

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 : 3.500 ex.

À L'AFFICHE

Le bridge sur dents naturelles

— *Que reste-t-il de nos amours ?*

Namur • Vendredi 15 novembre 2013

40 UA • 6 heures FC



JOD

Septembre - Octobre 2013 • n° 65



- 4 • La Photo
- 9 • À l'affiche
- 14 • L'actu med
- 16 • Psy
Le « toucher »
- 22 • Envoyé spécial
Congrès Européen de la SFHAD
- 27 • Forum
- 31 • En librairie
- 34 • 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

La prothèse fixe, cette bouffée de liberté

Au milieu d'une journée d'omnipratique, la prothèse fixe fait figure d'oasis.

Enfin une prestation qu'il ne faut pas codifier, mouler vaille que vaille dans une nomenclature horizontale, politiquement correcte, sans la moindre volonté de personnalisation ! Enfin un traitement où le patient est responsable de ses engagements, et le praticien de son résultat ! Enfin une approche thérapeutique où la relation soignant-soigné détermine le plus juste montant d'honoraires, hors de la pollution habituelle du système formaté d'accord dento-mutualiste.

Oui : des moments parmi les plus agréables de l'exercice dentaire.

Mais attention : restons discrets ! Car la prothèse fixe suscite des convoitises.

C'est ce qu'apprit à ses dépens ce Confrère de Grand-Bigard, 76 ans au compteur, toujours actif professionnellement et employeur d'un technicien en prothèse dentaire. Une nuit de septembre dernier, il fut réveillé puis molesté par des home jackers encagoulés, appâtés par... la réserve d'or du laboratoire ! Le dentiste ne dut finalement son salut qu'à l'arrivée impromptue de son premier patient, au rendez-vous de... 5 heures du matin.

On pourrait sourire de ces péripéties assez rocambolesques, si les circonstances n'avaient été réellement dangereuses, au moment où un procès d'Assises vient de nous rappeler la tuerie de Wemmel.

Les bonnes questions demeurent toutefois les suivantes :

- Pourquoi un dentiste doit-il encore exercer à 76 ans, à 5 heures du matin, si l'on exclut le prétexte habituel de l'amour du métier ?
- Comment est-il possible qu'un praticien passe pour un détenteur d'un stock d'or et devienne une cible de choix, auprès des malfrats ?

Répondre à ces questions obligerait sans doute à modifier les fondements de nombreux choix de société. C'est d'ailleurs pourquoi personne ne les posera. ♦

Bon de commande

Expéditeur, Tampon cabinet

170784

Numéro de client

Signature

Date

Nous commandons les articles suivants :

Ref.	Description	Quantité	Prix total
	Adhésif mordançage total	1	
	Adhésif automordançage	2	
	Activateur bi-polymérisation	1	
	Pinceau d'application	2	
	Primer céramique	1	
	Primer métal	1	
	Primer zircone	1	
	Glazing		

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

Futurabond® U

ALL YOU NEED IS „U“

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



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

Texte et photos : Th. Vannuffel
Endodontie : J.P. Siquet



Fig.1. Première consultation.

Fig.2. Secteurs latéraux inesthétiques.



Fig.3. Sinus maxillaire procident.

Choisir entre une réhabilitation implanto-portée et une approche conventionnelle par bridge sur dents naturelles est un dilemme cornélien pour bien des patients... et des praticiens.

Cette patiente de 35 ans se présente (Fig.1) pour une réhabilitation esthétique incluant :

- les antéro-supérieures, restaurées par des composites de temporisation à long terme en technique directe
- mais, plus encore, les couloirs obscurs des secteurs latéraux, découverts en sourire non forcé, suite à l'édentement de prémolaires maxillaires (Fig.2)

Après s'être assuré de la bonne santé parodontale, on procède

à un traitement endodontique de première intention de 12 et à l'extraction de 25 (en cabinet d'omnipraticque), et à la reprise endodontique de 26 (en cabinet spécialisé).

Pour poursuivre l'approche interdisciplinaire, la réhabilitation implantaire est proposée comme premier choix : celle-ci permet en effet de préserver les dents voisines de l'édentement, notamment les canines maxillaires dont les faces palatines sont les garantes du guidage occlusal en fonction latérale travaillante. Cette option d'apparence peu invasive n'est toutefois pas exempte d'inconvénients :

- il ne peut être garanti sans examen complémentaire 3D que la procidence sinusale (Fig.3) et la perte osseuse alvéo-

laire n'interfèrent pas avec les sites implantaires idéaux sans recourir à une greffe

- les délais imposés par le protocole standard augurent d'un traitement s'étalant sur au moins 8 mois
- au minimum deux séances chirurgicales sont nécessaires
- les complications possibles à court terme (6 à 8% des implants maxillaires ne s'ostéo-intègrent pas) et long terme (péri-implantite) sont sérieuses
- vu les aléas en cours de traitement, il est très difficile d'établir un devis rigoureux comme l'exigent généralement les assurances privées complémentaires

Aussi, la patiente opte pour une solution dento-portée au

moyen de deux ponts conventionnels céramo-métalliques 13-17 et 23-27 — une approche qui demeure d'excellent pronostic en termes esthétiques et fonctionnels.

Après ce temps prothétique assurant le blocage postérieur et répondant déjà à la demande principale de la patiente, des facettes en céramique seront réalisées sur les quatre antéro-supérieures non concernées par les ponts, probablement avec une petite correction plastique gingivale sur 21. ♦

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 Carving

JOURNÉES PORTES OUVERTES

Samedi 23 nov. 10h à 18h
Dimanche 24 nov. 10h à 18h



OMS Star



Pax i 3D



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



FC4

FORMATION - CONFÉRENCE 4
NAMUR • VENDREDI 15 NOVEMBRE 2013

Le bridge sur dents naturelles

— Que reste-t-il de nos amours ?

Objectifs de ce cours — Il fut une époque où le pont conventionnel (mais on ne savait pas encore qu'il faudrait un jour l'affubler de ce qualificatif) incarnait la solution logique et remarquablement fonctionnelle pour tous les cas de petits ou grands édentements, pourvu que les piliers eussent la bonne idée de se situer dans les sites stratégiques. Ainsi, le bridge écrivit les heures de gloire de la prothèse, et contribua largement au mythe du *belgian dentist*. Mais aujourd'hui, rien n'est plus si simple : l'édentement partiel intercalé peut souvent représenter une indication de choix pour la solution implantaire. Alors, aux gémonies, le bridge sur dents naturelles ?

Pas si vite. Faisons d'abord le point ensemble. Et étonnons-nous, car cette solution d'hier a, elle aussi, évolué : en concept, en indications, en réalisation clinique, en matériaux, en esthétique, en pérennité. Découvrons le bridge sur dents naturelles du XXI^e siècle.



Daniel Dot
(Paris)



Pascal Zyman
(Paris)



Gilles Laborde
(Marseille)



Véronique Dupuis
(Bordeaux)

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 15 novembre 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 - 40 dom 7	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	199,- EUR
		Paiement reçu après le 31/10 (PAS d'inscrit. sur place) :	+50,- EUR
	Réductions* ? <small>*conditions page 47 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 5
CHARLEROI • SAMEDI 14 DÉCEMBRE 2013

Les traitements de temporisation

Rien ne sert de courir, il faut...

Objectifs de ce cours — Dans plusieurs disciplines de l'odontologie, il n'est pas rare de voir patients et praticiens confrontés à l'attente... Attendre les signes d'une guérison apicale, attendre le remodellement des crêtes ostéo-muqueuses, attendre l'ostéo-intégration, attendre le silence parodontal, attendre le retour des travaux de laboratoire, c'est toujours attendre !

Mais est-il nécessaire pour autant de s'obliger à la passivité ? N'est-il pas souhaitable au contraire de s'appuyer sur ces délais incompressibles pour agir ? Ne peut-on transformer ce qui paraît une contrainte de calendrier en une fenêtre particulièrement propice à établir les déterminants du succès ? Si le clinicien adopte cette démarche, la temporisation évolue d'un statut fastidieux vers une véritable composante thérapeutique. Souvent, prendre son temps est une attitude gagnante — ce que démontrera cette journée.



Willy Pertot
(Paris)



Michel Pompignoli
(Paris)



Philippe Colin
(Montpellier)



Étienne Waltmann
(Strasbourg)

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 14 décembre 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 4 + 10 dom 6 + 20 dom 7	
	Agrément ?	OUI : 6 heures	
	Combien ?	Montant de base tout compris :	199,- EUR
		Paiement reçu après le 29/11 (PAS d'inscrit. sur place) :	+50,- EUR
	Réductions* ? <small>*conditions page 47 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	



Aidez votre patient à comprendre le traitement.

NobelClinician™ Communicator

Focus sur votre patient

Présentez le plan de traitement à votre patient en communiquant de façon optimale grâce à l’application iPad® NobelClinician Communicator.



Basée sur le logiciel NobelClinician (logiciel de diagnostic et de planification du plan de traitement de Nobel Biocare), disponible sur Windows® et Mac®.



Nous vous présentons: le NobelClinician Communicator. Présentez votre plan de traitement NobelClinician et communiquez de façon efficace avec votre patient grâce à la nouvelle application iPad®. En mettant en ligne vos plans de traitements via la fonctionnalité NobelConnect du logiciel, vous pourrez les consulter à tout moment, sur n’importe quel iPad (minimum version 2).

Aidez votre patient à mieux comprendre son traitement en lui proposant différentes options de traitement sur support visuel. Toute annotation lors de la consultation sera automatiquement sauvegardée.
Téléchargez l’application dès aujourd’hui, gratuitement.

nobelclinician.com



EC

ENTRETIENS CLINIQUES
BRUXELLES

EC1 : SAMEDI 19 OCTOBRE 2013
EC2 : SAMEDI 23 NOVEMBRE 2013



Prothèse unitaire sur implant

Apprendre. Comprendre. Réaliser.



Objectifs de ces EC — Le souhait des patients de se voir traités avec le moins de dégâts collatéraux se fait davantage sentir de jour en jour. C’est pourquoi, dans le cadre de l’édentement unitaire, si le pont conventionnel est loin d’avoir perdu ses indications, de nombreux cas cliniques se prêtent idéalement à une solution implantaire de première intention. Mais les praticiens ne sont pas nécessairement formés pour proposer et assumer cette solution pourtant simple, élégante, fonctionnelle, esthétique, économique, et respectueuse du principe d’économie tissulaire.

L’objectif de ces Entretiens est donc d’aborder la globalité du traitement prothétique unitaire sur implant.

Hormis l’apprentissage théorique, des séances *hands-on* permettront aux praticiens de manipuler l’accastillage prothétique et de prendre des empreintes sur des modèles de démonstration.

A la fin de la formation, les participants disposeront alors du bagage pour réaliser, seuls dans leur cabinet, une prothèse unitaire sur implants.

Nous avons confié la partie didactique de ces Entretiens à l’équipe qui, en 2012, a mené à bien la formation relative à la PAC sur implants, avec un taux de satisfaction officiel de 4,9/5.

Fiche technique de ces activités

Organisateur COD asbl Belgique : agréé par l’INAMI sous le n°125 France : agréé par le CNFCO sous le n° 08BE2011-480/395	<i>Quand ?</i>	Choix entre les samedis 19 octobre ou 23 novembre 2013 9h00 - 17h00 (petit déj. offert dès 8h30)	
	<i>Où ?</i>	BÂTIMENT F CAMPUS ÉRASME, 808 route de Lennik 1070 Bruxelles	
	<i>Disponibilité ?</i>	20 places par date (attribuées par ordre de réception du règlement)	
	<i>Accréditation ?</i>	OUI : accordée - 40 dom 7	
	<i>Agrément ?</i>	OUI : 6 heures	
	<i>Combien ?</i>	Montant de base tout compris :	329,- EUR
		Avec 2 activités FC au moment de l’inscription : Paiement reçu après le 3/10 ou 7/11 (selon date choisie) :	seulement 249,- EUR +50,- EUR
S’inscrire !	Bulletin d’inscription en avant-dernière page		

CASTELLINI
Just for you!
Castelbel

Take it easy
with **myray**
new comfort
in digital imaging



See me **HYPERION X9** HYBRID TECHNOLOGY



Avenue Sabin, 14 - 1300 Wavre - + 32 (0)10 818 343 - + 33 (0)3 20.54.62.42 - www.castelbel.be



PEER REVIEWS

WAVRE

PR3 : JEUDI 21 ~~COMPLÈT~~ DÉCEMBRE 2013

PÉRIPHÉRIE BRUXELLOISE

PR4 : SAMEDI 7 DÉCEMBRE 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 !	Attention : présence obligatoire, pas de remboursement 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

Le toucher

Une méthode efficace de contact physique pour influencer le comportement des patients

Nous l'avons déjà évoqué à l'occasion de plusieurs articles : l'observance du patient, son inclination naturelle à endosser le prescrit de son thérapeute, dépendent tout autant de séquences comportementales inconscientes, que de décisions réfléchies.

Ainsi, les enseignements de la psychologie sociale fournissent au dentiste nombre d'outils de communication, qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre d'une relation soignant-soigné optimisée : c'est ce qu'il est convenu

d'appeler la *soumission sans pression* ou la *motivation par l'engagement*.

Cet article est destiné à mettre en lumière une technique **non verbale de relation duelle** : le toucher physique — ou stimulation tactile — du patient par le prestataire. A priori délicate, mais pourtant non équivoque, cette technique d'influence se révèle superbement efficace.

• **Thierry VANNUFFEL**

Expérimentations

Divers travaux exploratoires, dès le début des années 1970, avaient mis la puce à l'oreille des psychologues sociaux : on avait déjà une indication selon laquelle un certain nombre de perceptions peuvent être modifiées par le toucher. C'était notamment le cas de l'évaluation esthétique de formes géométriques suite à un léger contact sur l'épaule¹, ou encore l'augmentation de la confiance d'un patient dans son psychologue².

Mais c'est Chris Kleinke, en 1977, qui formalisa l'existence d'une séquence comportementale automatique déclenchée par le toucher physique, amenant le sujet à accepter plus facilement une requête³. Le scénario de cette expérimentation décisive était le suivant : quelques pièces de monnaie étaient ostensiblement abandonnées dans une cabine téléphonique, de telle sorte que chaque utilisateur s'en saisissait. Ensuite, l'expérimentateur accostait le sujet sortant de la cabine pour lui demander s'il n'avait pas trouvé l'argent oublié. Dans ces conditions, 63% des sujets testés rendirent la monnaie. Ensuite, dans un autre groupe, la variable expérimentale « toucher » était utilisée sous la forme d'un léger contact, de quelques secondes, sur le bras. Dans ces conditions, 93% des sujets restituèrent l'argent. Cette expérimentation simple a montré à quel point on peut augmenter la soumission à une requête, non problématique mais néanmoins coûteuse, par l'utilisation du toucher : dans le cas présenté, on diminuait de 80% le taux de refus !

Développements

De nombreuses études suivirent, dans des domaines variés et des circonstances relationnelles multiples, montrant

l'universalité des résultats de la technique du toucher.

Relevons notamment que cette technique :

- améliore les performances scolaires d'un élève^{4,5}
- amène les passagers aériens à trouver le personnel de bord plus compétent et la compagnie aérienne plus fiable⁶
- modifie positivement la perception du statut d'un inconnu⁷
- conduit les clients à trouver plus agréable le magasin dans lequel ils sont entrés⁸
- est une arme efficace dans le contexte de la séduction⁹ : sur ce point, le site youtube.com regorge de tutoriels illustrés...

Inutile de dire l'importance économique que peuvent représenter ces connaissances. Toute une industrie s'est même développée autour de ce concept du toucher dans la relation duelle.

Cette importance est tout aussi réelle dans le domaine médical. En effet, l'observance du patient est un élément crucial en termes de guérison, mais aussi de gestion des coûts de la Santé publique. Une étude récente¹⁰ a démontré qu'une communication verbale soignant-soigné de qualité est déterminante sur ces deux aspects.

Mais peut-on prétendre que la technique non verbale du toucher contribue également à une relation médicale plus efficace ? Au moins deux articles suggèrent que tel est bien le cas :

- une étude de Witcher et Fischer a montré que le toucher par l'infirmière réduit le stress des patientes avant une intervention chirurgicale¹¹
- une étude de Guéguen a révélé une meilleure observance à une antibiothérapie prescrite par un médecin usant de la technique du toucher¹²



Il ne s'agit pas de vente, mais de Santé. Si vous n'êtes pas convaincu que votre idée de traitement répond pleinement à l'intérêt du patient, vous ne devriez même pas lui en parler. Par contre, si vous avez bel et bien une solution qui aide vraiment ce patient, pourquoi ne pas le pousser dans la bonne direction, afin qu'il décide de prendre mieux soin de lui-même ?

Riley Uglum
New Hampton, Iowa, USA



Théorie

Les mécanismes cognitifs responsables des effets du toucher demeurent mal compris.

On sait en tout cas que le toucher comporte une dimension hiérarchique dans le contexte où il est mis en œuvre, car il est le plus souvent le fait d'un sujet de plus haut statut ou disposant de plus de pouvoir par rapport au sujet touché. Il représente donc un indicateur de dominance, d'une part, et de soumission, d'autre part. Logiquement, le toucher est plus utilisé par les hommes à l'endroit des femmes, par les âgés sur les jeunes etc¹³. Or il a été démontré qu'une personne de bas statut se conforme d'autant plus à la pression d'un groupe que ce dernier est constitué de membres de haut statut¹⁴.



» Par ailleurs, il faut toujours être prudent dans l'établissement d'un lien entre les constats de la psychologie sociale et les possibles mécanismes neurophysiologiques et humoraux sous-jacents. Dans le cas du toucher néanmoins, les neurosciences ont décrit un modèle physiologique. Ainsi, il a été démontré que le toucher (mais aussi le regard, sorte de « toucher à distance ») induit un pic de sécrétion d'ocytocine par l'hypophyse postérieure : il s'agit d'une hormone polypeptidique hypothalamique, impliquée dans divers processus, avec pour conséquences une relaxation et une influence positive sur les perceptions et les humeurs. Chez la femelle de mammifère en particulier, l'ocytocine est impliquée dans diverses circonstances de la vie sexuelle et maternelle¹⁵ ; elle fait aussi baisser le taux de cortisol, une autre hormone impliquée dans le stress. L'influence de l'ocytocine sur le comportement — la cohésion des groupes sociaux, l'inhibition de la peur, ou l'amélioration de la confiance¹⁶ par exemple — est telle, qu'elle ouvre des pistes thérapeutiques sérieuses, par administration nasale, dans le champ de l'autisme¹⁷ et de la schizophrénie¹⁸. Certaines techniques de méditation ou de relaxation, comme la musicothérapie, s'appuient aussi sur la libération d'ocytocine...

Le plus étonnant demeure que, alors que le toucher produit une sécrétion d'ocytocine, il semble bien que cette même ocytocine gomme la perception d'avoir été touché !

Limites ?

Si le toucher modifie sans aucun doute le jugement et les humeurs, on peut s'étonner que cette constatation se fasse en contradiction de certaines normes sociales, et notamment en violation des règles de proxémie décrites par les spécialistes de la communication interculturelle. Selon ces auteurs, le toucher serait incompatible avec le prescrit des « sociétés de non-contact », notamment les anglo-saxonnes où la plupart des études sur le toucher ont pourtant été menées de manière probante et reproductible.

Hall¹⁹ définit quatre zones de proxémie :

- la sphère *publique* (à plus de 3,70 mètre)
- la sphère *sociale* (de 1,20 à 3,70 mètre)
- la sphère *personnelle* (de 45 centimètres à 1,20 mètre), qui est réservée aux gens de confiance et membres de la famille (Fig.1)
- la sphère *intime* (moins de 45 centimètres), dont la phase *intérieure* n'est occupée par autrui que pour le toucher, l'étreinte et le murmure

Il est évident que le toucher est la forme la plus extrême d'intrusion dans la sphère intime²⁰ (Fig.2). La technique du toucher, appliquée entre individus non intimes, et même étrangers, avec des résultats élevés en termes de soumission à une requête, bouscule donc les

règles de Hall. Une explication réside sans doute dans :

- la position dominante du toucheur, qui peut dès lors se permettre une intrusion de la sphère intime justement parce que cette intrusion va, sans hésitation, jusqu'au toucher ; on parle au minimum de « tolérance proxémique », encore facilitée par des indicateurs implicites et culturels de haut statut, comme le code vestimentaire (le képi de l'officier, le costume du directeur, la blouse blanche du médecin...)
- la brièveté de l'intrusion, quelques secondes, dans tous les modèles méthodologiques qui ont été testés à ce jour avec le toucher comme variable indépendante ; un champ de recherches ultérieures devrait sans doute étudier l'état de soumission en fonction de la durée du toucher

Vie courante et dentiste consommateur

La technique d'influence du toucher est enseignée et utilisée en permanence dans le monde du marketing de terrain en face-à-face²¹, avec des retours sur investissements impressionnants. Elle fait partie intégrante de l'« *expérience* » (en américain dans le texte) que doit représenter globalement un achat — et donc une vente réussie — au XXI^e siècle !

Le marketing de terrain est la discipline qui englobe l'art de vendre en commer-

ce de détail, mais aussi lors de salons et de road-shows : il s'appuie sur de nombreuses techniques inconscientes pour développer les ventes, notamment en bombardant de signaux les cinq sens du consommateur :

- visuel : généralement, une forte identité de marque (*brand culture*) basée sur la couleur et les logos ; certains commerces utilisent aussi une lumière LED à dominante, ou au contraire une obscurité quasi totale
- auditif : musique douce de fond, ou à l'opposé DJ's assourdissants
- olfactif : l'encens est fréquemment utilisé dans les commerces d'import, ou encore des diffuseurs de parfums ou d'huiles essentielles
- gustatif : les petits caouas, avec spéculoos, des salons de coiffure sont loin d'être laissés au hasard
- tactile : interviennent ici les contacts directs entre le personnel de vente et le consommateur ; une enseigne internationale connue n'hésite pas à amplifier (sexualiser) la technique, notamment en imposant à ses vendeurs masculins de travailler... torse nu

Le toucher interpersonnel n'est d'ailleurs que le sommet d'un édifice haptique complexe. En effet, le sens tactile en gé-

néral, souvent sous-estimé à tort, peut revêtir un caractère décisif sur le comportement et la prise de décision²². On sait ainsi, par exemples, que :

- Lors d'un rendez-vous de recrutement, un directeur de ressources humaines développe une opinion d'autant plus positive d'un curriculum vitae que celui-ci est présenté sur un porte-document plus rigide.
- Des négociateurs assis dans des fauteuils confortables ont moins tendance à discuter les prix que ceux installés sur des chaises plus dures.

Dans les salons internationaux qu'il fréquente, ou plus simplement lors de la visite d'un délégué médical, le dentiste consommateur est, lui aussi, soumis à des signaux sensoriels bien mis en place, et notamment la technique du toucher. Le contexte *business-to-business* de ces situations impose une codification moins exubérante que dans le domaine du commerce *business-to-consumer*. Généralement, la poignée de mains est le point de départ. Le contact commercial tient le contrôle de la main droite, tire vers lui le client, et, de la main gauche, procède au toucher de l'avant-bras ou de l'épaule... Il lâche prise ensuite, et

se retire hors de la sphère personnelle de son client tout en amorçant le dialogue par un pied-dans-la-bouche ("Vous allez bien ?") puis un pied-dans-la-porte ("Que diriez-vous de tester gratuitement mon nouveau composite ?").

Le dentiste thérapeute

La technique d'influence du toucher peut aussi être précieuse au prestataire de santé dans son exercice professionnel, et ceci d'autant mieux que le statut du praticien est, le plus souvent, perçu comme supérieur par le patient — en tout cas dans le contexte de cette relation duelle soignant-soigné —, et que la finalité médicale de l'intrusion proxémique ouvre la perspective de rationalisations a posteriori.

Toutefois, compte tenu de ce que nous apprend la littérature de psychologie sociale, il convient de respecter quelques règles de prudence, ainsi qu'une séquence bien précise :

1. Aller au contact d'un seul geste, sans hésiter dans les différentes sphères de proxémie. But : utiliser le plus haut statut du praticien pour s'autoriser la mise en œuvre de la technique. >>>



Fig.1. Règles de proxémie de Hall. Lors d'un entretien, le prestataire de confiance se tient à la limite de la sphère personnelle du patient (environ 1,20 mètre).



Fig.2. Une séance de soins dentaires constitue une intrusion proxémique, tolérée par le haut statut du praticien, et facilitée par des rationalisations médicales a posteriori.



>> **2. Cibler exclusivement l'épaule ou l'avant-bras.** But : éviter toute équivoque, en respectant le modèle expérimental.

3. Se limiter à un contact de 2 à 3 secondes, et se retirer dans la sphère sociale du patient (1,20 mètre minimum) au bureau, ou dans la sphère personnelle (45 centimètres minimum) au fauteuil dentaire. But : donner la perception du respect du patient (bas statut) par le prestataire (haut statut).

4. Optimiser l'effet en évoquant sémantiquement la liberté du patient. But : rétablir un équilibre hiérarchique, donner au patient la perception d'un gain de statut.

5. Formuler clairement la requête (ouverture buccale, soins locaux de paro, prescription pharmacologique... versement d'honoraires...).

Conclusion

Utilisée à bon escient, la technique non verbale du toucher permet de créer, de manière significative et reproductible, un contexte interpersonnel favorable. Plus particulièrement, elle amenuise les défenses naturelles face à l'altruisme et sert de catalyseur à l'engagement.

Dans le cadre médico-dentaire, le toucher peut améliorer l'observance thérapeutique. Il a aussi été démontré que la perception du statut du prestataire s'en trouve améliorée, et que la confiance du patient augmente alors que son stress diminue.

Cette technique affirme la position dominante du praticien ; aussi, il peut se révéler avantageux de la combiner, pour en limiter les effets indésirables, à d'autres méthodes d'influence, comme l'évocation sémantique de la liberté du patient. ♦

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.

Dans un prochain numéro

L'étiquetage

Ou comment faire pour que votre patient devienne réellement ce que vous déclarez qu'il est...

Bibliographie

1. Silverthorne C., Noreen C., Hunt T., Rota L., 1972, The effect of tactile stimulation on visual experience, *Journal of Social Psychology*, 88:153-154.
2. Pattison J., 1973, Effect of touch on self-exploration and the therapeutic relationship, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40:170-175.
3. Kleinke C., 1977, Compliance to requests made by gazing and touching experimenters in field settings, *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol 13(3):218-223.
4. Steward L., Lupfer M., 1987, Touching as teaching: the effect of touch on students' perceptions and performance, *Journal of Applied Social Psychology*, 17:800-809.
5. Guéguen N., 2002, Encouragement non-verbal à participer en cours : l'effet du toucher, *Psychologie et Éducation*, 51:95-105.
6. Wycoff E., Holley J., 1990, Effects of fly attendants' touch upon airline passengers' perceptions of the attendant and the airline, *Perceptual and Motor Skills*, 71:932-934.
7. Storrs D., Kleinke C., 1991, Evaluation of high and equal status male and female touchers, *Journal of Nonverbal Behavior*, 14:87-95.
8. Hornik J., 1992, Tactile stimulation and consumer response, *Journal of Consumer Research*, 19:449-458.
9. Guéguen N., 2007, Courtship compliance: the effect of touch on women's behavior, *Social Influence*, 2(2):81-97.
10. Ratanawongsa N. et al., 2013, Communication and medication refill adherence, the diabetes study of Northern California, *JAMA Internal Medicine*, 173(3):210-218.
11. Whitcher S., Fischer J., 1979, Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37:87-96.
12. Guéguen N. et al., 2010, Improving medication adherence by using practitioner nonverbal techniques : a field experiment on the effect of touch, *Journal of Behavioral Medicine*, 33:466-473.
13. Henley N., 1973, The politics of touch. In P. Brown (Ed.), *Radical psychology*, New-York: Harper & Row.
14. Larsen K. S., Triplett J. S., Brant W. D., Langenberg D., 1979, Collaborator status, subject characteristics, and conformity in the Asch paradigm, *Journal of Social Psychology*, 108 (2):259-263.
15. Keverne E., Kendrick K., 1994, Maternal behavior in sheep and its neuroendocrine regulation, *Acta Paediatrica*, 83:47-56.
16. Kosfeld M. et al., 2005, Oxytocin increases trust in humans, *Nature*, 435:673-676.
17. Andari E. et al., 2009, Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders, *PNAS*, vol. 107(9): 4389-4394.
18. Feifel D., Macdonald K., Nguyen A. et al., 2010, Adjunctive intranasal oxytocin reduces symptoms in schizophrenia patients, *Biological Psychiatry*, vol. 68(7):678-80.
19. Hall E.T., 1963, A system for the notation of proxemic behaviour, *American Anthropologist*, 65(5): 1003-1026.
20. Jones S., 1994, *The right touch : understanding and using the language of physical contact*, Cresskill, Hampton Press.
21. Williams A., Mullin R., 2008, *The handbook of field marketing : a complete guide to understanding and outsourcing face-to-face direct marketing*, Kogan Page Limited.
22. Ackerman J.M., Nocera C.C., Bargh J.A., 2010, Incidental haptic sensations influence social judgments and decisions, *Science*, 328(5986):1712-1715. ♦

VistaScan Mini – la vitesse de manipulation d'un capteur



5 tailles de capteurs sans fil



- Connexion USB et Net
- Tous les formats taille 0 à taille 4
- Scanner avec la plus haute définition actuelle : 22 pl/mm
- Manipulation plus facile qu'un capteur

Informations complémentaires sur notre site: 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

AIR COMPRIMÉ
ASPIRATION
IMAGERIE
ODONTOLOGIE
CONSERVATRICE
HYGIÈNE





I^{er} Congrès européen de la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire
Une grande histoire en bordure du Rhône

Un événement historique, que ce XXIII^e Congrès annuel de la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD) ! En effet, il prenait la dimension européenne pour la première fois, grâce à la collaboration des sociétés d'histoire odontologique espagnole et italienne : la Sociedad Espanola de Historia de la Odontologia (SEHO) et la Societa Italiana di Storia dell' OdontoStomatologia (SISOS).

Nous ne pouvons pas, dans le cadre de cet article, vous

présenter l'ensemble des exposés de cette manifestation, co-présidée par Pierre Baron (SFHAD), Javier Sanz (SEHO) et Paolo Zampetti (SISOS), tant était riche le programme de ces deux journées lyonnaises de début de printemps... Nous tenterons cependant de vous plonger dans l'ambiance de ce Congrès très international, où les présentations furent toujours originales et particulières.

• **Pierre GOBBE-MAUDOUX**

L'Université Jean Moulin (Lyon 3), sur les berges du magistral Rhône, comporte le département Histoire de la Faculté des Lettres et Civilisations.

La Faculté d'Odontologie est toutefois attachée à l'Université Claude Bernard (Lyon 1), et décentralisée au Domaine de la Buire, dans le 8^e Arrondissement lyonnais.

Alberto PELUSO
L'usure occlusale dans l'ancienne population égyptienne



Ce chirurgien-dentiste, chercheur associé au Musée d'Anthropologie et d'Ethnographie de Turin, nous a présenté une étude de l'usure occlusale portant sur 381 squelettes égyptiens adultes et 130 jeunes de

la période dynastique, conservés à l'Institut d'Anthropologie de Turin. Dans la population de l'ancienne Egypte, la carie ne représentait que 2% des pathologies dentaires et la maladie parodontale 13%.

Par contre, l'usure occlusale était la pathologie dominante pour 85% de la population (Fig.1). Une mastication prolongée d'aliments peu raffinés, et souvent contaminés par des particules de silice provenant des pierres utilisées pour le broyage de l'épeautre, étaient à l'origine de ce mal.

Il n'est pas rare de retrouver des usures allant au-delà de cinq millimètres. À ce stade, on considère alors que l'usure physiologique devient une usure pathologique. Le point interproximal étant alors dépassé, il survient diverses situations : les dents ne se touchent plus, et se créent des diastèmes, les bords d'émail se fracturent, et apparaissent des caries ; il se crée des fissures dans le mince toit dentinaire, entraînant infection de la pulpe, puis nécrose et ostéolyses apicales.

Iter UZEL
Paléo-stomatologie et histoire de la médecine dentaire en Anatolie jusqu'au XV^e siècle



Médecin-dentiste mais aussi orthodontiste, cet ancien Doyen de la Faculté de Médecine dentaire de l'Université Cukurova à Adana en Turquie nous a entre-

tenus des nombreuses études paléostomatologiques dans cette région ayant connu de nombreuses immigrations, émigrations, invasions et occupations.

Les musées turcs possèdent des objets odontologiques (Fig.2) de l'époque romaine ainsi que des monographies médicales contenant souvent des chapitres odontologiques.



Fig.1. L'usure occlusale était la pathologie dominante pour 85% de la population égyptienne antique.

Yves et Liliane VAN BESIEEN
L'Apologie d'Apulée



Apulée était citoyen romain aux environs de l'an 125 de notre ère. Très brillant, il étudia à Athènes,

à Rome... et est capable de s'exprimer aussi bien en berbère et en grec qu'en latin. Il épouse une riche veuve qui se nomme Pudentilla. La famille de celle-ci, voyant un important héritage lui échapper, poursuit Apulée en justice, l'accusant d'avoir usé de magie et de s'être blanchi les dents avec une poudre dentifrice pour séduire sa douce. Dans une brillante apologie (Fig.3), Apulée confond ses accusateurs et justifie l'usage de la poudre dentifrice. >>>

Fig.2. Daviers romains conservés au Musée d'Arch à Istanbul.



>> Florence SEMUR-SEIGNEURIC & Jean-Baptiste SEIGNEURIC Rages de dents ! Remèdes et superstitions



De tous temps, praticiens, mages et charlatans se sont penchés sur ce mal terrible par son intensité : la rage de dent (Fig.4) ! Pour écrire cet ouvrage, les auteurs ne se sont pas limités aux seules références bibliographiques médicales et dentaires. Ils ont recherché tout document, légende, folklore... qui pouvaient nous renseigner sur toutes les traditions de remèdes contre ce fléau. Cela donnait un exposé très sympathique des rituels et superstitions autour de cette maladie.

Paolo ZAMPETTI & Giancarlo BARBON 100 ans de chirurgie dentaire en Italie



Avant l'unification de l'Italie en 1861, aucune loi ne réglementait l'art dentaire qui était en fait considéré comme une profession de santé « mineure ». Le droit d'exercer la dentisterie était possible à tous (Fig.5). C'est seulement en 1865 que fut promulguée la première loi sur l'exercice de la dentisterie, la loi Ricasoli. L'Association dentaire italienne a été fondée en 1901, et c'est en 1912 que le Sénat adopta une loi obligeant d'être titulaire de la licence en médecine et chirurgie pour exer-

cer, mais déclarant aussi le prétendu « Principe Stomatologique », selon lequel l'art dentaire doit être considéré comme une discipline non séparée de la médecine générale.

En 1923, l'École d'études supérieures en odonto-stomatologie a été créée avec une formation de deux années, mais sans être considérée comme obligatoire pour pratiquer la dentisterie. Il a fallu finalement attendre les années 1980 pour la mise en place de la Licence en odontologie et prothèse dentaire, et voir apparaître le statut d'odontologiste, aligné sur ceux des autres pays de la Communauté Européenne. Les dentistes italiens doivent alors s'inscrire à l'Ordre des Médecins qui devient l'Ordre des Médecins-Chirurgiens et des Odontologistes.

Alessandro PORRO Instruments et stratégies pour la formation et le recyclage professionnel en odontologie entre le XIX^e et le XX^e siècle



La fin du XIX^e et le début du XX^e siècle a été la période qui a vu l'émergence de l'autonomie de notre discipline. On peut alors découvrir à cette époque une volonté de développer des caractéristiques d'homogénéité chez les professionnels dentaires européens.

Un premier exemple est la publication par la maison ASH de ses Correspondenzblatt für Zahnärzte (Fig.6), qui soutenaient les catalogues

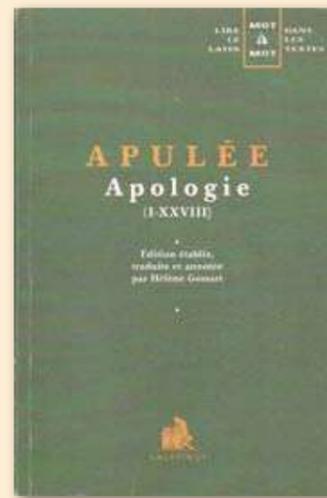


Fig.3. Dans l'Apologie d'Apulée, on parle déjà de l'hygiène dentaire !



Fig.4. Le livre « Rages de dents ! » : de Dioscoride à Ambroise Paré, un recueil amusant à savourer.

Fig.6. Un exemplaire des « Correspondenzblatt für Zahnärzte » datant de 1912.



de sa production industrielle. Ces revues étaient publiées dans plusieurs pays, en plusieurs langues. Un autre exemple est la série de publications de la maison d'édition Lehmann, les Hand-Atlanten, dont la caractéristique principale est une très riche iconographie, sous formes de nombreuses lithographies en couleurs pour chaque volume. Réflétant principalement les préceptes de l'école dentaire de Bâle, ils ont été aussi publiés en France, au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et aux Etats-Unis. Ces volumes ont contribué à la formation professionnelle et au recyclage de nombreux praticiens de l'art dentaire de cette époque.

Jean-Pascal DURAND La faïence de Sarreguemines, considérations techniques et analyse d'un décor appelé « rage de dent »



Notre Confrère tourangeau nous a présenté de façon très distrayante une analyse de la spécificité de la production faïencière de Sarreguemines qui, grâce à des améliorations techniques particulières, a permis une production de pièces de qualité à coûts faibles, et ainsi une diffusion internationale auprès de toutes les classes sociales et toutes les appétences culturelles.

Les décors de ces assiettes, très divers et très inventifs, reproduisent autant les messages politiques, les espoirs nationalistes, les grandes joies ou les peurs ancestrales (dont celle du dentiste) de l'époque. L'étude d'une série d'assiettes appelée « rage de dents » (Fig.7), mettant en scène un bourgeois d'une grande ville atteint d'une lésion infectieuse dentaire et confronté à son traitement administré par un dentiste ayant pignon sur rue, est riche d'enseignements. La leçon et le message de cette série d'assiettes restent toujours d'actualité 150 ans après leur production ; et l'humour, la sympathie et la philosophie qui s'en dégagent doivent nous inciter à regarder notre exercice à la lumière des craintes et des peurs que nous inspirons, et intégrer le rire comme composante du traitement dentaire, pour dédramatiser l'acte et améliorer notre image.

Javier SANZ Le Musée de la Faculté d'Odontologie de l'Université Complutense de Madrid



Au début du XX^e siècle, les documents de l'école odontologique de Madrid, naissante, révèlent déjà un musée conservant des pièces de grande valeur, provenant de dons, principalement de D. Florestan Aguilar. Ce musée a par la suite disparu. Et c'est à la fin du XX^e siècle qu'un ancien Professeur de la Faculté, le Docteur Luis de la Macorra, collectionneur d'art dentaire, amorce un nouveau projet de musée.

Le musée actuel de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Madrid présente un grand nombre de pièces historiques, parfaitement classées. Cette collection permet aux étudiants de la Faculté une vision de l'évolution de l'art dentaire tout au long de l'Histoire. Ouvert également au grand public, il lui permet de mieux comprendre une profession à laquelle il est très fréquemment confronté (Fig.8).



Fig.7. Faïence de Sarreguemines : «Ça y est !!! non sans mal ?



Fig.8. Une statue de Sainte Apolline exposée à Madrid.

Les trois Présidents des Associations ont terminé ces deux journées par des conclusions extrêmement positives, au vu de la qualité et de la diversité des présentations.

Il a été particulièrement intéressant de pouvoir confronter les expériences et visions des cultures de ces différents pays.

Rendez-vous est d'ailleurs déjà pris pour le 2^e Congrès International de l'Histoire de l'Art Dentaire, en 2016, à Madrid.

En attendant, rendez-vous vous est déjà donné pour le XXIV^e congrès de la SFHAD, les 20, 21 et 22 mars 2014 à Toulouse. ♦

Toulouse

XXIV^e Congrès de la SFHAD

20, 21 et 22 mars 2014

en collaboration avec la Faculté d'Odontologie du CHU de Toulouse-Rangueil

Madrid

2^e Congrès International de l'Histoire de l'Art Dentaire

2016

Fig.5. « L'arracheur de dents ambulants Busacca et l'assistante » (Modena, 1895).



L'ART DE CRÉER DES LIAISONS PERMANENTES

D'une adhésion rapide auto-mordançante à une adhésion supérieure par mordançage sélectif

G-æniel BOND :
1 matériau – 2 choix pour une adhésion parfaite



AESTHETICS
MADE EASY BY
'GC'

G-æniel Bond vous offre une **adhésion élevée et sûre sur l'émail et sur la dentine**, quelle que soit la technique choisie. Avec le G-æniel Bond vous gagnez en simplicité, vous **supprimez les sensibilités post-opératoires** des adhésifs auto-mordançants et augmentez encore l'adhésion lorsque vous décidez d'utiliser 10 secondes le mordançage sélectif de l'émail. Grâce à la combinaison entre adhésion chimique et mécanique tout comme sa formulation sans HEMA, votre restauration bénéficiera d'une **adhésion à long terme et d'une excellente intégrité marginale** dans le temps.

www.gceurope.com

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>

'GC'



•• Si je réalise les étapes d'une prothèse en décembre, et si le placement a lieu en janvier au moment où le patient a droit au renouvellement, le patient sera-t-il pleinement remboursé, ou faut-il faire toutes les étapes à partir de janvier ?

Le remboursement d'une prestation (quelle qu'elle soit) est dû lorsque cette prestation a été entièrement réalisée.

Il découle de ce qui précède un certain nombre de conséquences de calendrier, notamment le fait qu'il est absolument interdit d'anticiper et de délivrer une attestation pour une prestation « en cours », en matière de prothèse par exemple.

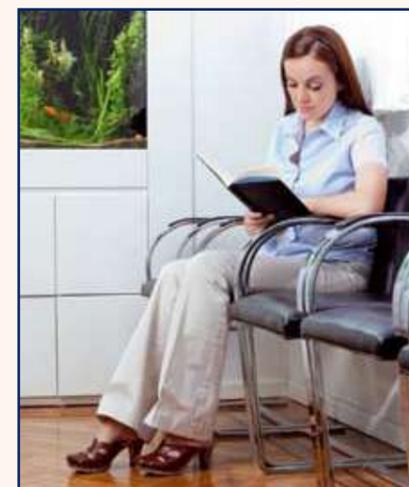
Cette situation a motivé la modification des « exigences de qualité » en 2011. Auparavant, le praticien ne pouvait délivrer l'attestation de prothèse qu'ensuite de la séance de contrôle, puisque cette dernière faisait partie intégrante de la prestation. Désormais, la séance de contrôle obligatoire a été remplacée par une période de latence d'un mois au cours de laquelle le patient peut revendiquer, ou non, un contrôle. Cette évolution permet désormais de délivrer l'attestation légalement le jour du placement.

Dans tous les cas, c'est le barème en vigueur à la date de prestation terminée qui entre en ligne de compte. Autrement dit, dans le cas d'espèce présenté, pour une prothèse dont toutes les étapes ont été réalisées en décembre, sauf le placement qui intervient en janvier, c'est le barème de janvier qui s'applique.

Ceci vaut également pour les conditions d'accès, que ce soit quant à l'évolution de la nomenclature, ou pour des questions de délai ou d'anniversaire du bénéficiaire.

Ce qui précède peut se révéler favorable, ou non : en effet, si la prestation disparaît entre-temps (suite à un changement de catégorie d'âge, par exemple), le patient

Une patientèle n'appartient à personne, et ne peut donc être l'objet d'une vente.



• Vos questions & les réponses du JOD •



C'est à la date de prestation terminée que s'apprécient les dispositions légales et réglementaires relatives à cette prestation.

n'est pas (plus) remboursé. Le pire est que, dans ce cas de figure, le patient pourrait considérer que le praticien a commis une faute, à condition de pouvoir prouver que ce dernier ne pouvait qu'être au courant des modifications annoncées, et que tous les moyens n'ont pas été mis en œuvre pour que le patient bénéficie bel et bien, dans le respect à la fois de la légalité et de la Science, de l'intervention la plus favorable possible de l'Assurance-Maladie.

•• J'ai réalisé une nouvelle PAC inférieure, stabilisée sur deux implants, chez un patient de plus de 70 ans. Le droit au remboursement des implants, des ancrages et de la prothèse est-il automatique ?

L'intervention de l'Assurance-maladie n'est due, pour les implants et les ancrages, que si ceux-ci permettent de stabiliser une PAC mise en fonction depuis au moins un an.

Dans le cas de figure présenté, il est question d'une nouvelle PAC. Il n'y a donc pas de remboursement pour les ancrages, ni les implants d'ailleurs ! En somme, il faut choisir d'attester soit la PAC, soit les implants et les ancrages.

Pour rappel, la circulaire inami à ce propos :

<http://www.inami.be/care/fr/dentists/nomenclature/pdf/circular20100126.pdf>

Il faut reconnaître qu'il est assez rare de recourir, sans fraude, à la nomenclature pour les implants mandibulaires, car une nouvelle PAC est presque toujours nécessaire d'une part, et on ne peut connaître le type d'ancrage avec certitude avant que les implants ne soient placés, d'autre part.

•• Je lis souvent dans les petites annonces des journaux dentaires (pas le JOD, rassurez-vous) des références à la « remise » de patientèle. Cela me choque. Qu'en pensez-vous ?

Pour rappel, la patientèle d'un dentiste revêt le caractère de « res nullius », ce qui signifie littéralement la « chose de personne ». Difficile dans ces conditions de remettre (vendre) quelque chose de public.

Cette situation est bien logique dans un pays qui garantit à ce jour le libre choix du praticien par le patient, ainsi que la liberté d'installation pour le professionnel de Santé.

Il existe toutefois une dérogation fiscale largement acceptée, lorsqu'un praticien vend son activité à sa société nouvellement constituée. Mais ceci n'a pas de conséquence sur une vente entre deux prestataires.

Il est aussi bon de rappeler que les « cabinets dentaires » n'ont aucune réalité juridique, ce qui signifie qu'ils n'existent pas et ne sont d'ailleurs ni cadastrés ni norma- >>>

>> lisés en tant que tels. On a bien essayé de faire entrer cette notion par la fenêtre avec le registre de cabinet inclus dans l'accréditation, mais sans conséquence juridique réelle actuellement.

En conséquence, il n'est possible, en fin d'activité, que de revendre le matériel et les locaux, sans référence à un quelconque fichier de patients.

•• **En tant que spécialiste en orthodontie, je suis tenue à l'exclusivité. Ceci me pose des problèmes pratiques, car je souhaite, par exemple, réaliser des extractions lactéales séquentées séance tenante. Une solution ?**



Le Conseil d'État a annulé l'obligation d'exclusivité pour les dentistes porteurs d'un titre particulier de spécialistes.

La question de l'exclusivité était en effet centrale lors de l'avènement des spécialisations dentaires en orthodontie et parodontologie. La justification originelle invoquait l'approfondissement de l'expérience et l'actualisation de la compétence.

Toutefois, cette disposition a fait long feu suite à un Arrêt du Conseil d'État, selon lequel la simple existence de titres particuliers (dentiste spécialiste en orthodontie ou dentiste spécialiste en parodontologie) ne peut restreindre le droit des titulaires du diplôme LSD dès lors que l'AR n° 78 (exercice des professions de soins de Santé) autorise les porteurs de ce diplôme à pratiquer l'art dentaire dans son entièreté.

Il n'y a donc plus aucun fondement légal à l'exclusivité obligatoire de la spécialité.

Attention toutefois : l'intervention de l'Assurance-maladie est soumise à d'autres règles. Si un orthodontiste peut donc, par exemple, procéder à des extractions dentaires sans mettre à mal la reconnaissance de sa spécialité, le patient n'obtiendra pas pour autant le remboursement des prestations. Ce frein manifeste à l'exercice non exclusif sera-t-il un jour, lui aussi, considéré comme discriminatoire et annulé par le Conseil d'État ?

•• **Ayant reçu un questionnaire de l'INAMI quant à mon utilisation du panoramique dentaire, je suis particulièrement inquiète. Le panoramique m'est d'un grand secours pour la motivation de mes patients : c'est pour moi l'indication première de ce type d'examen. Mais on me dit par ailleurs que ce serait abusif. Qu'en pensez-vous ?**

Les panoramiques dentaires sont actuellement dans le viseur du Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI, suite à l'explosion des dépenses au cours des dernières années. On ne peut qu'insister sur la nécessité d'en poser clairement les indications avant de décider de procéder à l'acte (et de l'attester).

Mais sur quoi se fonder ?

• Il existe des recommandations belges éditées par l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire. Plutôt lacunaires, les indications du panoramique y mentionnent l'absence d'autre matériel radiographique utilisable, les évaluations de l'os de la mâchoire des patients édentés (ou dentition résiduelle

réduite), les situations où il est impossible de prendre des status, et les cas d'ouverture buccale limitée.

• Au niveau international, on peut citer les recommandations françaises de l'HAS, où les indications du panoramique dentaire sont les maladies parodontales, les diagnostics pathologique, pré-chirurgical et traumatologique, le diagnostic implantaire, les nouveaux patients, les patients édentés, l'analyse du stade de dentition, l'analyse des articulations temporo-mandibulaires et l'analyse des sinus.

En conclusion, il s'avère donc difficilement justifiable de procéder à un panoramique dentaire de routine chez un patient régulier, et pas davantage à des fins de motivation.

Voir :

<http://fanc.fgov.be/GED/00000000/1200/1272.pdf>

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_exam_rx_oct2006_2007_12_07__12_37_35_794.pdf ♦



Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl, par fax au 071 33 38 05 ou à retranscrire par mail à l'adresse info@cod.be

Nom & prénom (facultatif) :

QUESTION SUGGESTION CRITIQUE ENCOURAGEMENT

.....



CASTELLINI

Just for you!
Castelbel

PRENEZ LES COMMANDES
DU NOUVEAU SKEMA 8,
NOUS VOUS ASSISTERONS





Contrôle intuitif des différentes fonctions.

LA NOUVELLE CONSOLE FULL TOUCH BASÉE SUR UNE PLATEFORME LINUX ET UN MICROPROCESSEUR PUISSANT OFFRE DE MULTIPLES POSSIBILITÉS DE DÉVELOPPEMENT.

Touch me

FULL TOUCH DISPLAY 5.7"



Avenue Sabin, 14 - 1300 Wavre - + 32 (0)10 818 343 - + 33 (0)3 20.54.62.42 - www.castelbel.be



**L'AVENIR, C'EST MAINTENANT...
CRÉATION D'HYDROXYAPATITE**

TEETHMATE™ DESENSITIZER
La vraie solution pour les dents sensibles



Avec TEETHMATE™ DESENSITIZER est né un matériau d'une classe inégalée et révolutionnaire. TEETHMATE™ DESENSITIZER a été conçu pour créer la substance minérale la plus dure du corps humain: l'hydroxyapatite (HAp). Le matériau agit exactement là où son action est nécessaire, en scellant les tubules dentinaires et les fissures de l'émail. Et du fait que c'est un matériau naturel, il est en outre respectueux des tissus. Vous pouvez donc désormais traiter les dents sensibles en toute confiance.

Utilisez-le pour sceller les tubules de la dentine exposée ou préparée. Appliquez-le durant un traitement de blanchiment. Ou utilisez TEETHMATE™ DESENSITIZER en combinaison avec votre adhésif ou ciment favori. Grâce à la création d'Hap, votre traitement de la sensibilité est à présent intelligent, invisible et durable. Et vos patients profitent du plaisir d'une dentition protégée.

Pour plus d'information: CLEARFIL™ Expert Team 0475 81 92 58 • www.kuraray-dental.eu • info@kuraraydental.be

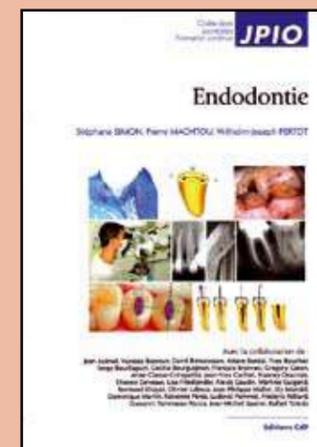
Moisson chez les bons éditeurs

Nous vivons une époque formidable et déroutante. À l'heure de l'électronique, jamais les éditeurs n'ont publié autant d'excellents livres scientifiques et cliniques en version papier. De plus en plus, ces ouvrages apparaissent comme des points de repères fiables pour les praticiens, dans un monde qui va et veut aller trop vite.

À consommer comme des acquis solides d'hier, avec une franche ouverture sur les perspectives de demain, pour fonder un exercice clinique résolument efficace et contemporain.

« Endodontie »

Stéphane Simon, Pierre Machtou, Wilhelm-Joseph Pertot
Wolters Kluwer France, 2012 • ISBN 978-2-84361-177-3
22 X 30 cm • 514 pages • 199,00 euros



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.editionsmdp.fr/>

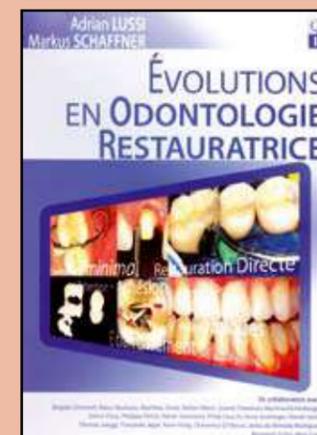
Intitulée de la manière la plus sobre, cette nouvelle bible de l'endodontie se révèle immédiatement comme un incontournable de la bibliothèque professionnelle de l'omnipraticien. Les trois auteurs français réputés se sont entourés de pas moins de 27 collaborateurs d'horizons variés pour mener à bien leur entreprise éditoriale.

De la biologie pulpaire aux atteintes pathologiques, des concepts thérapeutiques à leur traduction clinique, du retraitement orthograde à l'endodontie chirurgicale, les chapitres se succèdent de manière complète et passionnante. En bonus : les thèmes difficiles de la résorption radiculaire, des lésions endo-parodontales, des complications sinusiennes, et enfin de l'ère plus biologique qui s'ouvre à la discipline.

Un indispensable depuis le Laurichesse de 1993.

« Évolutions en dentisterie restauratrice »

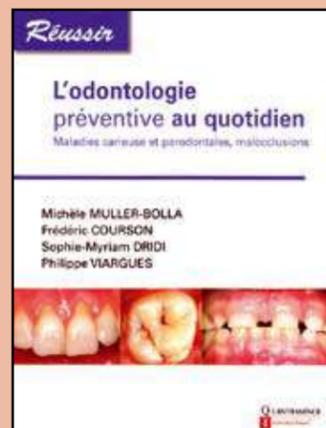
Adrian Lussi, Markus Schaffner
Éditions Quintessence International, 2013 • ISBN 978-2-36615-011-7
21 X 28 cm • 272 pages • 310 illustrations • 142,00 euros



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.quintessence-international.fr/>

Les transformations majeures et récentes de la restauratrice sont abordées sans concession dans cet ouvrage traduit de l'anglais, qui, de l'avis du JOD, fait partie de l'indispensable duo actuel dans le domaine, au même titre que le « Odontologie conservatrice et restauratrice » (Colon/Lasfargues).

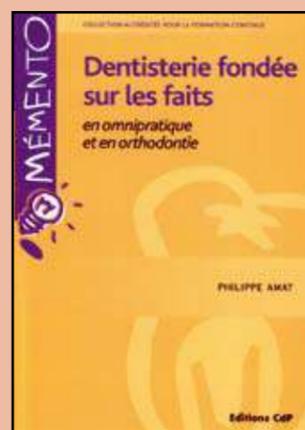
Adhésion, éclaircissement, halitose, nouvelles approches thérapeutiques et prophylactiques en cariologie, tenons fibrés, fêlures, érosions... autant de chapitres rythmés qui rivalisent d'illustrations cliniques et de protocoles opératoires soutenus par la preuve scientifique. De quoi optimiser l'exercice quotidien.



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.quintessence-international.fr/>



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.quintessence-international.fr/>



Commandez cet ouvrage à l'adresse :
<http://www.editionsmdp.fr/>

« L'odontologie préventive au quotidien »

Michèle Muller-Bolla, Frédéric Courson,
 Sophie-Myriam Dridi, Philippe Viargues

Éditions Quintessence International, 2013 • ISBN 978-2-36615-010-0
 21 X 28 cm • 120 pages • 350 illustrations • 115,00 euros

Véritable guide de l'omnipraticien, cet exemplaire de la collection « Réussir » aborde la prévention dentaire d'une manière totalement transversale, au moyen d'incursions dans des disciplines aussi diverses que la cariology, la parodontologie et l'occlusion. En effet, la prévention peut être primaire, mais aussi secondaire dans la mesure où chaque intervention thérapeutique comporte une démarche préservatrice.

Point fort : la mise en valeur du contexte individuel, et donc de la nécessité d'une approche diagnostique personnalisée pour chaque patient, et d'un programme préventif sur mesure.

« Votre nouveau sourire »

Ronald E. Goldstein

Éditions Quintessence International, 2012 • ISBN 978-2-912550-95-8
 21,5 X 21,5 cm • 234 pages • 484 illustrations • 44,00 euros

Vous cherchez un livre de motivation pour vos patients ? Celui-ci est conçu pour vous. Édité dans un format improbable qui en fait davantage un magazine de salon qu'un ouvrage scientifique, ce guide a la bonne idée d'aller droit au but en touchant dans le mille ce qui intéresse les patients, en s'appuyant sur l'image omniprésente et des tableaux comparatifs, et en laissant volontairement de côté les aspects de « cuisine odontologique » auxquels les praticiens s'attachent souvent trop dans leur communication.

Un ouvrage à laisser en prêt aux patients, dans le cadre du consentement éclairé, qui a aussi pour mérite de ne pas occulter les montants d'honoraires en citant des fourchettes... nord-américaines.

« Dentisterie fondée sur les faits »

Philippe Amat

Éditions Cdp, 2012 • ISBN 978-2-84361-200-8
 21 X 15 cm • 184 pages • 50,00 euros

Evidence based dentistry : on en parle partout, mais qui peut expliquer ce dont il s'agit au juste ? Certainement Philippe Amat, qui a commis cet opuscule dans la démocratique collection Memento, avec l'objectif avoué de combler le fossé qui persiste entre la recherche clinique et les soins dispensés aux patients.

Extraire rapidement la bonne information des sources contemporaines (Cochrane, MedLine...), apprendre à les évaluer sur une échelle de preuve objective, et les transposer cliniquement en gardant la maîtrise de ses propres décisions : voilà le bénéfice que le lecteur tirera de cette nouvelle manière d'être un excellent praticien. ♦

Medicotronix

S.a.
2009

Portes ouvertes les 18, 19 et 20 octobre 2013

Finndent 8000

L'ergonomie scandinave



Vitali T5 Evo

La beauté latine



Programme complet, nouveautés, démonstrations par nos spécialistes et conditions exceptionnelles



Intercontinental



Dürr Dental



W&H



Owandy

Convivialité, dégustations de produits typiques

Horaire : le vendredi 18 octobre de 9h à 20h, le samedi 19 et le dimanche 20 octobre de 10h à 18h

Medicotronix, Zoning de Fleurus, Av. de l'Espérance, 44, 6220 Fleurus
 Tel: 071/87.78.73, Fax: 071/81.98.75 email: medicotronix@skynet.be - www.medicotronix.be

Travailler dans le confort, ça détend

JOURNÉES PORTES
OUVERTES

Samedi 23 nov. 10h à 18h
Dimanche 24 nov. 10h à 18h



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 OS 3D

Green Revolution
Cone Beam CT

vatech

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

Dental
Quality