

# A JOD

Périodique destiné aux dentistes généralistes et spécialistes, aux étudiants en science dentaire et à l'industrie dentaire  
© Collège d'Omnipratique Dentaire asbl, éd. • Tirage : 3500 ex.

Charleroi,

1 octobre 2016

**À vous de jouer!**



Charleroi,

10 septembre 2016



## Le système d'attachement Locator R-Tx™

### Communiqué de presse

Nobel Biocare complète sa gamme de solutions pour le traitement des patients édentés avec le système d'attachement pour prothèse amovible Locator R-Tx™, compatible avec les implants Nobel Biocare à connexion conique, connexion tri-rainure et hexagonale.

Le Locator R-Tx™ est une évolution du remarquable système d'attachement Locator®. Cette nouvelle génération d'attachement offre un certain nombre d'avantages aux cliniciens par rapport à son prédécesseur, notamment le nouveau revêtement Duratec™ composé de nitrure de titane et de carbone. Duratec™ présente une dureté et une résistance à l'usure plus élevées que le revêtement de nitrure de titane traditionnel et sa conception permet de réduire la rugosité de la surface.

La conception repensée de l'attachement autorise un pivotement de 30° des gaines de rétention en nylon à l'intérieur du Locator R-Tx et permet ainsi une convergence ou une divergence entre implants allant jusqu'à 60°. Le boîtier de l'attachement comporte également des plats et des rainures afin de prévenir un délogement de celui-ci dans la prothèse. Son anodisation en rose contribue en outre à une amélioration de l'esthétique.



L'insertion est facilitée par la géométrie coronaire étroite de l'attachement et la double surface de rétention assure un emboîtement très résistant. Par souci de commodité, tous les composants nécessaires sont fournis dans un même conditionnement, le pilier et les composants prothétiques étant présentés séparément dans un tube pourvu d'une ouverture à chaque extrémité. Le mécanisme de vissage se fait au moyen d'un tournevis hexagonal standard 0,050 "/>1,25 mm.

Selon l'avis d'Hans Geiselhöringer, président de Nobel Biocare et Dental Imaging : "En offrant au clinicien et au patient un gain simultané en performance, en esthétique et en facilité d'emploi, le système d'attachement Locator R-Tx™ est un nouveau venu idéal dans la gamme de produits de Nobel Biocare".

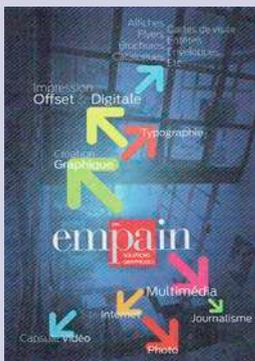
"En tant que leaders dans la prise en charge des patients édentés, travaillant au sein d'une société créatrice du concept de traitement All-on-4® et des implants zygomatiques, nous connaissons l'incidence considérable des développements dans ce domaine sur la qualité de vie des patients. Nous sommes heureux d'offrir à nos clients un produit conçu pour améliorer davantage la qualité des traitements".

Le Locator R-Tx™ est disponible en ligne sur [store.nobelbiocare.com](https://store.nobelbiocare.com) ou via notre service client au 02/467 41 70.

- 3 • Editorial
- 4 • FC2 Traumatologie dentaire
- 6 • FC3 Imagerie diagnostique
- 8 • La peur des procès
- 13 • Radioprotection & radiophysique
- 14 • Les peer-review du COD
- 16 • FC4 Toute l'implantologie
- 18 • FC5 Parodontologie pour tous
- 21 • Le trajet de soins buccaux
- 22 • Petites annonces
- 23 • Formulaire d'inscription

#### impression:

**Empain solutions graphiques sprl**  
empain@skynet.be



Pour nous contacter  
et pour recevoir gratuitement le JOD :  
Rue de l'Etang, 151 - B 6042 LODELINSART  
Fax 071/33.38.05  
info@cod.eu.com

Abonnement pour l'étranger :  
EU : 39 EUR/an  
Monde : 75 EUR/an

Website : [www.cod.eu.com](http://www.cod.eu.com)

Infos publicité : [info@cod.eu.com](mailto:info@cod.eu.com)

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 :  
Pierre Gobbe-Maudoux  
Rue de l'Etang, 151 - B 6042 Lodelinsart

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs

© Copyright : COD asbl, 2016  
Reproduction interdite sauf accord  
Infographie : Pierre GOBBE-MAUDOUX

Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP



Pierre GOBBE-MAUDOUX  
Rédacteur en chef



## Le Collège d'Omnipratique Dentaire fête ses 15 ans !

15 ans que le COD vous propose des programmes complets de formation continue pour être en règle avec l'accréditation et/ou l'agrément de votre titre professionnel particulier.

15 ans de bonheur partagé avec des centaines de dentistes rencontrés au cours de ces journées exceptionnelles.

15 ans de partage de connaissances avec des dizaines d'orateurs de renom.

En ce second semestre de l'année, vous avez toutes les cartes en main pour enrichir votre pratique quotidienne en venant confronter votre expérience avec celle d'orateurs internationaux.

Profitez-en ! On vous attend.

Nous mettons tout en oeuvre pour que ces journées soient un réel plaisir pour toutes et tous !

à très bientôt au C.O.D.



**PROGRAMME 2016**

**nous faisons face aux défis quotidiens !**



Traumatologie  
dentaire:

Charleroi

samedi

10 septembre 2016

**Chantal NAULIN-IFI**

**Docteur en Chirurgie Dentaire**

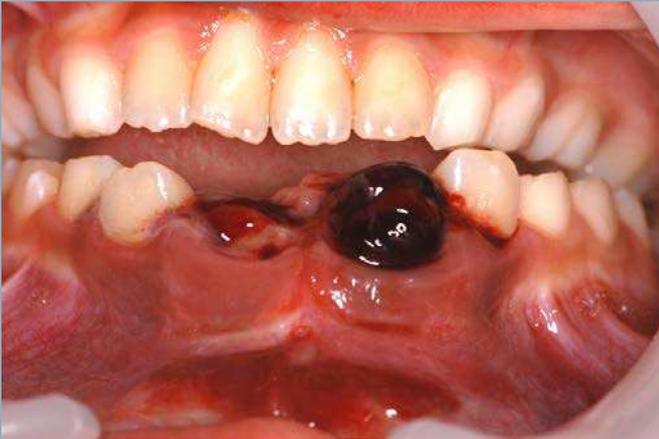
**DSO**

**Docteur d'État en Odontologie MCU - PH**

**Responsable du département d'odontologie pédiatrique  
(Paris 7)**

**Auteur de « Traumatologie dentaire du diagnostic au  
traitement », éd. CDP**

**Auteur de nombreuses publications et communications  
nationales et internationales**



Les traumatismes dentaires constituent l'urgence la plus fréquente de notre pratique quotidienne. Les études épidémiologiques montrent que près de 30% des enfants reçoivent un choc sur les dents temporaires avant l'âge de 5 ans. Un sur deux subit un traumatisme dentaire entre 8 et 12 ans, les dents les plus touchées sont les incisives qui sont le plus souvent immatures.

## savoir gérer et mieux anticiper.



*Cette conférence vous permettra de mieux appréhender les situations de traumatologie dentaire, d'envisager et de traiter les conséquences et les complications auxquelles vous pourrez avoir à faire face.*

**Charleroi le samedi 10 septembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)**

**CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)**

**320 places - **Accréditation accordée 40 UA Domaine 5 N°31820** - Agrément 6 heures**

**montant de base: 200,-€ - Réductions possibles**

**PROGRAMME 2016**

**nous faisons face aux défis quotidiens !**

# L'imagerie diagnostique pour l'omnipraticien.



Charleroi, le samedi 1er octobre 2016



**Robert CAVEZIAN**

Docteur en Médecine,  
Radiologue diplômé option radio-diagnostic  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de  
Paris

**Julien BATARD**

Technicien diplômé d'état en imagerie  
diagnostique  
Responsable du pôle diagnostique en  
pathologie dentaire et maxillo-faciale (Paris)  
Formateur Cone-Beam Forcomed (France)



**1. Imagerie 2D: de la rétro-alvéolaire à l'extra-buccale, de l'analogique au numérique**

Le 8 novembre 1895, le physicien allemand Wilhelm Conrad Roentgen découvre une « nouvelle sorte de rayonnement », mystérieux, qu'il appellera X. Le 22 novembre, il réalise la première image radiographique : la main de son épouse Bertha. Il obtiendra pour cela le premier Prix Nobel de physique, en 1901. Ce rayonnement mystérieux qui traverse la matière ouvre les perspectives d'une évaluation anatomique in vivo atraumatique. Quelques semaines plus tard, son compatriote Otto Walkhoff réalise, sur lui-même, la première image dentaire au prix d'une pose de 25 minutes. Dans les années 1930, Bocage et Vallebona, inventent la tomographie, première imagerie sectionnelle, permettant de discriminer coupe par coupe les structures constitutives d'un volume anatomique complexe. Dans les années 1950, Paatero propose, avec le succès que l'on connaît, la pantomographie courbe ou panoramique dentaire, qui intègre les arcades dentaires d'une articulation temporo-mandibulaire à l'autre. L'avènement du Scanner Rx imaginé et réalisé par Geoffrey Newbold Hounsfield marque, dans les années 70, le mariage indissoluble de l'imagerie médicale et de l'ordinateur en particulier pour le domaine dentaire et maxillo-facial. Il recevra avec Allan McLeod Cormack, le Prix Nobel de Médecine en 1979. Le scanner émerge en même temps que la technique implantaire de Branemark et séduit très vite le monde médical en général et dentaire en particulier.

**2. L'imagerie de la 2D à la 3D, du Scanner RX au Cone-Beam et à l'IRM**

Quelle que soit la méthode, l'usage des rayons X est soumise à une législation contraignante qui s'applique indifféremment, avec la même rigueur, aux radiologues et aux dentistes. Le souci de radioprotection conforte la position des « pessimistes » et les lois nationales intègrent les directives Euratom 96/29 et 97/43 : le bénéfice escompté de l'examen d'imagerie doit être supérieur au risque dommage supposé (principe de justification) ; pour un même résultat il faut choisir la technique la moins irradiante disponible (principe d'optimisation). Les Directives européennes de radioprotection, ont induit le développement de techniques performantes et peu irradiantes, comme le cone beam en imagerie dento-maxillofaciale. Cette méthode reconnue succède au scanner dento-maxillaire et trouve sa place au cabinet dentaire. Elle n'est pourtant pas univoque (il n'y a pas «un» cone beam mais «des» cone beam avec leurs qualités propres et leurs limites qui seront décrites et discutées. En même temps, Raymond Damadian invente l'Imagerie par Résonance Magnétique, qui trouvera son application dans l'étude statique et dynamique, atraumatique, des articulations temporo-mandibulaires au détriment de l'arthrographie ainsi que des tumeurs étendues aux parties molles.

**nous faisons face aux défis quotidiens !****3. L'imagerie de la douleur: mythe ou réalité ? L'apport du Cone-Beam UHR**

L'examen clinique est le temps fondamental de la reconnaissance dentaire ou parodontale de la douleur. Le cone beam haute résolution (UHR), trouve une application spécifique en endodontie en montrant ce qu'on ne voyait pas jusqu'à présent par l'imagerie (fissures fines, particularités radiculaires et canaux...). A contrario, cette technique peut apporter des arguments solides en faveur de douleurs anorganiques évoquées. L'imagerie cone beam en ultra-haute résolution (UHR) a considérablement accru le pourcentage des explorations positives et convaincu nombre d'endodontistes et parodontologues de l'intérêt de la méthode avec des appareils répondant aux critères requis pour une définition ultra-performante de l'image. Ainsi peut-on introduire un nouveau concept : celui d'une « imagerie de la douleur ». Le cone beam en parodontologie est plus que prometteur par sa résolution d'image et son analyse tridimensionnelle. En première approche, selon le groupe de travail des experts près l'HAS sur le cone beam (rapport publié en décembre 2009), il « pourrait se substituer à l'avenir à l'examen long cône pour le bilan parodontal. A contrario, cette technique peut apporter des arguments solides en faveur de douleurs anorganiques évoquées. Pour les lésions endo-parodontales, le Cone beam haute résolution, voire ultra-haute résolution, permet aujourd'hui d'isoler une entité bien particulière, celle de la fêlure radiculaire qui jusqu'à une date récente, malgré de fortes suspicions diagnostiques, défiait praticien et radiologue et menait à l'exploration chirurgicale.

**4. Interprétation collégiale de cas radio-cliniques vécus**

Fruit d'un travail quotidien, privé et hospitalier, en imagerie dentaire et neuroradiologie, nous puisons dans notre collection personnelle des cas radio-cliniques que nous soumettons à la discussion. L'image en elle-même n'est qu'un outil, le deuxième temps de la démarche diagnostique. Le premier temps est la connaissance du dossier clinique, trop souvent négligée. Cette étape est indispensable car : « on ne trouve que ce qu'on cherche et on ne reconnaît que ce qu'on connaît » (Albert Djian). Le troisième temps est celui de la synthèse et de la discussion menant au diagnostic. Nous nous inscrivons dans cette démarche de bon sens et présentons des dossiers personnels de différentes difficultés pour un dialogue ouvert et fructueux avec les participants.

**Charleroi le samedi 1er octobre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)****CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)****320 places - Accréditation accordée 40 UA Domaine 3 N°31819 - Agrément 6 heures****montant de base: 200,-€ - Réductions possibles**



# La peur des procès

au sein du monde médical:

pistes et solutions via les outils de la médiation.

**Par Valérie Teitelbaum,  
Orthodontiste,  
Médiatrice Civile, Commerciale et Sociale,  
Maître praticienne en programmation neuro-linguistique.**

*Remerciements aux Professeurs Martine Becker et  
Michel Vlies, pour leurs conseils avisés.*

## 1. Introduction.

La peur des procès au sein du monde médical constitue un problème complexe, aux multiples facettes, souvent tabou car générateur de non-dits, voire de honte. A ce titre, un cadrage s'impose d'emblée. Cette étude sera consacrée au médecin pratiquant en bon père de famille, animé d'intentions bienveillantes mais susceptible, comme tout un chacun, d'entrer en conflit avec ses patients. Ces conflits pourront concerner un problème de communication ou une véritable erreur médicale. Cette dernière, toutefois, sera supposée avoir été commise de bonne foi, sans qu'un élément moral justifiant l'opprobre n'en soit à l'origine. La peur qu'éprouve un médecin réellement fautif, au sens moral du terme, étant justifiée, la prendre en compte n'aurait que peu de sens.

Par ailleurs, mes recherches ayant porté sur tous les pays francophones, les références citées seront issues de sources belges et françaises. Je n'ai toutefois pas constaté de différence de ressenti chez les médecins, en fonction des pays.

Selon Eric Galam (9), 75% des médecins français croient à une judiciarisation croissante des conflits patient-praticien et 65% d'entre eux ont peur des juges. 40% redoutent la sanction pénale, 39% la plainte quelle qu'elle soit, et 34% la simple tenue d'un procès. Par ailleurs, chiffre témoignant de leur manque de connaissances juridiques, 43% des médecins accordent la même signification à chacune des étapes des poursuites reprises ci-dessus. La peur des

procès au sein du corps médical constitue donc une réalité. Mais l'idée d'une judiciarisation croissante des conflits est-elle, quant à elle, réelle ou fantasmée?

A ce sujet, J. Barbot et E. Fillion (2) parlent de «risque réel», face au «risque perçu» par les médecins. Aux USA, les deux notions semblent correspondre, légitimant ainsi la «litigaphobia», selon le terme utilisé par les auteurs, bien présente au sein du corps médical américain. J. du Jardin, Procureur général près la Cour de Cassation, dénonce, quant à lui, «la judiciarisation [...]», ainsi que «la pénalisation croissante des comportements [...]» en Belgique (6). C. Leborgne (12), en revanche, décrit, pour la France, une certaine stabilité de la judiciarisation des conflits médecins-patients entre 1999 et 2009, distinguant très nettement l'Europe de la tendance américaine, la profession la plus poursuivie dans nos régions étant... l'avocat. Enfin, I. Ferrari, Conseillère référendaire à la Cour de Cassation, estime qu'en France, le nombre de poursuites concernant les médecins «[...] est finalement significatif de leur rareté par rapport aux millions d'actes médicaux pratiqués.»(8)

## 2. Origines de la «litigaphobia» des médecins.

E. Galam chiffre les sources d'information des médecins sur le sujet comme suit: pour 73%, ce sont les assurances, pour 52% la littérature médicale, pour 45% le Conseil de l'Ordre, pour 40% les médias, pour 9% les syndicats et pour 8% les formations post-universitaires (9).

Les médias semblent donc jouer un rôle important dans la «litigaphobia» ambiante, dont internet, comme l'attestent ce site, conseillant aux victimes d'erreurs médicales d'utiliser les médias à l'encontre du médecin fautif et discréditant la médiation hospitalière (1), cet avocat affichant au centre d'un label doré sa dernière «Indemnisation record de 10 millions d'euros» pour erreur médicale (3), ou encore certains répertoires téléphoniques, comportant, pour l'utilisateur, la possibilité d'évaluer la «qualité» du médecin mentionné à l'aide d'étoiles, à la manière des villages de vacance (16).

Il ressort de ce qui précède que ce sont davantage les compétences professionnelles des médecins, dans le cadre d'erreurs médicales, que visent les critiques les plus agressives à leur égard. Les situations concernées impliquent, par ailleurs, pour le patient, un préjudice physique ou moral plus important qu'un simple litige administratif. En miroir, c'est également la personne du médecin qui se voit touchée, à travers l'enjeu narcissique et les conséquences personnelles et professionnelles d'une éventuelle condamnation.

A ce titre, la symbolique du juge, différente chez chacun, influencera très certainement la perspective des procès dans le chef des médecins. La figure du juge, représentation freudienne du «père» fixant l'interdit (15), pourrait leur évoquer tantôt le glaive, tantôt la balance, selon leur passé familial. A. Lucien, nous rappelle que du point de vue anthropologique, «La sentence porte la signification de la vengeance collective» (14). Concernant la pénalisation croissante au sein de la société, telle qu'évoquée plus haut, J. du Jardin constate, de son côté, la montée d'une «[...] volonté de mise au pilori du mauvais sujet [...]»(6).

Pourtant, résumer la tenue d'un procès à cette seule volonté d'infliger à l'accusé honte et opprobre s'avère par trop réducteur. Ce vécu devrait, pour bien faire, se cantonner à la justice pénale. Cette dernière, selon E. Galam, semble d'ailleurs plus redoutée par les médecins que les simples griefs émis par les patients (9).

Mais c'est ne pas tenir compte des besoins légitimes de dédommagement et de reconnaissance de ces derniers en cas d'erreur médicale, accessibles, quant à eux, via une procédure civile. Il semble donc que l'ignorance des soignants concernant les rouages de l'appareil judiciaire encourage leur confusion dans ce domaine, et par là-même, leur peur des litiges.

Il n'en reste pas moins que cette volonté de mise au pilori du médecin fautif, encouragée par les médias, traduit l'idée que la confusion en question s'étend à une partie plus large de la population, faisant planer sur le monde médical une certaine forme de «pédagogie noire». K. Rutschky et A. Miller (17) définissent celle-ci comme l'usage de la violence, de la culpabilisation et de l'humiliation, à des fins d'éducation et de performance chez l'enfant.



La forme que pourrait revêtir ce type de pratique, pour les médecins, relèverait plus de la violence psychologique, consistant, via une procédure pénale, à teinter de honte et d'opprobre publique une erreur involontaire, commise de bonne foi. Si, en cas d'erreur, vouloir soulager les patients de leur douleur et leur apporter la reconnaissance qu'ils méritent est indiscutablement légitime, il n'en reste pas moins que s'abstenir de distinguer, dans le chef de l'auteur, ce que la psychologie pourrait définir comme l'erreur de la faute(4), cette dernière relevant d'une intention immorale, à la différence de l'autre, constitue une injustice. Des principes éducatifs qui nous ont été inculqués, nous nous sommes certainement tous vu transmettre le suivant: «Si tu le fais exprès, tu seras puni; si tu ne le fais pas exprès, tu devras réparer». Lorsque la faute s'avère intentionnelle, P. Traube (18) énumère, pour l'enfant, les caractéristiques qu'est sensée revêtir une punition juste, et comprenant, entre autre, la conscience d'enfreindre une règle au moment de l'acte commis.

Il ressort donc de ce qui précède que la confusion, consistant à ne pas différencier les conséquences d'une faute des intentions de son auteur, impliquant honte et opprobre publique face à une potentielle erreur involontaire, constituer un noyau dur dans la peur du procès chez les soignants.

### 3. Conséquences:

Le phénomène se trouve à l'origine de la médecine dite «défensive», décrite par bon nombre d'auteurs et susceptible de prendre diverses formes, telles que la prolifération de protocoles de soins rigidifiant les pratiques, l'augmentation d'actes inutiles à des fins diagnostiques,

de protocoles de soins rigidifiant les pratiques, l'augmentation d'actes inutiles à des fins diagnostiques, l'évitement par certains praticiens d'actes médicaux dangereux, voire de patients perçus comme potentiellement querulents, le repli sur soi du médecin en termes d'empathie, une démotivation des praticiens quant aux spécialités les plus à risque, une perte de confiance médecin-patient, etc... (10), (7).

Analysons, à ce titre, quels comportements sont susceptibles de renforcer négativement ce qui semble avoir fini par ressembler à un véritable «Triangle dramatique» médico-légal (5).

S. Karpman envisage, en effet, trois protagonistes au sein d'une relation conflictuelle: le «Persécuteur» (équivalent ici au médecin fautif), la «Victime» qu'est son patient, et le «Sauveteur» venant au secours de ce dernier, comme pourrait l'être un médiateur, un avocat, un juge, ou même un journaliste, à supposer que ce dernier soit objectif et dénonce une situation méritant réellement l'opprobre publique.

Le propre du triangle étant le caractère rotatif et interchangeable des rôles, la situation devient pathologique lorsqu'une victime devient persécutrice, comme ce pourrait être le cas, par exemple, d'un patient victime d'aléa, qui déciderait de poursuivre un médecin non-fautif. Dans le même ordre d'idées, un praticien réellement coupable ou «Persécuteur» pourrait se poser à tort en «Victime», en reportant, par exemple, la faute sur une tierce personne ou en mentant à ses patients.

Enfin, un «Sauveteur» pourrait l'être de manière pathologique, en encourageant la perversion du système plutôt qu'en apportant une réelle solution au problème. Ce pourrait être le cas, par exemple, d'un journaliste incitant à l'animosité envers le corps médical, ou à l'inverse, d'un médecin «Sauveteur» d'un collègue fautif et taisant la faute auprès du patient, créant ainsi l'omerta souvent reprochée aux soignants. Il en serait également ainsi d'un praticien peu scrupuleux au sens pleinement pénal du terme et salissant la profession, ou au contraire, d'une association de défense de victimes, adoptant face aux médecins un comportement querulent processif.

Comme nous le constatons, ce versant pathologique des différents comportements envisagés aura de fortes chances d'attiser la perversion du système, s'érigant ainsi en un vaste panel de prédictions auto-réalisatrices, à l'échelle sociétale.

#### 4. Les besoins des protagonistes: un incontournable de la médiation.

Les patients: selon R. Hammer, S. Cavalli et C. Burton-Jeangros (10), la caricature du patient consommateur et procédurier ne se justifie pas. Celui-ci, derrière une attitude parfois agressive de prime abord, est avant tout en quête d'écoute, de reconnaissance d'un éventuel préjudice et du besoin de s'assurer que l'incident ne se reproduira plus. Bon nombre de patients, d'après eux, ont également conscience du mauvais climat relationnel médecin-patient et semblent s'en plaindre tout autant que leurs interlocuteurs. L'important, pour eux, est de percevoir, chez le praticien, compétence et éthique. E. Galam (9) ajoute à cette liste de besoins l'empathie, les excuses si celles-ci s'imposent, la transparence et le besoin de se déculpabiliser eux-mêmes par rapport à la mauvaise issue du traitement. Véritables victimes aux aspirations légitimes, seule une minorité d'entre eux semblent donc concernés par la version pathologique du triangle de Karpman.

Les médecins: ceux-ci éprouvent un besoin de sécurité relationnelle et de distinction entre responsabilité et culpabilité en cas d'erreur. Ils se préoccupent également de leur réputation professionnelle, ainsi que de leur liberté d'action, par opposition à la rigidité des protocoles imposés pour raisons de sécurité (qui réduisent leur marge d'intuition, pourtant indispensable à la prise en compte du caractère unique de chaque patient). Ils ressentent, en outre, un besoin de confiance mutuelle avec leurs patients, de paix relationnelle où peut se manifester l'empathie et enfin de maîtrise des événements, dans le cadre d'une profession où l'incertitude et la possibilité d'aléas règnent en maître.

La notion de biais de rétrospection: parmi les préoccupations des médecins, le «biais de rétrospection», en cas d'expertise médicale, apparaît, par ailleurs, comme un élément phare, redouté par les praticiens incriminés. Celui-ci consiste à surestimer rétrospectivement la prévisibilité d'un événement, et ce faisant, à tomber dans le piège d'intention envers l'auteur des actes posés, lui imputant une négligence qui n'a pas eu lieu.

La cause du phénomène réside dans la connaissance, à posteriori, de l'issue de la situation, ainsi que dans le fait qu'à froid, le décorticage minutieux des événements ne correspond pas aux possibilités d'analyse, de concentration et de temps de décision, dont disposait l'auteur au moment des faits. T. B. Hugh et G. D. Tracy (11) estiment ce biais quasi systématique, lors d'un événement douloureux. Nous verrons, au paragraphe suivant, comment le médecin pourrait, via les outils de la médiation, apprendre à se poser aux yeux d'autrui face à cet écueil.





## 5. La médiation et ses outils.

En tant que telle:

La médiation est un mode pacifique de résolution des conflits, via l'intervention d'un tiers neutre et impartial: le médiateur. Au cours du processus, les parties en désaccord ont la possibilité d'exposer, au finish de ce qu'elles souhaitent partager, leurs besoins et leurs objectifs quant au différend qui les oppose. Le cadre créé par le médiateur a cela de sécurisant qu'il est confidentiel et permet un échange sincère, complet et respectueux entre les protagonistes. En cas de conflit judiciairisé, se déroulant davantage sur un mode «gagnant-perdant», cette sincérité se verra au contraire obscurcie par un enchaînement défensif, susceptible d'enfermer les parties dans un cercle vicieux quérulent et égocentré. Ainsi, un patient en quête de reconnaissance et d'excuses de la part du soignant incriminé courra-t-il le risque de se heurter au silence de ce dernier. De même, un soignant aura-t-il plus difficile à assumer son erreur s'il sent planer sur lui l'ombre de la pédagogie noire, associant honte et opprobre publique à une éventuelle erreur involontaire.

Il paraît donc évident que la médiation constitue le meilleur moyen, pour chacune des parties, de se voir entendue et reconnue, tout en réduisant au minimum les distorsions communicationnelles, génératrices d'agressivité, lors de situations douloureuses.

Trois facteurs, cependant, seront à gérer dans le cadre du processus: la confidentialité du contenu des échanges, garantie par l'agrément du médiateur en matières civile, commerciale et sociale (susceptible d'inclure les litiges médicaux), mais ne concernant malheureusement que dans une moindre mesure la médiation aux droits du patient,

consacrée en Belgique par la loi 2002 (19) et n'offrant pas au médecin la sécurité nécessaire à une parfaite franchise; les contraintes des assurances, qui, dans le même esprit, n'encouragent pas les médecins à reconnaître leurs erreurs et enfin, les situations impliquant une absence de moralité flagrante de la part d'un des deux protagonistes, contre-indiquant la médiation dans ses principes fondamentaux.

*Du point de vue des médecins, paradigme choisi dans le cadre de cette analyse:*

La médiation, dans sa définition la plus large, pourrait être envisagée en tant que moyen de prévention, sous la forme, par exemple, d'ateliers en gestion des conflits.

Ces séances pourraient comporter trois axes:

- Un axe informatif, destiné à pallier le manque de connaissances juridiques des soignants.
- Un axe préventif durant les soins, sous la forme de ce qu'E. Galam nomme la «Pratique réflexive» ou encore la «Métacognition»(9), consistant à jouer soi-même le rôle du tiers arbitre, au moment des prises de décision. Cette pratique permet, le cas échéant, de se justifier en conscience de chacun de ses actes. Intérieurement, elle correspond à la posture du sujet responsable et réflexif, capable d'assumer ses choix et, si nécessaire, de reconnaître ses erreurs. Cette posture intérieure ne pourra toutefois se déployer que si les conditions extérieures à une parfaite franchise se trouvent remplies. Dans le cas contraire, l'absence de reconnaissance des intentions du praticien ou la confusion entre erreur et faute, par exemple, inciteront ce dernier au repli défensif, décrit précédemment. Dans le même esprit, E. Galam (9) encourage également les pratiques collégiales au sein des établissements de santé, propices à la métaréflexion.
- Enfin, pourrait être envisagé un axe introspectif et communicationnel, consistant à apprendre au praticien à se poser avec franchise et humilité face à ses patients. Cette dernière posture est décrite par J.M. Longneaux (13) comme le deuil accompli de notre solitude, de notre finitude, ainsi que de l'incertitude de la vie, deuil qui nous permet de rester juste face à nous-même et aux autres. Seuls, en effet, nous le sommes de par cette altérité qui, inévitablement, nous éloigne d'autrui, provoquant distorsions et mécompréhensions en tous genres. Pour l'auteur, la posture consistant à rester vrai nous permet, en revanche, de nous respecter au mieux. Pouvoir se faire entendre au finish de ce que nous souhaitons dire de nous-même ne dépend, en effet, pas uniquement des autres. Parvenir à se verbaliser dans sa réalité propre constitue le privilège, mais également l'indispensable compétence communicationnelle de tout sujet de droit.

Accepter sa finitude consistera, pour le soignant, à partager avec son patient ses propres doutes et questionnements quant au traitement. Se faire aider et, le cas échéant, pouvoir s'excuser en cas d'erreur lui évitera l'écueil du déni et de la malhonnêteté intellectuelle, induits par ce besoin de toute-puissance, qui nous empêche de nous respecter tels que nous sommes.

Enfin, faire son deuil de l'incertitude de la vie consistera, pour chacun des protagonistes, à en accepter les aléas, sans tenter d'en rejeter la responsabilité sur qui que ce soit.

Une telle métaréflexion devrait, via les outils de la communication, faire l'objet d'un échange entre soignant et patient, et ce le plus préventivement possible. Le consentement éclairé, préalable à tout traitement, gagnera à intégrer un contenu de ce genre, de façon à permettre, tout au long du traitement, franchise et tolérance réciproque. Ce triple deuil accompli coulera, de part et d'autre, le socle d'une relation vraie et évitera aux protagonistes l'écueil des attentes illégitimes et des projections irréalistes.

### ***La médiation en tant que moyen de prévention à l'échelle sociétale:***

Dans le même esprit, ces notions pourraient être promues plus largement auprès des citoyens, en une réorientation constructive de l'intervention des médias, qui contribueraient ainsi à transformer le triangle dramatique décrit plus haut en un cercle vertueux, où seraient pris en compte les besoins légitimes de chacun. Nommer la «litigaphobia» pour ce qu'elle est, par exemple, permettrait déjà au médecin d'en poser l'existence aux yeux de tous et activerait la pragmatique linguistique, en tant que moyen imparable de prévention des conflits.

## **6. Conclusion**

La peur nous éloigne de ceux que nous craignons, donnant ainsi corps aux prophéties auto-réalisatrices que nous nourrissons à leur égard. Briser le cercle vicieux de la méfiance et du rejet nécessite le courage de se réconcilier avec soi-même, pour mieux se rapprocher d'autrui. Cette acceptation de soi, le médecin en a eu besoin, au moment où, jadis, la figure totalitaire du «pater familias», qu'il incarnait aux yeux de tous, est tombée de son piedestal, pour plus de justice et d'égalité entre individus. Pourtant, ce fut pour lui une chance, qui lui permit, en retour, d'exiger des autres qu'ils l'acceptent pour ce qu'il n'avait jamais cessé d'être: leur égal en matière de finitude, capable d'éprouver honte, peur et chagrin. Mais ne nous leurrions pas: au sein d'un triangle dramatique, chaque acteur a son rôle à jouer, et tant que tout un chacun ne se sera pas remis en question, la roue ne cessera pas de tourner.

Revient, dès lors, au médiateur à intégrer celle-ci de la manière stratégique qui convient à sa fonction, et de permettre à l'empathie de réémerger entre les protagonistes du système. Car à défaut de guérir les corps, cette indispensable qualité intérieure, en tant qu'aptitude à percevoir l'autre au plus près de sa réalité psychique, ne cessera jamais d'être le remède universel à celles et ceux qui ne parviennent plus à s'entendre.



### **Bibliographie**

- (1) «AIDE», 2016, Action erreurs médicales, [www.action-erreurs-medicales.be](http://www.action-erreurs-medicales.be).
- (2) BARBOT, J. et FILLION, E. » La «médecine défensive»: critique d'un concept à succès», *Sc. Soc et Santé*, 2006/2 (Vol. 24).
- (3) «BIENVENUE», 2016, Cabinet Philopoulos, [www.dimitriphilopoulos.fr](http://www.dimitriphilopoulos.fr)
- (4) BOURDIEZ-SAVIOZ, F. , L'erreur n'est pas une faute. Pour une nouvelle approche des devoirs d'élèves. Paris, L'Harmattan, 2008.
- (5) BRECARD, F. et HAWKES, L. , Le grand livre de l'analyse transactionnelle, Paris, Eyrolles ,2008.
- (6) du JARDIN, J. , «Procédure civile ou procédure pénale en cas de faute médicale», *Bull. Soc. Belge Ophtalmo*, 291, 2004.
- (7) FAVIER-ARNAUDIER, C. , CHARLES, R. et VALLEE, J. , «Etude qualitative de l'apport des groupes d'analyse de pratique des internes dédiés à l'erreur», *Exercer*, 2009.
- (8) FERRARI, I. , «Le médecin devant le juge pénal», *Cour de Cassation, rapport annuel 1999*, [www.courdecassation.fr](http://www.courdecassation.fr).
- (9) GALAM, E. , L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur, Paris, Springer, 2012.
- (10) HAMMER, R. , CAVALLI, S. et BURTON-JEANGROS, C. , «Quand le médecin se tire une balle. De la face sombre de la judiciarisation aux transformations sociales de la médecine», *CBSH*, no 16, 2009.
- (11) HUGH, T. B. et TRACY, G. D. , «Hindsight bias in medicolegal expert reports», *MJA*, 2002, 176(6).
- (12) LEBORGNE, C. , «Procès: les médecins jouent à se faire peur», 18-12-2012, UNOF, [www.unof.org](http://www.unof.org).
- (13) LONGNEAUX, J. M. , «La souffrance des médecins et des soignants», *EC*,35, 2004.
- (14) LUCIEN, A. , «Les attributs symboliques de l'autorité du juge dans le documentaire judiciaire», *ReC.*, no28, 2007.
- (15) MARRANI, D. , Rituel(s) de justice. Essai anthropologique sur la relation du Temps et de l'Espace dans le Procès, Bruxelles, EME, 2011.
- (16) «MEDECIN», 2016, Yelp, [fr.yelp.be](http://fr.yelp.be).
- (17) MILLER, A. , C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant, Aubier, 1984.
- (18) TRAUBE, P. , Eduquer, c'est aussi punir, Bruxelles, Labor, 2003.
- (19) VERHAEGEN, M. N. , DEBREYNE, V. , OMBELET, S. et VAN HIRTUM, T. , «Rapport annuel 2014-Service de médiation fédérale «Droits du patient», SPF Santé Publique, Séc.Ch. Al.

# Radioprotection & Radiophysique



**Christian HUNIN**

**Expert en radioprotection  
Master en Sciences**

**Ingénieur en Energie Nucléaire  
Missions d'expert pour l'AIEA et les CEE  
Certificat en Radioprotection et Applications  
des rayonnements ionisants à la Faculté de  
Médecine de l'UCL**

**DESS de Contrôle physique en radioprotection  
de l'Ecole de Santé Publique**

**Membres de la section Protection Technique de  
la SFRP**

**Chargé de cours, conférencier et formateur  
depuis 2001**

**Evaluations 2016  
RX1:  
contenu: 5/5  
présentation: 5/5**



## Objectifs spécifiques:

Dans le cadre de leurs activités, les dentistes doivent effectuer des radiographies dentaires intra-orales ou panoramiques de la mâchoire. Dès lors, une sensibilisation intitulée « Pas de rayons sans raison », menée par le SPF Santé publique avec l'appui de l'INAMI, de l'AFCN et du secteur de l'imagerie médicale, a débuté le 23 mai 2013. Cette campagne a pour objectif de sensibiliser tant les patients que les dentistes à l'importance d'avoir recours aux techniques d'imagerie médicale d'une manière plus raisonnée.

Une formation permanente de niveau universitaire en radioprotection est exigée par l'AFCN, qui estime qu'une protection optimale, aussi bien du patient que du dentiste, est cruciale. Il est aussi de la responsabilité de chaque dentiste de garantir le fonctionnement optimal de son appareillage aux rayons X en le soumettant à un contrôle de qualité périodique.

A la fin de la formation, en plus d'avoir répondu aux exigences légales, les participants seront sensibilisés à la protection de la santé du patient et du dentiste contre les effets indésirables des rayonnements ionisants.

***Avec certificat pour l'AFCN (valable 5 ans)***

vendredi 21/10/2016 à Namur Hôtel Château de Namur

RX2A: 09h00 - 12h30 ou RX2B: 14h00 - 17h30

vendredi 25/11/2016 à Nivelles Hôtel Nivelles Sud

RX3A: 09h00 - 12h30 ou RX3B: 14h00 - 17h30

**40 places/session - **Accréditation accordée 20 UA Dom 3** - Agrément 3 heures**

montant de base: 220,-€

# Les **peer-reviews** du COD

Bruxelles : NobelBiocare

Roekhout, 17 1702 Grand-Bigard



Charleroi : IESCA

Rue de l'Hopital, 27 6060 Gilly

Wavre : Castelbel

Avenue Sabin, 14 1300 Wavre



# Les peer-reviews du COD

Le COD a été le premier à vous proposer des peer-reviews sans perte de temps : deux sessions qui se suivent, le même jour. Ces deux peer-reviews consécutifs vous sont offerts en package pour 180,- EUR. Comme toujours au COD, tout est compris dans ce prix : inscription aux deux sessions, location, présentation et animation des séances, modération, gestion de votre dossier avec l'INAMI et pause-café. Et pas de cotisation annuelle nécessaire pour cela: tout le monde est le bienvenu !

6 demi-journées vous sont encore proposées, soit en semaine, soit le samedi. Il y en a ainsi pour tous les goûts et chacun pourra y trouver ses préférences. Et le COD continue à se déplacer pour cela: Bruxelles, Charleroi et Wavre sont au rendez-vous.

Remplissez votre formulaire d'inscription en avant-dernière page.

## **Quelle image donnez-vous à vos patients ?**

### **La peur du dentiste.**

samedi 17 septembre de 8h30 à 11h45 à Charleroi

samedi 17 septembre de 12h00 à 15h15 à Charleroi

jeudi 27 octobre de 8h30 à 11h45 à Wavre

jeudi 27 octobre de 12h00 à 15h15 à Wavre

samedi 3 décembre de 8h30 à 11h45 à Bruxelles

samedi 3 décembre de 12h00 à 15h15 à Bruxelles

*À vos agendas !*

*tous les renseignements sur  
<http://www.cod.eu.com>*

**PROGRAMME 2016**

**nous faisons face aux défis quotidiens !**

# Toute l'implantologie

**Happy Birthday**  
**15**



**Patrick MISSIKA**

**Maître de Conférences des Universités - Université Paris Diderot**  
**Praticien hospitalier des Hôpitaux de Paris**  
**Directeur du Diplôme Universitaire d'implantologie**  
**Expert près la Cour d'appel de Paris**  
**Expert National agréé par la Cour de Cassation**  
**Président de la Compagnie Nationale des Experts en Odontostomatologie**



**Attaché d'enseignement du service du DU d'implantologie Paris VII - Hôpital Rothschild**  
**Attaché d'enseignement du service de DU de reconstruction pré-implantaire Paris VII - Hôpital Rothschild**  
**Co-fondateur de la formation PACTimplan**  
**Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique Paris VII**  
**Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire Paris XI**

**Guillaume DROUET**



## Namur, le vendredi 18 novembre 2016



**Jacques ATTIAS**

**Attaché d'enseignement en chirurgie et prothèse implantaire à l'Hôpital Rothschild-Garancière**  
**Diplôme Universitaire clinique d'implantologie chirurgicale et prothétique de Paris VII**  
**Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire de Paris IX**  
**Diplôme d'expertise judiciaire en médecine bucco-dentaire de Paris VII**  
**Certificat d'Etude Supérieure de biologie de la bouche**  
**Certificat d'Etude Supérieure de prothèse dentaire**

**Certificat d'Etude Supérieure de parodontologie**  
**Certificat d'Etude Supérieure de prothèse fixée**  
**Diplôme Universitaire d'implantologie chirurgicale et prothétique Paris VII**  
**Diplôme Universitaire de chirurgie pré et péri implantaire Paris XI**  
**Ancienne assistante hospitalo-universitaire Paris VII**

**Isabelle KLEINFINGER**



## 1. Quelle longévité pour nos implants ?

« Docteur, Combien de temps vont durer mes implants ? »

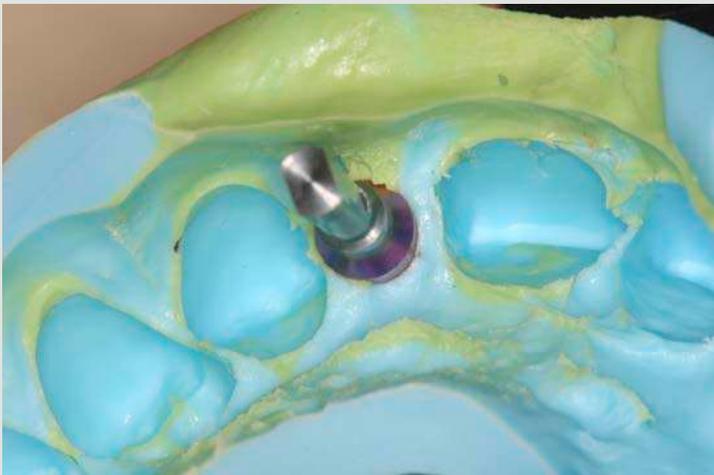
Confronté quotidiennement à ce questionnaire, nous nous interrogeons souvent à la réponse loyale que nous devons délivrer.

La littérature scientifique ne donne pas de réponse précise sur la longévité implantaire, néanmoins elle nous donne les éléments qui nous permettent de cerner la question.

En effet, si les taux de survie des implants des études aux longs cours nous permettent d'évaluer quantitativement leur espérance de vie, ce sont les taux de succès de ces études qui nous éclairent sur le comportement des implants au cours de leur vie et de la menace que représente la perte osseuse marginale qui dans certains cas aboutit à la perte de l'implant.

Cette perte osseuse est trop souvent réduite à la notion de péri implantite dont l'étiologie sujette à controverse est à préciser.

En tout état de cause c'est en identifiant, au travers la littérature scientifique, les facteurs de risques susceptibles de nuire à la longévité implantaire qu'il nous sera possible d'améliorer l'espérance de vie implantaire.



## 4. Les bonnes pratiques en implantologie.

Le premier point qui paraît peut-être évident est que le traitement implantaire est essentiellement un traitement prothétique et donc que la démarche doit être axée sur ce traitement. Le devoir d'information apparaît comme un élément fondamental dans les procédures récentes. Or, comme chacun le sait, c'est au praticien de faire la preuve qu'il a rempli son devoir d'information. La preuve de l'information va donc, sur un plan pratique, être apportée par plusieurs éléments.

En premier lieu par les notes inscrites sur la fiche médicale du patient lors des consultations précédant la mise en œuvre du traitement. En effet, si deux ou trois rendez-vous sont consignés sur la fiche médicale, on peut légitimement penser que des explications ont été données au patient.

Ensuite, un plan de traitement détaillé, étape par étape avec la durée prévue pour chaque étape est également un élément de preuve. Ce plan de traitement peut comporter plusieurs options thérapeutiques. Il est hautement souhaitable de formaliser le consentement éclairé du patient par un document signé par le patient.

## nous faisons face aux défis quotidiens !

### 2. Intérêt et maîtrise du soulevé de sinus par voie crestale.

Pendant de nombreuses années, le manque de hauteur sous sinus associée à un os de type III ou IV au maxillaire postérieur a été la cause, selon de nombreux auteurs, de taux de succès réduit dans ces zones. Il est actuellement reconnu que le comblement sous sinusien permet favorablement de poser des implants avec un taux de réussite satisfaisant.

Si l'abord chirurgical latéral donne d'excellents résultats, cette technique n'est pas pour autant une méthode sans risque. En effet, il est rapporté par de nombreux auteurs environ 25% de complications, et la connaissance de la physiopathologie des sinus doit être parfaitement connue avant d'aborder cette technique qui est très opérateur dépendant.

L'analyse des cas peut nous permettre de poser des implants dans ces secteurs avec la technique par voie crestale. Décrite en 1994 par Summers, cette technique chirurgicale est fiable et reproductible, avec peu ou pas de complication. La maîtrise de cette chirurgie passe par une méthode stricte respectant certains corollaires.

Après une description précise de cette technique, les indications et les évolutions seront abordées, fruit d'une expérience de 15 années, illustrées par de nombreux cas cliniques.



### 3. Optimiser l'esthétique en secteur antérieur: quels protocoles pour quelles situations cliniques ?

En présence d'un édentement unitaire antérieur la réhabilitation prothétique à l'aide d'un dispositif fixé pérenne fonctionnellement et esthétiquement reste l'objectif principal.

Dés lors que l'extraction est indiquée, la nécessité de réfléchir à une solution de remplacement s'impose et l'indication d'un traitement implantaire doit être évaluée au même titre que les solutions prothétiques traditionnelles.

Bridge conventionnel ou bridge collé présentent l'avantage d'une réalisation rapide mais n'anticipent pas toujours la perte de substance au niveau du pontique.

A contrario, si l'alternative implantaire apparaît souvent comme l'option la plus économe tissulairement, la réalisation d'une prothèse implantoportée en secteur antérieur peut s'avérer être un véritable challenge. Comment conserver ou rétablir la présence des papilles et l'alignement des collets ?

Dans tous les cas l'alvéole d'extraction de la dent extraite subira des variations de volume.

L'enjeu ici est de limiter ou compenser cette résorption osseuse post extractionnelle et son impact sur l'architecture des tissus mous.

**Namur le vendredi 18 novembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)**

**ACINAPOLIS • Rue de la Gare fleurie 16 • 5100 Namur (Jambes)**

**400 places - Accréditation accordée 40 UA Domaine 6 N°31818 - Agrément 6 heures**

**montant de base: 200,-€ - Réductions possibles**

JOD82 \_ 17

**PROGRAMME 2016**

**nous faisons face aux défis quotidiens !**



**Charles MICHEAU**

**CES de parodontologie et biomatériaux**

**DU de parodontologie clinique et  
implantologie Paris VII**

**Ancien assistant hospitalo-universitaire  
Paris VII**

**Enseignant au post-graduate européen de  
parodontologie Paris VII**

# Parodontologie pour tous

**Michèle RENERS**

**Dentiste spécialiste en  
parodontologie**

**Pratique privée à Liège**

**Présidente du congrès EuroPerio  
2018 à Amsterdam**

**Maître de stage externe et  
enseignante à l'Université de Liège**

**Rédacteur en chef de  
«l'Information Dentaire»**

**Conférencière internationale**

**Membre de la commission  
de reconnaissance des  
parodontologues**

**Past-présidente de la Société Belge  
de Parodontologie**



**Charleroi, le samedi 17 décembre 2016**

### 1. Dépistage des parodontites, comment ne pas passer à côté !

Les signes cliniques des maladies parodontales sont discrets, il convient donc pour éviter de passer à côté de leur diagnostic, de protocoler les anamnèses et les examens cliniques et radiographiques.

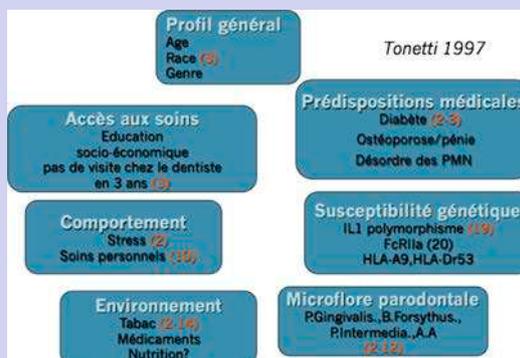


Importance du dépistage: poche de 9mm en mésial d'une canine qui ne présente aucun signe extérieur.



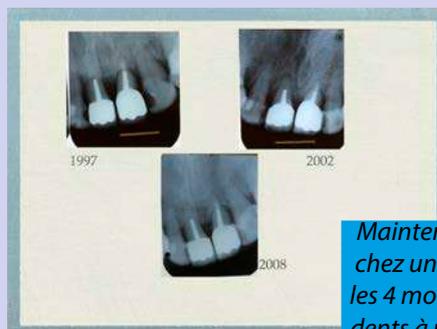
### 2. Maîtriser les facteurs de risque parodontaux et péri-implantaires: tabac, stress, obésité,...

On connaît l'origine bactérienne des maladies parodontales et péri-implantaires et les traitements qui y sont associés. Par contre les facteurs de risques, tabac, stress, obésité... souvent oubliés d'une prise en charge globale sont essentiels pour obtenir la guérison parodontale : il faut donc les prendre en charge !



### 3. Les traitements de l'extrême: jusqu'où peut-on aller pour éviter l'extraction ?

Les implants dentaires ont prouvé leur efficacité. Il n'en reste pas moins qu'ils sont une solution qui présentent des complications sur le long terme. Peut on repousser les indications de l'extraction grâce à des traitements parodontaux performants : oui !!!



Maintenance parodontale chez une patiente vue tous les 4 mois: conservation des dents à un stade avancé de parodontite.



Traitement des maladies parodontales: intérêt des mini-inserts et des aéro-polisseurs.

### 4. Comment améliorer nos traitements ? Des ultrasons aux antimicrobiens.

Les progrès de l'instrumentation ultrasonique ont permis de potentialiser l'efficacité de la thérapeutique parodontale non-chirurgicale et il existe parallèlement des traitements antimicrobiens (antiseptiques et antibiotiques) de plus en plus performants pour nous permettre d'obtenir des traitements reproductibles entre toutes les mains.

Charleroi le samedi 17 décembre 2016 de 9h00 à 17h00 (petit déj. dès 8h30)

CEME • Rue des Français 147 • 6020 Charleroi (Dampremy)

320 places - **Accréditation accordée 40 UA Domaine 6 N°31817** - Agrément 6 heures

montant de base: 200,-€ - Réductions possibles

# La compétence numérique au service du diagnostic.



**VistaPano S, VistaIntra et VistaScan Mini View : la compétence radiographique numérique réunie en un système.** Misez sur des solutions complètes, pour une qualité d'image unique ! Les appareils de radiographie et les scanners d'écrans à mémoire de Dür Dental vous garantissent des possibilités de diagnostic optimales, un maximum de confort et une efficacité incomparable. [Plus d'informations sur www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

 **DÜRR  
DENTAL**  
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

# Le trajet de soins buccaux: c'est parti !

Si vous ne le savez pas encore, ce nouveau système est entré en vigueur le 1er juillet de cette année. Mais en quoi cela consiste-t-il vraiment ?

Son but ? Améliorer la santé bucco-dentaire de la population belge.

Comment ? En remboursant mieux les soins en cas de visite régulière chez le dentiste.

Mais ne vous y trompez pas: les soins ne sont pas mieux remboursés pour les patients qui ont consulté un dentiste l'année précédente. Ils sont par contre moins bien remboursés pour ceux qui ont oublié leur dentiste en 2015.

Le COD vous offrira dans le prochain JOD un nouveau tableau de nomenclature afin de pouvoir facilement répondre à vos patients qui vous demandent: «Docteur, combien vais-je retoucher à la mutuelle ?».

Qui est concerné ? Tous les patients de plus de 18 ans.

Et qui se rendent régulièrement chez le dentiste. C'est à dire ? Cela signifie que le patient doit avoir reçu des soins dentaires au cours de l'année civile précédente, soins pour lesquels l'assurance obligatoire soins de santé a effectué un remboursement. Donc, si le patient a effectivement eu une visite chez son dentiste mais pour un soin «hors nomenclature», cela n'entrera pas en ligne de compte. De même pour le patient qui aura «oublié» de rentrer son attestation à sa mutuelle. Par contre, entrent en ligne de compte les soins remboursés via un régime spécifique, à savoir les soins dentaires dispensés à l'étranger et ceux consécutifs à un accident de travail.

Pour quels soins ? Ne sont pas concernés par ce système les soins suivants: les consultations, les soins préventifs, l'orthodontie et la parodontologie.

Autre nouveauté: le ticket modérateur qui reste une part de frais à charge du patient est maintenant arrondi à 0,50 euro.

La règle de continuité, pour les détartrages, reste en vigueur. Elle diminue de moitié le remboursement d'un détartrage si aucun soin dentaire n'a été effectué l'année civile précédente.

En pratique ? Si aucun soin dentaire n'a été remboursé au patient l'année précédente, voici ce qui change pour ses remboursements:

- pour les obturations, traitements radiculaires, suppléments d'urgence et prestations sur les prothèses (réparation, rebasage et ajout de dent): le ticket modérateur est doublé.

- pour les radiographies et suppléments d'honoraires: le ticket modérateur est multiplié par 1,5.

- pour les prothèses et les implants oraux: le ticket modérateur est majoré de 40 euros.

C'est déjà en vigueur ? Oui. Pour les patients qui ne bénéficient pas du régime préférentiel, le système est entré en vigueur le 1er juillet 2016. Pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée (ex-VIPO) le système sera d'application au 1er janvier 2017.

Mais pourquoi cela ? Il ressort d'une Enquête de Santé nationale effectuée en 2013 par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) que 40% de la population déclare ne pas se rendre chez le dentiste chaque année. L'INAMI juge qu'une visite annuelle chez le dentiste est nécessaire, non seulement pour la santé bucco-dentaire mais aussi pour la santé générale. Le but du trajet de soins buccaux est donc d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population belge en incitant davantage de patients à se rendre chez un dentiste.

Source:

<http://www.riziv.fgov.be>

Pierre GOBBE-MAUDOUX



## Quelques exemples concrets:

Traitement radiculaire 2 canaux:

Honoraires: 102,35 €

Ticket modérateur si visite régulière:

12,00 €

Ticket modérateur sans visite régulière:

24,00 €

Obturation 2 faces:

Honoraires: 44,73 €

Ticket modérateur si visite régulière:

8,50 €

Ticket modérateur sans visite régulière:

17,00 €

Extraction d'une dent:

Honoraires: 36,30 €

Ticket modérateur si visite régulière:

7,00 €

Ticket modérateur sans visite régulière:

14,00 €

Prothèse amovible complète:

Honoraires: 572,99 €

Ticket modérateur si visite régulière:

145,00 €

Ticket modérateur sans visite régulière:

185,00 €

Radiographie intra-orale

Honoraires: 12,34 €

Ticket modérateur si visite régulière:

3,00 €

Ticket modérateur sans visite régulière:

4,50 €



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

à renvoyer, complété lisiblement,  
un formulaire par n° inami, à:  
COD asbl, 151 Rue de l'Etang, 6042 Lodelinsart  
par fax au 071/33.38.05 ou mail: [info@cod.eu.com](mailto:info@cod.eu.com)

Dr     Mr     Mme    **NOM:** .....    **Prénom:** .....  
**Adresse:** .....    **CP:** .....  
**Localité:** .....  
**GSM:** 04 ..... / .....    **eMail:** ..... @ .....

**N° INAMI: 3 - ..... - ..... - 0 .....**

**Société:** .....  
**Adresse:** .....    **CP:** .....  
**Localité:** .....

**Diplômé avant 2014**

FC1 ▶ Vous avez dit: ergonomie ?	Namur	09/06/2016	<input type="checkbox"/> 200€	..... €
FC2 ▶ Traumatologie dentaire	Charleroi	10/09/2016	<input type="checkbox"/> 200€	..... €
FC3 ▶ Imagerie diagnostique	Charleroi	01/10/2016	<input type="checkbox"/> 200€	..... €
FC4 ▶ Toute l'implantologie	Namur	18/11/2016	<input type="checkbox"/> 200€	..... €
FC5 ▶ Parodontologie pour tous	Charleroi	17/12/2016	<input type="checkbox"/> 200€	..... €

**Diplômé 2014 ou 2015 ou 2016**

FC1 ▶ Vous avez dit: ergonomie ?	Namur	09/06/2016	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
FC2 ▶ Traumatologie dentaire	Charleroi	10/09/2016	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
FC3 ▶ Imagerie diagnostique	Charleroi	01/10/2016	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
FC4 ▶ Toute l'implantologie	Namur	18/11/2016	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
FC5 ▶ Parodontologie pour tous	Charleroi	17/12/2016	<input type="checkbox"/> 180€	..... €

**Master 1 ou 2**

**Assistante**

FC1 ▶ Vous avez dit: ergonomie ?	Namur	09/06/2016	<input type="checkbox"/> 100€	..... €
FC2 ▶ Traumatologie dentaire	Charleroi	10/09/2016	<input type="checkbox"/> 100€	..... €
FC3 ▶ Imagerie diagnostique	Charleroi	01/10/2016	<input type="checkbox"/> 100€	..... €
FC4 ▶ Toute l'implantologie	Namur	18/11/2016	<input type="checkbox"/> 100€	..... €
FC5 ▶ Parodontologie pour tous	Charleroi	17/12/2016	<input type="checkbox"/> 100€	..... €

**Supplément paiement tardif / participant**

FC1 ▶ Vous avez dit: ergonomie ?	<input type="checkbox"/> Paiement reçu après le 01/06/2016	.....X	<input type="checkbox"/> 50€	..... €
FC2 ▶ Traumatologie dentaire	<input type="checkbox"/> Paiement reçu après le 02/09/2016	.....X	<input type="checkbox"/> 50€	..... €
FC3 ▶ Imagerie diagnostique	<input type="checkbox"/> Paiement reçu après le 23/09/2016	.....X	<input type="checkbox"/> 50€	..... €
FC4 ▶ Toute l'implantologie	<input type="checkbox"/> Paiement reçu après le 11/11/2016	.....X	<input type="checkbox"/> 50€	..... €
FC5 ▶ Parodontologie pour tous	<input type="checkbox"/> Paiement reçu après le 11/12/2016	.....X	<input type="checkbox"/> 50€	..... €

**Réduction fidélité**

<input type="checkbox"/> Je participe en 2016 à 3 activités FC	<input type="checkbox"/> - 50€	..... €
<input type="checkbox"/> Je participe en 2016 à 4 activités FC	<input type="checkbox"/> - 100€	..... €
<input type="checkbox"/> Je participe en 2016 à 5 activités FC	<input type="checkbox"/> - 150€	..... €

**TOTAL FC =** ..... €

**Radioprotection & radiophysique**

RX1 ▶ Marche en Famenne	07/06/2016	<input type="checkbox"/> 9h00-12h30	<input type="checkbox"/> 14h00-17h30	<input type="checkbox"/> 220€	..... €
RX2 ▶ Château de Namur	21/10/2016	<input type="checkbox"/> 9h00-12h30	<input type="checkbox"/> 14h00-17h30	<input type="checkbox"/> 220€	..... €
RX3 ▶ Nivelles	25/11/2016	<input type="checkbox"/> 9h00-12h30	<input type="checkbox"/> 14h00-17h30	<input type="checkbox"/> 220€	..... €

**TOTAL Rx =** ..... €

**Peer-Review (2 séances successives)**

PR1	Bruxelles	07/06/2016	<input type="checkbox"/> 14h00-17h15	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
PR2	Bruxelles	16/06/2016	<input type="checkbox"/> 14h00-17h15	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
PR3A ou PR3B	Charleroi	17/09/2016	<input type="checkbox"/> 8h30-11h45	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
PR4A ou PR4B	Wavre	27/10/2016	<input type="checkbox"/> 8h30-11h45	<input type="checkbox"/> 180€	..... €
PR5A ou PR5B	Bruxelles	03/12/2016	<input type="checkbox"/> 8h30-11h45	<input type="checkbox"/> 180€	..... €

**TOTAL PR =** ..... €

**TOTAL général FC+Rx+PR =** ..... €

à verser sur le compte IBAN: BE32 0013 5455 6702 de COD asbl, BIC GEBABEBB

Je marque mon accord avec les conditions générales du C.O.D.

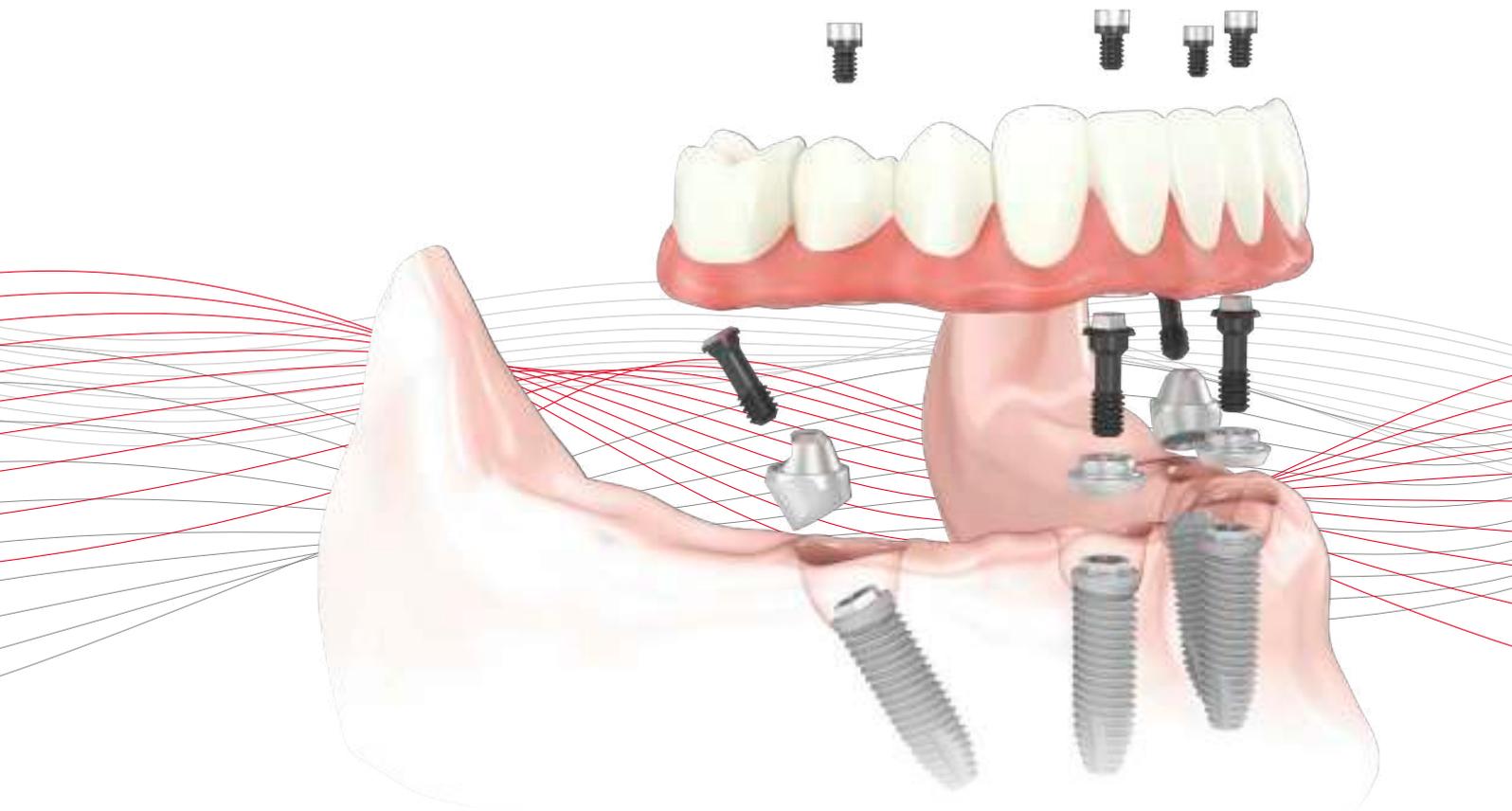
**DATE:** .....    **SIGNATURE:** .....

# Efficace & fiable

COURS  
À NE PAS  
MANQUER

“Redécouvrez le concept All-on-4: mise à jour sur les dernières techniques et protocoles” – João Borges

Cours avec travaux pratiques - Paris - 06-07/10/2016  
nobelbiocare.com/courses ou 02/467 41 90



## Le concept de traitement All-on-4® - Le seul et l'unique

Le concept de traitement All-on-4® est la meilleure solution dans sa catégorie. Mais seulement quand les produits Nobel Biocare sont combinés. Beaucoup ont essayé de copier ce concept révolutionnaire, mais nous sommes les seuls à avoir scientifiquement prouvé son succès pour le légitimer. Le concept de traitement All-on-4® propose aux patients édentés et à ceux qui le deviendront bientôt, la mise en place d'une prothèse complète fixe de quatre implants le jour de l'intervention chirurgicale. Ne soyez pas dupe: seul Nobel Biocare détient la bonne combinaison pour ouvrir la porte du succès.

Visitez [nobelbiocare.com/all-on-4](http://nobelbiocare.com/all-on-4)

Demandez-nous la liste de référence des preuves scientifiques: 02 /467.41.90



En apprendre davantage  
sur le concept de  
traitement All-on-4®

