

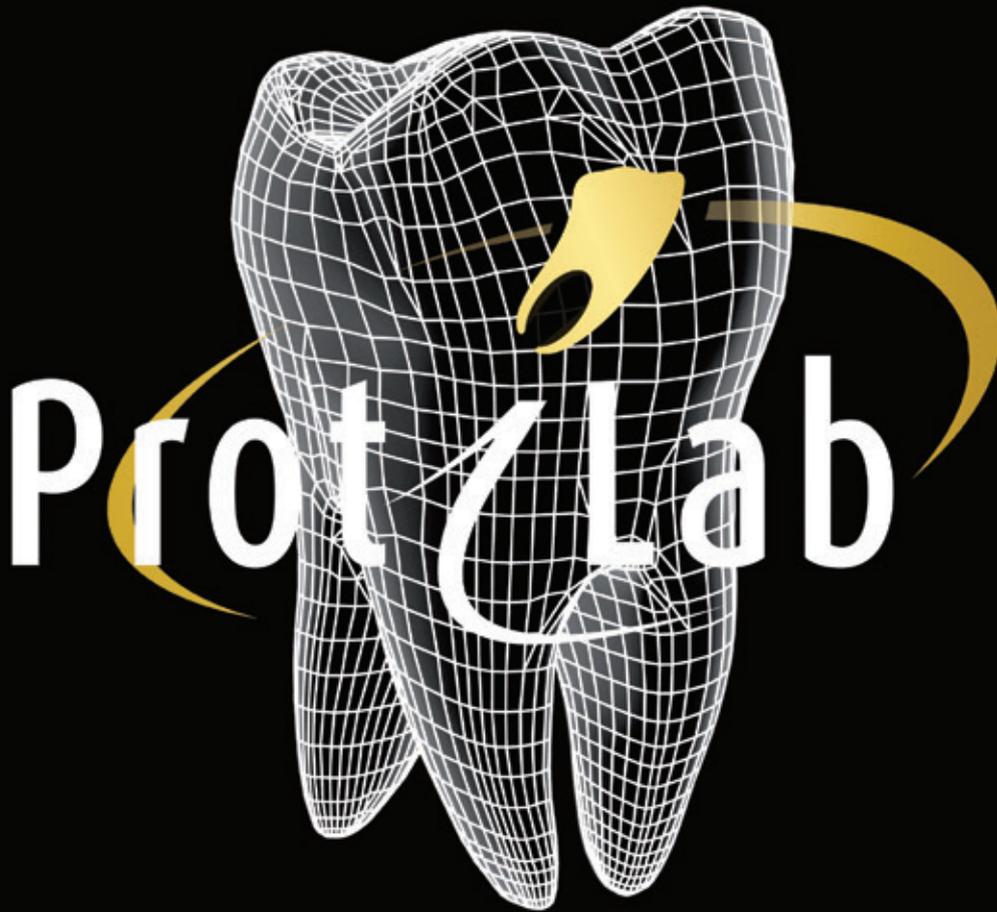
le fil dentaire

Le magazine référence des professionnels de la santé dentaire

p24 Clinic step by step

De l'empreinte numérique à la prothèse finie

ADF 2013
STAND 1L06



ENSEMBLE,
PRENONS LE VIRAGE DU
numérique

N° VERT : 0 800 81 81 19

www.protilab.com



WWW.LEFILDENTAIRE.COM

SurgiTel® Systems

(Légèreté et Précision
en Haute Définition)



Découvrez la gamme
la plus complète
d'aides à la vision
ADF stand **1N17**

Loupes TTL Micro 250 sur monture Flak Jacket blanche
équipées d'un éclairage Micro LED DT*



Ces Dispositifs Médicaux sont des produits de santé réglementés qui portent, au titre de cette réglementation, le marquage CE - Classe I. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le Dispositif Médical ou sur l'étiquetage remis. Non-remboursé par les organismes d'assurance santé.

Publicité Loupes & Aides Optiques SurgiTel (ZZ 857) - V3 - 11/2013 *Exemple de configuration. Photos non-contratuelles.

bisico
AU SERVICE DE VOTRE EFFICACITÉ

N° Vert 0 800 247 420

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

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

DIRECTION ARTISTIQUE

Agence Klaim

RÉDACTION

Dr Adriana AGACHI, Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
 Dr Edmond BINHAS, Rodolphe COCHET, Dr Leslie COTTREEL,
 Dr Cauris COUVRECHEL, Maître Laurent DELPRAT,
 Dr Thomas FORTIN, Stéphanie FRISON, Dr Angela GILET,
 Dr Richard MARCELAT, Dr Thông NGUYEN, Yves ROUGEAUX

CONSEILLER SPÉCIAL

Dr Bernard TOUATI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

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

copyright Protilab

PUBLICITÉ

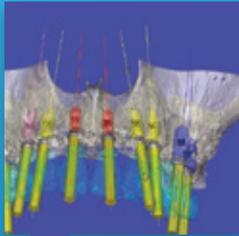
Patricia LEVI : 06 03 53 63 98 - patricialevi@lefildentaire.com
 Joëlle ATTAL : 06 77 80 92 54 - joelleattal@free.fr

ANNONCEURS

Anthogyr • Arseus • Bisico • Bush & Co • Champions Implants
 • COEFI • GI Web • Groupe Edmond Binhas • Implant Discount
 • Mis France • Papilli • Protilab • SC Distribution • Tecalliage •
 Voco GmbH

ENCART PARTIEL

NCD France



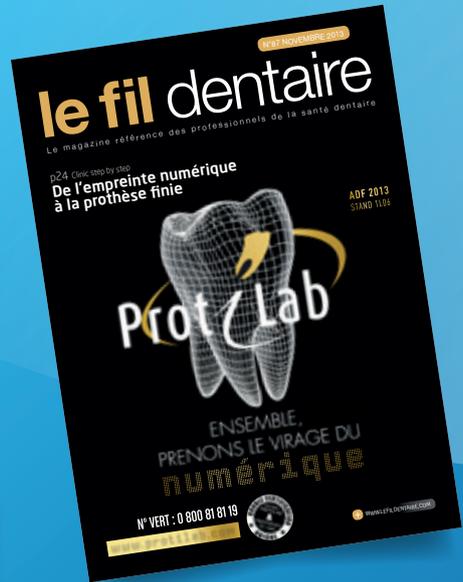
p 14
Apport de la CFAO en prothèse implantaire vissée



p 24
De l'empreinte numérique à la prothèse finie



p 44
15 clés pour un travail en équipe créatif et productif



▼ SUR LE FIL

- Actualités France et International 6
- Nouveaux produits 8

▼ CLINIC CONFÉRENCE

- Empreinte optique : la clé du succès 10

▼ CLINIC FOCUS

- Apport de la CFAO en prothèse implantaire vissée 14

▼ CLINIC STEP BY STEP

- De l'empreinte numérique à la prothèse finie 24

▼ CLINIC REPORTAGE

- Le succès du numérique : congrès ARIA-CAI 26

▼ CONSEIL ORGANISATION

- Surfer sur la vague des nouvelles technologies 28
- La communication du futur : une vision prospective pour nos métiers. . . 32
- Site Internet : un outil de communication aujourd'hui incontournable pour le cabinet 36

▼ PANIQUE SOUS SCIALYTIQUE

- Projection de ciment d'obturation endodontique dans le nerf alvéolaire. . . . 40

▼ CONSEIL MANAGEMENT

- 15 clés pour un travail en équipe créatif et productif. 44

▼ AU FIL DU TEMPS

- Agenda des manifestations 47

▼ PETITES ANNONCES 49

Implantologie 2013 : les consensus

vos questions...
...leurs réponses



Dr. Sylvain ALTGLAS

- Implants étroits : bénéfices et limites
- Perforation des membranes sinusiennes : que faire ?
- Canines incluses : extraire ou conserver lors d'une implantation ?



Dr. Hadi ANTOUN

- Extraction des dents infectées : faut-il différer l'implantation ?
- Membranes : résorbables ou non résorbables ?
- Substituts osseux ou greffes autologues ?



Dr. Thierry DEGORCE

- Secteur antérieur : critères de positionnement des implants
- Résorption après extraction
- Implantation immédiate post-extractionnelle



M. François DIDELOT

- Coiffes implantaire : céramo-métalliques ou céramo-céramiques ?
- L'apport de la CFAO
- Quel système céramique choisir ?



Dr. Marc MONGEOT

- Flapless ou lambeau ?
- Les péri-implantites
- Switching or not switching ?

Maison de la RATP 189, rue de Bercy - 75012 Paris

Métro Lignes 1 et 14 - accès direct gare de Lyon - RER : Lignes A et D - Parking Vinci

Conférences 2014

Un programme exceptionnel !

Jeudi 30 janvier 19h30

PROTHESE CONVENTIONNELLE ET PROTHESE IMPLANTAIRE

Dr Jean-François LASSERE

Jeudi 13 mars 19h30

L'EMPREINTE OPTIQUE

M. François DIDELOT

Jeudi 19 juin 19h30

LA COMMUNICATION AU CABINET LIBERAL EN 2014

Jeudi 18 septembre 8h30 - 18h00

JOURNEE INTERNATIONALE

Prophylaxie, Esthétique et Paro-Implantologie

Dr Markus BESCHNIDT

Jeudi 11 décembre 16h00 - 23h00

RESTAURATIONS EN COMPOSITE

Les raisons du succès, les causes des échecs

Dr Roberto SPREAFICO - Conférencier international

“ Cure de jouvence ”

Dans un monde où tout s'accélère, on a soif de changement. Le téléphone, la voiture, tout y passe ! Ce qui était « tendance » hier ne l'est plus aujourd'hui. J'en prends pour preuve les *consumers magazine* qui se nourrissent de ce zapping continu et ne désespèrent pas alors que la presse quotidienne souffre.

Une maquette repensée, un design modernisé

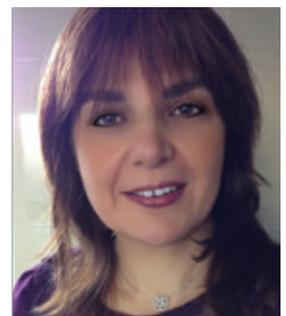
5 ans que LE FIL DENTAIRE n'avait pas toiletté sa formule alors, à l'aube de nos 10 ans, plus motivés que jamais, nous nous sommes offert une cure de jouvence bien méritée.

Une maquette repensée, un design modernisé, une formule plus « punchy » tout en respectant les valeurs qui ont fait notre succès : une ligne éditoriale très axée sur la clinique et les aspects pratiques de votre métier.

Dans le souci continu de nourrir nos ambitions, une nouvelle rubrique intitulée « Panique sous scialytique », conduite par le Dr Cauris Couvrechel fait son entrée dans ce numéro. Nous vous invitons à la découvrir et à réagir si affinités.

Côté web, le portail LE FIL DENTAIRE n'est pas en reste avec une moyenne de 40 000 pages lues par mois. Des chiffres qui suscitent l'envie de créer de nouvelles passerelles entre vous et nous. Ainsi, cette année a été l'amorce du virage du participatif avec une présence marquée sur les réseaux sociaux.

La seconde étape est imminente, nous vous l'annonçons en avant-première : l'application LEFILDENTAIRE sera disponible sur Apple et Android dès le 1^{er} janvier prochain. Nous mettons tout en œuvre pour rester connectés avec vous et nous avons à cœur également de faciliter vos relations avec les autres acteurs de votre métier. C'est pourquoi, dans ce numéro, nous avons mis à l'honneur la communication dans le trio patient-praticien-prothésiste. Les nouvelles technologies numériques s'invitent dans votre cabinet. Laissez-vous séduire !



“ Une nouvelle maquette dans le respect des valeurs qui ont fait notre succès ”

Patricia Levi
Directrice de la publication

Bon de commande

Expéditeur, Tampon cabinet

170784

Numéro de client

Signature

Date

Nous commandons les articles suivants :

Ref.	Description	Quantité	Prix total
	Adhésif mordançage total	1	
	Adhésif automordançage	1	
	Activateur bipolymérisation	2	
	Pinceau d'application	1	
	Primer céramique	2	
	Primer métal		
	Primer zirconie	1	
	Glazing		



On ne commande plus que Futurabond U à l'avenir !



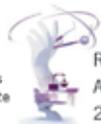
ALL YOU NEED IS „U“

- Adhésif universel bi-polymerisable
- Automordançage, mordançage sélectif ou mordançage total – vous avez le libre choix
- Une variété exceptionnelle d'utilisations et d'indications
 - pour les restaurations directes et indirectes
 - compatibilité illimitée avec tous les composites à durcissement photo, dual et chimique sans activateur supplémentaire
 - adhésion sûre aux divers matériaux comme le métal, le dioxyde de zirconium, l'oxyde d'aluminium et la céramique à la silice, sans primer supplémentaire
- Application d'une seule couche – le temps de travail total s'élève à 35 secondes seulement



* Vous trouverez toutes les propositions actuelles sur notre site www.voco.fr

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



Rendez-vous visite
ADF - Paris - Stand : 1L02
26.11.-30.11.2013

NOUVEAU



BISICO

Bioclear Anterior et Proximal Diastema

Bioclear Anterior est un nouveau système de matrices sectionnelles anatomiques préformées, destinées à la restauration proximale des dents antérieures. Elles existent en plusieurs hauteurs et courbures.

Les **Bioclear Proximal/Diastema** sont des matrices anatomiques de différentes tailles pour restaurations proximales et fermetures de diastèmes au niveau des secteurs antérieurs avec des matériaux de restauration esthétiques.

Les Interproximators sont des coins interdentaires anatomiques en silicone de deux consistances pour l'adaptation parfaite des matrices sectionnelles anatomiques translucides Bioclear, au niveau des surfaces proximales des dents antérieures et parfois au niveau des secteurs postérieurs.

ContactEZ est un nouveau système de scies et *strips* interproximaux pour la séparation des dents au niveau de leurs points de contacts proximaux et pour les finitions proximales. Manipulables d'une seule main ils sont atraumatiques, comparés aux *strips* classiques blessant souvent les papilles interdentaires.



Interproximators



ContactEZ



Matrices

+ www.bisico.fr

PROTILAB

PROTILAB négocie le virage du numérique

Aujourd'hui, le numérique transforme notre quotidien personnel et professionnel. Toujours à la pointe des innovations technologiques et fort de son *leadership*, Protilab s'est engagé dans la voie du numérique. Il offre le plus large panel de produits CFAO et la gestion de tous les systèmes de lecteurs optiques.

Les piliers implantaires sur mesure

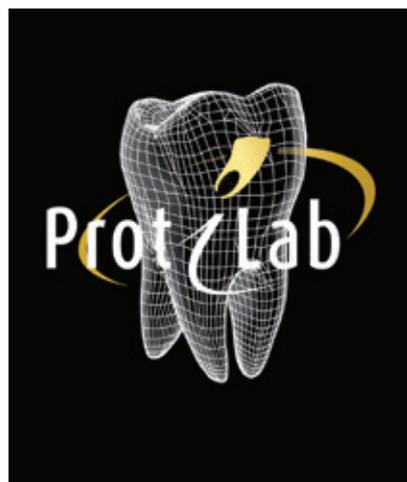
Solutions sûres et fiables, obtenues par scannage optique de pointe, nos piliers personnalisés, réalisés par le système NobelProcera® offrent une précision d'adaptation de niveau industriel et une excellente homogénéité des matériaux, compatibles avec toute connexion prothétique Nobel Biocare et avec les systèmes implantaires les plus utilisés tels que : Straumann, Astra tech, Camlog, Zimmer, Thommen et Biomet 3i.

L'ingénierie et l'usinage de précision garantissent une finition de haute qualité. Leur composition à partir de matériaux biocompatibles, zircon et titane, offre résistance et durabilité. Le procédé par CFAO personnalisé, de forme anatomique peut concevoir des profils d'émergence améliorant la gestion des tissus mous avec une esthétique inégalée.

Les armatures

en zircon sur implants

Indispensables pour les solutions scellées ou transvissées sur implants et pour les restaurations unitaires et plurales, elles sont disponibles en quatre teintes : blanc, clair, intermédiaire et intense. L'homogénéité et la qualité des colorations sont garanties résistantes.



en zircon, CoCr et titane

Usinées à partir d'un seul bloc, elles assurent exceptionnelle résistance et précision d'ajustement.

Les couronnes full zircon

Elles offrent des avantages incontournables en termes de solidité, de biocompatibilité et d'esthétique. L'absence de céramique les rend toutefois plus adaptées aux restaurations de dents postérieures. L'équipe Protilab vous attend sur le stand 1L06 de l'ADF 2013 pour vous accompagner dans l'ère du numérique.

+ www.protilab.com

ANTHOGYR

Service exclusif Anthogyr : votre Conseiller clinique en ligne !

Pour toutes les questions cliniques de ses clients implantologues ayant trait à la chirurgie ou à la prothèse, Anthogyr met en place un tout nouveau service : le Conseiller clinique en ligne. Ce service exclusif, réservé aux clients Anthogyr (implantologues et correspondants Prothèse), est gratuit et illimité. Il a pour objectif d'accompagner au mieux les praticiens et de leur apporter la meilleure assistance possible dans leur pratique de l'implantologie.

- **Simple** : un email ou un simple appel pour être en relation directe avec le Conseiller clinique Anthogyr.
- **Pratique** : le Conseiller clinique Anthogyr s'engage à répondre à toute demande dans les meilleurs délais.
- **Fiable** : le Conseiller clinique Anthogyr dispose de plus de 30 ans d'expérience en tant que praticien, formateur et conférencier. Quelle que soit la problématique soulevée, il saura apporter toutes ses compétences et ses meilleurs conseils.



+ www.anthogyr.com

PAPILLI®

Un brossage adapté à chaque âge

<3ans

4/6 7/15 ADULTE...



- ACL 0 709 262 448 369 (pomme)
- ACL 0 709 262 448 130 (raisin)

SPIFFIES

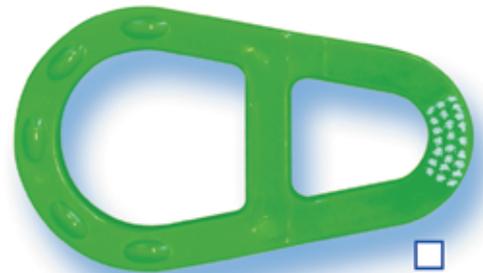
Lingette dentaire au xylitol pour bébé goût pomme ou raisin



ACL 0 709 262 974 752

BÉBÉ DIGI BROSSSE

Doigt brosse en silicone extra-souple



ACL 0 709 262 229 272

KIDDY

Anneau de dentition et brosse à dents (5 excroissances + 24 touffes de poils extra-soft)



ACL 0 709 262 617 383

DOUDOUDENT

Aspect ludique, poils extra-souples



ACL 0 709 262 760 010

2FOIS+ JUNIOR

2 profils de poils :
2 diamètres* 2 longueurs
Manche ergonomique



ACL 0 709 262 760 560

2FOIS+

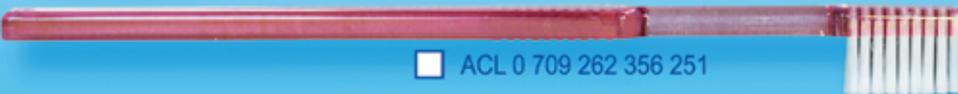
2 profils de poils :
2 diamètres* 2 longueurs
Manche ergonomique



ACL 0 709 262 783 620

2FOIS+ TRAVEL

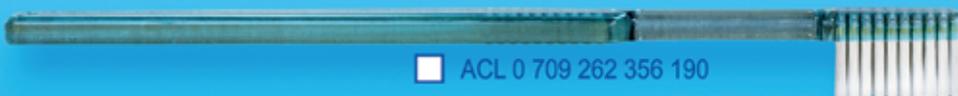
Brosse à dents de voyage
2 profils de poils :
2 diamètres* 2 longueurs



ACL 0 709 262 356 251

BROSSE 26 TOUFFES

Soft (poils 17/100^{ème})



ACL 0 709 262 356 190

BROSSE 39 TOUFFES

Medium (poils 20/100^{ème})



ACL 0 709 262 256 480

BROSSE PROTHESE

2 têtes brossantes

GENCIBROSSE

BP 28 - 29125 LOCTUDY cedex

Tél. 33 (0)2 98 87 42 82 - Fax. 33 (0)2 98 87 55 36 - e-mail : contact@papilli.fr - Site : www.papilli.fr

* diamètre 13/100^{ème} et
diamètre 20/100^{ème}

SUNSTAR

Gum® Access Floss

Fil dentaire innovant

Convaincre des patients d'utiliser du fil dentaire est un challenge qui peut s'avérer encore plus difficile lorsque ceux-ci portent des bagues, des bridges ou des implants. Le nouveau fil Access Floss de Sunstar a été spécifiquement conçu pour contribuer à une meilleure observance et donc à une meilleure hygiène bucco-dentaire.

Les fils dentaires individuels souvent proposés dans une boîte ou un sachet ont tendance à s'emmêler, obligeant l'utilisateur à toucher plusieurs fils pour n'en utiliser qu'un.

GUM® Access Floss est présenté dans une bobine de fil dentaire traditionnelle, où chaque fil est isolé, ce qui élimine la formation intempestive de nœuds et le gaspillage. Un compartiment plastique préserve le fil de manière propre et hygiénique jusqu'à ce qu'il soit utilisé. Un système permet de rembobiner le fil pour s'assurer que seule la juste quantité soit déroulée.

La partie passe-fils de l'Access Floss a été conçue avec une rigidité ajustée, pour être utilisée facilement et en toute sécurité, sous et autour des couronnes, des bridges, des implants, sans risque de blessure des gencives.

Le fil dilaté s'adapte au mieux aux différentes tailles d'espaces interdentaires et accroît la surface de contact pour mieux « accrocher » la plaque dentaire. L'Access Floss est disponible soit dans un dérouleur pratique contenant 50 fils, soit sous enveloppe de 5 fils prédécoupés.



+ www.sunstargum.fr

HENRY SCHEIN

EndiSequence® : matériaux biocéramiques d'obturation et réparation canalaires



Ces matériaux biocéramiques antibactériens sont biocompatibles et stables chimiquement. Associés à l'humidité naturellement présente dans les tubuli, ils forment de l'hydroxyapatite et garantissent une adhérence optimale entre la dentine et le matériau d'obturation.

La gamme EndiSequence® comporte le BC Sealer™, le BC Obturation System™ avec pointes biocéramiques (EndiSequence® BC Points™) et le matériau de réparation canalair (RRM™). Le ciment d'obturation canalair BC Sealer™ présente d'excellentes propriétés d'écoulement.

L'objectif principal d'une obturation optimale du canal radicaire est d'éliminer tout intervalle, y compris l'interstice entre le

ciment canalair et le matériau d'obturation canalair. Chaque pointe de l'EndiSequence® BC Points™ du système BC Obturation System™ est imprégnée, enduite de nanoparticules biocéramiques qui adhèrent à celles qui se trouvent dans le BC Sealer™. Il en résulte un calfatage sans interstice. Cette combinaison augmente la résistance à la casse à un niveau comparable à celui des dents qui n'ont pas subi de traitement du canal radicaire.

Le matériau de réparation canalair EndiSequence® (RRM™) est très résistant à l'érosion. Extrêmement biocompatible et ostéoinducteur, il est parfaitement adapté à toutes les mesures de réparation canalair et de coiffage pulpaire.

+ www.henryschein.fr
Tél. : +33 (0)1 41 79 65 75

EASY IMPLANT

Ouverture d'un centre de production

Le fabricant français d'implants dentaires a intégré sa production depuis avril.

Fondée en 2000, Easy Implant s'appuie sur ces valeurs : éthique, satisfaction des clients et compétitivité.

La gamme des produits comprend : Hexcel (implants à connexion externe), Previum (implants à connexion interne), Master (implants à connexion cône morse indexée) ainsi que des mini-implants et des vis d'ostéosynthèse.

En 2007, Easy Implant innovait en étant le premier fabricant français d'implants dentaires à proposer un site Internet marchand. Aujourd'hui, afin de maîtriser complètement la production

et de permettre de faire face à la hausse des volumes de ventes, elle a décidé d'intégrer la production.

Pour cela 750 000 € ont été investis, pour créer une unité de production ultramoderne équipée des dernières machines à la pointe de la technologie. De cette usine sortiront les nouveaux implants sécables : maintenus par l'apex, ils procurent plus de sécurité (pas de risque de chute), plus d'ergonomie (pas de rotation) d'où une connexion plus simple.

L'équipe de développement travaille en collaboration avec praticiens et prothésistes au développement d'une CAD-CAM.



Dans 3 ans est prévu le regroupement des deux sites avec intégration d'une salle blanche. D'ici à 5 ans, Easy Implant, vise un chiffre d'affaires en France de 5 millions d'euros et 1,5 million d'euros à l'international.

+ www.easyimplant.com

CARESTREAM DENTAL

CS Solutions

Présentée à l'IDS 2013 puis à Lyon lors de la dernière édition d'ARIA CAD/CAM, la gamme de produits CS Solutions a reçu un accueil extrêmement enthousiaste.

CS Solutions consiste en un scanner intra-oral, un système de numérisation des empreintes par CBCT, un logiciel de modélisation des empreintes, une unité d'usinage et une plate-forme optionnelle hébergée sur le Web.

- **Numérisation des empreintes** par une panoramique 3D : le praticien peut utiliser un système CBCT de Carestream Dental, comme le CS 9000 3D ou le CS 9300.
- **CS 3500** : scanner intra-oral permettant de numériser directement les dents du patient et d'obtenir des modèles 3D en couleurs réelles. Avec une précision moyenne de 30 µm, il peut numériser sur une profondeur de - 2 à + 13 mm et sous un angle qui peut atteindre 45 degrés. Le CS 3500 est équipé d'un système de chauffage interne qui évite la buée sur le miroir pendant la prise d'empreinte.
- **CS Restore** : logiciel de CAO qui permet de créer des prothèses

sur dent unitaire naturelles et fonctionnelles. Une fois numérisé, le modèle 3D est prêt pour la phase de construction. Le logiciel aligne automatiquement l'empreinte numérique avec l'antagoniste.

- **CS 3000** : machine-outil de FAO équipée d'un moteur sans balai à quatre axes qui produit des prothèses de haute qualité, avec une précision de ± 25 µm. Grâce au temps d'usinage moyen égal à 15 minutes pour une couronne, le praticien propose une restauration complète possible en un seul rendez-vous.
- **CS Connect** : portail Web par lequel le praticien transmet ses cas par voie électronique au prothésiste de son choix. Avec CS Connect, le praticien peut consulter le dernier statut et l'historique de chacun des cas envoyés.

CS Solutions sera présenté dans son intégralité sur le stand Carestream Dental à l'ADF (niveau 3 stand M21). Les visiteurs se verront remettre un porte-document de voyage pour toute demande de démonstration sur le stand.

+ ADF : niveau 3 stand M21
www.carestreamdental.fr/solutions

BUSH & CO

Une nouvelle fraise à os

Parfaitement adaptée à la chirurgie buccale moderne, la conception spéciale de la nouvelle fraise à os 164LA permet des préparations minimales invasives de la substance dentaire dure ou du tissu osseux, peu traumatisantes pour les tissus environnants. Cet instrument d'une grande finesse se caractérise par la forme longue et élancée du col, combinée à une partie travaillante tout aussi fine.

+ Tél. : + 49 2263 860 - Fax : + 49 2263 20741
mail@busch.eu - www.busch.eu



GEISTLICH

Mucograft® Seal



Geistlich Mucograft® Seal est une matrice collagénique de forme arrondie conçue par Geistlich Biomaterials, utilisée pour le scellement de l'alvéole d'extraction dans le cadre d'une procédure de préservation de crête.

Un facteur clé des résultats esthétiques est la qualité des tissus mous. Dans ce but, un « tissue punch » est prélevé au palais puis suturé pour sceller l'alvéole. Mais le prélèvement est douloureux et crée un second site chirurgical.

Le recours à Geistlich Mucograft® Seal, se substituant à une greffe autogène, permet d'éviter la douleur liée au prélèvement et de réduire la durée de l'intervention.

Le cylindre de 8 mm de diamètre protège la greffe et favorise la régénération des tissus mous dont la couleur et la texture se confondent parfaitement avec celles des tissus environnants. La matrice doit être suturée après comblement de l'alvéole avec Geistlich Bio-Oss® Collagen. Un pré-requis est essentiel : que la paroi vestibulaire soit intacte.

Les produits Geistlich Biomaterials ne sont mis sur le marché qu'après avoir été testés scientifiquement et avoir montré un intérêt clinique clair. Un comité d'experts internationaux, dirigé par le Professeur Mariano Sanz a observé que l'association de Geistlich Bio-Oss® Collagen et Geistlich Mucograft® Seal induisait des conditions tissulaires favorables quelles que soient les options thérapeutiques choisies ensuite.

+ GEISTLICH PHARMA FRANCE
Tél. : 01 48 63 90 26
contact@geistlich.fr - www.geistlich.fr

Empreinte optique : la clé du succès

Le 7 novembre dernier, le Professeur François Duret donnait une conférence sur GI TV en direct des locaux d'Henry Schein Marseille. Cette conférence sur le thème de « l'empreinte optique » était passionnante et nous avons souhaité, au travers de cet article reportage, en veille du congrès ADF où bon nombre d'entre vous investigueront sur les nouvelles technologies, vous faire profiter des lumières du maître de la CFAO en France.

Pendant plus d'un siècle, le métier de chirurgien-dentiste est resté figé dans une ancienne technologie prothétique suivant le schéma : prise d'empreinte/modèle de cire/coulée. Dans les années 70, en France, les travaux du Pr François Duret ont abouti à une nouvelle philosophie : la CFAO qui est venue bousculer la profession en proposant un processus prothétique s'appuyant sur une technologie numérique. Après deux décennies de recherche et développement, le projet français s'est interrompu faute de moyens et il a fallu attendre l'aube du 21^e siècle pour que la CFAO revienne sous les projecteurs avec la naissance du CEREC (Sirona).

La CFAO c'est quoi ?

Aujourd'hui

Un processus de réalisation prothétique consistant en une empreinte optique prise en bouche, transmise à un laboratoire via Internet qui adresse le produit fini au cabinet.

Demain

La seconde étape vise à être diversifiée par l'intégration dans les cabinets de machines-outils télécommandés par les laboratoires. Contrairement à certaines idées reçues, le but de la CFAO n'est pas d'abolir les relations entre praticien et prothésiste, ni même de transformer le chirurgien-dentiste en fabricant de prothèses mais bien de redonner à chacun la noblesse de son art. En l'état, il ne faut pas négliger la dimension humanitaire de la CFAO qui permet d'apporter rapidement de la technologie à des pays qui n'ont pas les moyens d'un investissement lourd dans les technologies et de contribuer ainsi à une mise à niveau rapide de leurs cabinets.



Fig. 3 : le scanner de table

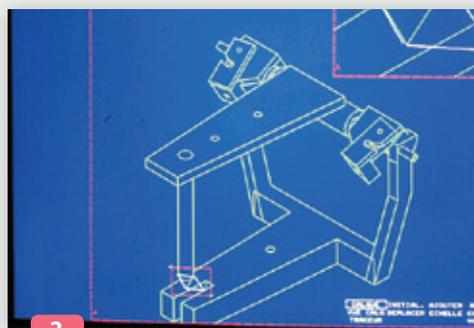


Fig. 1 : le premier système CAD/CAM au monde (1987)

Fig. 2 : le premier articulateur électronique

Le procédé

Plusieurs options s'offrent à vous :

- la méthode indirecte qui consiste à prendre l'empreinte en bouche à l'aide d'une caméra intra-orale puis de la transmettre via Internet au laboratoire qui adresse en retour la prothèse finie
- la méthode directe diffère quant à la phase finale puisqu'elle consiste en l'intégration d'une machine-outil dans le cabinet – cette option est peu courante et concerne souvent les cabinets qui disposent d'un prothésiste dans leur effectif
- une troisième option pour les « conservateurs » : il existe des scanners capables de numériser l'empreinte traditionnelle ; si vous êtes encore trop attaché à votre pâte d'empreinte, vous pouvez scanner votre empreinte traditionnelle ou votre modèle et transmettre ce fichier à votre laboratoire

La voie royale, pour entrer dans la CFAO, reste la caméra intra-orale car elle permet de supprimer de multiples erreurs inhérentes à la méthode traditionnelle.

Réaliser une empreinte optique

Les caméras

En regard de l'étendue du marché restant à conquérir, de nombreuses caméras en préparation vont voir le jour dans les 2 années à venir. Voici les principales caméras disponibles sur le marché français aujourd'hui :

- 3M™ True Definition
- iTero™ de Cadent (reprise par Invisalign)
- 3Shape TRIOS®
- Bluecam, Omnicam et plus récemment Apollo DI de Sirona

Les + de l'empreinte optique

Précision

Avec l'empreinte traditionnelle, l'erreur apparaît au démoulage alors que l'empreinte optique permet de déceler les erreurs immédiatement et de réitérer la prise sans avoir à re-convoquer le patient.

Stabilité

L'image numérique est stable et indéformable.

Variation morphologique

Une bibliothèque de morphologies théorique garantit la stabilité de l'information.

Temps et manipulation

Des étapes chronophages telles que les transports, la coulée du plâtre ou la réalisation de la cire sont supprimées.

Confort

Parmi les patients qui ont bénéficié de l'empreinte optique, aucun n'a préféré l'empreinte traditionnelle. Le processus de prise d'empreinte peut être interrompu et repris à tout moment sans perdre les informations déjà acquises.

Le praticien, lui, n'est plus à la merci d'une pâte ou d'un mélange. Il peut également voir son empreinte en direct et la contrôler.

Les – de l'empreinte optique

L'empreinte optique n'est pas encore précise dans les grands espaces comme une arcade complète. C'est ici que nous soulignons l'intérêt de la poudre (coating).

Laboratoires

(réf. : dental technologie)

2 000 laboratoires équipés 41 %

94 % de ces laboratoires sont équipés de machines-outils numériques

300 M€ pour la prothèse par CFAO (36 % du CA)

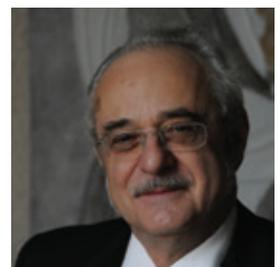
Les apports sur le plan clinique

- l'orientation du modèle virtuel
- la ligne de finition (500 microns pour une mine de crayon vs 20 microns)
- le zoom (visualiser un détail de 2,5 mm en 50 cm si vous le souhaitez)
- la double empreinte (en cas de montée de sang, possibilité d'interrompre et de reprendre là où l'enregistrement s'était arrêté)
- visualisation en 3D (en travaillant sur un objet virtuel sur lequel vous pouvez revenir, vous redevenez maître de votre art

>>>

LE CONSEIL DU PR. DURET

“Il est important de choisir sa caméra en l'essayant. Je vous recommande d'apporter un de vos modèles, de préférence, sur incisives du bas un peu serrées et plutôt hautes,,



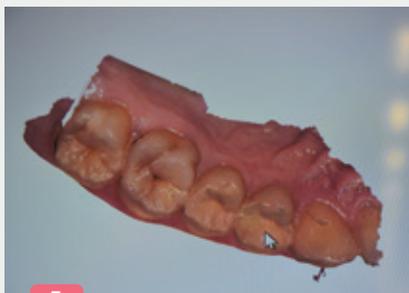
Pr. François DURET

- l'occlusion (notre métier est en peine dans ce domaine faute de temps ; la réunion du haut et du bas permet de prendre une empreinte latérale et de confirmer la bonne occlusion clinique à l'aide de la bibliothèque théorique)
- l'occlusion dynamique
- l'empreinte couleur (elle n'est pas d'un apport clinique essentiel dans tous les domaines mais elle trouve son intérêt en implantologie) ; elle est ce que la télévision couleur a été pour le noir et blanc et aussi le détonateur qui a permis à l'empreinte optique de dépasser l'empreinte traditionnelle dans les cabinets.

“La CFAO est une immense toile d'araignée qui associe les chirurgiens-dentistes, les laboratoires de proximité et les laboratoires à équipements lourds.,”



4



5

Fig. 4 : CEREC 3

Fig. 5 : empreinte couleur

Les grandes étapes du processus

Prise d'empreinte

- 1 la préparation** : aucune préparation particulière n'est nécessaire si ce n'est d'isoler le site de la salive et de bien le sécher.
- 2 le coating** : la poudre permet de créer une microtexture pour éviter le rayonnement dans la caméra. Toutes les caméras ne prévoient pas cette option qui est notamment proscrite pour l'empreinte numérique couleur.
- 3 l'empreinte** : selon leur ergonomie, les caméras se manipulent comme un stylo ou de pleine main. Selon les modèles, elles permettent un enregistrement vue par vue ou linéaire comme un film. Les zones sans information apparaissent sous forme de creux qui se résorbent en repassant sur la zone. L'enregistrement peut être interrompu et repris à tout moment. 3 vues : zone de préparation – antagoniste – occlusive (dents serrées). Le temps de l'opération globale s'évalue à 4 mn pour un initié, à 10 mn pour un novice.
- 4 le transfert au labo** : c'est de loin l'opération la plus courte, elle se résume à appuyer sur un bouton. Même si cette opération est virtuelle, il est possible d'obtenir de votre prothésiste un modèle physique par un procédé appelé prototypage rapide (exemple la stéréo-lithographie).

Modélisation de la prothèse

Lors de cette étape, praticien et prothésiste peuvent respectivement tracer la ligne de finition et échanger leurs vues. C'est également à ce stade que l'intérêt de la bibliothèque de dents théorique prend toute sa dimension.

Usinage de la prothèse

2 types :

Par addition de matière : méthode de superposition à l'image d'un jeu de cubes. Le résultat s'obtient par polymérisation des résines et fusion au laser.

Par soustraction de matière : le résultat par cette méthode s'obtient par fraisage. Jusqu'alors, le métier de prothésiste était confiné à 2 matériaux : l'or et la céramique.

Cabinets équipés CFAO

3 à 5% en France

20% aux USA 35% au Canada

La CFAO est une ouverture de champ significative car tous les matériaux sont usinables et tous les objets sont modélisables. Le prothésiste peut alors donner toute la dimension esthétique à son art.

L'avenir de la CFAO

La CFAO est une immense toile d'araignée qui associe les chirurgiens-dentistes, les laboratoires de proximité et les laboratoires à équipements lourds. Dans les prochaines années, on va assister à des avancées spectaculaires.

En implantologie, où la CFAO est omniprésente, on travaille actuellement à des associations incroyables où la trousse ne trouvera plus sa place et les implants seront usinés spécifiquement pour le patient.

En orthodontie, où l'association de diagnostics informatiques permettra au spécialiste de définir l'emplacement des dents qu'il souhaite.

En imagerie, en associant le *cone-beam* et l'empreinte optique.

L'avenir, c'est aussi une révolution dans les matériaux. Actuellement, les matériaux sont homogènes et la dent est un objet léger, hétérogène, composée de fibres. Les chercheurs travaillent aujourd'hui à des céramiques sensibles qui fonctionnent à l'image des verres optiques *photogrey* réagissant à la lumière, à l'exposition... Le Train à Grande Vitesse est en marche, l'avenir c'est déjà demain. ●

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

PARIS 5 & 6 décembre 2013

BORDEAUX 23 & 24 janvier 2014

RENNES 13 & 14 février 2014

IMPLANTOLOGIE

LYON 16 & 17 janvier 2014

ESTHÉTIQUE

BRUXELLES 6 & 7 février 2014



GROUPE
EDMOND
BINHAS



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

www.binhas.com

Apport de la CFAO en prothèse implantaire vissée

À propos d'un cas de bridge complet maxillaire

En implantologie, la physiologie osseuse autour des implants nous oblige à rechercher une passivité et une adaptation optimales des armatures. Ces facteurs sont essentiels pour la pérennité de nos réhabilitations. Avec les techniques métallurgiques conventionnelles, la coulée d'une construction plurale implantoportée reste techniquement complexe et délicate. La difficulté à obtenir cette passivité est proportionnelle au nombre d'éléments et au volume de l'infrastructure.

À la différence des techniques conventionnelles, la CFAO, par la précision des résultats qu'elle fournit, est un outil considérable d'évolution de la chaîne technologique prothétique.

Un grand nombre de fabricants d'implants se sont rapprochés d'industriels pour obtenir des solutions à l'usinage des infrastructures implantoportées.

La société SIMEDA® présente un concept novateur et néanmoins éprouvé depuis plusieurs années dans la conception et la réalisation prothétique par CAD-CAM.

L'avantage de ces réalisations en CFAO permet une adaptation extrêmement précise des infrastructures (< 10 microns).

Le cas clinique présenté illustre le potentiel de cette nouvelle solution numérique.

Présentation du cas

Il s'agit d'un patient, ancien fumeur, âgé de 51 ans au début du traitement. Ce patient présente une hypertension artérielle stabilisée par la prise quotidienne de Tahor®, il est sous Kardégic® pour un infarctus en 2005.

Ce patient souhaite une réhabilitation fixe au maxillaire. Ses motivations sont à la fois d'ordre fonctionnel et esthétique (**Fig. 1a et 1b**).

Assainissement et chirurgie pré-implantaire

L'état parodontal des dents restantes ne permet pas d'envisager leur conservation. Toutes les dents maxillaires sont extraites de manière atraumatique. Les alvéoles sont soigneusement curetées. Un débridement mécanique et chimique avec de la Bétadine® est réalisé. Une prothèse amovible complète maxillaire est réalisée et mise en place le jour des extractions.

Une période de cicatrisation de 4 mois a été respectée et un dentascan est prescrit



Dr Richard MARCELAT

Attestation d'études en implantologie (CURAIO Lyon)
Diplôme universitaire d'implantologie orale (Corte)
Diplôme universitaire d'implantologie basale (Nice)
richard.marcelat@orange.fr

afin d'évaluer le volume osseux disponible. Cet examen confirme une résorption osseuse importante dans les secteurs postérieurs du maxillaire (**Fig. 2a à 2c**) : SA4 dans la classification de C. Misch. Le volume osseux étant < 5 mm, la pose des implants sera différée de 5 à 6 mois après les compléments sinusiens, ceci afin d'obtenir une stabilité primaire suffisante.

Une surélévation bilatérale des planchers sinusiens est réalisée sous anesthésie locale. Elle s'effectue avec un accès latéral selon la technique décrite par Tatum. La membrane de Schneider est délicatement décollée. Après s'être assuré de l'absence



1a



1b

Fig. 1a : vue initiale **Fig. 1b :** radio panoramique initiale

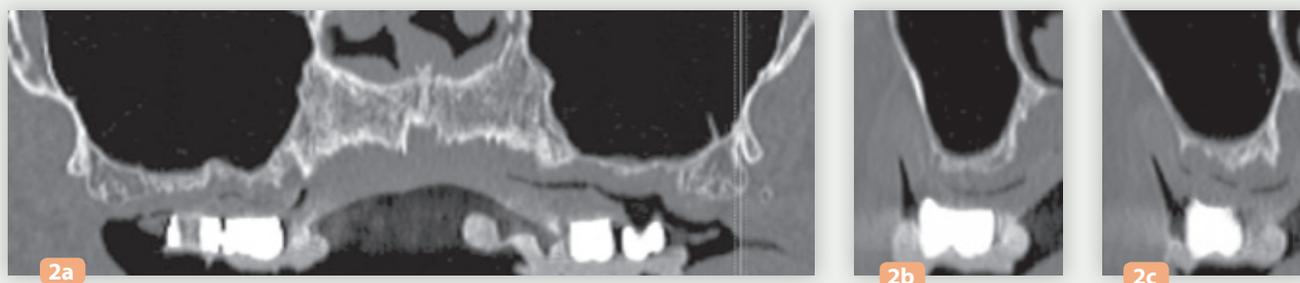


Fig. 2a à 2c : coupes scanner

de perforation, les bas-fonds sinusiers sont tapissés de PRF's, les comblements des zones antrales sous-sinusiennes sont effectués au moyen d'os allogénique (Maxgraft®) recouverts d'une membrane de collagène Bio-gide® et de PRF's.

Après une période de cicatrisation de 5 mois un examen scanner est réalisé avec un guide radiologique en bouche. Ce guide radiologique est réalisé en résine transparente avec des dents du commerce radio-opaques (Fig. 3). Il matérialise la position des futures dents prothétiques.

L'examen scanner met en évidence un volume osseux confortable au niveau des zones postérieures greffées avec un aspect homogène des comblements sinusiers.

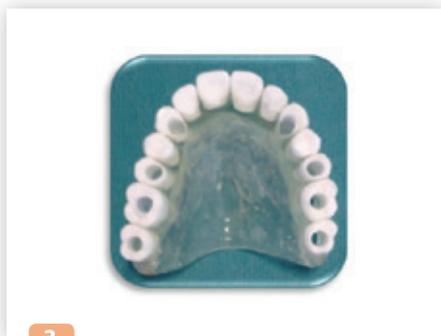


Fig. 3 : guide radiologique

L'aspect en dôme sur les coupes vestibulo-linguales signe l'absence de fuite de matériau dans les sinus maxillaires (Fig. 5a).

Stimulation ostéogénique

Une stimulation ostéogénique des comblements sinusiers est effectuée au moyen d'ostéotenseurs selon la technique décrite par G. Scortecchi. Les ostéotenseurs matriciels s'utilisent de manière transpara-riétale en technique flapless (Fig. 4).



Fig. 4 : ostéotenseur

Cette stimulation endostée va permettre de tester la résistance mécanique au sondage des zones greffées et procède à une activation cellulaire. Cette technique simple et peu invasive permet de valider la qualité des futurs sites receveurs. Ces techniques sont utilisées en orthopédie depuis 10 ans avec d'excellents résultats. Compte tenu de la bonne réponse à la stimulation ostéogénique, la mise en place des implants est programmée à 45 jours.

Planification implantaire

La planification implantaire s'effectue à l'aide du logiciel SIMPLANT®. Le guide radiologique permet d'obtenir : une prédictibilité de l'axe et du positionnement des implants, une lisibilité de l'émergence gingivale des implants, l'anticipation des dimensions, du positionnement et de l'axe des piliers prothétiques. Il permet également l'exploitation maximale du capital osseux disponible. À ce stade de l'étude pré-implantaire, une attention particulière est portée sur le positionnement 3D des implants, en particulier sur l'émergence prothétique, de manière à faciliter la réalisation prothétique finale.

>>>

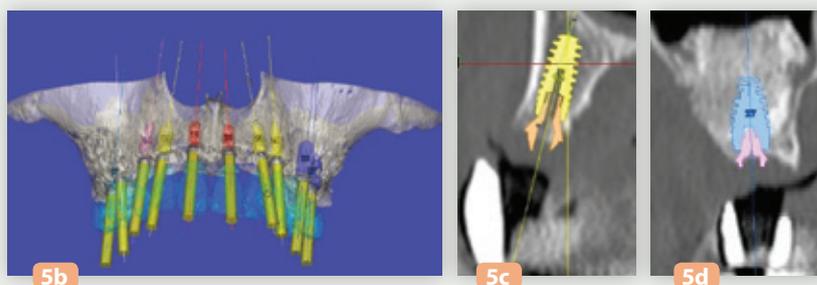
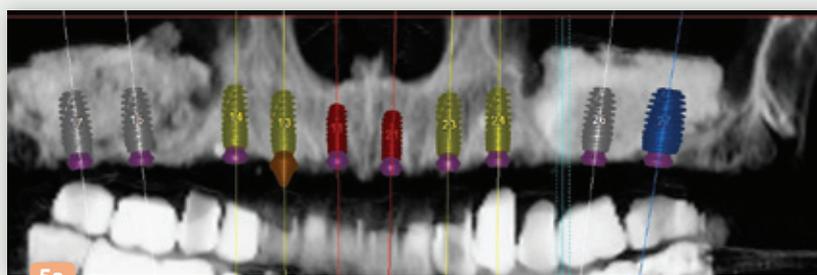


Fig. 5c à 5d : coupes scanner

Fig. 5a à 5c : planification des implants sur le logiciel SIMPLANT®

Apport de la CFAO en prothèse implantaire vissée À propos d'un cas de bridge complet maxillaire (suite)

Les piliers coniques droits ou angulés sont dès cette étape de planification matérialisés sur les coupes vestibulo-linguales.

Dix implants Anthogyr AXIOM Px® destinés à recevoir une réhabilitation fixe monobloc transvissée sont planifiés sur l'ensemble de l'arcade maxillaire (Fig. 5a à 5c).

Chirurgie implantaire

Les implants sont positionnés sous anesthésie locale en utilisant le guide radiologique. Les implants retenus pour cette réhabilitation présentent un design à double filetage autoforant et autotaraudant et un col à conicité inversée (Fig. 6). Ces implants coniques permettent d'ob-



Fig. 6 : implant Anthogyr AXIOM Px®

tenir un excellent ancrage primaire en favorisant par leur design et le protocole de forage la condensation osseuse y compris dans les zones de faible densité osseuse. L'état de surface des implants traités par sablage au phosphate de calcium biphasique permet d'obtenir un potentiel ostéoconducteur favorisant la différenciation des ostéoblastes dans les phases précoces d'ostéointégration. La mise en place des implants s'effectue en technique *flapless*. Cette technique présente l'avantage de conserver la vascularisation sous-périostée et d'améliorer le confort du patient en diminuant les suites postopératoires et le temps de l'intervention.

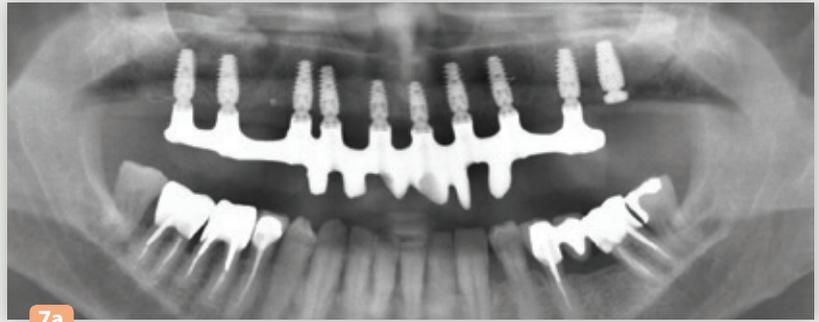


Fig. 7a : radio panoramique : bridge transitoire à 48h



Fig. 7b et 7c : bridge transitoire Cr-Co-Résine de forte rigidité

Bridge transitoire en MCI

Dans le but de diminuer la durée du port de la prothèse amovible, il a été décidé avec le patient qu'une mise en charge immédiate des implants serait réalisée si la stabilité primaire des implants le permettait. La stabilité primaire recherchée pour la mise en charge immédiate est satisfaisante : chaque implant (excepté celui en position 27) a nécessité, lors de son insertion, un couple de serrage supérieur ou égal à 35 N.cm.

Une empreinte en technique *pick-up* est réalisée le jour de la chirurgie au moyen d'un porte-empreinte individuel (PEI) préparé avant la chirurgie. Préalablement les piliers définitifs sont vissés manuellement dans les implants avec un couple de serrage de 15 N.cm. Il s'agit de piliers coniques droits destinés à être transvissés par la prothèse transitoire puis d'usage.

À propos de la connexion implant-pilier, il s'agit d'une liaison conique de type *switching-platform*. Cette connexion à indexation trilobée facilite le positionnement des piliers en bouche. Une jonction implant-pilier stable et hermétique est la garantie d'une bonne intégrité tissulaire (Fig. 8).

Au laboratoire, le maître-modèle avec les analogues de piliers est coulé en plâtre dur. Un bridge transitoire de forte rigidité en Cr-Co-résine est réalisé. Il est essayé et mis en place 48 heures après la pose des implants. Ce bridge transitoire va jouer le



Fig. 8 : cicatrisation gingivale à 6 mois

rôle de fixateur externe pendant la phase d'ostéointégration des implants.

Une radiographie de contrôle objective la parfaite passivité de l'armature, le bridge est vissé manuellement à 10 N.cm. L'occlusion est réglée avec précision (Fig. 7a à 7c).

Le bridge transitoire est porté pendant 6 mois. Pendant cette période seront vérifiés : l'occlusion, l'ostéointégration des implants, l'hygiène, la mastication, la phonation, l'esthétique, le soutien de la lèvre... Le bridge transitoire doit être facilement démontable (vissé) et rigide (armature). La cicatrisation de l'implant en 27 se déroulera de manière classique à l'abri des sollicitations mécaniques.

Bridge d'usage

Au bout de 6 mois, la phase prothétique de préparation de la prothèse d'usage peut débuter. Le bridge transitoire a permis de régler l'esthétique, les problèmes

PRÉCISION, FIABILITÉ, SIMPLICITÉ

simeda®

customized
& **digital**
solutions



Toute l'expertise **CAD-CAM**
à votre service !

- **Offre exhaustive** pour toutes les indications implanto et dento-portées.
- **Solution ouverte**, pour tous les laboratoires, équipés CAD CAM ou non !
- **Large choix** de matériaux : titane, cobalt-chrome, IPS e.max® CAD, zircone, PMMA et PEEK.
- **Solution ultra-précise** et optimale pour plus de confort !
- **Une équipe de prothésistes «conseil»** à votre écoute.

2 237, Avenue André Lasquin, 74700 Sallanches - France
Tél +33 (0)4 50 58 02 37 - Fax +33 (0)4 50 93 78 60

www.anthogyr.com

anthogyr

A global solution for **dental implantology**



Fig. 9a : empreinte Fig. 9b : solidarisation des transferts d'empreinte Fig. 9c : clé de validation en plâtre Fig. 9d : maître modèle

phonétiques et de soutien de la lèvre. Il confirme également la dimension verticale et la relation intermaxillaire.

Le bridge transitoire est dévissé, les implants sont testés à la percussion et contrôlés radiographiquement. Les piliers coniques droits mis en place le jour de la pose des implants sont serrés au couple de serrage définitif préconisé par le fabricant (25 N.cm) ; excepté pour l'implant en position 23 ou un pilier conique angulé sera utilisé (Fig. 8).

Le PEI ayant servi pour l'empreinte du bridge transitoire est réutilisé pour l'empreinte du bridge d'usage. Les transferts d'empreinte *pick-up* sont solidarisés entre eux avec de la résine Luxa-bite® et l'empreinte réalisée avec de l'Impregum®. Le maître-modèle est coulé, il inclut les analogues de piliers coniques et la fausse gencive. Le maître-modèle est validé au cabinet par l'intermédiaire d'une clé en plâtre. Cette clé de validation réalisée en plâtre extradur est essayée en bouche (Fig. 9a à 9d).

Au moyen de clés (vestibulaire, occlusale et palatine) en silicone du bridge transitoire, le laboratoire réalise un *wax-up* en cire (Fig. 10). Ce montage doit tenir compte des désirs esthétiques du patient. Le *wax-up* reproduira fidèlement l'anatomie et l'esthétique du bridge transitoire. Le maître-modèle validé ainsi que le *wax-up* à usiner sont envoyés au centre d'usinage SIMEDA®.



Fig. 10 : wax-up de l'armature

Le centre d'usinage scanne le maître-modèle et le *wax-up* puis effectue un design virtuel de la pièce à produire (Fig. 11a à 11d). Ce design est validé par le laboratoire de prothèse au moyen d'un docu-

ment au format .pdf 3D. L'armature entre dans la phase de fabrication : les pièces sont usinées dans un bloc de titane au moyen de machines d'usinage industriel 5 axes de haute précision (Fig. 12a à 12c).

Les avantages du titane, en dehors de sa légèreté sont une excellente biocompatibilité et de très bonnes propriétés mécaniques. Quatre fois moins lourd que les alliages dentaires semi-précieux, il est le plus léger des métaux utilisés en dentisterie. Le

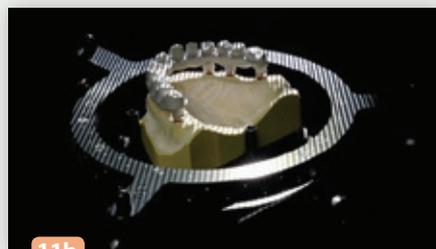
titane est un métal très réactif à l'oxygène. Par simple contact à l'air libre, il se forme à sa surface un film protecteur d'oxyde appelé couche de passivation. Elle donne au titane une résistance exceptionnelle à la corrosion et aux attaques chimiques. Le fait que le titane soit bactéricide lui confère des avantages supplémentaires en prothèse implantaire.

La densité des matériaux utilisés en implantologie est un point primordial. Le poids des prothèses implantaires maxillaires nous semble un des éléments-clés de la réussite du traitement.

Quelques jours plus tard nous recevons l'armature qui est essayée en bouche, elle est parfaitement passive et adaptée. L'armature est retournée au laboratoire de



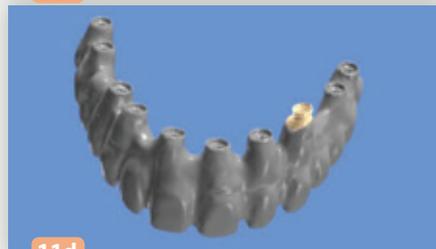
11a



11b

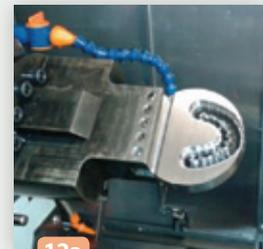


11c

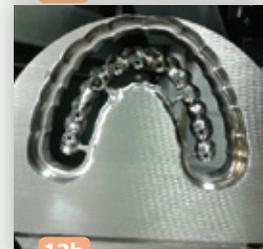


11d

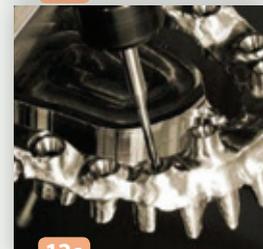
Fig. 11c et d : modélisation de la pièce prothétique



12a



12b



12c

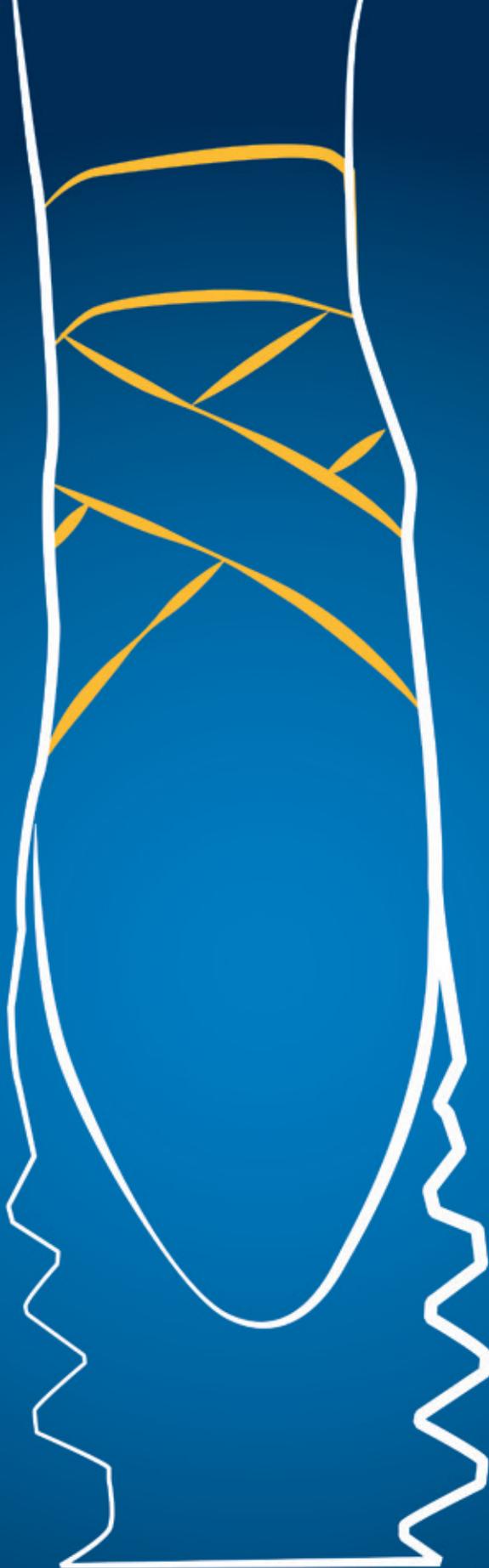
Fig. 12a à c : usinage dans un bloc de titane

>>>



ADF
Stand **3L12**

27-30 Nov.
2013



**UNE MEILLEURE STABILITE POUR
DES PERFORMANCES SUPERIEURES**
MAKE IT SIMPLE

mis[®] FRANCE | **M4**

Pour en savoir plus sur l'implant M4, visitez notre site web : www.mis-implants.com/fr ou contactez-nous au : 01 78 14 13 00



Apport de la CFAO en prothèse implantaire vissée À propos d'un cas de bridge complet maxillaire (suite)



13a



13b

Fig. 13a et b : armature en titane usiné

prothèse qui procède au montage du cosmétique. Après sablage, un etching spécifique au titane est appliqué sur l'ensemble de l'armature. Un opaque est appliqué sur l'armature avant de monter la céramique.

Le biscuit est essayé en bouche, l'esthétique de la réalisation prothétique est validée avec le patient conformément à ses attentes. L'essayage des biscuits permet un contrôle et un réglage occlusal statique et dynamique : des ajustements occlusaux minimes sont réalisés (Fig. 13a à 13i).

Le travail repart au laboratoire pour la finition et le glaçage.

Les moyens offerts par la CFAO

Malgré les progrès de la fonderie, la chaîne technologique prothétique comporte une accumulation d'imprécisions, due à la nature des matériaux mis en œuvre et à leur manipulation : risques d'erreurs liés à la mise en revêtement, risque de déformation de l'élément métallique, homogénéité du métal...

La chaîne technologique par CFAO détermine la qualité du résultat par une conception (CAO) et par une fabrication (FAO) innovantes des infrastructures métalliques. Sur une image 3D issue du relevé de données obtenu par scannage, est bâti un projet prothétique virtuel au moyen d'un logiciel de conception.

Les logiciels de CAO permettent la modélisation virtuelle de la prothèse en fonction de chaque matériau : zircone, titane, cobalt chrome, e-max, pmma...

Lorsque le laboratoire est équipé d'un scanner, seul un fichier STL est transmis par Internet au centre d'usinage. Si le laboratoire n'est pas équipé, les modèles et les maquettes sont transmis au centre d'usinage par UPS.

Le paramétrage informatique assure une parfaite régularité et reproductibilité de fabrication et garantit une insertion passive des infrastructures.

Le paramétrage optimal des épaisseurs des chapes ou des connexions des pontiques peut prévenir les phénomènes de torsion ou de déformation d'armatures que risque de causer la cuisson du cosmétique.

L'usinage par soustraction associé aux techniques informatiques de modélisation garantit l'absence de modification structurale du matériau. La densité et l'homogénéité des infrastructures métalliques sont optimales.

Pour la fabrication des suprastructures implantaire, l'usinage est certainement la technique de référence pour obtenir les pièces prothétiques les plus précises et approcher de la passivité.

Le praticien peut obtenir des résultats constants et reproductibles, avec une excellente adaptation des armatures et des joints prothétiques réguliers et précis. ●



13c



13d

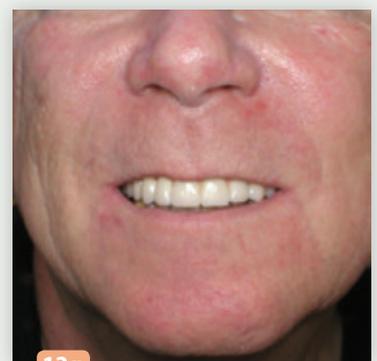


13e



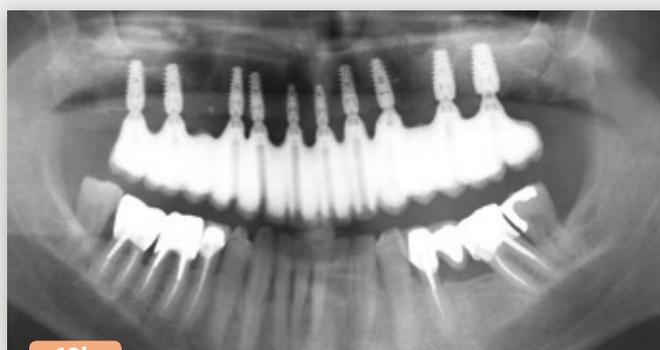
13f

Fig. 13c à f : bridge d'usage



13g

Fig. 13g : le sourire du patient



13h

Fig. 13h : radio panoramique de contrôle du bridge d'usage

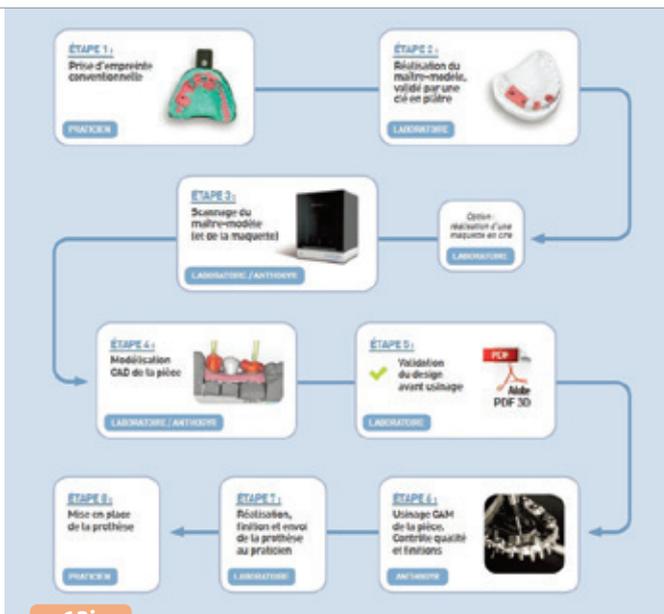


Fig. 13i : les différentes étapes de la conception d'une prothèse par CFAO

À LIRE

BERT

Complications et échecs en implantologie. *Éditions CDP* 1994

BRUNSKI JE.

Biomechanical factors affecting the bone-dental implant interface. *Clin Materials* 1992 ; 3 : 153-201

BOURELLY G.

La conception des armatures par CFAO. *Revue Internationale Prothèse Dentaire* 2009 ; 1 : 18-28

Liste exhaustive de la bibliographie sur la version digitale de l'article.

Conclusion

Les scanners de laboratoires de plus en plus performants permettent aujourd'hui de numériser les modèles, les maquettes et l'indexation des implants.

La CFAO apporte une qualité de travail et une précision jusqu'ici inégalées par les techniques conventionnelles. Cette passivité indispensable en prothèse sur implant nous permet de pérenniser nos réhabilitations prothétiques. Dans le cadre de prothèses de grande étendue, la passivité des armatures est beaucoup plus facile à obtenir et à reproduire par CFAO qu'avec des techniques de coulées traditionnelles.

La CFAO et l'usinage industriel permettent d'obtenir une précision d'adaptation des infrastructures < 10 microns en prothèse implantaire. Par ailleurs, les centres d'usinage sont à même de produire des matériaux biocompatibles comme le titane ou la zircone. L'utilisation d'un système implantable fiable et sûr associant biologie et biomécanique semble aujourd'hui incontournable compte tenu de l'apport de ces technologies CAD-CAM.

Les techniques de CFAO vont rapidement devenir incontournables. Les solutions actuellement proposées permettent à tout praticien d'accéder à la CFAO sans grand changement de ses habitudes de travail.

Remerciements à G.Nauzes et J.Bellany, prothésistes (Laboratoire Socalab®)



Rapide

... telle est la nouvelle série de coupe-couronnes à denture diamantée.

Une utilisation universelle, un fonctionnement particulièrement régulier et une bonne tenue en main combinés à une vitesse de coupe remarquable font toute la distinction de cette denture spéciale.

Vous travaillez de manière encore plus rationnelle lors de la séparation des couronnes et des bridges à matériaux supports des plus différents.



There is no substitute for quality

BUSCH & CO. GmbH & Co. KG

Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
GERMANY
Telefon +49 2263 86-0
Telefax +49 2263 20741
mail@busch.eu
www.busch.eu



champions (r)evolution®

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

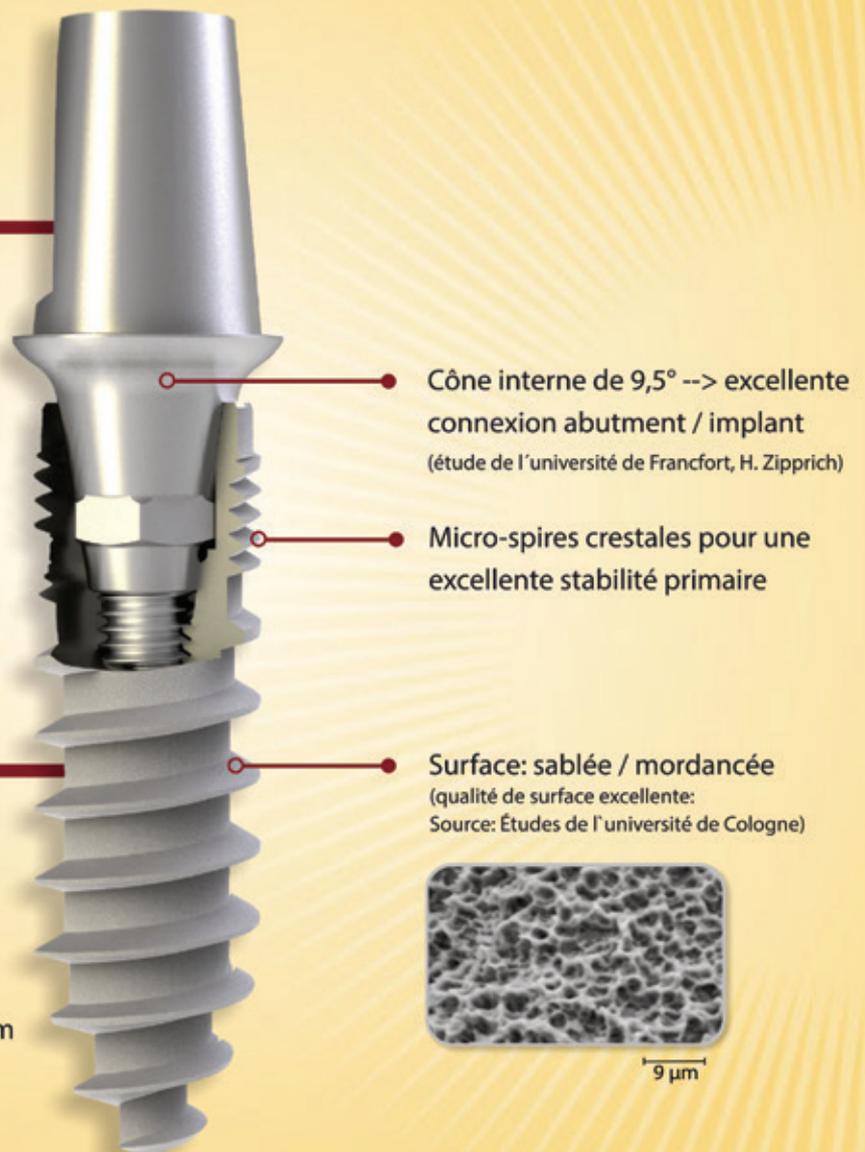
CHAQUE PILIER 39 € HT

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



Exposant à l'ADF - stand 4L07 - Du 27 au 30 Novembre 2013

champions[®] monoblocs

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

champions-implants.com



Cours exceptionnel à Monaco
le 14 et 15 Février 2014

chirurgies en direct

Prix du cours: 800 € ttc

Renseignement et inscriptions:

fanny@championsimplants.com

Tel.: 06 40 75 69 02

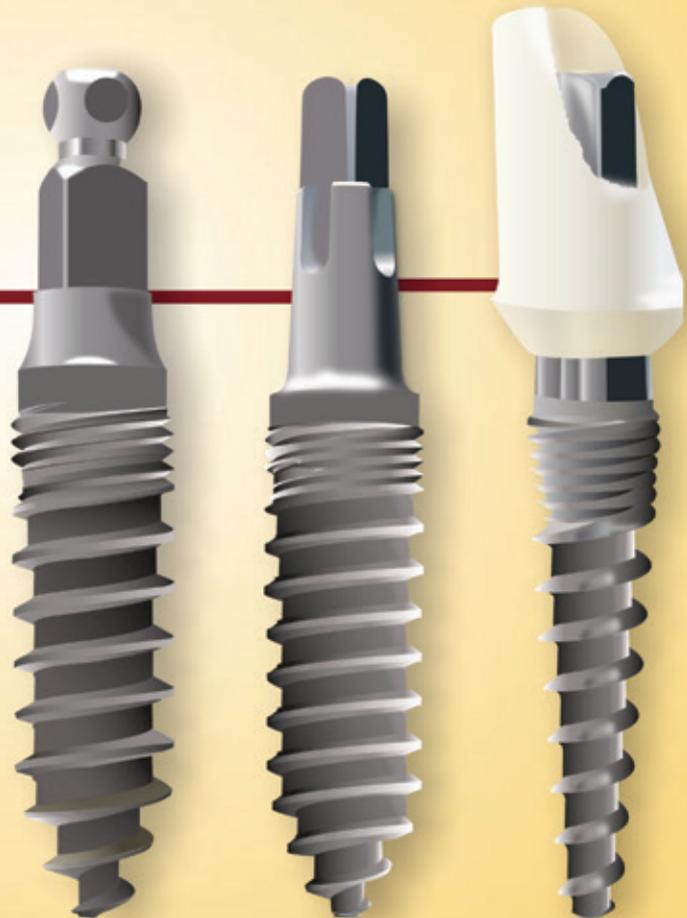
MONOBLOCS **74 €** HT

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"

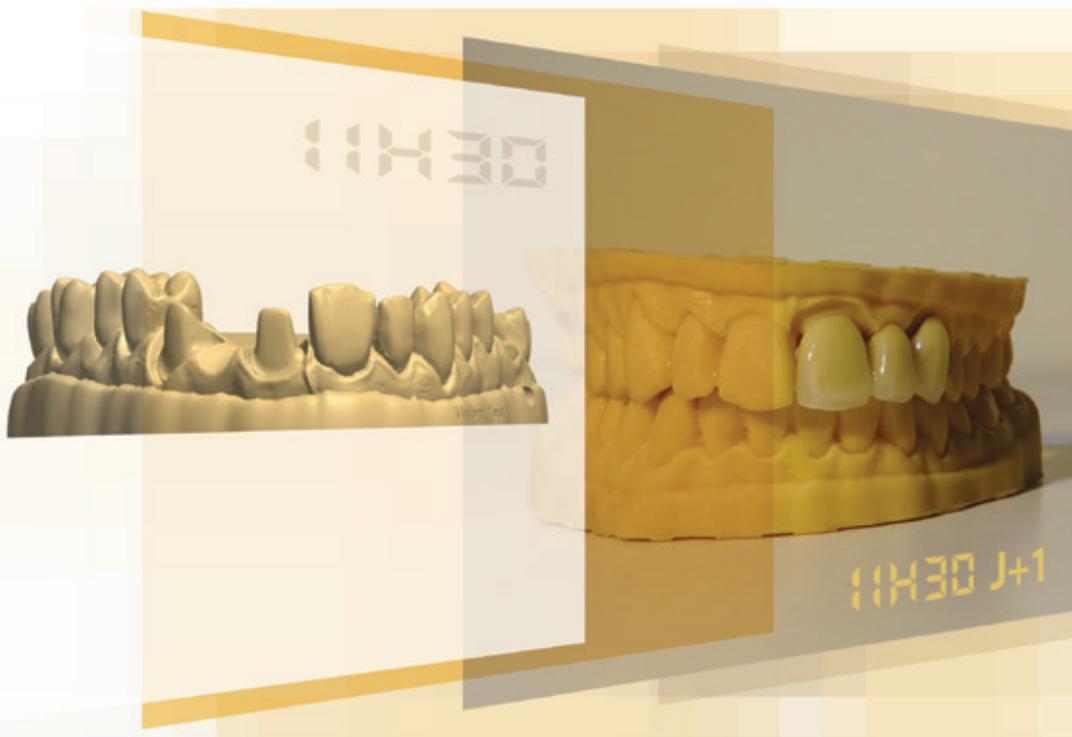


champions  implants
time to be a champion[®]

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



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



De l'empreinte numérique à la prothèse finie

Avec l'introduction des empreintes numériques prises au cabinet, la technologie ouvre la voie à de nouvelles conceptions de traitements par les dentistes.

Les empreintes numériques, de plus en plus utilisées dans les cabinets, présentent de nombreux avantages, tant pour le chirurgien-dentiste que pour le patient. Le scanner intra-oral permet de capturer en 3D la situation clinique sans toucher à l'intérieur de la bouche. Ainsi, le processus fastidieux de préparation des matériaux d'empreintes et des porte-empreintes est évité, ce qui représente à la fois un gain de temps pour le dentiste et un soulagement pour le patient qui n'a plus à subir la prise d'empreinte effective en bouche. Ce procédé est idéal, en particulier pour les patients à fort réflexe nauséux.

Cette technologie entraîne, en outre, une réduction des coûts, tant au niveau des matériaux traditionnels de prise d'empreinte que des frais d'enlèvement et de transport des empreintes confiées au la-

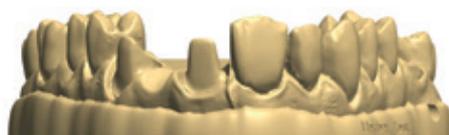
boratoire ; les données sont en effet transmissibles en pièce jointe d'un e-mail.

Dans l'exemple qui suit, réalisé par le laboratoire Protilab, nous décrivons en quelques étapes le processus d'élaboration, de l'empreinte numérique à la prothèse finie.

1 - Réception du fichier

Jour J : 11:43:00

La réception du fichier STL par lecteur optique présente l'avantage, pour le prothésiste, d'obtenir immédiatement une vue en trois dimensions des préparations et des perspectives ainsi que des détails à

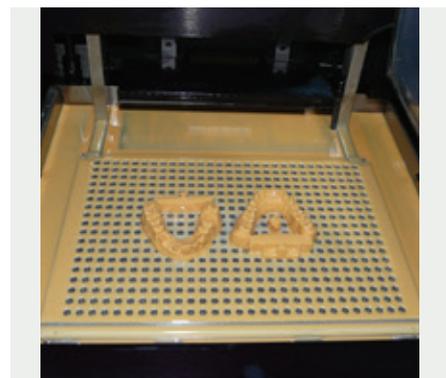


360 degrés. Est ainsi numérisée la situation clinique en bouche.

2 - Préparation des modèles

**Jour J : début 12:40:00
fin 14:43:00**

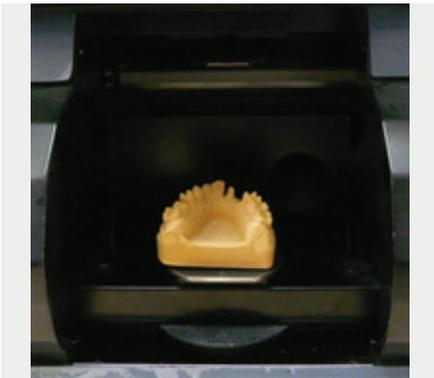
Le maître-modèle est confectionné par couches successives de résine liquide dur-



cie par rayon laser. Il est possible de régler l'épaisseur des couches afin d'obtenir une excellente précision. Un dispositif de balayage permet de répartir la résine de façon homogène et le laser polymérise la couche suivante.

3 - Scan du modèle de travail

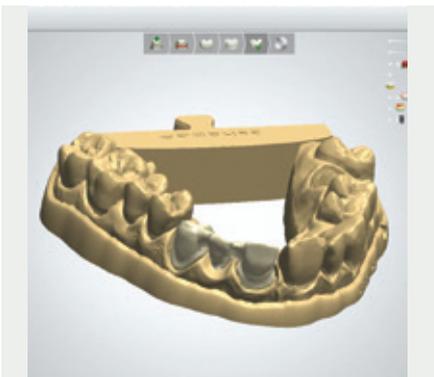
**Jour J : début 15H00
fin 15H15**



Le scanner extra-oral à 5 axes avec son bras robotisé balaie avec son faisceau laser le modèle afin de le numériser. La mise au point (autofocus) en garantit l'élaboration.

4 - Conception de l'armature par ordinateur (CAO)

**Jour J : début 15H30
fin 16H00**



L'armature est créée avec le logiciel CAO qui utilise un noyau graphique de modélisation géométrique polygonale. Le prothésiste peut ainsi exploiter les données issues de la numérisation 3D qui sont transmises au centre d'usinage.

5 - Usinage de l'armature

**Jour J : début 16H00
fin 17H30**

Une fois la conception CAO achevée, l'ensemble des données est envoyé à l'usi-



neuse 5 axes à commande numérique pour commencer l'usinage dans un bloc de CoCr. Un système de projection d'eau permet d'éviter que soit générée de la chaleur.



6 - Ajustement de l'armature sur le modèle

**J+1 : début 8H30
fin 9H00**

Après que l'armature ait été fraisée par l'usineuse puis extraite du bloc de CoCr, le



technicien l'ajuste sur le maître-modèle afin de parvenir à une meilleure qualité d'adaptation marginale que celle obtenue par la technique conventionnelle.

7 - Montage de la céramique (manuellement)

**J+1 : début 9H30
fin 11H30**



La technique du montage de la céramique se fait de manière traditionnelle afin de garantir un résultat optimal et esthétique, en appliquant 5 poudres afin d'avoir des effets d'émail, de contraste et de transparence.

8 - Résultat final



Le résultat final ainsi obtenu est une armature d'une qualité d'adaptation marginale exceptionnelle ainsi que d'une résistance et d'une stabilité remarquables, tout en garantissant le même rendu esthétique qu'avec une méthode conventionnelle. ●

PROTILAB

Protilab, entreprise leader en Europe dans le service de qualité, coopère avec les meilleurs fabricants dans les domaines de l'empreinte numérique, de la technologie d'impression 3D et de l'ingénierie CAD/CAM pour garantir à ses clients le meilleur service, adapté aux dernières normes technologiques.

Le succès du numérique

Congrès ARIA - CAI
les 27 et 28 septembre 2013



L'irruption du numérique aura dans notre discipline l'impact qu'a eu le téléphone portable sur la société avec l'arrivée d'applications insoupçonnées jusqu'à ces dernières années. Il y a des signes qui ne trompent pas : les systèmes CAD/CAM et les technologies du flux numérique ont suscité un intérêt croissant chez les visiteurs et les exposants de l'IDS : 2 à 3 % de la surface « exposants » était occupés par ces systèmes en 1995, 9 à 10 % en 2005 pour atteindre 40 % cette année. Imaginez que la caméra numérique et le CBCT deviennent les éléments centraux de votre exercice tant en odontologie reconstructrice que chirurgicale, offrant un éventail d'approches technologiques et d'indications cliniques sans cesse croissant, donnant tout son attrait à de nouvelles conférences. C'est autour de ces thèmes qu'un millier de congressistes pour moitié des prothésistes et pour moitié des

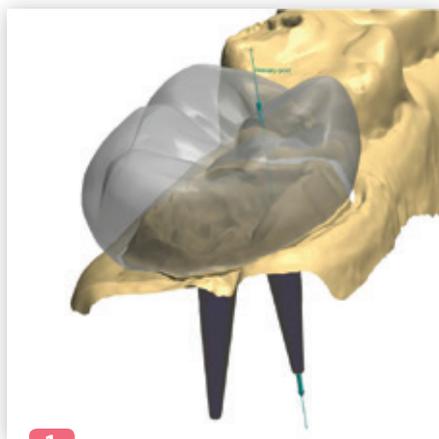


Fig. 1 : simulation d'une couronne après prise d'empreinte optique : conférences Christophe Médard, Héro Breuning (système 3D Shape).

chirurgiens-dentistes se sont réunis pour échanger sur l'empreinte optique (Fig. 1), l'empreinte aux rayons X (Fig. 2), les ma-

chines-outils pour la fabrication à côté du fauteuil ou déportée au laboratoire, de couronnes, facettes ou onlays et pourquoi pas de prothèse adjointe (Fig. 3).

La communication avec le patient, avec le prothésiste (conférence d'Uli Hauschild) (Fig. 4), la communication des différents systèmes entre eux ont fait l'objet de la table ronde en fin de congrès avec en particulier la question « si j'achète telle caméra, puis-je travailler avec le prothésiste de mon choix ou suis-je lié à un industriel ? », autant de sujets développés lors du congrès ARIA cad/cam - CAI academy.

Pour la chirurgie, à côté des guides chirurgicaux aujourd'hui classiques dont deux des indications principales sont l'évitement de la greffe sinusienne et la planification des prothèses implantoportées complexes (Mischa Krebs), des sociétés ultra-innovantes introduisent la révolution des imprimantes 3D en chirurgie



Fig. 2 : modèle numérique de l'arcade dentaire suite à la numérisation aux rayons X à partir duquel une prothèse conjointe va être confectionnée numériquement (conférence Thomas Fortin).



3

Fig. 3 : conception puis réalisation d'une prothèse complète par CFAO après scannage de l'empreinte et de la relation intermaxillaire ; la base en résine rose et le logement des dents du commerce aménagés pour assurer l'assemblage.

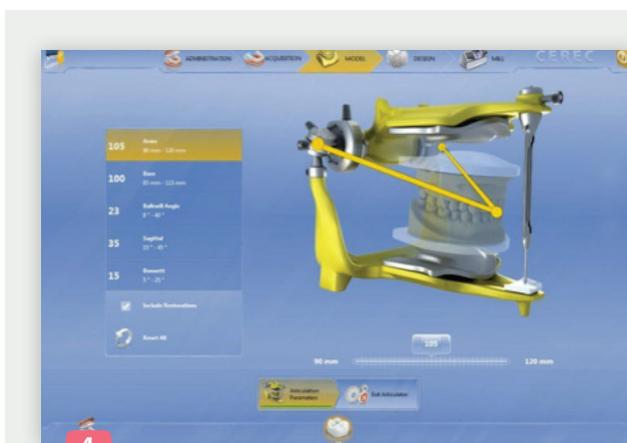
“Des sociétés ultra-innovantes introduisent la révolution des imprimantes 3D en chirurgie orale,,

orale. Marco Rinaldi et Michele Jacotti (**Fig. 5**) ont présenté la préparation de greffons allogéniques avant ouverture du site chirurgical pour une mise en place avec lambeau restreint. Michel Isidori a développé la technique des bouchons osseux intrasinusiens pour réduire l'importance des greffes endosinusiennes en augmentant les taux de succès. Andrew Dawood (**Fig. 6**) illustre sa collaboration avec les chirurgiens maxillo-faciaux pour les reconstructions complexes, vraiment trop complexes sans l'aide de l'imagerie. Bien d'autres sujets ont été abordés, la réalité augmentée, l'irradiation et la précision des CBCT. Gérard Zuck a animé une séance complète intitulée « sincérité » sur la façon de débiter avec ses techniques en clinique, en collaboration avec Éric Bonnet, Michele Casseta et Francesco Valente. Autant de conférenciers qui permettent de se familiariser et de sélectionner au fur et à mesure les technologies qui conviennent car ne pas s'informer c'est prendre le risque d'un retard dommageable. ●

Les présidents du congrès : Jacques Marsat, Maxime Jaisson et Thomas Fortin.



Pour plus d'information, rendez-vous sur www.aria-cadcam.net



4

Fig. 4 : articulateur virtuel (conférence du Sébastien Felenc).



5

Fig. 5 : préparation d'un greffon osseux hors site chirurgical pour une chirurgie a minima.



6

Fig. 6 : modélisation du greffon osseux (bleu) et de la future prothèse pour une mise en charge immédiate.

Surfer sur la vague des nouvelles technologies



Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

Les technologies n'ont jamais été aussi avancées ni de si grande qualité qu'aujourd'hui. Elles ont déjà bouleversé littéralement notre manière d'exercer. Et n'ont pas fini de le faire...

Dans un monde où tout va de plus en plus vite, il s'agit pour nous, chirurgiens-dentistes, de réussir cette révolution technologique en intégrant dans notre quotidien de nouveaux outils. Cependant, s'il nous faut vivre avec notre temps, il est nécessaire de garder à l'esprit le côté humain et l'efficacité relationnelle. La technologie ne remplace pas la relation. Aujourd'hui, ces nouveaux outils engendrent de nouvelles possibilités d'organisation, que ce soit au niveau clinique ou en communication.

L'équipement informatique en est une bonne illustration. Certains patients, notamment chez les orthodontistes, peuvent déjà consulter leur dossier *via* Internet. Moyennant un code personnalisé,

ils ont accès en temps réel aux rendez-vous passés et futurs, au dossier administratif (historique des règlements, prochaine échéance) ainsi qu'aux photos et radios prises au cabinet pendant la durée du traitement. Le même service est proposé pour les correspondants des spécialistes.

Dans un autre ordre d'idée, les patients peuvent désormais utiliser la signature électronique au cabinet pour signer leur devis ou le consentement éclairé. Grâce à la signature numérique des documents, le courrier Word classique est dématérialisé. Il est automatiquement transformé au format .pdf avec signature numérique. Il est alors certifié et ne peut plus être modifié. Il peut être imprimé et remis au patient. Le document est conservé sous format

numérique sécurisé dans le logiciel. Le patient est ensuite, tout au long de son traitement, informé et éduqué *via* des applications interactives ou des écrans tactiles. Il peut recevoir des cartes virtuelles (e-cards) pour ses rappels de rendez-vous.

Autre exemple, si lors d'un soin, le patient est trop stressé ou angoissé, il peut demander une sédation consciente.

Sur le plan clinique, les innovations technologiques foisonnent : radiologie 3D, détecteurs de caries à lumière pulsée, laser, microscope, planification prothétique pour la chirurgie guidée, caméras intra-buccales, anesthésie électronique, CFAO, empreintes numériques, etc.

Avec le développement des caméras numériques pour la réalisation des empreintes, fini les portes-empreintes, l'alginate, les silicones. Place aux écrans avec modèles en 3D pour des patients qui s'extasient devant un tel procédé. Là aussi, il y a de quoi **révolutionner nos relations** avec les laboratoires de prothèse.

Déjà, dans certains d'entre eux, des informaticiens remplacent les prothésistes.

Pourquoi la technologie est-elle si importante ?

S'équiper est presque devenu aujourd'hui un besoin primaire. Mon propos n'est pas aujourd'hui de faire ici une liste exhaustive des technologies existantes. Il s'agit bien plus de vous démontrer que leur apparition fait évoluer nos modes de communication.

Les quelques exemples cités plus haut démontrent bien que ces outils **facilitent le travail du personnel au quotidien**. D'autre part, Internet peut vous aider à mieux communiquer avec vos patients. Ainsi, vous pouvez envoyer sur le mobile ou la tablette numérique de votre patient tous les conseils postopératoires ou toutes les informations nécessaires à son traitement.

Un point clé est de comprendre l'impact indirect de la technologie dans l'esprit du patient. Si vous êtes bien équipé en technologie, c'est que vous êtes à la pointe. Et donc, dans son esprit, que vous êtes un bon praticien. La technologie prouve votre qualité aux yeux du patient. Elle projette une image de vous différente, novatrice, moderne.

Autre scénario concret : lorsqu'un patient vous téléphone, il peut écouter un message d'informations pendant son temps d'attente. Votre secrétaire lui donne rapidement un rendez-vous et ouvre un nouveau dossier patient sur l'ordinateur. Un formulaire informatique lui permet de voir quelles questions poser. Elle enregistre ensuite le dossier provisoirement. Il restera actif si le nouveau patient se rend au cabinet le jour prévu. Il sera automatiquement effacé s'il ne se présente pas. En parallèle, un email de remerciement est adressé automatiquement au patient. Celui-ci peut même télécharger le questionnaire médical à partir de votre site Internet. Lorsqu'il arrive au cabinet, après avoir été accueilli par l'assistante, il enregistre son arrivée sur l'écran tactile à l'entrée de la salle d'attente. Cela vous permettra de mesurer la moyenne des retards, les délais d'attente, le nombre de patients vus, la durée moyenne des visites, etc. Avec un tel système, le *processus* de prise de rendez-vous est peaufiné en permanence et reste linéaire et efficace. L'image projetée est évidemment moderne.

Toutefois, gardez à l'esprit que la technologie est là pour valoriser votre image et non pour faire de vous des robots. La technologie ne peut avoir de véritable impact sans contact humain. Sachez rester à l'écoute, ne comptez pas sur la seule technologie pour optimiser votre relation au patient. En un mot, **ne mécanisez pas**

“Si vous êtes bien équipé en technologie, c'est que vous êtes à la pointe. Et donc, dans son esprit, que vous êtes un bon praticien,,

la communication. La technologie ne peut avoir de véritable impact sans contact humain. Elle est là pour vous faire gagner du temps et vous permettre d'effectuer des tâches répétitives mais pas pour se substituer à l'humain.

Dernier exemple, d'ordre clinique cette fois-ci : le développement du scanner optique pour la réalisation des empreintes. Fini les porte-empreintes et l'alginate, place aux écrans avec modèles en 3D pour des patients qui s'extasient devant un tel procédé. Là aussi, il y a de quoi **révolutionner nos relations** avec les laboratoires de prothèses.

En résumé, la technologie peut vous faire gagner des points dans de nombreux domaines : votre organisation en interne, votre image auprès des patients, des confrères, etc. Elle permet d'augmenter de manière considérable la qualité et la rapidité de la prise en charge clinique. C'est donc un réel « plus » pour le cabinet.

Dans quoi investir précisément ?

De nombreux praticiens me demandent des conseils avant d'investir. Face à la pléthore de technologies, desquelles doivent-ils s'équiper ? Quelles sont celles qui vont durer dans le temps et celles qui deviendront très vite obsolètes ? Si vous n'êtes pas vraiment encore équipé en nouvelles technologies vous pouvez commencer doucement. Les premiers investissements peuvent être relativement peu importants, histoire de tester votre réaction vis-à-vis de ce type de matériel. Vous pouvez vous orienter vers des caméras intra-orales, la panoramique numérique, des écrans plats, etc.

Pensez à vous équiper de produits qui dureront dans le temps. Pour cela, vous devez absolument évaluer les besoins réels de votre cabinet, votre budget et le niveau de productivité souhaité. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance de ces différents éléments que vous pourrez déterminer ce que vous êtes en mesure d'acheter. Il est également crucial de mesurer à sa juste valeur l'impact que la nouvelle technologie aura en matière d'organisation. Sinon, le risque est grand de la retrouver inutilisée dans un coin.

Gardez aussi à l'esprit que ce genre d'acquisition ne peut pas se faire de manière émotionnelle, sous peine d'être fortement déçu : la technologie coûte cher. Et les décisions trop hâtives peuvent

>>>

Surfer sur la vague des nouvelles technologies (suite)

conduire à des systèmes inadaptés. C'est pourquoi les achats doivent être scrupuleusement planifiés. Le plan de mise en place doit être complet. Le budget, étudié en amont, en conséquence.

Pour un déroulement fluide de l'activité, les différents systèmes technologiques devraient être compatibles entre eux. Il vous est possible alors, de partager automatiquement et simplement les données. Avouons qu'en pratique cela ne se révèle pas d'une grande facilité, tant chaque marque a ses propres standards.

Un mot à propos de l'utilisation des supports papier. Même si nous sommes arrivés quasiment à l'ère du « 0 » papier, ce dernier a encore sa place dans les cabinets et son utilisation reste encore d'actualité. Qu'il s'agisse d'informations sur le traitement ou de conseils postopératoires, il viendra utilement compléter les informations données à l'oral ou *via* le support numérique. L'informatique permet la personnalisation de ces documents papier ou de les imprimer comme une brochure. Le patient, une fois rentré à son domicile, pourra ainsi, grâce au format papier, avoir une discussion sur son traitement avec ses proches en s'appuyant sur des supports écrits.

Mise en garde

J'aimerais attirer votre attention toutefois sur certains travers parfois rencontrés avec l'évolution des nouvelles technologies. On peut les classer dans les 3 catégories ci-dessous, à savoir :

- les technophiles : ce sont les praticiens qui se font uniquement plaisir en investissant dans une technologie ; ils passent de l'une à l'autre sans réellement les intégrer dans leur pratique, pour eux la technologie est un gadget
- les techno-maniaques : ce sont des praticiens qui font des achats compulsifs et qui éprouvent un besoin extrême de se rassurer à travers la technologie ; le risque ici est de se retrouver avec des

niveaux d'investissements dépassant largement les capacités du cabinet

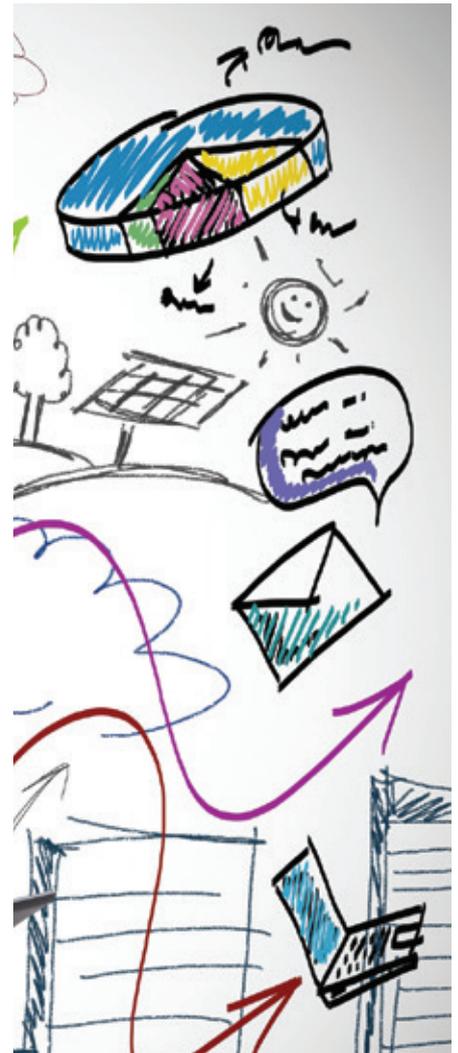
- et enfin, les techno-rigides : ce sont des praticiens qui considèrent que la technologie résoudra tous leurs problèmes et qui ne font aucun effort relationnel, d'écoute ou d'empathie ; ceux-là ne font que se donner bonne conscience en masquant leur réel problème qui est d'entrer en relation vraie avec le patient
- Ceci dit, si ces nouveaux outils sont suffisamment intégrés à la pratique du cabinet, ils seront une réelle valeur ajoutée pour votre pratique et conforteront le patient d'avoir fait le bon choix en venant chez vous. Rappelez-vous le concept : « PERCEPTION = RÉALITÉ ».

“De toute évidence, la technologie est et sera un facteur déterminant majeur pour l'avenir des cabinets,,

Quelques suggestions

Avant d'investir dans n'importe quelle technologie, demandez-vous :

- quelle est la vision, l'objectif et la stratégie du cabinet ? L'équipement envisagé à l'acquisition est-il cohérent avec chacun de ces 3 paramètres ?
- les patients sauront-ils apprécier à sa juste valeur cette nouvelle innovation ?
- combien de temps faut-il pour amortir ce futur bien ?
- combien de temps pour le maîtriser techniquement ?
- quel impact sur l'organisation du cabinet ?
- quels sont les indicateurs à suivre pour mesurer les résultats ?
- y a-t-il un plan de formation à suivre avant d'acheter ce nouveau produit ? Quelles sont les ressources nécessaires pour le maîtriser ?
- comment communiquer sur cette technologie pour valoriser l'image du cabinet ?



De toute évidence, la technologie est et sera un facteur déterminant majeur pour l'avenir des cabinets. L'efficacité de l'ensemble des systèmes organisationnels pourra être améliorée grâce à elle. La révolution technologique n'en est qu'à ses débuts. En vous dotant d'innovations pertinentes et planifiées, votre exercice deviendra plus efficace, plus productif et plus facile. Les cabinets avancés en la matière bénéficieront d'un avantage concurrentiel significatif. ●

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Rejoignez-nous sur notre Centre de Ressources : www.binhas.com

Institut BINHAS

Claudette - Tél.: 04 42 108 108
5 rue de Copenhague BP 20057
13742 VITROLLES CEDEX

E-mail : contact@binhas.com



ARSEUS DENTAL

Le soin par excellence

ADF
Stand 2 L 05

Présentation
en
PREMIERE
NATIONALE

?

Arseus Dental Solutions
c'est aussi des outils
Hi-Tech pour:

Sécuriser
vos actes



Acroître le
Bien-être
des patients



Gagner
du temps



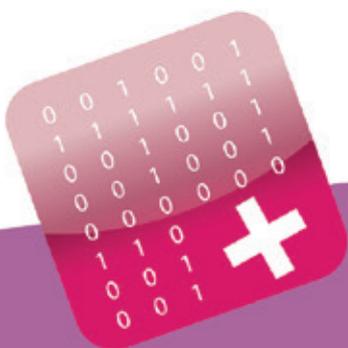
Vous faire
plaisir



Gagner en
notoriété



Augmenter
votre
rentabilité



Le HI-TECH est notre métier



La communication du futur : une vision prospective pour nos métiers



Edmond BINHAS
Fondateur du groupe
Edmond Binhas

Chaque praticien connaît, de près ou de loin dans son entourage professionnel, un confrère ou un consultant qui pense avoir découvert LA technique idéale de communication. À en croire leurs arguments, cette méthode est, en plus de la garantie de succès, transposable à tous les cabinets. Malheureusement, ce n'est pas aussi simple que cela.

Le philosophe Nietzsche disait : « *la vérité unique n'existe pas* ». Cette pensée s'applique aux professionnels de santé et plus précisément, dans notre cas, aux chirurgiens-dentistes. Elle illustre très bien l'idée que les techniques de communication ne peuvent pas tenir

dans un même « moule ». Il n'existe pas de technique magique de communication. En effet, la technique vantée par un confrère X, si prometteuse soit-elle, peut très bien fonctionner pour lui et pas pour vous. Explications.

À l'heure où les patients choisissent leurs praticiens *via* Internet, où les nouvelles technologies ont envahi nos cabinets, où l'origine de nos prothèses n'est plus locale et où le patient est de plus en plus consommateur, il est devenu plus que nécessaire de revisiter nos modes de communication. Il est urgent de s'adapter à ces nouvelles réalités. Je vous invite à considérer ces dernières comme de nouvelles opportunités plutôt que de les envisager comme des obstacles ou des menaces.

La communication n'est en rien comparable à la dentisterie. En effet, en pratique clinique, les choses sont tranchées : noir ou blanc. Il n'existe pas de juste milieu. Les protocoles sont clairs. Soit le traitement est réalisé dans les standards, soit il n'est pas correct. Ainsi, dans la préparation d'un inlay nous **devons** réaliser un biseau de X degrés. Un remplissage canalaire **doit** être réalisé jusqu'à 1 mm de l'apex, etc. Imaginez en effet, de n'obturer un canal que sur la moitié de sa longueur. Vous prenez le risque de voir se développer un granulome ou un kyste, et de plus, de faire face à l'éventualité d'un procès pour faute professionnelle. Dans ce cas de figure, vous ressentirez du stress et vous vous sentirez probablement dépité. Dans l'exercice clinique, nous n'avons donc pas le choix. Nous sommes, théoriquement du moins, dans l'obligation de réaliser des traitements parfaits. Cette démarche perfectionniste nous est enseignée au cours de notre *cursus* universitaire et est tout à fait adaptée au travail en bouche. Le problème est que cela met en place des schémas mentaux qui sous-entendent que tout, dans la vie, fonctionne de cette même façon. Or, ce n'est pas le cas.

En communication, les choses ne sont ni noires ni blanches. Il s'agit d'une science que les spécialistes qualifient de « molle ». Ce qui fonctionne aujourd'hui ne fonctionnera peut-être pas demain. Ce qui est valable dans un autre cabinet ne le sera peut-être pas chez vous. C'est pourquoi il est impossible d'imaginer que **toutes** les stratégies vont fonctionner dans **tous** les cabinets. Cela exclut donc une approche mécanique de ce sujet. La seule façon de découvrir l'efficacité d'un plan de communication est de le mettre en application et de le tester. C'est par vous-même que vous devrez constater si la méthode appliquée amène de la productivité et de

“ 50% ”

seulement des stratégies de communication fonctionnent. Mais, nous ne savons jamais lesquelles ”

la réussite ou l'inverse. En communication, c'est en avançant selon le principe : essais, erreurs, corrections c'est-à-dire par tâtonnements que l'on découvre si une méthode est opérationnelle.

Une bonne communication est un *processus* sans fin qui demande des corrections et un apprentissage permanent. Penser qu'un même procédé aura la même efficacité d'un cabinet à l'autre relève de l'utopie. Si vous pensez être bon, vous avez un problème. Dans ce domaine, nous sommes condamnés à être d'éternels étudiants. Vous devez tester certaines stratégies (par exemple, systématiser la conférence post-traitement par votre assistante). Puis, utilisez les résultats de ces essais pour faire évoluer cette stratégie par petites touches (ex : durée de la conférence, lieu, contenu...). C'est ainsi que fonctionne la communication au cabinet. Il est question d'établir une quinzaine de stratégies simultanées de façon constante. Ce n'est qu'à cette condition que l'image de votre cabinet sera maîtrisée de votre part.

Nous savons, en tant que consultants visitant des centaines de cabinets chaque année, que certaines d'entre elles fonctionnent dans 70 à 80 % des cabinets et d'autres uniquement dans 20 à 40 %. Comme le dit un adage classique en communication : « 50 % seulement des stratégies de communication fonctionnent. Mais, nous ne savons jamais lesquelles ». C'est la raison pour laquelle je préconise une approche basée sur ce que j'appelle **la communication multiple**. De quoi s'agit-il ?

La communication multiple

La communication multiple est une combinaison de plusieurs stratégies mises en place au même moment. La clé en terme d'image est de bien comprendre que vous ne pouvez pas en utiliser une seule à la fois. Sinon, vous n'aurez pas les résultats escomptés avec toutes les frustrations que cela entraîne. Les raisons sont nombreuses :

- 1 avec une seule stratégie, le *processus* est trop lent et les patients ne perçoivent pas vos efforts
- 2 c'est la synergie développée entre les différentes stratégies de communication qui en fait l'efficacité ; la multiplicité et la redondance sont essentielles

“ La communication est un *processus* relationnel dans lequel les patients entendent parler positivement de votre cabinet de façon répétitive. Ils pensent ainsi à vous recommander à leur famille, leurs amis et leurs collègues. ”

La créativité et le renouvellement sont les principales clés de l'aboutissement d'un tel système. Il faut également savoir qu'un cabinet qui souhaite se développer va devoir s'engager dans un programme de communication tout au long de la carrière du praticien. Sans cela, insidieusement, à l'insu du praticien, l'image d'un cabinet qui a été considéré à la pointe à un moment donné, peut se transformer en celle d'un cabinet vieillissant.

« La communication est un *processus* relationnel dans lequel les patients entendent parler positivement de votre cabinet **de façon répétitive**. Ils pensent ainsi à vous recommander à leur famille, leurs amis et leurs collègues. »

>>>

La communication du futur : une vision prospective pour nos métiers (suite)



“**Enfin, avoir une communication professionnelle, c'est un métier dans notre métier !**”

Dans la communication multiple, vous pourrez vous rendre compte que certaines stratégies ne donnent pas les résultats escomptés. Il est important de détecter celles qui sont obsolètes, les éliminer ou les modifier. En effet, nous ne voulons pas gaspiller inutilement notre énergie et notre argent.

Après quelques années, vous pourrez commencer à planifier vos programmes de communication, avec un certain niveau de précision et prévision.

- 1 N'instaurer pas une stratégie unique. La logique demande une multitude de procédés différents, qui fonctionnent ensemble, en même temps et sur une longue période.
- 2 Si une stratégie se développe bien et que des résultats se font sentir, ne la changez surtout pas. Faites-le uniquement dès le moment où celle-ci devient obsolète et/ou si des changements dans votre domaine d'activité la rendent moins efficace.
- 3 Si vous constatez l'échec d'une stratégie, il faut avant tout en comprendre les raisons et les analyser dans le détail. Changez-la, modifiez-la.

Ceci est le véritable objectif de la communication mais vous réclamerez de toute évidence du temps ! Si une stratégie s'avère efficace, vous ne la changerez probablement pas, sauf si vous voyez une raison pour laquelle son efficacité risque de décliner dans les mois à venir. Mais, en sens inverse, si un élément ne fonctionne pas, vous le changerez sans doute pour un autre duquel vous souhaitez obtenir de meilleurs résultats.

Mais, le sujet est encore plus complexe car la communication peut se décliner de façons différentes. Il existe une communication interne ou externe, une communication à court ou à long terme, une communication ciblée ou globale, une communication orale et écrite, etc. Selon vos besoins, vous constaterez rapidement que toutes les stratégies de communication ne peuvent pas être égales.

D'autre part, un autre élément reste à prendre en compte : l'évaluation des résultats. Cette évaluation ne peut être réalisée qu'à court terme. Seuls les résultats à long terme sont essentiels. Sinon, il ne s'agira que d'un feu de paille. Si, par exemple, vous créez un programme de communication avec des résultats

attendus dans un délai de 3 à 5 mois, est-il possible de les analyser au bout de 15 jours ? Bien sûr que non !

La communication nécessite parfois beaucoup de temps pour une pleine efficacité. Il faut donc s'armer de patience pour que le système soit pleinement opérationnel.

Vous devez retenir de tout cela qu'une grande partie des efforts que vous ferez en communication ne donnera pas de résultat *a priori* ! Ceci est la réalité et il faut s'y attendre. Mais il n'y a vraiment pas d'autre façon de s'y prendre.

Tout l'intérêt de la communication multiple est de réduire ce risque. En être simplement conscient est déjà une partie importante du travail.

N'attendez pas d'un seul programme de communication qu'il donne à lui tout seul des résultats durables sur le long terme. Quel que soit leur secteur d'activité, il est aujourd'hui impératif que les entreprises communiquent. Et nos cabinets n'y échappent pas.

Pour une approche professionnelle de cette partie de notre métier, il convient d'identifier, d'analyser et d'évaluer les modalités et les stratégies à mettre en place pour atteindre le niveau de compétence souhaité. Comme me l'a dit un participant à l'un de mes séminaires : «**Enfin, avoir une communication professionnelle, c'est un métier dans notre métier !**». Il ne pouvait mieux résumer ma pensée. ●

CONTACT

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

Vous avez la fibre laser ?



SyneronTM
DENTAL LASERS

Nous avons le laser sans fibre !

STAND
ADF
4L02A
et B



LITETOUCHTM
Laser Erbium:YAG "sans fibre"

www.litetouch.fr

SCDistribution

Cédric Bouchereau - 06 08 22 08 42

scdistribution@orange.fr

Serge Mahé - 06 62 21 75 78

maheneoflash@wanadoo.fr



Stéphanie FRISON
Consultante du groupe
Edmond Binhas



Site internet : un outil de communication aujourd'hui incontournable pour le cabinet

Internet est clairement devenu un outil indispensable pour toute entreprise aujourd'hui. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder ces quelques statistiques : plus de 40 millions de Français sont connectés à Internet, soit 71,6 % des Français de 11 ans et plus. Ils passent en moyenne 2 h 17 chaque jour sur le web. En résumé, quel que soit le secteur d'activité, que vous soyez commerçant, artisan ou chef d'entreprise, être présent sur la toile à travers un site ne peut qu'augmenter votre capital « communication ». Et le secteur dentaire n'y échappe pas !

Le site Internet pour le cabinet est aujourd'hui devenu un outil indispensable pour une relation réussie avec le patient. Il constitue une vitrine qui doit mettre en avant votre philosophie, votre savoir-faire, les différentes options de traitement proposées et votre positionnement. Les questions des praticiens à ce propos sont de plus en plus nombreuses. Internet fait désormais partie de la vie quotidienne de tous les patients. Difficile donc de s'en passer au risque d'être taxé de « ringard » et de se priver de réelles opportunités de communication auprès des patients.

La création d'un outil de communication aussi puissant que le site Internet permet des échanges sans frontière et sans discontinuité. Tout le monde a un accès direct à votre activité, 24 h/24, 7 jours/7 et de manière interactive. Le web est, pour l'heure, l'unique support de communication permettant de diffuser à la fois du texte, de l'image, de la vidéo, du son, etc. Cette capacité multimédia en fait un support particulièrement riche, vivant et dynamique.

Pourquoi investir et se positionner sur la toile ?

L'une des principales raisons est que toutes les personnes que vous côtoyez dans votre exercice professionnel s'y trouvent déjà : vos patients, vos correspondants, vos distributeurs, vos partenaires (laboratoire, etc.). Ce site sera une véritable carte de visite pour d'éventuels nouveaux patients, ceux que vous n'auriez jamais connus d'une autre façon. C'est un moyen efficace, rapide et moderne pour faire découvrir votre cabinet au monde entier. Cet accès universel et illimité à l'information vous fera également gagner du temps. En effet, grâce au web vous vous rendez disponible à n'importe quel moment « de la journée ou de la nuit ».

Autre argument, un site vous offre une image high-tech, moderne et à la pointe du progrès auprès de vos patients. Plus réactif qu'un autre support plus classique, il permet transparence et rapidité. Si une information devient inadaptée, il vous suffit en un clic de l'enlever du réseau et ce, sans déboursier le moindre euro. Imaginez cette manipulation sur les supports en papier existants : si vous devez changer une information, vous devrez jeter et réimprimer tous les flyers, cartes de visite

ou autres supports d'information. Enfin, à l'ère du 3.0 où tout doit aller très vite, offrir au patient la possibilité de laisser des messages *via* un formulaire de contact, de se faire rappeler ou d'obtenir une réponse pratiquement en direct est une marque de professionnalisme de plus en plus recherchée et appréciée.

Comment réussir son site ?

Nous avons recensé les 10 points-clés qui feront la réussite d'un site Internet pour le cabinet.

- 1 Un site doit être dynamique/attractif : la page d'accueil doit être vivante, composée d'animations régulières, de vidéos, de musique. La charte graphique doit évoluer sans cesse (couleurs, bandeaux, etc.).
- 2 Le site doit proposer un retour sur investissement rapide : un de ses objectifs est d'obtenir une meilleure acceptation des soins à plus forte valeur ajoutée et de recruter de nouveaux patients *via* un bon référencement.
- 3 Le site doit proposer un contenu éditorial pédagogique parfait : une information synthétique, pédagogique, constamment actualisée et scientifiquement validée. Il doit en principe offrir les réponses aux questions que les patients ou futurs patients peuvent se poser. Vous y indiquez toutes les informations importantes sur votre cabinet, sur vos prestations, sur vos prix, et cela en temps réel. La présentation doit être soignée (pas de textes qui se superposent ou débordent) et l'expression doit être parfaite (orthographe, grammaire, conjugaison, respect de la typographie, etc.).
- 4 Un site doit permettre d'éditer des fiches patients personnalisées : impression au format .pdf et/ou envoi par mail.
- 5 Un site doit proposer des évolutions permanentes dans ses contenus éditoriaux, dans ses fonctionnalités (sites « responsives », tablettes, smartphone, etc.). Veillez aux contraintes de référencement et soyez attentif aux différentes évolutions technologiques qui vous permettront d'être encore plus « à la page ».
- 6 Un site doit être unique : pas question de copier un confrère. Pensez à une conception graphique personnalisée

Quelques chiffres clés : Internet et les Français (Étude Médiamétrie – Fév. 2013)

41 millions d'internautes en 2012 (+3% vs 2011)

3 millions d'utilisateurs de tablettes (+138%)
24 millions de mobinautes (+24% vs 2011)

34 millions de vidéonautes (+17%)

Doctissimo.fr : **25^e** site français le plus consulté et 1^{er} site de vulgarisation santé avec

9 millions de visiteurs uniques par mois

30 millions d'inscrits sur les réseaux sociaux

et adaptable pour chacun. N'hésitez pas à insérer vos propres outils (questionnaire médical, contenu spécifique, vidéos, diaporama, etc.).

- 7 Un site doit être interactif : vous pouvez par exemple éditer une newsletter pour renforcer la relation praticien/patient, faire des animations pour fidéliser les patients ou encore leur adresser des e-cards pour les informer de l'actualité du cabinet.

>>>

Site internet : un outil de communication aujourd'hui incontournable pour le cabinet (suite)



La véritable
question à vous
poser n'est plus :
" Faut-il un site
Internet ? „
mais plutôt :
" Comment créer
un site web ? „

- 8 Un site doit respecter la charte ordinaire de qualité : montage d'un dossier administratif (adresse URL, signature de la charte, etc.) et validation des textes, visuels, liens sortants, vidéos.
- 9 Un site doit être connu : pour cela, parlez de lui dans votre salle d'attente *via* des flyers, des affiches. Pensez à écrire votre adresse Internet sur tous vos autres supports de communication papier. Vous pouvez également mettre au point un *flashcode* comme raccourci vers le site et vos coordonnées.
- 10 Un site doit être facilement modifiable par l'équipe du cabinet : la prise en main doit se faire rapidement avec une interface « administrateur » intuitive. Votre prestataire doit être impliqué en étant force de proposition et vous aider à faire évoluer votre outil.

Voici donc les 10 points clés dans le cahier des charges d'un site. Prenez conscience qu'un mauvais site peut se révéler à moyen terme catastrophique pour votre image. Aussi, si vous désirez faire de votre site web un véritable média utile et visité, pensez à faire appel à un prestataire extérieur. Restez toutefois vigilant et critique dans la pléthore d'offres qui vous sont aujourd'hui proposées sur le marché.

Les Français et la e-santé (Étude TNS Sofres – Fév. 2013)

- 1 Français sur 2 a déjà utilisé Internet pour rechercher ou partager des informations sur la santé
- 28 % déclarent avoir un usage mobile de la santé (tablette ou smartphone)
- Le web enrichit la relation patient : 58 % déclarent avoir des échanges plus riches avec le praticien
- 20 % des internautes de santé déclarent effectuer des recherches d'information avant une consultation

Les questions indispensables à se poser

Il est indispensable d'apporter le plus grand soin à la phase de réflexion précédant la création du site web. Ce dernier doit s'intégrer, bien évidemment, à l'image globale du cabinet. Le passage du papier au support électronique n'impose pas de tout changer. Beaucoup d'éléments du support papier peuvent être récupérés pour construire la version en ligne : images cliniques, photos, plans d'accès, etc.

Avant de vous lancer dans ce projet, nous vous invitons à vous interroger sur des points précis. Voici quelques exemples qui vous aideront à vous poser les bonnes questions et donc prendre les bonnes décisions :

- quels sont les objectifs de mon site ?
- qui crée les documents électroniques ?
- qui l'héberge ?
- qui s'occupe de sa mise à jour régulière ?
- quel contenu mettre en ligne ?
- qu'attendent mes patients et/ou mes correspondants de mon site ?

Vous devrez également rédiger un cahier des charges précis avec l'apparence graphique du site, les outils, les délais de réalisation et les moyens humains et techniques à mettre en œuvre.

Veillez enfin à ce que votre équipe soit partie prenante du projet. En effet, votre équipe doit avoir un rôle majeur dans la promotion de ce nouveau site auprès des patients. Ce nouvel outil de communication transversal demande la mobilisation de l'ensemble de vos collaborateurs. Sa création, sa mise en ligne et son actualisation régulière sont des façons efficaces de motiver l'équipe autour d'un projet commun.

Pour conclure, aujourd'hui la véritable question à vous poser n'est plus : « Faut-il un site Internet ? » mais plutôt : « Comment créer un site web ? » ●

Remerciements à Webdentiste pour leur aimable participation.

CONTACT

Groupe Edmond Binhas

Rejoignez-nous sur notre Centre de Ressources : www.binhas.com

Institut BINHAS

Claudette – Tél. : 04 42 108 108

5 rue de Copenhague BP 20057

13742 VITROLLES CEDEX

E-mail : contact@binhas.com

VOTRE CABINET EST UNIQUE... EXIGEZ LE SUR-MESURE POUR VOTRE COMMUNICATION

- SITE INTERNET
- MODULE D'ANIMATION
EN SALLE D'ATTENTE
- IMPRIMERIE

NOUVEAUTÉS
À DÉCOUVRIR
À L'ADF
STAND 3M04
OU
STAND 1M01
«HENRY SCHEIN»



**SOUSCRIVEZ
MAINTENANT**
ET PAYEZ EN 2014 !

* Hors frais de création - Sans durée d'engagement



Créateur de communication
WWW.GI-WEB.FR 04 93 97 10 08

Projection de ciment d'obturation endodontique dans le nerf alvéolaire



Dr Cauris COUVRECHEL
Chirurgien-dentiste

Quand la situation clinique empire, que le patient vous sent tendu, que votre assistante vous dit que vous avez 4 patients en salle d'attente, qu'il fait chaud en plein hiver, qu'il vous arrive une mésaventure encore jamais rencontrée lors de votre longue carrière clinique et que vous ne savez pas comment l'annoncer à votre patient, c'est panique sous scialytique.

Nos 3 experts répondent spécialement pour vous à deux objectifs : comment gérer au mieux la situation ?

Comment faire en sorte qu'elle ne se reproduise jamais plus ?

Le cas clinique relate l'histoire de M. André G., un patient âgé de 43 ans et en bonne santé générale. Il est venu en consultation pour cause de douleurs survenant à la mastication dans le secteur mandibulaire gauche. Suite aux examens cliniques ou radiologiques, le Dr Béatrice P. a décidé d'entreprendre les pulpectomies de 36 et 37 en raison des lésions carieuses volumineuses. Le traitement endodontique de la 36 a été réalisé dans une première séance. Mais l'incident va se dérouler lors du traitement de la 37. Après la mise en forme canalaire avec un système de rotation continue, l'obturation est réalisée avec une technique de condensation thermomécanique au Mac Spadden. À la radiographie postopératoire, on peut observer un dépasse-

ment de matériau d'obturation au-delà du *foramen* apical. Le patient revient le lendemain pour des douleurs postopératoires intenses en regard de la 37, irradiant jusqu'à l'oreille, et source d'insomnies. Le Dr Béatrice P. décide alors de prescrire une couverture antibiotique (Amoxicilline 2 g/j/6 j, Metronidazole 1,5 g/j/6 j) et des corticoïdes (Prednisone 80 mg/j/2 j puis 20 mg/j/1 j et arrêt). Cette prescription permet de soulager le patient mais les douleurs réapparaissent dès la fin du traitement. La praticienne réalise alors une nouvelle prescription d'amoxicilline-acide clavulanique (2 g/j/7 j) et Prednisone (40 mg/j/7 j) ainsi qu'un scanner mandibulaire. L'examen radiologique conclut alors à la présence de matériau d'obturation endodontique dans le canal dentaire mandibulaire.





Dr Thông NGUYEN
Chirurgie maxillo-faciale

Le dépassement de matériau d'obturation endodontique et sa présence dans le canal dentaire est une complication possible d'un traitement endodontique dans les secteurs postérieurs mandibulaires dont l'expression clinique est la présence de douleurs de type et d'intensité variables. Dans la phase aiguë, elles sont dues à la souffrance du nerf alvéolaire inférieur (causticité du ciment d'obturation, brûlure et/ou compression du nerf par le matériau d'obturation endodontique). Dans la phase chronique, quand elles existent, ce sont des douleurs nerveuses en rapport avec la période de cicatrisation du nerf, alors que dans la phase séquellaire, elles sont dues aux lésions définitives des fibres nerveuses. Au cours de toutes ces phases, l'information et l'accompagnement du patient sont essentiels. Le suivi de ce type de situation clinique pourra être idéalement réalisé en étroite relation avec un chirurgien en maxillo-faciale. Le traitement initial sera principalement médicamenteux.

COMMENT GÉRER CETTE SITUATION ?

“Quelle est la démarche à suivre lorsque l'on constate un dépassement iatrogène de matériau d'obturation dans le nerf alvéolaire inférieur ?,”

Dans la phase aiguë, on prescrit habituellement pendant 1 mois un traitement par Prégabaline, ou Clonazépam ou Carbamazépine (soit à dose progressive jusqu'à sédation de la douleur, soit à dose maximale d'emblée avec diminution progressive jusqu'à réapparition des signes cliniques) associé à un anti-inflammatoire stéroïdien (Prednisone : 1 mg/kg/j) avec un régime sans sel ; certains praticiens ajoutent également un anti-ischémiant (Naftidrofuryl : 400 mg/j) et des vitamines B1 et B6 (B1 : 1 g/j, B6 : 140 mg/j).

En cas de non réponse au traitement, il faut discuter de l'existence d'une compression du nerf par le matériau d'obturation endodontique pouvant indiquer une chirurgie décompressive nerveuse visant à aborder le canal dentaire et à retirer le matériau iatrogène.

Dans la phase chronique, un traitement par Prégabaline, ou Clonazépam ou Carbamazépine est à instaurer à dose efficace en réévaluant tous les mois la récupération ner-

veuse, la cicatrisation pouvant aller jusqu'à 18 mois.

Dans la phase séquellaire, un traitement par Prégabaline, ou Clonazépam ou Carbamazépine à dose efficace est prescrit à vie.

Après le résultat du scanner, l'interrogatoire du patient Mr André G. montrait l'existence des douleurs décrites précédemment avec sensations de brûlures ou de décharges électriques, permanentes. L'examen clinique était normal sans dysesthésie ni « trigger zone ».

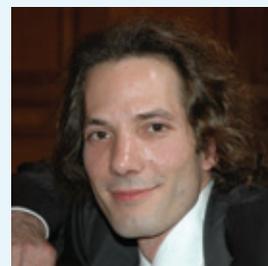
Un traitement médicamenteux a été prescrit : Prednisone (80 mg/j/7 j) et Prégabaline (150 mg/j/7 j). Le patient a été revu en consultation 1 semaine plus tard, les douleurs avaient alors complètement disparu. Le traitement (assorti d'un régime sans sel) a été poursuivi pendant 1 mois puis arrêté progressivement sans qu'aucune douleur ne réapparaisse. ●

LE POINT DE VUE DE L'AVOCAT

“Quelle attitude doit-on avoir vis-à-vis du patient en prévision d'une éventuelle velléité juridique de celui-ci ?,”

Quand un praticien découvre une « difficulté » dans le suivi thérapeutique du patient, il faut avant toute chose éviter la « politique de la chaise vide ». La première chose à faire est donc de prendre le temps d'informer le patient, de lui exposer la situation dans le cadre d'une

information « claire, loyale et appropriée ». C'est d'ailleurs en ce sens, que s'apprécie le critère de « loyauté » de l'information médicale, qui se renouvelle tout au long du plan de traitement. Critère de loyauté que nous retrouvons également dans le cadre



Maître Laurent DELPRAT
Expert juridique

>>>

PANIQUE SOUS SCIALYTIQUE

de l'exécution du « contrat de soins », liant le praticien à son patient, lequel se doit, comme tout contrat ou convention, d'« être exécuté de bonne foi ».

Cette information s'accompagnera le cas échéant de l'accomplissement des actes cliniques ou de la thérapeutique adéquats.

Bien pris en mains, le processus de médiation ainsi mis en œuvre rétablira le climat de confiance entre le docteur Béatrice P. et son patient et permettra ainsi de prévenir le risque d'un éventuel contentieux, ou

d'éteindre les velléités naissantes.

Bien évidemment, toutes ces étapes et diligences seront notées au dossier médical.

Dans l'expectative où le patient, revendicatif, commencerait à parler de « procès », de « tribunaux » ou autres terminologies désobligeantes, il convient de ne pas céder à la panique. Très souvent, ces propos demeureront du domaine verbal et ponctuel, si le praticien rebondit immédiatement sur un processus de communication

et de médiation. On en revient à l'information. À défaut, il faudra indiquer au patient de procéder par une réclamation écrite, seule à même de permettre de cerner les limites du conflit.

Il conviendra alors de contacter son avocat et d'effectuer une déclaration de sinistre auprès de son assurance responsabilité civile professionnelle, en lui transmettant la réclamation reçue et les coordonnées de son conseil. ●



Dr Leslie COTTREEL

Chirurgien-dentiste
Exercice limité à l'endodontie
Ancienne assistante hospitalo-universitaire de Paris Descartes

Dans le cas présenté, on mesure qu'un dépassement de ciment endodontique, pourtant minime, est lourd de conséquences pour le patient et pour son praticien traitant. La prévention de cet accident passe par une analyse pré-opératoire du risque, une mise en œuvre du traitement adapté à ce risque, sans oublier une information éclairée du patient lors de la consultation.

Analyse pré-opératoire

Comme pour tout traitement, l'analyse pré-opératoire doit faire ressortir la liste de tous les risques potentiellement encourus lors de la réalisation du geste endodontique. Elle repose en première intention sur l'examen clinique et les clichés rétroalvéolaires selon deux incidences.

Cette analyse est confrontée à nos connaissances, qui peuvent être :

- anatomiques : quelle est la configuration des canaux ? Quels sont les éléments nobles à proximité ?

- techniques : quelle anesthésie ? Quelle technique instrumentale ? Quelle temporisation ?

Dans le cas présent, quelques points paraissent importants à soulever : existe-t-il clairement des symptômes sur 37 ? Ceux-ci persistent-ils après le soin de 36 ?

Sur le cliché pré-opératoire, 37 est certes délabrée, mais aurait-on pu proposer une solution conservatrice : inlay-onlay, couronne sur dent vivante, coiffage pulpaire ?

On note également la proximité du nerf mandibulaire avec les apex de la 37.

S'il était justifié de réaliser un traitement endodontique, alors il est pertinent, compte tenu de la proximité du nerf alvéolaire inférieur, de faire pratiquer une analyse CBCT, afin d'affiner la prise de risque que constitue le traitement endodontique, en particulier : quels sont les rapports anatomiques entre le nerf mandibulaire et les apex ? La situation la plus délicate étant celle où le nerf est dans la continuité de la trajectoire canalaire (risque de lésion instrumentale + risque de dépassement de matériau).

D'autre part, de façon générale, il faut noter que les apex des 2^{es} molaires mandibulaires sont souvent très proches des corticales linguales, ce qui contre-indique la plupart du temps la chirurgie endodontique. ●

COMMENT PRÉVENIR UN TEL INCIDENT ?

“Comment le Dr Béatrice P. aurait-elle pu éviter cet accident ?,,

“l'analyse pré-opératoire doit faire ressortir la liste de tous les risques potentiellement encourus lors de la réalisation du geste endodontique,,

“Un point très positif : le traitement a été réalisé sous digue, ce qui limite les complications d'ordre infectieux,,

Dans ce cas clinique, il est à noter un point très positif : le traitement a été réalisé sous digue, ce qui limite les complications d'ordre infectieux. Cette rigueur dans la procédure nous permet également d'utiliser le localisateur d'apex de façon fiable et donc d'approcher plus délicatement et à moindre risque la constriction apicale.

Cathétérisme

Si le cathétérisme initial est réalisé préférentiellement avec des limes manuelles, l'utilisation d'instruments mécanisés dans le tiers coronaire permet de faciliter le passage des limes de cathétérisme dans le tiers médian et le tiers apical, sans forcer. En effet, lorsque le praticien force sur une lime de cathétérisme d'une part, il prend le risque de casser l'instrument endodontique, mais aussi de créer un faux canal, ou comme dans notre situation, de dépasser le *foramen* apical et de léser le nerf mandibulaire.

Une fois la longueur de travail trouvée, la mise en forme à proprement parler peut être réalisée, mais il convient de toujours vérifier cette longueur avec le localisateur d'apex, avec l'instrument utilisé en dernier (plus gros diamètre apical accepté par le canal). En effet, lors de la mise en forme, la trajectoire canalaire est redressée, donc logiquement « raccourcie » par rapport à la trajectoire originale. La longueur de travail en fin de mise en forme est donc souvent plus courte qu'en début de traitement pour un canal et pour un repère coronaire donnés. Les risques de travailler avec une longueur de travail surestimée sont : de refouler des débris dans le péri-apex, de faciliter un dépassement de cône lors de l'obturation, ou de faciliter un dépassement de ciment d'obturation.

Obturation

Toutes les techniques actuelles d'obturation nécessitent l'ajustage d'un maître-cône (ou l'utilisation d'un vérifieur pour les techniques de *gutta* chaude sur tuteurs). C'est une étape fondamentale. Ce maître-cône doit être adapté en longueur, en diamètre dans la zone apicale et souvent en conicité quand on travaille avec des instruments mécanisés qui ont une conicité majorée par rapport aux limes manuelles.

Un maître-cône bien ajusté présente une petite résistance au retrait lors de son essayage. Un cliché cône en place peut être réalisé si l'on veut s'assurer que le cône ne s'est pas plié sur lui-même ou qu'il est dans le bon canal. Il constitue ainsi un « bouchon », qui va verrouiller le tiers apical et limiter les fuites de ciment à ce niveau.

Quelle que soit la technique d'obturation, la quantité de ciment sur le maître-cône doit être très faible : le ciment n'intervient que pour assurer l'interface entre la *gutta* et les parois canalaire et en aucun cas pour remplir le canal. Le recours aux bourre-pâte (type Lentulo) sont à proscrire car ils font prendre à la fois un risque de dépassement de ciment et un risque de fracture instrumentale.

Le canal D des molaires mandibulaires, s'il est unique, est souvent allongé dans le sens V-L. Dans ce cas, le *foramen* peut également être ovale. Le maître-cône peut alors donner la sensation de bloquer dans le canal alors qu'il existe des passages de ciment possibles de part et d'autre. Dans un tel cas, il est prudent, si l'on travaille par thermocompactage mécanique (Mc Spadden), de sécuriser la procédure en réalisant une technique mixte : condensation latérale à froid puis thermocompactage. Le thermocompactage est une procédure qui est rapide : une à deux secondes par canal, le temps de plastifier la *gutta-percha* pour qu'elle épouse les parois du canal. Attention : la pointe de l'instrument doit rester à 4 à 5 millimètres de l'apex et il est impératif de toujours vérifier le sens de rotation du contre-angle. ●



“Panique sous scialytique” n'est pas une fiction, cela aurait pu arriver à votre associé, votre collaborateur, votre meilleur ami de faculté, cela aurait pu vous arriver. Envoyez vos situations “catastrophe” ainsi que les photos et radiographies à paniquesousscialytique@fildentaire.com

Dans les prochains numéros, nos experts vous aideront à les résoudre et à vous en prémunir dans le respect de l'anonymat.



15 clés pour un travail en équipe créatif et productif



Rodolphe COCHET

Conseil en stratégie
d'organisation des
cabinets dentaires

Programmez votre RDV
avec Rodolphe Cochet
au Congrès ADF

- STAND 1T04
(27 au 30 novembre 2013
de 9 h 00 à 18 h 00)
- Tél. : 01 43 31 12 67

Au sein d'un cabinet dentaire, les idées les plus originales et les plus créatives ne proviennent pas nécessairement du *leader* ou du gérant du cabinet dentaire. Ce sont bien souvent les assistant(e)s, en particulier dans les cabinets où les postes sont sectorisés et où la polyvalence est bannie, qui détiennent les clés du développement organisationnel du cabinet. Ces préconisations s'adressent aussi bien aux praticiens qu'à leur assistante dentaire ou à leur secrétaire.

1 - Fixez les règles du jeu

Établissez une bonne fois pour toutes une véritable politique de management et de gestion RH et faites en sorte qu'elle soit respectée. Faites-vous aider si nécessaire par un consultant ou un coach si vous n'y parvenez pas tout seul ou si vous avez déjà échoué une première fois en essayant de conduire le changement de votre organisation.

2 - Déterminez des limites de travail : l'exemple du briefing

Le *briefing* instauré par certains cabinets dentaires n'est pas propice à la réflexion ni à la créativité. La finalité du *briefing* est claire et doit être comprise de tous : prévenir et anticiper les éventuels problèmes d'organisation de la journée de travail en cours, optimiser la coordination entre le secrétariat

et la salle de soins et faciliter le travail de l'assistante dentaire (préparation du plateau, travail peropératoire et postopératoire). Le *briefing* doit durer 5 à 8 mn dans un cabinet individuel (1 praticien, 1 assistante polyvalente) et peut durer près de 20 mn dans un cabinet de groupe (3 praticiens, 3 assistantes dentaires, 1 secrétaire).

3 - Garantissez une bonne base de connaissances

Lorsque vous révisiez un protocole, quel qu'il soit, clinique, administratif ou logistique (gestion des stocks), assurez-vous que vos assistantes ont à leur disposition les supports concernés. Si votre cabinet dentaire ne dispose d'aucun support dactylographié : stoppez tout. Annulez toutes les prochaines réunions de développement, car elles s'avéreront inutiles et contre-productives. Commencez par le début : demandez à vos assistantes d'écrire la « démarche qualité » de votre cabinet. Recourez aux services d'un prestataire externe si vous n'y parvenez pas.

4 - Énoncez des objectifs clairs

Donner un objectif à son assistante, implique l'adoption d'une démarche intellectuelle de stratégie et de *leader*. En tant que praticien gérant, vous devez être reconnu comme un chef au sein de votre cabinet et non pas seulement comme un technicien qui n'interviendrait que pour corriger à chaud des gestes techniques ou des comportements inadéquats. Plutôt que de dicter un objectif à votre assistante, formulez-le comme une question semi-ouverte : « Ne pensez-vous pas que la réalisation de cet objectif nous permettra de... » ou « d'après vous, si vous atteignez cet objectif, quelles en seront les répercussions sur notre activité au quotidien ? ».

5 - Distinguez la phase de réflexion de la phase d'évaluation

Au cours de la première phase dite de réflexion (*brainstorming*), il convient de ne poser aucune limite à la créativité de votre assistante dentaire. Créez une sorte de « bulle » au sein de laquelle les critiques prématurées ou les préjugés n'auront pas droit de cité.

Dites-le sans ambages à votre assistante :
 «Même les idées les plus folles, irréalisables voire absurdes sont permises,,»

6 - Évitez les remarques immobilistes

Les phrases assassines du genre « ça ne marchera jamais », gardez-les pour vous, même si vous le pensez. Votre assistante a le droit de nourrir des ambitions pour votre cabinet que vous n'avez jamais osé réaliser, soit par manque de moyens, soit tout simplement parce que votre créativité opérationnelle a des limites. Dites-le sans ambages à votre assistante : « Même les idées les plus folles, irréalisables voire absurdes sont permises ». Ou encore : « Il est rare que la première idée ou suggestion soit la bonne ou la meilleure ».

7 - Les idées doivent être représentées

Vous devez visualiser les idées pour qu'elles prennent véritablement forme au sein de votre cabinet. Un *paperboard* est donc vivement recommandé lors des phases de réflexion de vos réunions de développement. Il suffit parfois de quelques coups de crayon pour matérialiser une idée et donner envie de la réaliser.

8 - Attrapez les idées et développez-les

Même si vous n'êtes pas l'auteur d'une idée, faites en sorte de vous familiariser avec elle en la représentant et en la réécrivant sur votre carnet de notes de réunion. Peu importe que vous trouviez l'idée en décalage avec les contraintes et la réalité du cabinet dentaire, ser-

vez-vous en comme point de départ ou comme stimulation pour votre cheminement personnel et professionnel. Qui sait : la première idée n'étant pas nécessairement la bonne ou la meilleure, vous pourriez aboutir grâce à votre propre réflexion à celle qui sera retenue par l'équipe tout en affinant la suggestion initiale faite par l'un des acteurs du cabinet. Au cours de cette séance de *brainstorming*, vous devez faire en sorte que les idées soient générées rapidement. Il n'est pas question de réflexion métaphysique : c'est l'intuition immédiate ou rationnelle qui doit l'emporter pour l'émergence des idées. Il faut donc être spontané et se fier à son instinct.

9 - Mettez-vous dans la tête de votre collaborateur

Chaque acteur du cabinet dentaire a un mode de fonctionnement intellectuel différent et surtout réfléchit à l'intérieur d'un carcan moral ou social qui façonne ses idées ou sa pensée. Adoptez donc le point de vue de l'autre (idéaliste, réaliste, critique) afin de faire émerger soit de nouvelles idées, soit de nouvelles perspectives de développement organisationnel. Utilisez la « méthode Walt Disney appliquée à la gestion d'un cabinet dentaire » (Le Fil Dentaire, numéro 83, pages 58 et 59).

10 - Le succès est pavé d'erreurs

Savez-vous qu'il a fallu à Thomas Edison plus de 700 tentatives pour que son prototype finisse par illuminer une pièce. Pour construire un filament capable d'émettre de la lumière au passage de l'électricité, Thomas Edison a recherché le matériau idéal dans tous les coins du globe. Combien d'entre nous auraient persévéré ? Les erreurs constituent donc souvent le passage obligé pour la découverte de nouvelles habitudes de travail. Dans le cadre d'une réunion de développement, il est donc impératif de libérer chacun des membres de l'équipe de la pression de la productivité et de la rentabilité. Dans le cadre d'un travail communautaire comme celui d'une réunion de cabinet dentaire, tout le monde a le droit à l'erreur. Aussi, si vous n'apprenez pas à sortir des sentiers battus soit

>>>

15 clés pour un travail en équipe créatif et productif (suite)



“Considérez bien la règle absolue suivante : lors d’une réunion de développement organisationnel, il n’y a plus ni patron, ni employé,,

par vos confrères, soit par des officines de conseil qui rabâchent tout le temps les mêmes « astuces », jamais vous ne trouverez le mode de management ou d’organisation qui conviendra le mieux à vos personnalités professionnelles respectives, celles qui se déploient exclusivement en situation de travail et qui n’ont parfois rien à voir avec votre « psychologie » personnelle.

11 - Entre l’idée et sa réalisation, il n’y a pas qu’un pas

Les premiers moments d’une réunion de développement organisationnel ne donnent généralement vie qu’à des ébauches convenues. Il est donc nécessaire que l’un d’entre vous au sein du cabinet joue le rôle d’animateur et d’arbitre. Pour la mise en place de vos premières réunions, il est parfois préférable de faire appel à des consultants en médiation ou en management. En effet, si vous ratez votre premier *brainstorming*, l’amertume de votre équipe risque fortement d’entamer la motivation nécessaire à l’organisation d’une seconde réunion.

12 - Vos réunions ne doivent pas être guindées

N’hésitez pas à faire preuve d’humour lors de ces réunions et considérez bien la règle absolue suivante : lors d’une réunion de développement organisationnel, il n’y a plus ni patron, ni employé. Tout le monde est au même niveau s’agissant de la phase d’émergence des idées. Il n’y a qu’un seul chef ; l’arbitre ou l’intervenant extérieur doit, non pas décider (le gérant du cabinet reste l’unique décideur pour la définition et l’attribution des objectifs à l’acteur désigné du cabinet) mais favoriser l’émulation sans aucun esprit de compétition de part et d’autre.

13 - Il faut parfois faire une pause

Si votre réunion dure deux ou trois heures, profitez-en pour faire une pause-café/croissants, par exemple, d’une durée maximale de 15 à 20 minutes. Évitez absolument d’organiser une réunion lors d’un repas d’équipe ou de profiter d’un repas d’équipe pour initier votre première réunion de cabinet : une véritable catastrophe annoncée. On ne réfléchit pas la bouche pleine !

14 - Élisez les meilleures idées

Parmi les éventuels dysfonctionnements de votre cabinet ou bien les protocoles qui nécessitent de faire table rase du passé et de repartir sur des bases de travail plus rationnelles, plus saines et plus productives, choisissez les idées qui semblent avoir le plus séduit les acteurs du cabinet, même si certaines d’entre elles semblent saugrenues et trop « originales » pour un cabinet médico-dentaire. Les limites imposées à la mise en place d’un nouveau mode d’organisation au sein du cabinet dentaire sont fixées par le respect dû aux patients ainsi que par le code de déontologie de la profession. Gardez bien à l’esprit qu’en général, on a toujours tendance à préférer ce que l’on connaît déjà en prenant comme argument les modes d’organisation ratés ou réussis de confrères que l’on connaît peu ou prou. Préoccupez-vous plutôt de votre propre cabinet, de votre équipe, de votre patientèle, en façonnant votre approche managériale à votre image plutôt que de tenter de reproduire les mêmes modes d’organisation que ceux de vos confrères dont le *leadership* est peut-être plus affirmé que le vôtre.

15 - Le *leadership* : la clé de la réussite

Si l’équipe doit participer activement au développement organisationnel de votre cabinet afin de répondre toujours mieux aux besoins de vos patients, c’est vous dans tous les cas qui devrez prendre les décisions et les assumer en ne rejetant jamais la faute sur les idées suggérées par vos employés. Si vous ne savez pas vraiment ce que vous « valez » en tant que *leader* et si vous souhaitez optimiser vos compétences managériales et décisionnelles, pensez à faire le point sur vos insuffisances professionnelles en gouvernance de cabinet, en gestion d’équipe ainsi qu’en communication, faites appel à un professionnel et formez-vous. ●

CONTACT

Rodolphe Cochet

Créateur de solutions
de développement organisationnel
7 rue Nicolas Houel - 75005 PARIS
Tél. : 01 43 31 12 67

E-mail : info@rh-dentaire.com

Conseil en management et
organisation des cabinets dentaires :
www.rh-dentaire.com

Tous vos rendez-vous

Parodontologie implantologie

Module 3 cursus de prothèse implanto-portée : réhabilitation de l'édenté complet

Pr P. Mariani, Drs R. Noharet, B. Cannas

Module 4 cursus de prothèse implanto-portée : le praticien et le laboratoire de prothèse

Drs R. Noharet, S. Scherrer, J. Bitton, Mrs JP. Casu, JM. Moal

2 & 3 DECEMBRE 2013 à Paris

Frais d'inscription : 3 950 €

Sapo Implant - Claire VIDALENC

Tél : 06.17.51.02.94

sapoimplant@gmail.com

www.sapoimplant.com

Formation des jeudis de l'implant

5 DECEMBRE 2013 ... à Toulouse

Dr J. Perisse

Frais d'inscription : 1 800 €

Atoll Implant - I. MAZZOUJ

16 rue Maurice Fonvieille

31000 Toulouse

Tél : 05 61 12 41 43

Fax : 05 62 30 22 21

ikrame.mazzouj@atoll-implant.fr

www.atoll-implant.fr

La chirurgie implantaire en omnipratique : démarrer concrètement en implantaologie et réaliser vos premiers cas de chirurgie sous 6 mois

6 & 7 DECEMBRE 2013 à Chessy Marne-la-Vallée

Dr N. Cohen

13 & 14 DECEMBRE 2013 10 & 11 JANVIER 2014... à Avignon

Drs P. Quesnel, B. Salsou, S. Dufront

Campus Iti - F. BERTRAND

3 rue de la Galmy - Chessy

77701 Marne-la-Vallée cx 4

Tél : 01 64 17 30 09

frederique.bertrand@straumann.com

www.campusitifrance.org

Formation prothèse implantaire de base

6 & 7 DECEMBRE 2013 à Grabels Parc Euromédecine

Dr JF. Pignol

Frais d'inscription : 480 €

991 rue de la Valsière - Parc

Euromédecine - 34790 Grabels

Tél : 04 67 70 23 30

Fax : 04 67 41 98 29

Traitement du maxillaire postérieur sans greffe

11 DECEMBRE 2013 à Paris

Drs B. Cannas, N. Boutin, E. Eracy

Frais d'inscription : 480 €

Sapo Implant - Claire VIDALENC

Tél : 06.17.51.02.94

sapoimplant@gmail.com

www.sapoimplant.com

Table ronde sur l'implantologie : les consensus en 2013

12 DECEMBRE 2013 à Paris 12° (Maison de la RATP)

Frais d'inscription : 90 €

COEFI

3 avenue Alphan 75116 Paris

Tél : 06.61.20.26.55

contact@coefi.fr

www.coefi.fr

Les substituts osseux : indications en fonction de leurs caractéristiques physicochimiques et structurales

12 DECEMBRE 2013 à Paris

Dr G. Faudemer

CFLIP - Dr JF. MOREAU

12 avenue d'Eylau 75116 Paris

Tél : 01 47 23 59 12

jfmoreau78@gmail.com

La dentisterie neuromusculaire en 5 étapes - théorie, tp et travail sur patient

12 & 13 DECEMBRE 2013 ... à Paris

GAD Center

Tél : 06.09.13.52.41

contact@gad-center.com

www.gad-center.com



Formation PRF® et accès à la voie veineuse

12 & 13 DECEMBRE 2013 ... à Nice

23 & 24 JANVIER 2014 à Lyon

Dr JJ. Chalard

Frais d'inscription : 500 € / 1 jour

1 000 € / 2 jours

Syfac - 49 rue Gioffredo

06000 Nice

Tél : 04 93 80 14 87

Fax : 09 57 33 32 56

info@syfac.com

www.syfac.com

Formation pratique de prothèse implantaire

14 JANVIER 2014 à Lyon

Drs P. Exbrayat, B. Delcombel,

F. Triollier

Frais d'inscription : 250 €

Study Club Dentaire & Implantaire

Cabinet du Dr P. Exbrayat

68, avenue des Frères Lumière

69008 Lyon

Tél : 04 72 78 58 64

Fax : 04 72 78 58 66

infos@scdi.asso.fr

www.scdi.asso.fr

Omnipratique

La femme enceinte et le chirurgien dentiste

4 DECEMBRE 2013 à Paris 20° (Hotel Ibis)

Dr MA. Rozan

COSS - Sylvie PLANTARD

22 rue Robert Legros

93100 Montreuil

Tél : 01 43 28 37 51

www.coss.ass.fr

PCR formation renouvellement personne compétente en radioprotection

4 AU 10 ; 16 & 17 DECEMBRE 2013 à Aix-en-Provence

P. Mens, JP. Piferrer

Médicontrol

70 allée des Oliviers

13700 Marignane

Tél : 09 83 67 18 70

medicontrol@free.fr

www.medicontrol.com

Le laser er yag : une longueur d'avance. La polyvalence au service du praticien

5 DECEMBRE 2013 à Paris Espace Van Gogh (Maison de la RATP)

Pr JP. Rocca, Drs D. Bensoussan,

M. Mongeot, F. Baudot, D. Guex,

C. Leconte

Frais d'inscription : 290 €

DPB Events

257, rue Jules Verne

34980 St Gely du Fesc

Tél : 06 62 46 57 59

dorothee@dpbevents.com

www.dpbevents.com



Restaurations céramo-céramiques : de la préparation au collage

5 DECEMBRE 2013 ... à Bordeaux

Dr C. Toledano

12 DECEMBRE 2013 à Paris

Dr O. Etienne

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

aude.collomb-patton@

ivoclarvivadent.com

www.ivoclarvivadent.fr

Je suis l'anesthésie préférée des enfants et les pulpites mandibulaires me détestent. Qui suis-je...

5 DECEMBRE 2013 à Nantes

12 DECEMBRE 2013 à Paris

16 JANVIER 2014 à Bordeaux

30 JANVIER 2014 à Marseille

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



Gestion des risques au cabinet dentaire : stérilisation et traçabilité

9 DECEMBRE 2013 à Paris 17°
(Mutuelle Ampli - 27 bd Berthier)

Dr JM. Gabet
Frais d'inscription : 180 € /
Membres, 210 € / Non-membres
UNIODF - Nathalie
37 rue d'Amsterdam
75008 Paris
Tél : 06 07 03 88 10
uniodf@uniodf.org
www.uniodf.org

Diplôme d'université expertise maxillo-faciale et bucco-dentaire

11 & 12 DECEMBRE 2013 ; 22 AU 24
JANVIER 2014 à Montpellier
(Faculté de médecine Salle Dugès)

Diplôme d'université technique de rééducation maxillo-faciale

29 AU 31 JANVIER 2014
à Montpellier (Hôpital Gui-de-
Chauliac, service ORL)

Dr P. Jammot, I. Breton
Université Montpellier 1
Tél : 04 67 66 05 38
Fax : 04 67 66 46 53
jenny.souchon@univ-montp1.fr

Formation à l'utilisation du MEOPA

12 DECEMBRE 2013 à Bordeaux
UFR d'Odontologie

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

Simplifiez-vous les composites

12 DECEMBRE 2013
à Pont-à-Mousson

Dr G. Weisrock
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
aude.collomb-patton@
ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.fr

Radioprotection des patients

19 DECEMBRE 2013
à Aix-en-Provence

JP. Piferrer
Frais d'inscription : 250 €
Médicontrol
70 allée des Oliviers
13700 Marignane
Tél : 09 83 67 18 70
medicontrol@free.fr
www.medicontrol.com

Acupuncture : une journée gratuite d'information

11 JANVIER 2014
à Paris 14° (Hotel Ibis)

Drs JP. Paulet, JP. Menier
Odenth Acupuncture
Dr JP. Menier
134 rue des Vergers
63270 Vic-le-Comte
Tél : 06 66 81 14 99
jpr.meunier@orange.fr
Odenth.com

Hygiène et asepsie au cabinet dentaire

16 JANVIER 2014 à Nantes

Dr P. Rocher
Labophare Formation
Audrey FALKENRODT
Tél : 05 56 34 93 22
audrey.falkenrodt@
acteongroup.com



Endodontie

TP Endodontie : 1ère séance préparation

7 DECEMBRE 2013 à Bordeaux

TP Endodontie : 2ème séance obturation

18 JANVIER 2014 à Bordeaux

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

Orthodontie

Techniques linguales simplifiées pour une orthodontie du confort

1 & 2 DECEMBRE 2013 à Paris

Dr JF. Ernoult
Frais d'inscription : 480 € / jour,
800 € / 2 jours
Dentsply GAC - Elena SPODAR
1 rue des Messagers
37210 Rochecorbon
Tél : 02.47.40.24.04
Fax : 02.47.40.23.39
gac-fr.cours@dentsply.com
www.gac-ortho.com

Le concept pul : harmonisation naso-labio-maxillo-mandibulaire

9 DECEMBRE 2013 à Paris

Dr E. Callabe
Frais d'inscription : 390 €
Dentsply GAC - Elena SPODAR
1 rue des Messagers
37210 Rochecorbon
Tél : 02.47.40.24.04
Fax : 02.47.40.23.39
gac-fr.cours@dentsply.com
www.gac-ortho.com

Traitement précoce du prognathisme

25 & 26 JANVIER 2014 à Paris
(Hôtel Novotel Gare de Lyon)

Dr JL. Raymond
Frais d'inscription : 750 €
Empresa - Mlle E. LOPEZ
8 rue René Marqués
66250 St Laurent de la Salanque
Tél : 04 68 28 68 28
Fax : 04 68 28 00 50
elisa.seminaires@orange.fr
www.orthoclusion.fr



Organisation

Formation organisation du cabinet : praticien + assistantes

6 & 7 DECEMBRE 2013 à Lyon
(Centre formation Clinic-All)

Drs O. Guastalla, M. Appap,
S. Arnoldi
Frais d'inscription : 390 €
Clinic-All
84 quai Charles de Gaulle
69006 Lyon
Tél : 04 26 18 61 43
contact@clinic-all.fr
www.clinic-all.fr

Communication

Soirée organisation et communication au cabinet

5 DECEMBRE 2013 à Paris 16°
(Centre Arpège Trocadéro)

Dr J. Vermeulen
Frais d'inscription : 110 €
Alpha Omega Paris
Dr Serge ZAGURY
5, place du Général Leclerc
94160 Saint Mandé
Tél : 01 43 28 15 14
alphaomegaparis@gmail.com
www.alpha-omega-paris.com

Divers

Hypnose médicale dentaire et techniques de communication ericksonniennes : formation

12 & 14 DECEMBRE 2013 à Strasbourg

16 AU 18 JANVIER 2014 ; 30 JANVIER
AU 18 FEVRIER 2014 à Paris

Y. Halfon, Drs C. Parodi, K. Kaiser
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
info@hypnoteeth.com
www.hypnoteeth.com

PETITES ANNONCES

CABINET DENTAIRE

Ventes 21 - DIJON

Cause retraite, cède ou autres formules, cabinet dans quartier en pleine expansion.

Tél. : 06 70 74 04 02

N°13/87/CA/1281

38 - BOURGOIN

Offre reprise de cabinet (matériel, patientèle) par location des murs (130m²) avec option d'achat (T2 40m² sur place). CA 312K€.

Tél. : 06 98 94 40 53

N°13/87/CA/1269

38 - GRENOBLE

Vendons cabinet pour cause de retraite. Donnons 2 clientèles et 3 équipements si achat des murs. Stérilisation. Accès PMR (personnes à mobilité réduite).

Tél. : 06 70 64 14 99

N°13/87/CA/1280

44 - NANTES

Vends cabinet informatisé avec assistante dans SCM 2 praticiens. Cession parts SCL.

Tél. : 02 40 93 84 89

ou 06 09 72 20 21

N°13/87/CA/1275

49 - MAINE-ET-LOIRE

Sous-préfecture. Vends cabinet ODF. Retraite en mars 2014. 400 cas actifs. Patientèle agréable. Présentation assurée. Prix=140000€.

Tél. : 06 15 75 01 00

N°13/87/CA/1272

DIVERS

62 - ARRAS

Achète vieux matériel dentaire. Table ronde tournante, vitrine en fonte de fer, etc. France.

Tél. : 06 68 86 07 36

N°13/87/DI/1278



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 minimum, connaissances du monde dentaire appréciées.

Adresser CV, lettre de motivation et photo à : contact@lefildentaire.com

OFFERT



**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 ».



Venez fêter nos 40 ans et profitez de
40 heures de promotion sur notre stand

1P10

A découvrir et essayer sur notre stand !

Tenons

1 acheté = 1 offert, dès le 1^{er} sachet* !

Normatec
LES TENONS DENTAIRES



Laser à diode portable

3 120€ TTC, soit une remise de - 20%

Loupes PERIOPTIX®

- 30 % sur toute la gamme



Remise - 25% sur les consommables

(Résine verre-ionomère, composites de collage, composite ionomère hybride, matériaux de reconstitutions provisoire et définitive, empreintes...)

Retrouvez aussi...



Découvrez toutes nos promotions ADF sur www.tecalliage.fr



Safe IMPLANT

Stand **ADF 1N16**

www.safeimplant.fr

TEL : 01 48 05 71 88

Nombreux cadeaux sur notre STAND ADF 1N16

7 Offres ADF disponibles du 1/10/13 au 1/01/14



**100 implants
+ 30 offerts
= 6 500 €TTC**
Soit 50€ l'implant
Shark ou Regular



**Moteur d'implantologie
et d'endodontie**
Moteur vendu sans le contre-angle
et tubulure autoclavable

2 500 €TTC 



**35 forets à stopper avec
trousse = 990 €TTC**
Soit 28€ le foret

Ø2, 2,5, 2,8, 3,2, 3,65, 4,2, 4,65, 5,2 mm
Longueur: 6,8, 10, 11,5, 13, 16 mm



Moteur d'implantologie
Moteur vendu sans le contre-angle
et tubulure autoclavable

1 490 €TTC 

All trademarks are property of their respective companies



**50 piliers de cicatrisation
= 600 €TTC**
Soit 12€ à l'unité

connectiques au choix *



**50 piliers droits / angulés
+ 20 offerts = 2 250 €TTC**
Soit 32€ le pilière

connectiques au choix *

NOUVEAU CATALOGUE SUR DEMANDE



10 substituts osseux en seringue

= 493 €TTC



Certification CE
ISO 9001:2008
ISO 13485:2003

**Le choix de la qualité des compatibles avec plus de
500 connectiques implantaires:**

Nous vous proposons des produits compatibles aux connectiques* :
Zimmer dental®, MIS®, Alpha bio®, AB®, ADIN®, Nobel Biocare® (Replace™, Groovy™, Active™),
Branemark®, Straumann®, Swiss™, 3i certain®, Tekka®, Médical Production®
Euroteknika®, Avinent®, Xive™, Astra tech® (lilac™, acqua™), Easy®, Dentium®, DIO®, MP® etc...
All trademarks are property of their respective companies

www.safeimplant.fr