

- MARSEILLE • STRASBOURG •
- GRENOBLE • TOULOUSE •
- MONTPELLIER • NICE •
- NANCY • LYON •
- PARIS •



*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
AVRIL 2019
#025

LEGACY™ P

Implant à surface hybride



 **IMPLANT
DIRECT™**



QUI EXACTEMENT EST À VOTRE ÉCOUTE LORSQUE VOUS DEMANDEZ DE L'AIDE ?

Qui assure les **arrières** lorsque survient un **problème** inattendu ? Il est important d'avoir la réponse à cette question avant même qu'elle ne se pose.

Le **Service Client** et le **Service d'Assistance** d'Implant Direct Europe sont ouverts de 8 h à 17 h30*. Ils répondent à vos questions, vous proposent des **solutions** et vous donnent des conseils. Et cela, même si vous n'utilisez pas de système Implant Direct.

Nous voulons que chaque procédure soit couronnée de **succès** et que chaque patient bénéficie de **résultats exceptionnels**. Alors, qui assure les arrières ? C'est Implant Direct, quel que soit le système d'implant !

*Vendredi : 8 h à 17 h



Appelez notre service client : **00800 4030 4030** (numéro vert)

- MARSEILLE • STRASBOURG •
- GRENOBLE • TOULOUSE •
- MONTPELLIER • NICE •
- NANCY • LYON •
- PARIS •



news

*Le magazine dentaire
qui nous rassemble*

FRANCE
AVRIL 2019
#025

Convention AO Européenne à Porto du 26 au 30 juin



Sea, friends & fun !

Programme complet à découvrir
sur www.aoporto2019.com

La CFAO
à l'Université
de Montpellier
2^e volet

SAVE THE DATE

AO PARIS • 20 JUIN

PRF ET INGÉNIERIE TISSULAIRE
JOSEPH CHOUKROUN



ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

Directeur de la publication :
Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

Directeur de la rédaction :
André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

Rédacteurs en chefs adjoints
Michèle Albou
Sydney Boubilil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

La rédac
Michel Ache, David Bensoussan,
Jacques Bessade, Marc Danan,
Xavier Bensaid, Bernard Picard,
Thierry Roos, Eric Serfaty

Chargés de rubriques
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

Correspondants locaux
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

Membres honoraires : René Arav,
Maurice Huneman, Daniel Rozenzweig

Société éditrice et régie exclusive
de la publicité : Ellem'com



Pour contacter le journal :
01 47 39 59 54

Directrice de la publicité
et chargée de rédaction
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

Mise en page par
1,2,3 ! Simone
www.123simone.com

Impression par
Imprimerie Planchenault
Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro



- MARIE-CHRISTINE AZOULAY
- MICHEL BASTIDE
- JACQUES BESSADE
- MICHEL BENOUAICHE
- SYDNEY BOUBLIL
- DIDIER BRECHET
- PATRICK CHELALA
- HÉLÈNE COMMALONGA
- MICHEL FAGES
- MARIE-ALIX FAUROUX
- SÉBASTIEN FELENC
- CHARLOTTE GRÉCO
- JEAN-LUC GUETTA
- JOEL ITIC
- MICHEL LAURES
- MARIE-CHRISTINE LAURENT
- CYRIL LICHA
- ROMAN LICHA
- DAVID NACCACHE
- CHRISTEL DESSALCES OLENISAC
- BRUNO PELISSIER
- BRUNO PICART
- JACQUES-HENRI TORRES
- CLAUDE-BERNARD WIERZBA

Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site [aonews ! www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)



Installez votre pratique dans un espace de progrès

Le scanner intra-oral

MEDIT i500

valeur 19 080 euros TTC

Puissance, efficacité, couleur

Mise à jour du logiciel gratuite.
Pas de licence annuelle payante !

Le teintier numérique

RAYPLICKER™

valeur 2 500 euros TTC

Teinte, luminosité, saturation

Translucidité déterminée au pixel près.



MEDIT i500 + RAYPLICKER™
+ Ordinateur portable

20 280 € TTC

au lieu de 24 180 euros TTC
livraison comprise



INCLUS DANS L'OFFRE

Ordinateur MSI
ou équivalent

valeur 2 600 euros TTC

Offre valable du 1^{er} mars au 17 mai 2019 inclus.

Pour plus d'informations, conseils ou devis gratuits, contactez-nous au 01.53.38.64.66
Labocast3D | 46-56 rue des Orteaux | 75020 Paris | labocast3d@labocast.fr | labocast.fr

labocast ^{3D}
MODERN DENTAL GROUP



En France, avec frénésie et depuis des années des millions de mètres carrés de surfaces commerciales continuent d'être créées. Souvent ces centres commerciaux progressent à 85 % en périphérie des villes. Dans ce même temps les commerces de ville dans les quartiers ou dans les centres disparaissent. Mais paradoxalement ces grandes surfaces ne répondent plus toujours à un besoin de clients ; mais seulement parce qu'elles sont pourvoyeuses de croissance et d'emplois.

Parfois même ces surfaces commerciales croissent plus vite que la population. D'un autre côté, et parallèlement, nous sommes témoins dans nos villes d'une éclosion sans précédent de centres dentaires. Comment expliquer ce phénomène dans une ville comme Paris... qui perd un peu de sa population... mais qui voit pulluler ces structures qui donnent à notre activité médicale un mode de plus en plus mercantile !!! Les bandeaux lumineux s'apparentent à ceux de Times Square à New York.

Nous avons conscience depuis longtemps que la **loi du marché** s'applique désormais aux besoins des soins et de la santé. Ainsi cohabitent deux propositions de modèles de soins : le libéral de ville, qui offrait un maillage médical un peu partout en France, et un regroupement de plateformes de santé qui vont faciliter des déserts médicaux !

En 2018, le Conseil d'État a décidé de faire bouger les lignes sur la publicité et la communication des professionnels de santé. Treize de ses recommandations impactent notre profession. Le Conseil a décidé de s'adosser sur l'Ordre des chirurgiens-dentistes pour mettre en musique l'actualisation de notre déontologie. Depuis le 13 février 2019 la charte de la communication des chirurgiens-dentistes s'applique à tous. Elle rappelle, entre autres, que notre profession n'est pas un commerce, qu'elle se doit au secret professionnel, à la dignité de la profession, et enfin au devoir de confraternité.

Un aspect va attirer l'attention des praticiens libéraux qui avaient droit d'apposer une plaque sur la façade de leur immeuble. Désormais elle doit avoir une taille **raisonnable**. Comparée aux enseignes lumineuses des centres médicaux et dentaires qui s'étalent parfois sur plus de dix mètres, comment rivaliser avec cette concurrence pour le moins déloyal ? Les deux poids deux mesures s'appliquent à l'évidence dans cette situation entre le salarié et le libéral !!! Nous rapportons dans ce numéro l'excellent travail d'Élise Pastwa qui traite de la publicité dans notre profession. Dès lors s'ouvre le débat pour savoir à quelle échéance, et dans quelle proportion notre profession basculera du libéral au salariat ? Une intuition nous laisse à penser que nous irons vers rapport 15/85 !!! L'avenir nous démentira il ???

André Sebbag

CFAO à l'Université de Montpellier



- ➔ **Scientifique** 6
 - Prix AO Breillat 17
- ➔ **AONow** 21
 - Hommage à Ben Williamovsky 21
 - Soirée endodontie à Lyon 22
 - 1^{re} soirée AO Paris Jeunes 23
 - Michel le Gall à Marseille 25
- ➔ **Les nouveautés de nos industriels** 27
 - Nouveau système Itero Element 5D
 - AxIN l'innovation d'Anthogyr
 - Webinar Colgate
 - Regenerate bain de bouche
- ➔ **Le Mag** 29
 - Le coin de l'expert 29
 - Le pivot et la dent dure 33
 - Rencontre avec Gérard Chiche 34
 - Selfie AO avec M. Benouaiche, T. Cauche, P. Gibert 37
 - Les brèves de Claude 37
 - Le billet d'humeur étudiant 37
 - On the web 38
 - Le blog d'un certain regard 42

Bienvenue à Porto !

Porto accueillera la Convention Européenne Alpha Omega du 26 au 30 juin 2019. C'est une opportunité de rencontrer des Alpha-Omegans du monde entier, d'élargir les cercles, de découvrir d'autres sourires, d'autres possibles sous la bienveillance d'Alpha Omega International Dental Fraternity fidèle depuis 111 ans à ses valeurs : professionnalisme - fraternalisme - judaïsme.

Adam Nulty, président fondateur de l'IDDA, spécialiste reconnu en dentisterie digitale, **Nuno Sousa Dias**, orthodontiste, conférencier CIDAE, travaillant avec Éric Van Dooren et Galip Gurel, **Aaron Palmon** et **Erwin Weiss**, doyens des facultés d'Israël partageront leur passion avec nous.

Porto est la capitale de la région Nord du Portugal. Elle est connue mondialement pour son vin éponyme, ses ponts sur

le Douro et son centre historique. Ses relations commerciales avec le Royaume-Uni, notamment le négoce du vin, ont largement contribué à son essor et vérifié l'adage : « *Pendant que Lisbonne se fait belle, Coimbre étudie, Braga prie et Porto travaille* ». La communauté juive de Porto, florissante jusqu'à l'Inquisition avait quasiment disparu au début du xx^e siècle. C'est aujourd'hui une communauté qui renaît et qui aime partager son histoire.

C'est Porto qui a vu naître la saga Harry Potter, son auteure JK Rowling y a vécu et enseigné l'anglais pendant plusieurs années. Pour les simples Moldus, Porto n'évoquera que le soleil, les caves à vin, une cuisine riche et chaleureuse ou les Azulejos mais pour les Initiés : de Lello, la plus belle librairie du monde, à la Praça dos Leões en passant par les petites rues

escarpées accrochées aux collines, Porto nous plonge dans l'univers magique de J. K. Rowling. Porto c'est aussi la fête et des plages. C'est une des rares villes à nous offrir un spot de surf accessible en métro, Matosinhos nous propose plus de 300 jours de vagues par an !

Porto est une ville universitaire jeune, dynamique élue meilleure destination Erasmus et meilleure destination touristique européenne alors du 26 au 30 juin 2019, rejoignez-nous : P.A.R.T.I.C.I.P.E.Z à la convention Européenne AO !



Thierry Meyer, co Marshall
Infos & inscriptions : www.aoport2019.com

Pour joindre nos partenaires

Airel	pages 22, 24
Tél. 01 4882 22 22 – www.arel.com – office@arel.com	
Align	page 9
www.aligntech.com	
Anthogyr	page 25
Tél. 04 50 58 02 37 – www.anthogyr.fr	
Bien air	dossier spécial
Tél. 01 41 83 60 70 – www.bienair.com	
Dentalinov	page 26
www.shop.dentalinov.com	
Dentsply Sirona	page 28
www.corporate.dentsplysirona.com	
Durr Dental	page 29
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr	
Eurotec	page 30
Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr	
Henry Schein France	page 20
Tél. 02 47 68 90 00 – www.henryschein.fr	
Implants direct	duo couverture/2 ^e de couv
www.implantdirect.fr	
Ivoclar Vivadent	page 13
Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr	
Implant pour l'avenir	page 40
www.implant-avenir.com	
Julie Software	4 ^e de couverture
Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr	

Kulzer	page 32
Tél. 01 69 18 48 85 – www.kulzer.fr	
Kuraray	page 17
Tél. 01 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu	
Labocast	face sommaire
N° Azur 0811 115 000 – labocast@labocast.fr	
Lyra ETK	3 ^e de couverture
Tél. 04 50 91 49 20 – info@lyra.dental	
MSD	page 35
Ile de France 3D : 01 30 67 61 60, GSM Dentaire : 01 30 67 61 50 Rhones Alpes : 04 78 78 98 98, Nord Champagne : 03 20 07 44 44	
Owandy	page 36
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com	
Pierre Fabre Oral Care	page 34
Tél. 05 63 51 68 00	
Septodont	page 19
Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr	
Vita	page 38
www.vita-zahnfabrik.com	
Visident	page 16
Tél. 01 49 46 58 00 – info@veasy-solution.com	
Voco Les Dentalistes	page 39
Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com	
W & H	page 41
Tél. 03 88 77 36 00 – commercial.fr@wh.com	
Zimmer Biomet	page 18
Tél. 01 41 05 43 48 – www.zimmerbiomet.fr	

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE



7 La photographie numérique et l'art dentaire : quid du patient



10 Empreinte optique et prothèse maxillo-faciale



12 Prothèse sur implant par CFAO directe : à propos d'un cas



15 Apport du numérique en dentisterie et en esthétique : point de vue du prothésiste

Philippe GIBERT

Coordinateur du numéro
PU PH
Doyen honoraire

Michel BASTIDE

Maître artisan, Laboratoire LE LAB
Castelnau Le Lez

Didier BRECHET

UFR Odontologie de Montpellier

Hélène COMMALONGA

Assistante Hospitalo-Universitaire. UAM
Prothèses Faculté d'Odontologie de Montpellier

Christel DESSALCES-OLENISAC

Attachée universitaire à l'UFR Odontologie de Montpellier, service de chirurgie orale du Pr J.-H. Torres
Pratique privée, Sommières

Michel FAGES

MCU-PH Faculté d'Odontologie de Montpellier
Responsable de l'UAM
CFAO au CSD du CHU de Montpellier
Responsable du DU de CFAO de la Faculté de Montpellier

Marie-Alix FAUROUX

UFR Odontologie de Montpellier

Sébastien FELENC

Ex AHU et pratique libérale
Saint Clément la Rivière

Charlotte GRECO

UFR d'Odontologie de Montpellier

Michel LAURES

UFR d'Odontologie de Montpellier

Bruno PELISSIER

MCU-PH, service OCE,
UFR d'Odontologie de Montpellier

Bruno PICART

Maître de conférences des Universités,
Praticien Hospitalier
UAM Prothèses Faculté d'Odontologie de Montpellier

Jacques-Henri TORRES

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Médecin qualifié en chirurgie orale
Docteur en chirurgie dentaire
UFR d'Odontologie de Montpellier

Bien Air
Dental



PURE SIMPLICITÉ



NEW CHIROPRO

IMPLANTOLOGY
motor system

NEW CHIROPRO PLUS

IMPLANTOLOGY
motor system

ORAL SURGERY
motor system

Pilotez l'ensemble de votre moteur d'implantologie et chirurgie orale grâce à un unique bouton rotatif de commande. Les nouveaux Chiropro de Bien-Air Dental ont été entièrement conçus autour d'une seule et même philosophie : la simplicité !

SWISS  MADE

60
years

www.bienair.com

CFAO à l'université de Montpellier



Bruno Picart, MCU-PH en prothèse à l'UFR de Montpellier

La simulation virtuelle à l'UFR d'odontologie de Montpellier

Le développement des initiatives, projets et propositions de partenariats en matière de simulation et réalité virtuelle dans le cadre de la formation initiale de nos étudiants et de la formation continue a débouché sur l'acquisition de cinq simulateurs Moog-Simodont® connectés à un serveur dédié et à un poste enseignant.

Le choix des instruments de travail, bien qu'étant déjà conséquent, peut être augmenté et/ou modifié par numérisation d'instruments existants (fraises, sondes, excavateurs, grille de convergence,...).

La banque de données existante permet aux opérateurs étudiants d'appréhender le travail sur simulateur virtuel et de se familiariser à cet outil pédagogique au moyen d'exercices sur instructeurs de préparation équivalents au matériel existant sur les simulateurs physiques. Ces exercices présentent pour la plupart un gradient de marge qui permet à nos étudiants d'améliorer progressivement la qualité et la précision de leur gestuelle.



Le travail en vision directe, mais surtout en vision indirecte, oblige nos étudiants à corriger plus intuitivement leur position de travail dès lors que l'enseignant modère certains des mouvements de rotation du modèle.

Dans une deuxième étape, l'étudiant peut travailler sur des dents unitaires ou des arcades artificielles afin d'apprendre à respecter la morphologie coronaire ainsi que les dents voisines.

Puis des cas préparés permettent pour le moment aux opérateurs de réaliser un traitement de cariologie, une préparation



pré-endodontique ou une préparation de prothèse fixée. Les modèles présentés ont l'avantage d'offrir différentes textures et résistance de matériau (émail, dentine, pulpe) et de mieux préparer ainsi nos étudiants au travail sur patient, élément que ne permettent pas les modèles pédagogiques des fantômes.

Le travail sur simulateur virtuel permet également de moduler le nombre d'essais et la durée maximale de traitement pour chaque acte proposé. Chaque exercice ainsi réalisé peut être soumis à correction et évalué en

fonction de critères prédéfinis ou propres à chaque cas élaboré par les enseignants. L'intérêt de cet enseignement est de permettre à l'étudiant de s'entraîner à son rythme sur une plage horaire importante en fonction des disponibilités des simulateurs. Ainsi l'exercice sur simulateur virtuel se fait en complément et non en lieu et place des séances de travaux pratiques prédéfinies.

L'association des simulateurs fantômes et des simulateurs virtuels permet de répondre aux préconisations de la Haute Autorité de Santé de 2012 sur la formation des professions de santé : « jamais la première fois sur le patient ». Cela permet de proposer un gradient de formation alliant les simulateurs fantômes et les simulateurs virtuels avant le passage en clinique pour la formation approfondie.

Dans l'avenir, cette salle pourra également servir à la formation continue en accueillant les consœurs et confrères pour une remise à niveau spécifique aux disciplines concernées.

CFAO À L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Charlotte Greco, Sébastien Felenc, Bruno Pelissier



La photographie numérique et l'art dentaire : quid du patient

Charlotte Greco
Sébastien Felenc
Bruno Pelissier
Montpellier

Introduction

Historiquement, la photographie est née en 1838 en France et fut dès l'année suivante utilisée et adaptée par les dentistes américains à leur pratique. Aujourd'hui en France, la photographie n'est pas encore pleinement intégrée à notre art, du fait de l'investissement nécessaire en temps de formation, de réalisation et du coût initial en équipement. Paradoxalement, son utilisation est systématique en orthodontie, de nouveaux livres sont sortis à ce sujet et les cours de formation continue connaissent parmi nos confrères un franc succès ; lors de nos recherches, l'utilisation de cette technique est apparue très avantageuse pour le praticien. C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur les pendants de cette technique pour le patient. Nous nous sommes précisément demandé dans quelle mesure la photographie présente des bénéfices pour le

patient appelant à son intégration complète et définitive dans l'art dentaire ?

Premièrement, il s'avère qu'en tant qu'outil de communication, la photographie offre au patient un accès simplifié aux informations contenues dans son examen clinique. Deuxièmement, elle permet une prise en charge pluridisciplinaire de meilleure qualité. Et troisièmement, elle offre au patient une sécurité renforcée tant du point de vue médico-légal que juridique.

La photographie offre au patient un accès simplifié aux informations le concernant

L'information médicale permet le consentement éclairé

La photographie est un support de communication qui évite les longs discours et le quiproquo. Elle améliore la communication avec le patient grâce à la rapidité et à la puissance du langage visuel. Elle est un support

sur lequel le patient peut pointer du doigt ses interrogations. Elle constitue une base de discussion commune et induit le partenariat thérapeutique. Elle permet au praticien de justifier son intervention auprès du patient et celui-ci ne peut que mieux apprécier l'opportunité des soins proposés. De ce fait, le patient devient autonome, maître de ses choix et acteur de sa santé. La photographie permet d'obtenir le consentement éclairé du patient en s'adaptant à son niveau de compréhension. Elle est le support idéal pour expliquer la situation et les soins à réaliser en toute simplicité et prouver le cas échéant la recherche du consentement ; même dans le cas de mineurs ou de majeurs juridiquement irresponsables. Le patient peut désormais expliquer le plan de traitement et les devis proposés via les photographies à ses proches, et ce, dès la sortie du cabinet grâce aux derniers logiciels de gestion qui mettent à disposition toutes les informations relatives au patient sur un nuage électronique (cloud)

La photographie est née en 1838 en France

securisé auquel il a accès via son smartphone ou son ordinateur. Ceci permet au patient d'obtenir l'avis, le soutien moral et financier de ses proches pour des plans de traitement longs, conséquents et onéreux.

La photographie permet au patient de voir sa bouche autrement

La photographie met face à la réalité. Elle constitue un support pédagogique. En portant la connaissance du problème au patient elle lui impose d'y remédier activement. La présentation des options thérapeutiques est aidée par les portfolios constitués par le dentiste tout au long de son exercice. D'autre part, les outils numériques actuels permettent une prévisualisation du résultat final et permettent aux deux protagonistes de se mettre d'accord sur les objectifs à atteindre dans l'idéal et de communiquer leurs exigences au prothésiste. Le patient peut voir son futur sourire simulé. De plus, proposer une photographie avant/après ou la photographie d'un mock-up a un grand impact sur le patient car il comprend la justification et la finalité de son traitement devient accommodant et y adhère naturellement.

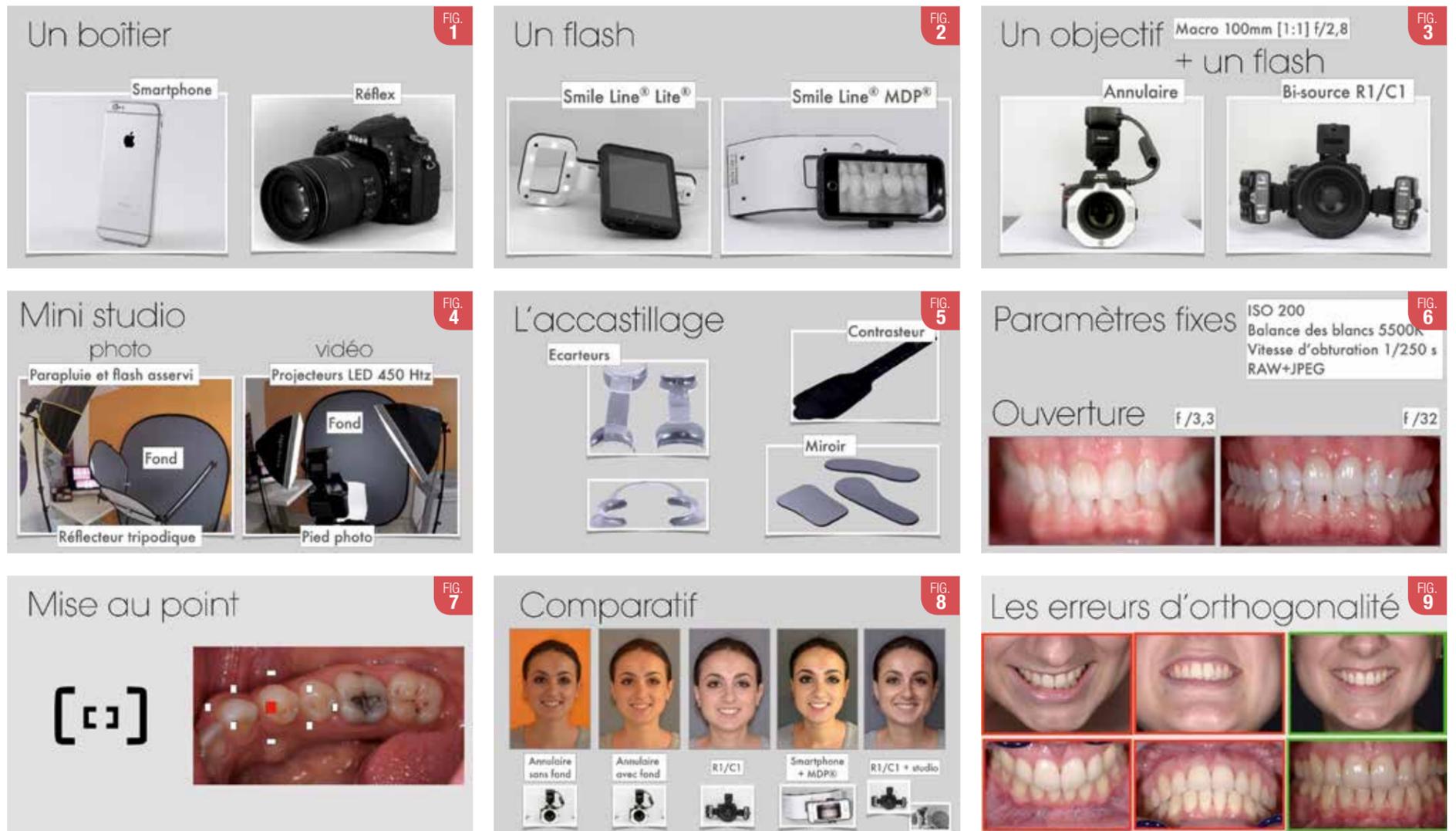
**La photographie permet une meilleure prise en charge pluridisciplinaire****La photographie enregistre les informations de façon fiable et normalisée grâce à du matériel et des techniques standardisées**

Un smartphone ou un boîtier Reflex permettent de capturer les images. Le Smartphone doit être muni des systèmes d'éclairage Smile Line Lite ou Smile Line MDP. Le Boîtier Reflex, doit être équipé d'un objectif macro 100 mm, [1:1], f/2,8, et d'un flash annulaire ou de flashes asservis aussi appelé twin-set ou R1/C1. En cas d'éclairage insuffisant il

faut équiper la salle de parapluies, d'un réflecteur tripodique, d'un fond neutre, voire d'une paire de projecteur LED 450 Htz afin de réaliser des vidéographies. Les contrasteurs, les écarteurs uni ou bilatéraux et les miroirs permettent d'écarter les tissus mous et de réfléchir l'image de façon à respecter le principe d'orthogonalité sans quoi l'exploitation

des images par les logiciels de conception numériquement assistée n'est pas possible. Certains paramètres sont fixés tels que : la sensibilité du capteur (ISO 200) ; la balance des blancs (T = 5500 Kelvin) ; le temps d'exposition (1/250 s) et doit être synchronisé à celui du flash ; l'enregistrement se fait simultanément au format RAW et JPEG. L'opéra-

teur, quant à lui, doit ajuster la profondeur de champ et la zone de mise au point selon le cliché désiré. Le patient doit être placé à 1 mètre d'un fond de couleur neutre, les cheveux attachés afin de visualiser les repères auriculaires (Fig. 1 à 9).

**La photographie permet un meilleur diagnostic, une meilleure prise en charge et un meilleur suivi**

La photographie améliore l'inspection extra-orale et intra-orale ; elle aide au diagnostic et à la planification des étapes du plan de traitement en l'absence du patient. De plus, elle facilite le diagnostic chez les patients peu coopérants, chez les enfants par exemple. L'utilisation de cette technique permet de suivre l'évolution du plan de traitement et d'enregistrer le résultat des soins. La photographie se substitue à la téléradiographie de profil dans le cas où l'irradiation n'est pas possible (Fig. 10-11). Elle permet le suivi thérapeutique et la mise en place des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Primaire en montrant au patient où il ne se brosse pas suffisamment les dents, elle réduit alors l'incidence des maladies bucco-dentaires. Secondaire en réduisant la prévalence autrement dit, la durée d'évolution de la maladie en permettant par exemple de repérer une lésion carieuse débutante et en la traitant rapidement. Tertiaire en permettant au patient d'adapter ses soins quotidiens à la maladie chronique ; par exemple : utiliser un révélateur de plaque et la photographie des dents antérieures permet d'approcher par calcul, la quantité de plaque présente sur l'ensemble des surfaces dentaires et d'aider ainsi le patient dans l'autogestion de son hygiène bucco-dentaire (Fig. 12 à 14).

La photographie facilite la communication avec les professionnels et permet une meilleure prise en charge pluri-disciplinaire

C'est un outil de transmission, des connaissances aux futures générations de dentistes, de chercheurs et de professeurs. Elle est incontournable dans le cas de présentation pédagogique, d'un concours ou d'une publication. Elle permet l'auto-évaluation du praticien ; la comparaison de son travail avec celui de ses confrères (Fig. 15-16). **Dans le cadre d'une réhabilitation globale, le praticien peut demander à distance la réalisation du projet esthétique virtuel de son patient via la plateforme mise en ligne par le site du DSD® (Fig. 17).**

La télémédecine a montré son efficacité en termes de détection de la carie occlusale via les photographies prises par la caméra d'un smartphone en comparaison à la technique traditionnelle d'examen. Elle permet d'adresser facilement le patient à un confrère ou à un spécialiste en joignant des informations complètes.

La photographie permet d'expliquer visuellement au parodontiste, le résultat recher-

ché. Finalement, c'est un outil indispensable dans la communication avec le laboratoire dentaire. La puissance de cet outil est sous-estimée puisqu'on s'aperçoit que 50 % des prothésistes reçoivent rarement des photographies des patients et 6 % n'est reçoivent jamais. La photographie renseigne sur les caractéristiques gingivales et dentaires personnelles et permet une fabrication personnalisée.

La photo évite les longs discours et le quiproquo

De plus, la photographie numérique apparaît comme une alternative à l'utilisation du spectrophotomètre car les études ont montré qu'elle fournissait une approximation significativement acceptable de la couleur. Plusieurs moyens permettent de transmettre les photographies au prothésiste.

Elles peuvent être imprimées et annotées si besoin puis envoyées au laboratoire par courrier ou coursier, Ou être éditées sur les logiciels adéquats et envoyées par mail ou partagées sur un disque dur amovible (clef USB) sur un cloud sécurisé.

La transmission des informations et leur compréhension sont la clef à une économie considérable en temps et en coût, car cela évite de refaire faire des prothèses mal adaptées (Fig. 18 à 20).

La photographie offre au patient une sécurité médico-légale et juridique renforcée (Fig. 21)**La photographie trouve sa place dans le dossier du patient**

Un portrait complète la partie administrative. Les clichés réalisés tout au long du traitement sont inclus dans les données cliniques. Les clichés avant/après sont considérés comme des documents thérapeutiques. Le code de déontologie du chirurgien-dentiste ne mentionne pas l'obligation de tenir un dossier patient, mais la loi oblige à veiller à la qualité du dossier médical ; la photographie y concourt. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation de la santé stipule que les photographies font partie des documents à conserver dans le dossier du patient. De plus, cet outil permet de numériser les radiographies que le patient apporte sur film et les modèles d'études du patient dans son dossier informatisé.

En cas d'accident, le dommage dentaire est bien souvent négligé dans un contexte poly-traumatique alors que la réparation de ces préjudices à un coût financier élevé. La rédaction du certificat médical initial est considérée comme un acte médico-légal et engage pleinement la responsabilité de celui qui le rédige ; la photographie permet d'attester de la véracité des observations du rédacteur. D'autant plus que la Haute Autorité de Santé recommande de joindre autant que possible



Charlotte Greco, Sébastien Felenc, Bruno Pelissier



iTero

« Bonjour, je suis **iTero Element 2** et j'innove en matière de visualisation »

Mon système de prise d'empreintes numériques renforce vos capacités prothétiques, de la planification à la surveillance continue, grâce à une grande puissance de calcul et un écran large haute-définition.*

➤ Découvrez les deux modèles sur iTero.com, ou appelez le 0805 080 150 aujourd'hui !

des schémas, et des photographies contributives et identifiées avec l'accord de la victime et de conserver un double des photographies. Le patient a un droit d'accès et de rectification sur son dossier médical. En effet, le patient peut demander à compléter, modifier voire supprimer certaines informations le concernant. La transmission des informations aux personnes sous tutelle ne demande pas de mesures particulières, le tuteur peut lui aussi exercer son droit d'accès en toutes circonstances.

La photographie est une preuve médico-légale

Elle permet l'identification en cas de disparition par comparaison des photographies ante mortem et post mortem, de la face, des dents, des lèvres et des papilles buccales. La photographie permet de diffuser des avis de recherche. La photographie est utilisée dans la technique de superposition faciale qui consiste à superposer la photographie du crâne retrouvé avec la photographie de la personne présumée disparue. Ou dans la technique de reconstitution faciale. La photographie numérique permet le vieillissement informatique des photographies des enfants disparus afin de les retrouver. La photographie constitue une preuve en cas

« Bonjour, je suis iTero Element Flex et je vais partout où vous allez »

Mon système portable permet la prise d'empreintes en mode nomade et un fonctionnement dans des espaces plus réduits.*

Une marque. Deux options puissantes pour soutenir vos travaux de restauration.

*iTero Element 2 et iTero Element Flex ne sont actuellement pas disponibles dans tous les marchés. Il est recommandé d'utiliser iTero Element Flex avec des ordinateurs portables certifiés, à acheter séparément. Veuillez contacter votre représentant Align Technology pour plus d'informations, ou consulter une liste d'ordinateurs portables certifiés sur iTero.com.

Invisalign, iTero, iTero Element et le logo iTero, entre autres, sont des marques de commerce et/ou de service d'Align Technology, Inc. ou de l'une de ses filiales ou sociétés affiliées, susceptibles d'être enregistrées aux États-Unis et/ou dans d'autres pays. ©2018 Align Technology BV. Tous droits réservés. Arlandaweg 161, 1043 HS Amsterdam, Pays-Bas T16140-04 Rev. A



de litige avec le praticien. Il appartient au plaignant de contester l'authenticité d'une photographie et d'en apporter la preuve. Une photographie au format RAW est juridiquement incontestable.

La photographie constitue une preuve que l'information a été délivrée au patient.

La photographie est protégée par un cadre juridique et des juridictions spécifiques

La Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) est l'autorité en charge de veiller à la protection des données personnelles. Selon la loi, les documents établis sur support informatique doivent faire l'objet d'une déclaration à cet organisme. Elle accompagne les professionnels dans leur mise en conformité et aide les patients à maîtriser leurs données personnelles et exercer leurs droits. La conservation des documents dans l'application est de 5 ans après la dernière modification, ensuite les données doivent être archivées sur un support externe bénéficiant du même niveau de sécurité

pendant 15 ans. Soit une durée de conservation minimale de 20 ans.

Alors que le Code de la Santé Publique a ramené dernièrement la durée de conservation à 10 ans à compter de la consolidation du dommage ou 10 ans après la majorité du patient mineur au moment de la consolidation, au lieu de 30 ans. L'hébergement n'est possible que chez un hébergeur de données agréé par le ministère de la santé et avec le consentement du patient. Les photographies sont protégées par des lois. Le secret médical s'impose au praticien mais aussi aux professionnels qui travaillent avec lui. Il tire son origine du serment d'Hippocrate et conditionne l'intimité du patient et sa confiance envers son praticien. Tout manquement au secret médical est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

D'après des dispositions civiles et pénales : chacun a le droit au respect de sa vie privée. Dans le cas contraire le praticien risque 1 an d'emprisonnement et jusqu'à 45 000 € d'amende. Le droit à l'image impose l'obtention du consentement

du patient en cas d'utilisation et/ou de diffusion de ses photographies où il est reconnaissable par lui-même ou un proche. Le consentement doit être réitéré pour chaque nouvelle utilisation des photographies et le patient peut se rétracter à tout moment. Alors que la confidentialité des photographies intra-orales est rarement remise en cause, les photographies extra-orale et dento-labiales sont propres à chaque individu et révèlent l'identité. Le consentement est cependant présumé lorsque la photographie a lieu dans un lieu privé tel que le cabinet dentaire, au vu et au su du patient sans qu'il ne s'y soit opposé clairement. Ne pas respecter les droits du patient conduit à 1 an de prison et 15 000 € d'amende. Le droit d'auteur définit par le code de la propriété intellectuelle s'applique lors de l'utilisation d'images prises dans des ouvrages. Ne pas respecter ce droit condamne à 3 ans de prison et jusqu'à 300 000 € d'amende. La loi stipule que les photographies avant/après soin du patient lui appartiennent mais ne définit pas l'appartenance des photographies per-opératoire. À défaut, elles appartiennent au praticien.

Conclusion

Concernant le patient, la photographie améliore sa compréhension et son investissement dans les soins ; elle lui garantit une meilleure prise en charge pluridisciplinaire tout en protégeant ses données.

La photographie répond à de nombreux enjeux dont notamment celui de définir précisément et de cadrer les exigences du patient, afin d'éviter les malentendus sources de litiges. La photographie trouve ces limites dans le fait que les sourires forcés ne sont pas très reproductibles d'un jour à l'autre et qu'il est difficile de capturer un sourire vrai, le sourire de Duchenne.

D'où l'importance de la réalisation de vidéos dont le praticien pourra extraire cette photographie pour évaluer au mieux la mobilité labiale. Nous retiendrons que la photographie est un outil à intégrer dans la pratique courante et un service supplémentaire à proposer au patient car elle complète et globalise sa prise en charge.



Empreinte optique et prothèse maxillo-faciale

Hélène Commalonga
Bruno Picart
Montpellier

En prothèse maxillo-faciale (PMF) la prise d'empreinte, lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée, peut être une étape compliquée et offre souvent des résultats inconstants :

- insertion possible d'un porte-empreinte mais désinsertion incertaine,
- déformation, déchirement du matériau à empreintes engendrés par une désinsertion en force lors de limitation de l'ouverture buccale,
- blocage du matériau dans les fistules et contre dépouilles des communications naso-bucco-sinusiennes,
- enregistrement imprécis des zones fragiles nécessitant d'être protégées (compresse, corps gras...).

Ces défauts d'enregistrements nous obligent à nous tourner vers des solutions de seconde intention nécessitant un degré de précision moindre : des restaurations coronaires directes (composite, CVI, amalgame) là où il aurait fallu consolider l'organe dentaire avec des prothèses fixées ou des prothèses amovibles résine au lieu de prothèses à châssis métallique. Afin de rompre avec cette fatalité, l'idée est venue d'utiliser des caméras optiques intra-orales. Moins encombrantes et avec un enregistrement « sans contact » ces caméras nous permettent dès lors de prendre en charge les patients pour qui nous étions jusque-là sans solution.

Utilisation de l'empreinte optique en PMF à travers un cas clinique

Le patient a été adressé au Centre de Soins Dentaire de Montpellier à l'UAM de Prothèses. Patient de 61 ans traité par mandibulectomie et radiothérapie pour un carcinome

épidermoïde. La reconstruction par lambeau osseux de fibula (Fig. 1) et la radiothérapie consécutive ont entraîné une limitation de l'ouverture buccale importante.

Une prise en charge prothétique permettrait de créer un calage postérieur et de compenser la perte alvéolo-dentaire mandibulaire afin de rétablir une occlusion labiale efficace (Fig. 2 et 3).

La présence du lambeau sur la crête secteur 2 ne nous permet pas d'appareiller efficacement le maxillaire. De ce fait nous décidons dans un premier temps de ne réaliser que la prothèse mandibulaire. Cependant, la limitation de l'ouverture empêche une prise d'empreinte physico-chimique suffisamment précise pour réaliser une prothèse amovible à châssis métallique. La possibilité de réaliser une prothèse résine est écartée à cause de l'appui principalement ostéo-muqueux et du manque de rétention entraînant une bascule de l'appareillage sur le lambeau (risque de lésions). Le choix a donc été fait d'essayer de passer par une empreinte optique avec la caméra intra-orale Trios 3 de 3D Shape. Après les préparations coronaires des dents supports, l'enregistrement s'est fait arcade par arcade (Fig. 4 et 5) puis arcades en occlusion (Fig. 6 et 7).

La reconstruction virtuelle des deux arcades a permis une conception et fabrication du châssis assistées par ordinateur (Fig. 8 à 10). Un premier essai sur modèle imprimé en 3D est réalisé au laboratoire (Fig. 11 et 12) avant l'essai clinique (Fig. 13) afin de s'assurer de son adaptation, de sa rétention, de sa stabilité mais surtout de l'absence de contact entre la selle et le lambeau en station comme en dynamique.

Après validation clinique de l'intégration du châssis, une empreinte anatomo-fonctionnelle type Mac Cracken est réalisée pour pallier à l'enregistrement purement mucos-tatique de l'empreinte optique. L'essai clinique des dents sur cire est concluant et permet la polymérisation de la prothèse (Fig. 14 et 15)

La prothèse mandibulaire offre entière satisfaction au patient tant dans sa demande esthétique que dans le retour à une occlusion labiale efficace (Fig. 16).

L'empreinte optique en PMF : effet de mode ou réel intérêt ?

Une empreinte sans risque et plus précise

Lors de l'utilisation d'un matériau à empreinte il est de rigueur de protéger avec une compresse les communications bucco-naso-sinusiennes, les lésions et les fistules (Fig. 17). L'absence d'enregistrement de ces zones oblige un rebasage de l'intrados. L'empreinte optique n'a pas besoin de mise en place de telles protections et offre d'emblée une précision satisfaisante. Ainsi nous pouvons plus souvent envisager la réalisation de prothèses amovibles à plaque base métal.

Une empreinte « passe-partout »

La taille réduite des caméras intra-buccale permet d'obtenir un enregistrement des zones d'intérêt lorsque l'accès est restreint. Dans les cas extrêmes de constriction des mâchoires certaines situations anatomiques autorisent même le passage de la caméra (Fig. 18). L'empreinte optique qui en découle (Fig. 19) n'est pas forcément d'excellente qualité mais offre une première base de travail.

L'empreinte non compressive par excellence

Les pressions effectuées lors d'une prise d'empreinte physico-chimique déforment les lambeaux. Ces défauts d'enregistrement engendrent souvent des zones en surextensions très étendues là où normalement la prothèse ne devrait pas prendre appui. Il en résulte une instabilité de la prothèse et des lésions sous-prothétiques qui peuvent avoir de lourdes répercussions (ostéonécroses). Seule l'empreinte optique peut nous garantir un enregistrement sans déformation des zones dépressibles.

NB : Si son caractère non compressif est idéal pour la fabrication du châssis et son maintien à distance des lambeaux, l'absence d'enregistrement anatomo-fonctionnel fait défaut et nous oblige à passer par une empreinte tertiaire.

Discussion : les limites de l'empreinte optique en PMF

À l'heure actuelle cette technologie est loin d'être aboutie pour son utilisation en prothèse amovible et qui plus est pour la prothèse maxillo-faciale.

Perte de tracking (de l'anglais to track : suivre la trace) : des anomalies anatomiques telles que les communications bucco-naso-sinusiennes peuvent être considérées comme des aberrations par les logiciels de capture numérique des caméras. Certains refusent dès lors de poursuivre l'enregistrement et réinitialisent à zéro la prise.

Le feuillage et les « trous » (Fig. 20) : dans la reconstitution virtuelle de l'empreinte on peut apercevoir des zones où se superposent des plans. Ce feuillage est fréquent au niveau des tissus mobiles. Les trous sont des zones de



Coupe TDM. Flèche : greffon osseux de fibula



Lambeau ostéo-cutané secteur 3



Inocclusion labiale résultant de la perte partielle de l'arc mandibulaire



Empreinte optique de l'arcade maxillaire



Empreinte optique de l'arcade mandibulaire



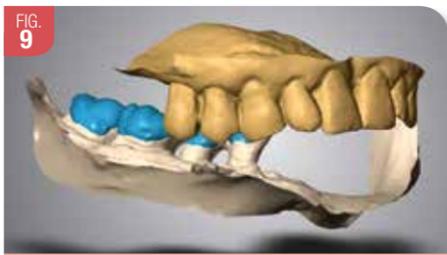
Arcades en occlusion. Vue de face



Arcades en occlusion, vue latérale droite



Conception numérique des larges appuis dentaires



Gestion la morphologie occlusale des appuis



Modélisation des bras de crochets, des connecteurs et de la selle prothétique du châssis (vue linguale)



Châssis mandibulaire, vue latérale secteur IV



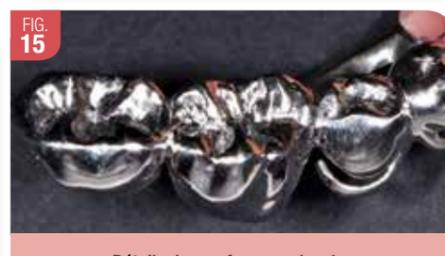
Châssis mandibulaire, vue linguale



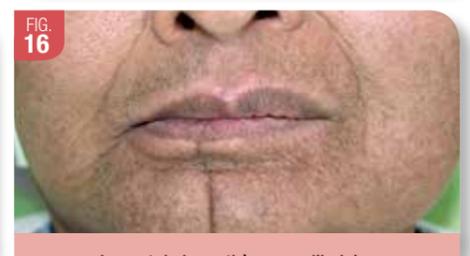
Essayage en bouche du châssis mandibulaire



Prothèse mandibulaire après polymérisation



Détails des surfaces occlusales du châssis mandibulaire



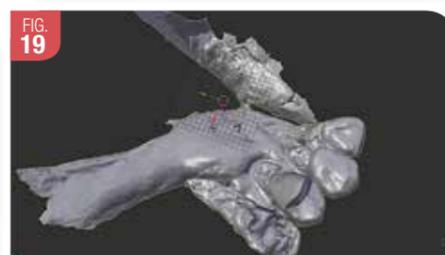
Le port de la prothèse mandibulaire assure l'occlusion labiale



Les compresses protégeant les fentes palatines empêchent un enregistrement des papilles bunoides



Constriction des mâchoires suite à une hémimaxillectomie. Le passage de la caméra se fera au travers de la perte de substance



Empreinte optique du maxillaire



Imperfection de l'empreinte optique. Flèche verte : feuillage, flèche bleue : manque

vide, conséquences d'une profondeur d'acquisition trop importante. Ces trous et ces feuillages peuvent bloquer les logiciels au niveau laboratoire. Des retouches informatiques sont alors nécessaires mais l'extraction des fichiers n'est pas forcément rendue possible par les fabricants ou passe par une licence payante.

La distorsion : l'assemblage bout à bout des différentes prises (appelé « matching ») n'est pas parfait et peut entraîner sur de grandes étendues un problème de distorsion. Le cas que nous avons présenté a pu bénéficier d'une empreinte optique fiable car les dents résiduelles étaient contiguës.

Conclusion

Comme toute technique, l'empreinte optique a des limites et donc des indications et ne peut se substituer aux empreintes « traditionnelles ». Cependant, elle nous permet de prendre en charge des patients pour qui nous étions jusque-là impuissants. Bien plus qu'une alternative à l'empreinte physico-chimique, elle peut être dans certains cas l'unique solution.

Remerciements : nous remercions l'équipe de l'UAM CFAO du CSD de Montpellier pour sa collaboration dans la gestion de ce cas.

Lectures conseillées

1. E. Vigarios, F. Destruhaut, P. Pomar, J. Dichamp, et E. Toulouse, *La prothèse maxillo-faciale*, Éditions CdP, 2015
2. *Clinical Maxillofacial Prosthetics*, Thomas D. Taylor, Quintessence Publishing Co, 2000 O.
3. Landwerlin et M. Fages, « L'empreinte optique : silence on tourne ! », *Strat. Prothétique*, vol. 14, no 2, avr. 2014.
4. *Innovation en prothèse amovible*, *Réalités cliniques* n° 1 volume 28-Mars 2017

PETITES ANNONCES



CABINET DENTAIRE À GENNEVILLIERS

Très bien équipé dans SCM médical cherche remplaçante du 18 au 28 avril 2019 puis remplacement ou collaboration à partir de début juin 2019.

Merci de me contacter au 06 14 98 98 99

CABINET DENTAIRE À CRÉTEIL

Urgent, cède cause retraite, cabinet dentaire tenu 40 ans à Créteil. Matériel en très bon état de fonctionnement, informatisé. Potentiel important. Possibilité deux fauteuils. Patientèle fidèle. Omnipratique. Audit disponible.

Prix intéressant – Fin d'activité fin mars 2019

Tél. 01 42 07 74 21 (cabinet) – Portable : 06 10 27 59 06



Prothèse sur implant par CFAO directe : à propos d'un cas

Dessalces-Olenisac Christel
Brechet Didier
Laures Michel
Fages Michel
Torres Jacques-Henri
Fauroux Marie-Alix
Montpellier

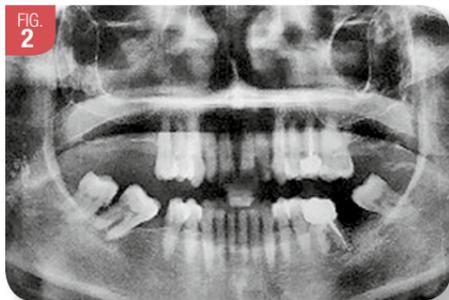
Introduction

La révolution numérique est omniprésente dans notre société et concerne de plus en plus notre profession de chirurgiens-dentistes. Même les plus réticents aux nouvelles technologies ne peuvent s'en passer totalement et *a fortiori* dans le domaine de l'implantologie. Si l'utilisation de la CFAO se démocratise pour les restaurations prothétiques unitaires, il n'en est toutefois pas de même dans le domaine de la prothèse sur implant : seuls les chirurgiens-dentistes aguerris depuis de nombreuses années à ces technologies osent concevoir leur prothèse sur implant au cabinet en totale autonomie.

Pourtant nous allons voir à travers ce cas clinique que la réalisation en un seul temps clinique d'une couronne sur implant est facile à mettre en œuvre si l'indication clinique s'y prête.

Présentation générale du cas clinique

Une patiente de 63 ans, sans pathologie générale, s'est présentée en consultation avec une doléance de réhabilitation globale prothétique (Fig. 1 et 2).



Les dents 47-48-38 ont été jugées non conservables pour des raisons parodontales et prothétiques. Une réhabilitation en arcade courte (allant jusqu'aux premières molaires) avec pose d'implants 16 et 46 a été choisie dans un premier temps, pour des raisons financières. Des implants Osseospeed™ EV 4,8 5-8 mm de la marque ASTRA® ont été posés (Fig. 3).



Après 6 mois de cicatrisation, les 2 implants étaient ostéointégrés et les vis de cicatrisation ont été mises en place (Fig. 3-5).

Il a été décidé de réaliser la prothèse de la 16 en technique conventionnelle : couronne céramo-métallique scellée avec pilier personnalisé ATLANTIS® (réalisé par CFAO indirecte) (Fig. 6-8) et de réaliser une prothèse céramique transvissée en CFAO sur la 46 avec le système CEREC®. Seule, la réalisation de la 46 a été décrite ci-après.



Réalisation de l'empreinte optique

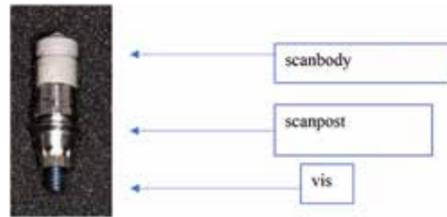
L'empreinte en implantologie est une étape primordiale pour la réussite de la prothèse. L'objectif d'une telle empreinte est d'enregistrer, avec précision, la situation clinique des implants, le contour gingival et le profil d'émergence de la future prothèse.

Le praticien enregistre l'arcade implantée avec et sans les transferts numériques (tis-

sus mous), l'arcade antagoniste et la relation intermaxillaire.

Plusieurs pièces sont nécessaires à cette prise d'empreinte :

- le scanpost® est un pilier de transfert de prise d'empreinte numérique, en titane. À chaque référence d'implant correspond un scanpost®. Il est livré avec sa vis permettant de le relier à la connectique implantaire. C'est un transfert pur, il ne peut en aucun cas être utilisé comme pilier définitif pour l'implant, contrairement au système TiBase® qui peut servir de pilier définitif.
- le scanbody, pièce usinée en téflon ou en plastique rigide, s'emboîte sur le scanpost® afin d'enregistrer la position tridimensionnelle numérique de l'implant sur l'arcade. Il possède une encoche qui lui permet de s'aligner directement avec la rainure de guidage du scanpost®, ce qui aide à la numérisation de la position de l'implant.



Le patient est positionné assis ou allongé de telle sorte que la surface d'occlusion soit parallèle à la caméra intra-orale. Après mise en tension de la caméra optique Omnicam® (Cerec, Dentsply Sirona) nous réalisons l'empreinte optique du profil gingival. Un signal sonore lors de la prise d'empreinte et le suivi sur l'écran en direct permet de contrôler la prise d'empreinte. En cas d'information manquante, il est possible de repasser sur les zones incorrectes autant de fois que nécessaires.

Le vissage du scanpost® est ensuite effectué à l'aide de la vis fournie. Le pilier de scannage en titane est transvissé. Il présente à une extrémité une connectique spécifique au type et au diamètre de l'implant. Comme en prise d'empreinte traditionnelle, une radiographie de contrôle du bon positionnement du pilier est réalisée (Fig. 9-10).

Le scanbody gris est positionné sur le scanpost® à l'aide des encoches qui doivent s'emboîter. Par commodité, il vaut mieux placer ces encoches en vestibulaire (Fig. 11).

L'empreinte optique du transfert numérique, de l'antagoniste et des arcades en occlusion (vue vestibulaire) peut alors être réalisée. Il



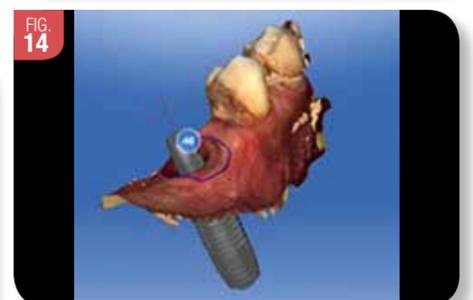
faut bien vérifier sur le logiciel que les informations ont été correctement enregistrées. Le scanbody® peut alors être retiré mais le scanpost® est laissé en place afin d'immobiliser la gencive dans la position et d'éviter son affaissement.

Modélisation de la future couronne

La modélisation de la forme individuelle de la future reconstruction prothétique est réalisée à l'aide du logiciel CEREC SW 4.3®. Le scanbody® présente à son extrémité une forme pyramidale à base triangulaire (Fig. 12). C'est la reconnaissance de ce tétraèdre par le logiciel de CAO qui va permettre d'identifier avec précision la position de l'implant.



La zone d'ajustage autour du scanpost® est définie pour créer le profil d'émergence de la future couronne et choisir l'axe de la future couronne (Fig. 13 et 14).



La modélisation automatique est ensuite lancée ; elle peut être corrigée par le praticien. Les points de contact idéaux sont alors définis sur le logiciel ainsi que le profil d'émergence de la couronne. L'intensité des points de contact en statique est matérialisée par des nuances de couleurs pouvant aller du bleu au rouge (Fig. 15 et 16).

La réalisation de la prothèse, par le système informatique, permet également une calibration optimale de l'espacement (« die spacer » ici



Dessalces-Olenisac C., Brechet D., Laures M., Fages M.,
Torres J.-H., Fauroux M.-A.



Préparation de la pièce prothétique

Le matériau pour la reconstruction prothétique ne nécessite pas de frittage. Le maquillage se fait soit mécaniquement avec des instruments de polissage, soit par maquillage direct avec des colorants photopolymérisables (VITA ENAMIC GLAZE® et VITA ENAMIC Stains®). Il est recommandé de se munir d'un feutre pour faciliter le repositionnement de la couronne sur le TiBase®, ainsi qu'un analogue d'implant pour faciliter sa préhension. Une trace au feutre est réalisée afin de retrouver la position exacte des éléments prothétiques une fois collés. Le sablage du TiBase® doit être effectué (le profil d'émergence de la base en titane ne doit pas être sablé ni traité d'une quelconque manière ; on peut la protéger avec du silicone). Un gel de mordantage (acide fluorhydrique à 5 %) VITA CERAMIC ETCH® est ensuite appliqué, rincé puis séché sur la partie de la céramique destinée à être collée à la base titane pendant 10 à 20 secondes (Fig. 19 et 20).



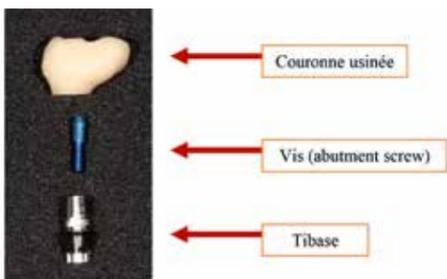
numérique) ce qui offre la possibilité d'accroître l'homothétie lors de la fabrication de la pièce prothétique, ce qui diminue ainsi les erreurs d'occlusion (en particulier, de sur occlusion) et les défauts d'ajustage cervicaux.

Usinage de la couronne transvissée

Une fois la modélisation effectuée, l'usinage est lancé et réalisé à partir de l'usineuse CE-REC McXL®. La fabrication par soustraction à partir d'un bloc VITA ENAMIC® EM-16 teinte 2M2 préalablement choisi peut commencer. Ces blocs possèdent un canal intérieur à la configuration spécifique en vue du collage sur le pilier implantaire TiBase® pour un assemblage vissé transcronal. L'usineuse réduit le bloc de matériau par mouvements de fraises (2 fraises différentes travaillant dans les 3 plans de l'espace), sous irrigation, passage après passage. 18 minutes plus tard, le bloc de notre couronne transvissée a été usiné et détaché à l'aide d'un disque de coupe diamanté (Fig. 17 et 18).



La structure prothétique se décline de la manière suivante :



L'adhésif Monobond Plus® (Ivoclar®) est ensuite appliqué sur la surface de collage de la

base en titane et de la céramique pendant 60 secondes (Fig. 21 et 22).

3s PowerCure

Système complet pour des restaurations postérieures esthétiques



L'art d'être efficace

Rationalisez la technique chronophage de stratification en réduisant le temps de traitement de plus de moitié* avec le système 3s PowerCure.

Esthétique Efficace

- Isolation
- Adhésion
- Restauration
- Polymérisation

* Tetric® PowerFill et Tetric® PowerFlow comparés à Tetric® EvoCeram® et Tetric® EvoFlow®, données disponibles sur demande.

Dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. AD0319 - RCS Annecy B 326 420 544

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent SAS
B.P. 118 | 74410 Saint-Jorioz | France | Tel. +33 4 50 88 64 00 | Fax +33 4 50 68 91 52

ivoclar vivadent
passion vision innovation

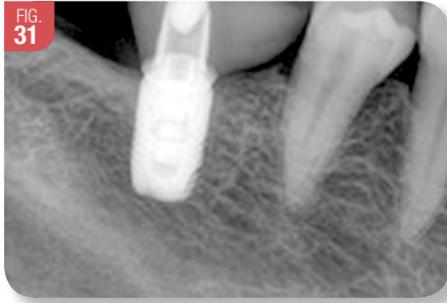


Le composite de collage Multilink Hybrid Abutment® (Ivoclar®) est enfin appliqué directement sur la base en titane et dans l'intrados de la couronne-pilier en céramique préalablement traitée (Fig. 23). La plus grande précaution est prise dans le site du puits de vissage. En effet, aucune trace de colle ne doit être présente au risque de ne pas avoir accès à la vis de fixation. L'insertion d'une boulette de coton ou de téflon avant le collage peut permettre d'éviter cet écueil. Les pièces sont assemblées par photopolymérisation (Fig. 24) avec une légère pression homogène et après un contrôle du bon positionnement des pièces. Le joint de collage est ensuite passé au polissoir en caoutchouc, à un faible régime pour éviter toute surchauffe. Puis un « maquillage » mécanique (polissage) de la pièce prothétique est réalisé à l'aide du kit VITA® (Fig. 25-26 et 27).



Mise en place de la couronne transvissée

La couronne-pilier hybride est positionnée sur l'implant en bouche. Un vissage à la main puis avec une clé dynamométrique à 25 N.cm est effectué. Puis l'occlusion est contrôlée en statique et en dynamique. Une ultime vérification de l'occlusion est réalisée et un polissage à l'aide de polisseurs en silicone est effectué après comblement du puits de vissage à l'aide de gutta-percha chaude et composite (Fig. 28-29-30). Une radiographie rétro-alvéolaire confirme le bon assemblage implant-pilier/couronne (Fig. 31).



Au total, la couronne est réalisée et posée en une seule séance. Un contrôle est effectué 3 semaines après la pose puis 6 mois plus tard.

Discussion et conclusion

Du fait de l'ankylose de l'implant (mobilité de l'ordre de 10 m d'après Assif et al. [1], l'empreinte peut être qualifiée d'empreinte de positionnement [2]. Cette particularité oblige une rigueur opératoire puisque la rigidité du système os-implant ne permet pas de compenser un défaut d'adaptation de la prothèse, aussi faible soit-il [3]. En prothèse supra-implantaire, la difficulté réside

en l'obtention d'une adaptation passive des éléments prothétiques sur les implants. La précision des positions spatiales des implants est donc indispensable. En effet, le défaut d'empreinte génère une déformation de l'armature prothétique ce qui engendre des contraintes du système implantaire lors de la mise en fonction de la prothèse. Ces contraintes peuvent être à l'origine de fractures (vis, céramique voire l'implant) voire même d'une perte d'ostéo-intégration [4]. L'étape d'empreinte est donc cruciale et tout l'enjeu de ces nouvelles technologies réside dans le maintien d'une précision au moins équivalente à celle des empreintes traditionnelles.

Plusieurs fabricants (près d'une vingtaine aujourd'hui) ont mis sur le marché des caméras optiques : citons par exemple 3shape®, Cerec®, iTero®, Planmeca®...

La grande question concerne la précision de cette empreinte numérique. Qu'en est-il par rapport à l'empreinte conventionnelle en implantologie ? Peu d'études encore nous donnent une idée de sur cette question. En 2013 Lee Sang et al. [5-6] ont réalisé des études sur la précision des empreintes optiques par rapport aux empreintes conventionnelles. Ces études, menées auprès d'un groupe d'étudiants en dentaire, ont conclu que l'empreinte numérique supra-implantaire était plus précise et plus facile à mettre en application que l'empreinte traditionnelle. De même, les travaux de Guth et al. en 2013 [7], qui ont aussi comparé ces deux techniques ont également donné l'avantage à l'empreinte optique : elle s'est révélée plus précise que l'empreinte aux polyethers.

De plus, bien que les empreintes numériques prises au fauteuil semblent offrir une précision au moins équivalente à celle des empreintes traditionnelles pour des restaurations unitaires [8], et meilleure que celle des empreintes scannées en laboratoire à partir d'une empreinte traditionnelle, une limite semble persister pour la numérisation d'une arcade complète en bouche, d'après Kuhr et al. (2016) [9]. Les indications doivent être donc bien posées.

En ce qui concerne l'utilisation de piliers provisoires, le recours au système TiBase® permet, par méthode directe, de réaliser un pilier implantaire personnalisé et sa couronne supra-implantaire. La couronne et le pilier sont donc numérisés en même temps. Le choix de réaliser une prothèse vissée ou collée est alors fonction de la situation clinique.

Cependant, ce système connaît certaines limites et il est contre indiqué dans le cas de limitation d'ouverture buccale, d'espace prothétique réduit ou lorsque l'axe prothétique à corriger est supérieur à 20°. De même, en présence d'une hauteur transgingivale importante, l'empreinte numérique est difficile à obtenir, et le système classique avec scanpost® est recommandé.

Au regard de ce cas clinique, la CFAO en Implantologie semble être très séduisante.

Les avantages paraissent considérables :
- un confort indéniable pour le patient (absence de matériau inconfortable pour la

prise d'empreinte, en une séance la prothèse est réalisée et mise en place),
- un confort pour le praticien (autonomie vis-à-vis d'un prothésiste extérieur) ainsi qu'une absence de contraintes parodontales (pas de dévissages/revissages des vis de cicatrisation, manœuvres connues pour être délétères).

Cependant le coût et l'investissement personnel (longue durée d'apprentissage pour le praticien) restent des éléments encore dissuasifs.

La réalisation de ce cas clinique a nécessité 4 h 30 pour la réalisation de cette couronne car certains contretemps techniques sont apparus (bug informatique dans la modélisation, bug dans le procédé d'usinage qui a rendu défectueuse une fraise, qu'il a fallu changer). Au final, 4 blocs de céramiques ont été utilisés pour usiner cette couronne. Au regard des contraintes organisationnelles importantes et du coût horaire d'un cabinet, une réflexion approfondie doit être menée avant un éventuel investissement.

En l'occurrence, ce temps anormalement long a été également dû à un manque d'expérience de la part du praticien (en formation au DU d'implantologie) : en principe, le processus ne devrait pas prendre plus de temps que pour une couronne normale.

Au final, il paraît utopique d'imaginer que la CFAO puisse permettre de s'absoudre totalement du travail des prothésistes. Il paraît plus réaliste de l'envisager comme un outil complémentaire pour des cas cliniques simples et unitaires en implantologie.

Bibliographie

1. Assif D, Fenton A, Zarb G, Schmitt A. Comparative accuracy of implant impression procedures. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1992 ; 12 : 112-21.
2. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S, Rajzbaum P. *Manuel d'implantologie clinique : 3^e édition*. Cdp, 2012.
3. Bennasar B, Despesse S, Lethuillier J, Margerit Jacques. *L'empreinte en implantologie - Cahiers de Prothèse n° 153 du 01/03/2011*. Ed Cdp 2011.
4. Worthington P, Bolender CL, Taylor TD. The Swedish system of osseointegrated implants: problems and complications encountered during a 4-year trial period. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1987 ; 2 : 77-84.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr



Michel Bastide

Apport du numérique en dentisterie et en esthétique : point de vue du prothésiste

Michel Bastide
Montpellier

Il n'y a plus de question à se poser ; le numérique est bien là. Il fait partie de notre pratique de tous les jours. Aujourd'hui, les outils sont totalement aboutis ; ils apportent des possibilités infinies dans notre pratique et dans notre coopération quotidienne dentistes-prothésistes grâce à la technologie numérique mais aussi grâce à l'apparition et à l'évolution de nouveaux matériaux usinables comme la zircone.



Matériaux usinables



Empreinte via le connect Sirona ; la passerelle cabinet laboratoire

La liste des avantages pour le laboratoire est importante : plus d'empreinte à décontaminer, plus de risque de distorsion des matériaux en fonction de l'hydrométrie, de la température du temps passé, plus de bulles de sang qui peuvent nous engendrer des pertes d'informations des limites, plus d'expansion du plâtre à gérer... la liste est longue. Mais pour le cabinet aussi, car grâce à l'empreinte optique, outre le confort pour le patient, c'est le résultat d'adaptation des prothèses qui nous frappe en premier. Finis les aléas d'un matériau capricieux qui se déforme suite aux aléas climatiques, hydrométriques ou tout simplement de manipulation.



Systèmes de caméra numérique

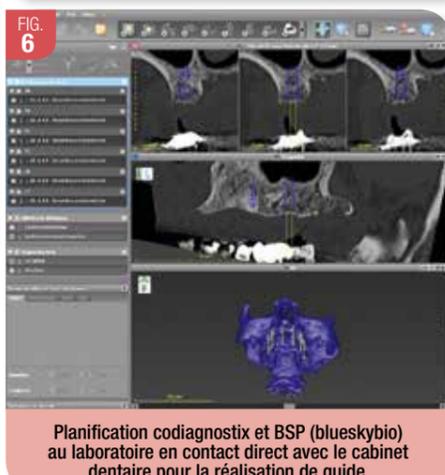
Le numérique c'est aussi aujourd'hui la chirurgie guidée qui est un avantage pour le laboratoire de préparer ainsi un vrai projet prothétique et pour le praticien de mieux prévoir ses axes et de fait utiliser moins de piliers angulés, ce qui génère une économie non négligeable.



Guides chirurgicaux



Analyse et guide chirurgical



Planification codiagnostix et BSP (blueskybio) au laboratoire en contact direct avec le cabinet dentaire pour la réalisation de guide

Il faut savoir que depuis de nombreuses années, les laboratoires utilisent déjà cette technologie et scannent les modèles en plâtre issu des empreintes classiques pour réaliser les armatures ou tout type de travaux. En France, déjà 60 % des laboratoires de prothèse dentaire sont équipés de système de conception et de fabrication numérique. Ils savent déjà que ces outils apportent une sécurité accrue et surtout leur permettent d'être reproductibles en termes d'ajustage.

Cependant, cet ajustage ne sera optimal que s'il reçoit pour travailler un fichier numérique de bonne qualité qui, de fait, va supprimer de sa chaîne de fabrication les aléas de l'empreinte physique. L'intérêt pour le laboratoire est donc multiple. Les limites des préparations peuvent être très facilement dessinées par le praticien avant envoi du fichier. D'un simple clic, le travail à l'instant T se retrouve dans le flux de production du laboratoire et réduit considérablement les pertes de temps et de distance entre le laboratoire et le cabinet. La conception même d'un bridge permet de réduire les facteurs de casse car ici les bridges sont calculés en fonction du choix des matériaux et les connexions des travaux sont mathématiques et non empiriques. Bien sûr l'outil numérique et ses matériaux peuvent nous imposer la réalisation d'un mo-



Le numérique au laboratoire zone de scannage

dèle, indispensable pour réaliser par exemple une stratification sur un bridge zircone. Rien de plus facile à cela ; le laboratoire, via un logiciel bulder, peut en même temps qu'il usine son armature dans un disque de zircone, réaliser via une imprimante 3D son modèle pour la stratification. Sans celui-ci, il ne peut que réaliser des céramiques mono teinte maquillées type cerec ou bien utiliser la « full zircone » qui n'apporteront jamais le mimétisme et l'intégration inégalée d'une céramique stratifiée, composée en moyenne pour 8 ou 9 dégradés et chevauchement de matière et de couleur.

Bridge zircone et stellite via empreinte Omnican Sirona (D^r Marc Zehler)Modélisation bridge zircone et stellite par le D^r Marc Arnaud Zehler. Logiciel Sirona et DW

Lors d'un récent voyage professionnel, un exemple m'a interpellé et marqué aux USA. Celui du laboratoire Glidewell qui a investi en CFAO et FAO. Le développement lui a permis de passer aujourd'hui à 4600 salariés dont 3600 sur le site de News Port Beach. Bien sûr Glidewell est un des plus importants laboratoires au monde ; ils fabriquent même une gamme d'implant distribuée aux 75 000 dentistes clients du laboratoire. Ceci n'est pas concevable en France, pour des raisons démographiques de la profession. Mais Jim Glidewell a toujours voulu démocratiser la prothèse dentaire et pour ce fait a toujours cherché des systèmes de production pour réduire ses coûts et offrir ainsi un produit made in USA de qualité à prix réduit dans un seul objectif, offrir la qualité et le prix au patient au final. Le laboratoire réalise via le numérique plus de 100 000 full zircone par mois avec peu d'erreurs.



Laboratoire Glidewell

Ici on ne combat pas le chairside, on l'utilise. Le laboratoire propose à ses clients des systèmes clefs en main avec la fourniture. Il propose aussi la modélisation à distance des prothèses ou bien via un Connect, capable de lire tout type d'empreinte numérique, la réalisation des prothèses avec ou sans le modèle. Il utilise toutes les cordes du chairside pour en faire un allié. Ainsi un prix pour la modélisation, un prix pour la réalisation sans modèle et un prix avec le modèle. Tout sera fait en fonction des attentes du dentiste et de son cas prothétique.



Laboratoire Glidewell et la réponse au chairside

Mais n'oublions pas, même avec le numérique « la valeur » c'est l'homme. Un entrepreneur qui ne pense pas à l'avenir ou qui ne se projette pas dans l'avenir, je crois qu'il n'est plus entrepreneur. Des mots pleins de bon sens. Il faut se forcer à ouvrir les yeux, ne pas sombrer dans le défaitisme ou l'alarmisme de certains formateurs aux idées préconçues ; il faut prendre le temps de chercher et de trouver son chemin. Il est évident que la peur de l'inconnu, de ces innovations, peut paralyser nos imitatives. Il ne faut pas non plus être aveuglé par le chant des sirènes des fabricants prêts à vendre leur veste pour quelques euros, ne pas être dupe mais vigilant. Voilà pourquoi échanger est important afin de comprendre et se faire une idée des évolutions et des orientations à entreprendre. Sortir de son cabinet et se rendre chez son prothésiste est sûrement la première étape pour comprendre les dernières évolutions, trouver sa solution et répondre à l'attente des patients.



M. Bastide et Thierry en étude de cas au Lab Castelnau le Lez

Laboratoire LE LAB Castelnau le Lez
www.lelabdentaire.com



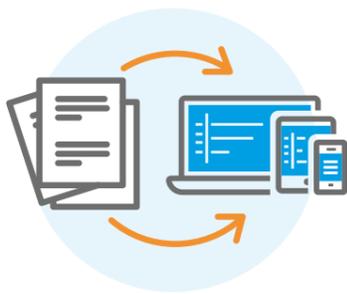
Découvrez la solution Cloud pour développer votre activité.



Avec **veasy**, entrez dans l'ère de la transformation digitale, mise au service des professionnels de santé et de leurs patients, pour révolutionner et simplifier le quotidien de tous.



Multi plateforme



100% digital



Plus de mise à jour



Plus de sauvegarde

GRUPE VISIODENT

Contenu prohibé

- coordonnées du lieu d'exercice
- mention ou lien vers son site Internet
- références à des publications du praticien
- diplômes, titres et fonctions non reconnus par le Conseil National de l'Ordre
- publicité pour une firme ou un produit

Mais ce principe d'interdiction formelle est remis en cause. Ainsi, la publicité a de nombreuses fonctions et fait partie intégrante de notre société, elle est tantôt prônée par certains, décriée par d'autres. Réprimée dans le secteur de la santé, aurait-elle cependant une utilité ?

La publicité sert à attirer, à accrocher, à séduire, à vendre, à faire acheter, à faire consommer, mais aussi à informer, à faire connaître, à faire changer d'habitude, à créer des besoins, à faire réfléchir. Elle sert également à créer de la concurrence, et **c'est le cœur du débat : peut-il y avoir concurrence entre les professionnels de santé ?** Ceci est une autre vaste problématique, mais à l'heure actuelle la concurrence entre les chirurgiens-dentistes est plutôt prohibée par les syndicats de chirurgiens-dentistes, mais encouragée de plus en plus par le gouvernement et les représentants des patients, en instaurant par exemple les devis conventionnels ou l'affichage des tarifs. S'ajoute à cela la problématique des centres de santé dentaire, polyvalents, mutualiste ou low cost, en augmentation croissante sur notre

territoire (pour des raisons économiques principalement, mais également dans le but d'optimiser le maillage territorial en matière de santé bucco-dentaire), et pour lesquels il y a actuellement un vide juridique, la justice se basant alors sur la jurisprudence. Selon le numéro de mai 2015 de *La Lettre*, « [ils] sont dirigés par des gestionnaires qui sont le plus souvent impliqués directement ou indirectement dans des sociétés commerciales au travers desquelles ils recueillent le bénéfice de dépenses qu'ils décident de mettre à la charge des centres de santé ».

Il s'agit bien dans ce cas d'un gain de productivité, ce qui s'oppose bien évidemment totalement (en plus du fait que le créateur-gérant est aussi le promoteur) à l'article R. 4127-215 du Code de Déontologie (« la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce ») et au concept « non lucratif », résultant de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST, 2009) et de la loi Fourcade (2011). Est alors apparu le problème de leur statut et la question de savoir s'ils étaient assignés aux mêmes contraintes que les chirurgiens-dentistes « traditionnels », notamment en matière de publicité. En effet, plusieurs centres ont été portés devant les tribunaux car ils vantaient leurs prestations au public par des affichages urbains, ou via Internet. Ainsi, de nouvelles ordonnances, une adaptation du Code de la Santé Publique et la création de postes de chirurgiens-dentistes experts « centre de santé » à l'Agence Régionale de Santé ont

pour but d'encadrer les centres tant au niveau de leur création que de leur organisation, gestion et fonctionnement et d'accompagner la création et la pérennisation des centres, de les inspecter, de veiller les promoteurs, et de réfléchir à une évolution de la législation.

À Lyon, les centres Dentexia ont été condamnés à verser 5 000 euros de dommages et intérêts au conseil départemental pour comparaison de tarifs, promesses de bons résultats et dans des délais courts, les assimilant à des entreprises commerciales.

La publicité est donc bien encadrée en France, tant au niveau ordinal que législatif, malgré une remise en question.

Qu'en est-il à l'étranger ?

La réglementation de la publicité est différente selon les pays. Au sein de l'Europe, mais aussi de l'Union Européenne, les multiples législations rendent difficile l'encadrement et le contrôle des procédés publicitaires.

Une clinique ou un centre de soin étranger s'installant sur le sol français est bien évidemment soumis aux lois françaises, mais pour le cas inverse, des problèmes émergent avec la multiplication de publicités françaises pour des soins à l'étranger, notamment en Italie ou en Hongrie où la loi est beaucoup plus tolérante.

La législation suisse est moins restrictive mais encadre les pratiques des professionnels de santé. En Belgique, plusieurs affaires sont venues remettre en cause la loi du 15 avril 1958 relative à la

publicité des chirurgiens-dentistes, comme celle de Monsieur Doulamis en mars 2008 qui avait inséré des annonces publicitaires dans un annuaire, ou celle en 2014 où un chirurgien-dentiste avait notamment installé un panneau publicitaire. Ce dernier a été dans un premier temps condamné par la législation belge qui interdit la publicité en santé, puis relaxé par la cour d'Appel qui a estimé que cela était contraire au droit de l'Union.

Et c'est donc là toute la difficulté d'établir des règles universelles, étant donné les multiples facettes que représente entre autres l'Union Européenne. Actuellement, la position de l'Union est en faveur d'un encadrement de la publicité professionnelle, mais qui ne doit pas aboutir à une interdiction absolue.

Les états membres sont d'accord sur le fait que l'usage de la publicité, parfois trompeuse ou mensongère, contribue d'une part à dégrader l'image, la dignité et l'honneur de la profession ; d'autre part altère la relation praticien-patient ; conduit parfois à la réalisation de soins non nécessaires ou abusifs ; et nuit à la protection de la santé.

Internet a par ailleurs véritablement levé les frontières et permet la diffusion d'information à grande échelle. Il est courant également de trouver des publicités pour des soins dentaires sur les réseaux sociaux ou tous types de supports, au Québec ou en Espagne.



Panneau publicitaire d'une grande chaîne de restauration rapide américaine offrant un repas si l'enfant fait une consultation chez un chirurgien-dentiste



Emballage de sucre en poudre offrant une consultation et une obturation gratuites



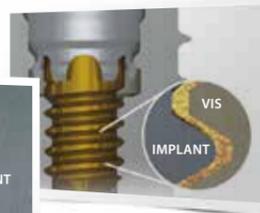
Soyons honnêtes : rien ne vaut l'original !



Les implants Premium méritent des composants prothétiques haut de gamme. C'est pourquoi il est préférable de **réhabiliter** vos implants dentaires Zimmer Biomet avec des composants **GenTek**, une toute nouvelle gamme de composants prothétiques disposant d'une connexion authentique. Conçus pour interagir, les restaurations prothétiques utilisant des composants GenTek s'ajusteront parfaitement à vos implants Zimmer Biomet, assurant l'**intégrité physique** et une **esthétique durable** qu'attendent vos patients. Soyez-en sûr : la qualité des connexions authentiques a souvent été imitée, mais n'a jamais été égalée ! Les composants prothétiques Zfx™ GenTek™ sont disponibles pour **les systèmes d'implants dentaires Zimmer Biomet Certain®**, **External Hex™**, **TSV™/Trabecular Metal™** et **Eztetic®** dans le cadre d'un processus de traitement numérique ouvert.



Connexions TSV™, Trabecular Metal™ et Eztetic®
Pilier avec Friction-Fit™ : Un grossissement SEM de 150X montre un verrouillage mécanique dans la zone d'engagement entre les pans hexagonaux de l'implant et du pilier.



Connexion Certain®
Technologie SureSeal™ : Fournit une étanchéité supérieure au niveau de la jonction entre l'implant et le pilier. Pour ce faire, ont été combinés la technologie exclusive de la vis Gold-Tite™, la connexion interne Certain® et des procédés de fabrication de précision.

Prochainement disponible

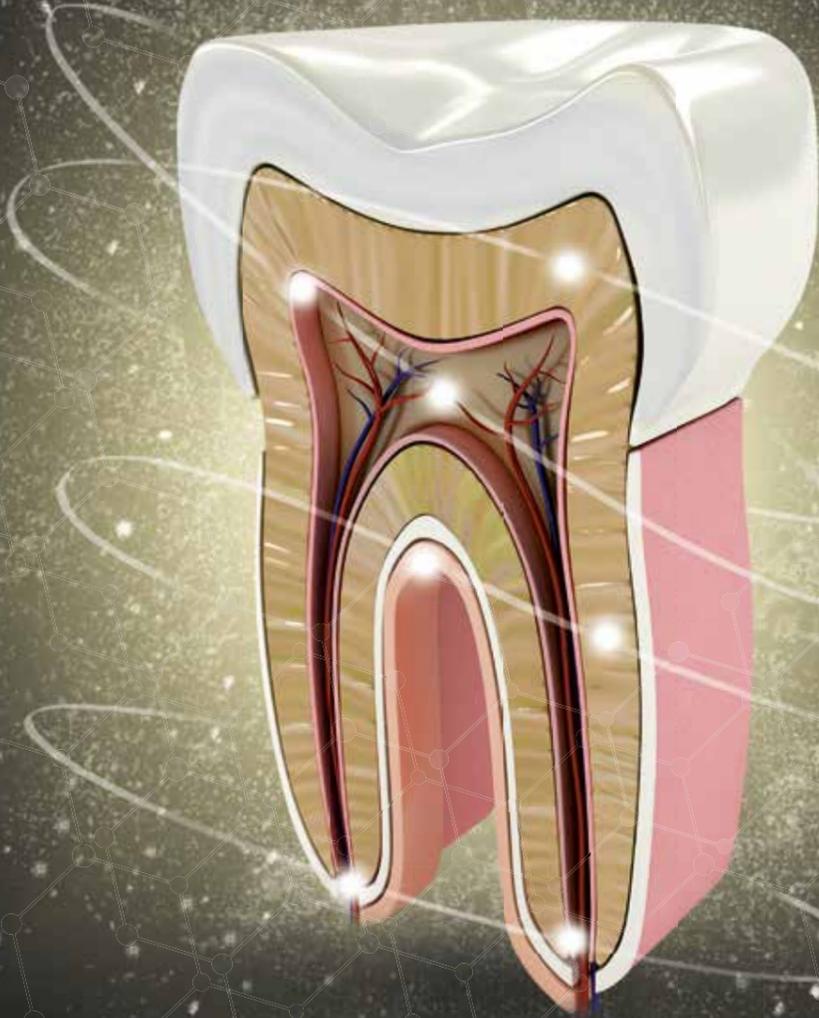


#GenTek
Veuillez contacter Zimmer Biomet pour de plus amples informations +33 41 05 43 43
www.zfx-dental.com
www.zimmerbiometdental.com



Biodentine™

n'est pas une protection pulpaire
comme les autres !



COMPAREZ AVEC LA VÔTRE ...

Biodentine™

Substitut dentinaire bioactif

Septodont - 58, rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex
Tél. : 01 49 76 70 02 - Fax : 01 49 76 70 78 - www.septodont.fr

Dispositif médical de Classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR. Marqué CE et Organisme certificateur CE0459 GMED. Fabricant : Poudre + Liquide : Septodont France. Spatule : Medistock - Rue du Carreau - 69960 Corbas - France. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.





FAIRE POUR VOUS

C'est prendre soin de la santé de votre cabinet pour vous aider à mieux prendre soin de la santé de vos patients. C'est vous proposer des produits et des services, mais surtout trouver la **solution qui vous correspond.**

Hommage à Ben Williamovsky, un Mensch

Sydney Boubliil, past president AO Paris

Mercredi 27 février, Alpha Oméga a perdu un de ses membres les plus éminents. Issu du chapitre de Washington, Ben Williamovsky a été Président International, et à ce titre il nous a rendu visite à Paris et s'est lié d'amitié avec plusieurs membres du chapitre.

Pilier des conventions internationales, nous avons eu l'occasion de le côtoyer et de l'apprécier à de maintes reprises. Avec son épouse Mina – qu'il est parti rejoindre –, il formait un couple admirable, aimé de tous. Il a été un modèle et un moteur pour tous les membres AO. Avec Ralph Rothstein, il s'est battu pour la réouverture de l'École dentaire de Tel Aviv et a œuvré également pour l'École dentaire de Jérusalem. Il a aussi été à l'origine du Programme d'aide aux survivants de la Shoah par l'intermédiaire de la Fondation Alpha Oméga.

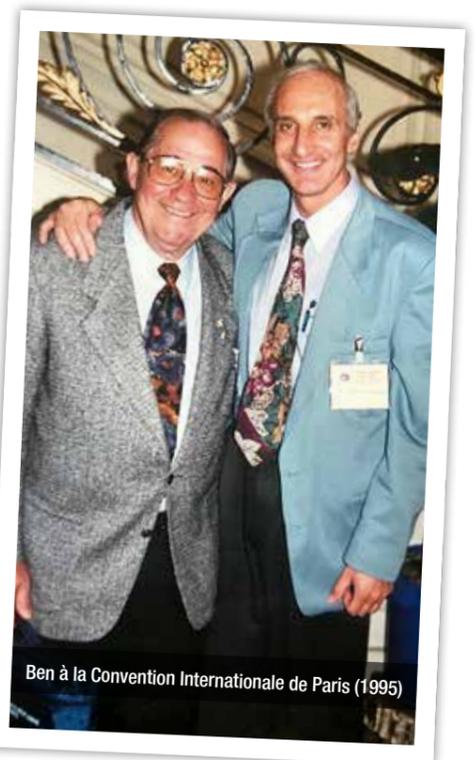
Nous n'oublierons jamais sa gentillesse et son visage toujours souriant, ayant toujours un bon mot pour chacun, ou une dernière bonne blague.

À ses quatre enfants, Samuel, Debbie, Harald, Laurie et à toute sa famille, nous adressons nos sincères condoléances et l'assurance de toute notre sympathie.

Parmi tous les témoignages qui ont afflué, en voici quelques-uns qui résumement bien ce que représentait pour tous Ben Williamovsky.



Ben Williamovsky avec Wendy Speckor et André Amiach (Tel Aviv 2016)



Ben à la Convention Internationale de Paris (1995)



Ben avec le président de TAU Joseph Klafter et la doyenne de l'école dentaire



Ben entouré de S. Boubliil, René Arav et André Amiach

“ Cher Ben, Pour moi, tu seras toujours en vie. Depuis 1979, j'ai suivi tes pas. J'ai essayé de comprendre ta façon de vivre, ton enthousiasme, ton sourire, et ta dévotion à Alpha Oméga et à toutes les autres actions. Je me souviens de tous les moments passés avec toi, tous nos combats, toujours debout, et prêt à aller de l'avant. Aucun mot ne pourra exprimer mon émotion profonde, oui, je pleure mon exemple, mon coach pour tout mon engagement. Aujourd'hui tout est différent, je perds un père et un grand-père pour mes enfants. Merci pour toute l'énergie et le soutien que tu m'as dispensé. J'espère que les jeunes générations sauront s'inspirer de toi pour perpétuer notre Fraternité. Jamais je n'oublierai ta voix dans la chanson de F. Sinatra « My way »... Oui, quel chemin fantastique ! ”

André Amiach

“ Nous sommes bouleversés, au nom d'Alpha Oméga International Dental Fraternity, d'apprendre le décès du past président international « Oncle Ben Williamovsky ». Ben a marqué de nombreuses vies de nos frères et incarné les valeurs d'AO. Il était gentil, respectable, drôle, généreux et un personnage toujours surprenant. J'ai eu la chance de le rencontrer à l'occasion de ma dernière visite au chapitre de DC. Ben a été un de mes premiers mentors et m'a inculqué la passion et l'amour pour AO. Son amour et son dévouement à AO ont marqué tous ceux qui l'ont connu. Il nous manquera beaucoup et sera aimé pour toujours. ”

Steven Spitz, Président International 2019

“ Je rends hommage, avec mes larmes, à l'homme qui m'a donné tout, un autre père, un autre frère, un autre partisan, un autre ami. Il était l'un des rares hommes à inspirer le respect. Respect pour ses charitables efforts, respect pour sa gentillesse qu'il a montré à tous. Il pouvait raconter une histoire mieux que quiconque, mais il n'aimait pas parler dans un micro. Il avait le don merveilleux de nous donner le pouvoir de faire mieux, de faire plus. Il nous a motivés avec ses mots et en donnant l'exemple. Nous avons perdu un grand homme aujourd'hui, je suis reconnaissant de l'avoir connu et d'avoir pu l'appeler mon ami. Tout mon amour et mon admiration Benny, tu seras toujours avec moi. ”

David S.

“ J'ai eu l'honneur de connaître Ben il y a un demi-siècle dans une Convention Internationale à Détroit. C'était un grand monsieur, un vrai gentleman. Nous avons collaboré immédiatement, surtout dans le domaine international. Il m'a beaucoup aidé et conseillé pour la création de nouveaux chapitres en Amérique du Sud, en Afrique du Sud et surtout en Europe de l'Ouest, et, après la chute du communisme, en Europe de l'Est (les pays Baltiques, la Pologne, la République Tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie) sans oublier la Grèce, la Turquie, etc. Jusqu'à la fin de sa vie, il était toujours très actif. Je le rencontrais souvent à Miami où il venait voir son ami intime, le Pr Buddy Krasne. Il a supervisé le bureau de notre quartier général à Washington DC. Après le décès du Chancelier et doyen Walter Cohen, c'est le deuxième AO qui nous a quittés. Il nous manquera, que son âme repose en paix. ”

René Arav

Voyage organisé par AO Paris du 29 mai au 2 juin (Ascension)

Sur les traces juives en Thessalonique*

SÉJOUR CULTUREL ET CONVIVIAL AVEC UN GUIDE EXCEPTIONNEL !

(Départ : mercredi 29 mai - 15h45 • Retour : dimanche 2 juin - 19h)

TARIF : 1 200 €/personne (taxes comprises sur la base de 40 participants en chambre double)

Surclassement possible en chambre supérieure, vue mer ou suite avec supplément

Frais de participation au congrès scientifique : 120 €/personne (déduction fiscale possible)

Réservations auprès de Chantal Elysées Tours au 01 49 70 49 71
Informations complémentaires auprès de la GO d'AO Audrey OHAYON au 06 80 11 71 05

*Programme scientifique en cours



DERNIÈRES PLACES

Le PACIFIC,

la nouvelle vision du confort,
une nouvelle façon de travailler.



LE FAUTEUIL MONOCOQUE

Le fauteuil monocoque Pacific propose, pour vous,
une ergonomie de travail optimale, et pour vos patients,
un confort inégalé...

...Et il existe aussi en version ambidextre.



Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul - 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SZUTES T(2195)
Fabricant : Airel, France / Janvier 2019
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation



La gestion des échecs et des complications en endodontie avec Faouzia Boussetta

Marie-Hélène Azoulay



Le 15 novembre dernier, notre salle de conférences était comble. En effet, nous avons le privilège de recevoir notre consœur Faouzia Boussetta, endodontiste exclusif dans la région lyonnaise et enseignante à la faculté de Lyon. Le thème traité portait sur la gestion des échecs et des complications en endodontie. En introduction, elle nous rappelle qu'il est très difficile d'être généraliste, car il faut être bon partout et de rajouter que l'endodontie est une discipline très difficile ! Il faut toujours garder en tête : *primum non nocere*.

L'endodontie s'articule autour de trois piliers qui sont le nettoyage, l'obturation canalaire, et l'étanchéité. La première étape, primordiale est le diagnostic. La radiographie n'est qu'un examen complémentaire.

Il est à noter que la radiographie 3D peut être intéressante dans le cas de résorption interne. Il est important de savoir quelle est la dent causale, d'où vient une éventuelle fistule mentonnière, de ne pas passer à côté d'une dent fissurée (on utilise pour cela le bleu de méthylène), ou encore d'une « dens in dente ». Alors seulement, on prendra la décision de traiter ou de retraiter. Il ne faut jamais oublier qu'on ne trouve que ce qu'on cherche et qu'on ne cherche que ce que l'on connaît.

Faouzia Boussetta nous rappelle qu'un canal est toujours centré sur une racine. Il faut donc faire très attention au quatrième canal des premières molaires supérieures et aux prémolaires molariformes. Dans un traitement de racine, de

nombreux obstacles sont sur notre chemin : la courbure des racines la localisation de l'apex, la manipulation des différents produits. Par exemple, la diffusion d'hypochlorite au niveau apical imposera de laisser saigner et de laisser la dent ouverte. **Le secret de l'endodontie est la cavité d'accès.** En effet, trop de butées sont liées à une absence de pré-courbure des limes car l'accès a été mal étudié.

En cas de butées non négociables malgré une cavité d'accès correcte, soit les canaux sont calcifiés et on a une cicatrisation fibreuse soit l'image apicale montre un passage bactérien et alors peut-être à ce moment-là, faudra-t-il envisager de ne pas conserver la dent.

Pour terminer, notre experte nous a donné quelques détails sur l'instrumentation tels que le thermocompacteur qu'il faut visser pour enlever ou encore le kit Masserann qui peut rendre des services en cas d'instruments brisés. Heureusement, la nature est bonne mère ; ce qui ne nous dispense pas d'être attentifs au dépassement de pâte canalaire. « Analyse des risques » et « savoir s'arrêter » sont les maîtres mots de cette conférence.

Notre consœur a étayé sa présentation par de nombreux cas cliniques intéressants, et nous la remercions d'avoir rendu cette discipline attractive grâce à son humour et sa gentillesse. Un grand merci à nos sponsors qui nous soutiennent et nous sont fidèles (Labocast, PFOC, Crownceram, Pc Net Sante, Dentalone, Dentsply Sirona, Approdent).



Le cliché désormais classique : Corinne Attia et Marie-Hélène Azoulay entourant Faouzia Boussetta



Les frères Dratler ! Alain et Bernard



Elsa Fitouchi avec 2 amies étudiantes



Claude Benant et Bruno Fitouchi



Samuel Bouchoucha, notre trésorier, avec notre sympathique conférencière



La relève !



Nos partenaires de Dentsply Sirona...



... Kuraray...



...et Pierre Fabre Oral Care



Une grande réussite pour la 1^{re} soirée AOPJ avec Marc Danan et Xavier Bensaid : recouvrir une dénudation radiculaire, mythe ou réalité en 2019

Patrick Chelala et Cyril Licha



Nos supers conférenciers : Marc Danan et Xavier Bensaid

Le bureau AOJP

- ▶ Président : Léonard
- ▶ Vice-Président : Patrick
- ▶ Trésorier : Thibaud
- ▶ Secrétaire Général : Léa
- ▶ Relations partenaires : Antoine, Yohann
- ▶ Réseaux sociaux et communication : Ryme, Léa
- ▶ Événementiel : Alexandra
- ▶ Logistique : Cyril, Joseph

Pour nous rejoindre : page Facebook Alpha Omega Paris Jeunes

AO NEWS
25 ANS

C'est le 22 janvier 2019 qu'a eu lieu la première conférence Alpha Omega Paris Jeunes (AOPJ) à la faculté de chirurgie dentaire de Montrouge.

19h30, les premiers participants se pressent à l'entrée pour se faire enregistrer pour la conférence malgré une journée frappée par la neige. Les laboratoires (Dexter, Labocast, MSD, Henry Schein et...) s'affairent à présenter leurs produits et le buffet au centre du couloir fait les premiers heureux.

20 h, les étudiants se pressent dans l'amphithéâtre Michel Degrange et épuisent les quelques 140 places : c'est déjà un succès ! Léonard, président d'AOPJ, accueille les étudiants avec un beau discours, ainsi que nos deux conférenciers : D^r Marc Danan et D^r Xavier Bensaid.

La conférence démarre et le D^r Marc Danan prend la parole en annonçant quinze minutes de théorie.

L'année 2018 a été marquée par la publication d'une nouvelle classification de référence en

parodontologie. Ainsi, la classification Chicago 2018 remplace Armitage 1999. Le D^r Danan prévient alors les étudiants qui préparent l'internat de bien la travailler.

Il détaille alors les principales nouveautés de cette classification qui intéresseront plus tard l'exposé de Xavier Bensaid.

La classification de Cairo remplace alors celle de Miller, prérequis indispensable à la chirurgie mucco-gingivale.

Le D^r Danan a longuement insisté sur l'importance de l'analyse avant traitement orthodon-

tique. Il arrive que des récessions parodontales iatrogènes apparaissent suite à des traitements en cours. Il faut être ortho-conscient, mais parfois il y a des ratés : « celui qui ne fait rien qui n'a pas d'échec ».

L'absence de tissu kératinisé n'est pas un facteur déclenchant de maladie parodontale, mais c'est un facteur de risque de récession gingivale. La position de la dent sur l'arcade est également un facteur essentiel à prendre en compte.

Marc Danan pose alors la question « peut-on traiter une récession au palais ? » La salle se



L'un de nos partenaires, Nicolas Burckhart (Labocast)



L'équipe de AOPJ : Yohann, Antoine, Thibaud, Léo, Patrick, Cyril, Joseph, Ryme, Lea, Lea et Alexandra

Le K2,

Le nouveau gage de légèreté pour la profession.



LE FAUTEUIL COMPACT

Léger, maléable et résolument compact, le K2 est un modèle pensé pour les espaces réduits. Il offre une fluidité de mouvement inégalée.



Plus d'informations sur www.airel-quetin.com

Airel Quetin - 917, Rue Marcel Paul • 94500 Champigny-sur-Marne
Tél : 01 48 82 22 22 • choisirfrancais@airel.com
Dispositif médical : Classe IIa - Organisme notifié : SZUTES T(2195)
Fabricant : Airel, France / Janvier 2019
Pour toute information complémentaire, se référer à la notice d'utilisation



SOIRÉE DU 22 JANVIER

plonge dans le silence : « impossible » déclare-t-il.

Trois quarts d'heure plus tard s'achève son intervention. Et les étudiants captivés applaudissent. C'est au Dr Bensaïd de prendre la parole pour présenter la partie clinique de la conférence. Le sujet des composites de collet a été abordé : il vaut mieux ne pas en faire que de les faire dans des conditions non étanches ou débordants. Il est même possible de les faire à distance de la limite cervicale juxta-gingivale, le hiatus laissé permettant de stabiliser le futur greffon.

Beaucoup de photos et de vidéos ont été présentées pour le plus grand bonheur des étudiants. Différentes techniques ont été abordées à travers leurs tracés d'incisions, manipulations des greffons, sutures... Les étudiants de toutes les promotions y ont trouvé un intérêt en fonction de leurs acquis.

Les conférenciers nous ont présenté la possibilité de prélever un greffon en vestibulaire des secteurs maxillaires quand la quantité de tissu kératinisé est satisfaisante. La ma-

nipulation est assez compliquée, mais les suites post-opératoires sont moindres voire inexistantes.

Ce qu'il faut retenir c'est que l'anamnèse est indispensable (fumeurs, étiologies possibles) pour poser le diagnostic positif et étiologique de la lésion. Et la réévaluation avant la chirurgie l'est aussi : en effet, le pronostic à court, moyen et long terme est mauvais si le facteur étiologique n'a pas été corrigé. Par exemple, des lésions comme les bourrelets de Mac Call et les fentes de Stillman témoignent d'un brossage traumatique qu'il faudra corriger.

Finalement, c'est le projecteur qui décida de la fin de la conférence en s'éteignant, heureusement, sur la dernière diapo du Dr Bensaïd. La pédagogie du Dr Danan captive tandis que la technique de Dr Bensaïd impressionne, et c'était un honneur de recevoir ce formidable duo pour la première conférence de la jeune équipe d'AOPJ.

À suivre, le compte rendu de la prochaine soirée du 26 mars avec Jonathan Sellem et Paul Laccourreye sur les facettes.



Cyril, Pierre Bobin et Jérôme Philippe (Henry Schein), Patrick, Louise, Julien, Clémence et Julia



Notre président AOPJ avec le Président d'AO Paris, Franck Sebban



Daniel Lourenco (Dexter) et Benjamin



Marie, Sarah, Yulia et Phoebe (4^{es} années)



Les conférenciers avec les organisateurs de la soirée



Timothé, Cyril et Thibaud avec Jérôme Loeb (MSD Dental)



Cyril, Daniel et Kevin (jeunes diplômés)



Nabil, Sohaib et Moussa (4^{es} années)



Alice et Ora



Alexandre entouré d'Emma et Sarah (5^{es} années)

Une soirée orthodontie avec Michel le Gall

Jean-Luc Guetta



Notre conférencier entouré de Laura David, Nathalie Assayag et Laura Levy



Élodie Sebag, Denis Chaouat et Thierry Meyer, past president

Ce mardi 26 février, nous avons suivi un cours traitant d'orthodontie et plus particulièrement des gouttières « Invisalign omni vs Invisalign pro : les limites »

C'est le Pr Michel Le Gall qui a brillamment animé la soirée. On a essentiellement parlé des procédés Invisalign, Orthocaps et SureSmile. Le Pr Le Gall nous a exposé différents types de paramètres concernant ces traitements avec certaines limites à ne pas dépasser (Illustrations à retrouver sur notre page FB, facebook.com/AOMarseille/).

Comme d'habitude une nombreuse assistance s'est retrouvée autour de Laura Levy, présidente du chapitre et orthodontiste elle-même.

Merci à nos partenaires : ADI (Stéphane Azoulay), Crinex (Sophie Provin), Dexter (Frédéric Cabre), Pierre Fabre Oral Care (Élisabeth Ollive), AXA (Alain Taïeb), Dentart (Gilbert Mosca), Lyra (David Legroux)



Eythan Trabelsi, David Fitoussi et Léa Lasri



Le retour de Deborah : les bébés ont grandi !



Chmouel Elkys avec Raphaël Dahan



Jérémie Selam, Emanuel Said, Nethanael Smadja, tout sourire



Oceane Marciano, Yankel Laskar et Alain Londner



Les jolies Sarah Tordjmann et Noémie Drikes

AxIN®

DENT TRANSVISSÉE PERSONNALISÉE

INNOVATION

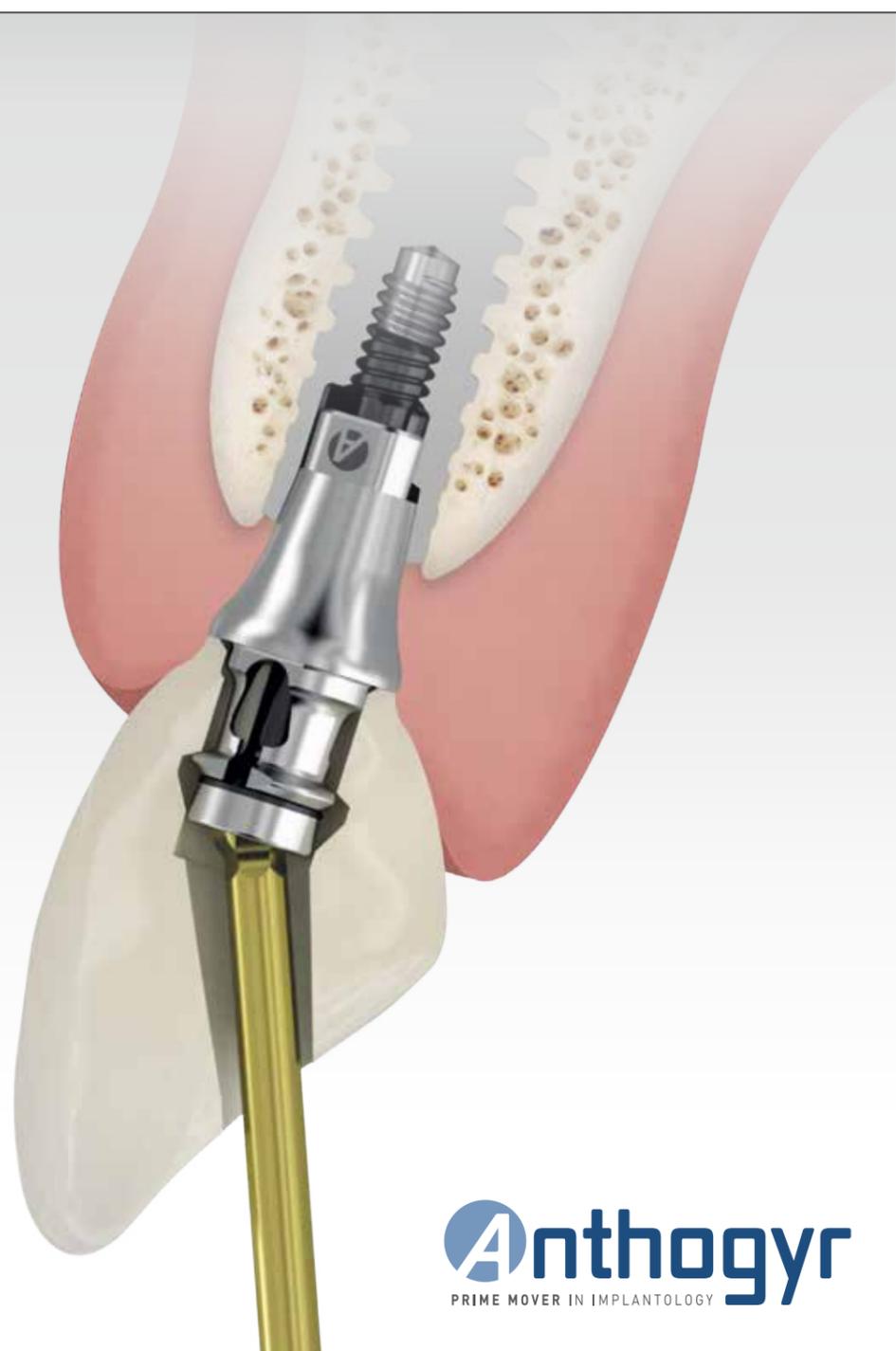
Choisissez votre nouvelle référence

Pour respecter l'anatomie de la dent naturelle, Anthogyr crée **AxIN®**. Cette dent transviscée personnalisée **Simeda®** en zircone ne nécessite ni colle, ni ciment de scellement. Profitez de son Accès Angulé libre de 0° à 25° et de son fût étroit ø 2 mm pour optimiser le design prothétique. Une façon intelligente de préserver les bords libres et les zones de contraintes. Avec **AxIN®**, privilégiez le rendu esthétique et la sécurité biologique de vos restaurations unitaires, quel que soit le secteur.



www.anthogyr.fr

Anthogyr
PRIME MOVER IN IMPLANTOLOGY





DENTAL CRAZY DAYS

**VOYEZ LA VIE EN 3D
À UN PRIX VRAIMENT FOU !**

DU 15 MARS AU 30 AVRIL 2019**



**7 500€
DE CONSOMMABLES
OFFERTS**

**POUR L'ACHAT D'UNE
PANORAMIQUE
XG 3D
DENTSPLY SIRONA
À 50 000€**

OFFRE INCLUANT :

Installation - Mise en main - Formation par des confrères experts - 1 dotation de consommables dentaires d'une valeur de 7 500€ prix catalogue, livrés selon vos besoins.

QUANTITÉ LIMITÉE*

POUR PROFITER DE CETTE OFFRE EXCEPTIONNELLE, CONTACTEZ LE REVENDEUR DE VOTRE CHOIX

ARCADE
DENTAIRE

DATIS NORD

dentalinov
une solution d'avance

ou enregistrez vous sur www.dentalcrazydays.fr du 15 mars au 30 avril 2019

Les dispositifs médicaux pour soins dentaires, tels que les panoramiques de la gamme ORTHOPHOS, sont de classe IIb fabriqués par DENTSPLY SIRONA, organisme certifié 0123. Lisez attentivement les instructions figurant sur les notices ou sur les étiquetages avant toute utilisation. Dispositif médical réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la sécurité sociale au titre de la LPP. *Quantité limitée à 45 unités. **Date de validité de l'offre : enregistrement sur le site www.dentalcrazydays.fr du 15 mars au 30 avril 2019 pour un achat réalisé avant le 30 Juin 2019.

Align Technology lance le nouveau système d'imagerie Itero Element® 5D pour les soins complets de prévention et de restauration

align

- Le premier scanner intra-oral avec technologie d'imagerie proche infrarouge (NIRI) qui scanne la structure interne des dents (émail et dentine) en temps réel.
- Le premier système d'imagerie dentaire intégrée capable d'enregistrer simultanément des images 3D avec couleurs intra-orales et NIRI, et de réaliser une comparaison dans le temps à l'aide de la technologie® iTero TimeLapse¹.
- La technologie NIRI du système iTero Element® 5D aide à détecter et surveiller les caries interproximales au-dessus de la gencive, sans rayonnement nocif¹.
- La nouvelle interface Web MyiTero.com complète la visualisation du système iTero Element 5D.
- Le flux de travail direct praticien-laboratoire, en série limitée, envoie automatiquement le scan au laboratoire de votre choix.



Align Technology, Inc. (NASDAQ : ALGN) a annoncé le 18 février le lancement du système d'imagerie iTero Element 5D. Ce système propose une nouvelle approche complète des applications cliniques, des flux de travail et de l'expérience utilisateur, élargissant ainsi le portefeuille existant iTero Element de haute précision, à l'imagerie couleur et aux temps de scan rapides. La famille de produits iTero complète, y compris le système iTero Element 5D, a été présentée à l'occasion du 38^e International Dental Show (IDS).

Le système d'imagerie iTero Element 5D : plus qu'un simple scanner

En plus de toutes les fonctionnalités que les praticiens attendent et auxquelles ils se fient désormais avec le scanner iTero Element 2, le scanner iTero Element 5D est le premier système d'imagerie dentaire intégrée capable d'enregistrer simultanément des images 3D, avec couleurs intra-orales et NIRI, et de réaliser une comparaison dans le temps à l'aide de la technologie iTero TimeLapse¹. La technologie, avec 3D intégrée, couleurs intra-orales et NIRI du système iTero Element 5D permet de détecter et surveiller la survenue de caries interproximales au-dessus de la gencive, sans rayonnement nocif¹. Avec un scan d'arcade entière en seulement 60 secondes, le système d'imagerie iTero Element 5D fournit aux praticiens de puissantes capacités de visualisation, notamment :

- Empreintes 3D pour travail orthodontique et de restauration
- Instruments d'analyse tels que l'outil d'espace occlusal²
- Imagerie NIRI
- Imagerie de caméra intra-ORALE
- Technologie iTero TimeLapse
- Simulateur de résultats® Invisalign²
- Évaluation de la progression Invisalign²

MyiTero.com : nouvelle interface Web qui libère le scanner pour les scans

Align Technology propose également désormais une plate-forme Web appelée MyiTero.com, qui complète la visualisation du système d'imagerie iTero Element 5D. Celle-ci peut être utilisée pour préparer une prescription avant le rendez-vous et visualiser des scans avec le patient sur plusieurs supports, ce qui donne au cabinet la souplesse d'accompagner plus de patients avec cette technologie de pointe. MyiTero.com libère le scanner afin que le cabinet puisse réellement optimiser son utilisation ainsi que son investissement dans la technologie.

Flux de travail direct praticien-laboratoire en série limitée : des options de flux de travail qui répondent aux besoins praticien-laboratoire

Align Technology poursuit la simplification des flux de travail pour les dentistes et les laboratoires, avec l'ajout du flux de travail direct praticien-laboratoire. Ce nouveau flux de travail permettra d'envoyer automatiquement le scan au laboratoire choisi par le praticien. Ce dernier peut communiquer avec le laboratoire par le biais du compte MyiTero.com pour déterminer si le scan est acceptable ou si des informations supplémentaires sont nécessaires. Ce flux de travail continuera à être pris en charge avec des services à la demande comme la modélisation iTero et les modèles moulés sur mesure, tous deux propres aux scanners iTero Element, sur lesquels comptent désormais les laboratoires. Le flux de travail direct praticien-laboratoire fait actuellement l'objet d'essais de pré-commercialisation en Amérique du nord et en Europe.

1. Données archivées chez Align Technology à compter du 4 décembre 2018.
2. En standard dans tous les scanners iTero Element.

Des informations sur le système d'imagerie iTero Element 5D sont disponibles à l'adresse <http://www.itero.com/en>.

AxIN® une innovation Anthogyr pour toutes les restaurations unitaires personnalisées

Anthogyr
PRIME MOVER IN IMPLANTOLOGY

Anthogyr continue d'innover avec AxIN® une dent Simeda® transvissée Zircane avec Accès Angulé sans colle, ni ciment de scellement, pour un résultat esthétique et fonctionnel quel que soit le secteur traité.

Anthogyr innove dans l'unitaire en créant AxIN®, une dent Simeda® transvissée personnalisée en zircone. Très simple d'utilisation, AxIN® se distingue par sa sécurité biologique et un résultat esthétique et fonctionnel, quel que soit le secteur traité. AxIN® apporte une solution inédite pour les restaurations unitaires puisqu'elle ne nécessite ni colle, ni ciment de scellement. L'usinage spécifique de l'intrados de la couronne permet d'optimiser le design d'AxIN® et de réduire le risque de chipping en ajustant l'émergence du puits de vissage, y compris pour les dents de petite taille. Elle bénéficie d'une angulation totalement libre de 0° à 25° et d'un fût de seulement 2 mm de diamètre. Trois zircons sont disponibles pour la partie coronaire : Multi Layer (Sina ML), opaque (Sina Z), translucide (Sina T). Trois types de conceptions de prothèses sont possibles : homothétique, cut-back ou anatomique. Le fonctionnement d'AxIN® est simple. Compatible avec les implants Axiom® BL et Axiom® TL, la prothèse zircone est montée sur une embase titane démontable qui intègre la vis solidarissant l'ensemble de l'édifice. Le praticien ainsi exonéré de toute manipulation de vis, bénéficie d'un vissage rapide et aisé en bouche grâce à la clé sphérique. Celle-ci est commune à toutes les prothèses Simeda® et Connect+® dotées d'Accès Angulés. AxIN® offre désormais la possibilité aux praticiens et prothésistes de choisir un nouveau modèle de restauration unitaire, alliant le résultat esthétique à la sécurité biologique.

- Solution unitaire transvissée Zircane pour tout secteur
- Sécurité biologique : sans colle, ni ciment de scellement
- Confort et esthétique : Accès angulé libre de 0° à 25° avec fût Ø 2 mm, y compris pour dent de taille réduite
- Compatible avec implants Axiom® BL et Axiom® TL

www.anthogyr.fr



Le Webinar Colgate®

SFPIO

Colgate

« Nouvelle classification des maladies parodontales : quels diagnostics maintenant ? » désormais disponible en replay

Ce tout nouveau webinar organisé par Colgate, en association avec la SFPIO, s'est déroulé le mercredi 13 février dernier. Les conférenciers du Département de Parodontologie, UFR d'Odontologie, Université Paris-Diderot, Hôpital Rothschild AP-HP Paris ont brillamment démontré en quoi cette nouvelle classification, qui s'impose aujourd'hui à tous les odontologistes spécialisés ou non, modifie l'approche clinique quotidienne. Richement illustré et agrémenté de nombreux cas cliniques, ce Webinar a ainsi pu explorer toutes les incidences de cette classification et aboutir à une vision claire, synthétique et pédagogique utile à tous. Leur intervention a été suivie par celle de Mehdi Ait-Lahsen, chef de projet Affaires Scientifiques Colgate, qui est revenu sur les produits de la gamme meridol® destinés à accompagner le praticien en prévention et soin des problèmes de gencives ou lors des phases de maintenance.

À voir et à revoir sans modération sur : <http://www.colgatetalks.com/webinar>
www.sfparo.org



P. Philippe DUCHARD,
D. Maria-Claudia CARRA,
D. Stéphane KERNER,
D. Francis MORA,
Mehdi AIT-LAHSEN (Colgate)

Regenerate™ révolutionne le soin dentaire avec le bain de bouche expert formule moussante

REGENERATE
ENAMEL SCIENCE

Regenerate™ vient compléter la routine dentaire avec un produit novateur et technologique : le bain de bouche Expert. Il devient le nouveau geste essentiel qui aide à prévenir les effets causés par les attaques acides en aidant à restaurer l'émail.

Bénéfices : Aide à restaurer l'émail - Aide à protéger contre les caries - Fraîcheur durable

Comment l'utiliser : Presser 3 doses directement dans la bouche - Rincer en bouche pendant 30 secondes (ne pas avaler) Jusqu'à 50 utilisations par bouteille

Sans alcool - Contient du fluor (225 ppm) - S'utilise jusqu'à 3 fois par jour

Le bain de bouche Expert REGENERATE™ aide à restaurer l'émail et permet ainsi de prévenir la déminéralisation³ pouvant être provoquée par les attaques acides. Sa formule moussante pénètre toute la bouche et atteint les espaces interdentaires pour des dents fortes et saines. Recommandez l'utilisation du bain de bouche Expert avec le système Regenerate™ Enamel Science.

Plus d'informations sur www.regeneratenr5.fr



PRIMESCAN™

La technologie conjuguée au futur.

Disponible maintenant.

PRÉCISION :

Une technologie de haute précision pour consolider plus de 50 000 images par seconde.

SIMPLICITÉ D'UTILISATION :

Champ de vision accru pour une prise d'empreinte simple et nette qui permet d'accéder facilement à toutes les surfaces dentaires.

VITESSE :

Une technologie de « Scan Dynamique en Profondeur » pour traiter plus d'un million de points 3D par seconde.

**Ne cessez jamais d'être le premier.
Choisissez l'avenir dès maintenant.**

Pour en savoir plus rendez-vous sur www.dentsplysirona.com/primescan
Vous pouvez également
contacter votre représentant Dentsply Sirona ou tester Primescan™ dans
notre showroom à Versailles ou dans votre agence Arcade Dentaire, Datis,
Dentalinov ou Henry Schein la plus proche.





Cas clinique médico-légal

Jacques Bessade

En 2004, M. A., professeur âgé de 50 ans, consulte le D^r B. La radiographie panoramique prise le 22 juin 2004 montre l'absence de 4 dents supérieures (15-16-26-28) associée à une perte osseuse horizontale importante des dents des deux arcades dentaires.

Le traitement mis en place en mars 2005 va consister à dépulper toutes les dents et à les relier par l'intermédiaire d'un bridge complet maxillaire et mandibulaire.

Entre le 19 mars et le 8 avril, les dents sont dévitalisées, taillées et mises sous bridges provisoires en résine. Deux séances de « curetage gingival » ont lieu les 30 avril et 3 mai. Les empreintes définitives sont faites le 11 mai et les 2 bridges céramo-métalliques sont scellés définitivement le 18 juin 2005.

Le patient a réglé 16 400 € au D^r B. (Fig. 1).



Une seule année va passer avant l'apparition des premiers problèmes. Le bridge supérieur est devenu mobile. En septembre 2006, il est retiré. Seules subsistent 7 dents qui supporteront tant bien que mal un bridge provisoire. Le 21 décembre 2006, le D^r B. adresse son patient au D^r C., dans un service de stomatologie. Après examen, il est décidé de procéder à l'extraction des dents maxillaires résiduelles et de mettre en place une prothèse adjointe complète. Un scanner sera pratiqué 4 mois plus tard puis on posera 8 implants à l'aide d'un guide chirurgical. D'éventuelles greffes osseuses antérieures seront réalisées, si besoin. Il note, de plus, que le patient fume 30 cigarettes par jour. Il cessera de fumer en 2008 pour se mettre en conditions de réussite optimale.

Une première série d'extractions est réalisée le 27 juillet 2007 (dents 11-12-21-22). Les dernières ont lieu le 31 septembre (dents 13-14-23-24). Un appareil complet provisoire est mis en place pendant la cicatrisation. Un second appareil complet sera réalisé et posé le 27 décembre 2007.

Le D^r B. adresse son patient au responsable du service de stomatologie d'un autre hôpital. Le 5 juin 2008, face à l'instabilité de la prothèse supérieure, celui-ci prescrit une réhabilitation implantaire. Au vu du scanner réalisé en 2007, il constate qu'une greffe osseuse s'imposait déjà pour compenser la fonte osseuse existante. Il programme cette intervention, associée à un double comblement sinusien, sous anesthésie générale, pour le 18 juillet suivant. Celle-ci sera annulée par le patient.

Le dossier patient du D^r B. ne comporte plus aucune indication entre juillet 2008 et juillet 2011 !

Le patient retourne à l'Hôpital auprès du D^r C. où l'on procède à l'élimination d'un foyer infectieux au maxillaire, en région antérieure, le 27 novembre 2008. L'analyse cytologique précisera qu'il s'agit d'un kyste d'origine dentaire banal. Le D^r B. demande alors au praticien D^r C. de ce service de venir à son cabinet poser les implants sur M. A. Hors de son contexte ha-

bituel, privé ou hospitalier, il pourra pratiquer des honoraires plus facilement abordables pour le patient.

Le 20 décembre 2008, les implants ont été achetés par le patient et le D^r C. pose les 8 implants prévus dans le cabinet du D^r B. Aucun guide chirurgical n'a été prévu par ce dernier alors que le D^r C. l'avait recommandé initialement. Le compte rendu établi par le D^r C. précise qu'il a posé des implants Zimmer® de 3,75 mm de diamètre par 13 mm de long en site 13-14-15. De même en 23-24-25. Ceux posés en site 16-26 sont de 11,5 mm de long et sont posés suivant la technique de Summers, soit à l'aide d'ostéotomes frappés au maillet. Les étiquettes de traçabilité corres-

pondant bien à des implants Zimmer® mais de tailles différentes.

L'appareil amovible est évidé et remis en place. La séance est décrite par le patient comme inoubliable. Les souffrances supportées ont été très dures. Le D^r B. assurera la suite du travail. 4 000 € d'honoraires ont été réglés au D^r C., auxquels s'ajoutent 2 350 € de fournitures.

En avril 2009, un bridge céramo-métallique est mis en place sur les 8 implants. Il s'avère très vite gênant pour parler. Le D^r B. fait régler les frais de prothèse directement par le patient au prothésiste, soit 3 804 €. Des douleurs apparaissent en juin 2009. Les deux implants postérieurs (site 16-26) sont retirés, sans que l'on puisse savoir si c'est le D^r C., comme

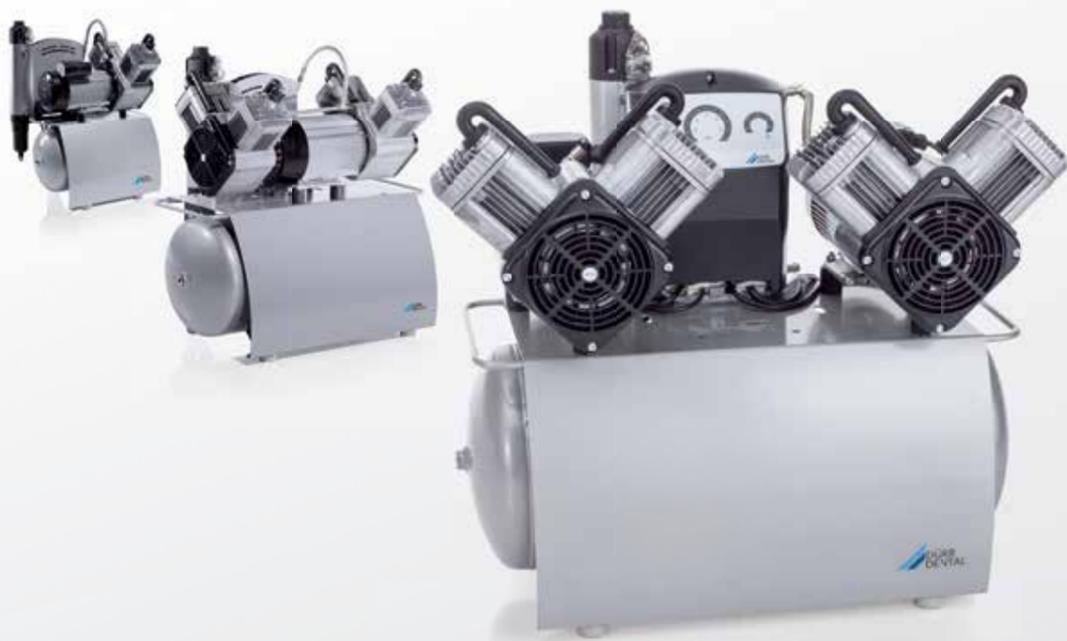
l'atteste le patient, mais qui s'en défend, ou un autre praticien !

Fin juillet 2009, un bridge en résine est posé sur les 6 implants restants. Le patient règle à nouveau 1 009 € de frais, directement au laboratoire. Plusieurs fractures du bridge suivront jusqu'à mai 2010 où le D^r B. pose un nouveau bridge à structure renforcée. Le patient règle 3 686 € directement au laboratoire.

Une année suivra, sans souci majeur. Des douleurs apparaissent fin avril 2011. Le D^r B. retirera deux autres implants en site 13 et 15, en juin 2011. Entre-temps, le patient revoit le D^r C. le 6 mai 2011 qui constate la perte des 2 implants en 16-26. Il prévoit alors la réalisation de 2 comblements sinusiens sous anesthésie générale afin de placer de

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

La qualité Dürr Dental La différence



* Sous réserve du respect des consignes d'installation et d'entretien et renvoi de la fiche du livre de maintenance pour l'enregistrement à Dürr Dental France.



Au cœur des cabinets dentaires : les compresseurs Dürr Dental
Régénération inutile, utilisation continue. Air trois fois plus sec qu'avec les installations ordinaires. Revêtement antibactérien de la cuve. Filtre d'admission contre les virus et les bactéries.

Plus d'informations sur www.duerrdental.com

DÜRR DENTAL FRANCE, 8 rue Paul Héroult, 92500 Rueil-Malmaison
Tél. 01 55 69 11 50, e-mail : info@duerr.fr

Dispositif Médical de classe IIa. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.



LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

ADNEWS
25 ANS

AO NEWS#025 | LE MAG

29



nouveaux implants postérieurs, intervention qui serait prise en charge par l'hôpital. Le patient ne donnera pas suite. Fin juillet 2011, M. A. consulte le D^r D. qui constate la présence des 4 derniers implants soutenant le bridge, dont un est mal connecté. Il apparaît que le volume osseux reste correct et qu'il pourrait permettre la pose de 6-8 implants avec comblements sinusiens sous anesthésie locale afin de supporter une prothèse trans vissée. À partir de décembre 2011, le P^r E., chirurgien-dentiste, praticien hospitalier prend en charge M. A. Au maxillaire, il ne conserve que les deux implants en site 24-25. Il réalise une prothèse complète amovible d'attente et un guide d'imagerie/chirurgical pour le scanner. À la mandibule, face à la multiplicité des foyers infectieux parodontaux, il doit extraire les dents 36-37-46-47-48. Il reprend ensuite les traitements endodontiques sur les dents inférieures 32-33-35-45-44-43.

Le patient règle 6 980 € de soins pour une base de remboursement de 710 €.

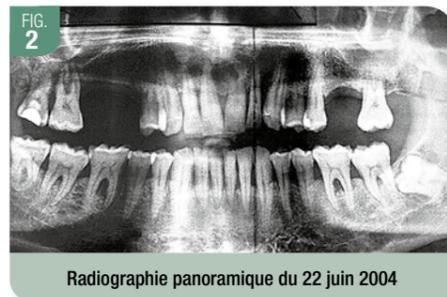
Un devis est rédigé le 9 juillet 2011, d'un montant de 15 200 € pour la réalisation d'un bridge de 12 dents 16-26 céramo-métallique trans vissé. Un autre devis est rédigé par le P^r F., autre praticien hospitalier, prévoyant la pose de 5 implants en 15-14-13-11 et 22, soit 6 750 €, suivie de leur mise en fonction 6 mois plus tard, pour un montant de 850 €.

Un dernier devis est rédigé par le P^r E. concerne le traitement de l'arcade mandibulaire et comprend la réalisation d'un bridge céramo-métallique de 10 dents sur 7 inlay-cores, soit de la dent 45 à la dent 35 puis celle de 4 dents céramo-métalliques sur implants en 36-37-46-47. Le montant de 21 350 € inclus les soins de retraitement endodontique et les dents provisoires, pour une base de remboursement de 2016 €.

Au jour de l'expertise, seuls les implants supérieurs en 15-14-13-11 et 22 ont été posés par le P^r F. en juin 2013. Les comblements sinusiens réalisés en février et juin 2013 n'ont pu être menés à bien faute de déchirure des membranes sinusiennes.

Connaître l'état médical du demandeur avant les actes critiqués

Le cliché panoramique du 22 juin 2004 permet de décrire l'état antérieur.



Radiographie panoramique du 22 juin 2004

Consigner les doléances du demandeur

Concernant le D^r B., le patient se plaint de l'inadaptation des prothèses réalisées, tant sur dents naturelles que sur implants. S'il a toujours été disponible pour les nombreux incidents supportés, le praticien n'offrait pas les compétences professionnelles requises pour mener à bien la prise en charge thérapeutique qui s'imposait. L'impact professionnel et personnel étendu sur plusieurs années a été très important.

Au sujet du D^r C., M. A fait état de sa seconde expérience implantaire avec le P^r F., lors de laquelle il a pu apprécier certaines différences de pratique, notamment l'emploi d'un guide chirurgical, l'absence de douleurs, qui furent, insiste-t-il, lors de la première intervention du D^r C., très intenses, l'absence d'ostéotomes frappés au maillet dont il se souvient encore et l'impression de confort général. En somme, le ressenti a été bien différent.

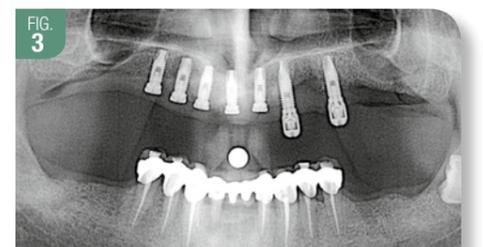
Préciser les éléments d'information fournis au demandeur, préalablement à son consentement aux soins critiqués

Concernant les soins du D^r B., seul un devis pour la réalisation du bridge supérieur de 14 dents sur 8 implants, daté du 6 avril 2009, pour un montant de 8 600 € nous a été présenté. Les prothèses successives sur implants ont été réglées directement au prothésiste. Les 2 bridges initiaux sur dents naturelles ont fait l'objet d'un règlement de 16 400 € au praticien et les feuilles de maladie correspondantes ont été remises. Là encore, pas de devis. Concernant les étapes chirurgicales, aucun devis et un règlement de 4 000 € remis au D^r C. Le matériel (implants) a été acheté directement par le patient. Aucun document d'information sur la maladie parodontale et sa prise en charge, ni sur le traitement implantaire (consentement éclairé) n'est présent dans les documents fournis. Il n'en a pas été fait état lors de l'expertise.

Procéder à l'examen clinique de manière contradictoire, du demandeur et décrire les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués (en joignant si nécessaire un plan de la dentition et des photos)

Examen contradictoire en 2013

L'hygiène bucco-dentaire est satisfaisante. Les tissus parodontaux sont de bonne qualité. Le bridge inférieur ne présente aucune mobilité. On note sur les faces occlusales les orifices d'accès destinés aux reprises de traitement endodontique, maintenant obturés au composite. Le patient porte une prothèse adjointe totale supérieure de bonne facture, stable et équilibrée.



Radiographie panoramique de juin 2013



Dents résiduelles mandibulaires

A-dec, une gamme haute en couleurs.



SASSY
Color by A-dec

PARROT
Color by A-dec



VIOLET
Color by A-dec



EBONY
Color by A-dec



SKY BLUE
Color by A-dec



FUCHSIA
Color by A-dec





a dec
reliablecreativesolutions™

"A-dec, l'essentiel et rien d'autre"

Venez découvrir la gamme A-dec chez votre concessionnaire, sur le site www.a-dec.fr ou par téléphone au 0148133738



Arcade supérieure avec et sans l'appareil amovible

Dire si les actes et traitements médicaux étaient pleinement justifiés

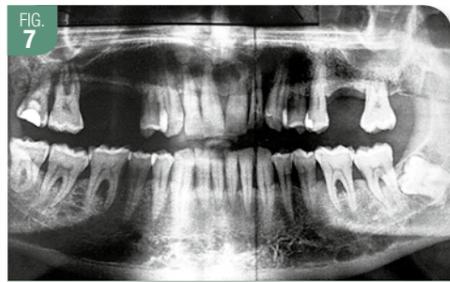
Le traitement mis en œuvre par le D^r B. n'a pas été adapté à la situation initiale présentée par M. A. En effet, le diagnostic de la maladie parodontale, basé sur l'analyse radiologique rétro-alvéolaire et la mesure des poches parodontales de toutes les dents n'a pas été réalisé. La prise en charge initiale d'une telle pathologie, au demeurant très courante chez l'homme de 50 ans, imposait un détartrage surfaçage-curetage des racines, associé à la mise en œuvre d'une méthode efficace d'élimination de la plaque dentaire, régulièrement réévaluée. Ce seul traitement permet souvent la diminution des symptômes de la maladie (mobilités dentaires, douleurs, saignements). Dès lors, il nous paraît très inopportun d'avoir dévitalisé toutes les dents de ce patient. Seule aurait pu se justifier la dévitalisation d'une dent sur laquelle deux pathologies, parodontale et endodontique, étaient liées. Au plan prothétique, la réalisation d'un bridge complet permet de solidariser un ensemble de dents mobiles à la condition d'avoir mené à bien le traitement parodontal initial, ce qui ne fût pas le cas. Les dents n'ayant pas été assainies, le bridge supérieur n'a pas duré plus d'un an ! La réalisation de ces deux bridges a été, pour le moins, très précipitée. Il eût fallu tester sur plus de 3 mois la réaction des dents au traitement initial.

La séquence implantaire n'a pas été mieux gérée. Conscient d'avoir perdu le contrôle de la situation, le D^r B. appelle le D^r C. en renfort. L'indication des 8 implants est justifiée mais leur ostéointégration n'est pas contrôlée par le D^r C., praticien bien plus expérimenté que le D^r B. pour réaliser cette évaluation. À nouveau seul maître à bord, le D^r B. réalise le désenfouissement des implants et les valide avant de réaliser la prothèse. On peut douter de son évaluation au vu des résultats puisque les deux premiers implants sont perdus 2 mois plus tard.

Dire si ces actes et soins ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale ; dans la négative, analyser de façon motivée la nature des erreurs, imprudences, manque de précautions, négligences pré, per ou postopératoires, maladresses ou autres défaillances relevées

La prise en charge de l'atteinte parodontale généralisée de M. A. n'a pas été menée sérieusement. La réalisation des 2 bridges complets sur l'ensemble des dents montre des

défauts manifestes d'adaptation. La prothèse ne répond pas aux cahiers des charges en vigueur. Cette première partie du traitement montre clairement l'absence de compétence du D^r B. dans la prise en charge de la maladie parodontale.



Juin 2004



Juin 2005, aggravation des lésions parodontales



Septembre 2006, apparition des lésions endodontiques

La dévitalisation des 25 dents du patient en 5-6 séances est inexcusable. Rien ne justifiait ce sacrifice et son ampleur. Pire, les obturations endodontiques ne sont pas conformes aux bonnes pratiques. Défaut d'étanchéité et obturations insuffisantes sont autant de raisons pour que des lésions osseuses apparaissent à l'apex des racines des dents. Ces lésions, combinées aux lésions osseuses parodontales conduiront à la perte précipitée des dernières dents supérieures puis de 6 dents postérieures mandibulaires.

Pour se rattraper, il assure la suite en faisant régler le patient directement au laboratoire, sans honoraires supplémentaires. Il propose au D^r C. d'opérer M. A. à son propre cabinet, et donc à moindre coût, mais ne prépare pas le guide chirurgical demandé par le Stomatologue. Le praticien fait fi de cette négligence et opère quand même. Si cette chirurgie implantaire a été réalisée à coût minimum, il eut tout de même fallu que le D^r C. termine son travail en contrôlant l'ostéointégration des 8 implants posés, ce qui relève de la pleine responsabilité de tout chirurgien implantologiste. Au lieu de cela, il a laissé faire le D^r B. en commettant l'erreur de lui faire confiance. Cette négligence fautive conduira à la perte quasi immédiate des 2 implants postérieurs.



Décembre 2008, les 2 extensions distales

La conception du bridge sur implant est également totalement erronée. Le premier bridge comportait des dents postérieures en extension, alors même que la solidité des 2



Armature inadaptée sur les implants



Septembre 2009



Bridge supérieur déposé fin 2011

implants en 16-26 n'est pas sérieusement avérée. La charge masticatrice est alors excessive et condamne ces 2 implants à court terme. De plus, l'adaptation du bridge sur les implants, là encore, fait défaut, en particulier sur l'implant en 24. Lors de l'expertise le D^r B. a parlé du patient comme d'un dossier atypique. Il nous semble que ce patient présentait une pathologie assez banale mais que sa prise en charge réclamait un ensemble de compétences qui, manifestement, ont fait défaut au praticien.

De son côté, le D^r C. n'a pas suivi ses propres recommandations et a posé les implants à main levée au lieu de sécuriser son travail à l'aide d'un guide chirurgical. Dans un cas d'édentement complet, se passer de guide chirurgical ne relève pas des bonnes pratiques, indépendamment de l'expérience du praticien. De plus, il n'a pas assuré le service minimum en ne contrôlant pas le devenir des implants posés par sa main. Enfin, étant le praticien le plus expérimenté des deux, il

aurait dû préciser au D^r B. que des extensions distales au bridge étaient contre-indiquées et que cela pouvait mettre en péril l'avenir des implants. Il n'en a rien été. Il ne nous paraît pas raisonnable de poser des implants sans s'inquiéter de leur ultime finalité, la prothèse dentaire.

Disons que même en l'absence de toute faute des défenseurs et en ne retenant pas les éléments du préjudice corporel se rattachant soit aux suites normales des soins, soit à l'état antérieur, l'expert devra :

Déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle est totale ou partielle

M. A. a souligné les conséquences désastreuses de cette succession de sinistres sur sa vie professionnelle et personnelle durant toutes ces années. Difficile, en effet d'enseigner en amphithéâtre devant 150 étudiants avec des prothèses instables, des dents manquantes et des douleurs récurrentes. Il a dû souvent annuler des cours ou des participations à des congrès. L'ITT a donc été partielle, particulièrement de septembre 2006 à juillet 2007, puis de juin 2009 à mai 2010, soit 21 mois.

Fixer la date de consolidation et si celle-ci n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé, évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état

La consolidation n'est pas acquise. Elle le sera lorsque les fonctions masticatrices et phonétiques ainsi que l'apparence esthétique du patient seront rétablies. Le traitement en cours doit être poursuivi et complété afin que l'on puisse réévaluer les préjudices en fin d'année 2014.

Dire s'il résulte des soins prodigués une incapacité permanente, dans l'affirmative, en préciser les éléments et la chiffrer (en pourcentage).

En cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, décrire les retentissements des séquelles sur la vie professionnelle et personnelle du demandeur ; dire s'il doit avoir recours à une tierce personne, dans l'affirmative, préciser, compte tenu de la nature des actes pour lesquels une assistance est nécessaire, la qualification requise et la durée de l'intervention (en heures, en jours...)

L'incapacité permanente est directement liée à la dévitalisation des 25 dents de M. A. réalisées en 2005. Celles-ci n'avaient aucun fondement thérapeutique. L'évaluation faite par le Dr E nous semble parfaitement fondée. IPP = 12.5 % (25 x 0.5 %), imputable au D^r B.

Dire si une indemnisation au titre des souffrances endurées est justifiée

Compte tenu de tout ce qu'a supporté M. A. et de la durée des souffrances, tant physiques que morales, il nous semble justifié de fixer les SE à 3/7. S.E. = 3/7

Dire s'il existe un préjudice esthétique, en qualifier l'importance sur une échelle de 1 à 7.

Il y a eu un préjudice esthétique certain, bien que temporaire, lors des phases de mise en place des bridges provisoires de « sauvetage » qui ont cassé à répétition. PE = 1/7

Dire s'il existe un préjudice d'agrément, le décrire

Il n'a pas été précisé de préjudice d'agrément.

**Disons que l'expert devra enfin : Vérifier si un devis des travaux a été signé entre les parties ; apprécier le montant des honoraires réclamés par rapport à ceux usuellement pratiqués en région parisienne pour des soins analogues effectués par un praticien de même notoriété .**

Aucun devis du D^r B. ou du D^r C. ne nous a été montré, signé par le patient.

Les 16 400 € demandés par le D^r B. pour les 2 bridges sur dents naturelles sont conformes aux honoraires habituels. Par la suite, M. A a directement réglé les frais de prothèse au laboratoire, ce qui est, pour le moins, inhabituel.

Dire si l'état du demandeur est susceptible de modifications, en aggravation ou en amélioration ; dans l'affirmative, fournir tous éléments sur les soins, traitements qui seront nécessaires, en chiffrer le coût et les délais dans lesquels ils devront être exécutés.

Considérons d'abord **le maxillaire supérieur**.

5 implants ont été posés en juin 2013, en complément de 2 implants conservés en 23 et 25. Une fois contrôlée l'ostéointégration de ces implants, un bridge provisoire trans vissé permettra de valider ce plan de traitement, **en particulier la conservation des 2 anciens implants**, de même que l'occlusion et l'esthétique ainsi rétablies, avant la réalisation du bridge définitif céramo-métallique. Ce dernier comprendra alors 12 éléments, de 16 à 26. Le budget sera de 16 000 € pour l'ensemble de cette procédure. Deux des 8 implants initiaux sont imputables au D^r C., soit un montant de 2 400 € (SS : HN). Cinq autres le sont au D^r B., soit un montant de 6 000 € (SS : HN).

Total : 24 400 €

Pour la mandibule.

Un bridge céramo-métallique de 35 à 45 sera réalisé, supporté par 7 dents (35-34-33-32-43-44-45) renforcées par 7 inlay-cores.

Le bridge actuel conviendra comme bridge provisoire.

Soit, 10 éléments à 750 = 7 500 € (SS : 10 x SPR 50 = 1 075 €) et 7 inlays x 300 = 2 100 € (SS : 7 x SPR 57 = 856 €).

Enfin, les dents 36-37-46-47 seront remplacées par 4 couronnes céramo-métalliques sur 4 implants, soit 4 x 1 200 € = 4 800 € (SS : HN), 4 x 1 200 € = 4 800 € (SS : 4 SPR 30 = 258 €).

Ce traitement est directement imputable au D^r B.

Total : 19 200 €

Il convient d'inclure dans l'indemnisation du patient le remboursement des 16 400 € initialement investis dans les deux premiers bridges ainsi que les soins entrepris par le D^r E., soit 6 980 €, afin d'éradiquer les nombreux foyers infectieux et de rétablir un confort de bouche acceptable.

Total général : 66 980 €

Ces traitements devraient permettre, d'ici fin 2014, à M. A de sortir du handicap bucco-dentaire dans lequel il se trouve actuellement et de mettre fin à une séquence de problèmes étalés sur 9 ans. À ce stade, il sera en situation stabilisée durablement en contrepartie d'une maintenance régulière à laquelle il devra se soumettre.

Réponse aux dires**Sur la prise en charge des frais passés et futurs**

Nous avons omis de comptabiliser les frais détaillés au dernier paragraphe de la page 5, correspondant aux frais de prothèse directement réglés par le patient au laboratoire entre avril 2009 et mai 2010. Ils concernent la réalisation de bridges successifs au maxillaire supérieur pour un montant de 8 830 € qu'il faut donc ajouter aux 24 400 € initiaux de notre évaluation, soit 33 230 €.

À la mandibule, nous devons également ajouter un bridge provisoire en résine de 7 dents pour remplacer le bridge actuel, une fois les inlays-cores scellés. Le montant proposé de 3 650 € nous semble très excessif. Notre évaluation sera fixée à 1 400 € à ajouter aux 19 200 € initiaux.

Soit un budget total mandibulaire de 20 600 €. Le montant général passe donc de 66 980 € à 77 210 €.

Sur l'état initial et sa prise en charge

Nous confirmons que l'état initial laisse apparaître un ensemble de dents vivantes et intactes hormis les dents 18 et 25 portant un petit amalgame. La perte osseuse était globalement moyenne et localement importante. Aucune thérapeutique initiale de la maladie parodontale n'a été proposée ou mise en œuvre, préalablement à la pose des implants, ce qui constitue un facteur de risque évident pour le devenir de ces derniers.

Sur la prise en charge initiale de M. A.

Vous indiquez qu'« *il est notoire que le tabac... est un facteur de risque* ». Il est exact que le patient était un gros fumeur en 2004-2005. Cependant, l'Expert rappelle que le tabac est un facteur de risque **indépendant** de la maladie parodontale, et donc de la perte des dents. Vous indiquez que « *la perte osseuse initiale était sévère et généralisée, atteignant l'espace inter radiculaire des molaires, le premier tiers des racines des canines et prémolaires inférieures et le dernier tiers des incisives inférieures* ».

Nous considérons votre évaluation excessive et, quoi qu'il en soit, rien ne devait empêcher la prise en charge de l'atteinte parodontale de ces dents, ce qui aurait considérablement modifié le tableau clinique et par là même, le pronostic du traitement ultérieur.

kulzer.fr

iBOND®

Fractures ? Eclats ? Réparez avec iBOND® Universal.**iBOND® Universal****Découvrez l'efficacité des réparations intra-orales.**

- » La dentisterie de pointe préfère procéder à des réparations quand cela est possible, plutôt qu'à des remplacements.
- » iBOND Universal offre une liaison forte, solide et durable avec tous les matériaux nécessitant une réparation.
- » Pas besoin de mélange compliqué de différents kits de réparation pour le collage.

Pour plus d'informations concernant les réparations intra-orales avec iBOND Universal, veuillez consulter le site : www.kulzer.fr

La santé bucco-dentaire entre de bonnes mains.

**KULZER**
MITSUI CHEMICALS GROUP

iBOND Universal est un dispositif médical de classe IIa. Indication : dentisterie adhésive. Produit réservé aux professionnels de santé, non remboursé par la sécurité sociale. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Fabricant : Kulzer GmbH, CE 0197.



Sur l'évaluation des préjudices

Concernant l'ITT

Certes, M. A. n'a pas apporté d'éléments attestant les annulations de cours et de participations à des congrès ou séminaires, hormis sa simple déclaration mais il est plus qu'évident que ses déboires dentaires ont gravement perturbé la vie d'un Professeur des Universités. Nous maintenons notre évaluation de l'ITT.

Concernant l'IPP

Vous considérez que « l'état parodontal des dents du patient et le fait qu'il soit alors gros fumeur condamnaient la plupart de ses dents et qu'il fallait donc les dévitaliser ». Vous ajoutez « qu'il ne saurait être affirmé que les dents étaient conservables de façon certaine, même après un traitement adapté » et que « seule une perte de chance de conserver ces dents peut être retenue contre le D^r B. ».

L'évaluation de l'IPP est fondée sur la dévitalisation systématique des dents de M. A. L'expert confirme que le D^r B. est seul responsable de ces dévitalisations. Il n'est pas question ici de perte de chance mais d'erreur de traitement. La prise en charge parodontale initiale n'a pas été réalisée. Elle aurait certainement permis de sauver la majorité des dents du patient, indépendamment du fait qu'il était logique de les garder vivantes. Le traitement mené par le D^r B. montre qu'il connaît bien mal les possibilités thérapeutiques parodontales actuelles. Enfin, on ne dévitalise pas des dents pour traiter une maladie parodontale.

Sur les souffrances endurées

Nous maintenons notre évaluation à 3/7 qui ne nous semble pas surévaluée. La réparation doit remettre le patient dans la situation dans laquelle il se trouverait si le dommage ne s'était pas réalisé. Autrement dit, on est en droit d'imaginer qu'avec une prise en charge adaptée, l'essentiel des dents serait encore vivant et fonctionnel, faute de quoi, le traitement implantaire et prothétique mis alors en œuvre aurait permis de maintenir ces fonctions. Les choix thérapeutiques du D^r B. n'ont pas abouti à ce résultat. La prise en charge des frais futurs lui est indiscutablement imputable, de même que les 6 352,00 € d'honoraires non remboursés par la mutuelle.

Sur l'imputabilité des implants supérieurs

Une erreur s'est glissée

Deux des 8 implants initiaux sont imputables au D^r C., soit un montant de 2 400 € (SS : HN). Cinq autres le sont au D^r B., soit un montant de 6 000 € (SS : HN).

Total : 24 400 €

En effet, sur les 5 implants perdus, 2 sont bien imputables au D^r C. mais 3 seulement le sont au D^r B. puisque 2 implants sont conservés en position des dents 23 et 25. Donc, au maxillaire, seuls 3 implants sont imputables au D^r B., pour un montant de 3 600 €.

Le total passe donc à 22 000 € pour le maxillaire et le total général à 64 762 €.

Sérotonine

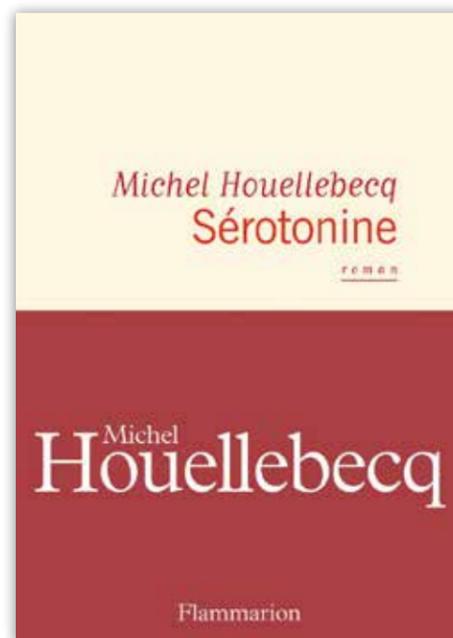
Michel Houellebecq - Éditions Flammarion

Le sexe faible... Le sexe est faible mais omni présent, c'est même une des principales préoccupations de l'auteur ou de son double (?), le personnage central de ce roman. En effet tout comme Houellebecq, Florent-Claude est ingénieur agronome (lui aussi déteste son prénom !). Il nous retrace la futilité de sa vie professionnelle dans les ministères, qui le conduit à tout plaquer y compris sa compagne japonaise. Yuzu, issue d'une famille très « BCBG », le trompe effrontément dans des partouzes aux cours desquelles des exploits sexuels insensés m'étaient jusqu'alors, je dois l'avouer, totalement inconnus. Ce qui ne manque pas de piquant si on sait que l'auteur s'est marié récemment à une charmante Japonaise ! Il se retrouve seul dans un hôtel glauque d'où il ne peut sortir sans ses deux drogues. La cigarette : « le soulagement que m'apporte la première bouffée est immédiat, d'une violence stupéfiante. La nicotine est une drogue parfaite, simple et dure, qui n'apporte aucune joie, qui se définit uniquement par le manque et la cessation du manque » Magnifique !! La deuxième, l'antidépresseur, le Captorix « un petit comprimé blanc, ovale, sécable » qui libère la Sérotonine et dont les effets secondaires sur la libido entraînent des matins nettement moins triomphants mais permet « de maintenir le désespoir à un niveau acceptable ».

Il nous conte son amitié d'étudiant agronome pour Aymeric un aristocrate, qui, diplôme en poche, décide de retourner cultiver les terres familiales et de faire de l'élevage durable et raisonné. Il part à sa rencontre pour essayer de retrouver du sens à sa vie mais le constat est implacable, c'est l'échec de leurs idéaux de jeunesse avec la désespérance du monde agricole. Il s'ensuit une déambulation

désabusée avant le naufrage pour retrouver toutes les femmes de sa vie, et avant tout Camille, la seule femme qu'il a réellement aimé et qu'il n'a su garder. C'est souvent l'absence qui révèle l'indispensable, la plénitude. C'est un roman sur la solitude (parfois, même à deux), sur l'individualisme généralisé, l'absence de solidarité et de compassion, sur les mutations de notre société qui produisent de plus en plus de laissés pour compte. Face à ce naufrage seul l'amour (le sexe ?) pourrait avoir un sens, d'où cette quête déraisonnable et sans issue, des femmes de sa jeunesse. Les remords, les regrets, les amours perdus... C'est beau comme du Verlaine.

Autant l'avouer, je suis un peu un inconditionnel de Houellebecq, j'aime sa langue, la musique de son style, son humour, particulièrement dans la première partie roman et surtout l'acuité de sa vision et la perception de notre société. Son dernier roman très polémique, Soumission, reflète, qu'on le veuille ou non une évolution malheureusement inéluctable de notre société. Je partage totalement ses critiques sur l'art contemporain dans La carte et le territoire. Ici c'est l'uniformisation des villes, la mondialisation tentaculaire, l'hyper-libéralisme associé à un productivisme démesuré dont on sait que si nous ni mettons un frein, nous courrons vers notre perte. Un des passages du livre avec la confrontation entre agriculteurs désespérés et CRS rappelle étrangement ce qui se passe depuis des mois dans notre pays. Certes le verbe est plus que rabelaisien, c'est très cru, obsessionnel (bite et chatte sont en permanence embarquées et aucun des deux ne tombe jamais à l'eau...). C'est parfois dérangeant comme ces scènes de pédophilie ou de zoophilie. Il faut passer outre et



lire l'essentiel. Et si la dérégulation de son phallus n'était en fait que celle de notre société ? On le sait depuis longtemps, Houellebecq est un provocateur salutaire, ses obscénités ne sont jamais purement gratuites, il utilise l'électrochoc. Le monde qui nous entoure est peuplé de malades, de monstres, la marche même du monde devient déraisonnable alors il appuie là où ça fait mal, tel un médecin qui provoque la douleur pour confirmer le diagnostic. Aux politiques de trouver les traitements. Il se cache pour n'avoir point de compte à rendre, pas d'interview pour ce dernier opus. On le traite de réactionnaire, il n'en a cure, il refuse le « politiquement correct » et la « bien-pensance » « l'aseptisé » produisant un souffle rafraîchissant face à la doxa rampante de la plupart des médias. Il y en a qui ont le vin triste, Houellebecq a le cynisme drôle !!

La révolution transhumaniste

Luc Ferry - Éditions Plon

Révolution... évolution ? Ce livre publié il y a environ 2 ans était sur ma table de chevet avec beaucoup d'autres, mais une conférence magistrale de Luc Ferry, lors d'une soirée inaugurale des EG7, m'a convaincu de la nécessité de le lire attentivement pour en faire une critique pertinente malgré le retard par rapport à la publication, tant le sujet est important pour notre avenir et celui de nos enfants. Nul besoin de relire Nostradamus pour prédire l'avenir, tout est dans ce livre passionnant qui de plus nous conduit à une réflexion sur les conséquences de cette révolution.

Les nanotechnologies, les biotechnologies, l'informatique (le fameux big data) et le cognitivisme (intelligence artificielle et robotique) sous le logo NBIC sont des innovations aussi radicales qu'ultrarapides qui vont probablement faire changer la médecine et l'économie davantage, dans un très proche avenir, que dans les quatre mille ans qui précèdent. En médecine il ne s'agira/ne s'agit (en fait nous y sommes déjà) plus simplement de réparer mais d'améliorer et « d'augmenter » l'humain. Il en est ainsi, déjà, de l'utilisation des cellules-souches (capables, par exemple, aujourd'hui de régénérer le tissu cardiaque lésé par infarctus) ou des exosquelettes permettant de refaire marcher les paraplégiques. L'hybridation homme/machine est en marche, si vous me pardonnez ce jeu de mots facile.

Aujourd'hui existe déjà l'implantation de puces capables de faire des diagnostics en temps réel et de délivrer les molécules déficientes. Prochainement il s'agira d'implanter celles permettant d'augmenter les connaissances, la mémoire, l'intelligence ? Vous pourriez me rétorquer, qu'améliorer l'intelligence de certains politiques ou gilets jaunes, en ces temps troublés, serait d'une urgence salutaire !! Science-fiction direz-vous ? Des généticiens chinois en 2015 ont entrepris d'améliorer le génome de 83 embryons (l'eugénisme pointe le bout du nez ?) et pourquoi ne pas aller jusqu'à l'immortalité comme l'évoque Laurent Alexandre dans un autre livre passionnant (La mort de la mort). Au départ, il s'agit de s'attaquer à la maladie, à la vieillesse et à la mort mais le projet posthumaniste financé par les GAFA avec

des millions de dollars vise à élaborer un homme nouveau : le cyborg ou homme-machine tel que l' imagine Kurzweiler, le directeur de Google. L'apprenti sorcier est déjà parmi nous, c'est assez inquiétant mais heureusement repoussé par bon nombre dont Luc Ferry.

En même temps, comment condamner une manipulation génétique visant à prévenir ou traiter une maladie incurable (trisomie 21 ou mucoviscidose par exemple) par contre si des parents décidaient d'avoir un enfant mâle exclusivement blond aux yeux bleus, type aryan par exemple (je sais, ça vous rappelle quelque chose...) l'éthique y trouverait-elle son compte ? Comment réguler ces manipulations, si elles sont possibles, ne serait-ce que dans un seul pays. Pourquoi ces manipulations, certainement très coûteuses, du moins au début, ne seraient-elles accessibles qu'à quelques privilégiés ? Les questions posées par Luc Ferry sont nombreuses, il nous propose des pistes de réflexion afin de ne pas laisser notre avenir uniquement entre les mains des GAFA ou des politiques dont on sait que leur vision à long terme est souvent assez limitée !! Pour l'instant les politiques sont pratiquement aux abonnés absents. Pour l'économie dite « collaborative » le train est déjà en marche, tout le monde connaît Uber, Airbnb, blablacar etc. pour les transhumanistes, dont J. Rifkin est l'un des théoriciens, la fin du capitalisme est annoncée, l'économie aboutirait à un coût zéro pour le consommateur. Tous les emplois détruits au profit d'une plateforme, est-ce vraiment un progrès, même si de nouveaux métiers seront créés ? Pour Luc Ferry, l'hyper libéralisme est vénal et dérégulateur, et mettre en avant le zéro coût pour le consommateur est un mensonge. Le philosophe dans la droite ligne de ceux des Lumières du XVIII^e siècle réfute cette évolution. Il souligne au passage le retard considérable et coupable de l'Europe, et de la France en particulier, dont en plus on connaît la propension très développée à commémorer le passé et s'autoflageller.

Le meilleur des mondes d'A. Huxley est largement dépassé et le sujet de l'intelligence artificielle est pleinement au cœur de notre actualité, L. Alexandre (dont l'intelligence est loin d'être artificielle) et J.-F. Copé



viennent de publier L'IA. va-t-elle aussi tuer la démocratie. L'IA. avec l'ensemble de nos communications sur les réseaux sociaux, nos recherches via Google, nos achats via internet etc. connaît parfaitement notre personnalité, nos goûts, notre sexualité ou nos opinions politiques. Toutes les dérives sont possibles, on l'a vu lors de certaines élections récentes. Je vous recommande la lecture de cette Révolution transhumaniste parfaitement documentée, la bibliographie est impressionnante. La faculté de synthèse de Luc Ferry, malgré plusieurs redondances dans son ouvrage, son acuité par rapport aux problématiques éthiques et économiques rendent la lecture de cet ouvrage philosophique très aisée et invite à approfondir cette question cruciale de l'avenir de nos jeunes générations.

Gérard Chiche, invité exceptionnel de la SFPIO à Deauville, le 31 mai prochain

Propos recueillis par Michel Benouaiche

AONews : Professeur Gérard J. Chiche, si tu devais te présenter au public français tu leur dirais quoi ?

Gérard Chiche : Je leur dirais que j'ai passé toute ma vie à intégrer dans ma profession ma culture française d'origine avec sa solide fondation esthétique, et l'approche systématique de la culture américaine. Cela a été rendu possible en travaillant successivement au fil des années avec des maîtres céramistes très talentueux : Alain Pinault à Paris, Hitoshi Aoshima à Tokyo, et depuis que je travaille en Géorgie, Aram Torosian de Los

Angeles. Ils m'ont permis de me consacrer en profondeur aux nombreux aspects de la dentisterie esthétique pendant ces 35 dernières années.

AON : À l'occasion de ton Master class du 31 mai à Deauville, tu vas évoquer l'excellence esthétique dans les restaurations dentaires. Jusqu'où peut-on aller dans les restaurations du secteur antérieur ?

G.C. : Nous pouvons trouver une zone de confort très respectable avec le travail de

routine sur les six dents antérieures et créer une approche systématique basée sur la proportion, longueur, ligne du sourire, etc. La prochaine étape consisterait à s'élargir à la dentisterie interdisciplinaire comprenant la parodontie, les implants et l'orthodontie.

Enfin, lorsque vous employez une bonne gestion de l'occlusion en particulier pour traiter les patients qui se présentent avec de l'attrition importante, vous pouvez effectuer des réhabilitations qui sont dictées par les besoins esthétiques du patient en point de départ, mais qui doivent intégrer toute



une méthodologie occlusale, et en même temps vous devez aboutir en fin de compte à des préparations conservatrices. Bien que cela demande évidemment une planification adaptée à chaque patient, il y a néanmoins de nombreuses règles pratiques qui peuvent nous faciliter la tâche.

Enfin, chaque cas nécessite une approche disciplinée dans la gestion de la restauration en céramique utilisée : **facette porcelaine, couronne en lithium disilicate, couronne en zircon traditionnel en zircon translucide**. La gestion de chacune de ces modalités comprend non seulement la rigueur de la préparation, elle comprend aussi pour chaque cas les attentes de résistance mécanique et de translucidité, la sélection de l'adhésif ou du ciment, la technique de collage et un contrôle précis de tous les paramètres à chaque étape.

AON : Si tu devais te projeter dans les dix prochaines années, sur quelles recherches t'orienterais-tu ?

G.C. : Je travaillerais à la simplification des systèmes numériques qui intégreront systématiquement l'ensemble du processus de diagnostic dento-facial à la fois pour les dents naturelles et les implants jusqu'aux restaurations définitives. Dans le même temps, je me concentrerais sur une amélioration conjointe de l'esthétique et de la résistance mécanique des restaurations en céramique monolithique CAD-CAM.

Par exemple, la création de matériaux multicouche qui soient plus réalistes avec plus de variations. Beaucoup de ces éléments sont déjà sur le marché, mais je me concentrerais sur la simplicité et l'accès pour la majorité des praticiens ce qui je pense prendra plusieurs années.

Je vous donne déjà rendez-vous le 31 mai à Deauville !

Venez passer un week-end exceptionnel à Deauville pour la Pentecôte & bénéficiez du pass évocation Barrière

Tarif spécial pour les AO : 450 € (journée complète de cours avec déjeuner et cocktail de clôture)

Lieu : Casino de Deauville

Inscriptions : 06 09 66 75 99
benouaichemichel@gmail.com

Arthrodont

ENOXOLONE 1%

Décongestionnant et antalgique au cours des affections gingivales et blessures par prothèse

chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes.

GINGIVITES - LÉSIONS PARODONTALES

Numéro 1 des prescriptions*

DENTIFRICE A L'ENOXOLONE ANTI-INFLAMMATOIRE
pour freiner le cercle vicieux des affections gingivales



Tubes de 80g et 40g

Antalgique



Décongestionnant

À utiliser en brossage quotidien dès 3 ans

Pierre Fabre
ORAL CARE

pierrefabre-oralcare.fr

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

* Données xponent Mars 2017.

Pour une information complète sur le produit, veuillez consulter la base de données publiques des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr> - 229057 - 17/09/69865070/PM/001 - Février 2019.

Pierre Fabre
Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MEDICAMENT

KO technique ? Pas chez nous !

SERVICE TECHNIQUE

Notre équipe est là pour vous épauler en amont et dans ces moments d'urgence.



Un instrument en panne ?
Essayez notre service de réparation
Quick Repair.

Quick Repair MSDENTAL
13, avenue Morane Saulnier
78140 VÉLIZY-VILLACOUBLAY
protec.repair@groupemsd.com



Une maintenance préventive ?
Un problème technique ?
Nous intervenons chez vous.

PARIS
sav.paris@groupemsd.com
LILLE
sav.lille@groupemsd.com
LYON
sav.lyon@groupemsd.com



Un soucis
avec votre logiciel d'imagerie ?
Notre hotline prend la main à distance.

Hotline MSDENTAL
T. 01 30 67 61 46
hotline@groupemsd.com



MSDENTAL
La référence des espaces dentaires.



**NOUVEAU F.O.V
12x10 cm**

Visitez notre site
www.imax3d.fr



I-MAX^{3D}

L'IMAGERIE 3D ACCESSIBLE À TOUS

-  **Compacte et légère : 66kg**
-  **3D Cone Beam**
-  **Multi FOV : de 12x10 à 5x5 cm**
-  **HD : 87µm**
-  **CAD/CAM ready**
-  **Guides chirurgicaux**
-  **Budget maîtrisé**

Découvrez notre gamme complète de produits : www.owandy.com





Brèves de Fauteuil

La sélection de Claude Bernard Wierzba



Le conférencier essaie de convaincre la salle des méfaits de l'alcool et n'hésite pas à employer des exemples très terre à terre. *Mettons deux seaux devant un âne : un rempli d'eau et un rempli d'alcool. D'après vous, vers quel seau se dirigera-t-il ?*

Dans la salle, un homme éméché répond : vers l'eau. *Et pourquoi, d'après vous ?* Parce que c'est un âne !

Dans un village, une femme se promène et rencontre son curé. *Bonjour Madame. Ne vous ai-je pas mariée il y a deux ans ?* *Si, monsieur le curé. Avez-vous des enfants depuis ?* *Non, monsieur le curé. Depuis le mariage, nous essayons en vain. La semaine prochaine je dois partir à Rome. J'y allumerai un cierge pour vous.*

Huit ans plus tard, la paroissienne croise le curé devenu évêque. *Bonjour Madame, comment allez-vous ? Avez-vous eu des enfants ?* *Oui, j'ai eu trois paires de jumeaux, quatre autres filles, et comme vous le voyez, le onzième est en route. Ah oui ! ? ? Et comment va votre mari ?* *Très bien. Il est en voyage : il est parti à Rome éteindre votre bougie à la con !*

Une femme passe un entretien d'embauche. Son employeur potentiel lui demande : *avez-vous déjà occupé un poste à responsabilités dans vos anciens jobs ?* *Oh oui ! Être responsable, je sais ce que c'est ! Chaque fois que quelque chose ne marchait pas, c'était moi la responsable.*

La Géométrie en 2019
L'hexagone a 6 côtés
L'octogone a 8 côtés
Le dodécagone a 12 côtés
Mais la plus grande figure c'est... le Carlossghosne... car il a des milliards de côtés...

- Votre dîner idéal réunirait...**
Gad Elmaleh
Djamel Debbouze
Dany Boon
- Vos 3 films incontournables...**
Les Lumières de la Ville
Indiana Jones et la Dernière Croisade
Rosemary's Baby
- Vos 3 livres fétiches...**
Sagesse (Onfray)
Serotonine (Michel Houellebecq)
L'Intelligence émotionnelle (Goleman)
- Une chanson de votre vie...**
L'envie d'aimer (Pascal Obispo)
- Votre insulte favorite...**
Hmar
- Votre madeleine de Proust culinaire...**
Plutôt une odeur : la fleur d'oranger
- Un héros... réel ou imaginaire**
Thomas Pesquet
- Salé ou sucré ?**
Salé sucré !
- Une passion, un hobby ?**
Ma Harley Softail Deluxe
- Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Il me faut transpirer
- Vos vacances de rêve...**
Road Trip Route 69
- Accro au net... ou pas ?**
http// FB/copie d'écran/recadrage/détourage/Gmail/fichier.com
- Votre dernier coup de foudre ?**
Street Glide Special 2019
- Dans une autre vie vous seriez...**
Chef étoilé
- Enfin, une adresse à recommander...**
Restaurant El pescador à Marbella

- Votre dîner idéal réunirait...**
Bouda
Jésus
Socrate et Spinoza
- Vos 3 films incontournables...**
Les demoiselles de Rochefort (Jacques Demy)
Pulp Fiction (Quentin Tarantino)
La trilogie marseillaise (Marcel Pagnol)
- Vos 3 livres fétiches...**
Si c'est un homme (Primo Levi)
Les rois Maudits (Maurice Druon)
Tout Balzac
- Une chanson de votre vie...**
All that you have is your soul (Tracy Chapman)
- Votre insulte favorite...**
Bachi-bouzouk
- Votre madeleine de Proust culinaire...**
Les croquettes de ris de veau de ma Grand-Mère
- Un héros... réel ou imaginaire**
Arnaud Beltrame
- Salé ou sucré ?**
Soit l'un, soit l'autre. Jamais sucré-salé
- Une passion, un hobby ?**
L'aviation de tourisme
- Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Ça dépend du sport !
- Vos vacances de rêve...**
Famille, sport, lecture
et bonnes bouteilles avec les copains
- Accro au net... ou pas ?**
Hélas oui !
- Votre dernier coup de foudre ?**
J'ai un paratonnerre, le sang-froid
- Dans une autre vie vous seriez...**
Professeur d'histoire
- Enfin, une adresse à recommander...**
Radioeat (à la Maison de la Radio)

- Votre dîner idéal réunirait...**
Ma famille
- Vos 3 films incontournables...**
L'aventure c'est l'aventure
Starwars
Green Book
- Vos 3 livres fétiches...**
20 000 lieues sous les mers
Zadig
Le livre de l'humour involontaire
- Une chanson de votre vie...**
Quelque chose de Tennessee
- Votre insulte favorite...**
Caramel
- Votre madeleine de Proust culinaire...**
La tatin de rougets
- Un héros... réel ou imaginaire**
Winston Churchill
- Salé ou sucré ?**
Sucré
- Une passion, un hobby ?**
La langue française,
les mots croisés et fléchés
- Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?**
Canapé
- Vos vacances de rêve...**
Sur une île avec mon épouse
- Accro au net... ou pas ?**
Non
- Votre dernier coup de foudre ?**
Il y a 34 ans
- Dans une autre vie vous seriez ?**
Auteur, compositeur et chanteur
- Enfin une adresse à recommander...**
L'Heure Bleue à Montpellier

LE BILLET D'HUMEUR ÉTUDIANT

Bonjour à tous !

À partir d'aujourd'hui, nous serons deux nouveaux étudiants en 3^e année qui vont succéder à Cyril Licha et Patrick Chelala... le seul souhait de nos prédécesseurs étant que l'on manipule mieux la plume que la turbine !

En réalité nous nous moquons, mais on est tous passés par là ! Vous souvenez-vous ?

Vous souvenez-vous de votre premier TP, ou plutôt du premier désastre ? Déjà la fameuse blouse qu'on a oubliée chez soi, qui nous permet de visiter toute la faculté sous forme d'épreuve d'orientation de Koh Lanta à la recherche d'une blouse perdue. Ensuite, on nous met en binôme par table, et il n'y en a jamais un

pour rattraper l'autre. Vous mettez déjà la moitié du TP pour comprendre que pour utiliser la turbine il faut que le contre angle soit rangé à sa place, et inversement. Et à la fin du TP, on se rend compte que la salle est devenue un hammam rempli de fumée de dent en résine frottée au contact de turbine, tout ça parce que personne n'a compris comment actionner l'eau !

Vous souvenez-vous de votre première préparation cavitaire pour une restauration indirecte ? Au début, on est confiant, « trop facile » et puis, très vite, la partie coronaire de la dent a disparu. C'est là qu'on voit notre future vie de dentiste défilé, on se dit qu'on aurait dû élever des vaches au Burundi. Et pour couronner le tout, il y a toujours son voisin,



vous savez le blond, toujours parfait à tout, habile naturellement, presque né avec une turbine dans les mains, avec préparations impeccables (parce que lui, il en a déjà terminé plusieurs), qui a fini depuis vingt minutes. Heureusement, c'est la première préparation cavitaire...

...avant la mise en application sur un vrai patient. Et là, on ne peut que prier pour lui !

Roman Licha
et David Naccache
3^e année

Calcium, magnésium, sodium, fer...

Des minéraux indispensables pour être en forme

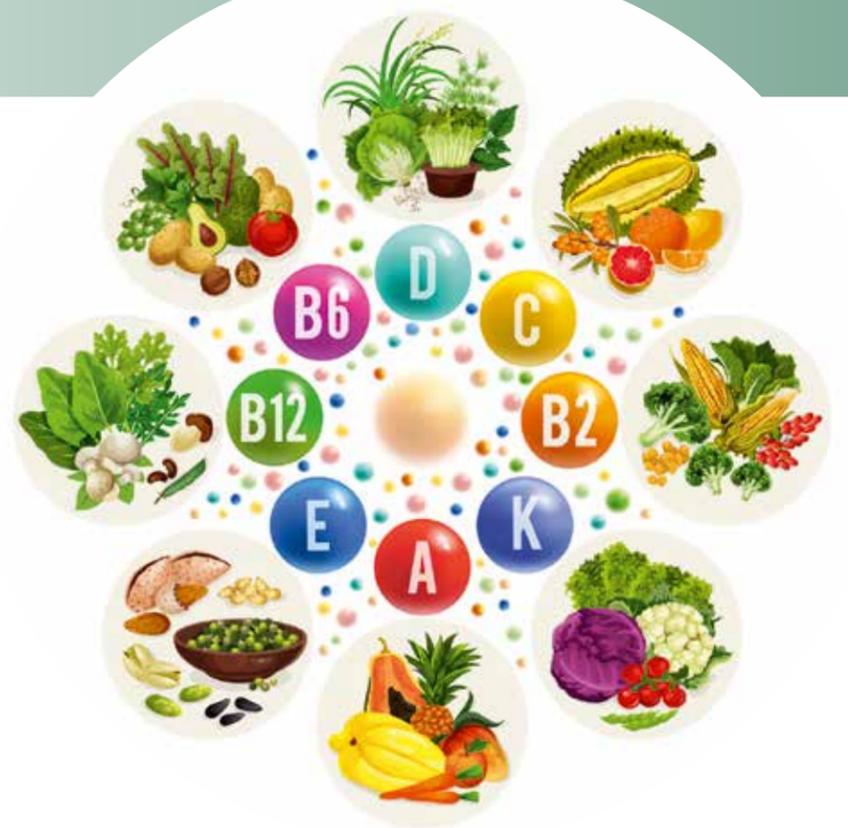
Une vingtaine de minéraux interviennent dans une multitude de fonctions physiologiques. Certains font cependant défaut dans notre alimentation courante.

Zinc, phosphore, magnésium... Les minéraux ne représentent que 4 % de notre poids, mais ce sont des éléments clés qui interviennent dans une multitude de fonctions physiologiques. Il n'y a pas d'hémoglobine (la protéine qui transporte l'oxygène du sang) sans fer ; pas d'ADN, la molécule de l'hérédité, sans phosphore ; et pas de contraction musculaire sans calcium, potassium et magné-

sium. Quant à la minéralisation osseuse, elle nécessite du calcium en grande quantité, ainsi que du phosphore et du magnésium. En outre, la plupart des éléments minéraux agissent à plusieurs niveaux. À lui seul, le magnésium participe ainsi à plus de 300 réactions biochimiques : il intervient dans le métabolisme des lipides et du glucose, la synthèse des protéines...

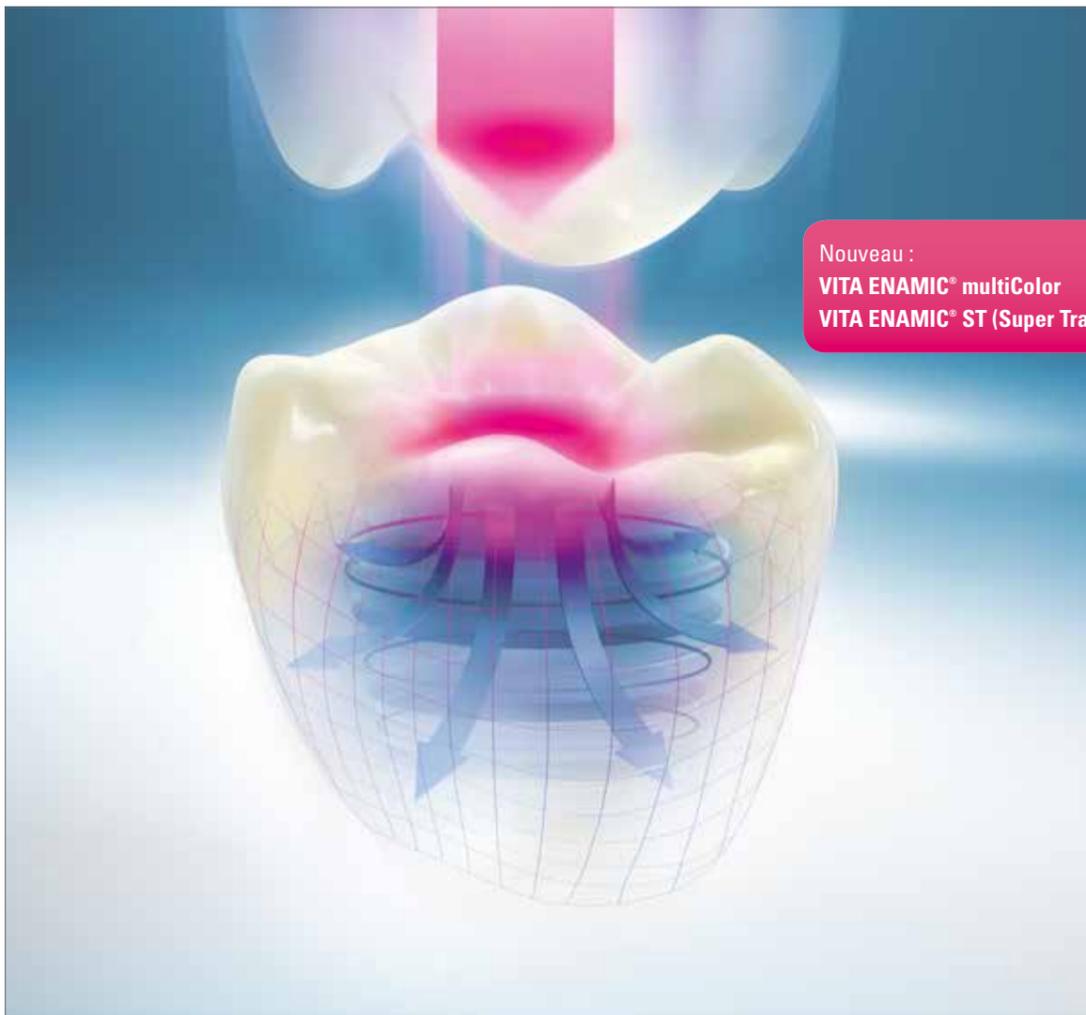
Des carences fréquentes

Les apports journaliers recommandés ont beau être modestes – de quelques dizaines de microgrammes à quelques grammes –, ces nu-



VITA ENAMIC® redéfinit la notion de résistance mécanique.*

La première céramique hybride dotée d'une structure à double réseau capable d'absorber parfaitement les forces masticatoires



Nouveau :
VITA ENAMIC® multiColor
VITA ENAMIC® ST (Super Translucet)



- énorme résistance mécanique car les forces masticatoires sont absorbées
- prothèses non iatrogènes car possibilité de réaliser des parois d'épaisseur réduite
- résultats très précis et particulièrement fidèles aux détails
- propriétés du matériau particulièrement proches de celles de la dent naturelle
- finition simple et rapide puisque sans cuisson

*) Cette céramique hybride innovante garantit pour la première fois non seulement une élasticité particulière mais aussi une énorme résistance mécanique après collage.

triments essentiels font quand même souvent défaut dans notre alimentation. Quatre importantes études épidémiologiques menées depuis trente ans ont abouti aux mêmes constats : les Français ont des apports insuffisants en magnésium, zinc et fer. Dans les années 2000, l'étude Suvimax (pour SUPplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-oXYdants) montrait ainsi que 6 % des hommes et 8,4 % des femmes avaient un déficit en magnésium sanguin ; 23 % des femmes, des réserves en fer insuffisantes ; et 8 % de la population des carences en zinc.

Or les déficits en magnésium peuvent être à l'origine de nausées, perte d'appétit, vomissements, fatigue, anxiété, insomnie... Le manque de fer peut conduire à une diminution du taux de globules rouges avec son cortège de problèmes : fatigue intense, essoufflements, pâleur, irritabilité... Quant au déficit en zinc, il se solde par des retards de croissance, une mauvaise résistance aux infections, des difficultés à cicatriser...

Les fruits et légumes, grands pourvoyeurs de minéraux

Pour éviter ces carences, il faut boire suffisamment d'eau par jour. Les minéraux disponibles dans notre alimentation sont issus des roches et transportés grâce au lessivage des sols par les eaux. Ils transitent donc dans celles-ci avant d'être assimilés par des organismes vivants, végétaux ou animaux, et c'est donc dans l'eau qu'il faut aller les chercher en priorité. D'autant plus que des études ont notamment montré que le magnésium de l'eau était mieux assimilé par le corps que celui des aliments solides. Attention, pour ne pas se priver du magnésium présent dans l'eau du robinet, il faut éviter de la filtrer. On peut aussi opter pour des eaux minérales qui en contiennent au moins 80 mg/l comme Hépar, Contrex, Quézac ou Badoit.

Mais il n'y a pas que l'eau. « Il faut aussi suivre la règle des cinq fruits et légumes par jour, car ils constituent d'incontournables sources de magnésium et de fer », rappelle le docteur Jean-Jacques Altman, diabétologue à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, à Paris. Pour le zinc, il faut privilégier les céréales complètes plutôt que raffinées. Des règles simples qui permettent à toute personne en bonne santé de recevoir les minéraux dont elle a besoin sans recourir à des compléments enrichis en minéraux.

Pourquoi a-t-on tout le temps mal au cou ?

Le cou est souvent le siège de douleurs tenaces qui s'accroissent sous l'effet de la sédentarité et du vieillissement.

Accros du web et des réseaux sociaux, votre cou ne vous dit pas merci. Particulièrement sollicité, votre rachis cervical peut en souffrir. Il suffit souvent d'un simple appel passé depuis son smartphone, appareil calé entre l'oreille et l'épaule, pour provoquer une cervicalgie. Cette contracture douloureuse du cou touche également les adeptes des textos.

Appelée « text neck », cette nouvelle pathologie du cou est causée par une mauvaise posture, selon l'Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport santé (IRBMS). « Garder la tête baissée trop longtemps et se pencher engendrent une hypersollicitation de la tête, un blocage du cou et une hyperextension de la colonne vertébrale à l'origine des douleurs », écrit le Dr Patrick Bacquaert, médecin du sport et vice-président de l'IRBMS, dans un article consacré au sujet.



Le traitement passe par une cure de corticoïdes par voie orale pendant une quinzaine de jours, voire par des infiltrations. L'électrothérapie utilisant des courants en basse fréquence sur le trajet du nerf permet également de libérer des endorphines pour soulager la douleur. La chirurgie n'intervient qu'en dernier recours si le canal cervical est rétréci, que l'arthrose comprime la moelle, entraînant troubles neurologiques, fatigabilité, douleurs à la marche.

Quelle que soit la pathologie cervicale, le plus important est de continuer à rester en mouvement. « On peut par exemple pratiquer le tai-chi, une activité physique aux mouvements lents », précise le Dr Grange.

Figaro.fr - Publié le 12/01/2019

Renforcer ses muscles

Toutes les personnes travaillant sur tablette ou écran avec un cou en hyperextension sont également sujettes à ces troubles musculo-squelettiques (TMS) du cou. « L'insuffisance musculaire du cou est liée à la sédentarité, au métier et à la morphologie de chaque individu, explique le Pr François Rannou, rhumatologue et médecin rééducateur à l'hôpital Cochin. Les cervicalgies sont ainsi très courantes chez les femmes jeunes et fines, au long cou, qui n'arrivent plus à tenir leur tête en fin de journée. Le seul traitement est la rééducation pour renforcer les muscles du cou. Par exemple : placer un torchon avec les deux mains derrière le cou et tirer vers l'arrière. Mais le problème est que la pathologie du cou et la cervicalgie de base non traumatique sont très mal enseignées à la faculté de médecine. Généralistes et rhumatologues sont peu formés. » Également d'origine musculaire, le torticolis ou « lumbago cervical », comme l'appelle le Dr Laurent Grange, médecin rhumatologue au CHU Grenoble-Alpes et président de l'Association française de lutte antirhumatismale (Aflar) « est lui aussi lié à une malposition comme de dormir sur une literie ou un oreiller mal adapté. Le traitement, antalgique, consiste à utiliser des packs refroidissants et à immobiliser la zone avec un collier de mousse ».

Plus rare, mais tout aussi douloureuse, l'entorse cervicale appelée communément « coup du lapin » survient généralement après un accident ou un traumatisme. Elle est souvent aggravée par le stress et entraîne peu ou pas de lésions, mais essentiellement des douleurs diffuses.

Avec l'âge le cou s'use

L'autre grande pathologie du cou est l'arthrose des vertèbres cervicales, ou uncarthrose, essentiellement liée à l'âge, à la génétique et aux antécédents d'accidents ou de traumatismes (fractures, luxures). Avec l'usure progressive du cartilage articulaire, douleurs, céphalées et rigidité de la nuque sont fréquentes, particulièrement chez les personnes de plus de 70 ans. Les rotations du cou sont également plus limitées. La névralgie cervico-brachiale est l'une de ses principales complications.

« Cette sciatique du bras obéit au même mécanisme que pour le bas du dos, précise le Pr Rannou. Une hernie discale ou des becs osseux comprimant les racines qui innervent le bras provoquent des douleurs au cou et au bras irradiant jusqu'aux doigts. »

SI VOS CONFRÈRES
SONT CONVAINCUS DE
L'ADMIRA FUSION
POURQUOI PAS
VOUS ?



Nouveau : la céramique pure pour restaurations.

Des avantages impressionnants :

- 1) Pas de monomères classiques, pas de monomères résiduels !*
- 2) Rétraction de polymérisation inégale !**
- 3) Emploi universel et facilité d'utilisation !

Avec tous ces atouts, que demander de plus ?



*Leyhausen et al., Faculté de Médecine de Hanovre, rapport à VOOCO, 2015. ** Source : Mesure interne de VOOCO, 2014

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

VOOCO GmbH · Allemagne · www.admira-fusion.dental

VOOCO
LES DENTALISTES



Psycho : conseils pour envisager sa retraite avec sérénité

Appréhendée ou attendue, la retraite est un moment délicat de la vie à anticiper, pour éviter solitude, ennui, voire dépression. En 1945, l'espérance de vie moyenne en France avoisinait 60 ans pour les hommes, 65 pour les femmes, laissant entrevoir une courte retraite. Les seniors d'aujourd'hui arrivent plutôt en forme à l'aube de ce que le sociologue et professeur à l'Insec Serge Guérin appelle « l'après-midi de la vie ».

Dans une société où le travail confère un rôle et un statut social, cette délicate transition nécessite de trouver une nouvelle identité de

soi. « *Le passage à la retraite est une rupture sociale extrêmement forte, la moitié de nos liens sociaux étant liés au milieu professionnel* », explique l'auteur de *La guerre des générations aura-t-elle lieu ?* (Éd. Calmann-Lévy). L'anticiper contribue à mieux l'accepter tout en se préparant au « bien vieillir ».

Perte de repères

Le premier écueil à éviter est l'ennui avec la peur du vide. Quand la vie n'est plus structurée ni rythmée par le travail, le risque est de perdre tout repère. Un monde angoissant peut s'ouvrir. L'idéal est de s'accorder deux à quatre mois de répit, repos et découverte avant de « reprendre pied dans la réalité et de construire son temps pour ne pas basculer dans l'oisiveté ou la dépression », conseille Olivier de Ladoucette psychiatre et gériatre attaché à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Cultiver un hobby, une passion, s'adonner à un loisir fait toute la différence. Apprendre une langue, travailler le bois ou se (re)mettre à la peinture sont autant de projets de vie structurants, qui « densifient la vie ». Pour Olivier de Ladoucette, la retraite se prépare dix ans avant pour « mettre en place les comportements et stratégies adéquats, s'installer dans un certain mode de vie qui permet ce passage en douceur ».

Il propose trois vertus prouvées comme positives pour bien vieillir et s'adapter à cette troisième vie : la curiosité intellectuelle, l'exercice physique, la convivialité. Il faut apprécier la relation avec l'autre et tisser un réseau de liens et d'amis avant d'être à la retraite, conseille Olivier de Ladoucette.

Un moment charnière pour le couple

« Deux ans avant de quitter le monde professionnel, il est important de faire un point de vie, seul ou accompagné » Serge Guérin, sociologue. Il n'y a également pas de retraite réussie sans introspection. « Deux ans avant de quitter le monde professionnel, il est important de faire un point de vie, seul ou accompagné, en analysant ses forces et faiblesses, ses envies, les moyens économiques et concrets dont on dispose ou l'environnement qui va avec », conseille-t-il.

La retraite est également un moment charnière pour le couple, et certaines questions méritent d'être posées : va-t-on prendre sa retraite en même temps ? Mon conjoint aura-t-il envie de la même chose ? Si certains choisissent la séparation car les centres d'intérêt ne sont plus les mêmes ou que la crise conjugale était latente, d'autres profitent de cette opportunité pour vivre une nouvelle lune de miel.

Les erreurs à éviter ? Survaloriser ce moment de liberté. Sera-t-on vraiment sans contraintes ? Une partie de la retraite de cette génération dite pivot est occupée à prendre soin de ses parents et/ou de ses enfants et petits-enfants. Les contraintes sociales liées aux solidarités intrafamiliales peuvent s'avérer très fortes. Avoir des projets déconnectés de la réalité constitue un autre écueil à proscrire. S'installer à la campagne quand on a toujours été urbain est-ce une si bonne idée, par exemple ?

IMPLANT POUR L'AVENIR

IMPLANT-AVENIR.COM

16 MAI 2019

PAVILLON ROYAL PARIS

HADI ANTOUN

FRANCK BONNET

Figaro.fr - Publié le 11/01/2019

Cour des comptes : haro sur les urgences médicales

Attente interminable, multiplication des numéros d'appel, tarifs prohibitifs, le constat de l'institution est accablant. Et rien ne semble s'améliorer.

« Le système actuel semble à bout de souffle. » Pour les magistrats de la Cour des comptes, les améliorations apportées à l'organisation des services d'urgences depuis leur dernier rapport, en 2014, « n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec la médecine de ville ». L'activité n'a pas cessé d'augmenter – 15 % en quatre ans –, portant à 21,2 millions le nombre de passages aux urgences en 2016. Une augmentation qui frappe tous les pays développés et pour les mêmes raisons : « préférence des patients pour la présence sur le même lieu de l'ensemble des services, examens complets plus systématiques, absence croissante de médecins de ville intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ».

Si dans les 641 structures d'urgences recensées, « les temps de passage médians, couvrant l'attente et la prise en charge, atteignent deux heures pour la moitié des patients, ce qui paraît raisonnable », il double pour les personnes âgées en raison de la nécessité d'examen complémentaires. Et certains centres hospitaliers universitaires (CHU) affichent des temps de passage souvent longs : quatre heures à l'hôpital de la Timone à Marseille, cinq heures au CHU de Nancy, plus de quatre heures à Strasbourg.

Le mauvais exemple de Lariboisière

Premier handicap de la prise en charge des soins non programmés, l'organisation de la médecine de ville. « 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures et une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients. » Les services d'urgences ont pourtant amélioré leur dispositif d'accueil : « 80 % des sites disposent d'une fonction d'accueil et de triage des urgences, les « circuits courts », destinés à traiter rapidement les cas légers, se sont généralisés dans les structures à forte activité. » Mais le vrai problème est ailleurs avec « un sous-effectif médical générateur de tension dans un nombre croissant d'établissements ». Si 9 500 urgentistes prennent en charge les soins non programmés dans les établissements publics et, pour une moindre part, privés de l'Hexagone, « leur nombre a augmenté moins vite que la progression de l'activité et le recrutement des personnels y est plus difficile ». D'où de nombreux postes vacants ou tenus par des médecins à statut précaire, quand il ne s'agit pas d'intérimaires aux tarifs prohibitifs, le recours à ces derniers ayant connu une « hausse exponentielle ». Ainsi, en Île-de-France, zone pourtant considérée comme attractive pour les médecins, les heures d'intérim ont crû de 60 % ces deux dernières années. Les situations de tension récurrentes et la pénurie de personnel constatées dans certains établissements témoignent des difficultés à assurer la permanence des soins dans tous les territoires, notamment en « nuit profonde ». C'était le cas à l'hôpital Lariboisière, l'un des plus importants centres d'urgences de France, quand, le 17 décembre 2018, une patiente de 55 ans, faute d'avoir été prise en charge à temps, a été retrouvée morte dans le service. Outre des défauts d'organisation, l'un des fleurons de la médecine d'urgence de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) fonctionnait en sous-effectif, selon le rapport conjoint de l'AP-HP et de l'ARS, avec 23,5 médecins équivalents temps plein quand il en aurait fallu 32,4 « pour s'aligner sur les recommandations professionnelles ».

La cacophonie de la régulation médicale

Au niveau sécuritaire, les magistrats s'interrogent également sur le maintien de certains services d'urgences en notoire sous-activité. « Il est par ailleurs indispensable que les agences régionales de santé (ARS) procèdent à un état des lieux et, le cas échéant, à une restructuration des services dont la faible activité, notamment en nuit profonde, ne permet plus d'assurer la permanence des soins dans des conditions financièrement supportables.

La fermeture la nuit de certains établissements, non autorisée aujourd'hui par les textes, devrait être mise à l'étude. La transformation de ces services d'urgences en centres de soins non programmés, comme c'est déjà le cas sur certains sites, devrait être plus largement envisagée. »

Pour compenser ces fermetures, les magistrats encouragent les mesures récemment annoncées par les pouvoirs publics dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » visant à constituer à partir du réseau des quelque 500 hôpitaux de proximité, des « walk in centers », centres dotés d'un petit plateau technique, chargés de traiter la petite traumatologie et qui devraient être labellisés d'ici à 2022. Les différentes expériences de maisons médicales de garde semblent avoir peu d'effet sur l'engorgement des services d'urgences sauf quand celles-ci leur sont accolées.

Reste un sujet peu abordé, celui du financement même des urgences, qui incite peu les établissements à la réforme. « Le dispositif tarifaire complexe incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. Dans le cadre actuel du financement des urgences, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie évitable des passages sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est financièrement pénalisant pour eux. » Et de donner l'exemple de l'hôpital Robert Debré à Paris. Celui-ci, vertueux, a organisé sa filière afin de réorienter une partie des patients qui se présentent vers une maison de santé partenaire. Manque à gagner, 2,3 millions d'euros par an pour avoir orienté 20 000 de ses passages légers vers une autre structure. Enfin, les magistrats n'épargnent pas la cacophonie



de la régulation médicale. « La multiplication des numéros d'appel (15, 17, 18, 116 117, numéros SOS médecins), déjà soulignée par la Cour en 2014, reste source de confusion pour la population. Ceci explique en partie les échecs d'une véritable régulation médicale des urgences. »

Le Point.fr - Publié le 06/02/2019

Akilease

Le service 100% confiance



Akibox
intégrée



Full service pendant 5 ans

- Offre de financement et de service
- Coûts maîtrisés
- Hotline dédiée
- Service après-vente assuré par le fabricant
- Accès à l'interface Web Akidata*

*Interface web sécurisée pour les appareils d'hygiène (sauf Assistina Twin) avec un accès permanent à la traçabilité, ainsi qu'un contrôle et un diagnostic à distance.



akilease
LE DUO GAGNANT

W&H France | t. 0 388 773 600 | commercial.fr@wh.com | wh.com



Comment sauver les rhinocéros du trafic animalier ?

La terrible nouvelle de l'autorisation par la Chine de la vente de corne de rhinocéros et d'os de tigre à des fins thérapeutiques, est effrayante. Et va relancer le trafic d'objets de la faune, un marché infiniment juteux. Même les alternatives synthétiques de poudre de corne, censées protéger l'espèce, entretiennent l'envie et la consommation. J'aime ces animaux, beaux comme des guerriers cuirassés, qui évoquent la puissance sans l'agressivité, l'exotisme, et hélas la rareté. Le rhino n'a pas la notoriété et le coefficient de sympathie que l'on prête aux pandas hélas.

Le kilo de corne se vend aujourd'hui à environ 50 000 €*. Le trafic d'objets de la faune est le 4^e marché le plus juteux pour les trafiquants après la drogue, les armes et les esclaves humains. Un trafic organisé avec les moyens puissants d'organisations criminelles et favorisé par les conflits politiques locaux.

Dans *More intelligent Life*, je lis les statistiques de ces massacres : en 2007, l'Afrique du Sud a perdu 13 rhinocéros à cause du braconnage. L'année dernière, l'horrible carnage atteint 1 215 individus, et pendant les quatre premiers mois des rhinocéros de 2915, 393 animaux ont été massacrés. Si cela continue à ce rythme, la population sauvage sera éradiquée en 2026. Ce carnage sans nom est dû à une croyance asiatique ancienne qui prête des qualités médicinales à leurs cornes. Une théorie tend à prouver que l'on pourrait sauver le rhinocéros en mettant de la corne synthétique sur le marché. La corne est constituée de kératine, il n'est pas difficile d'en fabriquer.

Cette idée non dénuée de sens, offre même des perspectives, mais crée une grosse polémique : attirer encore plus l'attention sur ces pseudos vertus et faire gonfler la demande déjà exponentielle.

Pendant des siècles, dès 200 ans avant JC, dans la médecine chinoise traditionnelle, elle a été employée pour soigner des problèmes sanguins. L'idée qu'elle serait aphrodisiaque est un mythe occidental. Dans les années

1970-1990, il y a eu une demande importante au Moyen-Orient, particulièrement au Yémen pour en faire des manches de poignards de luxe. L'accélération effarante de la demande ces dernières années est venue d'une vague de prospérité au Vietnam, où la corne de rhinocéros est devenue un article de prestige pour les nouveaux riches. Elle est vendue sous le nom de traitement pour le cancer et de remède contre les gueules de bois qu'elle atténuerait très vite. La population de rhinos asiatiques ayant été décimée, c'est l'Afrique qui en devient pourvoyeuse.

Une société américaine au nom de LLC de Rhinoceros Horn veut lancer un produit éthique sur le marché, constituée de kératine biologiquement identique à la poudre de corne de rhinocéros. Sa production ne nuirait à aucun animal. En attendant, la société Pembient* – qui se décrit comme « La de Beers du synthétique des produits de faune » vise à développer la corne solide, dans une version « génétiquement semblable » à l'article véritable.

La firme spécialisée en biotechnologie, fabrique aussi de l'ivoire synthétique et communique sur son souci de contribuer à éradiquer le braconnage et le marché noir des produits animaliers, soit un chiffre d'affaires de \$ 20b.

Une autre organisation veut reproduire la corne de rhinocéros à partir de l'ADN de rhinocéros, utilisant l'impression 3D pour créer un produit synthétique. Toutes ces sociétés reconnaissent que les vertus thérapeutiques de la corne de rhino sont négligeables, faut-il la vendre néanmoins ? Le rhino placebo n'apporte pas de vraies solutions...

Selon TRAFFIC, une ONG internationale** qui se spécialise dans la lutte contre le commerce illégal de produits de la faune, qu'au regard de la quantité de faux vendus, les clients les plus riches sont décidés à acheter la véritable corne à des personnes de confiance.

Les défenseurs de l'environnement s'inquiètent que les produits synthétiques pro-



duisent le même effet. Les gens ne veulent pas une médecine faite à partir de la poudre de kératine, mais provenant d'un animal mort, le sacrifice conférant une sorte de magie à l'acte.. Deux ONG, International Rhino Foundation and Save the Rhino International, s'insurgent aussi contre de tels produits qui renforceront les mythologies déjà bien ancrées et augmenteront la demande. Cela risque aussi de relativiser l'illégalité de la vente de corne et de toute façon, ceci ne résout pas le problème des massacres en croissance dramatique.

Serait-il possible que cinq espèces de rhinocéros seront éliminées en raison d'une superstition semblable ?

Selon Traffic ONG, les races africaines 20 150 Rhinocéros blancs, *Ceratotherium simum*, forment une espèce en grand danger et 4840 noirs *Diceros bicornis* sont en voie d'extinction, 3 autres races vivent en Asie : les Rhinocéros de Java : 50 individus, ceux de Sumatra : 190 individus et 2 500 Rhinocéros Indiens.

Pour pallier l'extinction de cette espèce, le Zimbabwe a fait don des cinq rhinocéros excédentaires de la réserve faunique de Malilangwe dans le sud-est de ce pays, au Botswana, pays où ces animaux ont été décimés à plus de 70 % au cours des 30 dernières années à cause du braconnage endémique.

Autre gros problème : la reproduction par insémination ne donne pas de résultats disent les experts, et il n'y a pas suffisamment de diversité génétique, on doit faire s'accoupler des fratries, pour préserver les chances des femelles de procréer, sinon des maladies s'ensuivent et elles deviennent stériles.

Quant à enlever chirurgicalement les cornes, c'est techniquement faisable, mais rien que dans le Kruger Park, il y a 10 000 rhinos sur 28 millions d'hectares... Les états renforcent la lutte contre le braconnage grâce à des chiens renifleurs, pisteurs et chercheurs sont spécialement dressés pour protéger les animaux et traquer les trafiquants, dans les réserves et aux frontières. Ils savent aussi détecter l'ivoire, les armes et les munitions.

Les peines de prison se durcissent, mais là où la corruption et le crime règnent en maître, que faire à part soutenir financièrement les ONG, acheter les produits de merchandising, comme ce livre sur Andatu le seul rhino de Sumatra né en captivité en Indonésie ; il explique aux enfants la vie dans la réserve de Way Kambas et ce qu'ils peuvent faire pour les sauver. Alors pensons rhino, soutenons-les s'il vous plaît, et donnons-leur la chance de nous survivre.



PROFILE DESIGNER

iphysio[®]

LA SIMPLICITÉ EN IMPLANTOLOGIE

CONCEPT BREVETÉ 3 EN 1
Cicatrisation - Empreinte - Provisoire



NOUVEAUTÉ

UNIVERSEL
Disponible pour les plus
grandes marques d'implants

UN PROTOCOLE SIMPLIFIÉ POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION BIOLOGIQUE

iphysio[®] permet de réaliser la cicatrisation, l'empreinte et la prothèse provisoire sans démontage.
Ce Profile Designer de forme anatomique permet de sculpter un vrai profil d'émergence non circulaire,
favorise le maintien des papilles et la conservation de la gencive kératinisée.

Une (R)évolution majeure qui, en plus d'apporter confort et respect biologique, vous fera gagner un temps précieux.

INFORMATIONS

+33 (0)4 50 91 49 20
info@lyra.dental
www.iphysio.dental

Distribué par

LYRATM

Fabriqué par **euroteknika** - 726 rue du Général de Gaulle, 74700 Sallanches (France)

Le Profile Designer iphysio[®] fabriqué par euroteknika et distribué par LYRA France est un dispositif médical de Classe IIb (Directive Européenne 93/42/CEE) conforme aux normes en vigueur et porteur du marquage CE0459.
Non remboursé par la Sécurité Sociale, il doit être utilisé par des professionnels de la santé bucco-dentaire. Lire attentivement la notice d'instructions et le manuel d'utilisation. LYRA FRANCE, S.A.S. au capital de 10 000€
25 rue Bleue, 75009 Paris - RCS Paris 799 960 067 - Tout document édité par LYRA se réfère à nos conditions générales de vente en vigueur. Photos non contractuelles - Reproduction même partielle interdite.



La solution 100% prête et efficace adaptée à la nouvelle convention



Intégration Réforme 100% Santé

- Changements tarifaires des actes prothétiques
- Création de 93 nouveaux actes
- Revalorisation de certains actes conservateurs



Outils d'accompagnement

- Assistant de paramétrage et personnalisation des actes
- Nouveau module de saisie d'actes CCAM
- Proposition d'actes complémentaires

NE PASSEZ PLUS À CÔTÉ DE LA SOLUTION QUI CHANGE VOTRE GESTION QUOTIDIENNE



Démonstration gratuite

Découvrez notre logiciel de gestion simple et intelligent.



Vidéos tutoriels

Soyez accompagné efficacement avec des vidéos didactiques sur julie.fr rubrique « actus ».



Formations en région

Assistez à nos formations sur les évolutions Julie adaptées à la réforme 100% Santé.



dynamik@julie.fr



01 60 93 22 23



www.julie.fr

