

JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire, et à l'industrie dentaire
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd. • Agréation P307013 • Tirage : 3.800 ex.

CLINIQUE

**Cone beam
& troisièmes molaires
mandibulaires incluses**

PSY

**La porte-au-nez
ou comment augmenter
l'ambition thérapeutique**

**AVEC CERTIFICAT
DE FORMATION
CONTINUE EN
RADIOPROTECTION**

PROCHAIN EVÈNEMENT

Namur • Vendredi 26 avril 2013 • 40 UA • 6 heures FC

Les NOUVEAUX diagnostics

Travailler dans le confort, ça détend

Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality offre au dentiste un **service de qualité** pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse **d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie** ou **d'architecture**, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix.



oms Star



oms Carving



Heka Unic Line



Heka Unic

Appelez-nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.

Dental Quality - Chaussée de Mons 47 - 1400 Nivelles

T 067 844 284 - www.dentalquality.be

**Dental
Quality**

JOD

Mars - Avril 2013 • n° 62



- 4 • La Photo
- 7 • Programme 2013
- 9 • Prochains événements
- 14 • L'actu med
- 16 • Clinique
Cone beam et troisièmes molaires mandibulaires incluses
- 25 • Psy
La porte-au-nez, ou comment augmenter l'« ambition thérapeutique » de vos patients
- 32 • Annonces
- 35 • Inscriptions

Pour nous contacter et pour recevoir gratuitement le JOD :
Avenue de l'Europe 40 - B 6000 Charleroi
Tél. 04 73 41 51 67 (répondeur)
Fax 071 33 38 05
info@cod.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 35 EUR/an
Monde : 60 EUR/an

Website : www.cod.be

Infos pour la publicité : 04 73 41 51 67
La publicité paraît sous la responsabilité exclusive des annonceurs
Les noms de marque cités dans les articles constituent des indications pour le lecteur et non de la publicité

Fortis Banque : 001-3545567-02
IBAN : BE 32 00 13 5455 6702
BIC : GEBABEBB

Éditeur responsable :
Dentiste Th. VANNUFFEL, LSD DG
Rue du Moulin Blanc 28 - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright
Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, 2013
Reproduction interdite sauf accord

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Thierry Vannuffel
Rédacteur en Chef

Le facteur humain amélioré ?

En tant que contribution humaine aux événements indésirables, l'erreur médicale est au centre de nombreuses réflexions. Comment la dompter ? Quelles procédures mettre en place — et respecter — pour interdire sa survenance ? Serons-nous un jour des machines parmi les machines ? Pour autant, les robots ne sont pas exempts de failles.

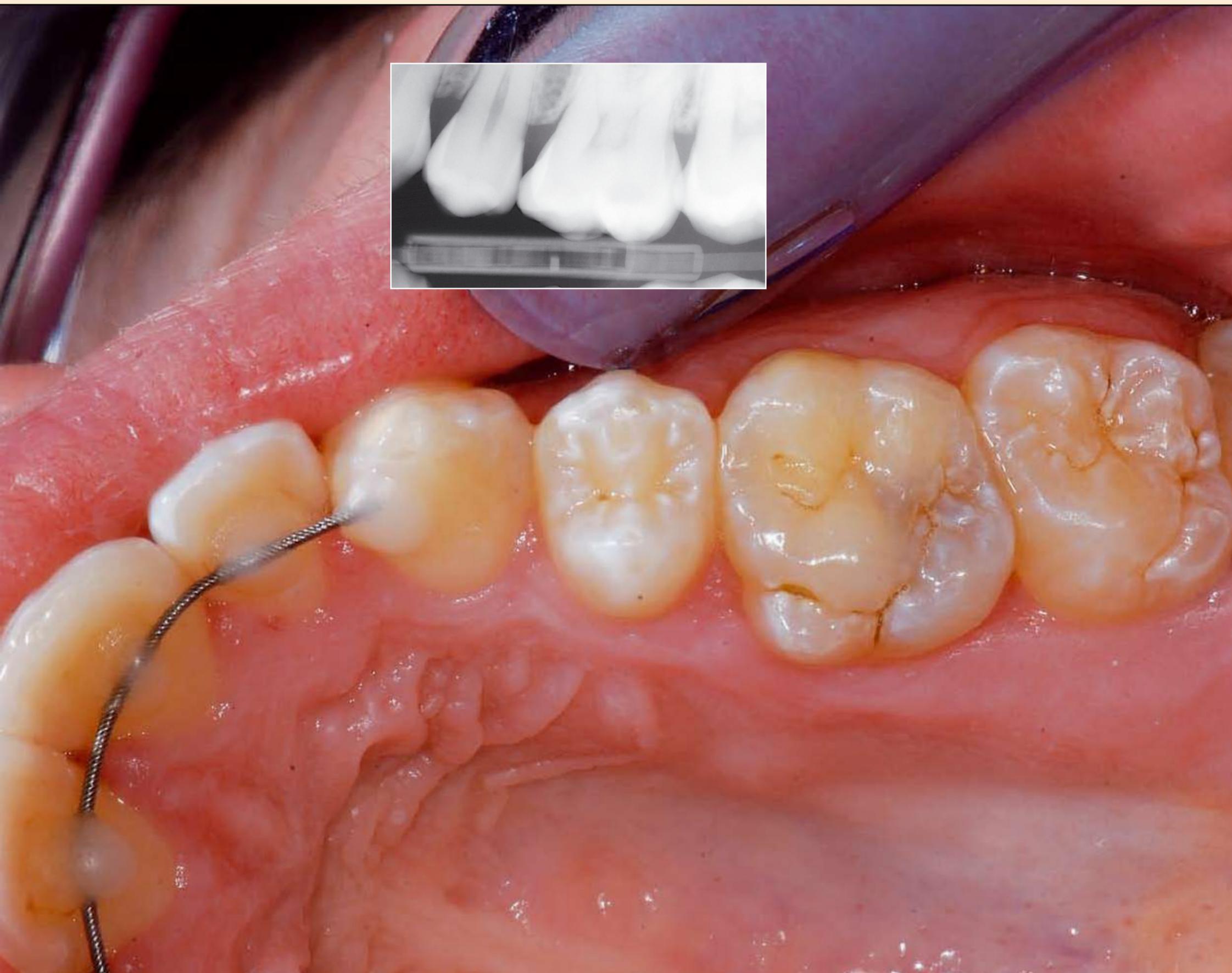
Une réponse conventionnelle au « mauvais facteur humain » mène à la formation continue. En médecine dentaire, la Belgique fut pionnière en ce domaine. Ce fut d'abord l'accréditation, un incitant sonnante et trébuchant à se former, de manière très formatée, et qui permit de renflouer les caisses de certaines associations. Ce fut ensuite la création des agréments et... leur maintien par une recertification plus ou moins contrôlée : encore de sacrés budgets retrouvés.

Mais aujourd'hui, certains voient déjà plus loin. Ils pensent à une sorte de permis d'exercer à points. Que manque-t-il pour y parvenir ? Un organisme professionnel souverain, pardi : un Ordre des Dentistes ! Et voilà pourquoi l'embryon politique de ce futur aréopage s'insinue l'air de rien dans bien des colloques ; bien des textes, aussi.

De quoi sanctionner les Consœurs et Confrères, abandonnés à la vindicte de leurs pairs, sur plainte des patients. Quelle perspective enthousiasmante !

Avec un facteur humain amélioré à la clé ? On peut en douter. Mais avec une mainmise encore plus lourde sur toute la Profession, voilà qui est certain. L'olympes de ceux qui ne vivent que par et pour le pouvoir.

En attendant ces possibles développements, profitons d'une bouffée d'oxygène : la formation continue **libre** proposée par le COD. Pour le bien de nos patients, et pour le nôtre. ♦



Le diagnostic cariologique figure parmi les actes quotidiens du praticien. Il est hélas souvent standardisé, sinon banalisé — alors qu'il implique des conséquences déterminantes pour la philosophie qui définit un cabinet, via notamment des concepts comme l'approche globale ou l'évaluation individuelle du risque.

Ainsi chez cette patiente de 21 ans, l'examen buccal met en évidence une ombre bleutée dans la région distale de la 26. S'agit-il d'une lésion carieuse ou non ? Dans l'affirmative, est-elle cavitaire ou non ? Et si elle n'est pas cavitaire, est-elle active ou arrêtée ?

En faveur d'un diagnostic positif, on note :

- l'existence d'une anatomie complexe, avec tubercule de Carabelli proéminent, et de nombreux sillons profonds propices à la présence de plaque cariogène
- une surface de contact aplatie 26-27, rendant difficile l'entretien interdentaire
- un antécédent de traitement orthodontique, notamment avec bague sur la dent litigieuse
- une alimentation déséquilibrée typique de la vie étudiante

En faveur d'un diagnostic négatif, on relève :

- l'absence d'antécédent carieux, aussi bien en denture déciduale que définitive
- une prophylaxie au fluorure per os durant l'amélogénèse
- le silence clinique

Un cliché rétro-alvéolaire le plus orthogonal possible semble éliminer une cavitation interproximale, mais ne peut exclure l'existence d'une carie sous le sillon occluso-distal.

Quant au sondage de ce sillon, il est tout à fait contre-indiqué, dans la mesure où, en cas de lésion avérée, mais non cavitaire, un effondrement amélaire pourrait signer l'impossibilité de mettre en œuvre une thérapeutique non invasive de reminéralisation.

Que va décider le praticien ? Va-t-il se satisfaire d'une « surveillance », qui implique qu'une lésion active progresserait inexorablement ? À quel délai fixera-t-il une réévaluation ? Ou va-t-il « ouvrir le sillon » et explorer le tissu, au risque de constater l'existence d'un faux positif ?

Et quelle sera l'influence de la Nomenclature sur sa décision, sachant qu'il ne sera réellement honoré que dans le modèle classique cavité-obturation, au risque de poser des gestes franchement iatrogènes ?

Ne doit-il pas plutôt, aussi bien dans une optique de Santé publique que de responsabilité civile professionnelle, se reposer sur des techniques diagnostiques complémentaires ? Lesquelles ? Et comment fera-t-il honorer cette plus-value ?

C'est à ces questions, entre autres, que répondra le prochain événement du COD consacré aux « Nouveaux diagnostics », le vendredi 26 avril à Namur. ♦



Depuis 2001



Voyez la technologie verre ionomère d'un NOUVEL OEIL

EQUIA crée une esthétique incomparable avec une translucidité et une adaptation de la teinte inégalées*. Et il ne s'agit là que de l'une de ses forces. Entrez dans une nouvelle dimension en dentisterie restauratrice. Pour en savoir plus, consultez le site www.gceurope.com

*donnée sur demande

GC EUROPE N.V.
Head Office
Tel. +32.16.74.10.00
info@gceurope.com
<http://www.gceurope.com>

GC FRANCE s.a.s.
Tel. +33.1.49.80.37.91
info@france.gceurope.com
<http://france.gceurope.com>



GC BENELUX B.V.
Tel. +31.30.630.85.00
info@benelux.gceurope.com
<http://benelux.gceurope.com>

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.81.734.02.70
info@switzerland.gceurope.com
<http://switzerland.gceurope.com>

FC1

Les nouveaux diagnostics
Namur • Vendredi 26 avril

FC2

L'adolescent patient de tous les dangers
Charleroi • Samedi 1^{er} juin

FC3

La restauratrice en 2013
Ce qu'en pensent les unifs parisiennes
Charleroi • Vendredi 20 septembre

FC4

Le bridge sur dents naturelles
Namur • Vendredi 15 novembre

FC5

Les traitements de temporisation
Charleroi • Samedi 14 décembre

TP

COMPLET
Révolutionnez vos anesthésies !
Charleroi • Jeudi 26 septembre

EC

Entretiens cliniques Prothèse unitaire sur implant
Bruxelles • Samedi 19 octobre ou samedi 23 novembre

PR

Peer-reviews
Nombreuses possibilités

Plus étroit et plus résistant.



Pose de l'implant en toute sécurité dans des zones offrant un espace interdentaire limité.

Résistance maximale des matériaux et connexion très hermétique.

Stabilité initiale élevée et préservation osseuse.

NOUVEAUTÉ

Ø 3,0 mm pour zones offrant un espace interdentaire limité

Nous vous présentons NobelActive 3.0. Cet implant unique est la solution idéale pour les zones offrant un espace interdentaire limité dans la région antérieure. Le protocole de forage est conçu pour conserver l'os au maximum, alors que le corps de l'implant et la conception fileté condensent l'os au cours de l'insertion, renforçant la stabilité initiale. L'apex tranchant et les lames d'incision vous permettent d'ajuster la position de l'implant pour une orientation optimale

de la restauration. Associée à la connexion très hermétique et le transfert de plate-forme intégré, NobelActive 3.0 vous permet de générer des résultats esthétiques excellents en toute sécurité. En tant qu'innovateur depuis 45 ans, notre expérience permet de vous fournir des technologies éprouvées à long terme et fiables pour le traitement efficace des patients. **Leur sourire, vos compétences, nos solutions.**



Appelez le 02/ 467 41 70 ou connectez-vous au site nobelbiocare.com/active3



FORMATION - CONFÉRENCE 1
NAMUR • VENDREDI 26 AVRIL 2013

AVEC CERTIFICAT DE FORMATION CONTINUE EN RADIOPROTECTION

Les NOUVEAUX diagnostics

Pas si élémentaires, mon cher Watson



Jean-Marc Dersot



Hervé Tassery



Robert Cavézian



Jean-Philippe Mallet

Objectifs de ce cours — Même si la sonde et le miroir demeurent les clichés traditionnels de l'exercice odontologique, il est loin derrière nous, le temps où l'examen clinique suffisait à proposer une approche préventive ou thérapeutique à nos patients. Non seulement les progrès technologiques évidents, mais aussi l'évolution des concepts étiopathogéniques et les traductions opérationnelles qui en découlent, ont bouleversé la notion de diagnostic buccal au cours des dernières années.

Cette activité a dès lors été conçue pour balayer les routines un peu rapides, et pour apporter un vent de modernité matérielle, mais surtout intellectuelle, sur ce qui reste le point de départ de toute relation soignant-soigné, dans une optique de choix thérapeutique le plus en accord possible avec le précepte *primum non nocere*. Le matin, nous aborderons les points clés du diagnostic en parodontologie et en cariologie, et l'après-midi sera consacrée aux évolutions de l'imagerie RX dans une démarche « as low as reasonably achievable ».

Fiche technique de cette activité

Organisateur COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Vendredi 26 avril 2013, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	Où ?	ACINAPOLIS, 16 rue de la Gare Fleurie 5100 Jambes (Namur)	
	Disponibilité ?	400 places (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : accordée - 20 dom 3 + 10 dom 4 + 10 dom 6	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	199,- EUR
		Paiement reçu après le 12/04 (PAS d'inscrit. sur place) :	+50,- EUR
	Réductions* ? <small>* conditions en page 47 du JOD n°61 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2010)/étudiant :	189,- EUR
		Réduction-fidélité sur programme :	possible jusque 410,- EUR !
	S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page	

Biodentine™

La première et unique dentine en capsule



Biodentine™ est le premier matériau biocompatible et bioactif 'tout-en-un' indiqué pour la réparation des atteintes dentaires.

Biodentine™ stimule la reminéralisation dentinaire, préserve la vitalité de la pulpe et en favorise la cicatrisation. Dotée de propriétés biologiques et mécaniques similaires à celles de la dentine naturelle, Biodentine™ la remplace avantageusement.

Les traitements cliniques à base de Biodentine™ s'avérant très positifs, cette innovation permet aujourd'hui d'appliquer le composite dès la première séance et par conséquent de procéder à **une restauration totale en une seule intervention.**

N'attendez pas pour profiter des avantages cliniques de cette première et unique dentine en capsule et commandez dès maintenant Biodentine™ auprès de votre représentant Septodont.

SEPTODONT NV-SA • Av. de la Constitution 87 • B-1083 Bruxelles
Tel. 02 425 60 37 • Fax 02 425 36 82 • info@septodont.be • www.septodont.be



FORMATION - CONFÉRENCE 2
CHARLEROI • SAMEDI 1^{ER} JUIN 2013

L'adolescent, patient de tous les dangers

Les dents (aussi) doivent survivre à l'âge ingrat

Objectifs de ce cours — Âge de la vie à géométrie variable, l'adolescence peut représenter un défi technique et psychologique pour le dentiste. Les risques médicaux et dentaires spécifiques à cette période charnière, le manque d'observance, les difficultés relationnelles constituent autant d'écueils qu'il convient d'appréhender avec le meilleur bagage possible de connaissances professionnelles.

Cette journée a donc été conçue pour fournir un panorama complet de la consultation de l'adolescent chez le dentiste généraliste : comprendre son mode de pensée, agir avec efficacité en restauratrice, détecter précocement les risques parodontaux, et faire la preuve d'une synergie avec le spécialiste en orthodontie.



Jean-Claude Guillaume



Michèle Muller-Bolla



Véronique Benhamou



Sandrine Hermer

Fiche technique de cette activité

Organisateur  COD asbl Belgique : agréé par l'INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	Quand ?	Samedi 1 ^{er} juin 2013, 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)
	Où ?	CEME, 147 rue des Français 6020 Dampremy (Charleroi)
	Disponibilité ?	320 places (attribuées par ordre de réception du règlement)
	Accréditation ?	OUI : accordée - 10 dom 1 + 30 dom 5
	Agrément ?	OUI : 6 heures
	Combien ?	Montant de base tout compris : 199,- EUR Paieement reçu après le 17/05 (PAS d'inscrit. sur place) : +50,- EUR
	Réductions* ? <small>* conditions en page 47 du JOD n°61 et sur www.cod.be</small>	Conjoint/Collaborateur/Jeune (à p.d. 2010)/étudiant : 189,- EUR Réduction-fidélité sur programme : possible jusque 410,- EUR !
	S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page



LE MUST

Enfin : la paro atraumatique



Thérapie parodontale avec le Vector Para

- Thérapie et prophylaxie atraumatique des parodontites et des péri-implantites
- Anesthésie très rarement nécessaire
- Sans chirurgie
- Cément préservé
- Polissage des surfaces atraumatique et non-invasif

Options :

- Scaler lumineux pour phase initiale
- Pièce à main avec inserts pour recall et traitement de la péri-implantite

Plus d'informations sur www.durr.be

DÜRR DENTAL BELGIUM B.V.B.A., Molenheidebaan 97, 3191 Hever
Belgique, Tel.: +32 (0) 15 61 62 71, Fax: +32 (0) 15 61 09 57, info@durr.be



PEER REVIEWS

PÉRIPHÉRIE BRUXELLOISE

PR1 : JEUDI 27 JUIN 2013

PR4 : SAMEDI 7 DÉCEMBRE 2013

CHARLEROI GILLY

PR2 : SAMEDI 14 SEPTEMBRE 2013

WAVRE

PR3 : JEUDI 24 OCTOBRE 2013

Les peer-reviews du COD

Nos thèmes 2013

« Le dentiste face aux différentes pathologies de son patient »

Modérateur : Pierre Gobbe-Maudoux



« Tout ce qu'Internet peut faire pour le dentiste »

Modérateur : Thierry Vannuffel



Fiche technique de ces activités

<p>Organisateur</p>  <p>Sous l'égide du COD asbl Les organisateurs officiels portent les numéros 710 et 711</p>	Quand ?	Choix entre tous les horaires figurant au bulletin d'inscriptions Chaque inscription vaut pour 2 sessions de 1h30 chacune	
	Où ?	Toutes les adresses et plans d'accès à consulter sur www.cod.be	
	Disponibilité ?	20 places par session (par ordre de réception du règlement)	
	Accréditation ?	OUI : les modérateurs sont des organisateurs agréés	
	Agrément ?	NON : il n'est pas prévu de délivrer de certificat	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	190,- EUR
		Avec 2 activités FC au moment de l'inscription :	seulement 90,- EUR
S'inscrire !	Bulletin d'inscription en avant-dernière page		

Ça se passe aussi chez vous

Intéressant. Vous disposez d'un club local ou d'un groupe de peer-reviews dans votre région ? Vous souhaiteriez inviter le COD pour animer vos sessions ? C'est possible ! Plusieurs régions ont profité de cette formule en test dans le passé. Vous aussi, bénéficiez désormais de nos peer-reviews en formule « clé sur porte », près de chez vous.

Pour toute information sur les modalités, écrivez-nous vite : info@cod.be



Cone beam & troisièmes molaires mandibulaires incluses

Les inclusions dentaires touchent avec prédilection les canines maxillaires et les troisièmes molaires ou « dents de sagesse ».

La particularité des dents de sagesse mandibulaires tient à la fréquence des accidents inflammatoires et du développement de kystes coronodentaires, ainsi qu'à la présence du nerf alvéolaire (ou nerf dentaire inférieur) dans le canal mandibulaire qui est radiologiquement identifiable.

Les dents de sagesse mandibulaires incluses sont fréquemment extraites soit à titre préventif, soit à titre thérapeutique.

En dehors des germectomies des troisièmes molaires mandibulaires destinées à prévenir les déplacements secondaires des dents voisines sous la poussée des dents de sagesse, la plupart des interventions ont lieu à l'âge adulte.

Si la persistance de la troisième molaire en inclusion l'expose à des complications, son avulsion présente aussi des risques de complications et en premier lieu de lésion iatrogène du canal mandibulaire parcouru par le nerf dentaire inférieur, dont le traumatisme peut entraîner une dysesthésie labiale unilatérale gênante (syndrome de Lambert).

• Robert CAVÉZIAN

Évaluation topographique de la troisième molaire mandibulaire incluse et de ses conséquences

Toute avulsion de dent de sagesse inférieure doit être précédée d'un bilan radioanatomique précisant :

- son orientation ;
- la morphologie des racines ;
- les rapports de la dent et du canal mandibulaire en raison des conséquences neurologiques d'un traumatisme canalaire ;
- la morphologie et les dimensions d'un éventuel kyste péri-coronaire, sa situation par rapport au canal mandibulaire, aux dents voisines, aux structures osseuses alvéolaires et aux corticales.

CLICHÉ PANORAMIQUE

L'image panoramique confirme le diagnostic d'inclusion et permet une première approche. Encore aujourd'hui, l'orthopantomogramme (OPT) est le cliché de première intention que nous avons qualifié, en son temps, de « cliché de débrouillage ». Il renseigne sur la situation approchée de la dent de sagesse et en particulier de ses racines par rapport au canal mandibulaire dans la seule dimension verticale.

À l'issue de cette première étape, deux circonstances peuvent se rencontrer à l'analyse du cliché panoramique :

- les apex de la troisième molaire se projettent au-dessus de la limite supérieure du canal mandibulaire : on peut conclure à l'indépendance anatomique de ces structures. Il n'est pas indispensable de poursuivre l'examen ;
- les apex de la troisième molaire se superposent sur la clarté du canal dentaire : il convient de déterminer la forme des racines, leur topographie ainsi que la distance respectueuse canal-dentaire-apex de la troisième molaire.

Cette tâche incombe à l'imagerie sectionnelle cone beam. Les progrès constants portant sur la qualité de l'image et la réduction des doses de rayons X délivrées amènent à envisager que l'OPT ne sera plus le préalable obligé de la démarche d'imagerie devant l'évident avantage d'une acquisition volumique d'emblée par la technique cone beam.

IMAGERIE TOMOGRAPHIQUE VOLUMIQUE NUMÉRISÉE CONE BEAM

Technique d'imagerie spécifique des densités élevées (os, dents...), économe en doses de rayonnement X, le cone beam est l'outil adapté à l'évaluation sectionnelle 2D et 3D à partir du volume d'acquisition, nécessaire pour cette seconde étape.

L'acquisition et les reconstructions présentent une certaine similitude technique avec le bilan préimplantaire des régions prémolaires mandibulaires.

L'objectif principal est de localiser avec certitude le canal mandibulaire, de déterminer avec précision les rapports réciproques entre les racines de la dent incluse et le canal.

a. En préopératoire

L'imagerie sectionnelle cone beam permet de :

- préciser la morphologie et l'orientation de la couronne mais aussi des

portions radiculoapicales de la dent, leur distance ou leur promiscuité avec le canal et/ou la corticale ;

- découvrir une particularité radiculaire : troisième racine, bifidité apicale, chevauchement du canal mandibulaire, racines entourant le canal... (Fig.1) ;
- évaluer la situation topographique et dimensionnelle d'un éventuel kyste coronodentaire et ses conséquences locorégionales (Fig.2 et 3) ;
- localiser le canal mandibulaire par rapport à la couronne et/ou un kyste péri-coronaire, les racines et apex de la dent ainsi que les corticales ;
- déterminer les niveaux et distances respectifs des différents éléments ainsi pris en compte (Fig.1, 2, 4 et 5)

Certains canaux mandibulaires, sans ou avec peu de limite visible au sein d'un os mandibulaire à la structure lâche ou hypodense, sont difficilement distingués du maillage de l'os spongieux ou du fond radioclaire de la composante alvéolaire.

La possibilité de surlignage du canal mandibulaire sur les reconstructions sagittales ou, mieux, panoramiques (lorsque cette possibilité est offerte) par des logiciels embarqués ou adjoints utili- >>>

Fig.1. Inclusion partielle de 48.

1 : OPT et agrandissement angulaire droit : les racines de 48 se superposent à l'image du canal mandibulaire
2 : CB reconstructions sagittales ; 3 : axiales ; 4 : coronales : les régions apicales de 48 entourent le canal mandibulaire (voir flèche).

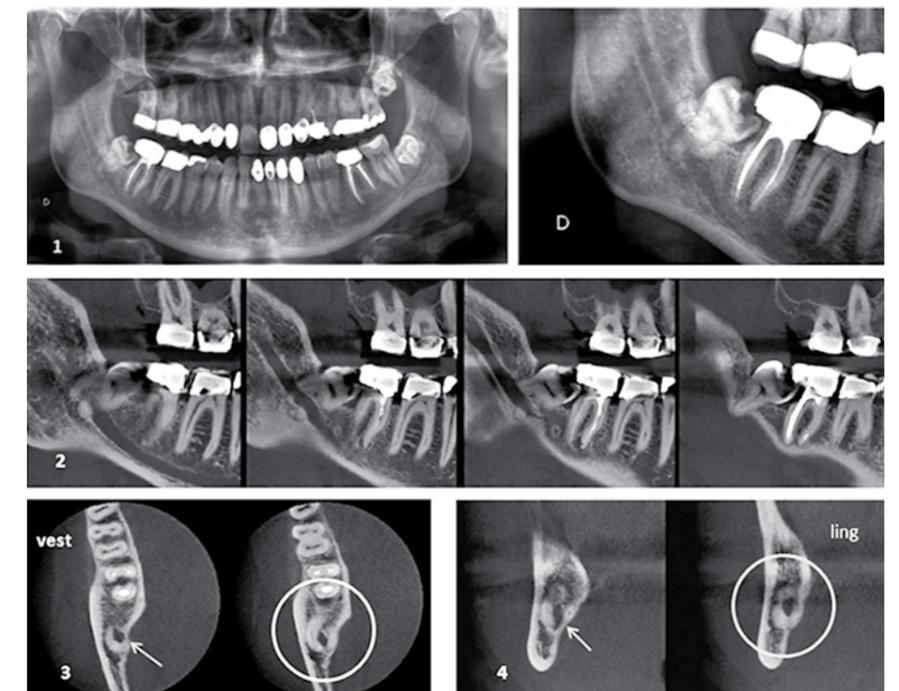




Fig. 2. Inclusion de 38.
1 : CB reconstruction panoramique volumique ; 2 : axiales ; 3 : verticales : 38 est en vestibuloversion coronaire (kyste coronodentaire), les apex refoulent la corticale linguale, le canal mandibulaire est linguale ; le kyste s'appuie, par son pôle inférieur, sur la limite supérieure du canal.



Fig. 3. Inclusion de 48 immature, volumineux kyste coronodentaire, canal mandibulaire refoulé vers le bas (voir flèche) par le pôle inférieur du kyste. CB : reconstructions sagittale, verticales et axiales.

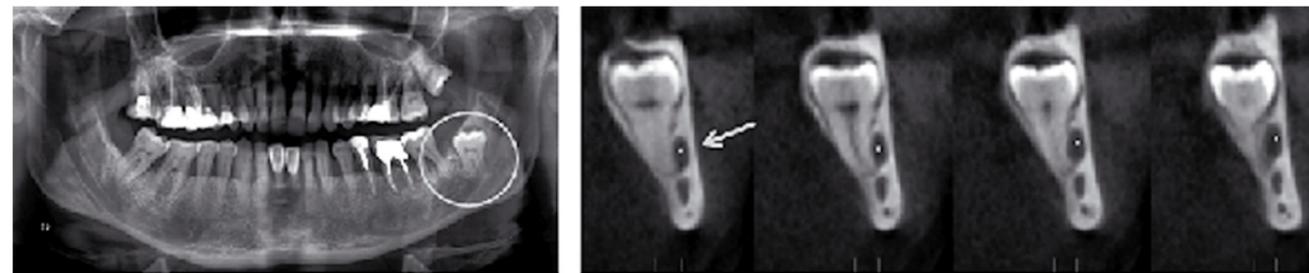


Fig. 4. Inclusion de 38, OPT et CB reconstructions verticales : les racines de 38 s'appuient sur la corticale linguale, le canal mandibulaire (voir flèche) est vestibulé au contact de la corticale et des racines de la dent de sagesse.

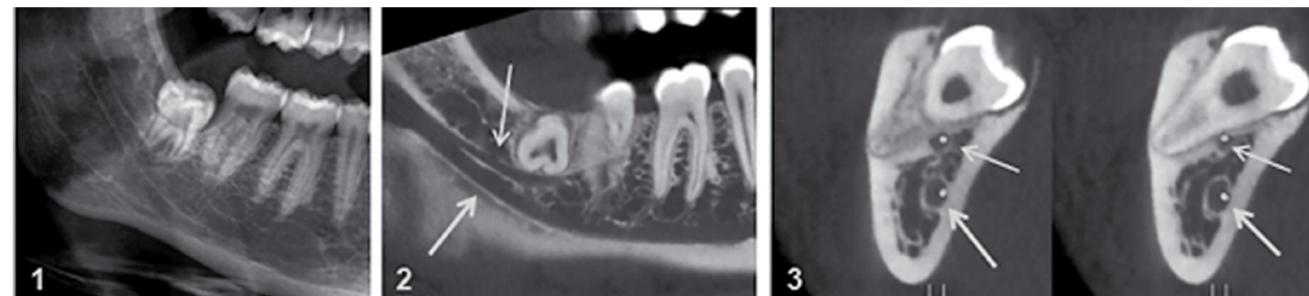


Fig. 5. Dédoublement du canal mandibulaire (supérieur et fin : accessoire, 2 : inférieur : principal). 1. OPT ; 2 : CB reconstruction sagittale ; 3 : verticales.

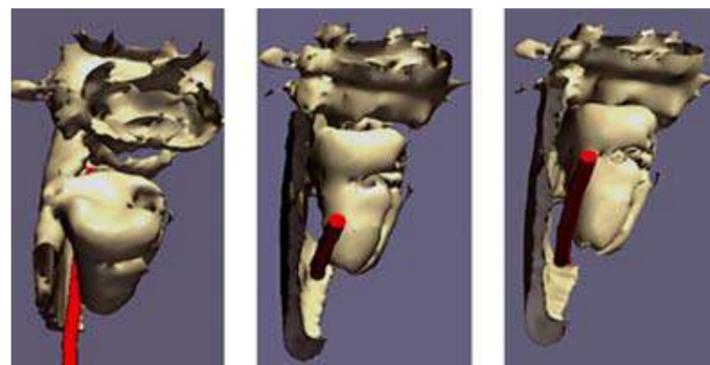


Fig. 6. Troisième molaire mandibulaire incluse ; CB : reconstructions 3D, le tracé initial du canal mandibulaire apparaît en volume.

➤ ➤ sant les données de l'acquisition initiale permet de le repérer aisément sur les reconstructions verticales.

Dans des conditions anatomiques particulières, les reconstructions horizontales apportent des renseignements morphologiques et topographiques déterminants en complément des reconstructions verticales et transversales (Fig.1).

À la suite des reconstructions 2D, les reconstructions 3D avec rendu de volume

et seuillage dentaire peuvent s'avérer utiles en cas de difficulté particulière à :

- la discrimination des régions radiculoapicales de la troisième molaire incluse ;
- la détermination des relations exactes de ses apex avec le canal mandibulaire dont le surlignage dense apparaît sur la reconstruction (Fig.6).

Cette évaluation conditionne le choix de l'acte thérapeutique et permet son suivi.

Complications

COMPLICATIONS DE L'INCLUSION

a. « Accident de la dent de sagesse »

C'est une complication fréquente caractérisée par une douleur locale et accompagnée de manifestations inflammatoires.

b. Kyste péri-coronaire et coronodentaire

D'évolution lente, il englobe la couronne de la dent incluse qu'il sertit au collet et accumule une composante liquidienne. Le kyste peut être découvert fortuitement à l'occasion d'un examen panoramique, mais aussi devant une complication inflammatoire.

L'image la plus fréquente est celle d'une formation unique, arrondie, radiopaque, homogène, bien définie, englobant la

couronne de la dent incluse, parfois de façon partielle. D'autres fois, elle prend des dimensions importantes avec une extension en distal et refoule vers le bas, par son pôle inférieur, le canal mandibulaire (Fig.2 et3).

c. Résorption radiculaire

Elle peut concerner les régions radiculaires de la deuxième molaire mandibulaire évoluée sur l'arcade au contact de la couronne de la dent de sagesse incluse (Fig.7).

d. Dysplasie cémentifiante chronique

Un foyer inflammatoire sinon infectieux peut entraîner une réaction cémentaire de la dent incluse selon une dysplasie cémentifiante chronique des racines (Fig.8).

b. En postopératoire

En cas de symptomatologie « parlante », l'imagerie cone beam permet de ramener cette dernière à sa cause et d'assurer la surveillance à la phase thérapeutique.

COMPLICATIONS PER-ET POSTINTERVENTIONNELLES

Elles sont suspectées par des manifestations cliniques :

- douleurs violentes 2 à 3 jours après l'extraction de la dent caractérisant une alvéolite sèche ou suppurée ;
- quelquefois douleurs sourdes, persistant à distance de l'avulsion (gêne douloureuse, dysesthésies, inflammation gingivale, fistule...).

En la circonstance, la vérification de la cavité résiduelle de la dent extraite et de son environnement ostéopérioste est indiquée. L'imagerie cone beam est directement impliquée par son pouvoir de discrimination dans les trois direc- ➤ ➤

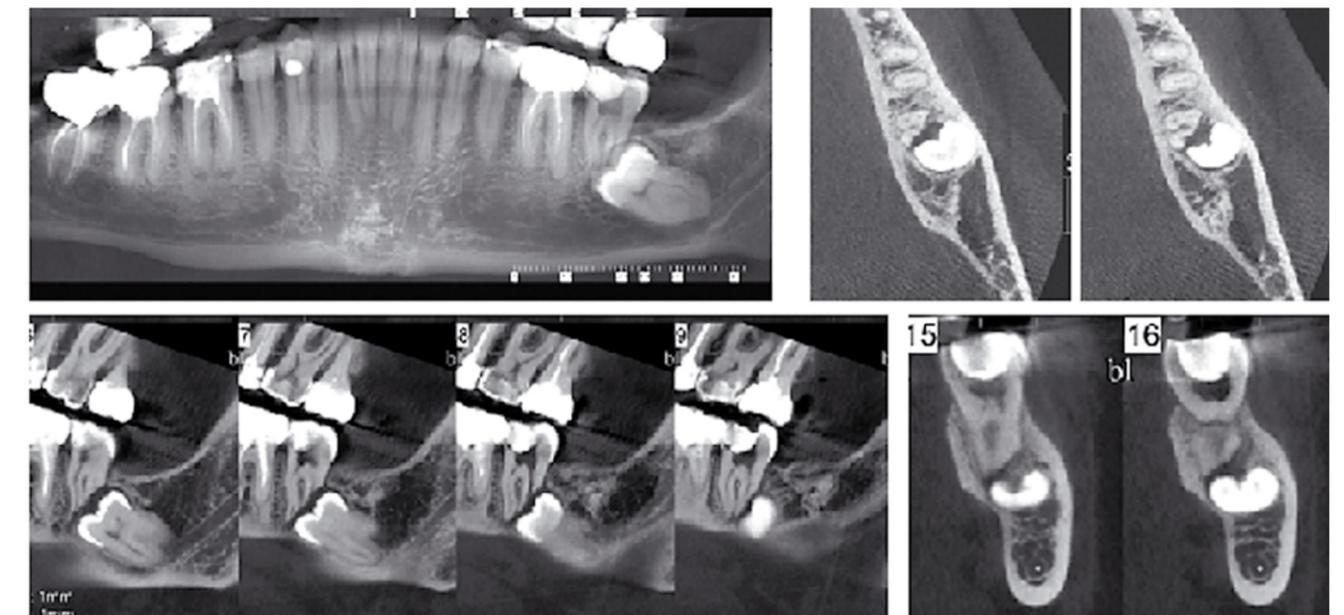


Fig. 7. Inclusion de 38, résorption des régions apicales de 37 au contact de la couronne de 38. CB : reconstructions panoramique, axiales, sagittales et verticales.

Travailler dans le confort, ça détend



Qualité et service pour l'exercice de votre profession

Dental Quality propose au dentiste un **service de qualité** pour l'aménagement de son cabinet. Qu'il s'agisse **d'unités dentaires, d'éclairage, de solutions en matière de radiologie** ou **d'architecture**, nous pensons avec vous afin de répondre à toutes vos exigences et vous aidons à faire le bon choix.

PaX-i One Shot
vatech

Venez découvrir le nouveau
CBCT 3 en 1 PaX-i 3D 8*8 et 12*9

Contactez nous pour un rendez-vous ou une visite de notre salle d'exposition.

Dental Quality - Chaussée de Mons 47 - 1400 Nivelles
T 067 844 284 - www.dentalquality.be

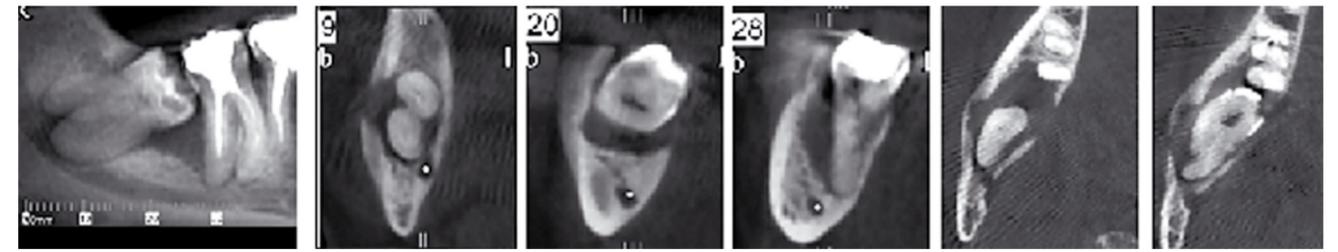


Fig.8. Dysplasie cémentifiante chronique des racines de 48 incluse. CB : reconstructions panoramique, verticales et axiales.

>> tions de l'espace et la résolution spatiale élevée de l'image pour les appareils performants.

a. Reliquats radiculaires

Ce n'est pas une circonstance exceptionnelle. La découverte d'un « apex restant » doit être appréciée avec prudence, car il peut être parfaitement toléré. À l'inverse, il n'est pas rare que l'imagerie cone beam performante ne

montre rien qui puisse expliquer, en la circonstance, la symptomatologie douloureuse (Fig.9)...

b. Fractures osseuses

Elles accompagnent les avulsions difficiles et leur image peut échapper au bilan conventionnel. L'imagerie sectionnelle cone beam de haute définition, par ses reconstructions, mettra en évidence des solutions de continuité osseuse des

parois vestibulaire et parfois linguale de l'alvéole, souvent accompagnées de traits de refend pouvant aller dans certains cas jusqu'à la corticale basilaire, bien visibles (Fig.10 et 11).

La présence d'une troisième molaire mandibulaire incluse favorise la propagation des fractures osseuses angulaires dans les accidents traumatiques externes. >>

Fig.9. Racines restantes en 38. OPT, CB : reconstructions verticales.

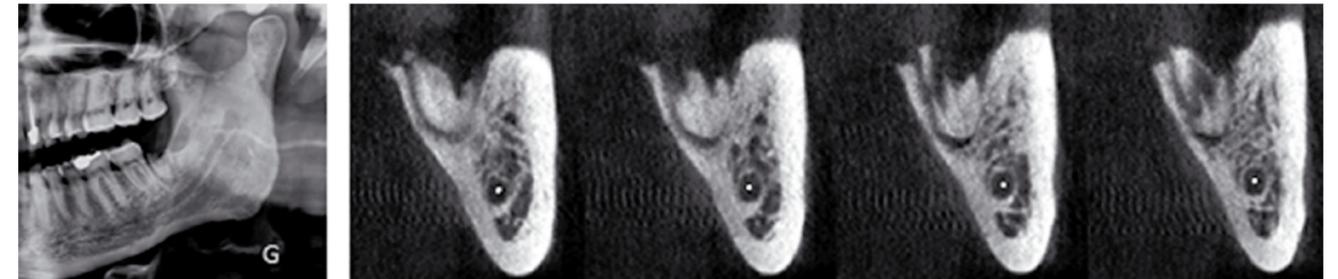
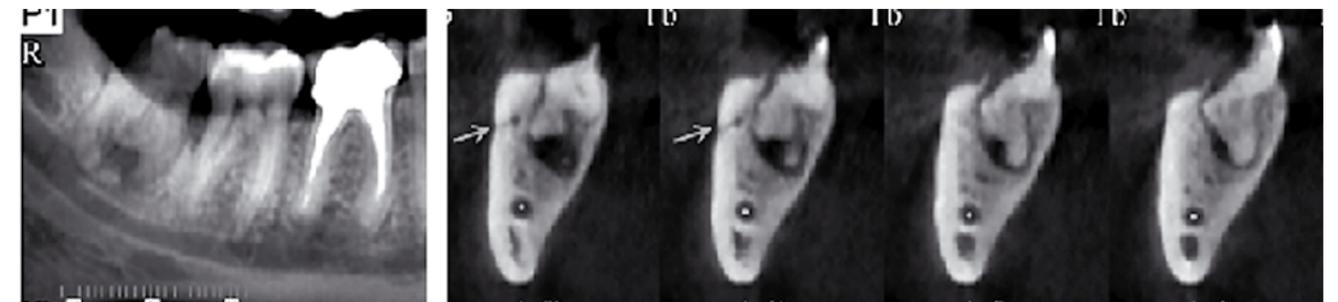


Fig.10. Tentative d'extraction de 48, fracture osseuse vestibulaire (voir flèche). CB : reconstructions panoramique volumique et verticales.



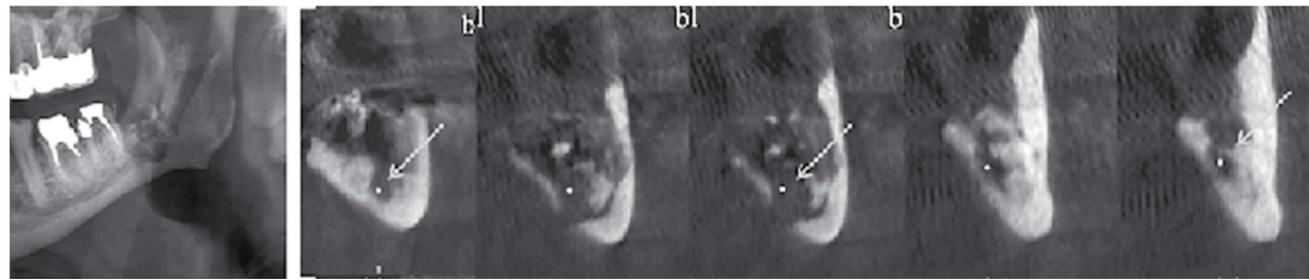


Fig.11. Extraction fragmentaire de 38 : dysesthésie labiomentonnière par sidération du canal mandibulaire (voir flèche). OPT, CB : reconstruction verticale.3

>> c. Lésions traumatiques du canal mandibulaire

Elles sont annoncées par une dysesthésie labiomentonnière plus ou moins franche. Elles se traduisent par l'interruption du suivi radiologique du contour supérieur du canal mandibulaire sur les reconstructions coronales (Fig.11).

d. Ostéites

Elles peuvent compliquer, à distance, les lésions traumatiques osseuses. Elles sont révélées par une inflammation

chronique des parties molles et quelquefois par une suppuration ou une fistule. La chronicité conduit à une ostéite condensante donnant un aspect éburré de l'os qui s'étend au-delà de la région alvéolaire concernée (Fig.12).

Quelquefois, dans un contexte inflammatoire chronique, l'alvéole ne présente pas d'aspect d'ostéogénèse réparatrice satisfaisante. L'image de sa limite osseuse est irrégulière, associant des micro-géodes et des zones d'épaississement osseux denses ainsi que, sou-

vent, des fractures des parois alvéolaires.

L'image du périoste épaissi est visible sur les reconstructions verticales et axiales (ostéite de Garré, Fig.13). ♦

Fig.12. Extraction difficile de 48, fracture pariétale osseuse, séquestre (voir flèche), ostéite condensante étendue en mésial. OPT, CB : reconstructions panoramique, axiales et verticales.

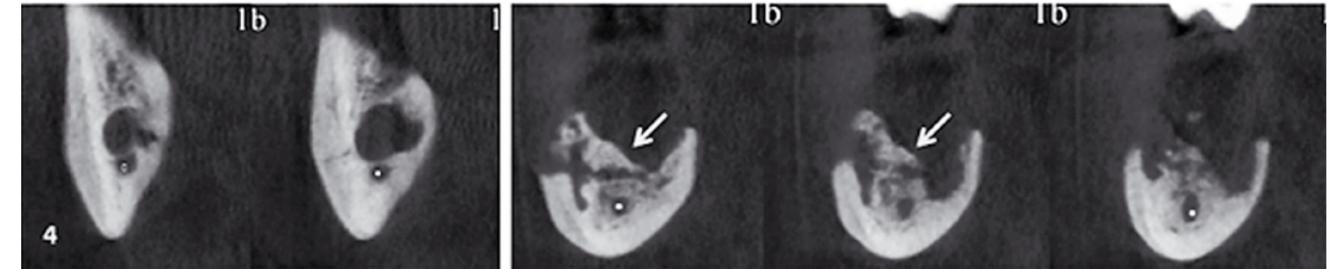
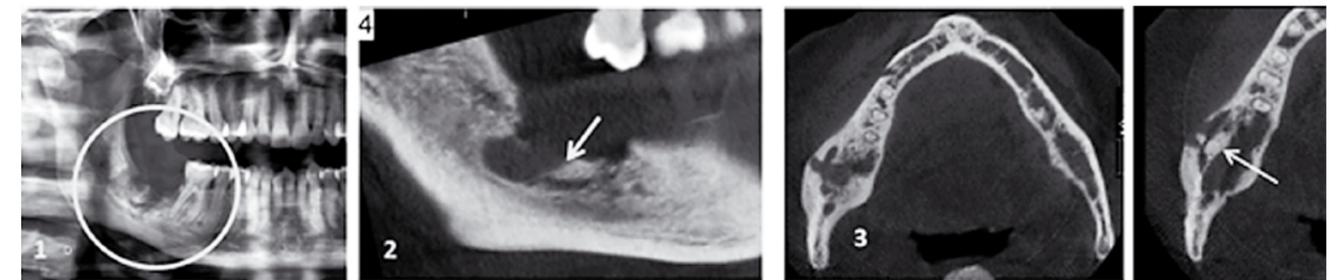
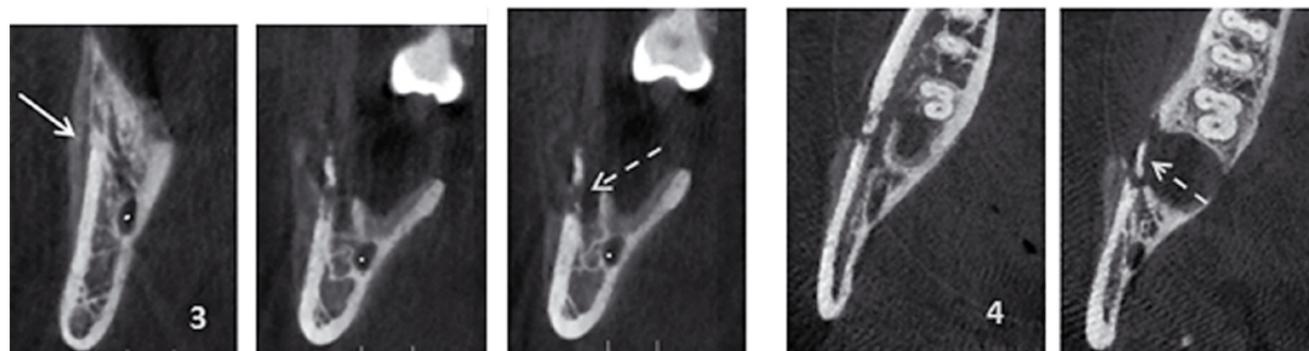


Fig.13. Extraction de 48, fracture, visibilité du périoste épaissi (voir flèche) : ostéite de Garré. 1 : OPT ; 2 : agrandissement ; 3 : CB : reconstructions verticales ; 4 : axiales.

Pour en savoir plus...

Cavézian R, Pasquet G. Protocole d'étude du rapport dent de sa-gesse-canal mandibulaire. Actual Odonto-Stom 1993 ; 182 : 175-85.

Cavézian R, Pasquet G. L'imagerie médicale en odontologie. Rueil-Malmaison : CdP ; 2005.

Cavézian R, Pasquet G, Bel G, Baller G. Imagerie dentomaxillaire : approche radioclinique. 3e éd. Issy-les Moulineaux : Masson ; 2006.

Cavézian R, Pasquet G. Imagerie et orthopédie dentofaciale : évolution, présent et avenir. Orthod Fr 2008 ; 79 : 3-12 [disponible sur In-ternet : www.orthodfr.org].

Couly G, Quevillon C. Les dents incluses constituent-elles des points de faiblesse biomécanique de la mandibule ? Rev Stomatol Chir Maxillofac 1982 ; 83 (5) : 299-301.

Danforth RA, Peck J, Hall P. Cone beam volume tomography : an imaging option for diagnosis of complexe mandibular third molar anatomical relationships. J Calif Dent Assoc 2003 ; 31 : 847-52.

Enciso R, Danforth RA, Alexandroni ES, Memon A, Mah J. Third-molar impaction diagnostic with cone-beam computerized tomography. Proceedings CARS

2005. Berlin : Springer ; 2005 : 1196-9.

Guérin T. Apport de l'imagerie au diagnostic topographique des canines maxillaires incluses. Actual Odonto-Stomatol 1999 ; 205 : 27-40.

Korbendau JM, Korbendau X. L'extraction de la dent de sagesse. Coll. Réussir. Paris : Quintessence International ; 2002.

Le Breton G. Traité de sémiologie et clinique odontostomatologique. Rueil-Malmaison : CdP ; 1997.

Leize S, Harnet J.-C. Rapports de la troisième molaire mandibulaire. Bi-lan radiographique préopératoire. Les Cahiers de l'ADF 2000 ; 7 : 4-11.

Piette EB, Goldberg M. Piette E. La dent normale et pathologique. Bruxelles : De Boeck Université ; 2001.

Yuasa H, Kawai T, Sugiyuasa SH, Kawai T, Sugira M. Classifi cation of surgical difficulty in extracting impacted third molars. Br J Oral Maxillofac Surg 2002 ; 40 (6) : 26-31.

J'arrête la Spix !



J'utilise l'anesthésie ostéocentrale avec QuickSleeper, pour un triple bénéfice.



1

Pour moi

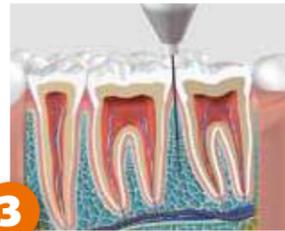
Une anesthésie **instantanée, efficace et sans échec** (même sur les pulpites mandibulaires).



2

Pour mes patients

Une anesthésie **indolore, sans engourdissement** et sans suite post-opératoire.



3

Pour mon cabinet

Une anesthésie **par secteurs** qui réduit le nombre de rendez-vous et augmente la **rentabilité**.

Vous souhaitez essayer librement QuickSleeper ?

Contactez Lisa au **02 741 24 21**
ou **lisa@dentalthitec.com**

QuickSleeper⁴



une innovation **DENTAL HI TEC**



La porte-au-nez

... ou comment augmenter l'« ambition thérapeutique » de vos patients

Souvent, lorsqu'ils confrontent leur diagnostic et les possibilités thérapeutiques offertes par la Science, les praticiens doivent élaborer plusieurs plans de traitement à proposer à leurs patients. Chacune de ces propositions, prise une à une, revêt tout son sens, mais reflète une solution différente à un même ensemble de problèmes.

Cette multiplicité des approches est encore plus vraie, depuis la promulgation de la Loi du 22/08/2002 (M.B. 26/09/2002) relative aux droits du patient, dont plusieurs articles consacrent l'obligation, pour le praticien, de délivrer une information complète, notamment "l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières." Dès lors, le patient se retrouve souvent confronté à la nécessité de poser un choix délicat.

Bien qu'éclairé, ce choix ne se révèle pas toujours le plus heureux. Bien des patients sont en effet tentés de minimaliser l'intervention professionnelle, qui par crainte irrationnelle du traitement, qui pour des mobiles pécuniaires ou calendaires... Ces patients se soustraient ainsi, grossièrement, à des soins tout à fait indiqués et performants ; en d'autres termes, ils font la preuve d'un manque d'« ambition thérapeutique ».

Une technique de psychologie sociale peut venir en aide au praticien qui souhaite agir à contre-courant : la porte-au-nez. >>

• **Thierry VANUFFEL**



Dans un monde plein de tentations plus séduisantes que la santé buccale, les patients sont souvent enclins à minimiser l'intervention professionnelle ; ils font preuve d'un manque d'ambition thérapeutique. La psychologie sociale permet au praticien d'agir à contre-courant.

admis par celui qui fait la proposition, initie une série de *cognitions* chez le refusant, notamment la perception d'une concession à laquelle il conviendrait de répondre par une *concession réciproque* (Cialdini, 1975), mais aussi peut-être un sentiment de *culpabilité* (O'Keefe et Figge, 1997) ou d'*égoïsme* (Pendleton, 1979). Ces cognitions, contradictoires avec l'image de soi du sujet, forment une dissonance, un inconfort psychologique, créant le lit de la nécessité d'une stratégie de *réduction*.

Lorsque survient la seconde demande, nettement moins coûteuse, l'effet de *contraste* induit donne à cette seconde demande l'apparence de l'aubaine (Miller, 1976) permettant au sujet de faire à son tour une concession, en acceptant ce qu'il aurait autrement refusé. Il s'ensuit une réduction de la dissonance et un retour à l'équilibre psychologique, d'autant plus si la requête a l'apparence d'une *noble cause* (Foehl, 1983). Mais entre-temps, un accord a été donné...

Vie courante

Des gens plus ou moins bien intentionnés, et plus ou moins au fait de la technique, peuvent user de la porte-au-nez pour obtenir de vous un accord que vous n'auriez jamais donné en d'autres circonstances.

Méfiez-vous par exemple de votre propre fils de 22 ans qui vous demande votre voiture en prêt, toute la première quinzaine de juillet. Face à votre refus inévitable, sa seconde demande pourrait seulement concerner samedi prochain, ce qui serait en fait son véritable objectif, que vous seriez alors bien en peine de refuser également. >>>

>>> Comment faire en sorte qu'un patient choisisse l'option d'une reprise de traitement endodontique, coûteuse en termes financiers et humains, alors qu'une « simple » extraction peut résoudre son problème à court terme ? Comment emporter l'adhésion d'un patient pour un traitement par prothèse amovible métallique, lorsque son délégué mutualiste l'a déjà convaincu qu'il s'agit d'un « luxe » et qu'une prothèse en résine suffit ? Comment inciter les parents d'un adolescent à consulter l'orthodontiste pour corriger un articulé pathologique, lorsque l'esthétique antérieure ne semble pas compromise et incite à l'abstention ? En somme, comment faire sortir les patients de la médiocrité, du nivellement par le bas, et les engager dans une démarche plus ambitieuse dont ils sortiront les gagnants ? Voici des défis quotidiens pour le praticien de l'art dentaire, auxquels les psychologues

sociaux ont pourtant apporté une solution depuis... près de 40 ans : il s'agit de s'adresser à l'inconscient, en mêlant intimement un effet de contraste et une concession, voire parfois un sentiment de culpabilité.

Cette technique est utilisée tous les jours en marketing, mais l'objet de cet article est évidemment d'en faire une application éthique à des fins médicales.

Expérimentations

Dans une édition précédente (voir JOD n°59, page 31 et suivantes), nous avons exposé les expérimentations des psychologues quant à l'effet potentiel d'un acte préparatoire sur le comportement des gens. Il s'agissait de faire accepter une demande anodine, pour engager les sujets à accepter une seconde de-

mande, beaucoup plus coûteuse. Nous avons appelé cette technique le *ped-dans-la-porte*, ou encore *phénomène du premier pas*.

Cette fois, le principe est inversé : l'acte préparatoire concerne au contraire une demande tellement coûteuse, voire inaccessible — à tout le moins aux yeux du sujet de l'expérimentation — qu'elle ne peut qu'être logiquement refusée. C'est d'ailleurs l'objectif secret. Vient ensuite une seconde demande, beaucoup moins coûteuse, celle que l'on cherche en réalité à faire accepter depuis le début. Grâce à l'évitement de la première demande, qui implique une concession de la part du demandeur, et du fait du contraste entre la demande extravagante et la demande réelle qui la suit, on peut observer un plus grand engagement des sujets de l'expérimentation. Cet effet est appelé la *porte-au-nez* (door-in-the-face technique), une méthode d'observance largement étudiée et débattue en psychologie sociale.

Cialdini et ses collaborateurs, dès 1975 (Cialdini, R. et al., *Reciprocal concessions procedure for inducing compliance : the door-in-the-face technique*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 206-215), ont brillamment illustré ce phénomène d'une « préparation de terrain » d'un genre nouveau. Pour leur expérimentation, ils divisèrent des étudiants en deux groupes.

Le premier, groupe contrôle, se voyait demander, dans le cadre d'un programme social, d'accompagner de jeunes délinquants dans une visite de deux

heures au jardin zoologique. Dans ce groupe, seulement 16,7% des sollicités acceptèrent de s'engager.

Dans le second groupe, une condition expérimentale visant l'inconscient était testée, sous la forme d'un acte préparatoire constitué d'une demande très coûteuse : parrainer un jeune délinquant à raison de deux heures par semaine, chaque semaine durant une période de deux années. Dans ce groupe, aucun des sollicités n'accepta la proposition, un résultat qui était attendu, et même recherché, vu l'énormité de la demande. À ceux-ci, qui avaient refusé, Cialdini fit alors la même demande modérée qu'aux sujets du groupe contrôle : limiter l'accompagnement à une seule fois deux heures au jardin zoologique. À ce moment, 50% des sujets du second groupe acceptèrent de s'engager.

Par cette expérimentation, très souvent

reproduite et confirmée par la suite, Cialdini démontrait donc qu'il est possible d'augmenter significativement (un triplement, dans son expérimentation) la réponse positive à une même demande, si l'on procède d'abord à une demande excessive aboutissant logiquement à un premier refus.

Une arme redoutable...

Théorie

Parmi les nombreuses théorisations, variées et complémentaires, qui ont vu le jour suite aux travaux de Cialdini, il faut de nouveau aller chercher une explication primitive et compréhensible de ce phénomène dans la *théorie de la dissonance cognitive* de Léon Festinger (1957).

Le premier refus, quoique inéluctable et consciemment argumenté, finalement



Robert Cialdini, Professeur Émérite de l'Arizona State University, considéré mondialement comme le « Père de l'Influence », a décrit six principes de base en psychologie sociale : la réciprocité, la rareté, l'autorité, la cohérence, la preuve sociale et la sympathie.
En savoir plus : <http://www.influenceatwork.com/>



Un refus face à une première proposition excessive entraîne chez le sujet un état psychologique (la « dissonance ») propice à l'acceptation de la proposition suivante, pourvu que quelques principes soient respectés : notamment la similitude de l'objectif et le contraste en termes de coût.



CLEARFIL™ DC CORE PLUS

POUR UN DEPART FULGURANT...

Le nouveau CLEARFIL™ DC CORE PLUS possède de nombreux atouts. Le matériau se travaille facilement tout en nécessitant peu de force. Après application il reste bien en place lors du modelage du moignon. Sa résistance et son élasticité sont adaptées aux forces auxquelles la structure du moignon est confrontée. De plus, son temps de travail est long, de sorte qu'il n'est plus nécessaire de changer entre-temps de compule mélangeuse.

CLEARFIL™ DC CORE PLUS présente, en tant que matériau de reconstitution, encore un autre avantage: il s'utilise de manière optimale en conjonction avec CLEARFIL™ S3 BOND PLUS. En effet, il permet à cet adhésif d'également durcir à des endroits inacces-

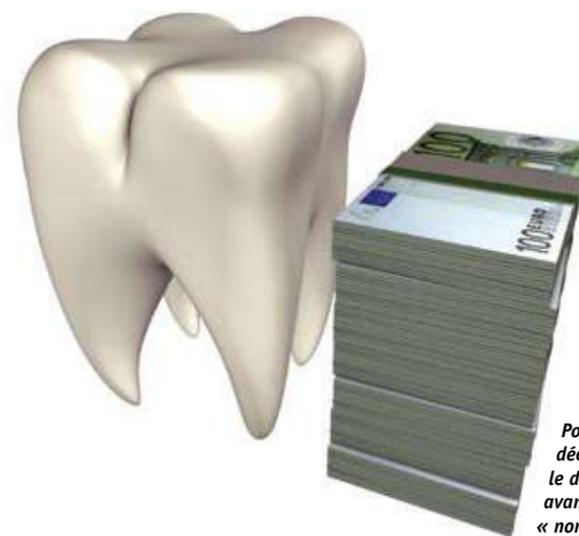
sibles à la lumière. Cette approche unique à deux étapes est garante d'une adhésion fiable basée sur la technologie CLEARFIL™ éprouvée. Bref, avec CLEARFIL™ DC CORE PLUS, vous prendrez sous peu un départ fulgurant pour une parfaite reconstitution de moignon.



CLEARFIL™ DC CORE PLUS: LA MEILLEURE RECONSTITUTION AVEC LE MOINS DE COMPOSANTS

kuraray

Kuraray Dental Benelux B.V.
BE: Tél.: +32 (0)475 819 258, info@kuraraydental.be, www.kuraraydental.be
NL: Boîte postale 299, 1970 AG IJmuiden, Pays-Bas, Tél.: +31 (0)255 523 701, info@kuraraydental.nl, www.kuraraydental.nl



Pour garder le contrôle de ses décisions d'investissement, le dentiste consommateur doit avant tout apprendre à dire « non » deux fois de suite...

>> Pensez aussi au Service Club local qui vous demanderait de pouvoir héberger gracieusement un étudiant étranger durant un semestre. Votre désarroi à refuser cette possibilité pourrait vous engager à acheter quelques cartes de soutien présentées dans la foulée.

La porte-au-nez est évidemment aussi la technique de choix des marchands d'encyclopédies, qui, suite à votre refus d'acheter l'intégrale illustrée en 20 volumes à 10.000 euros, parviendront plus facilement à vous faire signer le bon de commande pour la version en CD avec 80% de rabais...

Et c'est enfin une des méthodes des photographes scolaires, qui vous proposent un set complet de votre enfant, mais qui, en jouant sur votre culpabilité à jeter l'image de votre progéniture, vous proposent en second choix d'opter pour le seul format passeport. Vous acceptez : ouf, vous n'êtes pas tout à fait un mauvais parent !

Le dentiste consommateur

Avec des budgets plutôt sidérants en matériels et produits, le dentiste constitue une cible de choix pour les professionnels du marketing. Et la technique de la porte-au-nez est souvent utilisée à son encontre...

Combien de fois les délégués ne proposent-ils pas des conditionnements de « cliniques » à de simples dentistes isolés ? "Super promo pour les 40 kg de ce nouvel alginate... non ?" Le but n'est autre que de vous vendre les 2 paquets intro de 500 grammes, proposés dans la foulée, au prix catalogue.

Alors, comment se sortir de ce qui apparaît comme un piège commercial ? C'est assez simple techniquement, mais il faut y penser. Tout d'abord, il convient d'apprendre à dire « non » deux fois de suite. Sans remords, mécaniquement. Ensuite, il faut systématiquement postposer les décisions, au moment serein

où l'impact des techniques de vente sur notre inconscient sera moins violent ; par exemple, le lendemain. Car des achats et investissements, il faut bien en faire ; veillons simplement à en contrôler les rênes.

Le dentiste thérapeute

Revenons à présent aux situations cliniques, où le dentiste peut utiliser la porte-au-nez, dans le cadre éthique de l'augmentation de l'ambition thérapeutique de ses patients. L'objectif est d'aboutir, en complément des argumentations conscientes, à des prises de décisions meilleures, plus rapides, et mieux observées, par les patients eux-mêmes.

La technique est simple : commencez toujours par proposer un traitement possible, mais qui soit trop coûteux pour le patient (pas seulement en termes financiers, mais aussi trop lourd du point de vue humain, calendrier...). Immédiatement après confirmation du refus, formulez la proposition thérapeutique que vous pensez la meilleure pour le patient. Le taux d'acceptation devrait grimper en flèche.

Voici illustrés les exemples types que nous prenons en introduction :

- Comment faire en sorte qu'un patient choisisse l'option d'une reprise de traitement endodontique, coûteuse en termes financiers et humains, alors qu'une « simple » extraction peut résoudre son problème à court terme ?

Ne vous contentez de parler de l'extraction, mais suggérez la nécessité de compenser celle-ci par un implant, voire une greffe. Chiffrez l'ensemble en honoraires et délais. Suite au refus, proposez la reprise endodontique. >>



Une partie de l'arsenal thérapeutique du 21^e siècle : l'utilisation de techniques de motivation psychologiques pour augmenter l'engagement des patients à en vouloir davantage pour leur santé buccale.



La présentation de plans de traitement s'apparente à de la vente, et repose sur des techniques semblables ; toutefois, l'éthique et l'intérêt du patient restent au cœur de la relation soignant-soigné.

» • Comment emporter l'adhésion d'un patient pour un traitement par prothèse amovible métallique, lorsque son délégué mutualiste l'a déjà convaincu qu'il s'agit d'un « luxe » et qu'une prothèse en résine suffit ?

Faites tout d'abord une proposition de prothèse fixe qui soit réalisable. Chiffrez celle-ci dans toutes ses composantes. Suite au refus, formulez l'idée d'une prothèse amovible métallique de qualité.

• Comment inciter les parents d'un adolescent à consulter l'orthodontiste pour corriger un articulé pathologique, lorsque l'esthétique antérieure ne semble pas compromise et incite à l'abstention ?

Présentez l'abstention orthodontique comme une option globale pour la vie de l'adolescent, dont un volet sera constitué d'ennuis fonctionnels et articulaires à traiter par de la prothèse. Donnez une estimation réaliste de l'ensemble des coûts et délais engendrés. Face au refus de cette évolution, présentez le recours à l'orthodontie comme une solution immédiate et bien moins coûteuse.

Il ne s'agit ici que de situations virtuelles. Il est nécessaire de personnaliser chaque communication, de transposer le concept aux situations cliniques réelles, en gardant l'intérêt du patient comme moteur de la démarche.

Limites et optimisations

Comme toujours en matière de psychologie, tous les sujets ne répondent pas de la même manière, et il faut pouvoir

abandonner une technique qui ne semble pas fonctionner comme souhaité... ou au contraire qui fonctionne trop bien en engageant les individus dans des décisions ou actes qui dépassent le souhaitable.

Par ailleurs, de nombreux développements des travaux initiaux de Cialdini nous enseignent que des éléments précis peuvent rendre la technique encore plus efficace, ou même sont nécessaires pour qu'elle fonctionne réellement. Ainsi, par exemple :

• La première proposition doit être absolument énorme par rapport à la seconde ; néanmoins, la première doit rester dans l'ordre du plausible : ni incongrue, ni surréaliste, sans quoi toute crédibilité disparaît. Aucun problème avec cette précaution en médecine dentaire : le praticien doit rester, éthiquement et légalement, dans le cadre de propositions thérapeutiques constituant réellement une solution au diagnostic posé.

• Il est essentiel que la même personne procède aux deux propositions, à l'occasion d'une rencontre physique — et non par écrit —, car c'est cette personne qui constitue le lien déclenchant la réciprocité des concessions. Pas de problème en médecine dentaire : c'est le même praticien qui propose en direct l'ensemble des possibilités thérapeutiques.

• Les deux requêtes doivent impérativement s'inscrire dans le même objectif, qui sera si possible une noble cause. Seul le coût (financier, humain...) doit constituer la véritable différence, afin de déclencher l'effet de contraste sur ce seul aspect. Aucun problème en mé-

decine dentaire, vu que c'est la santé buccale du patient qui est en cause, et que les propositions thérapeutiques poursuivent le même objectif de réhabilitation.

• La seconde proposition thérapeutique doit être formulée aussi vite que possible après le premier refus. Encore ici, pas de problème pour les dentistes : c'est au cours de la même séance de présentation que toutes les propositions sont présentées.

Conclusion

Comme pour toutes les techniques de psychologie, la porte-au-nez se révèle un outil efficace dans les mains du dentiste, à la condition que ce dernier en connaisse la portée et les limites. Cette méthode de *motivation par l'engagement* ouvre, pour des patients difficiles à convaincre sur des arguments uniquement rationnels, des perspectives thérapeutiques plus ambitieuses, certes plus coûteuses, mais dont les retombées en termes de santé et bien-être sont davantage en adéquation avec le diagnostic initial et les possibilités de la Science. Généralement, cette approche se termine, après traitement, par des remerciements... bien conscients ! ♦

Dans un prochain numéro

Le « mais-vous-êtes-libre-de »

Apprenez comment motiver vos patients en stimulant la perception de leur libre arbitre

DISCLAIMER

Bien que les psychologues sociaux se réfèrent souvent au terme péjoratif de « manipulation » pour désigner les effets de leurs techniques, nous préférons, avec Robert Cialdini, parler d'« influence ».

Pour en savoir plus sur l'utilisation éthique de l'influence en médecine, reportez-vous au JOD n°58, p. 20.



INLAYS INDIRECTS EN COMPOSITE EN UNE SEULE SEANCE

GrandiSO
Inlay System

Le coffret complet pour la fabrication simple de 15 inlays en composite au fauteuil

- Composants haut de gamme, parfaitement adaptés
- Le composite premium GrandiSO est un garant pour la durabilité et l'esthétique
- Fabrication rapide et simple du modèle
- Plus-value au cabinet
- Plus économique qu'un inlay fabriqué à l'aide d'appareils CAD / CAM



Rendez-nous visite
Cologne, 12.-16.03.2013
Stand : R8/S9 + P10, hall 10.2



Nom & prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Localité : _____
 GSM : _____ Mail: _____ N° INAMI : _____
 Nom & adresse pour l'attestation fiscale, si différent : _____

FC1 • Les nouveaux diagnostics (ve 26/04/2013) - Namur

Base..... 1 X 199 = EUR
 Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 189 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 99 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 12/04/2013..... + 50 = EUR

FC2 • L'adolescent : patient de tous les dangers (sa 1/06/2013) - Charleroi

Base..... 1 X 199 = EUR
 Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 189 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 99 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 17/05/2013..... + 50 = EUR

FC3 • La restauratrice en 2013 (ve 20/09/2013) - Charleroi

Base..... 1 X 199 = EUR
 Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 189 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 99 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 6/09/2013..... + 50 = EUR

FC4 • Le bridge sur dents naturelles (ve 15/11/2013) - Namur

Base..... 1 X 199 = EUR
 Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 189 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 99 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 31/10/2013..... + 50 = EUR

FC5 • Les traitements de temporisation (sa 14/12/2013) - Charleroi

Base..... 1 X 199 = EUR
 Conjoint/collaborateur⁽¹⁾ ou Jeune/étudiant⁽²⁾..... 1 X 189 = EUR
 J'emmène mon (mes) assistante(s)..... nombre : X 99 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 29/11/2013..... + 50 = EUR

⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit réglant le montant de base :

⁽²⁾ Année du diplôme et université (2009 et plus tard) :

Réduction-fidélité FC :

Je m'inscris simultanément à 3 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 50 EUR EUR
 Je m'inscris simultanément à 4 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 100 EUR EUR
 Je m'inscris simultanément à 5 activités FC : je déduis une réduction-fidélité globale de 150 EUR EUR

Total = EUR

TP • Révolutionnez vos anesthésies ! (je 26/9/2013) - Charleroi

Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à 2013..... 1 X 299 = EUR
 Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment 1 X 379 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 12/09/..... + 50 = EUR

EC • Prothèse unitaire sur implant (sa 19/10/2013 ou 23/11/2013) - Bruxelles

Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2013..... 1 X 249 = EUR
 Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2013..... 1 X 329 = EUR
 En cas de règlement reçu après le 3/10/2013 (EC1) ou 7/11/2013 (EC2)..... + 50 = EUR

Mon choix de date est : EC1 • 19/10/2013 EC2 • 23/11/2013

PR • Deux sessions consécutives de PR 2013

Je suis déjà inscrit (ou je m'inscris simultanément) à au moins 2 activités FC 2013..... 1 X 90 = EUR
 Je choisis de ne pas m'inscrire pour le moment à 2 activités FC 2013..... 1 X 190 = EUR

Mes préférences sont (cochez autant de cases que vous le souhaitez, nous essaierons de vous donner satisfaction) :

PR1 • Je 27/06 NobelBiocare PR2 • Sa 14/09 Charleroi IESCA PR3 • Je 24/10 Wavre Castelbel PR4 • Sa 7/12 NobelBiocare
 PR1A 08h30 + 10h15 PR2A 10h15 PR3A 08h30 + 10h15 PR4A 08h30 + 10h15
 PR1B 12h00 + 13h45 PR2B 12h00 + 13h45 PR3B 13h45 PR4B 12h00 + 13h45
 PR2C 15h30 + 17h15

Total général de ce formulaire = EUR

Par mon inscription et/ou mon paiement, je marque mon accord avec les conditions générales du COD (Lire page 47 du JOD61 et sur www.cod.be).

- Je verse ce jour le total général de ce formulaire sur le compte du COD 001-3545567-02 (IBAN : BE 32 00 13 5455 6702 - BIC : GEBABEBB)
 Veuillez charger ma carte de crédit pour le total général de ce formulaire

  N° exp. /

Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte : _____
 Date : _____ Signature : _____

FC

TP

EC

PR

Nouveautés et promotions

Pourquoi attendre pour se faire plaisir? Profitez déjà de nos promotions



CASTELLINI

New Skema 8

Just for you!

Castelbel

Tél.: 010 81 83 43
www.castelbel.be

Tous les détails
du programme 2013
sur
www.cod.be



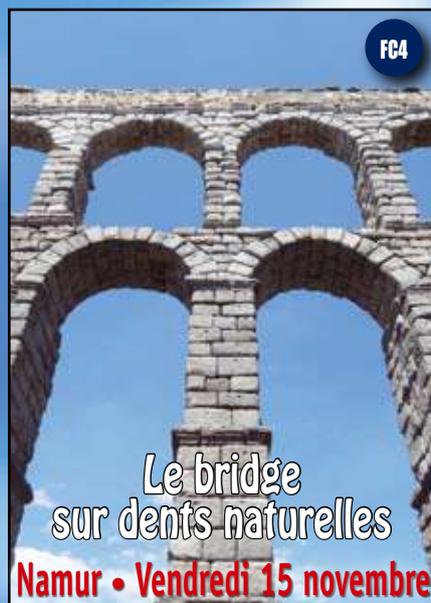
**Les nouveaux
diagnostics**
Namur • Vendredi 26 avril



**L'adolescent
patient de tous
les dangers**
Charleroi • Samedi 1^{er} juin



FC3
**La restauratrice
en 2013**
Ce qu'en pensent les unifs
parisiennes
Charleroi • Vendredi 20 septembre



FC4
**Le bridge
sur dents naturelles**
Namur • Vendredi 15 novembre



FC5
**Les traitements
de temporisation**
Charleroi • Samedi 14 décembre



TP
COMPLET
**Révolutionnez
vos anesthésies !**
Charleroi • Jeudi 26 septembre



EC
**Entretiens cliniques
Prothèse unitaire
sur implant**
Bruxelles • Samedi 19 octobre
ou samedi 23 novembre



PR
Peer-reviews
Nombreuses possibilités