple concret de la permanence téléphonique

Prenons la configuration d'un cabinet de deux praticiens,



© Yael Weiss - Fotolia

chacun disposant d'une assistante dentaire polyvalente. L'un des ordres du jour de la réunion concerne la réduction de la permanence téléphonique afin que chaque assistante puisse se concentrer sur son cœur de métier : l'aide opératoire et instrumentiste.

Le siège du rêveur au cabinet dentaire : « plus de téléphone au cabinet... le pied ! »

Si c'est à votre tour d'occuper le siège du rêveur (ou de la rêveuse), vous devez bien garder à l'esprit que tout est possible et que vous devez coûte que coûte aller jusqu'au bout de vos idées en mettant de côté tout carcan, ou tout ce qui pourrait entraver votre liberté de penser : donc aucune règle, aucun tabou, aucune contrainte, aucune restriction qui vaille, quitte à envisager des solutions qui pourraient même paraître fantaisistes ; la plus fantaisiste et originale sera peut-être celle qui permettra de prendre la meilleure décision concertée !

Explorez votre idée à la lumière de ces questions :

- quelles sont vos idées et en vue de quel objectif ?
- qu'ont-elles de motivant ?
- qu'est-ce qu'elles pourraient apporter à l'équipe : aux assistantes, comme aux praticiens ?
- quelles solutions concrètes pourraient être mises en place : explorez-en un *maximum* quitte à ce qu'elles vous paraissent folles, telle que **la suppression totale de la permanence téléphonique au cabinet**

Le siège du réaliste : « informer les patients et optimiser les protocoles cliniques (travail à 4 mains) »

Le réaliste va passer en revue, une à une, puis de manière globale, toutes les propositions ou suggestions du rêveur. Celles-ci doivent être notées et seront ensuite reportées comme objets de réflexion et de discussion dans le compte-rendu final de la réunion, bien entendu. **Une réunion sans compte-rendu dactylographié est nulle et non avenue.**

Les questions que le réaliste devra se poser :

- comment mettre en œuvre chacune de ces idées ?
- connaissez-vous quelqu'un qui a déjà mis en application ces suggestions ?
- les ressources (matérielles et immatérielles) du cabinet sont-elles suffisantes ?
- qui sera responsable de leur mise en œuvre : qui fera quoi ?

Le siège du critique : « les assistantes ne seront pas plus au fauteuil et l'image du cabinet va en prendre un sacré coup »

- quels sont les avantages et les désagréments possibles, les coûts éventuels... ?
- y a-t-il des paramètres qui ne dépendent pas du cabinet dentaire ?
- pouvons-nous envisager de contourner les obstacles éventuels ?

Le moment de la décision : établissez un consensus et élaborer votre stratégie

Afin que des décisions soient prises, quitte à différer le traitement de cet ordre du jour, il est capital de savoir ce qui doit être retenu, sans distinction aucune. Il faut faire la synthèse des idées recueillies par chacun des acteurs ayant joué son rôle. Tracez deux colonnes, en mettant d'un côté les « idées positives et les conditions de mises en application » et de l'autre les « idées négatives, les contraintes, les difficultés ». Voyez si le poids des contraintes justifie une mise au panier de l'idée. Est-ce que les avantages ne sont pas largement supérieurs aux inconvénients potentiels (après tout, aucun obstacle majeur ne pourrait se présenter ?). Concernant la mise en application : combien de temps, quelles échéances, quelles étapes à franchir avant de valider définitivement le nouveau protocole de gestion administrative et relationnelle des patients ? Comment agencer chacune des idées afin d'aboutir à un *consensus* au sein du cabinet ? ◆

Astuce : ne laissez surtout pas une idée en plan. Allez jusqu'au bout de chacune d'elles. Car il est bien entendu que ce sont surtout les idéalistes qui feront avancer votre cabinet dentaire.

AUTEUR

Rodolphe Cochet

Expert en gestion des cabinets et centres dentaires
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. : 01 43 31 12 67 - Email : info@rh-dentaire.com

► **Conseil, audit et coaching :** www.rh-dentaire.com

► **Le site officiel d'emploi dentaire :** www.dentalemploi.com

► **Le portail de la formation :** www.dentalformation.com

L'assurance-vie : le placement préféré des français

Les nouvelles dispositions vont-elles réduire l'attraction de l'assurance-vie ?



Alain CARNEL

■ Conseil en gestion de patrimoine

Personnellement je ne le pense pas, mais cela n'engage que moi !
Je vais vous expliquer ma position à ce sujet.

Tout d'abord un petit rappel de ce qu'est l'assurance-vie

Définition

L'assurance-vie est un produit d'épargne par lequel l'assureur s'engage à vous verser au dénouement du contrat le capital d'origine et les intérêts produits par vos versements.

Vous êtes vivant à la fin du contrat, vous récupérez votre capital avec les intérêts.

En cas de décès avant la fin du contrat, le capital est transmis à des bénéficiaires que vous aurez désignés lors de la souscription ou en cours de vie. Je vous rappelle que vous pouvez changer de bénéficiaire si celui-ci n'a pas accepté le bénéfice du contrat.

La fiscalité

Impôt sur les plus-values

Il existe 2 solutions. Vous choisissez la plus favorable entre : intégrer ces gains dans votre impôt sur le revenu ou opter pour le prélèvement forfaitaire libératoire, dont les éléments sont :

Date du retrait	Taux de prélèvement forfaitaire libératoire*
Avant 4 ans	35 %
Entre 4 et 8 ans	15 %
Après 8 ans	7,5 %

* À ces impôts, s'ajoutent des prélèvements sociaux de 15,5 % (prélèvement sociaux et cotisation RSA).

Après 8 ans, les intérêts sont exonérés dans la limite de :

- 4 600 € de plus-values pour les contribuables célibataires, veufs ou divorcés
- 9 200 € de plus-values pour les contribuables mariés et pacsés soumis à imposition commune

ISF

Les contrats d'assurance-vie sont intégrés dans l'assiette de calcul de l'ISF (Impôt Sur la Fortune). Il faut les intégrer pour leur valeur de rachat au 1^{er} janvier de l'année en cours.

La transmission

Votre contrat d'assurance-vie vous permet d'optimiser la transmission de votre patrimoine. En effet, selon votre âge lors de la souscription et le montant que vous placez, une partie sera exonérée de droits de succession.

Le règlement des droits de succession s'effectue selon les modalités suivantes.

Droits de succession (pour tout contrat souscrit après le 13/10/1998)

Versements effectués avant le 70^e anniversaire

- aucune taxation jusqu'à 152 500 € par bénéficiaire (capital + intérêts)
- au-delà, taxation forfaitaire de 20 %

Versements effectués après le 70^e anniversaire

- abattement de 30 500 € sur les versements (tous bénéficiaires et contrats confondus)
- au-delà, taxation aux droits de succession en fonction du lien de parenté entre l'adhérent et le bénéficiaire
- les intérêts sont transmis en totale exonération

Il existe une multitude de solutions adaptées aux contrats d'assurance-vie, votre conseil en gestion de patrimoine saura vous orienter pour faire votre choix. (rédaction de la clause bénéficiaire, démembrement, acceptation ou non de la clause bénéficiaire, choix des supports d'investissements, profil de risque etc.).

Vous pouvez faire des versements libres ou programmés, augmenter ou réduire les versements, faire des arbitrages selon votre aversion au risque boursier.

Maintenant examinons pourquoi je crois toujours dans l'assurance-vie

Vous aurez compris que les aspects juridique et fiscal sont très favorables à ce type de placement, mais ce n'est pas tout. Ce n'est pas la finalité. Il faut faire en sorte que vos contrats vous rapportent des intérêts, (vous pouvez en souscrire autant qu'il vous plaira et en terme de gestion patrimoniale, ce n'est pas anodin).

Premièrement, les compagnies ont fait beaucoup d'efforts sur les différentes options que vous pouvez choisir dans les contrats ; mais certaines se démarquent par leur

innovation. Je vais vous donner 4 exemples qui sont spécifiques. Faute de place, je ne rentrerai pas dans le détail des contrats, je veux simplement vous montrer qu'il existe de vraies différences.

Le contrat avec gestion conseillée

C'est un contrat multisupport dans lequel vous pouvez choisir l'option « gestion conseillée ».

La compagnie vous propose une allocation d'actifs très diversifiée et vous acceptez tout ou partie de cette allocation ou non, en général cela vous est proposé à peu près 4 fois par an. Si par exemple une proposition ne fonctionne pas comme prévu alors la société de gestion vous proposera rapidement un nouveau choix. Bien entendu, vous devez auparavant connaître votre aversion au risque boursier car l'exposition au risque peut être importante. Pour les investisseurs qui ne veulent pas gérer eux-mêmes, c'est une solution de facilité.

En outre, pratiquant ce contrat depuis 3 ans, **je pense qu'il faut « jouer le jeu » et accepter la proposition d'allocation dans sa totalité de façon à coller avec la vision des gestionnaires**, mais chacun fera selon ses aspirations.

Le contrat avec des SCPI de distribution

Un petit rappel sur la SCPI : la SCPI ou société civile de placement immobilier ou « Pierre Papier », permet aux investisseurs d'acquérir de l'immobilier par l'achat de parts pour des sommes accessibles.

Lors de la souscription de votre contrat d'assurance-vie vous achetez des parts de SCPI de distribution accessibles dans le bulletin des unités de compte de votre contrat.

Celle-ci distribuant des revenus qui sont versés sur le fond en euros de votre contrat va contribuer à faire croître le résultat de celui-ci. L'avantage de ce système c'est la fiscalité. En effet, vous n'êtes pas dans la fiscalité des revenus fonciers, mais dans celle de l'assurance vie.

En conséquence, M. LANGUE, dentiste prochainement à la retraite veut retirer ce revenu de son contrat pour améliorer ses futurs revenus. **Il mettra en place des retraits programmés à hauteur de sa distribution et se verra imposé en application des retraits programmés d'un contrat d'assurance-vie, ce qui constitue une réelle économie et un levier de trésorerie important.**

Le contrat avec revenus garantis à vie

C'est un contrat d'assurance-vie qui vous permet d'obtenir des revenus pendant toute votre vie.

Comment fonctionne t-il ?

Il est ouvert aux personnes de plus de 55 ans et vous pouvez prendre des revenus à partir de 60 ou 65 ans. Actuellement les revenus à 65 ans, sont garantis à hauteur de 3,7 % à vie.

Tant qu'il y a de l'argent sur le contrat, il fonctionne comme un contrat d'assurance-vie.

- vous pouvez prendre du capital, la rente sera recalculée
- vous décédez avant épuisement des fonds, les capitaux reviennent au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), on applique les conditions du contrat d'assurance-vie
- vous vivez au-delà de l'épuisement des fonds, la compagnie vous verse la rente jusqu'à votre décès ; dans

INFORMATION IMPORTANTE

L'arrêt BACQUET : cette situation faisait l'objet d'un certain flou juridique jusqu'à la réponse ministérielle du 29 juin 2010 (Rép. Bacquet, Joan, N°26231).

La valeur de rachat d'un contrat non dénoué souscrit avec des biens communs fait partie de l'actif de la communauté conjugale : la moitié de cette valeur de rachat demeure la propriété du titulaire du contrat, l'autre moitié faisant partie de la succession du défunt.

Donc 50 % de la valeur de rachat est soumis aux droits de succession.

Ce qui ne change rien pour le conjoint survivant, les autres héritiers et notamment les descendants devront payer des droits de succession sur la moitié de la valeur de rachat du contrat. **Je vous conseille vivement de prendre contact avec votre Conseil en Gestion de Patrimoine et de faire le nécessaire avec votre notaire.**

ce cas, celle-ci est déclarée comme un revenu avec des abattements intéressants

- vous décédez après épuisement des fonds, il n'y a rien pour les bénéficiaires, puisqu'il n'y avait plus de fonds sur le contrat, la rente n'est due qu'au souscripteur

Exemple

M. MOLAIRE qui a bien travaillé, a mis 200 000 € de côté. Il les place sur un contrat à l'âge de 55 ans. À 65 ans, il a sur son contrat 250 000 € (à cause des fluctuations de la bourse... et grâce à son effet cliquet ou au taux de revalorisation) le montant versé est de **9 250 € par an.**

Admettons que les fonds soient épuisés à l'âge 83 ans, normalement le contrat s'arrête. Dans ce cas, IL CONTINUE SOUS FORME DE RENTES jusqu'à son décès, dans le cas où il décéderait avant sa 83^e année le contrat fonctionnera dans le cadre de l'assurance-vie.

Le contrat avec intérêts différés

C'est un contrat dont les intérêts sont différés à la 8^e année ce qui permet de ne déclarer dans son ISF que le capital investi ! **Ainsi vous réduisez l'assiette de votre ISF.**

Exemple

M. CANINE souscrit un contrat de 100 000 € avec un rapport de 3 % par an. Au bout de 8 années, il a 100 000 € et 26 677 € d'intérêts, **il ne déclare que les 100 000 €, pendant les 8 années.**

D'autre part, s'il a besoin de faire des retraits, **on considère qu'il prend** seulement du **CAPITAL**.

En conclusion

Les contrats d'assurance-vie ont pris un nouveau départ et ce, grâce à la diversification et à l'innovation.

Comme on peut ouvrir plusieurs contrats, vous aurez vite saisi l'intérêt d'en ouvrir 4 fondamentalement différents et pourtant complémentaires. ◆

AUTEUR

Alain Carnel - CPI Investissements
Conseil en gestion de patrimoine
CIF n°A008700 auprès CIP. asso. agréée AMF
Tél. : 01 43 05 97 80 - Email : cpi_inv@club-internet.fr
www.cpi-investissements.com

Tous vos rendez-vous

PARODONTOLOGIE IMPLANTOLOGIE

6 juin 2013 à Montpellier
4 juillet 2013 à Montpellier
6 juillet 2013 à Paris

CHIRURGIE IMPLANTAIRE GUIDÉE : LA TECHNIQUE ACCURATOR, PLANIFICATION SUR MODÈLE ET PRISE EN MAIN DU LOGICIEL 3D

Dr Frédéric BOUSQUET
NUVATORE – Tél : 09 61 42 84 71
Email : technique@nuvatore.fr
Site : www.implant-accurator.com

6 et 7 juin 2013 à Lyon FORMATION EXTRACTION, COMPLEMENT ET GESTION DES TISSUS MOUS EN IMPLANTOLOGIE - 2 JOURS

Drs BERDOUGO, VALBRAY
GÉNÉRATION IMPLANT
134 av. des Arènes de Cimiez - 06000 Nice
Tél : 0820 620 017
Site : www.generation-implant.com

6 au 9 juin 2013 à Cannes Palais des festivals 2^{ÈME} CONFÉRENCE INTERNATIONALE MIS : L'IMPLANTOLOGIE À 360°

MIS - Caroline MILLERAND
43 rue Aristide Briand - 92300 Levallois-Perret
Tél : 01 78 14 13 05
Email : cmillerand@mis-implants.fr
Site : www.mis-implants.com/cannes

13 juin 2013 à Bordeaux TRAITEMENTS PARODONTAUX NON CHIRURGICAUX ET CHIRURGICAUX UFR d'ODONTOLOGIE

16 cours de la Marne - 33082 Bordeaux
Tél : 05 57 57 30 01 - Fax : 05 57 57 30 10
Email : fc-odonto@u-bordeaux2.fr
Site : www.dfmc.u-bordeaux2.fr

13 juin 2013 à Cannes-Le Cannet Azur Eden CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE ET OSSEUSE POUR L'OMNIPRATICIEN

Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
Frais d'inscription : 680 €
F.I.D.E. - Monique
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

13 juin 2013 à Lyon Clinique du Parc LA PROTHÈSE SUR IMPLANT DANS VOTRE CABINET

C.L.I.O. - Clinique du Parc
155 ter Bd Stalingrad - 69006 Lyon
Tél : 04 72 44 87 01 - Fax : 04 72 44 87 02
Email : clio@cliniqueduparclyon.com

13 et 14 juin 2013 à Paris MISE EN CHARGE IMMÉDIATE, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Dr Hadi ANTOUN

IFCIA - Service formation NOBEL BIOCARE
Les Mercuriales - Tour du Levant
40, rue Jean Jaurès - 93170 Bagnolet
Tél : 01 49 20 00 49 - Fax : 01 49 20 00 36
Email : kathleen.colas@nobelbiocare.com
Site : www.nobelbiocare.com

13 et 14 juin 2013 à Reims 5 et 6 juillet 2013 à Nice FORMATION PRF® ET ACCÈS À LA VOIE VEINEUSE

Dr Ph. RUSSE
Frais d'inscription : 500 € / 1 jour - 1 000 € / 2 jours
SYFAC - 49 rue Goffredo - 06000 Nice
Tél : 04 93 80 14 87 - Fax : 09 57 33 32 56
Email : info@syfac.com - Site : www.syfac.com

14 juin 2013 à Cannes-Le Cannet Azur Eden GREFFES DE SINUS

Pr Paul MARIANI, Dr Franck BONNET
Frais d'inscription : 680 €
F.I.D.E. - Monique
Tél : 04 93 99 72 81 - Fax : 04 92 98 82 33
Email : contact@fide.fr - Site : www.fide.fr

14 juin 2013 à Lyon FORMATION INITIALE, TRAITER LES CAS SIMPLES EN IMPLANTOLOGIE : LA PLANIFICATION IMPLANTAIRE

15 juin 2013 à Lyon FORMATION INITIALE, TRAITER LES CAS SIMPLES EN IMPLANTOLOGIE : LA CHIRURGIE IMPLANTAIRE.

Drs S. MONCHANIN, C. COUDURIER,
S. VEYRE-GOULET, A. GLEIZAL, P. KELLER, D. FEUILLET
Centre formation Clinic-All
CLINIC-ALL - 84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
Email : contact@clinic-all.fr
Site : www.clinic-all.fr

14 et 15 juin 2013 à Francfort FORMATION PRATIQUE ET THÉORIQUE À L'IMPLANTOLOGIE MIMI (MÉTHODE D'IMPLANTATION MINIMALEMENT INVASIVE)

Dr J-P CHETRY, Dr A. NEDJAT, Dr D. DINONI
Frais d'inscription :
1200 € tout inclus (cours, hôtel et repas).
CHAMPIONS-IMPLANTS
Fanny ROUGNON-GLASSON
Bornheimer Landstr.8 - 55237 Flonheim
Tél : 06 40 75 69 02
Email : fanny@championsimplants.com
Site : www.championsimplants.com

14 et 15 juin 2013 à Avignon CYCLE 01 IMPLANTOLOGIE

Drs Vincent JEANNIN, Benjamin CORTASSE,
Guillaume BECKER, Pierre JOUVENAL
Frais d'inscription : 600 €
APEX - 24 allée Ambroise Croizat - 84100 Orange
Tél : 04 90 34 37 50
Email : contact@apex-esthetique.com
Site : www.apex-esthetique.com

14 et 15 juin 2013 à Bordeaux Actéon labo. anatomie Bordeaux 2

FORMATION PRATIQUE ET THÉORIQUE
EN CHIRURGIE AVANCÉE
Drs R. DA COSTA NOBLE, M. PITZ, Y. LAUVERJAT,
P.-M. VERDALLE, R. COLOMB, A. SOENEN, F. VIGOUROUX
Frais d'inscription : 1 500 €
CEIOP - Stéphanie COLOMB
34, rue du Cap de Haut - 33320 Eysines
Tél : 06 26 80 46 43
Email : ceiop@ceiop.com - Site : www.ceiop.com

20 juin 2013 à La Rochelle IMPLANTOLOGIE

Dr V. BENNANI
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

20 juin 2013 à Rennes 27 juin 2013 à Chussy Marne-la-Vallée

ASSISTANTES DENTAIRES
EN IMPLANTOLOGIE
STRAUMANN ACADEMIE - Frédérique BERTRAND
3 rue de la Galmy - Chussy
77701 Marne-la-Vallée cedex 4
Tél : 01 64 17 30 09
Email : frederique.bertrand@straumann.com
Site : www.campusitfrance.org

20 et 21 juin 2013 à Lyon Clinique du Parc

LA POSE D'IMPLANTS
EN VOLUME OSSEUX RÉDUIT
Frais d'inscription : 1 500 €
C.L.I.O. - Clinique du Parc
155 ter Bd Stalingrad - 69006 Lyon
Tél : 04 72 44 87 01 - Fax : 04 72 44 87 02
Email : clio@cliniqueduparclyon.com

26 au 28 juin 2013 à Lyon Centre formation Clinic-All

MODULE 1 CYCLE IMPLANTOLOGIE
CLINIC-ALL - 84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
Email : contact@clinic-all.fr
Site : www.clinic-all.fr

26 au 28 juin 2013 à Lyon Centre formation Clinic-All

TRAVAUX PRATIQUES
SUR PIÈCES ANATOMIQUES
Drs S. MONCHANIN, C. COUDURIER,
S. VEYRE-GOULET, A. GLEIZAL, P. KELLER, D. FEUILLET
CLINIC-ALL - 84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
Email : contact@clinic-all.fr
Site : www.clinic-all.fr

27 juin 2013 à La Rochelle

COMMENT RÉUSSIR LES THÉRAPEUTIQUES
GLOBALES EN PROTHÈSE FIXÉE : UNE
APPROCHE SYSTÉMATIQUE, NOUVEAUTÉ 2013
Vincent BENNANI

LABOPHARE FORMATION

Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr

27 au 29 juin 2013 à Paris

Hôtel Méridien Étoile
PRÉSENTATION DES TECHNIQUES
CHIRURGICALES COMPLÉMENTAIRES
À L'IMPLANTOLOGIE CONVENTIONNELLE
SFBSI - Sandra BLYAU
Tél : 01 47 85 65 12 - Fax : 01 47 85 79 28
Email : sfbsi@aol.com - Site : www.sfbsi.com

28 juin 2013 à Marseille

Palais des Arts - Parc Chanot
CHIRURGIES EN DIRECT :
L'EXPERTISE CLINIQUE EN DENTISTERIE
Dr JABBOUR, Dr GARDELLA, Dr RICHELME
Frais d'inscription : 350 €
GARDELLA CLINIC
131, avenue du Prado - 13008 Marseille
Tél : 04 91 79 20 90 - Fax : 04 91 79 92 49
Email : contact@gardellaclinic.com
Site : www.gardellaclinic.com

ESTHÉTIQUE

6 juin 2013 à Paris 12^È

Maison de la RATP
JOURNÉE INTERNATIONALE :
RESTAURATIONS ADHÉSIVES TOTALES
Dr Francesca VAILATI
Frais d'inscription :
270 € (non abonné 2013) ; 180 € (abonné 2013)
Inscript. étud. 2^{ÈME} cycle : gratuit
Abonnement 2013 : 240 €
COEFI - Diane GIRAUD
3 avenue Alphand - 75116 Paris
Tél : 06 61 20 26 55
Email : contact@coefi.fr - Site : www.coefi.fr

8 juin 2013 à Lyon

Centre formation Clinic-All
LES FACETTES CÉRAMIQUES
Dr Nicolas LEHMANN
Frais d'inscription : 390 €
CLINIC-ALL - Julien MURIGNEUX
84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
Email : contact@clinic-all.fr
Site : www.clinic-all.fr

13 juin 2013 à Avignon

ESTHÉTIQUE ET ÉCLAIRCISSEMENT
Drs Paul MIARA, Alexandre MIARA
ESTHÉTIQUE + TP GOUTTIÈRES
Flore VICAIRE
LABOPHARE FORMATION
Audrey MAUREL-FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
Site : www.labophare-formation.fr



Formation clinique en implantologie

C.E.R.A.I.O

CERTIFICAT D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE APPROFONDIES
EN IMPLANTOLOGIE ORALE 2013/2014 A PARIS

Année préparatoire au Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et de Biomécanique (D.U IOB)

C.E.R.A.I.O

Certificat d'Étude et de Recherche
Approfondies en Implantologie Orale
Année préparatoire au Diplôme Universitaire
d'Implantologie Orale et de Biomécanique (D.U.I.O.B)
Formation initiale en implantologie réservée
aux chirurgiens-dentistes et aux stomatologistes.
Elle permet aux praticiens désirant pratiquer
l'implantologie d'acquérir les bases fondamentales
et cliniques nécessaires à la réalisation de cas
simples (140 h en 7 U.V au siège de la SFBSI).

U.V 1

17, 18, 19 OCTOBRE 2013

Les préliminaires en implantologie dentaire

- Le concept de thérapie globale,
- Les rappels fondamentaux en occlusodontologie,
- La biologie et la physiologie des tissus interfacés avec les implants,
- **Les temps forts : interventions de conférenciers internationaux et de la SFBSI : 12^{ème} Congrès National le samedi 19 octobre 2013 à l'hôtel Méridien Etoile, Porte Maillot.**
LES RAPPORTS ANATOMIQUES DES IMPLANTS
Vidéo-projections par l'équipe de la SAPO
du Professeur Jean-François GAUDY

U.V 2

28, 29, 30 NOVEMBRE 2013

L'abord de la chirurgie implantaire (1^{ère} partie)

- Les aspects médico-légaux,
- L'imagerie dento-maxillo-faciale,
- L'anatomie à visée implantaire,
- L'analgésie, la prémédication, le dossier médical,
- Le protocole chirurgical.

U.V 3

16, 17, 18 JANVIER 2014

L'abord de la chirurgie implantaire (2^{ème} partie)

- La parodontologie et la paro-implantologie,
- Bilan sanguin : constantes biologiques,
- Les contre-indications à l'implantologie,
- Les bisphosphonates,
- Une journée avec une société d'implant,
- **Les temps forts : travaux-pratiques de chirurgie muco-gingivale et de chirurgie spécifique sur fantômes et sur têtes animales.**

U.V 4

20, 21, 22 FEVRIER 2014

La prothèse sur implants (1^{ère} partie)

- Les différentes solutions prothétiques en prothèses unitaires et plurales de petites étendues,
- L'apport de la CFAO en implantologie,
- La prothèse scellée sur implants,
- Une journée avec une société d'implant.

U.V 5

20, 21, 22 MARS 2014

La prothèse sur implants (2^{ème} partie)

- L'acceptation du plan de traitement en implantologie,
- La prothèse amovible complète muco-implanto-portée-PACSI,
- L'asepsie et le protocole : stérilisation, salle d'intervention, zone stérile, matériel de base pour la chirurgie implantaire,
- L'arbre décisionnel en implantologie.



Organisme agréé
par le CNFCO
28^{ème} année de formation
N° accréditation :
06922610-66/86

U.V 6

25, 26 AVRIL 2014

L'anatomie implantaire au sein du laboratoire d'anatomie :
Travaux pratiques sur pièces anatomiques
avec mise en évidence des obstacles
et poses d'implants des sociétés partenaires.

U.V 7

26, 27, 28 JUIN 2014

Présentation des techniques chirurgicales complémentaires à l'implantologie conventionnelle

- Du LOBBYING commercial aux données acquises de la science,
- Les implants en un temps chirurgical et leurs indications,
- Les complications prothétiques,
- Les empreintes, la prothèse provisoire et transitoire,
- Remplacement de la dent de 6 ans,
- Les complications chirurgicales, les implants courts, le PRF,
- Aspects médico-légaux, évolution et faits nouveaux.

Examen ÉCRIT (QCM) : samedi 28 juin 2014

Examen FINAL : vendredi 17 octobre 2014*

Remise des diplômes lors du 13^{ème} congrès national : samedi 18 octobre 2014*

*sous réserve des dates des vacances scolaires

12^{ème} Congrès National de la SFBSI

Samedi 19 octobre 2013

Méridien Étoile Paris

Sous la présidence du Pr Georges DORIGNAC

LES RAPPORTS ANATOMIQUES DES IMPLANTS

Pr Jean-François GAUDY,

Dr Christophe BILWEIS, Dr Marie-Hélène LAUJAC, Dr Bernard LAZAROO

VIDEO-PROJECTIONS

de dissections réalisées et commentées par l'équipe de la SAPO

Le CACITA (Certificat d'Anatomie, de Chirurgie Implantaire et des Techniques Avancées) se déroule sur 2 sessions de 2 jours en juin et septembre 2014 à Reims, au cabinet du Dr Philippe RUSSE ainsi qu'une session de Dissection Anatomique au sein du Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Paris Descartes en juillet 2014.



Renseignements et inscriptions au siège de la SFBSI

79, rue Charles Duflos - 92270 BOIS COLOMBES

Tél. : 01 47 85 65 12 - Fax. : 01 47 85 79 28

E-mail : ssfbsi@aol.com ou sfbsi2@aol.com - www.sfbsi.com

28 juin 2013 à Paris
CRÉEZ L'EXCELLENCE EN ESTHÉTIQUE : L'ESTHÉTIQUE DE A À Z : ADHÉSION TO ZIRCON THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT

GAD CENTER - Cyril GAILLARD
 Tél : 06 09 13 52 41
 Email : contact@gad-center.com
 Site : gad-center.com

OMNIPRATIQUE

30 mai 2013 à Lille
 13 juin 2013 à Bordeaux
 20 juin 2013 à Toulouse

Dr Gauthier WEISROCK
 6 juin 2013 à Boulogne-Billancourt
Dr Hervé TASSERY
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES
 Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
 Site : www.ivoclarvivadent.fr

30 mai 2013 à Reims
 20 juin 2013 à Paris
 4 juillet 2013 à Melun

RESTAURATIONS CÉRAMO-CÉRAMIQUES : DE LA PRÉPARATION AU COLLAGE
Dr Charles TOLEDANO
 Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
 Site : www.ivoclarvivadent.fr

30 mai 2013 à Dijon
 13 juin 2013 à Montpellier

FORMATION EN ANESTHÉSIE OSTÉOCENTRALE
AFPAD - Sophie
 Tél : 02 41 56 05 53 - Fax : 02 41 56 41 25
 Email : mail@afpad.com - Site : www.afpad.com

31 mai et 1^{er} juin 2013 à Nice
SÉDATION VIGILE AU MEOPA
 Frais d'inscription : 1 000 € / 2 jours
SYFAC - 49 rue Gioffredo - 06000 Nice
 Tél : 04 93 80 14 87 - Fax : 09 57 33 32 56
 Email : info@syfac.com - Site : www.syfac.com

5 juin 2013 à Paris 20^e
Hôtel Ibis
LA CARIE PROFONDE : DÉPULPER OU CONSERVER VITALE
Drs C. BESNAULT, F. BRONNEC
COSS - Sylvie PLANTARD
 22 rue Robert Legros - 93100 Montreuil
 Tél : 01 43 28 37 51
 Site : www.coss.ass.fr

5 au 11 juin 2013 à Aix-en Provence
 17 et 18 Juin 2013 à Aix-en Provence
PCR FORMATION RENOUVELLEMENT PERSONNE COMPÉTENTE EN RADIOPROTECTION
Pierre MENS, Jean Paul PIFERRER

MEDICONTROLE
 70 allée des Oliviers - 13700 Marignane
 Tél : 09 83 67 18 70
 Email : medicontrol@free.fr
 Site : www.medicontrol.com

6 et 7 juin 2013 à Paris
LA DENTISTERIE NEUROMUSCULAIRE EN 5 ÉTAPES - THÉORIE, TP ET TRAVAIL SUR PATIENT
GAD CENTER - Cyril GAILLARD
 Tél : 06 09 13 52 41
 Email : contact@gad-center.com
 Site : gad-center.com

13 juin 2013 à Biarritz
URGENCES MÉDICALES ET RÉANIMATION
J. POUGET
LABOPHARE FORMATION
 17 avenue Gustave Eiffel - BP 30216
 33708 Mérignac cedex
 Tél : 05 56 34 93 22 - Fax : 05 56 34 92 92
 Site : www.labophare-formation.fr

13 juin 2013 à Nantes, Vigneux
Brit Hôtel
LA STRATIFICATION DES COMPOSITES (TP)
 Frais d'inscription : 425 €
AOBO - Stéphanie DE THOURY
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

13 juin 2013 à Nantes, Vigneux
Brit Hôtel
LA STRATIFICATION DES COMPOSITES (TP)
 Frais d'inscription : 425 €
AOBO - Stéphanie DE THOURY
 16 rue Beethoven - 44300 Nantes
 Tél : 02 51 89 02 28
 Email : aobo@wanadoo.fr - Site : aobo.fr

13 juin 2013 à Paris 7^e
Maison de la Chimie
L'URGENCE TRAUMATIQUE DE LA DENT PERMANENTE
Cécilia BOURGUIGNON, Michèle MÜLLER, Chantal IFI-NAULIN, Stéphane SIMON
 Frais d'inscription : membres/120 € ou 180 € - non membres/320 € ou 370 €
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
 6 rue Jean Hugues - 75116 Paris
 Tél : 01 42 09 29 13 - Fax : 01 42 09 29 08
 Email : secretariat@sop.asso.fr
 Site : www.sop.asso.fr

13 et 14 juin 2013 à Clermont-Ferrand
JOURNÉES EURO-MEDITERRANÉENNES D'ODONTOLOGIE
 Frais d'inscription : 300 €
UFR d'ODONTOLOGIE CLERMONT-FERRAND
 11 Bd Charles De Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
 Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
 Email : claudie.camus@udamail.fr
 Site : webodonto.u-clermont1.fr

20 juin 2013 à Strasbourg
HYGIÈNE ET ASEPSIE AU CABINET DENTAIRE
Dr P. ROCHER

LABOPHARE FORMATION
 Audrey MAUREL-FALKENRODT
 Tél : 05 56 34 93 22
 Email : audrey.falkenrodt@acteongroup.com
 Site : www.labophare-formation.fr

20 juin 2013 à Aix-en Provence
RADIOPROTECTION DES PATIENTS
Jean Paul PIFERRER
 Frais d'inscription : 250 €
MEDICONTROLE
 70 allée des Oliviers - 13700 Marignane
 Tél : 09 83 67 12 70
 Email : medicontrol@free.fr
 Site : www.medicontrol.com

21 et 22 juin 2013 à Paris
Cabinet Dr BULLIER
FORMATION MEOPA FORMATION URGENCES
Dr Brigitte BULLIER
DR BRIGITTE BULLIER - Nadia
 37 avenue Kleber - 75116 Paris
 Tél : 01 44 05 15 15
 Site : www.meopa-dentaire.fr

27 juin 2013 à La Roche-sur-Yon
LE TOUT-CÉRAMIQUE ET LE COLLAGE
Dr Sébastien FELLENC
 Frais d'inscription : 360 €
IVOCLAR-VIVADENT - Aude COLLOMB-PATTON
 219 route de la Chapelle du Puy - BP 118
 74410 Saint-Jorioz
 Tél : 04 50 88 64 02
 Email : aude.collomb-patton@ivoclarvivadent.com
 Site : www.ivoclarvivadent.fr

4 et 5 juillet 2013 à Lyon
Centre formation Clinic-All
SÉDATION AU MEOPA
Didier CANTIE
 Frais d'inscription : 950 €
CLINIC-ALL - Julien MURIGNEUX
 84 quai Charles de Gaulle - 69006 Lyon
 Tél : 04 26 18 61 43
 Email : contact@clinic-all.fr
 Site : www.clinic-all.fr

ORTHODONTIE
 1^{er} juin 2013 à Paris
Hôtel Novotel Gare de Lyon
ATELIER GOUTTIÈRE ORTHOPÉDIQUE
Dr Jean-Louis RAYMOND
 Frais d'inscription : 500 €
EMPRESA - Mlle Elisabeth LOPEZ
 8 rue René Marqués - 66250 St-Laurent de la Salanque
 Tél : 04 68 28 68 28 - Fax : 04 68 28 00 50
 Email : elisa.seminaires@orange.fr
 Site : www.orthoclusion.fr

1^{er} juin 2013 à Paris
LES MÉDIAS SOCIAUX ET LES ORTHODONTISTES
Dominique DE LASTOURS
 Frais d'inscription : 450 €
DENTSPLY GAC - Elena SPODAR
 1 rue des Messagers - 37210 Rochecorbon
 Tél : 02 47 40 24 04 - Fax : 02 47 40 23 39
 Email : gac-fr.cours@dentsply.com
 Site : www.gac-ortho.com

16 et 17 juin 2013 à Paris
TECHNIQUES LINGUALES SIMPLIFIÉES POUR UNE ORTHODONTIE DU CONFORT
Dr Jean-François ERNOULT
 Frais d'inscription : 480 € la journée, 800€ les 2 jours
DENSTPLY GAC - Elena Spodar
 1 rue des Messagers - 37210 Rochecorbon
 Tél : 02 47 40 24 04 - Fax : 02 47 40 23 39
 Email : gac-fr.cours@dentsply.com
 Site : www.gac-ortho.com

PÉDODONTIE
 30 et 31 mai 2013 à Paris
 27 et 28 juin à Paris
 4 et 5 juillet 2013 à Paris
 6 septembre 2013 à Paris
Institut Français d'Hypnose
TECHNIQUES D'HYPNOANALGÉSIE EN PÉDIATRIE
Isabelle IGNACE
INSTITUT FRANÇAIS D'HYPNOSE
 38 rue René Boulanger - 75010 Paris
 Tél : 01 42 51 68 84
 Email : contact@ifh.fr - Site : www.hypnose.fr

PROPHYLAXIE
 27 et 28 juin 2013 à Paris 9^e
DE L'ÉDUCATION À LA PRÉVENTION DENTAIRE AU TRAITEMENT DE PROPHYLAXIE DENTAIRE INDIVIDUALISÉE
Dr Michel BLIQUE
 Frais d'inscription : Praticien/1000 € - Assistante/450 €
PDI - Françoise VERNAGEAU
 14 rue Lafontaine - 54630 Richardmémil
 Tél : 06 30 27 26 38
 Email : assopdi@online.fr
 Site : www.assopdi.com

DIVERS
 1^{er} juin 2013 à Paris
HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : INITIATION
 14 et 15 juin 2013 à Strasbourg
HYPNOSE MÉDICALE DENTAIRE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION ERICKSONNIENNES : SUPERVISIONS
Drs Claude PARODI, Kenton KAISER, Mr Yves HALFON
A.F.H.D.
 Champ de La Vigne - 79220 Champdeniers
 Tél : 06 25 51 65 72 / +32 87 67 52 25
 Fax : +32 87 65 62 38
 Email : info@hypnoteeth.com
 Site : www.hypnoteeth.com

5 au 7 juin 2013 à Saint-Priest / Lyon
Groupe Arseus-Actipark des Meurières
HYPNOSE CLINIQUE DENTAIRE ET DENTISTERIE ERICKSONNIENNE
Dr Bruno DELCOMBEL
 Frais d'inscription : 2 450 € / 6 jours
BRUNO DELCOMBEL CONSULTING
 68 avenue des Frères Lumière - 69008 Lyon
 Tél : 04 72 78 58 60 - Fax : 06 07 63 07 19
 Email : hypnosedelcombel@yahoo.fr

Les Petites Annonces

Mai 2013

Cabinet Dentaire Ventes

91 - SAINTE GENEVIÈVE DES BOIS

Cède cabinet tenu 37 ans, cause retraite. Appartement 75m² en SCM 2 praticiens. CA=300K€. Prix très raisonnable. Dispo en juillet. sevadent@wanadoo.fr.

Tél. : 06 82 01 48 13

ou 01 60 15 45 94

N°13/83/CA/1265

Offres d'Emploi Collaborateur

65 - LOURDES

Cherche collaborateur(trice) pour poste existant.

Tél. : 05 62 94 15 99

N°13/83/OFC/1255

Divers

62 - ARRAS

Achète crânes d'études en bois, verre, ivoire ou autre ; squelettes de classe ; mobilier dentaire ou de pharmacie. Années 1900-1960.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°13/83/DI/1263

77 - MEAUX À 45 km de Paris-est

Propose mutation orthodontie exclusive : cabinet dans SCM (SPQ - non SPQ).

Approche fonctionnelle et préventive aboutie. Formation.

Tél. : 06 13 08 41 32

N°13/83/CA/1261

Dans le cadre de son expansion,
LE FIL DENTAIRE, leader de
la presse dentaire gratuite
recherche à temps plein :

- un (e) commercial (e)
- un (e) assistant (e) commercial (e)

5 ans d'expérience min.,
connaissances du monde dentaire
appréciées.

**Adresser CV, lettre de motivation
et photo à :**

contact@lefildentaire.com

Sans supplément
votre annonce paraîtra sur notre site
www.lefildentaire.com

Le formulaire des petites annonces est téléchargeable
sur notre site **www.lefildentaire.com** dans l'onglet « **Petites annonces** »

les prothèses qui redonnent le sourire aux chirurgiens dentistes

- UNE QUALITÉ CERTIFIÉE
- LES CONSEILS AVISÉS DE VOTRE PROTHÉSISTE
- VOS TRAVAUX LIVRÉS EN 7 JOURS
- UNE ÉQUIPE À VOTRE ÉCOUTE
- VOTRE BUDGET PROTHÈSE MAÎTRISÉ

WWW.PROTILAB.COM

Prot & Lab

NOTRE EXPERTISE,



N° VERT : 0 800 81 81 19

VOTRE EXIGENCE.



Progress Dentaire

Tel : 01.44.54.96.93

10 ans déjà



votre premier transport express offert
3/4 jours laboratoire



Offre d'essai

offre valable jusqu'au 15 juin 2013

55 € la CCM " Tradition luxe "

65 € la CCM et son inlay-core

95 € la couronne zirconium

Laboratoire Progress Dentaire
M'ESSAYER, C'EST M'ADOPTER

Cette publicité est un clin d'oeil à tous les dentistes qui retrouvent le sourire grâce à notre savoir-faire.

