



LE FIL DENTAIRE

N°14 JUIN 2006

INTERVIEW
de Jean Marc **ETIENNE**

FOCUS CLINIC

**La chirurgie
implantaire
guidée**

FOCUS PRATIC

**Ces machines qui
annoncent la couleur**

PRATIC ERGO

**Les clés pour une
informatique sereine**

PROFIL CEREC

**Fiabilité clinique
et rentabilité**

TECHNOFIL

**Le choix d'un
appareil photo
numérique**

L'AGE DU NUMERIQUE

Prescrivez la Perfection :

Rejoignez Protilab !

OUVERT
Juillet-Août

**DÉLAI
GARANTI :
4 JOURS
OUVRES
LABORATOIRE !**
(jusqu'à 4 éléments)

Prot & Lab

Laboratoire de Prothèse Dentaire
Prothèses conjointes et adjointes

LES PRIX

CCM : 65€ Stellite : 120€

Offre Commande Groupée → 10% de réduction
2 travaux ou plus le même jour sur l'intégralité de la commande

LE SERVICE

Conseillers techniques joignables
de 9h00 à 19h00 sans interruption.

LA QUALITÉ

Tous travaux réalisés en Laboratoire
certifié ISO 9001 et garantis 3 ans.
Tous matériaux marqués CE.

Tél. : 01 53 25 03 80 ou

N°Azur 0 810 81 81 19

PRIX APPEL LOCAL

www.protilab.com

*En cas de retard : 50% de réduction sur la commande !

L'ÂGE DU NUMÉRIQUE



Une évolution est rarement linéaire. Elle est faite de brusques accélérations, parfois interrompues par de longues périodes de stagnation.

Notre profession en est un exemple vivant. Il n'est que de constater notre histoire récente pour observer trois révolutions qui ont eu, et continuent d'avoir, un impact spectaculaire sur nos traitements et même sur la vie de nos cabinets.

- Les techniques d'adhésion ont fondamentalement modifié la dentisterie restauratrice, la prothèse et l'orthodontie au grand bénéfice de procédures moins invasives, plus biocompatibles et également plus esthétiques.

- L'ostéointégration a permis l'essor de l'implantologie moderne et ce véritable bouleversement n'a pas fini de nous passionner tant les répercussions sont évidentes dans tous les secteurs de notre discipline. Avec le perfectionnement des techniques de régénération tissulaire, l'ostéointégration contribue chaque jour à réduire les mutilations dentaires, à rendre également la dentisterie moins invasive et à améliorer le confort et la fonction de nos patients.

Avec une meilleure connaissance et prise en compte des paramètres biologiques (comme la barrière muqueuse péri-implantaire par exemple), l'esthétique est progressivement optimisée, ce qui est fondamental au secteur antérieur pour beaucoup de patients.

- Enfin, la dernière révolution concerne le numérique et ce sera probablement à terme la plus importante car elle conditionne progressivement toute nos vies et pas simplement notre activité thérapeutique.

L'informatique est partout, son intrusion fut brutale et nous n'en voyons pas encore les limites.

C'est ce thème que j'ai retenu pour ce numéro spécial et je remercie l'équipe du « Fil Dentaire » pour m'avoir donné cette carte blanche. Il n'est pas courant que ce privilège soit offert au rédacteur en chef d'une autre publication*.

Le numérique a envahi nos cabinets et nos laboratoires depuis nos ordinateurs, la radiographie « numérique », la photographie « numérique », Internet, maintenant la téléphonie par internet, les scanners, les logiciels 3D pour le positionnement des implants, la numérisation des modèles de laboratoire, la C.F.A.O, les spectrophotomètres etc...une liste exhaustive étant quasi impossible à l'heure actuelle où presque chaque instrument est informatisé (four à céramique, fronde électronique, fauteuils dentaires, mesure de la fréquence de résonance etc...).

Il n'est pas un moment de notre vie privée ou professionnelle où le numérique ne soit pas impliqué.

La communication en est transformée, les distances gommées, la vitesse de transmission révolutionnée.

L'Internet permet l'enseignement à distance avec une qualité d'image et de son numérique, permettant la projection sur écran panoramique, ce qui autorise l'intervention aux quatre coins du monde de conférenciers confortablement installés... chez eux.

Ainsi, même nos congrès voient le numérique avoir un impact sur leur conception.

Cette révolution technologique peut aussi compléter le rôle des publications, comme celle que vous avez entre les mains. Un site internet offre des possibilités d'images, de vidéos, d'interviews qui enrichissent les textes imprimés des revues.

En vous reportant au site internet du « Fil Dentaire » www.lefildentaire.com, vous avez dès à présent ces options à votre disposition, y compris celle de me « voir » présenter cet éditorial !

Le monde est à notre porte, et il est prêt à nous écouter... il suffit de parler son langage. Comme l'écrit Théodore Zeldin « Si vous n'écoutez pas le monde, comment voulez-vous que le monde vous écoute ? »

Docteur Bernard TOUATI

*Bernard TOUATI est le rédacteur en chef du « Practical Procedures and Aesthetic Dentistry » mensuel américain basé à New York, distribué à 90.000 exemplaires dans 43 pays.

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 George Freedman (Cosmétique) (Canada)
- Dr David Hoexter (Implantologie, Parodontologie) (USA)
- Dr Alexandre Miara (Blanchiment)
- Dr Hervé Peyraud (dentisterie pédiatrique et prophylaxie)
- Dr Eric Sauvêtre (Implantologie, Parodontologie, Laser)
- Dr René Serfaty (dentisterie restauratrice)
- Dr Raphaël Serfaty (Implantologie, Parodontologie)
- Dr Stéphane Simon (Endodontie)
- Dr Nicolas Tordjmann (Orthodontie)
- Dr Christophe Wierzelewski (Chirurgie, Implantologie)

Pages 4 à 10 **SUR LE FIL**
Actualité-Nouveaux produits-Revue de presse

Pages 12 à 13 **COTE LABO**
Interview de Jean-Marc Etienne

Pages 14 à 16 **PRO FIL**
CEREC : fiabilité clinique et rentabilité

Pages 18 et 19 **PORTRAIT**
Portrait d'un confrère étranger : Liene Molly

Pages 20 à 24 **FOCUS CLINIC**
La « Chirurgie Implantaire Guidée »

Pages 26 et 27 **FOCUS PRATIC**
Des machines qui annoncent la couleur

Pages 28 et 29 **AU FIL DES CONFERENCES**
Clinique, technique... une question de savoir faire et de faire savoir !

Page 30 **RENCONTRE**
Mon rendez-vous avec... Guy Morel

Pages 33 et 34 **SYSTEME DENTAIRE**
Le départ en vacances

Pages 36 et 37 **LA PARO EN MOUVEMENT**
Épidémiologie

Pages 38 et 39 **AU FIL DU DROIT**
Les sites web des chirurgiens-dentistes et le droit

Pages 40 et 41 **PRATIC ECO**
Assurance vie : le placement préféré des français !

Pages 42 à 46 **TECHNOFIL**
Le choix d'un appareil photo numérique au cabinet dentaire

Pages 48 à 50 **PRATIC ERGO**
Quelques clés pour une informatique sereine

Pages 51 à 59 **AU FIL DU TEMPS**
Agenda des manifestations



Revue mensuelle
TIRAGE 38000 exemplaires

2 allée de la salamandre 94000 Créteil
Tél. : 01 49 80 19 05 Fax : 01 43 99 46 59
contact@lefildentaire.com

Directrice de la publication: Patricia LEVI
patricialevi@lefildentaire.com

Une publication de la société COLEL
SARL de presse - RCS 451 459 580
ISSN 1774-9514 – Dépôt légal à parution

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

Rédacteur en chef spécial pour ce numéro :
Dr Bernard TOUATI

Directrice commerciale : Patricia LEVI
Direction artistique : Chameleon Concept Adv. Ltd

Rédaction : Catherine BEL, Dr Steve BENERO,
Dr Edmond BINHAS, Georges BLANC, Alain CARNEL,
Dr Jacques CHARON, Rodolphe COCHET, Dr Philippe PIRNAY,
Dr Deborah TIGRID, Dr Liene MOLLY, Catherine N'GUYEN,
Muriel ASSOULINE-BRISSON.

Conseiller spécial : Dr Bernard TOUATI

Chargée de communication : Juliette HASSAN

Secrétaire de rédaction : Barbara VACHER

Secrétaire de direction : Marie-Christine GELVÉ

Secrétaire : Coralie BRIDIER

Collaboration : Images de marques

Imprimerie : MCC GRAPHICS

Publicité : Patricia LEVI - 06 03 53 63 98

IDIM DENTAIRE Easy X-Trac

Une technique d'extraction unique totalement atraumatique dans les indications d'implantation immédiate



Easy X-Trac permet d'extraire la dent en la remontant de sa cavité, sans aucun autre instrument et sans dommage pour les tissus mous et durs. Une simple action verticale permet d'extraire la dent en douceur sans interférence sur les dents adjacentes ni sur la structure osseuse. Cet appareil devient indispensable dans les indications d'implantation immédiate.

Groupe GTF - Idim Dentaire
Tél. : 01 47 61 56 91

www.groupegtf.fr - Email : lconstantini@groupegtf.fr

KERR HAWE Pro-Brush



Pro-Brush est facilement reconnaissable à sa bague en plastique bleu et une brosse de nettoyage et de polissage. Plus aucun risque d'abîmer la dent adjacente, ni d'allergies au nickel. Ses brins s'adaptent de façon optimale à la surface de la dent et aux fissures.

Pro-Brush est une brosse à usage unique, disponible en deux versions : En fibre nylon ou de soie naturelle, par boîte de 10 ou de 100 brossettes. Pour un nettoyage et un polissage en une seule étape, essayer **Pro-Brush** avec la pâte prophylactique universelle : **Hawe Cleanic**.

Tél. : 03 89 78 45 40
www.KerrHawe.com

BISICO

Best-Bond LC



Nouvel adhésif mono-composant à solvant d'alcool pour les restaurations en résine composite, compomère ou tout autre matériaux contenant des résines. Efficace sur tous les substrats et polymérise avec toutes les lampes du marché. L'adjonction de son catalyseur (Best Bond Activateur, en option) lui permet la possibilité d'être utilisé pour les restaurations indirectes (collages de pièces prothétiques en association avec un composite de scellement) et les reconstitutions corono-radicaulaires. Compatible avec tous les composites du marché.

Best-Bond Self-Etch

Nouvel adhésif auto-mordant (deux composants, un temps) pour les restaurations directes et indirectes. **Best-Bond Self-Etch** est dual-cure et compatible avec les composites de reconstitution et de scellement. Son utilisation sur la dentine, notamment au niveau des secteurs postérieurs, permet d'éviter la nécessité du collage en milieu humide et les sensibilités post-opératoires liées à une mauvaise infiltration dentinaire. **Best-Bond Self-Etch** est un adhésif bi-composant (flacon A et B) pour apporter toutes les garanties de stabilité et d'efficacité. Les deux produits se mélangent juste avant l'application directe en une étape sur les surfaces dentaires. **Best-Bond Self-Etch** est compatible avec tous les matériaux du marché et toutes sortes de lampes à photopolymériser (halogène, LED).



Best-Cem



Nouveau composite dual-cure de scellement pour le scellement adhésif de pièces prothétiques esthétiques (inlays, onlays, coiffes, facettes, attelles fibrées) en association avec un système adhésif compatible. **Best-Cem** est conditionné en seringue double auto-mélangeuse pour un malaxage rapide et uniforme. C'est un composite micro-hybride avec un polissage optimal pour assurer une qualité parfaite du joint, souvent visible au niveau des inlays et onlays. Sa couleur universelle le rend idéal pour toutes les situations cliniques. **Best-Cem** est compatible avec toutes sortes de lampes à photopolymériser (halogène, LED).

Best-Core

Nouveaux composites pour reconstitution corono-radicaulaire et réalisation de faux moignons en association avec un tenon radicaulaire fibré ou métallique. **Best-Core** est disponible en couleur bleue ou dentine A3. La couleur bleue permet une meilleure visibilité du joint dent/reconstitution, notamment au niveau des secteurs postérieurs à visibilité restreinte. La version dentine convient davantage aux travaux à visée esthétique (coiffes céramiques). **Best-Core** est totalement dual et polymérise convenablement au niveau des zones inaccessibles à la lumière. Sa dureté finale permet un travail aisé et des reconstitutions dures et fiables. Conditionné en cartouches auto-mélangeuse de 25 ml (compatible avec les pistolets 25 ml à silicone) et en seringues Mini-Mix de 5ml. **Best-Core** est utilisé avec un système adhésif compatible scellement/reconstitution comme **Best-Core**, All-Bond 2 ou One-Step.



Bisico
Tél. : 04 90 42 98 54

DES SURFACES DENTAIRES PARFAITEMENT LISSES POUR RETARDER EFFICACEMENT LA FORMATION DU BIOFILM



elmex® pâte prophylactique professionnelle au fluorure d'amines Olafluor contient une **combinaison performante d'agents nettoyants** (silice + alumine) qui lui confère des propriétés uniques dans le cadre d'un nettoyage dentaire professionnel.

- **Haut pouvoir nettoyant**
- **Haut pouvoir polissant**
- **Respect de l'émail**

elmex®

**PÂTE PROPHYLACTIQUE
PROFESSIONNELLE**

Service commercial Odopharm : 02 37 51 67 59

G
GABA Laboratoires
Spécialiste en hygiène bucco-dentaire

Brosse à dents sur le Net !

Partant d'un constat inquiétant qui est que les Français sont en retard en matière d'hygiène dentaire, Frédéric Jan, un Caennais de trente ans vient, avec le soutien de trois grandes marques de dentifrice de lancer un concept inédit au service de la santé bucco-dentaire en créant un site internet qui propose l'abonnement à sa brosse à dents sur le web.

« Pour une bonne hygiène dentaire, les dentistes recommandent de changer de brosse à dents tous les trois mois au minimum », explique-t-il. « Pourtant, en moyenne, nous ne changeons de brosse à dents que 1,5 fois par an, au lieu de quatre ! Pourquoi ? Tout simplement parce que l'on n'y pense pas ».

Alors, pour ne plus avoir à penser à changer de brosse à dents et garder malgré tout une bonne hygiène dentaire, sa société vient de lancer un service innovant d'abonnement. Avec celui-ci, l'internaute choisit sa brosse à dents, détermine la périodicité de son abonnement et son planning d'envoi. Il recevra ensuite tous les deux ou trois mois sa brosse à dents dans sa boîte aux lettres.

Sur un marché français de 90 millions de brosses par an, Frédéric Jan s'est fixé un objectif de 60 000 clients dès 2007.

www.brosseadomicile.com

SENSITIVE OBJECT™ VirtualB Keyboard Edition

Sensitive Object™, société à l'origine d'une technologie basée sur le « retournement temporel d'ondes acoustiques » lance un clavier virtuel destiné aux cabinets dentaires ! Intégralement paramétrable, sans pièce mécanique, sans fil, collé sur plan de travail, ce clavier virtuel constitue un must pour le respect des règles d'hygiène, tout spécialement étudié pour les besoins des cabinets dentaires. Protéger patient et personnel de toute contamination est une priorité. Le clavier virtuel proposé par Sensitive Object™ représente une solution révolutionnaire pour lutter contre la propagation des virus et bactéries. Absolument plat, sans aspérité et sans pièce mécanique puisque utilisant la reconnaissance des ondes sonores, sans fil, lavable et résistant à n'importe quel désinfectant, il s'adapte à l'environnement existant. La technologie acoustique brevetée est basée sur la reconnaissance des ondes sonores qui se propagent dans un objet lorsqu'il est touché en un endroit précis. Ainsi, le praticien peut décider d'attribuer des fonctions différentes à chacune des touches.

Un coup tapé sur une table possède une signature acoustique qui est propre au point d'impact : les ondes émises depuis un point précis se diffusent dans le matériau de façons différentes du même coup donné quelques centimètres plus loin.

Sensitive Object™ a eu l'idée d'associer cette signature à une action et de créer une sorte de tableau de commande virtuel. Cette association est gérée par programmation logicielle : un coup à tel endroit génère telle action. Un capteur suffit à détecter ces ondes sonores et à analyser leur signature acoustique. Si celle-ci est reconnue, l'action prévue est exécutée, sinon, il ne se passe rien. Plus élaboré que les écrans tactiles, ce procédé fait la différence entre zones de commande et zones neutres.

www.sensitive-object.com



L'informatique s'invite aussi en salle d'attente

Le produit "Concept Attente" de Foxy études & développement est, dans sa catégorie très séduisant, car il permet aux patients de faire leur choix eux-même, parmi une multitude de sujets, à l'aide d'un système simplissime de navigation, réduit à deux commandes.

Cela a été rendu possible par l'informatique embarquée en toute transparence dans le système.

A l'usage, on ne sait même pas qu'il y a un ordinateur intégré au produit, car il n'y a pas de clavier, et un simple bouton permet la mise en route ou l'arrêt de l'appareil. Ce dernier vous offre trois modules personnalisés, qui vous permettront de vous présenter, ainsi que votre équipe, de faire visiter virtuellement vos structures, de mettre en avant vos spécialités et spécificités ainsi que les technologies que vous avez mises en place. Vous présenterez également tout le processus d'hygiène et de stérilisation, en vigueur dans votre cabinet.

Il y a près de soixante modules intégrés au "Concept Attente" à ce jour, qui, contrairement aux autres systèmes, ne sont pas des clips de quelques secondes, mais des séquences de 2 à 5 minutes, traitées très clairement et compréhensibles par tous.

Les animations, diaporamas et la vidéo sont omniprésents, et permettent aux patients en salle d'attente de se détendre en s'informant, en s'instruisant ou en s'évadant.

La communication dynamique en salle d'attente est plus que jamais d'actualité, elle est très appréciée des patients qui y ont accès, et les cabinets équipés avec ces solutions ne reviendraient pas en arrière.

Avec elle, vous valorisez votre exercice et vos structures et mettez en valeur vos protocoles et investissements qui jusque là restaient dans l'ombre. Le bouche à oreille fera le reste.

www.foxy-ed.fr

CLAVIER VIRTUEL RÉVOLUTIONNAIRE HYGIÈNE OPTIMALE



Sensitive Object

Partez en vacances l'esprit tranquille... Maxcem - Ciment de scellement définitif



Ciment résine
auto-photo-
polymérisable



Pour vos collages et vos scellements définitifs,
maxcem: injectez, c'est tout!

A partir de 45,90 € T.T.C.



Mordançage inutile, bonding inutile



- **Universel. Adhère à tous les supports**: dentine, émail, porcelaine, restaurations en céramique ou métal-céramiques... **pour toutes les indications**: couronnes, bridges, inlays, onlays et ancrages radiculaires.
- **Un maximum d'adhésion**. La force d'adhésion est plus de deux fois supérieure à celle des verres ionomères modifiés par addition de résine (CVIMAR).
- **Pas d'activation, pas de mélange manuel ou mécanique, pas de dispositifs d'application séparés.**
- **Faible épaisseur de joint**
- **5 teintes disponibles** (transparent, blanc, blanc opaque, jaune et brun)
- **Maxcem Mini-Kit Réf. 33002 contient**: 1 seringue double transparent de 5g, 10 embouts mélangeurs et 3 fraises siliconées OptiClean
- **Maxcem Recharge contient**: 2 seringues doubles de 5g (disponibles en 5 couleurs) et 20 embouts mélangeurs

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

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



Un cadre malin !

Un câble numérique pour afficher vos prises de vues préférées, plusieurs dizaines de clichés pouvant être fixes (selon votre choix) ou mobiles à la manière d'un diaporama, idéal pour une démonstration de vos cas avant/après auprès de vos patients !

Nous en avons sélectionné plusieurs variantes...

Philips

Cet objet qui tourne la page de la photo argentique sur support papier utilise un panneau LCD de 10 X 15 cm pour l'affichage de vos prises de vues préférées, pour une résolution de 133 pixels par pouce. Le transfert de photos peut se faire par simple branchement du cadre à une prise USB de votre ordinateur, ou par branchement de cartes mémoires directement sur celui-ci (le cadre possède un slot compatible SD, MMC, MS et CF). Il peut contenir jusqu'à 80 clichés.

Prix conseillé : 229 €

SmartParts « Digital Photo Frame »

Les photos sont affichées sur un écran TFT de 3,5 pouces. Ses dimensions sont de 13,9 par 13,2 cm sur 40 mm d'épaisseur. Les clichés peuvent défiler en diaporama toutes les trois secondes ou rester fixes, il contient un lecteur de cartes SD/MMC et CF. Vous pourrez aussi transférer vos photos par votre PC via le câble USB fournit avec le cadre. Mais là où ce modèle se distingue des autres, c'est dans le fait qu'il inclut une sortie TV : une fois branché, vous pourrez passer vos photos contenues dans le cadre sur votre télévision.

Prix conseillé : 107 €

Ceiva

Plus rustique que les autres, mais moins onéreux il saura réjouir les moins high tech d'entre vous.

Prix conseillé : 81 €

Samsung

Le SOL-07, plutôt grand comparé à la moyenne dans ce domaine (21 X 15 cm) affiche vos photos et peut les faire défiler en diaporama.

Ce cadre possède la particularité de pouvoir communiquer avec votre téléphone portable. Il affiche instantanément les photos que vous lui transmettez, que vous soyez proche de lui ou pas : il suffit que votre mobile capte son réseau !

Prix conseillé : 250 €



Sauvegarde à distance

On n'est jamais trop prudent, Georges Blanc vous le dira quelques pages plus loin dans son article sur l'informatique. Nombreux sont ceux qui font de la sauvegarde occasionnelle, sur CD ou disque externe, qui reste cependant stockée au cabinet. Malheureusement, ces méthodes ne vous prémunissent qu'en cas de crash informatique mais les galères, on ne vous apprend rien, peuvent venir d'ailleurs.

La sauvegarde s'externalise désormais auprès de prestataires spécialisés. Ciblant naguère surtout les PC, leurs services s'étendent aujourd'hui aux serveurs de fichiers, de bases de données ou de messagerie.

Ces sociétés spécialisées dans le domaine de la télé-sauvegarde offrent une garantie de sécurité optimale grâce au cryptage des données, leurs logiciels sont souvent très simple d'utilisation et automatiques.

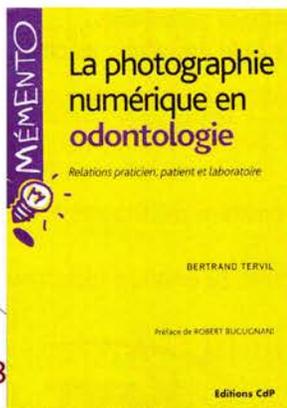
Mettez ce que vous avez de plus précieux sous haute protection en sauvegardant automatiquement et simplement toutes vos données chaque jour sans que vous ayez à y penser, et récupérez-les 24h/24h 7j/7j !

Voici quelques prestataires offrant ce service et son coût indicatif :

SERVICE	PRESTATAIRE	COUT MENSUEL
AGS Backup	AGS www.ags-backup.com	48 € / Go
Backupia	Risc Adheris www.adheris.be	10 € / Go
Safe Backup	Backup avenue www.backupavenue.com	Selon volume
Rapidobackup	BUSS www.rapidobackup.com	2,5 à 30 € selon volume
Oléane Backup	France Telecom www.francetelecom.com	5 à 15 € selon volume
Securitoo	Securitoo www.securitoo.com	5 à 19 € selon volume
Neobe	Neobe www.neobe.com	Abonnement annuel 60 € / an

« La photographie numérique en odontologie »

par Bertrand TERVIL



L'apparition du numérique permet aujourd'hui une large utilisation de la photographie en odontologie, aux avantages multiples : un dossier médical étayé par des photos prises avant et après intervention ; une facilitation des relations avec le laboratoire de prothèse ; une communication avec le patient optimisée par la visualisation de son état initial et des possibilités thérapeutiques offertes ; une simplification des transferts d'information ; l'instantanéité du résultat sans gestion de pellicules, latence de développement et archivage problématique ; tout cela pour un coût raisonnable. Sorti aux éditions CDP, « La photographie numérique en odontologie » est un mémento simple et didactique qui offre aux praticiens les éléments nécessaires au choix et à l'utilisation d'un matériel adapté à leurs besoins, tels que : la compréhension des principes fondamentaux de la photographie numérique, les spécificités liées à la macrophotographie et incontournables pour la photo intrabuccale, la gestion des fichiers photos et le traitement des images. Son auteur, Bertrand Tervil, omnipraticien et ancien assistant à la faculté de chirurgie dentaire de Paris VII, est un utilisateur averti du numérique, spécialiste du « choix de la teinte » en prothèse.

Editions CDP - Tél. : 01 41 29 77 36 - Fax : 01 41 29 77 35

Vente par correspondance et en librairies spécialisées 120 p. - 45 € au lieu de 52 €
(offre valable jusqu'au 31/12/2006)

white is beautiful

Le Système Complet de Blanchiment
efficace, rapide et prêt à l'emploi.



Easywhite®

NOUVEAU !



Easywhite Office

Système à 2 composants à l'usage
du praticien pour le blanchiment
au fauteuil avec ou sans lampe



Easydam

Digue photopolymérisable pour une
protection efficace de la gencive
durant le blanchiment au fauteuil



Easywhite 30

Gel actif utilisable en ambulatoire
pour un blanchiment rapide à l'aide
de gouttières



Easywhite 20

Système monocomposant pour
blanchiment ambulatoire à l'aide de
gouttières



Easywhite En Face

Gel pour une application
directe permettant le blanchiment
ambulatoire «en douceur»



dEasense

Gel désensibilisant pour un
usage simple et efficace au cabinet
ou à domicile

Distributeur



Made for people all over the world
Made in Germany by

DeltaMed

Pour toute demande de documentation

IDIM-DENTAIRE Groupe GTF

3 Rue des Quatre Cheminées - 92514 Boulogne cedex

Tél. 01 47 61 67 83 - 01 47 61 56 91 - Fax 01 47 61 96 32

« Les cahiers d'Odontologie »

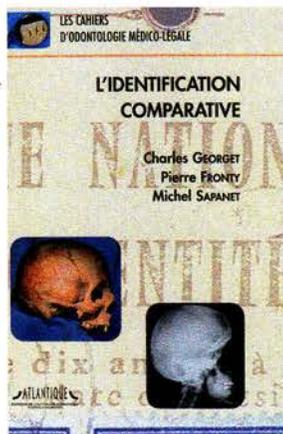
Tome 1 - L'identification comparative

Le premier tome des Cahiers d'odontologie médico-légale traite de l'identification comparative. L'identification répond à des nécessités sociales et judiciaires. En apportant la certitude du décès d'une personne disparue, elle permet à sa famille d'accomplir son travail de deuil. Elle ouvre des droits civils en matière d'héritage, d'assurance, de remariage. Au plan pénal, elle est essentielle pour la quête de la vérité.

Préface de André Robert, Président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

192 pages, format 16 cm x 24 cm, nombreuses illustrations et photographies noir et blanc et couleur. Couverture cartonnée.

ISBN 2 911320-15-8 – décembre 2000 - Prix : 54,88€



Tome 2 - L'identification estimative

Face à un corps inconnu, l'expert en identification manque souvent d'éléments de comparaison. C'est alors un travail de détective qui s'engage afin d'esquisser l'identité de la victime. La place de l'organe dentaire dans cette identification estimative est trop souvent méconnue. Pourtant, sa croissance, son comportement biologique original, ses particularités morphologique, ses pathologies, son vieillissement et enfin son immuabilité sont autant de propriétés remarquables qui lui donnent un rôle de premier choix. L'exposé de techniques testées par les auteurs, abondamment illustrées et complétées par des cas concrets argumentés, permet au

lecteur d'appréhender l'ensemble de ces contributions : détermination de l'espèce, du phénotype, du sexe, ou encore des habitudes de vie ; la détermination de l'âge fera l'objet, à elle seule, du prochain Cahier. Ce travail de l'odontologiste médico-légal apporte aux enquêteurs de nouveaux indices pour mener à bien leur mission. Une ultime démarche passe par l'avis de recherche dont l'efficacité devrait être considérablement améliorée par la numérisation des données bucco-dentaires.

Préface du Dr Joseph Maccotta, vice-président du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

223 pages, format 16 cm x 24 cm, nombreuses illustrations et photographies noir et blanc et couleur. Couverture cartonnée.

ISBN 2 911320-22-0 – septembre 2005 - Prix : 68€

EDITIONS ATLANTIQUE
Stephanie.b@pictascience.com
Fax : 05 49 41 38 56

« Imagerie maxillo-faciale pratique »

par Gil TEMAN, Alain LACAN et Laurent SARAZIN

L'imagerie maxillo-faciale est le complément indispensable de l'examen clinique, pour une étude de qualité. A l'aide d'un langage simple et didactique, l'ouvrage de Gilles Terman permettra au chirurgien-dentiste et au radiologue, un apprentissage de la sémiologie radiologique maxillo-faciale. Ce livre est un guide pratique, qui va directement aux éléments essentiels avec la présence de nombreux tableaux, check-lists et guides de cheminement... L'iconographie de qualité avec près de 700 illustrations, fait de cet ouvrage, un véritable atlas d'imagerie. Enfin, toute la pathologie dentaire est abordée, en imagerie, dans une étude exhaustive. Le Docteur Gil Terman, médecin spécialiste en imagerie diagnostique, est responsable, avec le Docteur Alain Lacan, du secteur d'imagerie maxillo-faciale de l'Institut de radiologie de Paris.



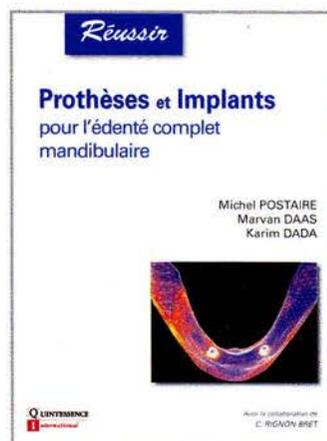
Editions Quintessence International
Tél. : 01 43 12 88 11
www.quintessence-international.fr

« Prothèses et implants pour l'édenté complet mandibulaire »

Postaire M, Daas M, Dada K

Réussir les prothèses et implants pour l'édenté complet mandibulaire

À partir de la prothèse totale conventionnelle, les auteurs décrivent tous les traitements possibles de l'édentement total de la mandibule. De nombreuses illustrations de cas cliniques parcourent toutes les solutions prothétiques implantaires, de la prothèse amovible implantoretenue à la prothèse fixée implantaire. Un arbre décisionnel soutient toute démarche thérapeutique, quelle que soit la solution retenue, et une description temps par temps permet au praticien de réaliser le plan de traitement choisi. 120 pages, format 21 x 28 cm, couverture brochée à rabats - 92€



Vos restaurations tout céramique en un seul rendez-vous – CEREC 3

Usinage automatique de haute précision



Choix de la teinte du bloc de céramique aux propriétés similaires à l'émail



Insertion et finition immédiates



Conception aisée de la restauration grâce au logiciel CEREC 3D



La restauration céramique en un seul rendez-vous

L'empreinte optique de la cavité est réalisée en quelques secondes à l'aide d'une caméra 3D



Vos patients et vous êtes gagnants !

Grâce au système CFAO CEREC vous réalisez des restaurations en céramiques durables – inlays, onlays, couronnes et facettes – de haute qualité. Simple, rapide et préservatrice de la dentine, cette méthode vous permet de proposer à vos patients une solution esthétique, sans métal, sans empreinte ni provisoire.

CEREC 3 – un investissement sûr.

Pour plus de renseignements contactez-nous :

N° Vert 0 805 204 204

Postes de traitement

Instruments

Systèmes d'hygiène

Systèmes de radiologie

CEREC



Inlays



Couronnes



Onlays/Overlays



Facettes



Rencontre avec Jean-Marc ETIENNE

Fervent défenseur d'un haut standard de qualité, Jean-Marc Etienne a acquis une renommée mondiale dans le milieu technique dentaire.

Né en France en 1964, il a obtenu en 1982 un bac technique en construction mécanique. Par affinité, il choisit la prothèse dentaire et obtient en 1985 une Maîtrise en Technologies Dentaires de l'Institut Supérieur National de l'Artisanat à Metz. Membre du groupe Oral Design International depuis 1989, il partage avec Willi Geller et ses amis une philosophie singulière de l'esthétique personnalisée.

Jean-Marc Etienne transmet depuis maintenant seize ans ses idées et savoir-faire à travers conférences et cours pratiques tant en l'Europe qu'aux Etats-Unis. C'est ainsi qu'au cours des trois dernières années, il a participé à trente congrès et événements des plus brillantes associations dentaires internationales telles que l'American Academy of Esthetic Dentistry, la British Academy of Aesthetic Dentistry, le C.I.D.E, le Greater New York Dental Meeting, la S.F.D.E, l'A.D.F, l'U.N.P.P.D.

Dynamisme et qualité de service constituent les moteurs du laboratoire qu'il dirige.

Pleins feux sur un prothésiste qui, par des moyens de communication performants et l'exploitation des nouvelles technologies CFAO, s'est mis au service de l'excellence.

Docteur Bernard Touati : Quelle est votre expérience sur l'intrusion du numérique dans les laboratoires dentaires ?

Jean-Marc Etienne : Il est indéniable que le numérique a apporté un grand confort de travail tant dans les cabinets dentaires que dans les laboratoires. L'imagerie numérique étant à elle seule assez déterminante pour la rapidité de traitement et la visualisation des images. Depuis plus de sept ans, nous avons mis au point au laboratoire un protocole, aujourd'hui bien rôdé, qui nous permet une communication efficace avec les nombreux cabinets distants qui nous confient leurs travaux.

D'autre part, toutes les technologies faisant appel à

la CFAO (Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur, ndlr) sont aujourd'hui comprises, admises et ont intégré la plupart des laboratoires, que ce soit en investissement propre ou en faisant appel à la sous-traitance.

Ayant intégré cette technologie au laboratoire en 1999, nous avons aujourd'hui un recul intéressant qui me permet de saluer la bonne complémentarité entre la technique artisanale à laquelle nous sommes fortement attachés et la production à caractère

« industriel » capable de nous fournir une répétitivité de précision et une grande fiabilité intrinsèque du matériau.

“ Nul n'est censé ignorer la science et le progrès ! ”

B.T. : Comment voyez-vous cette évolution dans l'avenir ?

J-M.E. : Nul n'est censé ignorer la science et le progrès ! Il est certain que ces technologies font aujourd'hui partie de la panoplie des outils disponibles pour les laboratoires. Les dédaigner serait commettre une erreur d'évaluation et peut être même stratégique.

Puisque l'outil CFAO est au point, son développement aujourd'hui passe par l'amélioration de l'ergonomie des logiciels et des qualités d'usinage.

B.T. : Un prothésiste est à la fois artisan et artiste. Pensez-vous qu'il sera facile pour vos confrères de s'adapter au numérique et de l'inclure dans les laboratoires de prothèse, alors que les qualités requises sont différentes ?

J-M.E. : Il me semble que ces technologies numériques sont accessibles à tout à chacun.

On ne demande pas au prothésiste dentaire de posséder la formation d'un ingénieur informaticien pour piloter ces outils. L'évolution des logiciels est telle qu'ils réclament de savoir lancer un programme puis de naviguer pas à pas à travers les différentes étapes ordonnées logiquement et chronologiquement. L'adaptation de l'utilisateur novice ne peut qu'être accélérée, l'informatique s'insinuant progressivement dans tous les domaines de la vie privée ou professionnelle.

Le débat porte, selon moi, d'avantage sur le fait d'intégrer la machine-outil au sein du laboratoire ou d'externaliser la production, soit en étant possesseur d'un scanner pour la captation volumétrique de l'information, soit en recourant complètement à la sous-traitance.





C'est une évidence, le monde dentaire est en pleine mutation. Beaucoup de fabricants proposent des solutions intégrant la CFAO et ouvrent le choix vers différents modes d'usinage et de prototypage rapide.

Chacun devrait donc pouvoir trouver une solution qui corresponde à son besoin, à son budget et à ses aspirations pour accéder aux technologies numériques de production.

L'évolution de notre métier ne doit pas non plus négliger des notions comme l'amélioration de nos conditions de travail tant en termes de temps, d'hygiène que de sécurité.

Loin d'être antinomiques, les techniques traditionnelles et numériques sont complémentaires et permettent d'offrir aux praticiens, et au final aux patients, un plus vaste choix de solutions thérapeutiques. La créativité du prothésiste dentaire, son sens artistique, trouvent à travers les solutions numériques de nouveaux supports pour pleinement s'exprimer. Les qualités requises ne sont pas si différentes au fond.

B.T. : A-t-il fallu faire une formation spécifique pour vous-même ou vos collaborateurs ?

J-M.E. : Naturellement. Chaque nouvelle technique, chaque nouveau matériau requiert un apprentissage. Il n'y a aucune raison pour que la CFAO fasse exception.

Nous avons l'habitude dans notre métier de rester attentifs à l'évolution des techniques et la formation continue est indispensable. Les moyens ne manquent pas de s'informer et de se former. Cependant, la transmission des savoir-faire en interne fonctionne parfaitement et, avec le système de CFAO que nous utilisons quotidiennement au laboratoire, le temps de formation est de l'ordre de quelques heures tout au plus.

B.T. : Pensez-vous que les systèmes CAD-CAM facilitent le travail du laboratoire et laissent plus de place à la créativité artistique ?

J-M.E. : Très certainement. La fiabilité, la qualité des pièces produites, l'externalisation partielle du processus de production ou le « temps machine » d'usinage piloté informatiquement libère du temps de prothésiste qui peut être consacré aux activités de création artistique que souvent nous apprécions d'avantage.

B.T. : Comment avez-vous organisé votre laboratoire pour répondre aux exigences du numérique depuis la communication par l'image avec les praticiens jusqu'à la communication par dossier électronique avec les centres de fabrication ?

J-M.E. : Le laboratoire s'est équipé depuis plusieurs années maintenant d'un réseau informatique permettant d'optimiser le partage de la ressource

(accès Internet haut débit, accès au serveur d'images, accès au serveur de fichiers) entre les différents postes de travail.

Le traitement des images cliniques reçues par l'intermédiaire de courriers électroniques (classement, renommage) est effectué quasiment en direct par mon assistante via ce réseau. La sauvegarde de ces données capitales est à concevoir avec soin le plus tôt possible. Personne n'est malheureusement à l'abri d'une panne grave qui peut vite se montrer fatale pour les données précieuses que nous capitalisons.

En ce qui concerne la CFAO, un poste informatique lui est spécifiquement dédié. L'envoi des fichiers informatiques à l'usine de production est une opération qui se déroule dans 99% des cas sans aucun soucis à travers le réseau d'entreprise et internet via un routeur. Il suffit d'appuyer sur le bouton. Nous avons néanmoins conservé, pour plus de sûreté, un modem de secours qui établit une connexion directe entre l'ordinateur et le réseau téléphonique.

B.T. : Les laboratoires de prothèse sont donc maintenant des lieux de technologie et d'art ouverts sur le monde informatique.

Propos recueillis par le Dr Bernard TOUATI

Jean-Marc Etienne dirige le laboratoire CERALOR ORAL DESIGN CENTER
27 Rue des Cevennes - 54425 PULNOY
Tél. : 03 83 29 14 47

“ **Loin d'être antinomiques, les techniques traditionnelles et numériques sont complémentaires.** ”





Il y a plus de 20 ans, SIRONA Dental Systems révolutionnait la vie du praticien en cabinet, en lançant une méthode de Conception et de Fabrication Assistée par Ordinateur (CFAO) dans l'équipement dentaire, le CEREC. Inédite, cette méthode de restauration en céramique permet aujourd'hui de fabriquer inlays, onlays, couronnes ou facettes, en fauteuil comme au laboratoire. Le succès international rencontré depuis par cet outil 100% numérique s'explique non seulement par la durabilité et la fiabilité de pièces, mais également par la rentabilité qu'il offre au praticien, qui peut désormais fabriquer sa restauration en toute autonomie et en une seule séance.

CEREC 3 et CEREC Chairline, les dernières versions du système, accompagnées de leur logiciel CEREC 3D, se composent de deux postes, à l'ergonomie adaptée au cabinet : l'un pour le traitement des images et la définition de la pièce, l'autre pour son usinage. Un petit bijou de technologie numérique.

CEREC

Fiabilité clinique et

Vertu de la céramique

Naissance de CEREC

En 1980, l'amalgame est le matériau d'obturation le plus répandu. Les Professeurs Werner Mörmann et Marco Brandestini de l'Institut dentaire de l'Université de Zürich, en Suisse, cherchent un moyen de fabriquer rapidement des inlays et onlays en céramique, matériau idéal pour les restaurations. **La céramique réunit tous les avantages nécessaires à une restauration réussie : translucide, biocompatible et de la teinte d'une dent naturelle, ce matériau est également exempt de métal et se combine aisément aux prothèses métalliques existantes.** Mais il y a encore vingt ans, la préparation en laboratoire des pièces en céramique était très longue, très complexe et par conséquent très coûteuse. Cinq années de travail ont été nécessaires aux Prs. Mörmann et Brandestini pour proposer le CEREC, qui signifie en allemand « reconstitution céramique assistée par ordinateur », et qui va désormais permettre au chirurgien-dentiste de concevoir, fabriquer et poser une restauration très vite, au fauteuil et en une seule séance, sans moulage conventionnel, sans provisoire et sans deuxième séance.

La solution CFAO

La solution offerte repose sur d'un système de CFAO, permettant de mesurer la cavité dentaire en trois dimensions, de concevoir la pièce et de l'usiner dans de la céramique résistante. Pour cela, il a fallu mettre au point un logiciel performant, issu de la collaboration des Professeurs avec un ingénieur français, Alain Ferru. Il a fallu surtout proposer la prise d'empreinte en trois dimensions de la cavité, « l'empreinte optique ». Elle fut possible grâce à un capteur de surface à haute résolution – dont l'emploi était à l'époque réservé à des fins militaires, et dont il a fallu obtenir des Etats-Unis son importation.

En septembre 1985 est posé le premier inlay céramique fabriqué directement au fauteuil par le système CEREC de l'Institut dentaire de l'Université de Zürich. Depuis, ce n'est pas moins de 12 millions de restaurations céramiques qui ont été posées par ce système révolutionnaire, dont la validité clinique n'a rien à envier à celle de l'or. Les céramiques utilisées dans les restaurations CEREC satisfont aux exigences les plus strictes en matière de résistance à la fracture et à l'abrasion, de façonnabilité et d'esthétique. Fabriquées industriellement par une unité CEREC, elles disposent d'une répartition des parti-

cules plus homogène que dans les céramiques stratifiées réalisées au laboratoire. En outre, les céramiques offrent des nuances particulières et se polissent facilement.

CEREC 3, CEREC Chairline & CEREC 3D

Fiabilité et rentabilité clinique

CEREC 3 et CEREC Chairline sont les deux versions d'un système de CFAO modulaire, lui-même composé de deux unités reliées par radio : La première unité, particulièrement ergonomique, se présente comme un ordinateur à écran plat monté sur roulette. Elle est la « tour de contrôle » de tout le processus de restauration. La deuxième unité, à la forme cubique, effectue de son côté l'usinage du bloc de céramique, et ce en moins d'une vingtaine de minutes !

Une technologie de pointe

La première unité sert à l'acquisition d'images par le système dit de « l'empreinte optique », via une caméra numérique intra-buccale, en quelques fractions de secondes : elle permet sa visualisation en trois dimensions et surtout, la correction de l'empreinte à l'écran. C'est à partir de cette unité, lorsque le praticien – sous les yeux du patient – aura obtenu le paramétrage adapté, que va être définie la pièce en céramique à restaurer. Pour le patient, la visualisation « live » est fascinante. Grâce à la prise de vue intra-orale qu'offrent CEREC 3 et CEREC Chairline, modèles et provisoires sont supprimés. De plus, le traitement s'effectue tout en confort, car la caméra intra-orale SIROCAM est intégrée à l'unité. Le dernier né des CEREC, CEREC Chairline intègre l'unité CEREC d'acquisition de l'image dans les postes de traitement M1+ et C2, pour une ergonomie optimisée. L'unité d'acquisition d'image CEREC, qu'elle soit autonome (CEREC 3) ou intégrée au poste de traitement (CEREC Chairline), est équipée d'un ordinateur à écran plat, d'une caméra de mesure 3D ultra-précise et d'une carte d'acquisition d'images pilotée par micro-processeur pour le traitement des clichés en temps réel. Son logiciel, le CEREC 3D, spécialement créé pour la méthode CEREC 3 et CEREC Chairline, fonctionne sous Windows. Enfin, l'utilisation du logiciel d'information et de communication sur CD-ROM ou DVD génère un gain de temps dont bénéficient le chirurgien-dentiste et son patient.

rentabilité

La seconde unité est prévue pour l'usinage du bloc de céramique, dont le praticien a préalablement choisi la teinte, et qui s'effectue en une vingtaine de minutes au maximum. Le poste d'usinage garantit une précision maximisée, grâce à un nouvel instrument, la fraise diamantée étagée, qui se termine par une pointe ultra-fine d'un millimètre seulement. De plus cette précision est sauvegardée par un contrôle de l'usure de la fraise avant chaque opération. Enfin, l'usinage simultanée de la face occlusale et de l'intrados offre aussi un gain de temps incontestable.

CEREC 3D

Simplicité d'utilisation et performance

La révolution de CEREC tient dans un outil d'assistance par ordinateur permettant la restauration céramique en une unique séance. L'utilisation du logiciel CEREC 3D, simple et performant, s'applique pour les inlays, les onlays, les couronnes et les facettes. Il permet d'établir l'empreinte à l'aide d'une

caméra optique, dont l'image apparaît simultanément à l'écran en trois dimensions, sous les yeux du patient. L'interface utilisateur, spécialement adaptée pour les applications dentaires, se gère intuitivement et n'exige aucune connaissance particulière en informatique !

Le CEREC 3D permet, outre la visualisation réaliste de la préparation qui évalue correctement la forme et le positionnement, de vérifier chaque élément du dessin, de s'assurer de l'exactitude du tracé et de le modifier pour un ajustement optimal. Il répond à l'exigence des dentistes qui considèrent que la précision est un critère de qualité important dans la fixation adhésive des inlays. Et c'est pour cette raison qu'avec le CEREC 3D, SIRONA a repensé le traitement des données-images, en créant une fonction permettant le chevauchement de plusieurs clichés. La séquence de conception ainsi que le pilotage de l'usinage ont été également optimisés pour répondre à ces mêmes exigences. Ainsi, vous avez la possibilité de vérifier la qualité du joint dans la zone proximale, comme le ferait tout technicien dentaire sur son modèle ; vous contrôlez en outre la position et la forme de la restauration sous tous les angles, sur une image agrandie vingt fois, et profitez de l'intelligence du système de détection des bords et arêtes le plus avancé au monde !

Le logiciel permet un modelage anatomique des faces occlusales :

◆ L'ajustement des faces proximales

Il permet d'ajuster les faces proximales de la restauration à celle des dents voisines ; un code couleur rend aisé le repérage et l'interprétation de l'épaisseur de l'étendue des contacts proximaux.

◆ L'identification des contacts occlusaux.

L'empreinte optique d'un registre occlusal (mordu) ou d'un FGP permet un ajustement exact de la restauration en fonction de la situation bucco-dentaire du patient. Comme pour le dessin proximal du rapport avec la dent voisine, les contacts occlusaux sont identifiables grâce à un code couleur.

◆ La Réhabilitation des quadrants.

Le CEREC 3D permet la réhabilitation des quadrants à partir de prises d'empreintes successives. L'axe d'insertion peut être modifié d'une préparation à l'autre. Il est défini avec le commencement du dessin. La restauration terminée peut être intégrée virtuellement, de façon à ajuster les faces proximales des restaurations voisines.

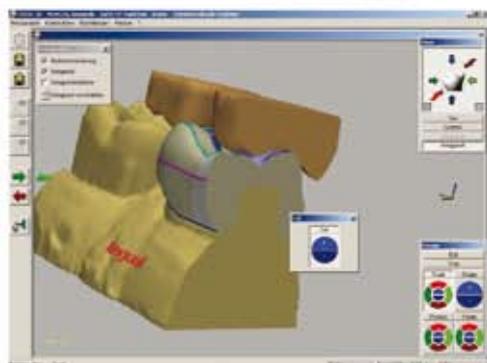
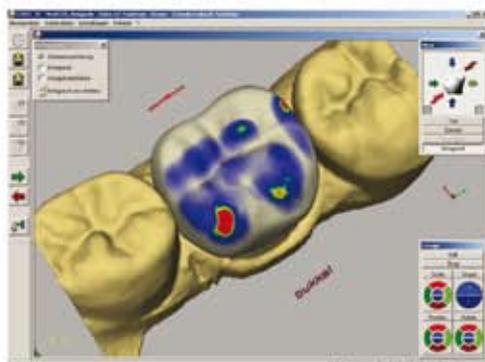


POINT DE VUE

Dr Lalet - Omnipraticien (Bordeaux)

Travailler avec le CEREC ne se résume pas à détenir une machine capable de faire des inlays, couronnes et facettes. Après plus de quatre ans d'utilisation, mon activité et mon cabinet se sont profondément transformés. Avant tout, c'est l'état d'esprit qui est changé. Le titre de « soins conservateurs » prend tout son sens, la précision de la machine permet des réalisations magnifiques tout en éliminant les contraintes de la dentisterie classique.

Ce qui m'avait décidé à acheter un CEREC, était qu'en tant que patient, je n'étais pas sûr de vouloir remplacer les amalgames que mes dents supportaient par des couronnes ! Mais un matériau aussi dur que l'émail (la céramique est complètement différente de celle faite au labo ; elle est faite pour être fraisée au diamant !), associé à un collage qui redonne une vraie cohésion à la dent... la couronne peut attendre ! Je me suis dit que si je le comprenais, mes patients le comprendraient aussi, et c'est le cas ! Le CEREC évolue tout le temps dans sa partie logicielle, les céramiques et le collage ont fait des progrès, rendant les réalisations plus belles et plus faciles. Les débuts demandent de l'application pour « dompter » la machine et l'intégrer dans son activité. Mais soigner les dents par des inlays, refaire des sourires avec des facettes, faire des couronnes tout céramique que l'on aura le plaisir de maquiller devant le patient est vraiment gratifiant. En travaillant de cette façon, j'ai l'impression d'être « spécialiste » en omnipratique.



Inlays sur dents dévitalisées



Couronne Cerec sur 36 en remplacement d'une couronne métal 37 (porteur d'un inlay cerec)



La réalisation de couronnes

Rapidité et perfection

Avec le CEREC 3D, la couronne s'adapte automatiquement à la morphologie des dents voisines et antagonistes selon un processus quasiment naturel, développé à partir d'une imitation du phénomène de la croissance dentaire. Et ce, pour une réalisation avec une durée d'usinage d'environ 10 à 15 minutes ! L'utilisation ergonomique de la caméra au-delà de la ligne médiane, sa fonction de corrélation manuelle et la symétrie miroir des dents controlatérales assurent un gain de temps optimum dans la réalisation des couronnes.

De la sorte, le CEREC 3D déplace et oriente la phase occlusale de la couronne jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement intégrée dans la rangée dentaire et en harmonie avec les antagonistes. Il n'y a alors plus qu'à valider la restauration proposée ou affiner le dessin en utilisant les différents outils du logiciel. La couronne sera ensuite façonnée au bout de quelques minutes dans un bloc de céramique, pour un travail d'une extrême précision. Après sept années d'existence et d'utilisation quotidienne du CEREC, des études cliniques réalisées par Kaplan-Meier à l'Université de Zürich ont examiné plus de 200 couronnes CEREC en céramique fixées par collage et attesté d'un taux de survie optimal des

LE CEREC EN CHIFFRES

- 20 000 : c'est le nombre d'utilisateurs CEREC dans le monde
- 20 millions : c'est le nombre de restaurations CEREC déjà réalisées
- 90-95 % : c'est le taux de survie des inlays et onlays CEREC au bout de dix ans
- 95-97 % : c'est le taux de survie des couronnes au bout de cinq ans
- 98 % : c'est le taux de satisfaction des patients du résultat de la restauration CEREC

molaires et des prémolaires, aussi élevé que celui des couronnes céramométalliques.

Rentabilité

Maitre-mot de la technologie CEREC

Les adeptes du CEREC le confirment : ce type de restauration est remarquablement bien perçue par le patient et s'annonce par conséquent comme un excellent investissement pour le chirurgien-dentiste. En moyenne, pour 15 patients traités par mois, le CEREC assure un gain de 1000 euros au cabinet et garantit l'amortissement des frais de l'équipement CEREC. Grâce à la rentabilité du système, le praticien est libéré de nombreuses préoccupations en terme de gestion.

Selon une étude de motivation, ce sont notamment les propriétés du matériau céramique, dont la garantie d'un traitement sans métal et conservateur de substance, ainsi que la teinte naturelle et la reconstitution en une seule séance qui incitent les patients à opter pour cette solution. Bien sûr, tout patient qui vous recommande atteste de la qualité de vos soins et garantit la pérennité de votre cabinet ! ■

Site internet de l'association utilisateur : www.cfao-cadcam.net

Site internet sirona : www.sirona.fr

Email : info@sirona.fr

N'appel : 0 805 204 204

Commercialisation par le réseau de concessionnaires CEREC agréés (Sirona; Sogim Grimouille, Perrigot, Union dentaire, Arcade dentaire, BDS, Défident).

SE FORMER AU CEREC

Quelques événements à venir :

SIRONA

- 5 juillet : Soirée CEREC à Meaux
- 6 juillet : Soirée CEREC à Pontoise
- 5 et 12 juillet : Atelier Découverte (1/2 journée) à Paris, avec un formateur agréé

DISTRIBUTEURS

Défident

- 11 octobre : Soirée CEREC InLab (locaux de Défident)
- 12 octobre : Soirée CEREC Cabinet (locaux de Défident)

Perrigot

- 21 septembre : Journée portes ouvertes laboratoire (Perrigot Limonest)
- 29 et 30 juin : Rencontres internationales CAD/CAM Dentaire (Chambéry)

Sogim Grimouille

- 3 et 4 juillet : Formation CEREC InLab (Hôtel Ibis La Ciotat)
- 14 septembre : Soirée CEREC 3D avec VITA (Locaux de Sogim, à Nice)
- 28 septembre : Soirée CEREC InLab avec Ivoclar (Novotel Montpellier Sud)

Union Dentaire

- 26 septembre : Information CEREC InLab (Bordeaux)
- 27 septembre (matin) : TP CEREC InLab (Bordeaux)
- 28 septembre (après-midi) : TP CEREC Cabinet (Bordeaux)
- 28 septembre : Soirée CEREC Cabinet (Bordeaux)

De nombreuses autres dates sont proposées à partir de Septembre
Renseignements par téléphone.



JE NE RATE
JAMAIS
MON COUP!

3324F_VITA Easyshade



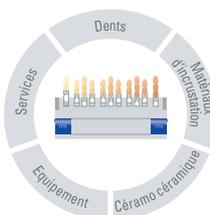
1.



2.



Vita System



3D-Master

VITA

Numéro azur:
tél.: 0810 15 15 14
fax: 0810 61 60 30
www.vita-zahnfabrik.com

Portrait d'un

Liene Molly



Vous êtes diplômée d'une université Belge. Qu'est-ce qui vous a motivé à partir aux Etats-Unis pour compléter votre formation ?

J'ai été diplômée de l'Université catholique de Leuven en Belgique en 2001.

A la suite de mon diplôme, j'ai décidé de suivre un programme qui combinait un enseignement de parodontologie et une prépa pour un PhD en sciences médicales, au sein de la même université. C'était un programme très intensif.

En janvier 2006, j'ai soutenu ma thèse intitulée « Les alternatives au protocole standard de l'ostéointégration des implants oraux ». Pendant mes années de recherche, je me suis particulièrement intéressée à la régénération osseuse ainsi qu'aux techniques de greffes osseuses, utilisant différents matériels. La thèse a surtout étudié les mises en charge précoces et immédiates des implants. Mais j'ai également décrit des protocoles de greffes osseuses et leurs résultats. L'utilisation d'une surface

occlusive lisse en titane est une technique qui a été décrite pour la première fois par le Professeur Schmidt et ses collaborateurs en 1994, s'appuyant sur un test animal au cours duquel ils avaient placé une plaque en titane au sommet de l'os crânien de lapins. Nous avons modifié la membrane et avons d'abord procédé

à une expérience sur animaux, qui s'est avérée suffisamment concluante pour que nous passions aux tests humains. Cette technique doit être encore améliorée mais elle promet un avenir radieux, car elle permet, sans utiliser de technique de greffe, la formation osseuse de plus d'un centimètre. Quand l'on compare cela aux greffes prises au niveau de la hanche, le taux d'échec précoce de l'implant (de sa mise en place jusqu'à la connexion du pilier) est un tout petit peu plus important pour la technique utilisant cette membrane, mais la transformation osseuse après le placement de l'implant est similaire, voire meilleure comparée aux implants placés dans des sites non modifiés ; ce qui est probablement dû à la présence d'os nouvellement formés.

18 C'est un avantage énorme par rapport aux greffes d'appositions depuis que nous savons

que dans ces cas, la croissance osseuse perd en cicatrisant, plus de la moitié de sa masse initiale. L'intérêt que je porte à d'autres techniques d'augmentation osseuses, comme les greffes allogènes et les matériaux de greffe alloplastiques, tout particulièrement dans le même temps ou avant la pose d'implants, grandit de jour en jour. C'est pourquoi je désire accroître mes connaissances en la matière. Après ma soutenance, j'ai pu aller à l'Université du Maryland à Baltimore (USA) où ils sont très au fait dans ce domaine de la Recherche. Les greffes osseuses alloplastiques déminéralisées et congelées, en combinaison avec les facteurs de croissance, sont les principaux sujets de recherche ; et bien sûr, je peux leur enseigner la chirurgie assistée par les techniques de guides chirurgicaux, avec ou sans mise en place immédiate.

Quelle est votre expérience de ces premiers mois passés à Baltimore ?

“ Au département de parodontologie de l'Université du Maryland, ils utilisent des membranes, du PRP et de l'endogain tous les jours ”

Les Etats-Unis sont complètement différents de l'Europe. Pas seulement d'un point de vue culturel : ils ont Disney World, Hollywood et de l'excellente viande de bœuf, nous avons Paris, Rome et Bruxelles ; mais aussi dans la manière de traiter leurs patients ainsi que du point de vue des opportunités qu'offrent les universités. Aux Etats-Unis, les universités ont bien plus d'argent attribué à la Recherche et les patients consacrent beaucoup plus d'argent aux soins dentaires, même dans des régions telles que Baltimore. Pour vous donner un exemple, au département de parodontologie de l'Université du Maryland, ils utilisent des membranes, du PRP et de l'endogain tous les jours et peuvent prendre la décision de s'en servir en opératoire, alors qu'à Leuven, nous discutons d'abord du montant de chaque chose, et lorsque le patient est finalement d'accord pour payer, alors on utilise le produit.

C'est probablement la raison pour laquelle en Europe, nous réalisons plus de lambeaux de repositionnement apical et de greffes prises au niveau de la hanche et qu'ici, aux Etats-Unis, il y a plus de protocoles de régénération

osseuse avec des membranes et après chaque extraction, nous recherchons la préservation du site.

Vous avez choisi de vous orienter vers une dentisterie assistée par ordinateur. Comment vous est venue cette idée ?

Cette idée est venue bien avant que je démarre mes études dentaires. La chirurgie guidée ou la chirurgie « stéréostatique », telle qu'elle était nommée antérieurement, trouve ses racines dès 1908 à « The University College of London », où Victor Horsley et Robert H. Clark développèrent les premiers appareils pour les expériences animales. Un peu plus tard, en 1947-1949, deux neurochirurgiens américains, Ernest A. Spiegel et Henry T. Wycis et un neurochirurgien suédois, Lars Leksell développèrent le premier dispositif stéréostatique pour la chirurgie du cerveau humain. En 1985, on a commencé à vouloir planifier l'implantologie à l'aide d'un ordinateur et on a essayé de trouver des méthodes afin de transférer cette planification dans le champ opératoire. En France, les systèmes de navigation optique ou magnétique ont été mis au point, ce qui s'est révélé extrêmement performant en endodontie ; simultanément, en Belgique, à Leuven, le département de parodontologie et de radiologie ont travaillé ensemble sur la modélisation en 3D et la planification en implantologie, permettant la fabrication stéréolithographique d'un guide pour utiliser les forêts dans un axe optimal.

J'ai participé aux tests sur cadavre du système de chirurgie assistée, qui furent concluants pour passer aux tests cliniques. Avec mon mentor, le Professeur D. van Steenberghe, nous avons traité ensemble le premier groupe de patients en utilisant un guide chirurgicale établi à partir d'une copie stéréolithographique de notre planification 3D par ordinateur. Le groupe de recherche a apporté des modifications au système et nous avons ensuite été capable d'utiliser cette même technique pour la chirurgie sans lambeaux.

Pendant ces quatre à cinq années de recherche en chirurgie, nous avons modifié la technique. Aujourd'hui, cette technique est approuvée par la FDA et utilisable en pratique clinique.

Quel est le bénéfice en implantologie d'un système tel que Nobel Guide sur lequel vous faites beaucoup de conférences ?

D'après moi, le principal intérêt de ce système

confrère étranger

est la planification. Cela permet de prévoir vos implants en prenant en compte non seulement les contraintes anatomiques mais également le point de vue esthétique. Lorsque vous regardez le scanner reporté sur votre écran, le logiciel offre la possibilité de saisir l'os et de le regarder à partir du site de votre choix et permet de le rendre fiable, d'utiliser tous les os qui sont visualisés en image 3D pour votre planification implantaire. Cela permet également la chirurgie sans lambeaux et la fabrication d'une superstructure, temporaire ou finale, avant la chirurgie. Cela donne la possibilité d'améliorer la chirurgie juste avant la mise en place de la restauration, sans sutures et sans risque d'une inflammation sous les lambeaux. Pour les patients, c'est un réel bénéfice car il y a moins de gonflement, de meurtrissures et de douleur. Pour les dentistes, c'est plus de travail devant l'ordinateur afin de planifier de façon plus élaborée mais le temps passé au fauteuil est énormément réduit.

Vous êtes une des très jeunes conférencières internationales sur ce sujet et vous avez formé de nombreux confrères. Quel est votre avis sur l'avenir du numérique en dentisterie ?

Les techniques de chirurgie assistée par ordinateur sont le futur de la dentisterie ! Ma génération n'a pas de suite grandi avec les ordinateurs, je les ai connus vers l'âge de quinze ans. La nouvelle génération de dentistes qui commencent aujourd'hui leur formation seront bien plus à même de se familiariser avec cette technologie. Aujourd'hui, les étudiants emmènent leur ordinateur, leur clé USB et leur téléphone portable avec accès Internet en classe ! Dans la nouvelle école de dentisterie qui vient d'être ouverte ici au Maryland, vous disposez d'un accès WiFi n'importe où. De nouvelles classes interactives sont montées, dans lesquelles les étudiants disposent de l'Internet pendant le cours, ont accès à Google pour trouver des réponses, ce qui rend le cours vraiment interactif. Cela va aussi obliger les enseignants à modifier leurs techniques pédagogiques. Les salles de laboratoires sont appelées « salles de rêve » et sont entièrement configurées à partir de la technologie numérique. Ces étudiants réclameront la même technologie dans leur propre pratique. Je pense que dans dix ans, tous les cabinets dentaires disposeront de dispositifs CAD/CAM pour faire les inlays, les onlays et les couronnes. L'ordinateur sera utilisé pour rechercher les dossiers des patients et les logiciels 3D aideront les traitements en endodontie. Ce n'est pas

parce que ce que nous faisons au quotidien fonctionne que quelque chose d'autre ne peut pas être mieux ni nous donner plus d'options.

Avez-vous l'intention de revenir en Europe ? Et dans ce cas, où souhaiteriez-vous pratiquer ou peut-être encore compléter votre formation ?

J'aimerais vraiment revenir en Europe dans un futur proche, principalement pour sa culture et son excellent pain, c'est pourquoi Paris serait une bonne option ! Les croissants au petit-déjeuner ainsi que la baguette de pain tartinée de brie au déjeuner sont un délice.

Est-ce difficile d'être une femme conférencière sur le circuit international ?

Parfois, vous devez penser comme un homme et agir comme une femme, mais je ne trouve pas cela difficile. L'expérience internationale est une chance formidable pour moi, et j'aime voyager et rencontrer des gens intéressants. Actuellement, je voyage deux fois par mois, ce qui est pas mal du tout et je sais bien que pour beaucoup de femmes ce n'est pas possible. Elles ont besoin de prendre soin de leur famille. Cependant, c'est tout à fait possible de faire des conférences internationales pour une femme dentiste. Tout dépend de vos propres buts.

Avez-vous des contacts avec des consoeurs également conférencières et quels sont-ils, car il existe maintenant en France le premier congrès, à notre connaissance, d'implantologie avec exclusivement des conférencières femmes ?

J'ai lié pas mal d'amitiés sur ma route, et parmi ces amitiés, des femmes comme Sonia Leziy (Canada), Danuta Broczic (Pologne), Annette Felderhoff (Allemagne) etc. C'est très bien d'avoir des conférences tenues par des femmes, car plus de 60% des étudiants en dentaire sont des femmes en Europe. Dans l'histoire, c'est cependant un phénomène récent, c'est pourquoi nous devons encore patienter pour en sentir les effets dans l'organisation de conférences ou de groupes de travail. Mais je parie que d'ici quelques années les groupes de travail compteront une large proportion féminine. Le monde des conférenciers internationaux est actuellement encore un monde d'hommes, mais je peux vous dire que c'est déjà en train de changer.

Propos recueillis par le **Dr Bernard TOUATI**

« Parfois vous devez penser comme un homme et agir comme une femme, mais je ne trouve pas cela difficile »

La « chirurgie implantaire guidée »

sous-entend la possibilité de charger les implants avec une supra structure immédiate

Le protocole classique de P.I. Branemark décrit en 1977, nous prescrit de laisser les implants enfouis durant une période de 4-6 mois afin de laisser osseointégrer les implants. De cette manière, des résultats à long terme ont pu être obtenus.

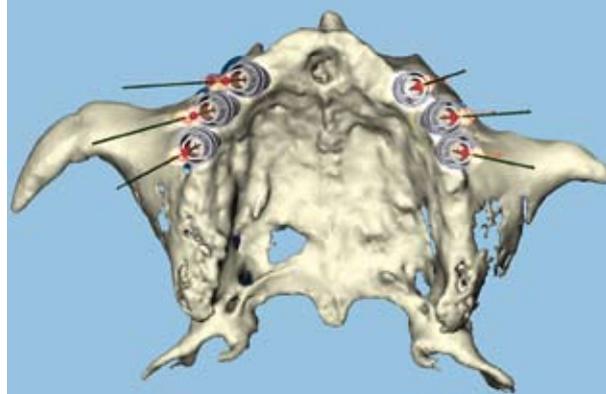
A l'heure actuelle, les patients désirent être réhabilités le plus rapidement possible, ceci sans doute à cause du rythme de vie stressant, mais surtout parce que le confort et l'esthétique prennent une place de plus en plus importante dans la société.

Quelques articles ont été publiés, avec des analyses cliniques concernant des patients réhabilités avec des implants chargés immédiatement. Cependant, la plupart des articles sont des rapports de cas, ce qui n'est pas suffisamment scientifique. On a besoin de rapports couvrant plusieurs années. Quelques articles décrivent des résultats comparatifs entre des implants chargés immédiatement et la méthode classique (Schnitman et al. 1997; Tarnow et al. 1997; Ganeles et al. 2001; Glauser et al. 2003; Tarnow et al. 1997).

La plupart des articles décrivent les implants placés dans la mandibule, dans la région de la symphyse, ce qui offre le meilleur résultat, grâce à l'os dur offrant de très bonnes propriétés biomécaniques. Ceci est nécessaire afin d'obtenir une bonne stabilité primaire de l'implant.

Une des méthodes de planning est le « Nobel Guide de model based planning » (Figure 1), l'autre est le « Nobel guide planning dans un système 3D de planification logicielle » (Figure 2) (Verstreken et al. 1996).

2b



Figures 2 a et b : Cette image visualise l'os présenté dans la planification logicielle à partir du scanner, avec l'option prothétique idéale. Ainsi, il est plus facile de planifier les implants exactement comme on le désire.

Pour pouvoir charger les implants immédiats dans d'autres régions, il serait nécessaire de faire un planning adéquat. Ce ne sont pas seulement la biomécanique et l'anatomie qui influencent le placement des implants, l'esthétique est également très importante.

Une méthode de transfert de planning vers le champ chirurgical est vraiment indispensable. Ce rapport décrira deux méthodes de planning utilisant la même méthode de transfert.

Le transfert au champ chirurgical est effectué avec des guides chirurgicaux individuels (Figure 3) (van Steenberghe et al. 2002).

Les premiers patients ont été traités avec des guides chirurgicaux au niveau de l'os.

Actuellement, les guides chirurgicaux se trouvant au niveau des gencives permettent la chirurgie sans lambeau. Une étude décrit les résultats obtenus après une année (van Steenberghe et al. 2004).

1

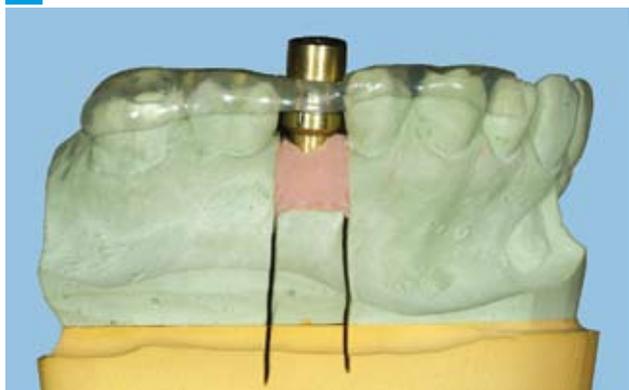
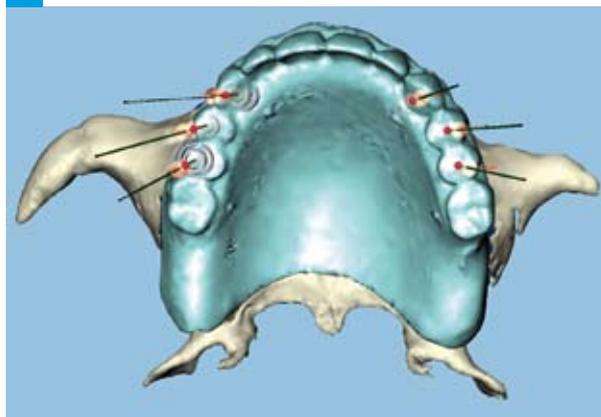


Figure 1 : Cette figure nous visualise le guide chirurgical préparé à base d'un modèle où l'implant est inséré. Les tissus mous sont représentés par la structure en rose préparée avec une matière souple.

2a



3



Figure 3 : Guide chirurgical stéréolithographique issu d'un système de planification fondé sur les images d'un scanner.



Par le Dr Liene Molly

Nobel Guide : "model based planning"

Pour effectuer la méthode de planning basée sur le modèle obtenu d'une impression profonde qui visualise non seulement les gencives mais aussi

l'os présent avec la gencive « rose » par-dessus (Figure 5).

Après la préparation de la cavité qui préfigure l'ostéotomie, l'analogue d'implant peut être inséré. L'orientation de cet analogue est une copie de la place en bouche de l'implant même.

4



Figure 4 : Cette figure représente les mesures cliniques de l'épaisseur des tissus mous. Une lime endodontique pénètre les gencives jusqu'au niveau de l'os. Ceci se répète tous les deux millimètres en vestibulaire et en lingual, de sorte qu'il soit possible d'enregistrer l'épaisseur des tissus mous.

les muqueuses, on a d'abord besoin de mesures cliniques. Il est nécessaire de mesurer l'épaisseur des gencives avec une sonde parodontale ou bien une lime endodontique (Figure 4).

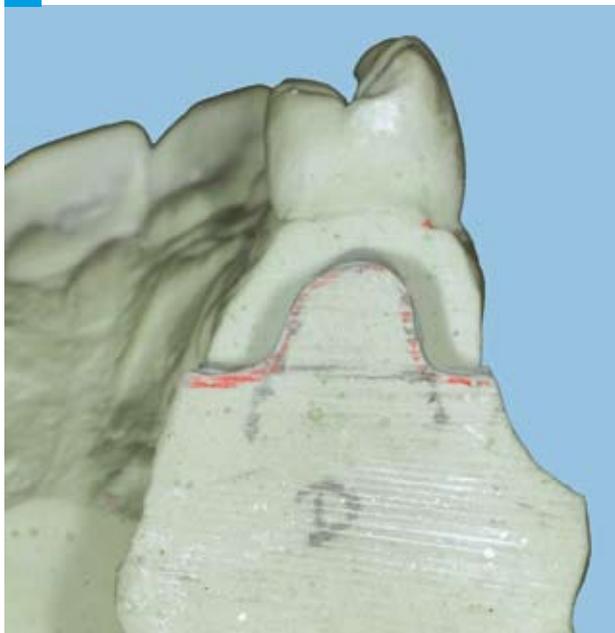
Ces mesures avec les images radiographiques nous aideront à décider le placement de l'analogue d'implant dans le modèle. Ensuite, le modèle créé va être transformé en une simulation de

Ensuite, les composantes de 'Nobel Guide model based' doivent être ajustées sur cette réplique (Figure 6).

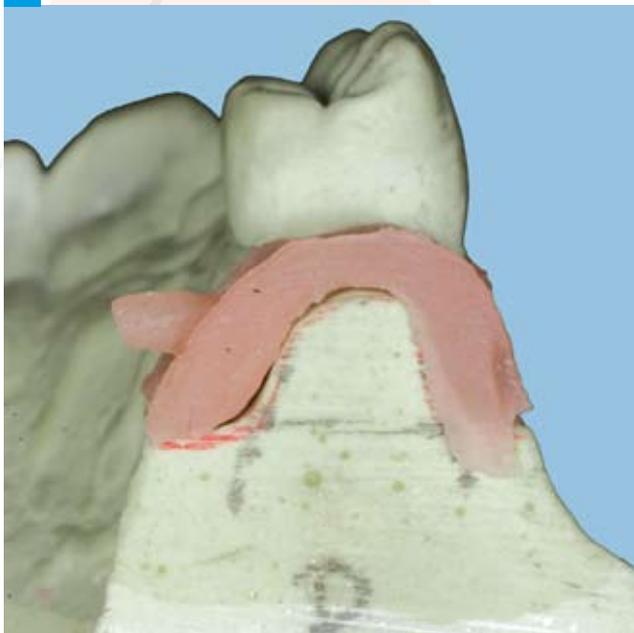
Le composant numéro 2 est celui qui sera encasté dans le guide chirurgical (Figure 7). Cette méthode-ci est très simple pour construire un guide chirurgical efficace, bien qu'il faille comprendre les lois biologiques de la chirurgie.

Figures 5a et b : Après avoir coulé le modèle, il est possible de transférer les mesures clinique vers le modèle. Figure 'a' montre la quantité d'os disponible, Figure 'b' montre en plus la quantité des tissus mous pour que le placement de l'implant s'adapte non seulement à l'os disponible mais aussi aux caractéristiques esthétiques et biologiques concernant les tissus roses.

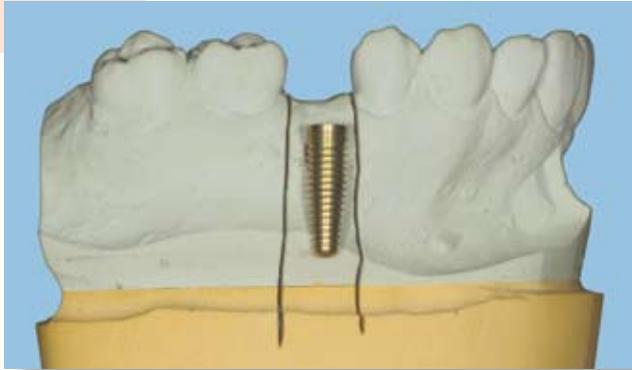
5a



5b



6a



6b



6c



7



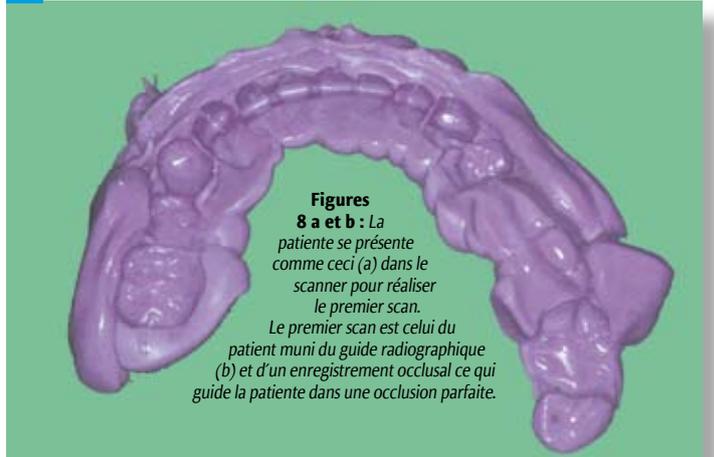
Figures 6 a, b et c : Dans le modèle, une cavité est préparée pour insérer l'analogue d'implant. Au-dessus, on peut visser les composants 'Nobel Guide Model based' (b,c) (Nobel Biocare, Gothenburg, Sweden).

Figure 7 : Le composant numéro 2 est la douille qui doit être encastrée dans le guide chirurgical. La douille sert à stopper les forets pour préparer l'ostéotomie et aussi à guider l'implant au moment du placement.

8a



8b



Figures 8 a et b : La patiente se présente comme ceci (a) dans le scanner pour réaliser le premier scan. Le premier scan est celui du patient muni du guide radiographique (b) et d'un enregistrement occlusal ce qui guide la patiente dans une occlusion parfaite.

Nobel Guide : 3D système de planification logiciel

La plupart des cas se présentent avec un « édentement » de multiples dents. Le planning des implants dans ces cas particuliers est plus difficile et parfois, des erreurs peuvent causer des problèmes esthétiques, de perforation ou de déhiscence osseuse, et même des paresthésies dans la région postérieure de la mandibule. C'est pour ces raisons qu'un planning avant la chirurgie peut aider à diminuer les erreurs chirurgicales. Un double CT-scanning rend possible la visualisation de l'os et en même temps celle de la supra-structure, dans une planification informatique. Les images du premier scan du patient porteur d'un guide radiographique indexé (Figure 8) et celles du deuxième scan du guide radiographique seul (Figure 9) peuvent être superposées.

9



Figure 9 : Seul le deuxième scan du guide radiographique rend possible la réalisation d'une image superposée des deux images obtenue du scanner, ce qui est nécessaire pour pouvoir faire une planification en 3D.

Puis on peut importer ces images dans un ordinateur muni d'un logiciel 3D et faire le positionnement des implants et des faux moignons. Sur la base de ces données, un guide chirurgical est développé en employant la stéréolithographie (Figure 3). De cette manière, il est possible de placer les implants exactement comme indiqué



NobelGuide™

planification parfaite pour dents parfaites

Planifier. Prévoir. Préparer les prothèses à l'avance. Puis tout mettre en oeuvre parfaitement – grâce au concept révolutionnaire NobelGuide™. Ce concept transforme la planification extra-orale en une réalité clinique. Avec facilité, précision et rapidité.

Un guide chirurgical de conception personnalisée est créé, d'après la planification exacte qui a été effectuée. Vous connaissez parfaitement la position finale des implants avant de commencer. Cela permet au laboratoire de réaliser la solution prothétique au préalable pour qu'elle soit disponible au moment de l'intervention.

Le concept NobelGuide™ comporte plusieurs facettes et s'adapte à n'importe quel niveau du traitement. Vous avez la possibilité de continuer de travailler avec la planification classique sur modèle ou vous pouvez recourir à la planification numérique, grâce au logiciel NobelGuide™ optimisé par Procera®, qui vous permet de visualiser parfaitement l'anatomie du patient. Pour vous, le concept révolutionnaire NobelGuide™ se traduit par une prévisibilité inégalée, et pour le patient, par le fait de profiter de belles dents immédiatement grâce au concept Beautiful Teeth Now™.

Pour plus d'informations, contactez votre bureau local Nobel Biocare ou visitez le site internet www.nobelbiocare.com


ANNIVERSARY
Nobel Biocare™

dans le planning. Deux autres avantages résident dans la possibilité de faire de la chirurgie sans incision et de laisser fabriquer la prothèse définitive ou temporaire avant la chirurgie. Le premier avantage est non seulement important pour le praticien qui diminuera le temps chirurgical mais surtout bénéfique pour le patient qui aura beaucoup moins d'œdème et de douleurs post-opératoires.

Méthode de transfert du planning au champ chirurgical

Le transfert du planning au champ chirurgical se fait avec un guide chirurgical basé sur le modèle ou sur le planning dans l'ordinateur. Le guide stéréolithographique est plus précis que le guide basé sur le modèle. Il demande plus de temps de préparation. La technique chirurgicale suivie après le planning est presque la même pour les deux méthodes de planning. D'abord il faut ajuster le guide aux tissus mous et, s'il y a des dents contiguës, c'est quand même plus facile ! Ensuite, si c'est possible de faire une chirurgie sans incision, il faut trépaner la muqueuse (Figure 10).



10a



10b

Figures 10 a et b : D'abord il faut « puncher » la muqueuse (a) et puis le foret de deux millimètres de diamètre guidé par la douille, commence à préparer l'ostéotomie (b).

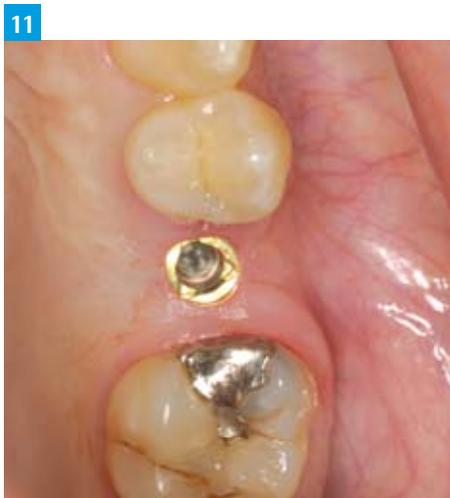
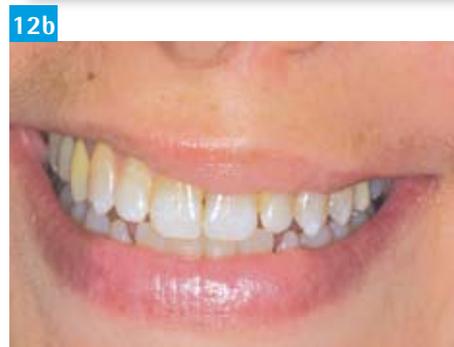


Figure 11 : Immédiatement après le placement de l'implant, le dentiste peut placer la couronne (Figure 12). La chirurgie sans sutures procure des suites opératoires peu ou pas douloureuses.

L'ostéotomie se prépare comme pour une chirurgie classique, guidée par le cylindre encastré dans le guide. Après le placement des implants (Figure 11) et après avoir ôté le guide chirurgical, la supra structure peut être placée immédiatement (Figure 12).



12a



12b

Figures 12 a et b : La couronne temporaire en place.

Conclusions

Actuellement, la restauration prothétique immédiate des implants n'est pas toujours possible. Imaginez qu'une augmentation de l'os soit nécessaire avant le placement des implants ou que votre patient soit un grand fumeur, dans ce cas, beaucoup de collègues ne choisiraient presque jamais une mise en charge immédiate. La même idée vaut pour la chirurgie sans incision. Une connaissance saine de la chirurgie orale est nécessaire afin de prendre de bonnes décisions en traitant chaque patient. Une chirurgie guidée, par contre, aidera à placer les implants exactement comme vous l'avez projeté, même si la crête osseuse est très étroite (Figure 13). Ce guide aidera aussi à diminuer le stress pendant la chirurgie.

Placer les implants d'une manière guidée, c'est aussi possible en angulant les implants. Les implants zygomatiques ne sont plus une hypothèse future, mais bien d'actualité. Le Professeur Malevez (Université Libre Bruxelles, Belgique) a créé une possibilité de réhabiliter les patients édentés avec des arcades osseuses énormément résorbées sans aucune augmentation, leur donnant une prothèse fixe sur implants. La planification gagnera beaucoup d'importance en dentisterie dans le futur.



13

Figure 13 : Même si la crête est peu volumineuse, il est possible de placer les implants exactement comme visualisé dans le système de planification 3D.

Dr Liene MOLLY
Baltimore (USA)



Plus de
30000 systèmes
vendus

Vos patients souhaitent des résultats immédiats...

ZOOM2[®] ACP les garantit.



Comparé au premier système Zoom!,¹
le système ZOOM2[®] ACP au Phosphate
de Calcium Amorphe est :

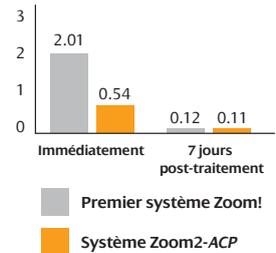
- **33% plus rapide**
Une moyenne de 8 teintes
en trois sessions de 15 minutes
- **Plus confortable**
73% de sensibilités en moins
- **Plus stable**
Moins de recolorations

Une moyenne de
8 teintes en 45 minutes³

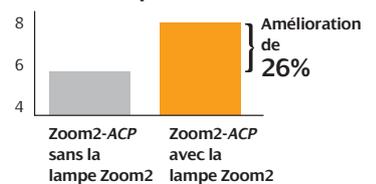


Teintier Vita classé par ordre chromatique.*

Sensibilités dentaires



Efficacité avec
et sans lampe¹



ZOOM2[®] ACP

1. Données disponibles sur demande.
2. L'utilisation du Phosphate de Calcium Amorphe est une technologie brevetée et accordée en licence exclusive à Discus Dental par l'ADA Foundation.
3. Teintier Vitapan® classé par ordre chromatique. Vita et Vitapan sont des marques déposées par Vita Zahnfabrik, AG, Allemagne. Brevets en attente d'acceptation. 0.000.000 De plus, les brevets suivants pourront également s'appliquer: 0.000.000

A l'usage exclusif d'un chirurgien dentiste.

Contactez-nous au **0810 40 08 46**
(Numéro Azur)

DISCUS DENTAL[®]
www.discusdental.com

ADV-1682FR 0106

Des machines qui annoncent la couleur



A quoi sert un spectrophotomètre ?

On constate une réelle difficulté à trouver la couleur des dents avec l'œil et les teintiers et cela se vérifie dans de nombreuses études cliniques. La mesure est inconstante, et limitée au talent du praticien et du céramiste.

Ainsi, les chirurgiens-dentistes et les prothésistes ont le réel besoin d'une technique plus scientifique donnant une valeur mathématique de la couleur des dents.

Les industriels nord-américains, européens et japonais ont appliqué les progrès des instruments opto-électroniques au domaine dentaire. Ils ont proposé au dentiste et au prothésiste des systèmes supposés relever et communiquer les caractéristiques de couleur des dents.

Ces systèmes appelés « machines de teinte » comprennent des spectrophotomètres des colorimètres et des appareils combinés.

Comment marchent les machines de teinte ?

Ces « machines de teinte » permettent de transmettre de manière objective des informations de teinte complémentaires à celles relevées par le praticien. L'appareil établit un schéma de teinte où la subjectivité de l'œil du praticien et du prothésiste est absente (l'âge, la fatigue, l'éclairage, l'environnement n'influencent pas le résultat).

Ces systèmes utilisent des appareils photo numériques (digicams), des spectromètres ou colorimètres, ou tentent de combiner une caméra vidéo à un colorimètre (Shadevision, Xrite) ou deux caméras à un spectrophotomètre (Spectro Shade, MHT). Les fabricants, pour rendre plus fiables les mesures de leur système ont recours à des logiciels sophistiqués.

Quels sont les critères à rechercher pour choisir un appareil de mesures de teinte ?

Toutes ces machines de teinte diffèrent par leur méthode de calcul, leur configuration, leur sensibilité de manipulation, leur solidité, leur design et leur prix.



On distingue sur le marché trois types d'appareils de mesure :

- ◆ les digicams
- ◆ le colorimètre
- ◆ le spectrophotomètre

Pour faire son propre choix, le chirurgien-dentiste doit connaître les spécificités de chaque type d'appareils.

Qu'est-ce qu'une digicam ?

Les digicams (ou digital cameras) donnent une image globale de la dent. Elles permettent d'apprécier certaines variations de luminosité et de teinte des dents, en complément de la méthode des nuanciers. Elles facilitent la vision des zones de transparence, d'opalescence ou du halo. Mais, les images prises par ces appareils numériques montrent des distorsions de couleurs légères mais aisément perceptibles. Ces appareils ne peuvent prétendre ni à une reproduction exacte ni à la mesure des couleurs, et, a fortiori, pas à celles des couleurs relativement proches des dents.

Pour améliorer la technique, la société Cynovad a mis au point le ShadeScan.

Le Shadescan est une caméra numérique qui « scanne » la dent automatiquement et envoie cette infor-



Interview réalisée par le **Dr Bernard TOUATI**



l'information numérisée à un logiciel installé sur un ordinateur PC. Celui-ci compare l'image à une volumineuse banque de donnée d'images numériques.

Le ShadeScan montre la répartition des différences de translucidité sur la dent avec le logiciel d'amélioration d'images qui augmente les caractérisations de la dent.

Le volume de la caméra et l'encombrement de l'équipement ne facilitent pas la manipulation.

Malheureusement plusieurs paramètres influencent défavorablement le résultat : l'éclairage environnant, l'état de surface de l'émail, les mouvements du patient.

De plus, la méthode d'analyse ne donne aucune mesure de couleur, ce qui limite les possibilités de la machine.

Comment fonctionne un colorimètre ?

Les colorimètres (ex: Shade Eye, Shofu, Chromatis, FC Medical Device) effectuent une mesure de la couleur par un procédé optique permettant de relier le flux lumineux réfléchi par l'échantillon aux composants colorimétriques. La lumière réfléchie par la dent passe à travers trois filtres (Bleu, Vert, Rouge) derrière lesquelles trois photo-diodes mesurent l'intensité du rayonnement reçu. Ces trois mesures sont ensuite combinées en un résultat unique.

La colorimétrie donne ainsi une couleur en fonction d'une source lumineuse spécifique et il est impossible de faire des comparaisons avec des mesures réalisées avec une autre source lumineuse. Le fabricant de cé-



ramiques Shofu (Japon) a développé le colorimètre Shade Eye NCC en association avec Minolta dans le but d'améliorer la fiabilité de la machine.

La sonde dont l'embout de contact mesure 3 mm de diamètre est placée à la jonction 1/3 cervical, 1/3 médian et cela explique certainement le peu d'informations recueillies sur la zone incisale.

Un système combine une caméra numérique et un colorimètre : le Shade-Rite de X-Rite.

Cet appareil comprend un boîtier-sonde portable indépendant avec un écran tactile et une station d'accueil assurant la recharge des batteries et la liaison avec le PC.

Le Shade-Rite donne la gradation la plus proche du fabricant de céramique choisi pour :

- ◆ l'ensemble de la dent,
- ◆ les trois tiers horizontaux de la dent
- ◆ la cartographie de la dent en gradations.

Il donne également une indication de l'écart de luminosités, teinte et saturations respectives entre les gradations céramiques proposées et les mesures effectuées.

Cependant, la taille volumineuse de la sonde limite fortement ses indications (très difficile pour les dents inférieures et les petites incisives supérieures). La manipulation est moyennement aisée et l'écran n'est pas très lisible.

Comment fonctionne un spectrophotomètre ?

Un spectrocolorimètre ou spectrophotomètre effectue une mesure spectrale (et non pas trivariante comme le colorimètre) du flux lumineux réfléchi ou transmis.

Il exprime la mesure de la couleur sous forme de trois chiffres généralement dits $L^*a^*b^*$ (qui peuvent être directement traduits en termes de luminosité, teinte et saturation).

Les mesures enregistrées (une par élément CCD) sont ensuite traitées pour être très précisément affichées sous la forme choisie, par exemple $L^*a^*b^*$.

Le spectrophotomètre comprend son propre module d'éclairage qui peut offrir des sources lumineuses variables (xénon, halogène-tungstène). Il constitue un appareil de mesure de la couleur a priori plus cher, mais aussi plus précis et plus fiable que le colorimètre.

Depuis quelques années, plusieurs fabricants proposent dans le domaine dentaire des appareils directement dérivés de ces mini-spectromètres à fibres optiques : Dental Shade Guide 4 de Rieth (Allemagne), Dental Color Analyser de Applied Medical Devices Inc (Canada), Pikkio de MHT (Italie), Vita Easyshade de Vident (USA). Le Spectroshade de MHT combine un spectrophotomètre à deux caméras numériques.



Ces appareils éclairent la dent avec une lumière préalablement calibrée et mesurent la lumière diffusée en retour par une surface réduite de la dent (entre 0,1 à 6 mm² selon les appareils). Ils mesurent la couleur sur une seule zone mais peuvent mémoriser plusieurs mesures successives. Cependant, ils ne donnent pas d'information sur la luminosité globale de la dent.

Quelle est la gamme de prix ?

Les prix sont très variables en fonction de la machine choisie : de quelques centaines d'euros à plusieurs milliers.

Il faut garder à l'esprit que ces machines de teinte représentent une aide pour le praticien dans la recherche de la couleur. Ces systèmes sont indispensables à ceux qui présentent une déficience visuelle. Pour les autres, ils apportent un complément d'informations qui doit être associé à la prise de teinte avec l'œil, les teintiers et les photographies.

Proposé par le **Dr Pascal ZYMAN**



Clinique, Technique...

Une question de savoir faire et de faire savoir !

Comment obtenir un résultat fonctionnel et esthétique en accord avec les données de la dentisterie moderne attentive à la gestion parodontale et aux matériaux employés ?

Comment animer une formation en accord avec les réalités quotidiennes des omni praticiens et des prothésistes ?

Un challenge que le docteur Claude LAUNOIS, le céramiste Hervé MARECHAL, entourés de Claude ARCHIEN et Bernard WEILER, ont accepté de relever à la demande de la société Ivoclar Vivadent lors d'un stage, qui s'est déroulé à St Jorioz, fin mars.



Claude LAUNOIS et Bernard WEILER entourant le patient

La réalisation temps par temps d'une préparation pour une facette de céramique collée, l'élaboration des éléments tout céramique et leur fixation constituaient la trame principale de ce stage.

Le cas initial, proposé par le clinicien, présentait 4 incisives maxillaires colorées, dont trois étaient dépulpées, suite à un traumatisme ancien.

Après réalisation des préparations périphériques et canalaire sur 11. 21 et 22, les pertes de substance dentinaire imposaient classiquement l'élaboration de reconstitutions corono-radiculaires. Pour les besoins du stage, plusieurs procédés furent utilisés, un faux moignon en alliage céramisé, blanc opaque sur 11, un faux moignon en titane sur 21 et une reconstitution en composite de laboratoire avec tenon en fibre de verre sur 22. (FRC Postec® Ivoclar Vivadent).



Les 4 «supports»

Sur la 12 pulpée, l'indication d'une facette de céramique s'imposait, en raison du principe d'économie tissulaire, une préparation invasive ne se justifiant pas.

4 « supports » différents se trouvaient réunis créant une base de travail très hétérogène.

Pour permettre aux prothésistes de disposer d'un modèle de travail partiel du cas clinique, il fut décidé de réaliser au préalable les préparations de 11.21.22 pour Couronne Céramo Céramique (CCC), de réaliser les trois provisoires et de prendre l'empreinte de 21 et 22.

Afin de masquer la couleur du faux moignon en titane, une chape Zirconie sur 21 a été usinée par la société Diadem.

Phase clinique

Lors du stage, les participants ont pu assister en direct à la préparation de la facette sur la 12 et à l'empreinte des 4 préparations.

La facette provisoire a été confectionnée selon deux procédés différents :



- la technique de la coquille qui consiste à éviter l'intrados d'une dent de prothèse amovible adaptée en forme, couleur et dimensions de la dent préparée puis la rebaser avec une résine chémo polymérisable.

- la technique de la gouttière extempore réalisée avec un silicone transparent sur le wax up (Mémosil® - Heraeus), remplie de composite photopolymérisé en bouche.

Le relevé de la couleur au fauteuil, les moyens de transmission des informations au laboratoire de prothèse furent également abordés.

Phase de laboratoire

Les 4 éléments prothétiques ont été élaborés par Hervé Maréchal avec les composants du système tout céramique « IPS e.max ». Sur 12, 11 et 22 les armatures furent pressées avec IPS e.max Press, céramique renforcée avec du silicate de lithium.

La céramique cosmétique du système IPS e.max pouvant s'appliquer sur divers matériaux d'armature dont la zirconie, un résultat esthétique « homogène » était espéré. La stratification des 4 éléments se réalisant en un temps.

Hervé Maréchal développa l'analyse très détaillée de la couleur, illustrée par un schéma proposé aux prothésistes, qu'il mis en application lors de la stratification des différentes couches de céramique faite en direct.

Chaque céramiste réalisa entièrement les 2

3 armatures en IPS e.max Press et une chape en zirconie Diadem sur la 21





Essayage «biscuit» en bouche à l'issue de la première cuisson
La tonalité est bonne.



Essayage en bouche après la cuisson de correction

éléments sur 21 et 22. L'un sur armature en zircon, l'autre sur armature pressée. L'opportunité fut donnée à chaque prothésiste de relever la couleur sur le patient, de confirmer ou d'infirmer l'analyse faite par Hervé Maréchal, d'essayer leurs travaux en bouche et de visualiser le résultat sur grand écran. Grâce aux moyens vidéo déployés, chacun put



Une discussion entre experts ... particulièrement appréciée des céramistes

apprécier les modifications à apporter aux formes, à l'état de surface et aux caractérisations du bord libre afin de permettre une meilleure intégration biologique et esthétique des travaux.

Durant les étapes spécifiques aux prothésistes, diverses prestations furent proposées aux praticiens présents. Claude ARCHIEN anima une très intéressante réunion sur le thème de la biocompatibilité et sur l'importante croissance de cette dernière dans le cadre d'une dentisterie moderne. Claude LAUNOIS développa pour sa part les reconstitutions coronaires, la zircon, le collage du tout céramique et 20 ans de facettes.

Le vendredi après midi fut consacré à la pose des 4 éléments. Les 4 supports étant différents, deux modes de fixation furent décrits et appliqués en bouche :

- l'utilisation d'un composite fluide (Variolink II) associé à un adhésif (Excite® DSC) pour le collage de la facette de céramique sur 12, céramique mordançable à l'acide fluorhydrique. L'intervenant a particulièrement insisté sur toutes les étapes du traitement des différentes surfaces en présence, sur le rôle du silane. Les précautions à prendre lors de la mise en place de la facette, les conditions de photopolymérisation, la protection du joint dento-prothétique par un film de glycérine et l'élimination des excès furent également développés.

- l'emploi d'un ciment adhésif (Multilink Automix®) pour l'assemblage de la couronne céramo-céramique sur base zircon, non mordançable.



Le résultat à l'issue du collage de la facette sur 22

Un stage très chaleureux, dans une excellente ambiance, riche en enseignement pour les praticiens et les prothésistes. Une très grande interactivité a permis à chacun de comprendre une multitude de détails techniques et cliniques et d'apprécier surtout les exigences de chaque partie de l'équipe que représentent le chirurgien-dentiste et le prothésiste.

Le matériau IPS e.max a surpris les participants par sa grande polyvalence et ses qualités esthétiques.



Le résultat à 15 jours valide l'impression perçue immédiatement après la pose des 4 éléments.



Notez l'aspect naturel des éléments prothétiques comparé à celui des dents naturelles antagonistes

Notez dès à présent que ce stage sera reconduit, à Saint-Jorioz, au printemps 2007. Pour tout renseignement, contactez Danielle au 04 50 88 64 12

C O M M U N I Q U É

Nous enregistrons un taux de participation accru à notre jeu-concours pour Venise et nous sommes très touchés de votre fidélité et votre implication dans la vie de notre publication.

Sous la pression de notre lectorat, nous avons accepté de prolonger le délai de validité du jeu au 21 Juillet 2006 pour une publication des résultats dans notre numéro de Septembre.

Nous profitons de l'occasion pour recadrer nos attentes ; il s'agit de proposer une accroche, un slogan, de nature publiable qui viendra ajouter un qualificatif à votre revue sous notre titre « Le Fil Dentaire ».

La participation n'étant pas limitée ceux qui nous ont déjà soumis leurs idées peuvent réitérer !

Vous serez peut-être le gagnant d'un magnifique voyage à Venise !...



Rencontre

Mon rendez-vous avec le Docteur...

Rubrique animée par le
Docteur Philippe Pirnay

Guy MOREL



- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Président de la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes (C.A.R.C.D.)

Dr P. Pirnay : «Rétablir la gloire et l'honneur du royaume sur mer », telle était la devise de Colbert lorsqu'il inventa la retraite. Quelle devise donneriez-vous aujourd'hui à une politique d'avenir pour nos retraites ?

Dr. Guy MOREL : Des citoyens responsables pour une solidarité partagée avec pragmatisme et réalisme.

Dr P. : Avez-vous le sentiment que nos confrères actifs préparent suffisamment leur retraite pour bien la vivre ?

Dr. G. M. : Les structures mêmes du couple et de la famille ont, après une évolution rapide, complètement quitté le cadre du pater familias omnipotent économiquement.

La notion d'évolution maximum de l'outil de travail, de sa valorisation pour aboutir à une sécurité matérielle à mi-vie puis consolider son avenir retraite par le renforcement d'une diversification assurée dès le début d'activité, **n'est plus princeps.**

L'évolution des droits propres, d'une perte de confiance en l'avenir, d'une mentalité allant dans le sens de profiter de la vie au sens large, assombrit l'horizon mais confirme l'obligation de se constituer une retraite multifacettes : obligatoire avec des placements diversifiés évolutifs sur le long terme.

Dr P. : L'intégration européenne a une influence certaine sur l'évolution des systèmes nationaux de

retraite et de santé. Certains pensent qu'il faudrait aller jusqu'à créer un étage supplémentaire européen, obligatoire, à cotisations définies. Pensez-vous que les chirurgiens dentistes français seraient mieux protégés par une refonte de la retraite dans un cadre de cotisation encore plus européen ?

Dr. G. M. : La CARCD, depuis quelques mois, est entrée dans le circuit des Affaires sociales européennes. Les rencontres et liens avec diverses institutions de l'Union européenne se succèdent et se tissent. Avant d'envisager une refonte totale du système, il conviendrait déjà de revoir nos structures, notre façon de penser le social et surtout de réagir avec détermination pour assurer l'Avenir Retraite dans le cadre difficile de l'évolution économique internationale.

Dr P. : Depuis 1945, la retraite est devenue un élément très important de cohésion sociale et de solidarité en France. Pourtant, les jeunes praticiens, conscients des difficultés croissantes et du poids des nouvelles contraintes, hésitent à s'installer en secteur libéral. D'autres choisissent de transformer leur activité et passent en SEL. Si la solidarité intergénérationnelle avait disparu, quels seraient les deux arguments principaux qui redonneraient confiance aux jeunes dans le système actuel ?

Dr. G. M. : L'évolution des mentalités, des mœurs et de l'information médiatique, pousse certains de nos jeunes vers la sécurité en matière de protection sociale au détriment de l'esprit d'initiative et

d'innovation.

Le salariat, les vacances en plateau technique, le rythme de l'activité professionnelle/loisirs, détente, prennent une part de plus en plus importante dans l'esprit de tous (cf. taux de jeunes désirant devenir fonctionnaire...).

Si la SEL peut être une bonne solution pour une multiactivité dentaire réalisée par plusieurs praticiens, elle est cependant loin d'être la panacée.

Solidarité oui, mais en agissant pour l'ensemble de la profession à partir du terrain, en tenant compte des particularités et spécificités de tous dans une perspective constamment remise à niveau, d'où la nécessité d'un plan politique et économique appliqué avec rigueur, respectant des objectifs et plans de contrôle (cf. 2010 et les réserves de notre Régime Complémentaire).

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

Dr. G. M. : Un enfant souffrant d'une dent de lait vacillante et m'embrassant pour me remercier de l'avoir « guéri ».

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

Dr. G. M. : Expérience je ne sais pas, car l'expérience est la somme de nos erreurs, mais j'aimerais partager avec tous nos confrères l'amour de la vie, de l'art dentaire, et un avenir que nous aurons tous contribué à édifier.

PlusAgenda

L'alternative au répondeur et au télésecrétariat impersonnel

Agence de secrétaires indépendantes formées à la gestion des cabinets dentaires et d'orthodontie, nous mettons à la disposition de chacun de nos clients :



A partir de
45 € HT
par mois

- ❖ Une secrétaire dédiée par cabinet 59 heures par semaine
- ❖ Un agenda sécurisé et accessible de partout 24 h / 24 h
- ❖ Nos compétences en organisation (confirmation et rappel des rendez-vous, envoi du plan d'accès...)

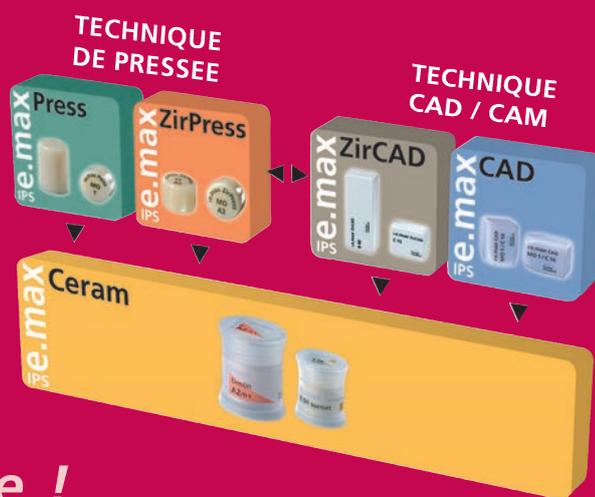
Nous contacter : 01 43 98 09 68 - www.plusagenda.com - info@plusagenda.com

IPS[®] e.max[®]

all ceramic...
all you need...

4 procédés d'armatures
1 seule céramique
de stratification

Parlez-en à votre prothésiste !



Ivoclar Vivadent SAS
BP 118
F-74410 Saint-Jorioz Cedex
tel. 04 50 88 64 00
fax. 04 50 68 91 52
www.ivoclarvivadent.fr

ivoclar
vivadent[®]

Morosité ?

Dynamisez votre cabinet et soignez votre image de professionnel avec le "Concept Attente"

La carie dentaire est une maladie qui touche surtout les enfants et les jeunes adultes.



En France, beaucoup d'enfants d'âge scolaire ont eu au moins une carie dentaire.

Le principe est assez simple :

Implants

- 1 - Il vous manque une dent.
- 2 - Après préparation de l'alvéole, le chirurgien-dentiste va poser un implant en titane ou en céramique à la place de la dent manquante.
- 3 - Une fois en place, il fixera sur l'implant, un pilier destiné à recevoir la prothèse.



En plus du beau sourire que permet d'acquiescer le traitement d'orthodontie.



il contribue à l'apparence agréable du visage, souvent déterminante pour la confiance en soi d'un adolescent et plus.



Utilisez la boule pour déplacer le pointeur
Utilisez le bouton pour valider votre choix.



Un système révolutionnaire de communication en salle d'attente, personnalisé et interactif



Foxy études & développement

42, rue des Cormiers
78400 CHATOU / FRANCE
Tél : 01 34 80 60 66
Fax : 01 30 71 57 08

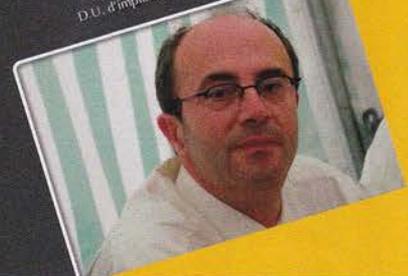
www.foxy-ed.fr



Les praticiens

Docteur Olivier SEBBAN

Diplôme de la faculté de chirurgie dentaire de Marseille
B. Sc. University of Birmingham
C.E.S. de parodontologie
D.U. d'implantologie / Bordeaux

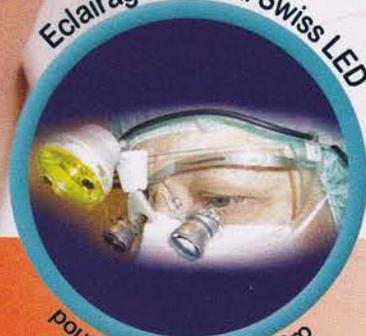


Loupes Titanium Pro
36 grammes
de précision suisse



Nouveauté 2006
Existe avec adaptateur pour ORASCOPTIC® TTL

Eclairage Coaxial Swiss LED



pour loupes Titanium Pro

i-DENTIX®

22 Quai Rouget de Lisle
67000 Strasbourg
Tél. : 03 88 20 53 17
Email : contact@identix.fr
Internet : www.identix.fr

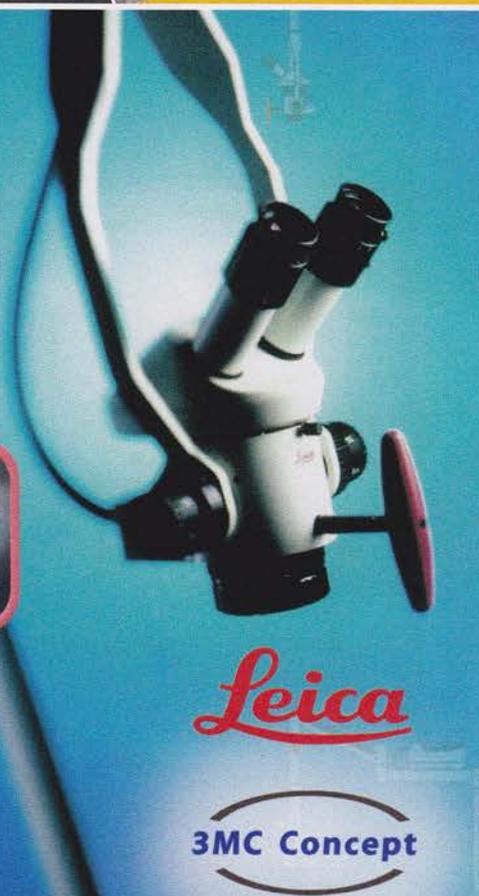
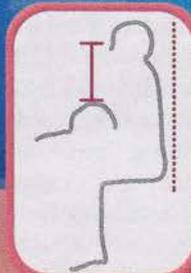
Précision



Qualité



Ergonomie



Leica

3M Concept

1 Place Paul Verlaine
92100 Boulogne Billancourt
Tél. : 01 47 09 60 18
Portable : 06 64 26 11 93
Email : 3mconcept@wanadoo.fr

SYSTÈME Dentaire

Spécial Assistantes

Le départ en vacances !



Et oui, c'est pour bientôt ! Mais il ne faut surtout pas verrouiller le cabinet pour plusieurs semaines, sans au préalable s'occuper de quelques opérations de bon sens et d'entretien concernant les matériels techniques présents dans le cabinet, faute d'avoir quelques désagréables surprises au retour de congés. Il faut bien avoir à l'esprit que la rentrée est en général très chargée pour les techniciens de S.A.V., qui à cette période, ne savent plus où donner de la tête et du tournevis.

L'équipement et le porte-canules d'aspiration

★ Faire deux fois une sérieuse décontamination de l'aspiration et laisser ensuite tourner quelques minutes à vide



★ Enlever complètement les filtres d'aspiration, bien les nettoyer et ne pas les remettre en place, afin que les porte-filtres s'aèrent et sèchent

★ Faire également une bonne décontamination du crachoir et un nettoyage sérieux de sa trappe à or (filtre qui se trouve au milieu)



★ Pour les équipements qu'il intègre, procéder à une décontamination intensive des circuits d'eau des instruments

dynamiques. En pratiquer une nouvelle à la réouverture du cabinet

★ En profiter pour bien nettoyer le fauteuil avec un produit spécifique (mousse de nettoyage)

★ Enlever également le plastique protège-pieds, pour le nettoyer, voire le changer (*) et nettoyer en dessous si nécessaire



★ Nettoyer aussi la pédale, en dessous, les patins en caoutchouc, et la dépoussiérer (soufflette et aspirateur)

★ Faire aussi "les vitres" de l'éclairage opératoire, **ATTENTION** : Ne pas utiliser de papier (« sopalin », mouchoir à usage unique...)

avec la poussière, vous rayeriez le réflecteur qui est traité en surface, ainsi que la vitre (ou le plastique) de protection frontale. Si votre éclairage opératoire comporte un ventilateur, dépoussiérez-le aussi.



Personnellement, je changerais l'ampoule (*), qui doit bien avoir éclairé les 50 ou 300 heures de fonctionnement optimal garanties par les fabricants, pour retrouver à la rentrée une lumière de puissance et de teinte convenable.

★ Penser aux roulettes du tabouret ! Toute l'année, elles récupèrent la poussière au sol pour en faire des moutons, qui viennent ensuite freiner leur rotation.



SYSTÈME Dentaire

Les instruments rotatifs

Ne les laissez pas sur l'équipement, nettoyez-les extérieurement à fond (pas à la cuve à ultra-sons, sauf avec les tubes en verre de Gamasonic).

Ensuite faites-leur subir un bon graissage à la bombe ou avec votre appareil automatique. Vous les laisserez reposer la tête en haut, sur un support qui récupérera les surplus d'huile.

Les seuls instruments à mettre la tête en bas (à de très rares exceptions) sont les anciens contre-angles et pièces à main Micro-Mega (ceux "du temps de la Fac" !).



© Georges BLANC

Le compresseur et l'aspiration chirurgicale

Pour le compresseur, s'il est équipé d'un assécheur d'air, il n'y a pas grand chose à faire, si ce n'est lui changer ses filtres (*), le dépoussiérer et le dégager de tous les "bazar" qui pourraient le côtoyer de trop près. Avec ou sans dessiccateur (c'est l'assécheur d'air) laissez-le se gonfler à bloc, et purgez la cuve. Cela vous permettra en même temps de contrôler le bon fonctionnement du dessiccateur (Voir le n°13 du Fil Dentaire).

L'aspiration. Deux cas de figures sont possibles :

1 Si vous disposez d'un moteur "Air Sec", c'est-à-dire qui n'aspire que de l'air, il n'y a alors pas d'entretien particulier à part un dépoussiérage pour lui éviter les surchauffes. Si le rejet d'air vicié ne se fait pas à l'extérieur de la pièce où il se trouve, votre moteur doit certainement être équipé d'un filtre bactériologique : dans ce cas, il est nécessaire de le changer (*).

2 Avec un moteur "Anneau Humide" ou "Anneau liquide" (aspirant l'air, mais également les sécrétions et l'eau de spray et de rinçage du système, n°9 du Fil Dentaire), il est nécessaire, après avoir effectué la double décontamination sérieuse que nous avons évoquée dans le chapitre du fauteuil, de nettoyer le filtre à sécrétions d'arrivée du moteur. Comme pour "l'anneau d'air", si le moteur n'évacue pas l'air vicié vers l'extérieur, il faut alors changer son filtre bactériologique (*).

L'éclairage lumière du jour

Profitez-en pour le dépoussiérer lui aussi, enlever les insectes volants qui y ont terminé leur vie et faire un bon nettoyage avec du produit à vitres et un bon chiffon (Pas de papier "essuie tout" : c'est une mauvaise dénomination car il ne faut rien essuyer avec ; il y a risque de rayures, y compris pour les objectifs de vos lunettes,

appareils photos et caméscopes, que vous allez préparer, eux aussi pour les vacances).

Pensez aussi à dépoussiérer le dessus de l'éclairage, vous n'aurez pas à respirer ce que vous enlevez lors de la rentrée et le bon air de vos vacances prolongera ses bienfaits pour votre plus grand bien.

Si les tubes fluorescents sont un peu moribonds, bien noircis aux extrémités, clignotent ou diffusent une lumière jaunâtre, ils sont aussi à changer (*).

ATTENTION : On ne trouve pas ce type de tubes dans les grandes enseignes de bricolage ou chez l'électricien du coin. Adressez-vous à votre dépôt dentaire habituel.



© Georges BLANC

Du côté de la stérilisation



© Georges BLANC

L'autoclave devra être nettoyé intérieurement et extérieurement, le filtre bactériologique remplacé (*), ainsi que le joint de porte (*). Ne laissez pas de liquide dans la cuve à ultra-sons, ni dans les bacs de décontamination.

(*) Nota : Etant donné qu'il y a des choses qui doivent-être changées une fois par an, tentez de regrouper les différents changements en une seule période, c'est plus simple à gérer. La période avant les grandes vacances est bien propice. Pensez dès aujourd'hui à passer commande des pièces nécessaires à ce grand entretien, à votre dépôt dentaire, avant que ses fournisseurs ne soient fermés.



© Georges BLANC

Après tout ce travail, vous avez bien mérité de passer d'excellentes vacances, et vous aurez plaisir à revenir dans un cabinet où tout marche bien.

Georges BLANC
Foxy études & développement
www.foxy-ed.fr

Basé sur la reconnaissance
des ondes acoustiques,
intégralement paramétrable,
sans pièce mécanique, sans fil,
collé sur votre plan de travail,
"VIRTUALB, KEYBOARD EDITION"
est un clavier
spécialement étudié pour
le respect des règles d'hygiène.



CLAVIER RÉVOLUTIONNAIRE VIRTUALB

Le premier clavier tactile basé sur une technologie acoustique inédite



● **HYGIÈNE**

Lavez votre clavier en un tour de main
et maintenez un niveau d'hygiène irréprochable.

● **GAIN DE PLACE**

Gagnez de la place utile lorsque
vous ne vous servez pas de votre clavier, grâce à sa planéité.

● **LIBERTÉ**

Répartissez vos touches à votre guise sur votre bureau.

● **SOUPLESSE**

Ajoutez sans frais un deuxième clavier
sur le même espace de travail.

www.sensitive-object.com

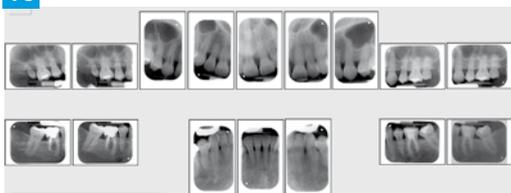
Sensitive **o**bject

Epidémiologie

1a



1b



1c



Figures 1 Aspects clinique et radiologique d'une gingivite

(a) (b) Jeune patiente de 25 ans présentant une inflammation gingivale sans pertes d'attache cliniquement et radiologiquement décelables. Cette patiente, à ce stade, ne présente aucun facteur de risque majeur. Le traitement de cette inflammation sera donc un contrôle « mécanique » de plaque supra-gingivale.

(c) Vue clinique après traitement.

L'épidémiologie est une science médicale qui tente de définir quelle partie de la population présente une pathologie. Elle cherche également à définir quels sont les facteurs de risque de déclencher une maladie donnée. Les outils statistiques actuels sont suffisamment puissants pour que nous puissions en tirer profit.

Toutes les gingivites ne se transforment pas en parodontites

Contrairement à une opinion acceptée jusqu'à la fin des années soixante-dix, toutes les gingivites non traitées ne deviennent pas toutes des parodontites.

Certaines d'entre elles restent à ce stade sans provoquer de pertes d'attache mettant les dents en danger. D'autres, au contraire, se transforment en parodontite à évolution lente ou agressive.

Le risque parodontal se répartit en trois groupes de patients (1)

◆ Les patients « résistants » qui représentent un groupe minoritaire. Il est estimé selon les études entre 5 et 15 % (Figure 1).

◆ La très grande majorité (80%) est atteinte de parodontites chroniques à évolution lente, si bien qu'il peut s'écouler des dizaines d'années avant que n'apparaissent des symptômes invalidants.

C'est la raison pour laquelle leur découverte est souvent fortuite et faite au décours des soins dentaires. Ces patients ne consultent que rarement pour des raisons parodontales (Figure 2).

◆ Les patients souffrant de parodontites agressives (localisées ou généralisées) représentent une sous-population estimée à environ 15% (Figure 3). Ces patients voient, la plupart du temps, cette pathologie apparaître à un stade précoce de leur vie (adolescence ou jeune adulte) avec une symptomatologie invalidante évolutive qui les amène à consulter spontanément. Ils présentent un certain nombre de facteurs de risque congruents avec le modèle étiopathogénique.

Conclusions cliniques

■ Il n'est pas nécessaire de prendre en charge « agressivement » la **totalité** des gingivites.

■ Il est possible de détecter les patients à haut

risque parodontal sur la base de la génétique (antécédents familiaux, PST), de leur consommation de tabac et de leur susceptibilité aux infections.

■ Pour les patients à faible risque parodontal, l'hygiène dentaire est suffisante pour supprimer l'inflammation gingivale quand elle existe.

■ Pour les patients à haut risque, le protocole de prévention ne peut plus se résumer à de simples détartrages réguliers associés à une « motivation à l'hygiène bucco-dentaire ».

Il doit d'abord évaluer l'intensité du risque parodontal en identifiant la présence de facteurs de risque dont les principaux sont le tabac, un test PST positif et une glycémie non contrôlée.

■ Pour les patients à haut risque parodontal chez qui l'on détecte la présence d'agents pathogènes, le contrôle mécanique de la plaque dentaire supra-gingivale n'est souvent pas la réponse - à long terme - pour diminuer le risque de voir apparaître une parodontite.

L'utilisation d'antiseptiques adaptés jusqu'à rétablissement d'une flore compatible avec la santé parodontale offre une plus grande sécurité.

■ Malgré le manque de preuves formelles et définitives de l'implication d'un défaut génétique impliquant la surproduction d'IL-1, il existe aujourd'hui un test non invasif, peu coûteux et à ne réaliser qu'une seule fois (Test PST) qui permet de savoir si ce défaut existe (ou pas) chez un individu donné.

■ La symptomatologie fonctionnelle est pauvre chez les patients atteints de parodontite chronique à évolution lente. Il ne faut donc pas s'étonner s'ils ne consultent pas.

Pour ce type de patients, il convient de les rassurer sur le danger - relativement mineur - de perdre des dents à court terme et leur expliquer que le traitement de leur pathologie est simple et suivi de succès à long terme.

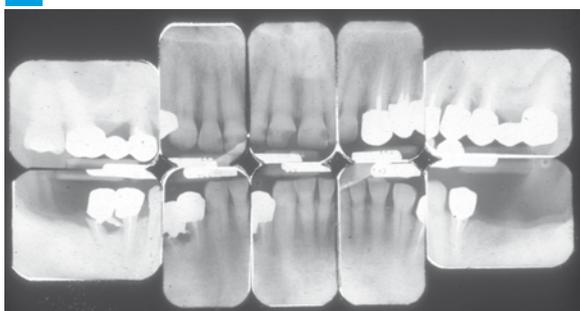


Par le Dr Jacques Charon

2a



2b



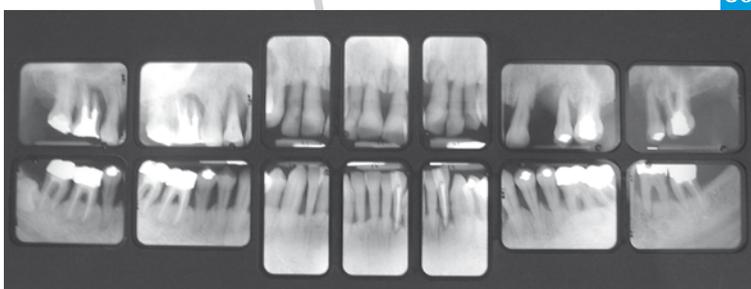
Figures 2
Aspects clinique et radiologique d'une parodontite chronique de l'adulte

Les pertes d'attache sont localisées uniquement aux sites où il existe des facteurs de rétention (prothèses iatrogènes), malgré la présence de plaque dentaire sur toutes les dents. Il s'agit de la forme de parodontite la plus répandue mais la moins agressive. C'est ce type de pathologie qui a servi de modèle de diagnostic et de traitement pendant des décennies, puisque le diagnostic consistait à repérer les facteurs locaux de rétention et à les éliminer en priorité au cours de la classique "préparation initiale".

3a



3b



Figures 3
Aspects clinique et radiologique d'une parodontite agressive

Patient atteint de parodontite agressive où les pertes d'attache sont généralisées et sévères, mettant la totalité de la denture en danger en l'absence de traitement. Heureusement, ce type de pathologie est relativement rare. Dans ce type de parodontite, une attitude conventionnelle ne donnerait que des résultats inconstants.

Références bibliographiques

1. Papapnou P.N. - Epidemiology of Periodontal Diseases : An update. *J Intern Acad Periodontol* 4 : 110 - 116, 1999

Illustrations avec l'aimable autorisation des Editions CDP : «Parodontie médicale» de Jacques Charon et Christian Mouton, Editions CDP 2003, 464 p., 805 fig., 196 euros. En vente sur www.editionsmdp.fr

Drs **Jacques Charon***, **Frédéric Joachim***, **Sébastien Dujardin**** et **Joël Beaulieu*****.

* : Parodontiste, Lille, France

** : Post Graduate in Periodontics, Temple University, Philadelphia, USA

*** : Chirurgien-dentiste, Laval, Québec

Vous souhaitez recevoir LE FIL DENTAIRE

contactez-nous



Tél. : 01 49 80 19 05 Email : mcg@lefildentaire.com
www.lefildentaire.com

Les sites web des chirurgiens-dentistes et le droit

La Charte ordinale de "qualité" de 2004 respecte-t-elle le droit communautaire ?

Le pouvoir normatif des Ordres professionnels est légitime. Relais du législateur national, ils sont censés expliquer et faire appliquer les dispositions prises par notre Parlement et souvent par le Parlement Européen et le Conseil des Ministres. Le Conseil National de l'Ordre (CNO) des chirurgiens-dentistes fut en charge de l'élaboration de deux chartes ordinales s'appliquant aux sites Web utilisés par la profession. Il faut clarifier les processus impératifs d'élaboration d'un acte interne ayant force obligatoire pour conclure à son illégalité au regard du Droit communautaire. Je ne pense en aucune manière qu'il y ait eu de la part du CNO une quelconque intention de dénaturation. Des erreurs peuvent toujours être commises, y compris par notre propre législateur. Il se pourrait bien que je me trompe aussi. Quoi que...

Qui nous dira votre Droit ? Le Juge bien sûr ! Mais quel juge précisément ? Ici, les "juges" des Conseils régionaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, qui devront conclure – et tel est le sens de notre article – à la non application des Chartes ordinales au profit de la loi de transposition en attendant leur mise en conformité par le CNO des chirurgiens-dentistes.

Leçons de bonne conduite législative : rappels élémentaires

La Charte ordinale de "qualité" applicable aux sites Web des chirurgiens-dentistes du 27/03/2004, rédigée et adoptée par le CNO des chirurgiens-dentistes se serait "inspirée" de la directive communautaire 2000/31/CE(1) appelée "directive sur le commerce électronique", qui a été transposée en France par la loi du 21/06/2004 sur la confiance dans l'économie numérique. "Inspirée", car cette Charte ordinale a été adoptée trois mois avant l'adoption de ladite loi, laquelle ne s'est pas seulement contentée de s'en inspirer ! Un acte juridique pris sur le fondement d'un autre acte juridique doit l'être en application et en conformité de la norme juridique référente, la respectant à la fois dans son esprit et dans ses termes. Cette obligation vaut aussi bien pour les actes pris postérieurement qu'antérieurement aux actes juridiques référents. Les Chartes ordinales qui confèrent des obligations de faire et de ne pas faire pour leurs destinataires sous peine de sanctions, sont des actes normatifs : elles doivent respecter la loi de notre pays, laquelle doit elle-même respecter la directive communautaire.

Fondements juridiques de la Charte ordinale de "Qualité" de 2004

La directive communautaire relative au commerce électronique du 8 juin 2000 (2) aurait dû être transposée en droit français avant 2002. Elle ne l'a été que deux ans après ! C'est pourquoi cette Charte aurait dû être prise directement sur la base de la Directive communautaire de 2000. Tel ne me semble pas le cas. Et ce n'est que trois mois plus tard que la loi française de transposition a été rendue publique. La CJCE a échafaudé tout un véritable régime juridique prétorien autour des directives communautaires (3) dont il ressort, pour notre cas, que "tous les actes de transposition suffisam-

ment contraignants doivent être pris à la lumière de l'esprit et des termes de la directive".

L'esprit de la directive communautaire "commerce électronique" du 08/06/2000 est de permettre qu'une libre concurrence effective et sans entraves des services s'exerce au sein de l'UE tout en garantissant la sécurité juridique et la confiance du consommateur. Pour ce faire, la directive "assure un haut niveau de protection des objectifs d'intérêt général, en particulier la protection des mineurs, de la dignité humaine, du consommateur et de la santé publique." Conformément à l'art. 152 du traité de Nice, la protection de la santé publique est "une composante essentielle des autres politiques de la Communauté". La loi française de transposition du 21/06/2004 reprend bien l'esprit et le contenu de la directive. Elle énumère dans deux articles les causes sanctionnables qui limitent la liberté de la communication au public par voie électronique. Selon l'art. 1^{er}, "la communication au public par voie électronique est libre. L'exercice de cette liberté ne peut être limité que dans la mesure requise, d'une part, par le respect de la dignité de la personne humaine, de la liberté et de la propriété d'autrui, du caractère pluraliste de l'expression des courants de pensée et d'opinion et, d'autre part, par la sauvegarde de l'ordre public, par les besoins de la défense nationale, par les exigences de service public,..." L'art. 18 stipule que "...des mesures restreignant le libre exercice... peuvent être prises par l'autorité administrative lorsqu'il est porté atteinte ou qu'il existe un risque sérieux et grave d'atteinte au maintien de l'ordre et de la sécurité publics, à la protection des mineurs, à la protection de la santé publique, à la préservation des intérêts de la défense nationale ou à la protection des personnes physiques qui sont des consommateurs ou des investisseurs..."

L'esprit et la lettre de la Charte ordinale de "Qualité" du 27/03/2004 ressemblent de très près à une carte de visite papier. Sauf que deux éléments constitutifs de tout acte juridiquement



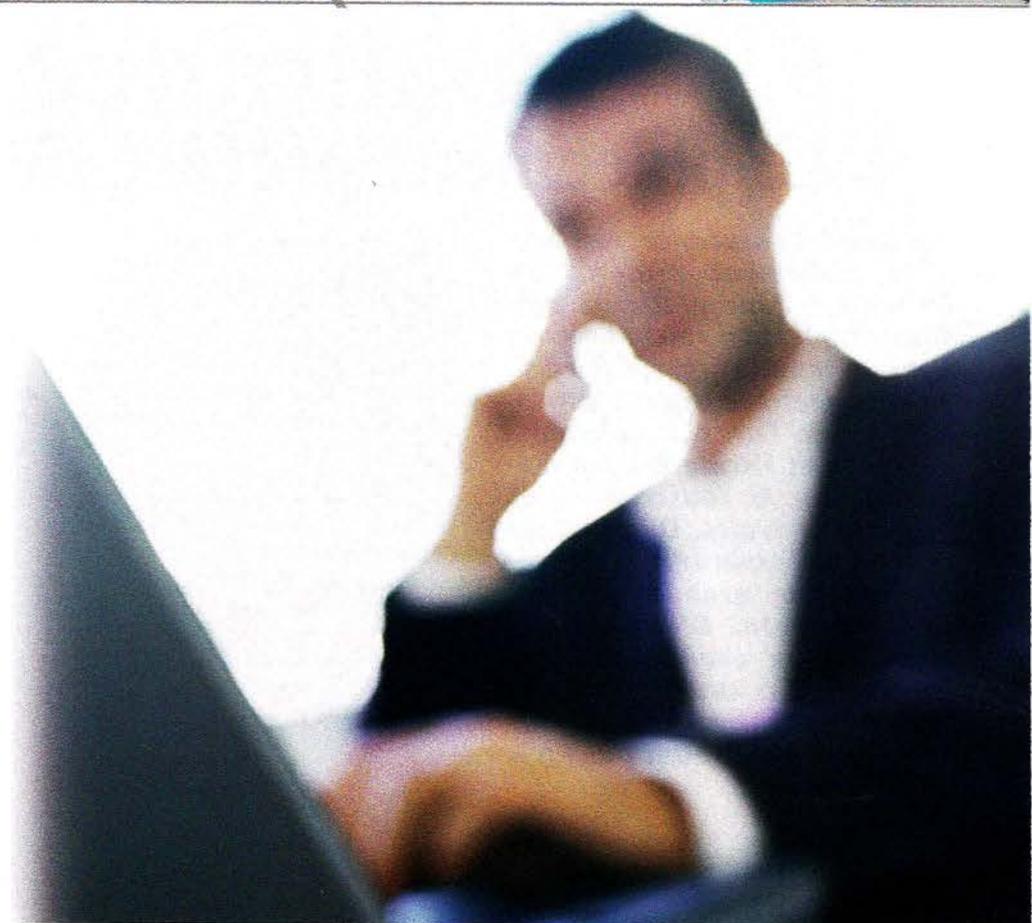


contraignants me posent un véritable cas de conscience... juridique : **quant à la forme**, est-ce bien légal tout ceci ? Il n'est fait aucunement mention des sources normatives justifiant cette nouvelle Charte (ni loi de transposition et pour cause, ni Directive 2000), se contentant de faire référence aux Codes de la santé publique et de déontologie dentaire. Pas plus qu'il n'est fait une référence quelconque à la Charte ordinaire précédente du 26/04/2001 : est-elle remplacée ou demeure-t-elle toujours en vigueur ? Enfin, on n'y trouve aucune référence à aucune sanction en cas de non respect de cette Charte 2004. **Quant au fond**, est-il bien conforme à la directive communautaire qui ne laisse place à aucune interprétation quant aux causes sanctionnables et que la loi reprend ? Qu'en est-t-il exactement ? La Charte de 2004 a été adoptée par le CNO des chirurgiens-dentistes dans le cadre de sa **mission de protection de la santé publique et des patients**. Si un praticien contrevient aux dispositions de la Charte, il sera sanctionné automatiquement et exclusivement sur la base juridique de la Loi de transposition du 21/06/2004, qui énumère cinq causes sanctionnables (articles 1 et 18) :

- la sauvegarde de l'ordre public,
- l'atteinte au maintien de la sécurité publique,
- l'atteinte à la protection de la santé publique,
- l'atteinte à la protection des personnes physiques qui sont des consommateurs,
- l'existence d'un risque sérieux et grave de ces trois dernières catégories d'atteintes.

Je vous propose de passer aux choses pratiques tout en jouant. "**Castigat ridendo mores**" disaient nos ancêtres.

Muriel Assouline-Brisson
Juriste en droit communautaire
Consultante au sein de la Société d'avocats
au Barreau de Bayonne
"Jean-Paul GIBERT & Associés"



DEVINETTE :

Des praticiens illustrent leurs sites professionnels de photographies dentaires (il est plus parlant de montrer une carie ou un implant dentaire que de les décrire avec des mots !), de photographies sur l'environnement de leurs cabinets (quartier, plan de rue, intérieur), d'informations médicales en relation avec l'art dentaire. Ces insertions sont-elles condamnables car ces faits représenteraient :

- A** : une atteinte à la protection de la santé publique,
- B** : une atteinte à la protection des personnes physiques qui sont des consommateurs,
- C** : un risque sérieux et grave d'une de ces deux catégories d'atteintes,
- D** : aucun de ces trois motifs ?

Réponse D ! Les photographies de l'environnement du cabinet ou des implants dentaires ne sont pas interdites par la Charte puisqu'elles ne trompent ni la confiance de l'internaute ou ne portent atteinte à la santé publique. Au contraire : ces photographies ont été mises sur les sites Web pour rassurer et informer l'internaute. Dans le même sens, cette Charte n'interdit pas expressément ou doit pas interdire les informations médicales. La Charte précédente du 26/04/2001 intitulée "Une Charte ordinaire pour les sites des praticiens" adoptée par le CNO des chirurgiens-dentistes - toujours à la lumière de la Directive de 2000 - énumère trois types d'informations autorisées sur les sites professionnels dont "une information scientifique, pratique et médicale". Cette information médicale avait fait l'objet d'une rubrique qui faisait état de l'exactitude scientifique de l'information médicale, de son actualisation, sa fiabilité et pertinence, sa licite et son intelligibilité. **L'interprétation de la Charte ordinaire de qualité ne peut s'opérer qu'à la lumière de la loi de 2004 de transposition de la Directive communautaire de 2000**, textes qui proscrivent toutes pratiques anti-concurrentielles tout en garantissant la sécurité juridique et la confiance de l'utilisateur, de l'internaute ou du patient considéré comme étant des consommateurs.

SOLUTION :

(1) Directive 2000/31/CE du 8/06/2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, notamment du commerce électronique, dans le marché intérieur.
(2) L'intitulé peut laisser "réveur" toutes les professions réglementées en exercice libéral et laisse présager dans un avenir proche l'extraction de toutes les interdictions imposées (la publicité, l'association entre membres de professions libérales distinctes...) à tous les membres des Ordres professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, avocats...). En ce sens, la 1^{re} directive d'une série à venir entre en vigueur le 20/10/2005 : Directive 2005/36/CE du 7/09/2005 au JOEU du 30/09/2005, qui facilite les prestations de services et l'établissement des professions libérales à l'intérieur de l'U.E.
(3) "Comprendre le Droit communautaire pour une citoyenneté européenne", Thème 1 - Chap. 4 La Primauté du Droit communautaire §3. - CRDP Aquitaine - Muriel Assouline-Brisson.

L'assurance vie

Le placement préféré des français !

Pourquoi l'assurance vie est-il le placement préféré des français ? Pour plusieurs raisons simples, en voici quelques unes : L'assurance vie permet de sécuriser son argent sur un support en Euros. L'enveloppe juridique et fiscale est avantageuse pour le souscripteur et ses ayants droits. De plus, les contrats d'assurance vie présentent une grande souplesse de gestion. D'autre part, vous pouvez avoir autant de contrats d'assurance vie que vous le souhaitez et les montants investis ne sont pas limités !

Qu'est-ce qu'une assurance vie ?

Selon la dénomination du Code des Assurances, c'est un capital différé avec contre-assurance. Il permet donc au contractant de se constituer, au moyen de versements libres ou programmés, un capital payable au terme fixé, si l'assuré (ou les assurés) est (sont) en vie à cette époque. Le bénéficiaire du contrat en cas de vie au terme est le contractant. En cas de décès de l'assuré en cours de contrat, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions particulières une somme définie à la rubrique « Garantie en cas de décès ». Le bénéficiaire en cas de décès est le conjoint du contractant, à défaut les enfants du contractant, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers du contractant (sauf mention contraire stipulée aux conditions particulières). Lorsque le contrat comporte deux assurés, le capital est versé à l'assuré survivant. En cas de décès simultané des deux assurés, le capital est versé à leurs enfants vivants ou représentés, à défaut à leurs héritiers. Dans l'hypothèse où le contrat s'exécute au deuxième décès, le capital est versé aux enfants vivants ou représentés des assurés par parts égales à défaut aux héritiers des assurés. Le versement du capital met fin au contrat. Les versements sont investis par la compagnie selon le choix du contractant, sur un fonds en Euros et/ou sur des O.P.C.V.M. (Organisme de Placement Collectif en Valeurs Mobilières).

Dans un contrat d'assurance vie, il y a plusieurs intervenants : le contractant ou souscripteur, l'assuré et le bénéficiaire. Pour schématiser, la combinaison et les options choisies par le souscripteur vont influencer la vie du contrat. Par exemple, les supports d'investissements ou le choix des bénéficiaires, ou encore la rédaction de la clause bénéficiaire.

Le contractant ou souscripteur est celui qui souscrit le contrat et verse les fonds. Il est en général seul maître à bord sauf conditions spéciales de la clause bénéficiaire ou mineur ou incapable. Il peut soit ajouter des fonds, soit en retirer, soit demander des avances s'il a besoin d'argent, soit encore changer le ou les bénéficiaire à sa guise.

L'assuré est en général le même que le souscripteur.

Le bénéficiaire est celui qui va récupérer les capitaux suite à la survenance de l'aléa de la vie. Il reçoit les fonds en application de la loi de finance en cours et spécifique de l'assurance vie, soit 152500€ hors fiscalité (et au delà les sommes sont

taxées à un taux forfaitaire de 20%). Attention, ce montant de 152 500 € est le montant total par bénéficiaire et par contractant et non le montant par contrat et par bénéficiaire. Exemple : un souscripteur décède et a deux contrats de 400 000 € et deux bénéficiaires. Les deux bénéficiaires touchent les capitaux d'un contrat 400 000 € sur lequel il y aura deux fois 152 500 € qui seront hors droit et le solde taxé à 20%. La totalité du second contrat sera taxé à 20%.

Les contrats

Les contrats d'assurance vie sont les contrats les plus dynamiques, ils ne cessent de se moderniser. Les contrats multisupports existent depuis longtemps et n'ont cessé de s'améliorer par l'introduction et la construction de contrats souples et évolutifs. Aujourd'hui, vous pouvez même transformer votre contrat mono support en euros en multi support en application de l'amendement « Fourgous » sans perdre l'antériorité de votre contrat. Faites-vous accompagner pour cette transformation par votre conseiller en gestion de patrimoine, il y a des conditions à respecter **et des objectifs patrimoniaux à ne pas perdre de vue**. La visibilité des frais est également un point important qui apparaît dans les conditions générales des contrats. Vous choisissez la durée que vous voulez (minimum huit ans) pour atteindre la plus value imposable la plus basse (7,5%+CSG). Les versements se font soit en une seule fois, soit en versements libres, soit en versements programmés réguliers. Vous avez la possibilité de liquider votre contrat soit sous forme de capital soit sous forme de rente.

◆ Le nombre de supports extérieurs ou « maison »

Les supports dits « extérieurs » sont des supports introduits dans un contrat et qui ne sont pas des supports de la compagnie. Exemple : contrat FEDERATION CONTINENTALE dans lequel vous pouvez trouver un support DNCA, ou INVESCO ou encore LA FINANCIERE EDMOND DE ROTHSCHILD. Les support « maison » sont des supports créés et gérés par la compagnie. Exemple : COMPAGNIE AGF, support AGF dynamique.

Voici quelques éléments clés pour souscrire un contrat :

> Il faut prendre en compte le facteur temps, vous devez laisser du temps à votre contrat pour « grandir », on ne gère pas un contrat d'assurance vie comme un compte titre

> Quel pourcentage suis-je prêt à perdre ?

En effet, si vous avez le goût du risque, vous allez choisir des unités de compte plus volatiles, qui vous donneront plus de progression plus rapidement, mais vous pouvez aussi être négatif plus vite surtout dans des périodes incertaines.



Souscription des contrats	Date de rachat ou du dénouement des contrats en Francs et en Unités de Compte			
	Avant 4 ans	Entre 4 et 8 ans	Après 8 ans	
			Sortie en capital	Sortie en rente viagère
A partir du 26/09/1997	Imposition des produits à l'impôt sur le revenu ou, sur option, au prélèvement libératoire au taux de 35% (*)	Imposition des produits à l'impôt sur le revenu ou, sur option, au prélèvement libératoire au taux de 15% (*)	Cas général : 1. Abattement annuel de 4 600€ (9 200€ pour les couples mariés) 2. Imposition de la fraction excédentaire des produits à l'IR avec possibilité d'option pour le prélèvement libératoire au taux de 7,5% (*) Contrats DSK : exonération	
Entre le 01/01/1983 et le 26/09/1997	Imposition des produits à l'impôt sur le revenu ou, sur option, au prélèvement libératoire au taux de 35% (*)	Imposition des produits à l'impôt sur le revenu ou, sur option, au prélèvement libératoire au taux de 15% (*)	Cas général : 1. Exonération des produits de l'épargne versée avant le 01/01/1998 2. Imposition des produits de l'épargne versée à partir du 01/01/1998, sous déduction d'un abattement annuel de 4 600€ (9 200€ pour les couples mariés) à l'IR ou, sur option, au prélèvement libératoire au taux de 7,5% (*) Contrats à primes périodiques Exonération des produits des versements n'excédant pas ceux initialement prévus	
Avant le 01/01/1983	Exonération			

(*) à ce taux viennent s'ajouter des prélèvements sociaux (11%). L'option pour le prélèvement forfaitaire libératoire a lieu avec la demande de rachat (par simple lettre auprès de la compagnie d'assurance)

Attention : les versements effectués après le 70^{ème} anniversaire de l'assuré sont exonérés de droits de succession à hauteur de 30 500 € (tous contrats confondus). Au-delà, les capitaux investis rentrent dans l'actif successoral, seuls les intérêts produits sont exonérés

Plus votre aversion au risque est forte, plus vous devez sécuriser votre capital. Il faut choisir un contrat dans lequel il y a un support général en euros.

> Pourquoi et pour qui souscris-je un contrat d'assurance vie ?

Pour vous même, vous cherchez à capitaliser pour votre retraite ; pour vos enfants, pour les aider pour démarrer dans la vie ou pour leur laisser un capital plus tard ; pour protéger votre conjoint afin qu'il ne soit pas dans le besoin en cas de décès. Ces différentes possibilités sont d'autant de questions qui doivent être posées. Suivant les objectifs, il est judicieux d'ouvrir plusieurs contrats tant au niveau patrimonial qu'au niveau de la diversification

> La rédaction de la clause bénéficiaire

Elle est très importante. Il vous faut prendre conseil dès que vous avez quelque chose de précis en tête. Exemple : protéger votre conjoint des besoins financiers, démembrer cette clause ou encore favoriser un enfant. Elle se change quand vous le voulez sauf si elle a été acceptée par le bénéficiaire. Dans ce cas, sauf acceptation du bénéficiaire, vous n'êtes plus maître de votre contrat

> Le choix du contrat

Il doit se faire par rapport à la notoriété de la compagnie, la nature et le nombre de supports proposés. Attention ! trop de choix nuit au choix ! En effet, les compagnies ont tiré les leçons des années de crise et ont une offre assez adaptée aux besoins des investisseurs. Le suivi qu'offre la compagnie, les possibilités d'arbitrages des supports et l'accès Internet personnalisé grâce auquel vous allez visualiser votre contrat et sur lequel vous allez faire des arbitrages, sont autant de critères qui doivent intervenir dans votre choix. Faites également attention aux frais

d'arbitrages, certaines compagnies proposant un arbitrage gratuit par an. Les frais d'entrées sont variables, ils s'élèvent au maximum à 5%.

◆ Les solutions de gestion

Elles sont diversifiées et les compagnies innovent constamment. Il n'y a pas si longtemps, vous n'aviez que des mono supports, puis sont apparus les multi supports.

Dans le cadre de la diversification, je conseille d'ouvrir plusieurs contrats et de varier les investissements. Les investisseurs ayant des anciens contrats type mono supports et qui bénéficient de la fiscalité très attractive d'avant 1998 doivent réfléchir à deux fois avant de vouloir profiter de l'amendement « Fourgous ».

Concernant la gestion des multi supports, vous avez plusieurs possibilités

La gestion « maison » : ce sont les OPCVM de la compagnie

La gestion libre : avec des unités de compte extérieur et/ou de la compagnie. Il faut parfois souscrire un minimum sur un support pour pouvoir y accéder

La gestion pilotée : C'est assez nouveau, peu de compagnies le proposent. Selon le profil de risque que vous aurez déterminé, votre contrat sera géré par une société de gestion financière. Les compagnies proposent différentes options de sécurisation des bénéfices : les arbitrer vers les supports en euros ou les arbitrer avec un pourcentage sur les unités de compte autour de 20%, ce qui permet de garantir le capital vers la sixième année du contrat.

On peut également dynamiser le contrat pendant une durée déterminée ou bien le sécuriser dans le temps.

Quid de l'utilisation des contrats d'assurance vie pour votre gestion patrimoniale ?

- Ils peuvent servir à garantir un prêt si vous n'êtes pas assurable pour cause de santé
- Ils peuvent être nantis auprès de la banque pour garantir un prêt in fine
- Ils peuvent servir à financer les études de vos enfants
- Ils peuvent vous servir de complément de revenus à la retraite
- Ils vous servent à protéger vos ayants droits

Vous pouvez obtenir des prêts. La compagnie peut vous faire des avances, ce qui vous permet de continuer à capitaliser pendant l'utilisation du prêt ou des avances.

La souplesse du contrat d'assurance vie est indéniable, son application, son mode de gestion, ses avantages fiscaux, son environnement juridique en font un placement patrimonial incontournable, parfois complexe à appliquer, d'autant plus que les événements de la vie peuvent vous contraindre à réorienter vos objectifs de départ. Les différents régimes matrimoniaux ont également leurs conséquences sur votre gestion et votre approche des contrats. Pour en bénéficier pleinement, faites-vous accompagner de votre Conseil en Gestion de Patrimoine. Lui seul peut assurer le suivi de tous vos contrats, car beaucoup possèdent les outils informatiques nécessaires à ce suivi ■

Pour en savoir plus:

Alain CARNEL

CPI INVESTISSEMENTS

Tél. : 01 43 05 97 80

Email : cpi_inv@club-internet.fr

Conseil en gestion de patrimoine

CIF n°A008700 auprès CIP asso. agréée AMF



Le choix d'un appareil photo numérique au cabinet dentaire

L'intérêt de posséder un appareil photo numérique (APN) au cabinet dentaire n'est désormais plus à démontrer. Cet outil est indispensable et est en passe de devenir obligatoire pour des raisons médico-légales. C'est en outre un formidable outil de communication et d'archivage. Nous avons essayé de donner un panorama de toutes les applications possibles d'un APN au cabinet dentaire dans le numéro 3 (l'intégralité de l'article est disponible à l'adresse suivante : http://www.lefildentaire.com/pdf_no03/Technofil.pdf). Je vous invite à vous y référer pour de plus amples informations à ce sujet.

Les deux questions que l'on se pose en tant que chirurgien-dentiste, débutant dans le domaine de la photo mais désireux d'approfondir ses connaissances, sont :

- **Quel APN choisir entre cette myriade de marques et de modèles ?**

- **Quels réglages doit on paramétrer sur l'appareil pour réaliser des photos de bouche correctes ?**

Cet article a pour but de répondre à ces questions.

Cela fait un moment que vous voulez passer le cap et vous équiper mais les réponses à vos questions autour de vous sont toutes divergentes ? Certains ne jureraient que pour un appareil en particulier.

D'autres jouent la débrouille tant bien que mal avec l'appareil photo numérique acheté pour les dernières vacances en famille. **Alors, quel appareil choisir ?**

En réalité, les critères de choix d'un bon appareil photo numérique adapté au dentaire sont assez précis. Encore faut-il les connaître car devant le panel de produits disponibles en rayon spécialisé, il n'y en a finalement peu qui répondent à ces critères.

Les critères de choix

Nous allons restreindre notre recherche de critères à notre profession. Cela va par exemple exclure les critères de taille ou de poids qui auraient été importants pour un APN destiné à de la photo adaptée aux voyages. En fait, les critères qui nous intéressent sont essentiellement liés à la **qualité d'image** obtenue ainsi qu'à sa **réactivité** (rapidité d'exécution).

Ainsi, trois entités gèrent plus ou moins ces deux paramètres : **Le capteur CCD, l'optique ainsi que le type d'APN.**

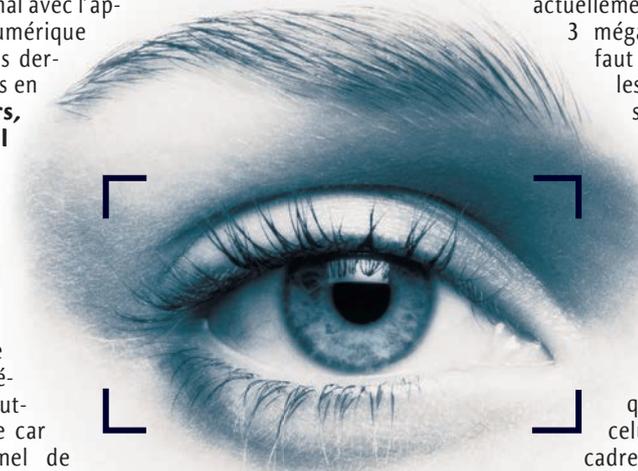
◆ Le capteur CCD

Sous ce nom un peu barbare se cache en fait le remplaçant de la pellicule photographique argentique. Dans un appareil de ce type, la lumière, après être rentrée par l'objectif, vient stopper sa course sur le film ou pellicule. Sur un appareil photo numérique c'est assez semblable, sauf que la lumière vient se figer sur un **capteur CCD**. Cette partie essentielle est composée de plusieurs millions de **photosites**. Le photosite est la plus petite unité récupératrice de lumière. A un photosite correspondra un pixel final de la photo obtenue.

On a encore trop tendance à croire qu'une des caractéristiques les plus importantes d'un APN est le nombre de **mégapixels** (millions de pixels) des images qu'il peut générer. En fait, ce facteur n'est que peu important.

Tous les appareils photos numériques actuellement dépassent les 3 mégapixels et il ne faut pas oublier que les écrans de diffusion des images n'atteignent que très exceptionnellement les deux millions de pixels (1600X1200 pour les très bons moniteurs LCD). La définition n'a qu'un seul intérêt, celui de pouvoir recadrer l'image à posteriori grâce à un logiciel de retouche photo sans perdre en précision. Et pour cette fonction, un 5 ou un 6 mégapixel est déjà très suffisant. Ainsi, la définition du capteur CCD n'est pas essentielle pour notre usage.

En réalité, **sa taille physique** est un critère bien plus important. En effet, pour un même nombre de photosites (de pixels sur l'image produite), un capteur plus grand possèdera des photosites également plus grand. Ce qui veut dire que la quantité de lumière captée par chacune de ces entités sera plus importante et cela influera directement sur la qualité de l'image finale. La sensibilité du « film » numérique est alors plus élevée, l'image y gagne en clarté, en détails et même en précision car le « bruit numérique » (équivalent du grain photo) y est beaucoup moins présent. (Et comme on le verra un peu plus loin, la sensibilité du capteur est un critère très important dans notre domaine.) Pour vous donner un ordre d'idée de ce que peut donner cette taille, les APN compacts entrée de gamme ont un capteur mesurant 5.3 mm sur 4 mm (designé comme des capteurs 1/ 2.7 pouces) alors que le dernier né des reflex numériques, le 5D de Canon, possède un capteur 24X36 c'est-à-dire exactement les mêmes dimensions qu'un film argentique (capteur dit « full-frame »). Malheureusement, il est rare que les grandes enseignes généralistes renseignent directe-





ment sur ce critère. La plupart des vendeurs ne sauront d'ailleurs pas non plus de quoi vous voulez parler. L'idée est de posséder la fiche technique du produit qui se retrouve désormais facilement sur Internet. **On retiendra que sur les reflex numériques le capteur a toujours une taille suffisante et que sur les compacts ou bridge, cette taille doit au moins d'être de 1/1,8 pouce.**

◆ L'optique

Comme pour les appareils argentiques, l'optique est une des clés majeures de la qualité photographique obtenue. Plusieurs critères sont à retenir :

- **La valeur d'ouverture et de fermeture maximales du diaphragme** (l'équivalent de l'iris de notre œil qui s'ouvre et se ferme pour agrandir ou fermer la pupille). C'est ce que l'on nomme « F ». Plus cette valeur est élevée, plus le diaphragme est fermé. **Un bon objectif pour notre pratique doit au moins pouvoir fermer son diaphragme à 16.**

- **Sa plage de focale.** Dans notre domaine, la plage de focale (c'est-à-dire la plage de zoom de l'optique) doit être la plus étroite possible. Nous verrons plus loin que **l'idéal est une focale fixe.** En effet, plus la plage de focales est vaste, plus les éléments à l'intérieur de l'optique sont nombreux. Cela forme un frein inutile pour la lumière. Dans notre domaine, nous allons utiliser toujours la même focale. Attention, car cela va dans le sens contraire des attentes du grand public où les publicitaires se vantent de présenter des appareils à objectifs pouvant zoomer en X12 !

- **La fonction macro.** C'est la possibilité pour l'objectif de faire la mise au point au plus près du sujet. **Cette fonction est indispensable.**

◆ Le type d'APN

Il existe quatre grands types d'appareils photo numériques qui correspondent chacun à des besoins spécifiques. Les **compacts** sont les plus petits. Leur intérêt principal n'est pas vraiment le nombre de leurs fonctionnalités mais leur petite taille et petit poids. Les **compacts dits « experts », les bridges** et enfin **les reflex** numériques sont trois autres types d'APN. Comme nous allons le voir par la suite, tous ces appareils ont des caractéristiques particulières.

Quel type d'APN choisir ?

◆ Les compacts

Petits, légers, en général pas plus grand qu'un paquet de cigarette et souvent suffisamment performants pour assurer leur fonction principale, ces produits sont souvent nommés dans le jargon professionnel « des bloc-notes ». En effet, à l'image de ceux-ci, les compacts sont de par leur taille toujours à portée de main et sont parfaits pour les photos souvenirs de

tous les jours. C'est par exemple **la série Ixus de Canon.** Au cabinet, ils peuvent à la limite servir pour les photos exo-buccales face/profil, mais malheureusement pas plus en raison d'un tout petit capteur, d'une optique faible et très limitée ainsi que d'une absence totale de paramètres.

◆ Les compacts dits « experts »

Il y a encore trois ou quatre ans, ces appareils tenaient le haut de l'affiche pour leur rapport qualité/prix imbattable à l'époque. En effet, les reflex se positionnaient à plus de 3 000€ pour le boîtier seul ; les petits compacts de base avaient une qualité photo médiocre mais l'avantage indéniable du numérique commençait déjà à tenter un grand nombre de praticiens. Restaient donc ce genre de produits.

Les compacts experts ont un objectif en général de bonne facture, une capacité correcte à ouvrir et fermer le diaphragme, une bonne prise en main et sur certains produits, la possibilité de faire pivoter l'écran arrière pour un confort de prise de vue en bouche nettement amélioré (plus besoin d'être toujours en face du sujet). C'est le cas par exemple du **Canon Powershot G3** qui a depuis été remplacé par le G5, puis enfin le G6 qui est le dernier né de la marque. Dans la même catégorie, nous retrouvons également le mythique **Nikon coolpix 4500** encore utilisé et prisé par de très nombreux praticiens (surtout les orthodontistes). En option, nous pouvons même trouver des compléments d'objectifs pouvant améliorer encore la macro ainsi que des systèmes de flash annulaire ou de réflecteurs.

J'ai moi-même débuté la photo numérique par un G3 fin 2002. Après 5 000 photos de bouche environ avec cet appareil, je peux vous donner mon impression personnelle sur son utilisation : au niveau de la qualité d'image, ce genre de produit donne d'assez bons résultats qui peuvent convenir à la plupart des praticiens dans leur pratique quotidienne. Les photos « claquent » même plus que les appareils haut de gamme qui demandent en général un post-traitement. La visée par l'écran arrière est plutôt pratique et ludique mais n'est clairement pas assez précise pour celui qui veut faire une mise au point manuelle de ses photos. Et c'est sur la mise au point justement que ce genre d'appareil pêche, avec un autofocus très aléatoire et extrêmement lent. Dans notre pratique, c'est très fastidieux. Attendre cinq à sept secondes que l'appareil fasse la mise au point, avec un patient qui doit rester immobile pour se rendre compte d'un flou ar-

tistique final, est difficilement supportable.

Un APN devient très vite indispensable au cabinet. Et pour diverses raisons (prothésiste, archivage, communication au patient...), on atteint très vite la trentaine de photos par jour. Aujourd'hui, l'investissement supplémentaire pour des appareils plus performants est minime et l'utilisation de compacts experts au cabinet ne se justifie plus à mon sens.

◆ Les bridges

Le bridge est un appareil qui se rapproche beaucoup du reflex, en ce sens que la visée se fait via un vrai viseur optique qui montre exactement ce que l'on photographie. La mise au point se fait également plus rapidement que sur les compacts mais reste lente comparée aux reflex.

Le plus gros défaut est à mon sens un objectif fixe et non interchangeable. Pour plaire au plus grand nombre, l'objectif a une très large plage de focale (en général X12) et n'est pas très à l'aise en macro. De plus, ce type d'APN a un prix pouvant dépasser celui d'un reflex.

◆ Les reflex

Ici, la photo se prend à l'aide d'un vrai viseur optique retraçant fidèlement ce que sera la photo (plus de problème de parallaxe comme sur les compacts). On y gagne en précision car le point de mise au point est tout à fait visible. On y perd un peu en ergonomie car l'écran arrière ne sert pas à la prise de vue mais seulement à la vérification des photos après leur prise (cela surprend au début pour celui qui a l'habitude d'un compact).

L'objectif est interchangeable. Cela permet de choisir l'objectif le mieux adapté à ces besoins sans aucune concession. C'est déjà un bonheur



mais l'avantage absolu du reflex est, comme son nom l'indique, d'avoir une mise au point et une réactivité quasi immédiates. **La photo se prend en un clin d'œil.** A peine le bouton enfoncé, la photo est prise et elle est pratique-

ment toujours nette !

La baisse des prix fait qu'un très bon reflex se retrouve désormais à **800€ (boîtier ou dos nu)**. C'est le cas du **Canon Eos 350D**. C'est celui que j'utilise actuellement car je suis habitué aux Canon et leurs objectifs sont pour moi un cran au dessus de la concurrence. Le **D70 de Nikon** est également un très bon produit mais qui tire un peu sur sa fin (la réactualisation en D70s n'est qu'une simple mise à jour du Firmware). Pour les appareils de gamme supérieure, on retrouve entre autres le **Fuji S3** (qui utilise les objectifs Nikon), les **Canon 30D**, successeur du 20D (1 300€), et **5D** (2 500€), capteur dit « full-frame » pour ce dernier, ainsi que le **Nikon D200** (1 800€). Sachez qu'entre les appareils d'entrée de gamme et ceux-ci, la différence pour ce qui nous concerne n'est pas flagrante. La réactivité ainsi que la qualité d'image sont excellentes dès l'entrée de gamme.

Le boîtier nu n'est que le squelette de votre APN. Il faut lui adjoindre des accessoires :

• L'objectif

Bien plus qu'un accessoire, l'objectif est la pièce maîtresse du reflex. Pour moi, sa valeur est plus importante que le boîtier lui-même. L'erreur à ne pas faire est donc d'économiser sur cette partie au profit d'un dos plus performant.

On choisira un **objectif MACRO à focale fixe**. Il en existe à 50, 60, 100 et 105mm (pour ne citer que ceux qui nous intéressent).

Je préconise l'utilisation d'un 100 ou 105 mm. En effet, le 50 ou 60mm déforme légèrement la perspective.

Sur la photo 1, on peut remarquer qu'en 60mm, les canines apparaissent plus imposantes en taille.

1



Objectif MACRO 100 mm



Objectif MACRO 60 mm

Il est nécessaire de se tenir à une certaine distance avec le 105mm (voir photo 2) ce qui oblige parfois à baisser le fauteuil. Mais cette distance est un avantage car elle permet une

2



diffusion plus homogène de la lumière. Préférez un objectif de la même marque que votre boîtier. Nikon vient tout juste de sortir un nouvel objectif macro stabilisé aux alentours de 950€. Canon commercialise un 100mm qui est ultra-sonic (USM). Cela veut dire que la mise au point se fait très rapidement et de manière très silencieuse. C'est un excellent produit permettant une mise au point réalisable dans des conditions d'éclairage difficiles (donc même lorsque l'on a la tête malencontreusement devant le scyaltique).

Sigma commercialise des objectifs compatibles avec les autres marques en général bien moins chers. Je ne vous conseille pas cette économie, l'objectif 105mm macro de Sigma a des performances bien en deça des objectifs propriétaires : vitesse de mise au point, absence de la retouche manuelle du point après avoir enclenché l'autofocus, mise au point se faisant par un tube coulissant et non pas de manière interne à l'objectif (facteur d'encrassement du capteur)... En pratique, ces détails ont une importance non négligeable.

• Le flash annulaire

Cet accessoire se place au bout de l'objectif et permet un éclairage au plus près du sujet. Le flash est formé en couronne autour de la

lentille frontale.

Cet accessoire n'est pas indispensable en soi car il est possible de prendre des clichés correctes sans, mais il serait ridicule d'investir dans un reflex et un objectif sans rajouter les quelques centaines d'euros supplémentaire pour ce type de flash. En effet, il apporte un certains nombres d'avantages :

> Tout d'abord la lumière est **répartie uniformément sur le sujet**. Il est ainsi possible d'avoir une lumière égale depuis les centrales jusqu'aux dents de douze ans. Effectivement, le problème avec le flash intégré est que la lumière a une incidence de haut en bas et forme des zones d'ombres dues aux lèvres ou aux dents elle-même.

> L'autre avantage notoire est de travailler avec un **éclairage constant** d'une photo à l'autre. Les flashes annulaires modernes ont un système (l'ETTL II) permettant de générer un flash d'une puissance calculée par rapport aux autres paramètres de gestion de la lumière (ouverture, vitesse d'exposition, ISO). Cela permet d'obtenir des images toujours parfaitement exposées. Voir Photo 3.

Comme pour les objectifs, chaque marque a son flash annulaire. **Canon avec le MR-14 EX** est un bon produit mais avec un rapport qualité/prix médiocre. Son tarif de **750€** est trop élevé. Nikon vient de mettre sur le marché un nouveau système de flash annulaire (**le SB-R200**) assez révolutionnaire car il se compose de plusieurs unités fonctionnant sans fils à placer autour de l'objectif. En réalité, c'est un flash adapté aux photographes de studio spécialisé en macro car il est très polyvalent mais est assez complexe d'utilisation et ne sera pas adapté aussi facilement au dentaire qu'un flash annulaire classique. De plus son tarif minimum de **800€** reste élevé. Le meilleur choix actuellement reste le **Sigma EM-140DG**. C'est un flash qui en réalité est pseudo-annulaire, c'est-à-dire que sa lumière est générée par deux tubes latéraux. L'avantage est que l'on peut régler l'intensité des tubes, indépendamment ce qui permet de modeler le relief des images comme on le souhaite. Ce flash est compatible avec Canon, Nikon, Sigma, Minolta, Pentax... Affiché à **400€**, c'est aujourd'hui le meilleur rapport qualité/prix.

• Le grip

C'est un accessoire permettant une meilleure prise en main et une meilleure autonomie car il peut contenir deux batteries. Ce produit est pour moi indispensable car un reflex avec objectif macro et flash annulaire est lourd (jusqu'à 2,5Kg) et sans ce grip, la tenue de l'APN est trop aléatoire. Ceci est encore plus vrai

communiquer c'est déjà soigner !

« Le patient reconnaît
avoir eu la possibilité
du choix de son traitement »

Avenant n°6
de la convention nationale
des chirurgien-dentistes

La communication avec le patient est maintenant
au cœur des préoccupations du praticien.

- Comment mieux informer pour lever le voile de l'appréhension ?
- Comment revaloriser l'image du praticien, l'image de ses actes et des soins qu'il dispense ?
- Comment présenter les plans de traitement et les devis aux patients afin d'éclairer et de conforter leur choix ?

Avec **QuickDental Office**, vous allez pouvoir...

Informer

■ En présentant au patient, grâce à des animations 3D, 2D et des photos cliniques, simples et non choquantes, les avantages d'actes spécialisés difficilement imaginables par un profane.



Motiver

■ En présentant au patient des supports professionnels d'une qualité formelle, afin d'éclairer sa compréhension du problème de santé auquel il doit faire face.



Conseiller

■ En présentant au patient des fiches-conseils imprimables destinées à lui fournir des informations très pratiques tout en apportant au praticien un considérable gain de temps.

• La base est enrichissable par le praticien avec ses propres cas cliniques.



Fidéliser

■ En présentant au patient des images justes qui lui offrent une vision d'ensemble de son traitement, actes et résultats, afin qu'il puisse en appréhender la réalisation dans le temps.



Démonstration en images et informations techniques sur le logiciel avec possibilité de commander en ligne (système sécurisé) sur le site : www.quickdentaloffice.com

Documentation technique complète sur simple demande à SLBD - 123, rue de la Tour - 75116 Paris
Tél : 01 45 03 37 70 - Fax : 01 48 78 49 15 - contact@quickdentaloffice.com

3



Flash annulaire



Flash intégré

pour le Canon EOS 350D qui a une taille inférieure aux autres reflex. Le grip (BG-E3) améliore grandement son ergonomie. Photo d'un Appareil Reflex numérique avec tous ses accessoires (Photo 4) :

Les réglages

Nous ne nous étendrons pas trop sur ce point car il nécessiterait un article à lui seul. En fait, le réglage d'un appareil photo numérique consiste à trouver la bonne adéquation entre les différents paramètres de captation de lumière (en mode M évidemment) : ISO, temps d'exposition, ouverture (valeur F). En fonction d'une alchimie entre ces trois points, on obtient une certaine quantité de lumière venant en contact du capteur CCD. Tout l'art de la photo se base sur le dosage précis de ces trois points.

• Pour le **temps d'exposition**, une trop faible valeur donnera immanquablement un flou de bougé sur la photo. Pour notre pratique, 1/125^{ème} de seconde semble une valeur correcte compte tenu du poids de l'engin faisant toujours trembler un peu la main.

5



Photo prise à F 4.5



Photo prise à F 22

• Pour la **valeur ISO**, je choisis une valeur assez haute comme 400 ou 800 Iso, ceci afin d'améliorer la sensibilité du boîtier. Comme on va le voir, il est nécessaire de fermer le diaphragme la plupart du temps dans notre pratique, c'est pourquoi une haute sensibilité est recommandée. Avec les reflex actuels, le bruit numérique reste quasi imperceptible à ces valeurs, cela n'entrave pas la qualité d'image.

• Pour la **valeur d'ouverture F**, tout dépend en fait de ce que vous voulez montrer sur votre image. Cette valeur est inversement proportionnelle à l'ouverture du diaphragme. Cela veut dire qu'à une faible valeur F correspondra une grande ouverture. Comme nous l'avons signalé, cela influence directement sur la quantité de lumière entrante mais pas seulement ! En effet, l'ouverture de l'iris influence directement la **profondeur de champ (PDC)**. Celle-ci correspond à la distance entre les éléments les plus proches et les plus éloignés présentant une netteté acceptable sur une photo. Une petite ouverture correspond à une grande valeur F qui correspond à une grande profondeur de champ. En ce qui nous concerne, sur une photo de bouche frontale, il est nécessaire d'avoir une **large PDC (f.22) permettant une netteté à la fois sur l'incisive centrale et la dent de douze ans** (photo 5).

D'autres photos en esthétique ou en vrai macro (la photo d'une ou deux dents par exemple) gagnent à avoir une faible PDC (ex : F.4.0) (Photo 6).

Conclusion

La photo dentaire doit avant tout être un plaisir. Le choix de l'outil est primordial afin que ce plaisir ne se transforme pas en frustration génératrice de stress supplémentaire au cabinet. Evidemment, quelque soit l'outil, le

4



débutant devra faire preuve de patience, avec un peu de temps passé à la maison pour « s'entraîner ». Petit à petit, le perfectionnement de la maîtrise photo devient très agréable et vous permettra aussi de transposer vos connaissances dans vos photos de vacances familiales. Aujourd'hui, la baisse des prix des reflex ne jus-

6



tifie plus à mon avis l'investissement dans un compact. Certains fabricants spécialistes dans le monde dentaire commercialisent pourtant encore ces produits en les équipant de réflecteurs pour le flash, les rendant ainsi « presque » opérationnels.

Pour moi c'est du gadget ! Je vous invite plutôt à opter directement pour un reflex correctement équipé d'accessoires. Avec un petit peu d'entraînement, vous goûterez à ce véritable bonheur et vous ne le regretterez pas ■

Dr Steve BENERO, pratique privée.
Un cours de photo numérique pour praticiens est prévu pour fin 2006.
Renseignez-vous par mail à stevebenero@yahoo.fr

POSTGRADUATE CERTIFICATE IN PERIODONTOLOGY AND IMPLANTOLOGY NEW-YORK UNIVERSITY UNIVERSITE DE BORDEAUX II

Sous la Présidence des Doyens

Pr. M.C. ALFANO et Dr J.F. PELI

RESPONSABLES DE LA FORMATION

Pr. K. BEACHAM ; Dr R. DA COSTA –NOBLE ; Dr Y. LAUVERJAT ; Dr W. VAN WILLIGEN

L'enseignement se déroule sur deux ans (6 semaines)

Les cours auront lieu à l'Université de Bordeaux II et à New-York University selon les dates suivantes

Semaine 1	04/12/06	08/12/06	Université de Bordeaux II
Semaine 2	05/03/07	09/03/07	New-York University
Semaine 3	22/10/07	26/10/07	New-York University
Semaine 4	03/12/07	07/12/07	Université de Bordeaux II
Semaine 5	10/03/08	14/03/08	New-York University
Semaine 6	30/06/08	03/07/08	New-York University

TRADUCTION SIMULTANÉE

1^{ère} SESSION

du 4 au 8 décembre 2006

Dr K. ACKERMAN (Allemagne), Dr J.P. BERNARD (Suisse), Dr R. DA COSTA-NOBLE (France),
Dr K. DAHAN (Israël), Dr T. DRINCAT (France), Dr Y. LAUVERJAT (France), Dr B. ELLA (France).

Principaux intervenants à New-York University (Semaines 2,3,5 et 6) :
Dr E. ROSENBERG ; Dr C. EVIAN ; Dr D. TARNOW ; Dr P.D. MILLER ; Dr S. FROUM ;
Dr F. CELENZA ; Dr S. WALLACE ; Dr K. MISCH ; Dr M. SONICK ...

COUT DE LA FORMATION

600 Euros × 2 = 2 semaines à Bordeaux

1800 Dollars × 4 = 4 semaines à New-York

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

POSTGRADUATE BX-NY- UFR d'ODONTOLOGIE, 16 Cours de la Marne, 33082 BORDEAUX CEDEX

Dr DA COSTA-NOBLE – Dr LAUVERJAT

Tél. 0556967636 – Fax 0556938542



NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Tél. : Fax : Email :@.....

Je suis intéressé(e) par la formation sur 2 ans « Postgraduate Certificate in Periodontology and Implantology »

Je m'inscris à la semaine de Bordeaux du 4 au 8 décembre 2006. Ci-joint chèque de 600€ établi à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université de Bordeaux II.

Quelques clés pour une informatique "sereine"

Aujourd'hui, rares sont les cabinets dentaires où il n'y a pas d'informatique. Rares sont aussi les cabinets informatisés où il n'y a pas de problèmes. L'informatique est une industrie qui avance à pas de géant, sans se poser trop de questions sur la fiabilité, la compatibilité ou l'assistance à ses clients. Pour tous les "bugs" présents dans les logiciels, on vous répond toujours qu'ils seront corrigés avec la prochaine mise à jour (qui elle-même en apportera d'autres...). Bien souvent encore, nous achetons un matériel, qui se retrouve incapable de faire fonctionner les équipements périphériques que nous avons en place, qui comporte des applications avec une interface sans rapport avec la précédente version... Si l'on devait établir la liste des dégâts collatéraux engendrés par l'avance folle de cette industrie, on n'oserait jamais s'équiper ou changer quoi que ce soit. Nous allons donc devoir "faire avec" et explorer les pistes où ces dommages sont les moindres.

Première question à se poser : Suis-je chirurgien-dentiste et/ou informaticien ?

Peu d'entre vous doivent avoir été formés dans les deux domaines ! Si vous souhaitez éviter pas mal de problèmes (câblage, installation d'applications, de drivers, paramétrages, gestion de conflits...), il est plus sage de s'adresser à un prestataire de services externe, ayant des références dans notre secteur d'activités. Bien sûr, il est toujours possible de se rendre "rue Montgallet" (XIIIème arrondissement) d'acheter tous ses composants chez un quelconque "casseur de prix". Mais il ne faut jamais confondre, comme je ne cesse de le souligner, "Prix d'achat" et "Coût de revient final"...

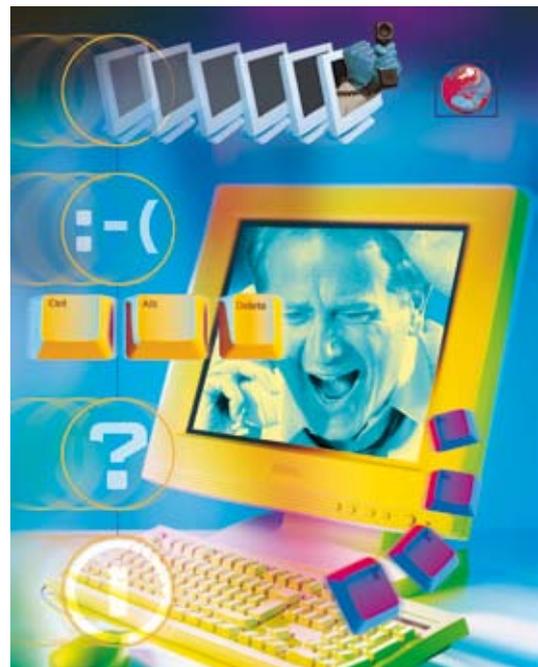
Et toujours se souvenir de cette célèbre et réaliste devise technologique : "L'informatique fait gagner beaucoup de temps... surtout aux gens qui en ont beaucoup !"

Deuxième question importante: Quelles sont les tâches que je souhaite informatiser ?

La gestion du cabinet (patients et comptabilité) est en général la base de l'informatisation, avant même l'imagerie. Là, il faut bien choisir son application, car ce choix s'apparente à un mariage, avec ses bienfaits et ses difficultés de couple. En effet, quand vous avez bâti autour d'un logiciel de gestion, votre fichier patients, vous avez bien souvent "fait nocturne" pour que tout fonctionne, galéré à chaque mise à jour, passé plusieurs mois de tâtonnements avant de commencer à apprivoiser la bête. Il est impossible et insurmontable pour la plupart d'entre-vous de divorcer, pour aller convoler avec un nouveau logiciel. La simple appréhension de devoir repasser par ces étapes a dissuadé bon nombre de praticiens de s'équiper d'outils plus performants.

Si vous êtes de ceux qui ne craignent pas le gros temps, avant de dire "Oui" à un logiciel de gestion, il faut assister à plusieurs démonstrations, essayer même personnellement (et tout seul) une version d'évaluation, et en dernier ressort, consulter quelques confrères de votre région, équipés du logiciel convoité, **pour avoir un autre son de cloche que celui de l'éditeur.**

Pour l'imagerie, c'est en général bien plus simple, surtout si vous ne faites que des "rétro-alvéolaires". La plupart des logiciels font



la même chose, en ce qui concerne les fonctions de base, **le reste étant la plupart du temps, des fonctions gadgets que vous n'utiliserez que très peu (à moins d'avoir du temps libre)** voire pas du tout.

Bien définir ses besoins matériels

En dehors du logiciel de gestion, il y a tout le parc informatique à mettre en place (et à faire fonctionner) et dans ce domaine, mieux vaut savoir avant ce que l'on veut, car toute modification ultérieure ou adjonction est en général assortie de son lot de surprises, rarement appréciables.

L'ordinateur lui-même : Pour gérer un fichier patients et une compta, il n'y a pas un grand besoin de puissance ou de capacité, ni de composants de haut niveau (mémoire, carte graphique...). Pour gérer en plus de l'imagerie, il faudra un disque dur plus volumineux (on trouve couramment des 250 Go), un peu plus de mémoire (1 Go) et une bonne carte graphique (sans plus, vous ne faites pas de la 3D, ni des jeux vidéos). L'adjonction d'un lecteur de cartes multi formats est souhaitable (Compact Flash, Smart Media...) ainsi que des prises USB 2 et Fire Wire en façade (elles serviront à brancher aisément toutes sortes de périphériques, caméscopes, et sauvegardes).



Réseau ou pas ?

Réseau ne signifie pas obligatoirement "praticiens multiples". Si l'on souhaite un écran à l'accueil, un au bureau et un autre au fauteuil, il est préférable d'installer un réseau qui pourra s'étouffer au fil du temps et des besoins. En étant seul praticien, vous pouvez opter pour un des postes comme serveur pour le réseau. Pour un cabinet à praticiens multiples, un serveur dédié sera préférable. C'est un ordinateur qui doit être fiable, puissant, avec un bon volume de stockage, et qui surtout ne sera utilisé par personne au quotidien. Ses fonctions de base seront de collecter et de distribuer les informations et médias aux postes clients, et d'effectuer une sauvegarde en fin de journée de travail.

Le réseau, avec ou sans fil ? Bien sûr, à voir tous les câbles qui sortent à l'arrière du bureau, on est tenté de dire SANS FIL ! Mais cela n'a rien d'indispensable, car l'adjonction de périphériques de transmissions haute fréquence génère aussi son lot de petits ou gros soucis : paramètres, cryptage, interférences, coupures... Le Wi Fi est la norme de transmission la plus répandue ; elle est intéressante si vous utilisez aussi des ordinateurs portables sur votre réseau. Si ce n'est pas le cas, il existe un autre moyen de transmission sans fil, un peu plus fiable : la transmission par courants porteurs. Ce système utilise des fils ! Mais rassurez-vous, il n'est pas nécessaire d'en passer un seul, car il utilise le réseau de distribution électrique (220 V) du cabinet. C'est très intéressant, mais vous ne pourrez y greffer un ordinateur portable sans le connecter à un boîtier d'interface. Le réseau avec (Ethernet) ou sans fil (Wi Fi ou courant porteur) permet également de connecter de nombreux périphériques (imprimantes, scanner, disque dur...) qui seront accessibles en tous points du réseau. Il est souvent préférable de disposer, par exemple, d'une bonne imprimante laser multifonctions au secrétariat plutôt qu'une imprimante individuelle à jet d'encre "lambda", le coût de la cuillère à soupe d'encre étant prohibitif et injustifié.

Aujourd'hui, pour environ 1 000 euros, vous trouverez des imprimantes laser multifonctions de qualité (imprimante noire et couleur, copieuse noire et couleur, scanner et fax) qui vous donneront des impressions de qualité (si vous y mettez un papier correct) et qui vous feront gagner de la place et des câbles dans chaque cabinet.

Internet et la Télétransmission !

C'est une logique incontournable : Il faut avoir Internet en ADSL, au cabinet comme à son domicile, si l'on ne veut pas être coupé du reste

du monde. C'est très utile pour obtenir toutes sortes de renseignements et de formulaires administratifs, pour s'échanger des courriers ou des documents de toutes sortes (radios, photos, articles de magazines...). **Cependant, il faut garder à l'esprit (surtout avec les PC) qu'Internet = virus, vers et autres saletés générées par la cohorte de guignols que comporte notre belle planète !** Ainsi, si vous utilisez Internet sur votre réseau, utilisez-le en tant que professionnel, évitez tous les sites exotiques, et surtout, n'échangez et n'ouvrez que des courriers provenant de correspondants fiables. Dans l'idéal, si vous surfez frénétiquement sur la toile, utilisez un ordinateur ne servant qu'à cela (**si possible un Macintosh, vous n'aurez pas ce type de problèmes**) et ne connectez pas cet ordinateur spécifique aux "rapports non protégés" avec votre réseau. La télétransmission ne présente pas de risques de sécurité conséquents, car elle reste tout de même très restrictive d'accès.

J'ai des tas de périphériques à greffer sur mon PC !

Bien sûr, on peut ajouter des tas de choses, mais avant de le faire, il est bon de le justifier ! Ne confondez pas vos matériels informatiques personnel et professionnel. On constate de plus en plus souvent que des praticiens sont incapables de pouvoir continuer de travailler parce que l'informatique est en panne ! Quel comble ! **Plus jeune, on ne m'a jamais dit qu'on ne pouvait pas me soigner, parce qu'un matériel, n'ayant rien à voir avec le fauteuil ou la turbine, était en panne !**

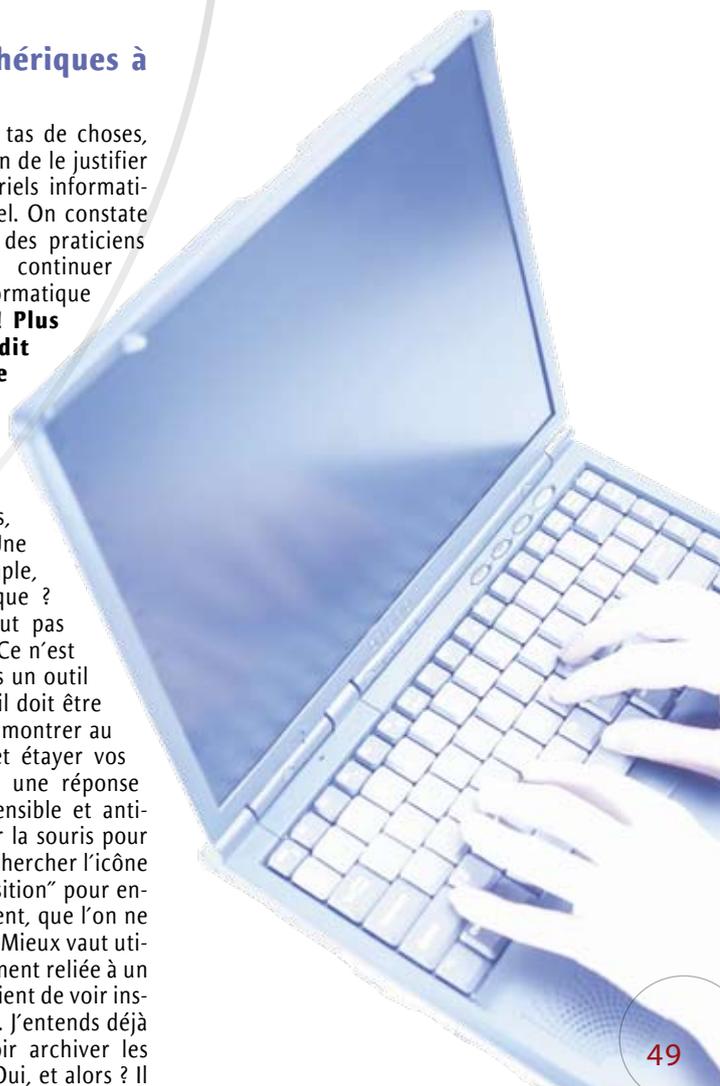
Pour limiter ce genre de risques, limitons aussi la boulimie. Une caméra endobuccale, par exemple, a-t-elle besoin d'être numérique ? Réponse personnelle : "Surtout pas !" A quoi sert ce matériel ? Ce n'est pas un outil de diagnostic mais un outil de communication. A ce titre, il doit être disponible à tout instant, pour montrer au patient telle ou telle chose, et étayer vos propos. La caméra doit avoir une réponse instantanée. Il est incompréhensible et anti-ergonomique de devoir utiliser la souris pour aller dans le menu "imagerie" chercher l'icône "caméra" et cliquer sur "acquisition" pour enfin montrer une image au patient, que l'on ne conservera pas 99 fois sur 100. Mieux vaut utiliser une caméra vidéo directement reliée à un moniteur, qui permettra au patient de voir instantanément ce qu'il y a à voir. J'entends déjà certains dire qu'il faut pouvoir archiver les images dans la fiche patient ! Oui, et alors ? Il

est certainement préférable d'avoir une carte d'acquisition dans son PC et d'effectuer quelques manipulations pour enregistrer l'image si besoin est, que le cas contraire. Ce type de raisonnement peut s'appliquer à d'autres adjonctions.

Votre fichier patients : un capital

Un véritable capital ! Il faut donc le préserver. Pour ce faire, il est IMPERATIF d'effectuer une sauvegarde quotidienne des informations. Il existe plusieurs méthodes pour le faire :

- ◆ La gravure de CD-RW ou de DVD-RW (pas cher, très lent)
- ◆ Le disque dur extractible (Efficace, mais très lourd et fragile)
- ◆ Le disque dur externe de 3,5" (format de poche, connection USB ou FW). C'est une solution très pratique et efficace
- ◆ La sauvegarde par bande en cartouche : la moins chère au Go stocké mais pas la plus rapide, ni la plus sûre



ERGO Pratic

◆ La sauvegarde par Internet (la nuit) chez un prestataire distant. Cette dernière solution à un peu de mal à décoller en France, où chacun n'aime pas trop confier ses affaires à des tiers. Il faut tout de même savoir que les données sont cryptées avant leur envoi. Cette solution à un coût récurrent, mais elle est la plus sûre pour les insoucians, qui ne font de sauvegarde que quand ils en ont le temps.

Qui dit "sauvegarde" dit "sauvegarde". Si le soir, vous déclenchez consciencieusement une sauvegarde et qu'une fois la sauvegarde terminée, vous laissez sur place le périphérique de stockage, autant laisser les clés de votre cabinet sur la porte, car en réalité vous n'avez rien sauvegardé. Si vous êtes "visités" ou si un sinistre, voire simplement un bon orage avec un petit coup de foudre sur le réseau électrique du quartier, survient, vous-vous retrouvez "à poil !". Donc une sauvegarde (sauf par Internet), ça s'emmène avec vous le soir !

Des périphériques de qualité et entretenus

Combien s'abîment la vue, déjà bien éprouvée par le travail au fauteuil, avec des écrans ayant un affichage médiocre ou une dimension ridicule ? Combien s'enquiquinent avec une souris à boule, qui roule mal, car encrassée, alors qu'il existe des souris optiques qui ne s'encrassent pas ? Je ne parle même pas des claviers bon marché !

Pour le côté ergonomique et extrêmement efficace, il existe une souris avec ou sans fil, qui n'en est pas une, mais qui, moyennant une petite journée d'adaptation, se révèle cent fois plus agréable et efficace que le « mulot » conventionnel. Je parle du "Trackball". Pas n'importe lequel ! Le Trackball de Logitech "TrackMan Whell ».

Le gros avantage : pas besoin de place, de tapis, ni de remuer le bras. En ce qui me concerne, j'en utilise quatre, et ce depuis cinq ans, et je ne vous l'échangerais pour rien au monde !

L'entretien !

Il y a de quoi dire. Le matériel technique s'encrasse car il est souvent en plastique non anti-statique ; de plus, il chauffe, sans parler de "la tour" qui bien souvent est au niveau du sol, qui aspire les poussières ambiantes et en fait des troupeaux de moutons.... Mal entretenu, le matériel subit assurément des nuisances et des problèmes. Comment un matériel, aussi performant soit-il, peut-il fonctionner avec sa grille d'aération, son ventilateur et ses organes de refroidissement complètement colmatés par la poussière ? Même question pour les souris et pour les imprimantes.



Le matériel informatique s'entretient régulièrement. Il faut dépoussiérer extérieur et intérieur (si vous n'osez le faire, il existe des sociétés spécialisées ou demandez à votre prestataire de service, si il a le temps). Mieux sera entretenu ce matériel, plus il sera fiable.

Mettez-vous aussi à la place de vos patients, assis face à votre bureau, ayant un œil sur les paquets de câbles jonchés au sol, et sur l'arrière de votre moniteur informatique !

Si ce dernier est complètement noirci par la poussière et la crasse, pour une profession étant censée travailler dans l'hygiène, ça fait tâche ! Heureusement, cela semble un peu régresser.

Mac ou PC ?

Je répondrais les yeux fermés "Mac". Mais la réalité du dentaire et le phénomène "Moutons de Panurge" ont eu raison de votre profession. Malgré le nombre impressionnant de nuisances vendues avec Windows, qui à tout pompé sur l'interface du Mac (sauf sa stabilité et sa présentation soignée), il faut reconnaître que le PC règne en maître, sans pour cela être le meilleur.

La plupart des logiciels de gestions et d'applications dentaires sont sous Windows. Mais cela ne veut pas dire que l'on est obligatoirement obligés de travailler avec un PC.

Il existe des cabinets, et même de très gros, tournant sur Mac, et qui ne sont pas en reste au niveau de l'efficacité. Bien sûr, il y a des cas où il faut intercaler un PC dans le réseau Mac (par exemple, pour gérer une radio panoramique numérique). Mais aujourd'hui, la cohabitation se fait en toute transparence. De plus, les nouveaux Macintosh sont maintenant équipés de processeurs Intel (comme sur leurs cousins d'en face) et Apple va permettre de faire tourner ses ordinateurs aussi bien avec Mac OS X qu'avec Windows XP.

Conclusion

Pour vivre à peu près sereinement avec l'informatique de cabinet, ne demandez pas de tout faire au matériel du cabinet, ne lui greffez pas n'importe quoi. Surtout, travaillez avec des professionnels et confiez la gestion et l'entretien de votre parc informatique à un prestataire de services spécialisé

Georges BLANC
Foxy études & développement
www.foxy-ed.fr



AU FIL DU TEMPS

Parodontologie Implantologie

> 6 JUILLET 2006 À PARIS

> 14 SEPTEMBRE 2006 À PARIS

> 21 SEPTEMBRE 2006 À NICE

Le 2^{ème} jeudi de chaque mois. Gratuit.

Dates et lieux en province sur demande.

ATELIER PRATIQUE EN PROTHESE IMPLANTAIRE POUR OMNIPRATICIEN IMPLANT INNOVATIONS - 3I

Département Communication et Formations

38, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46 - Fax : 01 41 05 43 40

Site Internet : www.3i-online.com

E-mail : marketingfrance@3implant.com

> 12 JUILLET 2006 À EAUBONNE

FORMATIONS TP PROTHÈSES SUR IMPLANT

MARC-OLIVIER RAOUST

MIS FRANCE

5, rue Carpeaux - 95600 Eaubonne

Tél : 01 30 10 51 57 - Fax : 01 34 16 07 37

> 23 SEPTEMBRE 2006 À COLOMIERS

STUDY GROUP IMPLANTOLOGIE

DRS PIERRE GUTLEBEN, JÉRÔME GALAUP, PHILIPPE RIBET,

ÉRIC SOLYOM, JULIEN POGEANT, M. PATRICE CAPITAINE

GEISO - GROUPE D'ÉTUDE IMPLANTAIRE DU SUD OUEST

CORINE OBRY

39, route de Tarbes

31170 Tournefeuille

Tél : 05 62 13 54 40

Internet :

homepage.mac.com/pierregutleben/geiso

Mot de passe: implanto

> 25 ET 26 SEPTEMBRE 2006 À AUXERRE

IMPLANTS ET PARODONTIE

En partenariat avec l'APCI

DR GENON

IMPLANT INNOVATIONS - 3I

Département Communication et Formations

38, rue Anatole France

92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Site Internet : www.3i-online.com

E-mail : marketingfrance@3implant.com

> 28 SEPTEMBRE 2006 À MONTPELLIER

AUGMENTER LE VOLUME OSSEUX EN IMPLANTOLOGIE

DR COLIN

IMPLANT INNOVATIONS - 3I

Département Communication et Formations

38, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret

Tél : 01 41 05 43 46

Fax : 01 41 05 43 40

Site Internet : www.3i-online.com

E-mail : marketingfrance@3implant.com

CYCLE DE PERFECTIONNEMENT CLINIQUE AU FAUTEUIL

DRS PAUL ET CATHERINE MATTOU

> 28 ET 29 SEPTEMBRE 2006 À MARSEILLE

SÉMINAIRE IV : La pathologie muco-gingivale,

l'aménagement muqueux péri-implantaire

GEPI - GROUPE D'ÉTUDES

EN PARODONTOLOGIE

ET IMPLANTOLOGIE

224, avenue du Prado - 13008 Marseille

Tél : 04 91 32 28 32

Fax : 04 91 32 28 33

Site Internet : www.gepi-mattout.com

E-mail : contact@gepi-mattout.com



Communication - Organisation
Management - Gestion...

hep ! Docteur...

Venez entre amis... on vous fait un prix !

Argumenter efficacement
vos propositions de traitement

- les 14 et 15 septembre 2006*
1 000 €



Ré-organisez votre cabinet,
garder la maîtrise de son agenda

- les 05 et 06 octobre 2006*
750 €



La pédodontie
un exercice gratifiant et rentable

- 25 et 26 septembre 2006*
750 €



2 docteurs en formation
20% de réduction

3 dentistes qui se lancent
moins 30% de dépenses

4 praticiens qui sont prêts
moins 40% de frais

5 confrères à Paris
50% d'économie

Intégrer et rentabiliser
la maintenance et la prophylaxie

- les 28 et 29 septembre 2006*
750 €

Votre cachet - Vos coordonnées

* offre valable pour des praticiens assistant à la même formation dans la limite des places disponibles,
non cumulable avec d'autres offres en-cours.

Renvoyez ce coupon pour recevoir notre catalogue de formation

Coupon à retourner à FBM Formation - 15 rue Victor Duruy - 75015 PARIS

Pour toute information contacter le 01 56 56 59 85.

AU FIL DU TEMPS

> 29 ET 30 SEPTEMBRE 2006 À MUNICH
COURS DE CHIRURGIE AVANCÉE
ET GESTION DE L'ESTHÉTIQUE :
COMBLEMENTS, GREFFES OSSEUSES
AU IPI

Prs **MARKUS HUERZELER, WACHTEL, Drs BOLZ, ZUHR**
IMPLANT INNOVATIONS - 3I
38, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret
Tél : 01 41 05 43 46 - Fax : 01 41 05 43 40
Site Internet : www.3i-online.com
E-mail : marketingfrance@3implant.com

DEMARRER EN PARODONTOLOGIE
ET EN IMPLANTOLOGIE
PRATIQUE ET FORMATION CONTINUE
EN 10 JOURS

Sous le haut patronage de l'université
de Rome :

> 29 ET 30 SEPTEMBRE 2006
IMPLANTOLOGIE AVEC LE SYSTÈME
ANKYLOS. ROBOTIQUE EN IMPLANTOLOGIE

> 27 ET 28 OCTOBRE 2006
IMPLANTOLOGIE : SYSTÈMES
ENDURANCE. MINI IMPLANTS.
COMMUNICATION. TP SUR CADAVRES

> DE MAI À DÉCEMBRE 2006
SIXIÈME MODULE OPTIONNEL.

RÉALISER VOS CAS CLINIQUES
AVEC LE TEAM IERI
IERI

Dr **FABIEN ADDA**
11, rue de Notre-Dame - 06400 Cannes
Tél : 04 93 39 32 77
E-mail : formation@ieri.fr

> 5 OCTOBRE 2006 À CLERMONT-FERRAND
PARODONTIE MÉDICALE :
JOURNÉE D'INFORMATION

Dr **JACQUES CHARON**
PAROCONCEPT
128, rue du Jacquemars Gielée
59800 Lille
Tél : 03 20 34 04 47 - Fax : 03 20 56 90 42
Site Internet : www.paroconcept.com
E-mail : paroconcept@nordnet.fr

> 28 OCTOBRE 2006 À PARIS
5ÈME CONGRÈS NATIONAL DE LA SFBSI
L'ACTE IMPLANTAIRE

Pr **ABDELAÏ CHEKKOURY IDRISSEI, Dr MARC OBRECHT,**
Pr **CHANTAL MALEVEZ**
CONFERENCIA TRAVEL
Tél : 01 45 55 85 30 - Fax : 01 44 18 36 55
Site Internet : www.sfbsi.com
E-mail : sfbsi2006@conferenciatravel.com

> 11 OCTOBRE 2006 À PARIS
CONGRÈS ANNUEL : ESTHÉTIQUE
ET IMPLANTOLOGIE

Pr **MARCUS HUERZELER, Dr TIDU MANKOO**
SFDE - SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE DENTISTERIE ESTHÉTIQUE
CAROLINE RUFFAT
10, rue Mesnil - 75116 Paris
Tél : 01 43 56 75 99
E-mail : sfde@noos.fr

CYCLE DE FORMATION
EN PARODONTOLOGIE 2006

J.P. OUHAYOUN

> 13 ET 14 OCTOBRE 2006

4ÈME DEGRÉ : La chirurgie muco-gingivale

> 1^{ER} ET 2 DÉCEMBRE 2006

5ÈME DEGRÉ : Approche pluridisciplinaire
de cas complexes
SAUP - SAVOIR ABORDER L'UNIVERS
DE LA PARODONTOLOGIE
Faculté de chirurgie dentaire Paris VII
59, avenue de la Bourdonnais
75007 Paris
Tél : 01 47 05 69 01 - Fax : 01 47 05 16 95
Site Internet : www.saup.fr
E-mail : info@saup.fr



Communication - Organisation
Management - Gestion...

Vous soutenir dans l'accomplissement de votre vie professionnelle



Dr Deborah TIGRID
Présidente de FBM

La rentrée, se prépare maintenant...

Planifiez vos formations

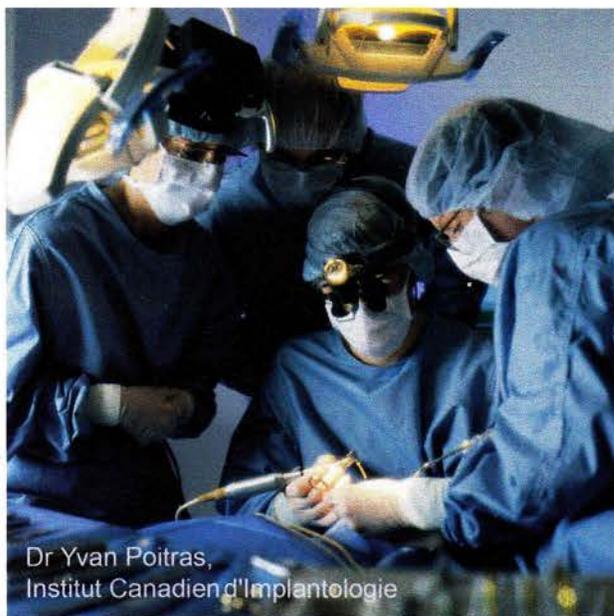
pour recevoir notre catalogue de formation
ou pour tout autre renseignement

01 56 56 59 85 ou info@fbmformation.com

à bientôt, l'équipe de FBM Formation et Développement



Répartis entre le **Québec et la France**, les **stages de formation** sont orientés autant sur l'apprentissage guidé de la pose des implants qu'à celui des comblements sinusiens et des greffes osseuses simples intra-orales.



Dr Yvan Poitras,
Institut Canadien d'Implantologie

CALENDRIER 2006-2007
Institut Canadien d'Implantologie
Dr Yvan Poitras

Session I (Paris)	16-17-18 octobre 2006	Spécial préinscription 1 995.00\$CAN TTC Avant le 30 juin 2006 Équivalent environ de 1 200€
Session II (Montmagny)	2-3-4 mars 2007	
Session III (Montmagny)	27-28-29 avril 2007	
Session IV (Paris)	6-7-8 juin 2007	
Session V (Montmagny)	8-9-10-11 novembre 2007	

● Les praticiens ont l'opportunité de **traiter des patients** sur place sous supervision.

Cours dispensés par :
Dr Yvan Poitras

L'enseignement de **Dr Yvan Poitras** se distingue par sa grande expérience clinique, son esprit cartésien et son approche méthodique, claire et prévisible.

Pour nous rejoindre :

Site : www.institutimplant.com Courriel : implant@globetrotter.net
Téléphone : 001-418-248-5630 Fax : 001-418-248-9855

> Du 5 au 8 DÉCEMBRE À CANNES
STAGE DE PARODONTIE MEDICALE

DR JACQUES CHARON
PAROCONCEPT
27, quai du Wault - 59800 Lille
Tél : 03 20 42 87 88 - Fax : 03 20 42 88 98
Site Internet : www.paroconcept.com
E-mail : charonj@paroconcept.com
info@paroconcept.com

Endodontie

> 2 JUILLET 2006 À 20H30 :
CONFÉRENCE EN LIGNE
TECHNIQUES D'OBTURATION
EN ENDODONTIE
ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris
Tél : 01 47 04 01 39
Site Internet : www.zedental.com
E-mail : global@zedental.com

> 21 SEPTEMBRE 2006 À CLERMONT-FERRAND
LE RETRAITEMENT
EN ENDODONTIE (+TP)

DR D. ROUX
UFR D'ODONTOLOGIE
CLAUDIE CAMUS
11, bd Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
Site Internet : www.webodonto.u-clermont1.fr
E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

Omnipratique

PROMOTION 2006/2008
À CLERMONT-FERRAND
DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE FORMATION CONTINUE
EN ODONTOLOGIE

Réactualisation des connaissances
en odontologie : cours magistraux, TP, TD.
Cours en général un lundi par mois.
UFR D'ODONTOLOGIE
CLAUDIE CAMUS
11, bd Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
Site Internet : webodonto.u-clermont1.fr
E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

> 6 JUILLET 2006 À CLERMONT-FERRAND
LA PROTHESE COMPOSITE

DR D. COMPAGNON
UFR D'ODONTOLOGIE
CLAUDIE CAMUS
11, bd Charles de Gaulle - 63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 17 73 35 - Fax : 04 73 17 73 79
Site Internet : webodonto.u-clermont1.fr
E-mail : claudie.camus@u-clermont1.fr

> 14 SEPTEMBRE 2006 À NANCY
PONT-À-MOUSSON
Cycle Dentisterie restauratrice en omnipratique,
1^{ère} journée/4
COMMENT RESTAURER EN 2006 ?
ETES-VOUS SUR DE TOUT
SAVOIR...

DRS GIL TIRLET, JEAN-PIERRE ATTAL
SOSNE -
SOCIETE ODONTO-STOMATOLOGIQUE
NORD-EST
CHRISTINE
23-25, rue de Saurupt
54000 Nancy
Tél : 03 83 56 00 33
Fax : 03 83 56 81 17
Site Internet : www.dental-clic.com
E-mail : sosne@free.fr



**Combien vous coûte une journée
d'immobilisation de votre cabinet ?**

Foxy études & développement, vous propose une journée intensive de formation

- Comprendre - Entretenir - Prévenir

La plupart des problèmes techniques survenant au cabinet.

Ce type de formation n'a jamais été proposée aux Chirurgien-Dentistes par le passé !



Pour vous faciliter la vie et ne pas vous faire déplacer, nous vous proposons de venir sur vos terres, à la date de votre choix, et où que vous soyez !
Seule condition : Que vous-vous regroupiez au moins à 10 personnes.

Détail du cours (et de bien d'autres) :
Renseignements sur cette proposition :

www.foxy-ed.fr
Georges BLANC / Tél : 06 63 59 31 34

AU FIL DU TEMPS

> 18 SEPTEMBRE 2006 À 20H30 :

CONFÉRENCE EN LIGNE LE LASER EN ODONTOLOGIE ZEDENTAL.COM

111, avenue Victor Hugo - 75116 Paris
Tél : 01 47 04 01 39
Site Internet : www.zedental.com
E-mail : global@zedental.com

> 21 SEPTEMBRE 2006 À SAINT-JORIOZ
SIMPLIFIEZ-VOUS LES COMPOSITES

HERVÉ TASSERY

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00 - Fax : 04 50 68 91 52
Site Internet : www.ivoclar.fr
E-mail : mail@ivoclar.fr

> 28 SEPTEMBRE À SAINT-ÉTIENNE

> 19 OCTOBRE 2006 À BOURGES

L'ÉCLAIRCISSEMENT DENTAIRE

ÉRIC BONNET, PATRICK SULTAN

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00 - Fax : 04 50 68 91 52
Site Internet : www.ivoclar.fr
E-mail : mail@ivoclar.fr

> 5, 6 ET 7 OCTOBRE 2006 À MONTPELLIER
JOURNÉES ODONTOLOGIQUES
INTERNATIONALES

UFR D'ODONTOLOGIE

VALÉRIE MONTESINOS

545, avenue du Professeur J. L. Viala
34193 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 10 44 66 - Fax : 04 67 10 45 88
E-mail : valerie.montesinos@univ-montp1.fr

> 18 ET 19 OCTOBRE 2006 À STRASBOURG

PREMIER FORUM DENTAIRE DE STRASBOURG - FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE UNIVERSITE LOUIS PASTEUR DE STRASBOURG FDS

4, rue Lafayette - 67100 Strasbourg
Tél : 03 90 24 39 02
(Mme Janine Kemppler, coordination globale)
Tél : 03 90 24 38 95
(M. Roger Joerger, formation)
Tél : 03 88 40 10 17
(M. Philippe Gold, exposant)
Fax : 03 88 79 29 49
E-mail : janine.kemppler@adm-ulp.u-strasbg.fr

Orthodontie

> 18 SEPTEMBRE 2006 À PARIS

LE POINT SUR LES BRACKETS AUTO-LIGATURANTS - SOCIÉTÉ BIOPROGRESSIVE RICKETTS

32, avenue du Gal de Gaulle - 94170 Le Perreux
DOCTEUR VUONG Tél : 01 47 27 45 73

> 21 ET 22 SEPTEMBRE 2006

À FLORENCE (ITALIE)

LES FORCES DOUCES ET LA BASSE FRICTION - LES ANCRAGES EXTRA DENTAIRE : MINIVIS EN ORTHODONTIE

DRS FORTINI, LUPOLI, SACERDOTI

ODONTEC-LEONE

CLAIRE BUAT

ZA Les Bauges - 38640 Claix
Tél : 04 76 99 28 57 - Fax : 04 76 99 70 16
E-mail : contact@odontec.fr

> 23 ET 24 SEPTEMBRE 2006

À AIX-EN-PROVENCE

COURS THEORIQUE ET PRATIQUE DE REHABILITATION NEURO-OCCLUSIVE



cercle d'étude d'implantologie orale
CEIOP et de parodontologie

Jeudi 12 octobre 2006 de 9h00 à 17h00

Conférence avec le Dr Marc BERT

Sur le thème

"Gestion des complications implantaire"

Dans l'auditorium du CAPC Musée d'art contemporain
Entrepôt 7 rue Ferrère 33000 Bordeaux

Prix de la journée de Conférence :

Adhérent 190€ Non adhérent 230€ Etudiants : 50€

Possibilité de prise en charge par le FIF-PL

Formation approfondie en Implantologie

1^{ère} session 6 et 7 octobre 2006

Diagnostic, plan de traitement

2^{ème} session 12 et 13 janvier 2007

Concept prothétique, analyse implantaire

3^{ème} session 16 et 17 mars 2007

Chirurgie tissus durs, tissus mous ; simple et avancée

4^{ème} session 8 et 9 juin 2007

Les différents systèmes implantaires, prothèse sur implant et occlusion, synthèse des cas cliniques et échec

CEIOP

16, rue du Bocage - 33200 BORDEAUX

Tél. : +33 (0)5 56 70 70 23 - Fax : +33 (0)5 56 05 95 07

E-mail : ceiop@ceiop.com - Internet : www.ceiop.com



Le CEIOP, société scientifique créée en 2003, est l'émergence d'une volonté de la part des praticiens de poursuivre, après leurs formations universitaires (C.E.S., D.U., Post-graduate...) une relation professionnelle basée sur la confiance et la confraternité. Son bureau est constitué paritairement de praticiens libéraux et de praticiens hospitalo-universitaires.

Son originalité est d'être un point de rencontre de différentes spécialités médicales (Chirurgien Dentiste, Orthodontiste, ORL, Chirurgien Maxillo-facial, Radiologie) et des prothésistes dentaires.

LE CEIOP

- réunit les praticiens par des StudyGroup proches de leur lieu d'exercice, trimestriellement en soirée.
- organise des journées cliniques avec des conférenciers internationaux.
- propose un cycle de formation en parodontologie et implantologie sur deux années avec travaux pratiques.

AU FIL DU TEMPS

(2^{ème} DEGRÉ)

PR PEDRO PLANAS

ASSOCIATION FRANÇAISE

PEDRO PLANAS

Tél : 06 84 52 59 31

Site Internet : www.afpp-rno.com

E-mail : camilleingrand.oedipso@wanadoo.fr

> 1^{er} OCTOBRE 2006 À PARIS

L'ANCRAGE ET LA GLISSE CEO :

COLLEGE EUROPEEN D'ORTHODONTIE

DR MARION BIECQ-SELLIER

169, bd Haussmann - 75008 Paris

Tél : 01 45 63 52 63 - Fax : 01 42 56 67 43

E-mail : m.biecq@wanadoo.fr

> 5, 6 ET 7 OCTOBRE 2006

À PONT-ÉVÊQUE

12^{ème} cycle de formation en ODF

TRAVAUX PRATIQUES : DIAGNOSTIC

ET PLAN DE TRAITEMENT

SOUS LA DIRECTION DE PIERRE VION

ADFOC ISÈRE

DR GEORGES BERNADAT

Les Bleuets - Bâtiment B

Montée Lucien Magnat - 38780 Pont-Évêque

Tél : 04 74 85 90 40

> 9 OCTOBRE 2006

À VIGNEUX DE BRETAGNE

ÉCHECS ET SOLUTIONS

EN ORTHODONTIE

PR BASSIGNY

AOBO

37, route de Saint-Joseph

44300 Nantes

Tél : 02 51 89 02 28

DU 21 AU 24 OCTOBRE 2006 À PARIS

DÉBUT DE FORMATION
EN ORTHODONTIE
POUR OMNIPRATICIENS

CISCO - CENTRE INTERNATIONAL
DES SCIENCES ET CLINIQUES
ORTHODONTIQUES

(Etablissement privé d'enseignement supérieur
de l'Académie de Rennes)

RENSEIGNEMENTS & INSCRIPTIONS :

France HAMONET

1, rue de Grasse - 29200 BREST

Tel : 02 98 44 56 83 / Fax : 02 98 44 81 66

E-mail : cisco.s@wanadoo.fr

Pédodontie

> 25 ET 26 SEPTEMBRE 2006 À PARIS

LA DENTISTERIE PEDIATRIQUE,

UN EXERCICE GRATIFIANT

ET RENTABLE

HERVÉ PEYRAUD

FBM FORMATION

15, rue Victor Duruy

75015 Paris

Tél : 01 56 56 59 85

Fax : 01 56 56 59 84

E-mail : info@fbmformation.com

Prophylaxie

> 14 SEPTEMBRE 2006 À BOUGIVAL

LA DENTISTERIE

PROPHYLACTIQUE INDIVIDUALISÉE :

EXERCICE DENTAIRE

CONTEMPORAIN

DOCTEUR PATRICK DARMON

ACOSYFC - ASSOCIATION DES CERCLES

ODONTO-STOMATOLOGIQUES DES

YVELINES - FORMATION CONTINUE

SAMEDI 28 OCTOBRE 2006

au MÉRIDIEN ÉTOILE - PARIS - PORTE MAILLOT

La Société Française de Biomateriaux
et Systèmes Implantables

vous présente son

5ème Congrès National

L'ACTE IMPLANTAIRE

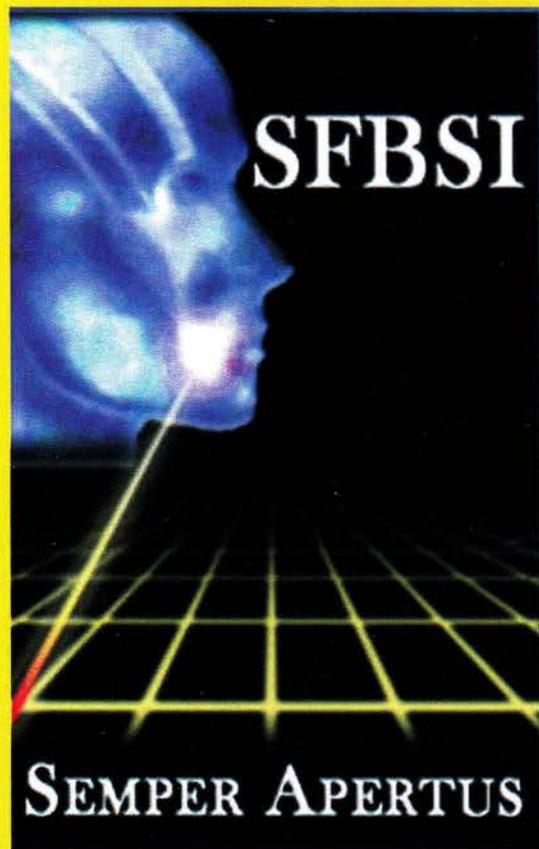
UNE ÉTAPE INCOUTOURNABLE DE NOS JOURS

sous la présidence scientifique du Professeur Abdelali CHEKKOURY IDRISSE
avec la participation du Dr Marc OBRECHT et du Pr Chantal MALEVEZ

Plus d'informations sur Internet: <http://www.sfbsi.com>

Contact Inscription : CONFERENCIA TRAVEL

Tél: 01 45 55 85 30 Fax: 01 44 18 36 55 E-mail: sfbsi2006@conferenciatravel.com





Séminaire Intensif d'Implantologie Orale L'implantologie à votre portée !

Cette formation intensive de cinq jours consécutifs, animée par l'équipe des Docteurs Alain Ruet et Gilles Boukhris, se déroule dans les locaux de l'Académie Internationale d'Implantologie Orale (A.I.O.), à Paris. Un séminaire qui tient son succès à son ouverture internationale, à la rigueur de ses enseignements, mais surtout à la dimension clinique qui y est apportée, écho de l'éthique de "transmission du savoir" chère à ses intervenants.

L'objectif : apporter aux stagiaires les outils nécessaires pour poser des implants en toute sécurité dans leur exercice quotidien, dans un souci de reproductibilité optimisée.

La méthode-clé : accompagner les stagiaires dans toutes les étapes de l'implantologie, dans leurs réussites comme dans leurs possibles échecs.

Une approche simple, efficace et pourtant rare d'une discipline réputée délicate et inaccessible pour la majorité des chirurgiens-dentistes. Le séminaire intensif de l'A.I.O. est un des trop peu nombreux programmes de formation qui propose à ses participants des poses d'implants sur cadavres et sur patients, et ce dès le troisième jour de la formation. En ce sens, il invite le praticien "lambda" à combattre ses démons et franchir le pas. De la présentation de la trousse chirurgicale aux causes d'échec, en passant par l'équilibre occluso-fonctionnel des prothèses implanto-portées, l'étude des scanners et l'ostéosinus, l'implantologie orale est abordée par un programme complet et rigoureux qui ne néglige pas les enseignements théoriques fondamentaux.

L'ambiance internationale (plus d'un tiers des participants est étranger) et chaleureuse du séminaire, unanimement saluée par les stagiaires, traduit le succès rencontré depuis six années de générosité de l'équipe de l'A.I.O.



Dr X. BURCEZ,
omnipraticien (L'Albenc, 38)

AVANT

Comment avez-vous connu l'A.I.O. et pourquoi avez-vous choisi cette formation ?

Par le biais de la publicité dans la presse professionnelle. J'ai choisi l'A.I.O. pour son aspect pratique ! Jusqu'à présent, j'avais suivi d'autres formations essentiellement théoriques. Ce que je suis venu chercher ici, c'est le volet clinique.

Avant cette formation, posiez-vous déjà des implants ?

Oui, de manière très épisodique et jamais seul. Je posais des implants toujours dans des cabinets de confrères. Je suis venu suivre cette formation pour acquérir plus d'indépendance, être autonome au niveau implantaire.

APRÈS

Etes-vous satisfait de votre stage ?

Je suis ravi ! L'aspect pratique m'a particulièrement intéressé. Ensuite, les enseignements théoriques sont assez complets.

Qu'avez-vous pensé des intervenants ?

Des personnalités très différentes selon les intervenants. En général, cela a été un vrai plaisir ! On sent une maîtrise parfaite de la question. L'ambiance entre les stagiaires était extra. C'est aussi très international ! C'est la première fois que je rencontre dans une formation autant de praticiens étrangers. Cela rend l'échange d'autant plus riche.

Désormais, allez-vous poser des implants plus régulièrement ?

Tout à fait. Je ne me suis pas beaucoup formé à l'implantologie jusqu'à aujourd'hui, je n'avais jamais sauté le pas au niveau clinique. Grâce à ce séminaire, je me sens plus sûr pour passer à une pratique plus régulière, notamment grâce à son aspect très clinique. Je pense que ce que j'ai tiré du séminaire peut être applicable relativement rapidement.



Dr F. BOUHADJI,
omnipraticienne (Alger, Algérie)

AVANT

Comment avez-vous connu l'A.I.O. et pourquoi avez-vous choisi cette formation ?

A l'occasion d'un congrès d'implanto à Alger. L'A.I.O. s'est déplacée en Algérie pendant trois journées pleines pour faire des séminaires ; je trouvais que trois jours était un peu court donc j'ai préféré faire le déplacement. Je n'avais jamais fait d'implanto jusqu'alors, et j'éprouvais le besoin de me lancer dans cette spécialité, notamment parce que je viens d'un pays où les enseignements en la matière sont rares et très récents. Il y a déjà quelques praticiens qui font de l'implanto à Alger, et je me suis dit : "Pourquoi pas moi ?"

Avant cette formation, posiez-vous déjà des implants ?

Non. Je suis dans un cabinet de spécialistes, où l'un de mes collaborateurs est spécialisé en implanto. Donc je n'ai pas posé d'implants jusqu'à présent.

APRÈS

Etes-vous satisfaite de votre stage ?

Je suis absolument ravie ! Tous les jours, on apprend quelque chose. On a l'impression d'avoir passé un mois en formation, c'est très très riche. Je ne vois pas le temps passer !

Qu'avez-vous pensé des intervenants ?

Les intervenants sont très compétents et à l'écoute des stagiaires.

Désormais, allez-vous poser des implants ?

Oui, je pense que je vais le faire ! Pour être honnête, ce n'est pas moi qui vais poser les implants, car nous sommes un cabinet de groupe de cinq collaborateurs, où chacun exerce sa propre spécialité. Nous avons un praticien au cabinet qui en pose déjà beaucoup, et qui est plus apte que moi à en poser car il est chirurgien de formation. Mais je vais m'y mettre !



Pr Hisam DEMIRKÖPRÜLÜ,
Professeur à la faculté
de dentisterie de l'Université
Gazi (Ankara, Turquie)

AVANT

Pourquoi êtes-vous venu à ce stage ?

Les protocoles d'implantologie sont en plein développement actuellement. Tous les pays sont en train de s'intéresser de très près à l'implanto. Ils doivent développer leurs enseignements en conséquence dans les universités, qui sont encore peu solides en la matière. Nous devons obtenir une formation complète en implanto, mais pas seulement ! Dans toutes les disciplines qui touchent de près ou de loin l'implantologie.

Je suis professeur à l'Université. J'ai posé mon premier implant à 19 ans, et j'en ai 39 ! J'en ai posé des centaines.

L'implanto se développe de jours en jours en Turquie, à une vitesse fulgurante ! Mais nous manquons de fondamentaux en la matière, et nous manquons surtout de formations post-universitaires pratiques. Je suis venu également ici pour connaître les protocoles d'implantologie français et les mettre en place dans ma pratique. J'aimerais également mettre en place un partenariat d'enseignements entre l'A.I.O. et mon université, afin de mieux former les praticiens à l'implanto.

APRÈS

Comment avez-vous trouvé votre semaine ?

Excellent ! La pose d'implants sur cadavres, notamment. En Turquie, les enseignements sont essentiellement théoriques. Ici, j'ai pu trouver des enseignements fondés sur la pratique clinique.

Quand je compare avec ma pratique initiale, l'A.I.O. a une excellente discipline. Plus de cas cliniques sont présentés, et à chaque difficulté possible rencontrée dans la pose d'implants, une solution nous est donnée. Le stage m'a énormément apporté, car je pense qu'il va me permettre d'améliorer mes protocoles et de résoudre plus méthodiquement les cas des patients difficiles, d'améliorer mes propres enseignements également ! C'est surtout la façon d'aborder l'implanto qui est très très riche, avec à la disposition des stagiaires de formidables outils : traducteurs/interprètes, ordinateurs, vidéos, bloc opératoire, etc...



Pour en savoir plus :

Académie Internationale
d'Implantologie Orale (A.I.O.)

01 43 71 18 05



MADAME CORDIER

3, rue Antoine Coypel - 78000 Versailles
Tél : 01 39 53 77 23
Lundi, mardi, jeudi, vendredi après-midi

> 5 OCTOBRE À ANGOULÊME LA PROPHYLAXIE DENTAIRE

MICHEL BLIQUE

IVOCLAR - VIVADENT

La Chapelle du Puits - BP 118 - 74410 Saint-Jorioz
Tél : 04 50 88 64 00 - Fax : 04 50 68 91 52
Site Internet : www.ivoclar.fr
E-mail : mail@ivoclar.fr

Gestion du cabinet

> 4 ET 5 JUILLET 2006 À PARIS

> 21 ET 22 SEPTEMBRE 2006 À LA BAULE COMPRENDRE ET APPLIQUER LA NOMENCLATURE

RUDYARD BESSIS

FBM FORMATION

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

Organisation

> 3 ET 4 SEPTEMBRE 2006 À PARIS

ORGANISATION CLINIQUE QUALITATIVE : UNE RÉFLEXION ET UNE RÉALISATION EFFICACES DE VOS PLANS DE TRAITEMENT

MAHSA SEPEHR ET JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

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

> 5 ET 6 SEPTEMBRE 2006 À PARIS RE-ORGANISER SON CABINET - GARDER LA MAÎTRISE DE SON AGENDA

DEBORAH TIGRID, JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

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

Communication

> 20 ET 21 JUILLET 2006 À PARIS APPRENDRE À GÉRER LE STRESS AU QUOTIDIEN

GENEVIÈVE DESOIZE

FBM FORMATION

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

> 14 ET 15 SEPTEMBRE 2006 À PARIS ARGUMENTEZ EFFICACEMENT VOS PROPOSITIONS DE TRAITEMENT

DEBORAH TIGRID, JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

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

> 18 ET 19 SEPTEMBRE 2006 À PARIS S'ENTRAÎNER AUX PRÉSENTATIONS DE PLANS DE TRAITEMENT NIVEAU 2

DEBORAH TIGRID, JEAN-RAOUL SINTÈS

FBM FORMATION

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

> 21 ET 22 SEPTEMBRE 2006 À PARIS MISE EN ŒUVRE DE LA DÉMARCHE GLOBALE

ALAIN NEAU

FBM FORMATION

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

> 28 ET 29 SEPTEMBRE 2006 À PARIS INTÉGRER ET RENTABILISER LA MAINTENANCE ET LA PROPHYLAXIE

DEBORAH TIGRID

FBM FORMATION

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

Divers

> 20 ET 21 OCTOBRE 2006 À DIJON HOMEOPATHIE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

Première année du cycle d'enseignement sur trois ans

ANPHOS - ASSOCIATION NATIONALE POUR L'HOMÉOPATHIE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

DR ISABELLE HAIKEL

8, rue Albert Schweitzer
67117 Ittenheim
Tél : 03 88 69 17 03 - Fax : 03 88 69 17 03
E-mail : haikel.isabelle@wanadoo.fr

L'AGENDA
EST CONSULTABLE EN LIGNE
SUR NOTRE SITE
www.lefildentaire.com



L'art dentaire mènerait-il à l'art tout court ?

Au moment où sort ce numéro spécial consacré au "numérique" notre rédacteur en chef "invité" du mois, Bernard TOUATI, expose à Paris ses photographies... numériques du **27 juin au 27 juillet** à la "Cantine du Faubourg" 105 rue du Faubourg St Honoré, 75008 Paris.

Sur le thème "Streetart" il présente de nombreuses œuvres mêlant peinture, collages... et photographies qui rassemblent les expressions artistiques rencontrées sur les murs des villes au hasard de ses voyages dans le monde. Affiches déchirées, tagées, et graffitis... sont revisités artistiquement et photographiés, comme autant de témoignages d'art contemporain rencontrés au coin des rues des villes, parfois dans les endroits les moins... exposés.

La couverture de ce numéro est une de ces œuvres.

"La Cantine du Faubourg" - Tél : 01 42 56 22 22



LABOCAST

Gamme Excellence

OUVERT
EN AOÛT

Réalisée par notre laboratoire en Asie (certifié ISO 9001 : 2000).

63€



CÉRAMIQUE

IPS d Sign (Ivoclar, Liechtenstein).

Métal : 4 all (Williams, USA).

131€



COURONNE

Empress II

(Ivoclar, Liechtenstein).

120€



STELLITE

prix net (plaque métal + montage
+ finition de 1 à 14 dents, dents incluses).
Métal : **Wironit LA** (Bego, Allemagne).
Attachements : nous consulter.

La qualité sans frontières

LABOCAST

46-56, rue des Orteaux
75020 PARIS

Tél. : (+33) 1 53 38 64 66

Fax : (+33) 1 53 38 64 86

e-mail : labocast@labocast.fr

www.labocast.com



MATÉRIAUX GARANTIS CE

Axel Dentaire

Contactez-nous

01.48.87.09.00

1er site prothésiste interactif

www.axeldentaire.fr



**Axel dentaire le spécialiste des couronnes céramo-céramique
(L'alumine, du zirconium et de la zircone).**



**De l'unitaire au bridge complet
en passant par l'implant**
A partir de 80€/élément

**céramique
multicouches**



48€

**Plaque de
Hawley**



39€

Stéllite Montage ,dents,
complet & finition inclus



99€

**La Qualité ,le Prix ,Les Services
Comme sur un nuage**

7, rue commines 75003 Paris Tél: 01.48.87.09.00 - Fax: 01.48.87.11.19
E-mail: contact@axeldentaire.fr SIRET 412 221 541 - SARL au Capital de 7622,45 €

