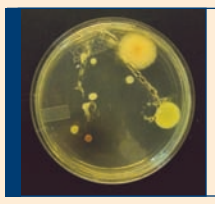
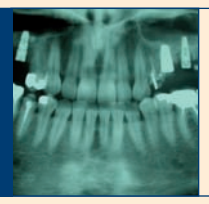
Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Édition Française

20 janvier 2010 | www.dental-tribune.fr | N°07 - Année 2



Impensable !
Des bactéries sur les clips des porte-serviettes des patients
► *Page 4*



Technique des ostéotomes
Cas pratique en situation extrême
Par le Dr R. Grigri
► *Page 6*

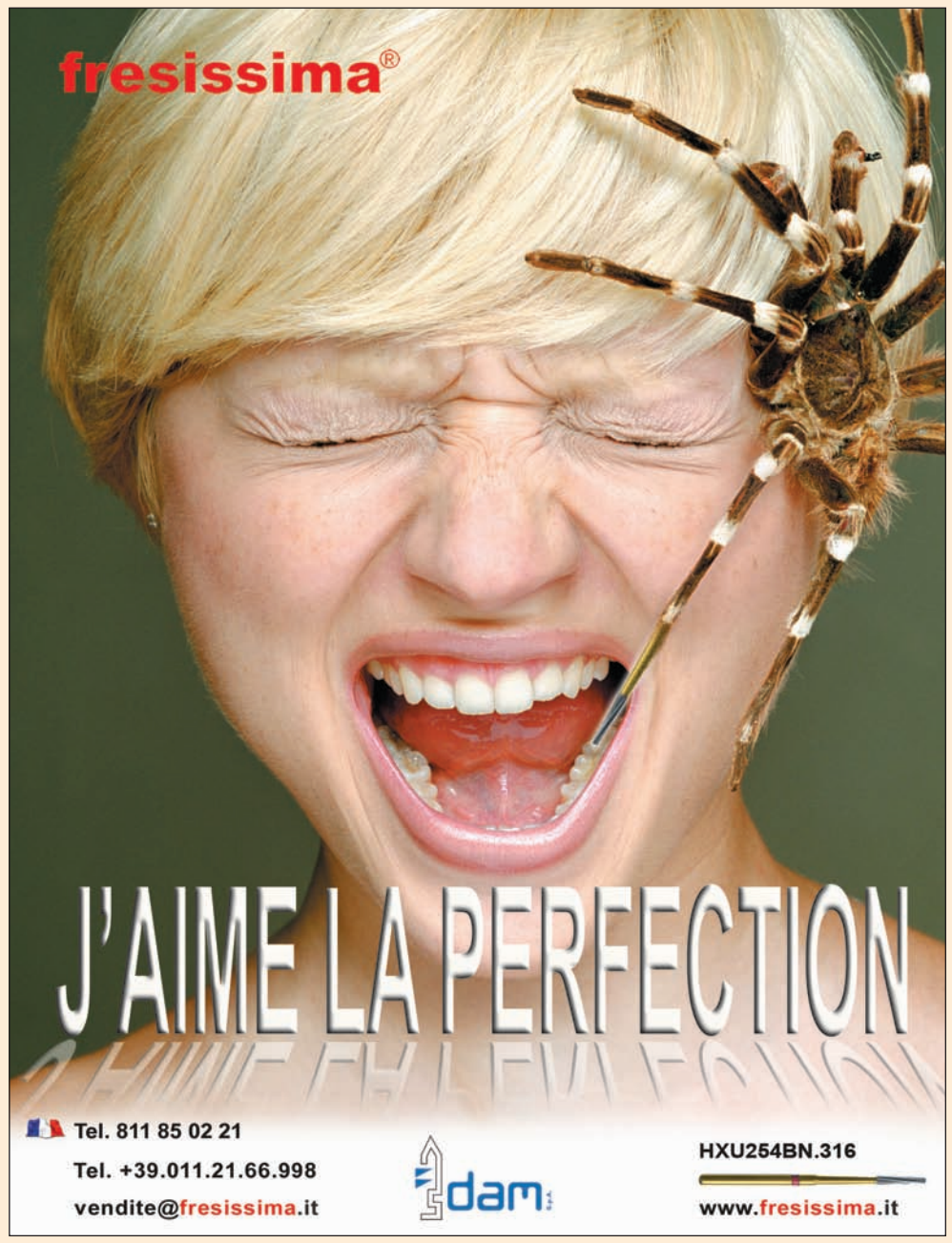
Chirurgie implantaire
Un incontournable aujourd'hui : les implants courts
► *Page 10*

RÉFORME DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

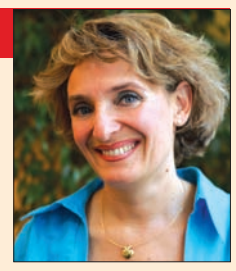
Les libéraux ne sont plus soumis à la contribution sur les recettes

La discrimination envers les professionnels libéraux soumis au régime des BNC, ayant un chiffre d'affaires inférieur à 500 000 euros et employant moins de cinq salariés, prévue par la loi de finances 2010 est censurée par le Conseil constitutionnel.

La taxe professionnelle étant considérée comme l'un des principaux obstacles à l'investissement et à l'emploi, le Conseil constitutionnel vient de valider sa suppression et son remplacement par la contribution économique territoriale, prévus par la loi de finances 2010. Dans la loi votée par les parlementaires, les professionnels libéraux soumis au régime des BNC, ayant un chiffre d'affaires inférieur à 500 000 euros et employant moins de cinq salariés, faisaient figure d'exception : exclus de ce dispositif, ils étaient toujours soumis au maintien de la contribution sur les recettes. « *Considérant que… les contribuables, s'ils emploient moins de cinq salariés, seront imposés sur une base comprenant, outre la valeur locative de leurs biens, 5,5 % de leurs recettes ; que le dispositif prévu conduit ainsi à traiter de façon différente des contribuables se trouvant dans des situations identiques au regard de l'objet de la loi ; que le fait d'imposer davantage, parmi les contribuables visés ci-dessus réalisant moins de 500 000 € de chiffre d'affaires, ceux qui emploient moins de cinq salariés constitue une rupture caractérisée du principe d'égalité devant l'impôt…* », soutient un communiqué de l'Institut français des experts-comptables et des commissaires aux comptes.
Le Conseil constitutionnel a rejeté cette discrimination en censurant cet aspect du nouveau dispositif, et rétabli ainsi l'équité fiscale entre les entreprises libérales et les sociétés.



ÉDITORIAL ► Par Dr Laurence BURY



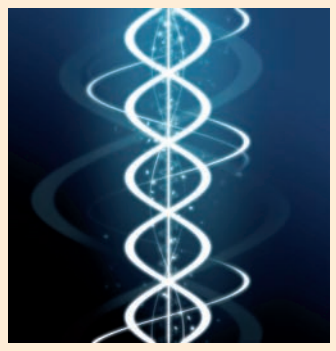
Exit 2009… Place à 2010 !

Bonne année à vous tous, lecteurs assidus ou épisodiques, commentateurs réguliers, correcteurs occasionnels et informateurs précieux. Bonne année à vous tous qui allez faire vivre ce journal, encore plus fort et encore plus loin que l'an passé.
Notre espoir est que ces quinze rendez-vous annuels suscitent une relation de confraternité active entre nous tous. En cette année nouvelle de nombreuses réformes désavantageuses pour notre profession vont arriver. Il faut consolider ce lien. L'union fait la force. Et le show continue.
Nous allons nous retrouver, entre nous, pour exposer de chacun à chacun, nos expériences, et nos tours de main. Tant il est vrai qu'avec le temps, tous autant que nous sommes, avons acquis des améliorations, qui facilitent notre exercice professionnel. Des rubriques nouvelles, toujours dans un souci de coller au plus près de vos préoccupations vont apparaître.
Les « incontournables » nouveautés matérielles et médicamenteuses seront présentées en priorité, avec la possibilité d'une mise en pratique immédiate, tout en vous livrant des conseils d'utilisation et les trucs et astuces délivrées par les confrères utilisateurs.
Ainsi, notre journal sera une véritable Tribune, avec ses manifestations écrites. Tous les événements seront donc ici. Ce journal sera ainsi véritablement le vôtre.
Que la santé vous permette une année – et les suivantes ! – pleine de désirs à réaliser.

► Recherches

Bientôt un laser pour évaluer la santé dentaire

Une méthode d'analyse de mesure de l'élasticité d'une dent a été créée. Elle pourrait se traduire par un concept rapide, efficace, rentable et non destructif de contrôle de la santé des dents humaines.



Une équipe composée de chercheurs et d'étudiants des universités de Sydney (Australie) et Cheng Kung (Taiwan) a réussi en mesurant la réponse des dents à un ultrason généré par laser, à évaluer la teneur en minéraux de l'émail dentaire.
Cette technique au laser a fait l'objet d'une publication dans le journal « Optic Express ». Il s'agit de la première technique qui permette de mesurer l'élasticité d'une dent sans la détruire. Les chercheurs affirment avoir déjà testé avec succès cette méthode sur des dents extraites, mais ne sont pas encore passés aux tests sur les dents d'une personne vivante. Il faudra selon eux plusieurs années avant qu'une solution soit mise à disposition des chirurgiens-dentistes.

Institut français de Taipei (Taiwan) / ADIT - Article issu du BE Tawaïn n°28 du 27/08/2009 : http://www.bulletins-electroniques.com/actualites/60270.htm

► Entente France-Québec

S'expatrier plus facilement au Canada

La présidente de l'Ordre des dentistes du Québec, le Dr Diane Legault et Christian Couzinou, ont signé une entente de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des praticiens québécois et français.

Le Dr Diane Legault, présidente de l'Ordre des dentistes du Québec et le Dr Christian Couzinou. En arrière-plan Jean Charest, Premier ministre du Québec et Roselyne Bachelot, ministre de la Santé.

Le 27 novembre dernier, pendant le congrès ADF, un Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) a été signé entre l'Ordre français et l'Ordre québecois. « *Nous franchissons aujourd'hui une étape importante de nos travaux. La qualité du dialogue qui s'est installé entre nos deux organisations nous permettra de respecter notre engagement à conclure certaines modalités relatives à un stage d'ici juin 2010* », a déclaré Diane Legault. L'arrangement prévoit qu'un chirurgien-dentiste français désireux de s'établir au Québec devra compléter un stage d'une durée de six mois ou réussir l'examen de l'Ordre des dentistes du Québec. Cet ARM s'inscrit dans le cadre de l'Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, signée en octobre 2008 à Québec par le Premier ministre québécois Jean Charest et par Nicolas Sarkozy. Cette Entente vise à faciliter et à accélérer les procédures entourant la reconnaissance des qualifications professionnelles de travailleurs exerçant une profession ou un métier réglementé. La mise en œuvre de cet accord doit intervenir au plus tard au 1er semestre 2010.

Site Web : Nouveau design et nouvelles fonctionnalités

Generation Implant

92 % des chirurgiens-dentistes français utilisent Internet et 86 % l'utilisent pour rechercher des informations professionnelles et s'informer sur la technicité de leur métier. Afin de répondre à cette exigence, l'association Generation Implant a amélioré son portail d'échange.

Formation
« Se former près de chez soi ou à l'étranger » : Un éventail complet des formations proposées par Generation Implant dans toute la France : dentisterie esthétique, implantologie, greffe osseuse… Generation Implant a déjà ouvert 14 plates-formes en France animées par 18 formateurs depuis 2006. Chaque formation accueille des petits groupes de travail (maximum 16 personnes) favorisant l'interactivité et les travaux pratiques.

E-learning
Il s'agit d'un enseignement à distance permettant au praticien de se former dans tous les domaines de la dentisterie en visionnant des cours en vidéo. Une rubrique innovante a également été mise en place, celle-ci permet à l'internaute d'étudier un cas clinique et de proposer par la suite le plan de traitement qui lui paraît le plus approprié.
Il pourra ensuite visualiser la proposition chirurgicale d'un des formateurs en image. Le praticien a la possibilité de commander son cours à la demande ou de souscrire un abonnement annuel pour accéder de manière illimitée à toutes les formations en ligne proposées.

Mon espace
Une véritable plate-forme d'accompagnement, de mise en relation et de rencontre pour tous les praticiens de Generation Implant. Celle-ci a été créée dans le but d'assurer un suivi post formation : les chirurgiens-dentistes gardent le contact avec leur formateur, et avec les autres praticiens rencontrés lors de leur séminaire. Ils peuvent également télécharger des compléments de cours (documents ou vidéos d'illustration).

Traiter la pollution mercurielle du cabinet

Pack Hg de Hg2L

Hg2L offre une solution complète et innovante centrée sur le traitement des risques mercuriels en milieu dentaire.

Nous savons tous que l'inhalation des vapeurs de mercure par le chirurgien-dentiste et du personnel de santé au cabinet dentaire représente un risque potentiel d'intoxication.
La société Hg2L se propose d'intervenir sur les quatre sources d'émanation de vapeurs mercurielles en cabinet, à savoir :
• le stockage des déchets, par une gamme de conteneurs qui permet de rendre inactif les vapeurs de mercure pendant six mois ;
• la décontamination du fauteuil, par une solution nettoyante et désinfectante qui décontamine des vapeurs de mercure ;
• l'assainissement de l'air ambiant, par un purificateur d'air multi filtre à charbon actif pour capter les vapeurs mercurielles ;

• la protection du personnel lors des poses, déposes et polissages (masques à charbon actif et canule d'aspiration).
Enfin, la société propose des diagnostics en cabinet pour mesurer les taux de mercure et *via* un laboratoire indépendant pour les mesures urinaires du personnel.

À SAVOIR :

- La réglementation impose au praticien de s'équiper d'un séparateur d'amalgames (matériel devant retenir 95 % des déchets d'amalgames avant de passer dans les eaux usées) et de trier ses déchets d'amalgames ainsi que de leur faire suivre une filière de retraitement.
- Les taux de vapeurs de mercure sont indépendants des quantités d'amalgames traitées, et croissent de manière exponentielle avec le niveau de température.
- Marxhors et coll. ont par ailleurs montré que dans une pièce de 50 m³, 20 grammes de déchets d'amalgame provoquent une pollution atmosphérique de 40 g/m³ de mercure à 22°C et 100 g/m³ à 60°C.
- L'OMS considère qu'il y a un danger pour les personnes exposées, si le taux de vapeur de mercure est supérieur à 40 µg/j pour un poids de 80 kg. La norme française (VME) est de 25 µg/m³.

► Nouveauté

L'UJCD rafraîchit son portail Internet

L'UJCD met ainsi à disposition, non seulement de ses adhérents, mais aussi de tous les chirurgiens-dentistes, une information riche, précise et actualisée sur tous les sujets liés à l'activité professionnelle.

« *Agrément de la consultation, utilitaire de recherche performant et réactivité sont les principales qualités de ce nouveau site* », assure Stéphane Diaz, directeur de la communication. Textes de référence, actualités, dossiers de fond… : une information exhaustive est désormais à la disposition de tous les praticiens, en quelques clics. La page portail permet par le biais de mots clés propres au cœur de l'activité – défendre et représenter, informer, former, prévoir, assurer – d'accéder aux différentes entités du groupe UJCD : le syndicat, Convergences… Par le biais de codes d'accès, les adhérents au syndicat pourront bénéficier, en exclusivité, d'encore plus de données. « *Ce portail se positionne dès à présent comme la référence en matière d'information sur Internet dans le domaine dentaire* », soutient Stéphane Diaz.

www.ujcd.com

► Organisation

Gagnez 2 heures par jour : 5 techniques qui ont fait leurs preuves

Un nouvel ouvrage, l'Organisation du cabinet dentaire, recense toutes les techniques, méthodes, astuces, savoir-faire… de façon très didactique. Bien loin des caricatures des « Temps Modernes » ou de « l'abatage » dont souffrent encore aujourd'hui les méthodes rationnelles et scientifiques d'organisation du travail.

Si l'objectif est d'améliorer la rentabilité *in fine*, tous les moyens pour y parvenir ne sont pas pour autant vertueux. Tant s'en faut. Améliorer la rentabilité n'est pas une démarche qui justifie tous les renoncements ; la qualité, et notamment la qualité clinique, doit être égale ou supérieure à celle que le cabinet était capable de produire initialement. Égale parce qu'il n'est pas besoin de cours d'organisation pour travailler moins bien (il suffit d'être médiocre, cela suffit), supérieure parce que, mieux organisé donc plus serein, on se consacre entièrement à sa tâche. L'ouvrage de Robert MACCARIO décrit en détail les étapes pour mettre en place :

1. Le regroupement des actes

L'acte supplémentaire en bouche prend moins de temps que l'acte précédent. Des économies d'échelle peuvent donc être facilement réalisées en faisant plusieurs actes dans le même rendez-vous. Quelle que soit la durée du rendez-vous, il demandera cinq à sept minutes pour l'entrée du patient (nettoyer le fauteuil, accueillir le patient, se laver les mains, poser le champ, anesthésier…), et encore cinq à sept minutes pour le quitter (ranger les instruments, nettoyer le fauteuil, établir la feuille verte, donner ses instructions pour le prochain rendez-vous…). Ces 10 à 15 minutes sont incontournables, nécessaires pour nouer une relation avec son patient, mais ne sont pas « opérationnelles ».

Plus le rendez-vous est long, plus la valeur relative de ces 15 minutes va se réduire (dans un rendez-vous de trois heures, c'est seulement 5 % de temps non honoré). Dans une journée classique qui compte 20 rendez-vous, c'est 20 fois 10 minutes non facturées, soit près de trois heures pendant lesquelles les plans de traitement n'avancent pas. Le temps additionnel pour la réalisation du deuxième composite est bien plus faible que le temps nécessaire à la réalisation du premier (idem pour la prothèse), et pourtant la facturation de l'acte supplémentaire ne baisse pas.

2. La gestion de l'agenda

Le frein principal au travail en rendez-vous long est l'annulation : dans un agenda classique la plupart des séances étant de 30 minutes, une annulation n'a pas grande conséquence. Alors qu'en appliquant la gestion en rendez-vous longs, l'annulation peut mettre l'équipe au chômage technique pendant deux heures. Par ailleurs, le succès du cabinet entraîne un nombre de nouveaux patients toujours croissants.

Il est tentant de réagir en réduisant la durée des rendez-vous pour prendre tout le monde dans des délais raisonnables ou au contraire de proposer des rendez-vous à trois ou quatre semaines… augmentant ainsi le pourcentage d'absence à la première séance. Et les urgences qui viennent déstabiliser les agendas bien gérés jusqu'à la veille… Il s'agit de savoir gérer les premiers appels, les retards, les annulations, les urgences (internes et externes), les priorités…

3. Les protocoles cliniques

L'équipe clinique a intérêt à écrire, geste après geste, les différentes étapes de chacun des actes qu'elle pratique. Ce travail qui peut paraître fastidieux est en fait une expérience incontournable pour améliorer sans cesse sa pratique, se remettre en question, analyser erreurs et faiblesses, faire progresser la coordination du binôme assistante-praticien… Cet exercice permet de repérer les gains de productivité trop souvent annihilés par les habitudes qui s'installent insidieusement sans que l'on ne s'en rende compte. L'ouvrage donne de précieux conseils pour que ce travail soit facile, rapide et intéressant. C'est également la manière la plus efficace de préparer les travaux des deux étapes suivantes.

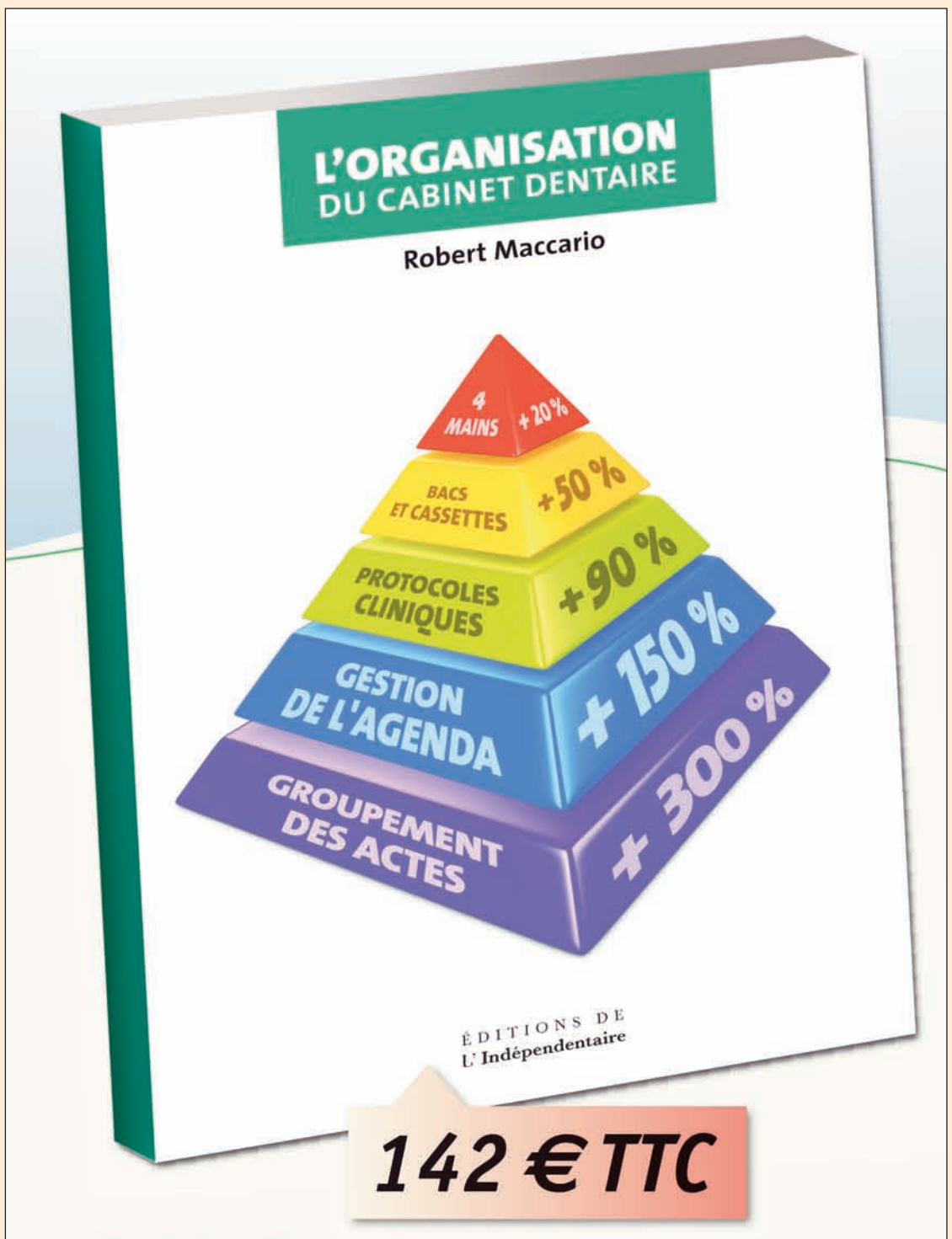
4. Les bacs et cassettes

Encore appelés « Tubs & Trays » ou « plateaux pré-préparés ». Imaginez-vous un chauffeur de taxi ouvrant plusieurs fois par jour la boîte à gants pour trouver le clignotant ? Non, bien sûr. C'est pourtant l'équivalent que pratiquent (subissent) la plupart des cabinets quand le praticien ouvre un tiroir pour chercher un instrument dont il a besoin pendant le soin. Il s'agit de mettre tous les éléments nécessaires aux soins à la portée des avant-bras de l'opérateur, sans qu'il ait à mobiliser les coudes. La mise en place des bacs et cassettes permet à la logistique d'arriver à l'opérateur et non pas l'inverse. Le praticien doit être au centre de l'organisation ; tout doit arriver à lui. Les bacs (pour les non-stérilisables) et cassettes (pour les stérilisables) font se déplacer « les tiroirs » vers l'opérateur. Et pour être encore plus efficace, au lieu de ranger dans les tiroirs les instruments par ressemblance ou collection, il sera profitable de les organiser en acte, en objectif de produit. La mise en place de cette logistique est d'autant plus indispensable si le praticien travaille en solo.

Pas besoin de conseils pour faire plus vite et… moins bien !

5. Le quatre mains

Le quatre mains n'a d'intérêt que si l'assistante au fauteuil assure la jonction entre les bacs et cassettes et le praticien (par extension, c'est elle qui se charge de la logistique entièrement). Elle évite à l'opérateur de sortir ses yeux des 20 000 lux du champ opératoire aux 500 lux de la zone qui entoure le fauteuil. L'assistante ne doit pas pour autant ouvrir les tiroirs, elle doit présenter les instruments au praticien, qui ne doit plus que bouger les poignets pendant les soins. Ce dernier garde sa concentration intacte, les yeux et les doigts dans la bouche du patient. L'anticipation de l'assistante doit être parfaite ; un retard d'une seconde est assez agaçant pour que le praticien tende le bras pour se saisir lui-même de l'objet qu'il attendait. Il est nécessaire d'écrire les protocoles de scénariser chaque soin à deux pour mettre en place un quatre mains efficace.



142 € TTC

Avec Robert Maccario,
Moins de stress
plus d'efficacité

Le groupement des actes
La gestion de l'agenda
Les protocoles
Les bacs et cassettes
Le quatre mains

BON DE RÉSERVATION

À retourner avec votre règlement à DENTAL TRIBUNE FRANCE
Service VPC - 10, rue Lacépède 13100 Aix-en-Provence

Je commande ..... exemplaires de l'ouvrage
" L'organisation du cabinet dentaire "
au prix de 142 € l'unité, soit ..... €.
Je joins un chèque de ce montant comprenant les frais d'envoi.
Je recevrai une facture acquittée avec ma commande.

(Tous nos tarifs s'entendent TTC et incluent les frais de port pour les livraisons en France et dans les DOM-TOM.)

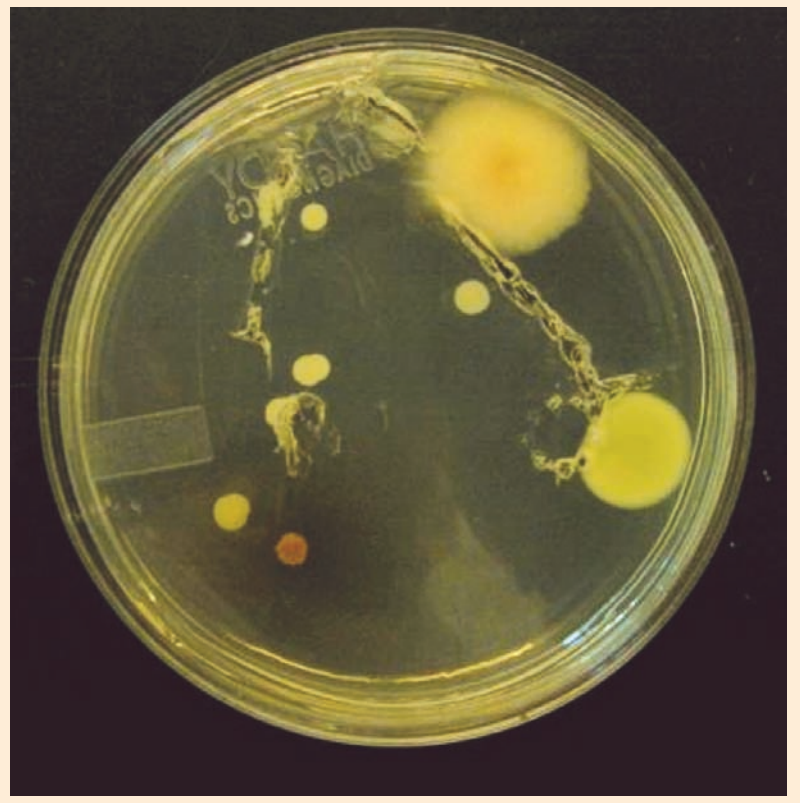
Nom : .....
Adresse : .....
Ville : .....
Tél. : .....
E-mail : .....

RCS : 443 145 917. Offre valable jusqu'au 31 décembre 2009. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il suffit de nous écrire (Indépendentaire, Service abonnement - 10, rue Lacépède 13100 Aix-en-Provence) en nous indiquant vos nom, prénom et adresse. Livre : TVA 5,5 % pour la France métropolitaine + Corse.

Des bactéries en des lieux impensables !

Dr Noël BRANDON-KELSCH

Selon une étude américaine, les chaînettes qui maintiennent les serviettes autour du cou de nos patients contiennent autant de germes que ceux retrouvés sur le sol des toilettes dans les aéroports. Une seule solution, l'autoclave ou le porte-serviette jetable.



► *Colonies bactériennes après 48 h de mise en culture*

Les agrafes de bavoir, comme d'autres articles, ont des réservoirs cachés, qui peuvent être une source de contamination croisée quand ils ont été en contact avec l'humidité, ou des résidus de nettoyage, et ainsi contaminer le patient ou l'environnement. Les centres pour le contrôle et la prévention des maladies définissent la contamination croisée comme une action de propagation des bactéries et virus, d'une surface à l'autre. Puisque les virus, nés dans le sang, peuvent vivre sur des objets et des surfaces jusqu'à une semaine, des germes pourraient être disséminés si les surfaces ne sont pas désinfectées de la bonne manière ou si l'équipement n'est pas nettoyé et stérilisé entre les patients.

Méthodologie

Matériel : 12 chaînettes prélevées dans divers cabinets dentaires ont étés placées dans des pochettes uniques stériles. Chaque cabinet avait désinfecté l'article en employant un désinfectant de catégorie hospitalière mais ne l'avait jamais stérilisé ou mis dans un bain ultrasonique. Les clips mélangés avec de l'eau saline stérile ont été secoués.
Puis à l'aide de pipettes uniques stériles, deux gouttes provenant de chaque échantillon d'eau ont été prélevées.

1. On étiquette une boîte de pétri « contrôle » et douze autres selon la provenance du praticien.
2. On étiquette les 13 pipettes stériles : une « contrôle » et les 12 autres selon la provenance du praticien.
3. On étiquette les 13 tubes de prélèvement. On remplit le tube de prélèvement à l'aide de la pipette lui correspondant jusqu'à la marque de 5 ml avec l'eau adéquate. On rebouche et on agite pour mélanger.
4. On utilise la pipette marquée « contrôle », et l'on dépose deux gouttes provenant de l'échantillon d'eau saline, stérile dans la gélose de la boîte de pétri « contrôle ».
5. On utilise une spatule en plastique, avec un mouvement de va-et-vient afin de répandre l'eau de l'échantillon dans la boîte. On tourne la boîte d'un quart de tour et on continue le mouvement de va-et-vient pour étaler l'échantillon. On continue de tourner et d'écarter jusqu'à ce que tout le liquide ait été absorbé dans la boîte. On s'assure de bien étaler l'eau à la surface de la gélose et de ne pas l'enfoncer dedans. La gélose ne doit pas être endommagée.
6. On répète les points quatre et cinq en utilisant les autres échantillons des tubes de prélèvement et en les mettant dans les boîtes de pétri adéquates, avec les pipettes adéquates.
7. On ferme les boîtes de pétri et on laisse reposer pendant 10 minutes.
8. On renverse les boîtes, gélose orientée vers le haut, et l'on stocke pendant 48 heures à température ambiante.
9. Après deux jours, on compte les colonies de bactéries dans les boîtes de pétri. Chaque colonie ressemble à un petit point rond sur la gélose et peut varier en taille, en forme et en couleur. La boîte de pétri « contrôle » ne devrait pas avoir de colonies.
10. On note le nombre de colonies comptées.

Résultats

Si le nombre de colonies de bactéries comptées dans les boîtes de pétri est moins que 500 CFU/ml, alors l'eau respecte les recommandations pour l'eau potable. Il ne devrait pas y avoir de colonies de bactéries dans la boîte de pétri « contrôle ».

- Les agrafes de bavoir et autres articles peuvent être une source de contamination croisée. En leurs crevasses, elles peuvent héberger des microbes pathogènes.
- Quand une agrafe creuse de bavoir est placée en solution, elle libère des débris hors de la tubulure et génère des comptages les plus élevés de CFU/ml. Dans l'environnement dentaire moite dans lequel nous travaillons, une contamination croisée pourrait se produire de la même manière.
- Plus grande est la superficie cachée ou, le secteur inaccessible, plus le compte de CFU/ml est élevé. L'agrafe qui a eu des mors en plastique avec beaucoup de crevasses et d'indentations ainsi que la chaîne qui a une peinture qui s'écaille et un anneau en plastique inaccessible ont les plus grands comptages.
- L'agrafe de bavoir en caoutchouc plein avec les indentations limitées a eu le nombre le plus moins élevé de CFU/ml.
- Les attaches de bavoir, stérilisées à l'autoclave ou jetables, n'ont pas

EXAMEN D'ATTACHES DE BAVOIR

TYPE	COMPTAGE CFU/ML	COMMENTAIRES SUR L'EXAMEN APRÈS GROSSISSEMENT	ÂGE DU CLIP
Tubulure creuse en caoutchouc, agrafe en métal	2,860	En solution, les débris sont sortis de la tubulure	2 ans
Chaîne, plastique sur l'agrafe	2,900	Ciment sur le plastique, débris sur, et à l'intérieur de l'agrafe	5 ans
Chaîne, sans plastique sur l'agrafe	2,120	Débris sur l'agrafe	3 ans
Chaîne, plastique sur l'agrafe	2,720	Débris sous le plastique	1 an
Chaîne, avec plastique sur l'agrafe	3,520	Peinture ébréchée, des débris sous la peinture	6 ans
Caoutchouc solide, aucun tube, agrafe en métal	1,410	Pas de débris visibles	6-9 mois
Tubulure en caoutchouc creux, agrafe en métal	2,980	En solution, les débris sont sortis de la tubulure, tubulure fendue	inconnu
Chaîne, sans plastique sur l'agrafe	2,330	Pas de débris visibles	1 an
Tubulure en caoutchouc creux, avec goulot conique pour l'agrafe	3,940	En solution, des débris sont sortis de la tubulure	6 mois
Tube en caoutchouc creux, agrafe en métal	3,220	L'extérieur de la tubulure présente de la saleté et des débris	1 an
Chaîne avec plastique sur l'agrafe	2,850	Débris présents sur la chaîne et sous le plastique	4 ans
Chaîne avec plastique	2,760	Débris présents sur la chaîne et sous le plastique	1 an ou plus
Agrafe de bavoir avec du plastique	<1,0	Autoclavée	2 jours
Caoutchouc plein, agrafe en métal	<1,0	Autoclavée	2 jours
Jetable	<1,0	Jetée dans une poubelle ordinaire	usage unique

L'AUTEUR

► **Docteur Noël BRANDON-KELSCH**

Conférencière, auteur et hygiéniste dentaire diplômée en Dentisterie alternative. Elle est chroniqueuse du contrôle d'infection pour le magazine RDH (Review of dental hygienists - Revue des hygiénistes dentaires). Récompensée de nombreuses fois, dont le « Colgate bright smiles, bright futures », « Sun star butler award of distinction » du magazine RDH, lauréate du « Make a difference day » du journal USA weekend magazine, lauréate du President's Service, Parent Foster de l'année. Noël est l'actuelle présidente de l'Association californienne d'hygiénistes dentaires, membre des Conseils d'administration de la Clinique gratuite de Simi Valley, de Sunstar América, de GC América, de Philip Life Style et de Total Care de Kerr, Directeur principal d'organisation, membre de l'Organisation pour les procédures de sûreté et d'asepsie, et du Réseau des conférenciers et des consultants.

À SAVOIR

- Un milieu de culture est un support qui permet la culture de cellules, de bactéries, de levures, de moisissures afin de permettre leur étude. En principe, les cellules trouvent dans ce milieu les composants indispensables pour leur multiplication en grand nombre, rapidement, mais aussi parfois des éléments qui permettront de privilégier un genre bactérien ou une famille. Ainsi, selon le but de la culture, il est possible de placer les micro-organismes dans des conditions optimales, ou tout à fait défavorables.
- La CFU (Unité de formation des colonies) est une mesure des unités de formation de colonies des bactéries viables ou des nombres fongiques.

créé assez de CFU/ml pour être considérées comme une source de microbes pathogènes viable.

Solutions

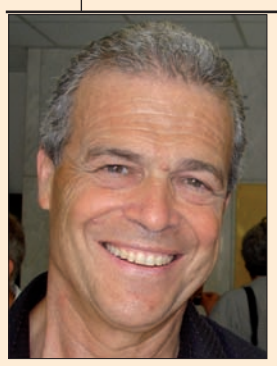
- **Employer des attaches de bavoir jetables. Ils sont simples d'utilisation, rentables et de contamination croisée réduite.**
- **Employer des attaches de bavoir sans chaînes, avec peu de gravures, et aucune indentation. Ne pas utilises d'attaches qui ne peuvent être stérilisées (la plupart le peuvent). En mettre une dans chaque procédure, la nettoyer par le bain ultrasonique pour enlever des débris, et puis la stériliser.**
- **N'introduire aucun matériel dentaire dans le secteur réservé à la nourriture. La possibilité de contamination croisée n'est pas sans risque.**

Les attaches de bavoir et autres articles avec réservoirs cachés peuvent être une source de contamination croisée. Chaque professionnel de santé a la responsabilité de protéger ses patients ainsi que lui-même contre le risque de contamination croisée.

► *Boîtes de pétri soulignées et marquées*

► *Pipettes de culture contenant les différentes dilutions prélevées sur les clips*

Bib-Eze™
DUX DENTAL
Porte-serviette
à usage unique pour éviter
la contamination croisée
Remplacez vos chaînettes porteuses de germes par une bande de papier crêpe à usage unique!
Pour recevoir un pack d'échantillons, appelez au
00800 24 146 121 (appel gratuit)
Pose facile: ruban adhésif
Confort du patient: papier crêpe doux
Taille unique: s'étire pour s'adapter
Asepsie garantie: fini les chaînette à nettoyer
Bib-Eze
Bib-Eze. La solution hygiénique.
DUX Dental
Zonnebaan 14, NL-3542 EC Utrecht, The Netherlands
Tel. +(31) 30 241 0924, Fax. +(31) 30 241 0054
Email: info@dux-dental.com, www.duxdental.com
Distribué par:
Henry Schein, GACD,
Promodentaire et Megadental.
REF. 35053 - 250 piéces par boites



Gérard SCORTECCI
Chirurgien-dentiste Implantologiste exclusif,
chirurgie et prothèse

L'implantologie : une solution pour surmonter l'invalidité buccale de mes patients

Pratiquant l'implantologie depuis 35 ans et reconnu à l'international comme expert du haut de ses 1 200 implants réalisés par an en moyenne, le docteur Gérard Scortecci divulgue humblement ses conseils pour une démocratisation de l'implantologie.

EN 5 DATES

1983
Docteur en Sciences Odontologiques de l'Université de Paris

1985
Expert judiciaire en odonto-stomatologie près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence

1988
Docteur d'État en odontologie, Habilité à diriger les recherches

1992
Diplôme universitaire d'implantologie, chirurgie et prothèse

2004
Responsable pédagogique du Diplôme Universitaire d'Implantologie Basale, Université de Nice-Sophia Antipolis

Qu'a apporté la pratique de l'implantologie dans votre exercice ?
L'implantologie m'a évité de mutiler des dents saines lorsqu'il s'agissait de remplacer une ou plusieurs dents manquantes. Elle a permis à mes patients de s'affranchir des prothèses amovibles auxquelles ils avaient du mal à s'adapter. Grâce à l'implantologie, j'ai pu offrir à de nombreuses personnes une solution pour surmonter leur invalidité buccale. Mon exercice professionnel a suivi l'évolution de l'implantologie qui s'est développée de manière remarquable ces 30 dernières années, en particulier au niveau des composants prothétiques. Lorsque j'ai timidement placé mes premiers implants en 1974, je n'imaginais pas pouvoir un jour surmonter les difficultés qui se sont présentées par la suite. L'implantologie m'a également permis d'élargir mes connaissances sur la biologie de l'os. Une thèse d'état dédiée aux implants disques m'a valu d'être habilité à diriger les recherches depuis 1988. Tout récemment, grâce à la collaboration étroite du Professeur Itzhak Binderman, nous avons développé les Ostéotenseurs matriciels. Depuis 2 ans, ces outils ont complètement révolutionné l'approche implantaire en préparant le terrain osseux quelques semaines avant d'intervenir.

Dans quels cas ne recommandez-vous pas un traitement implantaire ?
Les contre-indications de l'implantologie sont à peu près superposables à celles de la chirurgie buccale en général. Si un examen clinique approfondi est, bien sûr, essentiel, connaître la psychologie du patient – ses motivations, ses attentes – est également important. Médecin traitant et spécialistes sont toujours consultés. Il ne faut pas perdre de vue que l'implantologie est une thérapie de confort qui n'a rien d'obligatoire. Les prothèses conventionnelles sont concurrentielles des implants et ont la faveur des patients qui refusent toute chirurgie. Il existe cependant des contre-indications spécifiques à l'implantologie :

1. Les patients âgés de moins de 18 ans sont exceptionnellement implantables, mais sous peine de déboires sur le plan esthétique. Mieux vaut attendre la fin de la croissance, c'est-à-dire 18, voire 20 ans.
2. Il faut renoncer à l'implantologie si la situation n'est pas cliniquement maîtrisée et que trop de problèmes dentaires ne sont pas sous contrôle. Mettre des implants dans chaque espace édenté sans approche globale complique le traitement final.
3. Le problème des possibilités financières peut aussi être un obstacle.
4. L'aspect psychique est fondamental. Le patient doit pouvoir réfléchir et se faire une opinion. Il est important de ne pas donner au patient une vision idyllique et surréaliste de l'implantologie en lui faisant croire que l'implant est une solution miracle sans aucune contrainte.
5. La capacité du patient à maîtriser une hygiène buccodentaire correcte est fondamentale. Il faut éduquer les futurs porteurs d'implants à cet aspect qui participe à la garantie à long terme de nos constructions implanto-portées.

Quelles sont les principales évolutions ?
Les évolutions à venir viennent de plusieurs directions : 1. Ingénierie implantaire (bioforme, état de surface, matériaux) ; 2. Ingénierie prothétique avec la zircone et la CFAO ; 3. Ingénierie topologique (guides chirurgico-prothétiques, simulation, scanner dentaire) ; 4. Ingénierie tissulaire avec l'activation des cellules souches du patient avec les Ostéotenseurs matriciels. De même, les PRF et les biomatériaux sont en plein développement.

Qu'est-ce qui va révolutionner la dentisterie dans les années venir ?
1. La mutualisation des connaissances et l'établissement d'arbres décisionnels rationalisés en fonction de chaque situation clinique particulière. Tout cela se fera *via* Internet qui permet les échanges d'information ultra-rapides et efficaces entre professionnels compétents en la matière.
2. La médicalisation de la dentisterie. Une meilleure connaissance de la biologie du patient pour avoir des solutions thérapeutiques adaptées.
3. La place de plus en plus grande prise par le numérique depuis l'élaboration des plans de traitement, l'analyse du risque, la mise en place des implants et la réalisation rapide de pièces prothétiques grâce à la CFAO.
4. L'ingénierie tissulaire au service des projets thérapeutiques (exemple : l'utilisation des Ostéotenseurs pour l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie, la chirurgie buccale, etc.).

Quels sont vos critères de choix d'un implant ? (courts, longs, coniques, sous-dimensionées, etc.) ?
Les critères de choix sont fonction d'éléments anatomique et prothétique. Depuis quelques années, la gamme des racines artificielles s'est notablement étendue grâce à une meilleure connaissance du lit osseux receveur. Les implants courts sont une option que nous utilisons depuis plus de 25 ans dans l'os dense. Ils sont peu fiables dans l'os de type IV, où l'implant long qui va chercher un ancrage dans les corticales permet d'obtenir à long terme une meilleure stabilité. De même, dans l'os de type IV, il est recommandé de sous-dimensionner le forage pour obtenir une meilleure stabilité primaire. Pour les maxillaires et les mandibules atrophiques, c'est l'implantologie basale qui permet de surmonter des difficultés extrêmes dans des délais très courts et avec une grande fiabilité.

Si vous ne deviez avoir que cinq instruments, desquels ne pourriez-vous pas vous passer ?
Tout dépend du niveau de difficulté auquel je suis confronté. Si je réalise une implantation sans lambeau, j'ai besoin d'un guide chirurgical, d'une fraise à détourer, d'un foret unique, d'un implant Fractal et d'un contre-angle pour placer la racine artificielle.
Si je dois équiper un maxillaire et/ou une mandibule atrophique, rien ne doit manquer à l'appel, sous peine de ruiner les différentes étapes et de faire capoter l'opération, voire de mutiler le patient. Dans ce cas, il est impératif d'utiliser tout ce que la technologie moderne nous apporte depuis la simulation numérique, les guides informatiques, la CFAO.

Dental Tribune France

Une publication de la société NPS SARL
de presse au capital de 1 500 euros
RCS 443 145 917
10, rue Lacepède
13100 Aix-en-Provence
Tél. : 04 42 93 42 42
Fax : 04 42 91 35 95

Directrice de publication :
Nathalie FONTAINE • direction@dentaltribune.fr

Rédacteur en chef :
Guylaine MASINI • dir@dentaltribune.fr

Directeur scientifique :
Dr Laurence BURY • laurence.bury@orange.fr

Services généraux :
Corinne DUMONT • info@dentaltribune.fr

Maquette : **Camille TISSERAND, Nicolas DESCALIS**

Secrétariat de rédaction :
Virginie ANANOU • redac@dentaltribune.fr

Correction :
Gordana VUJIC

Rédaction :
Dr Laurence BURY,
Virginie ANANOU,
Dr Alain CHANDEROT,
Dr Jean-Claude PAGÈS,
Guylaine MASINI

Petites annonces :
Dental Tribune France
1, rue Mahatma Gandhi - 13100 Aix-en-Provence
Tél. : 04 42 38 58 54 - Fax : 04 42 53 20 69
abo@dentaltribune.fr

Publicité :
Nadia ROUCHY • pub2@dentaltribune.fr

224, chemin départemental 10
13126 Vauvenargues
Tél. : 04 42 93 42 42
Fax : 04 42 91 35 95

Abonnements et service lecteur :
Dental Tribune France
1, rue Mahatma Gandhi
13100 Aix-en-Provence
Tél. : 04 42 38 58 54
Fax : 04 42 53 20 69
abo@dentaltribune.fr
1 an / 1 euro

Imprimerie :
BLG Toul
117/119, Quai de Valmy 75010 Paris
Dépôt légal le 17 septembre 2009
Commission paritaire : En cours
ISSN : 2105-1364

Dental Tribune
The World's Dental Newspaper · Édition Française

"Editorial material translated and reprinted in this issue from Dental Tribune International, Germany is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. All rights are reserved. Published with the permission of Dental Tribune International GmbH., Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited. Dental Tribune is a Trademark of Dental Tribune International GmbH."

Calendrier des parutions 2010

19 février	ERGONOMIE
05 mars	ESTHÉTIQUE
22 mars	IMPLANTOLOGIE
06 avril	ENDODONTIE
20 avril	ESTHÉTIQUE
05 mai	IMPLANTOLOGIE
20 mai	PROPHYLAXIE
04 juin	ENDODONTIE
06 septembre	IMPLANTOLOGIE
20 septembre	ESTHÉTIQUE
05 octobre	ORTHODONTIE
20 octobre	IMPLANTOLOGIE
05 novembre	ENDODONTIE
19 novembre	ESTHÉTIQUE
06 décembre	IMPLANTOLOGIE

Service lecteur

Couverture : Dam Spa et Deve France

03 : Indépendentaire
05 : Düx Dental
07 : EMS
08 : Kettenbach
11 : Odontec
13 : GDD
15 : Procter
16 : Solident

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

LE NOUVEAU PIEZON

PIEZON MASTER 700 – LA MÉTHODE PIEZON ORIGINALE PERFECTIONNÉE AVEC LA TECHNOLOGIE INTELLIGENTE i.PIEZON

PIEZON® NO PAIN
EMS

> Une nouvelle brochure : tout sur la méthode originale Piezon et le nouveau Piezon Master 700

SANS DOULEUR pour le patient : tel était le but recherché par l'inventeur de la méthode Originale Piezon quand il a développé le nouveau Piezon Master 700.

Le résultat : un traitement qui n'irrite ni les dents, ni les gencives, pour obtenir des surfaces ultra-lisses sans abrasion de l'épithélium oral.

Symbiose parfaite de technologie intelligente et de précision sans égale, le système combine parfaitement les pièces à main Piezon LED et le module i.Piezon. Les oscillations contrôlées de l'instrument sont ainsi parfaitement alignées avec la surface dentaire. L'interaction est parfaite avec les EMS Swiss Instruments, faits d'acier chirurgical ultrafin et biocompatible.

Avec son écran tactile de commandes, le nouveau Piezon Master 700 va faire référence en termes de polyvalence, de facilité d'utilisation et d'hygiène. Tout le monde en tire avantage, tout le monde se sent bien : le patient, le praticien, l'ensemble du cabinet dentaire.

Pour plus d'informations >
welcome@ems-ch.com

"I FEEL GOOD"

KETTENBACH®
Simply intelligent

Panasil® initial contact.
Il répond toujours présent !

Si nous étions satisfaits des produits existants, pourquoi tenter de les améliorer ? Cela vaut aussi pour les matériaux d'empreinte. Panasil® initial contact, le silicone A moderne, est doté d'une extraordinaire hydrophilie initiale lui permettant après la préparation sulculaire habituelle de s'écouler sur la surface humide des dents et de l'imprégner constamment. Résultat : une limite de préparation remarquablement reproduite même dans des situations extrêmes. Qu'il s'agisse d'une empreinte de correction à deux temps ou d'une empreinte à double mélange ou sandwich en un temps. En associant les matériaux d'empreinte Panasil®, nous vous offrons un système parfait pour ces techniques. Pour plus d'informations : Kettenbach SNC, 7 Place de la Gare, 57200 Sarreguemines, Tél. 08100 200 60

www.kettenbach.com

030868_3009

Implant Tribune

The World's Dental Newspaper - Édition Française

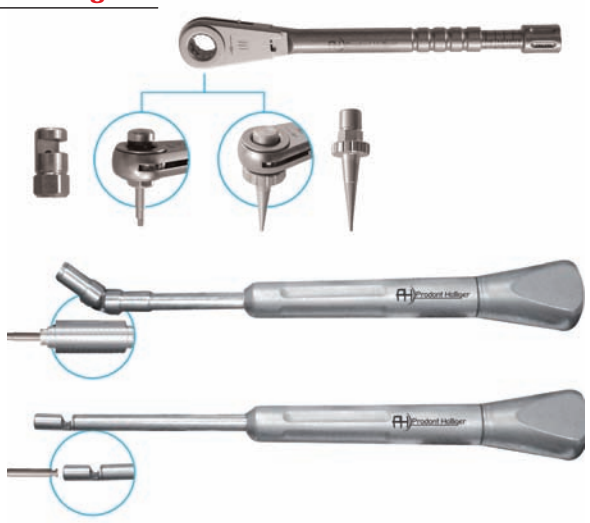
20 janvier 2010 www.dental-tribune.fr N°07 - Année 2

► Annuaire implanto

Une instrumentation universelle compatible avec toutes les marques d'implants

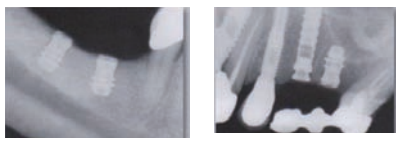
Kit d'implantologie de Prodont Holliger

Ce kit d'implantologie est composé de tournevis droit et articulé, d'une clé à cliquet dynamométrique, d'un adaptateur universel et d'extracteurs.



Les tournevis droit ou articulé sont compatibles avec tous les embouts qui se montent sur les contre-angles. Leur longueur importante et leur petit diamètre assurent un grand confort d'utilisation, particulièrement sur les zones buccales postérieures. Associée à sa bague de verrouillage, la fonction cardan du tournevis articulé est bloquée.
La clé à cliquet dynamométrique permet dans sa fonction cliquet de visser et dévisser sans effort.
Elle dispose également d'un mode dynamométrique permettant d'effectuer un contrôle précis de la force exercée grâce au réglage 10 à 40 N/cm. Associée à l'adaptateur universel, cette clé peut être équipée des outils contre-angles des plus grandes marques.

Enfin, les extracteurs permettent une nouvelle approche de l'extraction difficile. Moins traumatisants en implantologie, ils minimisent les pertes osseuses en évitant l'utilisation de fraises trépans lors du dépôt d'un implant Ils peuvent aussi être utilisés pour extraire des vis et des racines cassées, des coiffes de cicatrisation, etc.



Le volume de cette spire est 125 % plus importante que celle d'un implant standard.

À SAVOIR :

- La procédure clinique implique l'emploi d'un jeu de forets à butée.
- En alliage de titane grade médical 5, cylindrique fileté avec une connexion sans vis autobloquante cône morse muni d'un hexagone terminal de positionnement situé au centre de résistance de l'implant, ce qui exclut tous micromouvements et permet une distribution optimale des charges d'occlusion.
- Le traitement de surface HRS (macro et micro mordancé) favorise une excellente ostéointégration.
- Il permet de conserver la *switching platform* intégrée pour une amélioration de la régénération tissulaire.

Un implant court pour des situations à risque

Exacône 6,5 de Leone

Cet implant adapté à des hauteurs osseuses réduites propose d'ouvrir encore plus de champs d'intervention sans avoir recours à des procédures chirurgicales complexes d'implantation avec greffes osseuses, d'élévation de sinus ou de transposition du nerf mandibulaire.

Précurseur dans la production d'implants totalement hermétiques anti-rotationnels, la société Leone avait déjà fait preuve d'efficacité avec la simplicité et la polyvalence de son système d'implants cône morse Exacône à 1,5° de pente. Le nouvel implant court Exacône 6,5 de diamètre 5 mm conserve non seulement toutes les principales caractéristiques du système implantaire Exacône standard, mais apporte une réponse aux praticiens confrontés à des situations cliniques à risque. Unique, sa spire progressive atteint un diamètre de 5 mm dans sa partie la plus large, et dépasse ainsi le diamètre du col de l'implant ce qui lui donne l'aspect d'un « stabilisateur » améliorant la stabilité primaire et secondaire. L'apex plat réduit l'encombrement dans sa longueur et améliore la condensation et la stabilité osseuse. Cette spire est incrémentale, son filetage augmente en épaisseur au fur et à mesure qu'elle s'approche de la partie terminale, ainsi la surface de contact osseux devient comparable à un implant standard de 4,1 mm longueur 8 mm.

Commercialisé par la société Odontec

Création d'un annuaire des spécialistes en implantologie

En mai prochain, le premier annuaire professionnel recensant tous les spécialistes (implanto, ortho, pédo…) sera envoyé à tous les omnipraticiens de France. Les inscriptions sont en cours (voir bulletin ci-dessous).

Toute la profession l'attendait : l'Annuaire des spécialistes et des pratiques exclusives édité par Dental Tribune permettra (entre autres) aux implantologues de se faire connaître auprès des omnipraticiens avec la puissance qu'offre une large diffusion à la totalité des omnipraticiens. Certains craignent que l'Ordre ne s'y oppose, mais il s'agit là d'une diffusion entre professionnels tout à fait conforme au code de déontologie.

L'annuaire se propose de faciliter l'information entre les chirurgiens-dentistes pour que ceux-ci améliorent la coordination du parcours de soins entre praticiens maîtrisant des aspects aussi différents que l'ortho, l'occluso, la paro, la pédo, l'endo et l'implantologie. Ces dernières spécialités ne sont pas reconnues par l'Ordre ? C'est pourquoi l'annuaire se propose de rajouter aux orthos (seule spécialité officielle) les exercices exclusifs (ou ceux en passe de l'être) comme l'implantologie. Le principe est identiques à celui des pages jaunes : tout le monde y est cité gratuitement mais il est possible de consacrer un encadré à une présentation plus poussée de votre activité. Pour en savoir plus, appelez la rédaction au 04 42 38 58 54 ou renvoyez le coupon d'inscription ci- dessous. De nombreux omnipraticiens témoignent de leur manque d'information quant aux confrères susceptibles de leur assurer la pose d'implants dans un secteur géographique donné, comme cet omnipraticien breton qui assure « *En dehors de quelques grands pontes inaccessibles du coin, je ne connais pas de confrère implanto qui accepterait de me former pour réaliser des couronnes sur les implants qu'il poserait sur mes patients* » ou cette praticienne de banlieue lyonnaise qui se plaint « *J'ai été déçue de mes précédents implantos, non par leur technique irréprochable, mais par le rapport qu'ils entretiennent avec les patients et moi-même : trop distant, trop hautain… je cherche à rencontrer des confrères qui ont vraiment envie de travailler avec moi* ». Les avis qui arrivent tous les jours à la rédaction du journal montrent à quel point ce manque d'information est problématique « *C'est vrai qu'on a du mal à sortir de notre cabinet pour rencontrer des confrères et des techniques que l'on ne connaît pas…* » Les uns cherchent à se rassurer avec les praticiens expérimentés, d'autres veulent grandir avec des confrères « qui en veulent », d'autres encore veulent s'éloigner de leur région, faire intervenir des implantos chez eux… Cet annuaire permettra à tous de connaître l'offre de soins de ses confrères et améliorera *in fine* la qualité des traitements proposés à nos patients.

BULLETIN D'INSCRIPTION
à l'Annuaire des Spécialistes
et des pratiques exclusives

À renvoyer à Dental Tribune
Rue M. Gandhi – « Le Décisium » C1 – 13100 Aix-en-Provence

Veuillez intégrer mes références.

Nom : .....

Tél. : .....

Adresse : .....
.....
.....

☐ Spécialiste en ortho

• Exercice exclusif en :

☐ Implanto ☐ Paro ☐ Endo ☐ Pédo ☐ Occluso

☐ Autre. Précisez : .....
.....

☐ Je souhaite être informé(e) des conditions pour consacrer un encadré à mes activités.