

Tceelating Gesloten
Verpakking
Autorisation de Fermeture

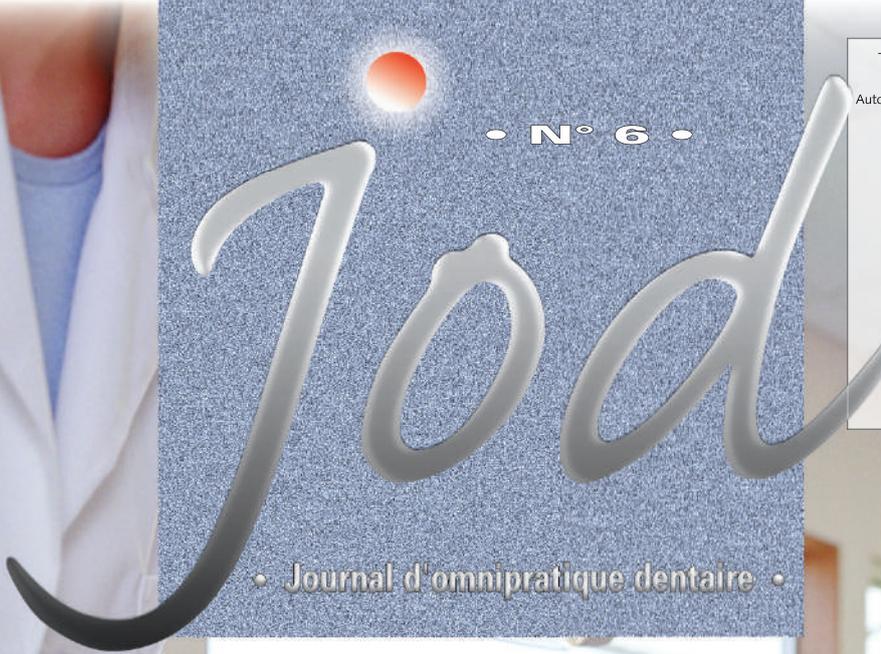
BELGIE - BELGIQUE

P.B. - P.P.

B - 802 **B - 802**

Périodique bimestriel destiné aux
dentistes généralistes et spécialistes,
aux étudiants en science dentaire,
et à l'industrie dentaire
Agréation P307013
Tirage : 4.000 ex.

Bureau de dépôt : Adresse :
Charleroi X JOD c/o COD
Mass post B.P. 1091
6000 Charleroi 1



• N° 6 •

• Journal d'omnipraticque dentaire •



**300 inscrits
SOLD OUT**

13 décembre 2003

DENTAL THEMA DAY

MEDECINE DENTAIRE PEDIATRIQUE



Novembre - Décembre 2003

RADIOLOGIE
DENTAIRE



IMAGERIE
NUMÉRIQUE



LOGICIELS
DENTAIRES



A la source d'une belle image naissent les grands traitements.

Rien de tel qu'une bonne image pour construire un diagnostic fiable et précis. En intra et en extra-oral, en argentique comme en numérique, Trophy, leader mondial de l'imagerie dentaire, propose une gamme complète de solutions adaptées à tous types de besoins et d'exercices. Seul fabricant au monde à maîtriser la chaîne de l'image dans son intégralité, Trophy s'engage à mettre à votre service des produits innovants et performants qui vous aident à travailler mieux, plus vite et plus intelligemment. Pour un diagnostic et un traitement de haute qualité, exigez la garantie de la maîtrise totale : Exigez l'exigence Trophy.

TROPHY BENELUX
Centre Cial les Dauphins
30, avenue des Nymphes
1410 WATERLOO
BELGIQUE
Tél : + 32 2 354 15 28
Fax : + 32 2 256 51 78
Email : info@trophybenelux.be
www.trophybenelux.be

trophy

En vente auprès de nos distributeurs agréés.
Démonstration ou documentation sur simple demande au
02/354 15 28



Édito

Le Dental Thema Day est devenu un grand classique de la formation continue en Belgique francophone.

Ce concept novateur — approche interuniversitaire à l'occasion d'un Congrès thématique annuel d'une journée — fêtera sa troisième édition, le samedi 13 décembre prochain.

Après les succès de la Médecine buccale en 2001 et de la Pharmacologie en 2002, nous aborderons la Médecine dentaire pédiatrique en compagnie d'orateurs issus de l'Université de Liège, de l'Université de Reims Champagne-Ardenne, de la Katholieke Universiteit Leuven, de l'Université Libre de Bruxelles et de l'Université Paris 5 René Descartes.

Déjà
un grand
classique

Un panel d'exception, auquel 300 praticiens sont d'ores et déjà inscrits ! Malgré nos larges capacités,

et afin de garantir le meilleur confort à chacun, nous avons clôturé les inscriptions sur ce chiffre exceptionnel, il y a quelques semaines déjà.

Le programme scientifique 2003 se terminera ainsi de la plus belle des manières, avec une affluence record pour la Belgique francophone, nous permettant de voir l'avenir en toute confiance.

D'ailleurs, nous vous promettons pour 2004 une succession d'activités de tout premier plan, sans la moindre augmentation et toujours sans aucune cotisation préalable. Le 12 janvier prochain, nous vous adresserons gratuitement le programme annuel 2004 et tous les détails de ces nouvelles opportunités de formation continue de qualité internationale, au plus juste prix. Soyez parmi les premiers à en bénéficier !

Dans cette attente, nous vous souhaitons d'excellents divertissements de fin d'année et nous formulons des vœux de prospérité pour tous les praticiens au cours de l'An neuf. ■

• **Jeu-concours**
> 4

Gagnez un kit Grandio

• **Pratique clinique**
> 6

La dent de 6 ans ou...

• **Prochaine activité**
> 11

DentalThema Day
Médecine dentaire pédiatrique

• **Ergonomie**
> 13

L'importance du stress

• **Envoyé spécial**
> 18

Controverses endodontiques
La gestion du trauma dentaire

• **Portes ouvertes**
> 20

OmegaSoft Wallonie

• **Petites annonces**
> 22

• **Inscriptions**
> 23

Pour nous contacter
et pour recevoir gratuitement le JOD :
B.P. 1091 - B 6000 Charleroi 1
Tél. 04 73 41 51 67
Fax 071 33 38 05
mail.cod@swing.be

Abonnement pour l'étranger :
EU : 32 EUR/an
Monde : 55 EUR/an

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
28 rue du Moulin Blanc - B 7130 Binche
Les articles signés n'engagent que
la responsabilité de leur auteur

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



Après lecture, collectionnez ou recyclez SVP

Un nouveau mot mystère !

Vous avez été très nombreux à participer à notre jeu-concours du JOD 5. Sans doute en raison de l'importance du cadeau à la clé ! Alors vous serez encore plus nombreux cette fois-ci... Nous vous proposons le même type de grille, mais avec un ensemble de définitions se rapportant au sujet d'actualité : la dentisterie pédiatrique. Pour rappel, il vous faut retrouver tous les mots grâce aux définitions. Ensuite, retranscrivez les lettres correspondant aux cases mentionnées en dessous, pour découvrir notre mot-mystère. Il peut répondre à cette définition : « Dans ce cas-là, c'est une autre spécialité qui va s'en charger ». Transcrivez ce mot, sur papier libre, accompagné de vos nom, prénom, adresse et n° INAMI, et adressez le tout, pour le 10 janvier 2004 à minuit au plus tard, à l'adresse suivante :

JOD c/o COD
B.P. 1091
6000 Charleroi 1

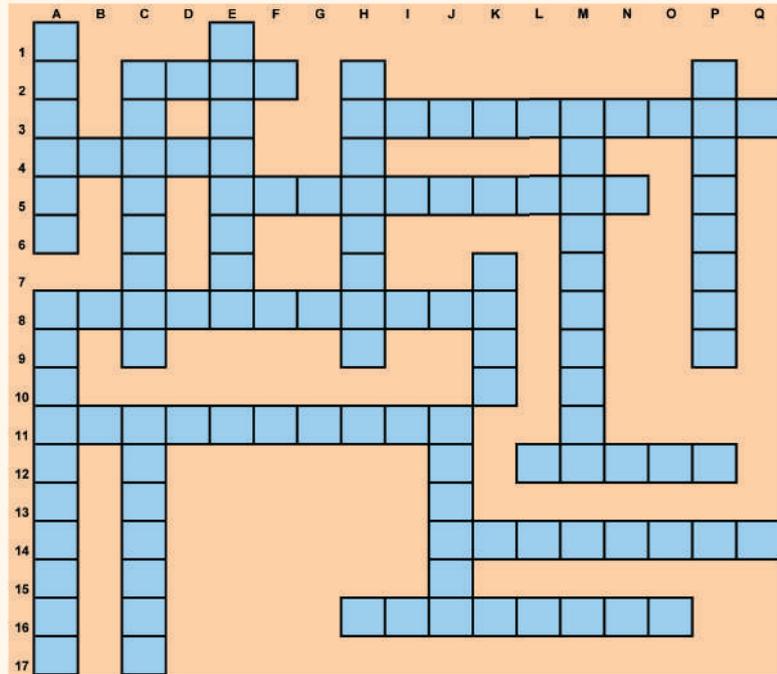
Le vainqueur sera tiré au sort parmi les bonnes réponses et son nom sera publié dans le JOD n° 8.

Résultat du numéro précédent

Le mot mystère à retrouver était : « Microdentisterie ».

Parmi les dizaines de bonnes réponses reçues, une main innocente a tiré au hasard le nom de notre gagnant :

Étienne Piret, de Chatelineau



A15	M7	C8	H5	P3	J12	E2	G8	O14	L16	G11

HORizontalement

- C2 Produit par la vache
- H3 La racine de lait la subit
- A4 S'il est là, c'est que c'est infecté
- E5 Qualifie souvent la première dentition
- A8 Ablation du contenu de la chambre pulpaire
- A11 Dentisterie de l'enfant
- L12 Peut être de blé
- J14 Autre terme pour l'extraction
- H16 Petite dent d'enfant

VERTICALEMENT

- A1 Est soigné par le pédodontiste
- E1 Ecart entre les incisives
- C2 Qui se rapporte à la dent de lait
- H2 Poussée de la dent
- P2 Matériau souvent utilisé en pédo
- M3 Qualifie la deuxième dentition
- K7 L'organe qui sert à la mastication
- A8 Dévitalisation de la dent de lait
- C11 L'ensemble des dents
- J11 On en a besoin pour l'éruption

A GAGNER

Qui dit mieux ? À gagner cette fois un kit complet Grandio, comprenant 50 capsules de composite hybride antéro-postérieur à nanoparticules, 50 doses uniques Solobond et 5 ml d'etching Vococid en seringue.

Un cadeau d'une valeur de 230,- EUR offert par la firme



VOCO



La dent de 6 ans...

ou la difficulté de gérer la pathologie de la première molaire permanente chez l'enfant

La première molaire permanente est chez l'enfant, une dent particulièrement vulnérable qui se carie très rapidement dès son éruption dans la cavité buccale. Son immaturité est à l'origine de cette susceptibilité carieuse.

Par ailleurs, elle peut être atteinte d'anomalie de structure de l'émail responsable d'un délabrement coronaire important.

Ces pathologies doivent être dépistées le plus précocement possible afin de garantir aux premières molaires permanentes leur rôle primordial de clé de l'occlusion.

> Arabelle Gouvernaire

prev. rel. in Revue d'Odontostomatologie
© SOP, 2001

En Odontologie Pédiatrique, la première molaire permanente que nous aimons nommée « la dent de 6 ans » est une dent stratégique dans la cavité orale d'un enfant, clé de l'occlusion en denture adulte, « carrefour de tous les dangers » pour certains, et objet de toute notre attention.

Son éruption parfois très précoce, sa vulnérabilité vis-à-vis du processus carieux, ses anomalies de structure et la difficulté de leur prise en charge confèrent à cette dent de 6 ans une importance toute particulière chez l'enfant et l'adolescent.

En 1998, une enquête de l'UFSBD (3) sur les enfants de 12 ans détermine un indice carieux de 1,41 pour les premières molaires qui sont atteintes dans 35 % des cas. Elles représentent 73 % de l'indice CAO des dents permanentes évoluées. Ces dents sont le reflet de l'ensemble de la bouche des enfants de 12 ans.

Elles sont donc l'objet de soins précoces, prophylactiques, interceptifs ou de conservation afin de leur permettre d'assurer leur rôle majeur dans l'orga-

nisation de la denture permanente et la croissance maxillo-faciale du jeune enfant.

Éruption

La première molaire maxillaire fait son éruption entre l'âge de 4 et 8 ans. Son trajet d'éruption est vestibulaire. Le temps écoulé entre l'émergence de la gencive et l'éruption totale est de 30 à 32 semaines (environ 7,5 mois et parfois jusqu'à 12 mois).

La première molaire mandibulaire émerge dans la cavité orale entre 4 et 8 ans. C'est la dent la plus lente à faire son éruption, 12 mois parfois plus. Le trajet d'éruption est mésio-vestibulaire. La surface occlusale est complexe avec une fosse centrale et des fossettes accessoires très profondes (les plus profondes des molaires).

Les molaires permanentes mettent un temps très long pour se trouver en occlusion vraie, entre 2 et 3 ans (5) ce qui leur confère une certaine vulnérabilité face à la carie.





Fig.1. Sillon occlusal d'une première molaire

Pathologie carieuse

La dent de 6 ans est particulièrement susceptible à la carie sur sa face occlusale dans l'année voir les 18 mois qui suivent son éruption (1). Une fois installée, cette lésion va s'étendre très rapidement et être à l'origine d'une importante destruction coronaire. Et il est encore très fréquent et même quotidien, de voir en consultation de jeunes patients de 8 ou 9 ans qui présentent d'importantes lésions carieuses, parfois juxta-pulpaire, sur leurs molaires permanentes.

Plusieurs paramètres influencent ce développement précoce et rapide de la lésion carieuse chez l'enfant.

L'immaturation amélaire

Cette vulnérabilité précoce des premières molaires permanentes est due en premier lieu à l'immaturation de l'émail qui n'a pas encore subi sa maturation post-éruptive, c'est-à-dire qu'il n'a pas bénéficié, en surface, de la précipitation entre autres de phosphates de calcium et de fluoro-phosphates de calcium. Cet émail immature est donc poreux en surface et la plaque bactérienne y adhère fortement. Cette maturation de l'émail se fait au cours des deux à trois années qui suivent l'éruption, et il est admis que cette période est considérée comme cario-susceptible pour la dent permanente en général.

Par ailleurs, le fait que la dent soit en cours d'éruption pendant plusieurs

mois favorise également la rétention de plaque sur la face occlusale qui n'est pas encore totalement fonctionnelle au cours de la mastication (2).

L'anatomie occlusale

Elle présente de nombreuses anfractuosités, puits et fissures qui sont des facteurs anatomiques de rétention de la plaque. 100 % des caries occlusales débutent au fond d'un sillon anfractueux.

Ces deux premiers paramètres concourent au développement précoce d'une carie amélaire occlusale (Fig 1 et 2).

L'immaturation dentinaire

La dentine présente sur les dents jeunes des tubules larges non encore sclérotiques, dans lesquels les différents produits du métabolisme bactérien (acides) diffusent rapidement quand la carie atteint la jonction amélo-dentinaire. Une fois déminéralisés, les tubules sont le siège de l'invasion bactérienne.

La déminéralisation dentinaire se fait à la fois en direction pulpaire et sous les cuspidés aboutissant à une destruction coronaire presque totale en trois ans environ. La table occlusale ne s'effondre que dans un second temps, lors de la mastication, quand toute la dentine est détruite. Et c'est hélas, trop souvent le motif de la consultation !

Fig.2. Coupe usée et polie d'une dent montrant une carie amélaire au fond d'un sillon occlusal (iconographies prêtées par le Dr M. Triller)



L'immaturation pulpaire

Elle se caractérise, entre-autre, par une innervation immature qui contribue à rendre moins sensible la dent permanente jeune aux différentes stimulations externes même lorsqu'elle est atteinte d'une carie profonde. Ce qui définit aussi la dent permanente chez l'enfant, c'est son immaturité radiculaire, puisqu'elle fait son éruption dans la cavité orale avec 2/3 seulement de ses racines formées ce qui correspond au stade 8 de Nolla (4). L'absence de constriction apicale fait que les voies nerveuses ne sont pas comprimées lors de l'inflammation et contribue également largement à ce qu'il n'y ait pas de douleurs (il n'y a pas de phénomène de « cavité close »).

La dent va édifier le dernier tiers radiculaire et fermer l'apex de ses racines au cours des trois ans et demi qui suivent son éruption. La première molaire sera donc considérée comme mature entre 10 ans et 11 ans et demi. Avant cette période toutes nos thérapeutiques doivent tendre à conserver vitale la pulpe, même partiellement, afin que cette maturation puisse se dérouler dans des conditions physiologiques optimales et permettre l'apexogénèse. En cas de nécrose, notre traitement vise à induire la fermeture apicale par formation d'un tissu minéralisé apical selon la technique de l'apexification.

À ces facteurs d'ordre histologique s'ajoutent l'alimentation et l'hygiène de l'enfant qui sont souvent cariogènes car pas encore maîtrisées, surtout si les dents permanentes évoluent tôt (vers 5 ans), ainsi que l'état de la denture temporaire. Il est évident que des caries non traitées sur les dents temporaires avec un métabolisme bactérien actif favorisent largement l'apparition de caries précoces sur les dents permanentes.

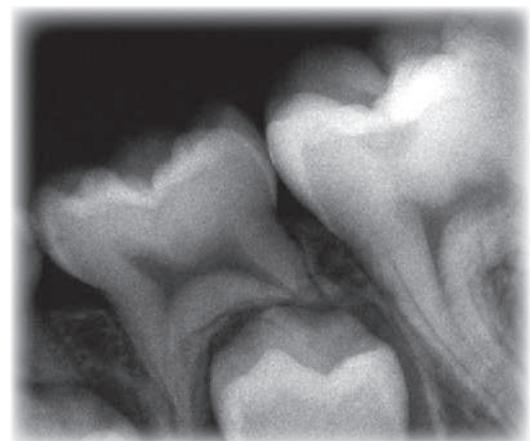
La carie de la dent permanente immature se caractérise donc par (Fig. 3, 4 puis 5, 6, 7) :

- sa précocité
- sa rapidité d'extension
- son absence de douleur
- sans effondrement de la table occlusale dans un premier temps

Il n'y a donc pas de signe d'appel qui pourrait alerter les parents et les motiver pour une consultation plus précoce...



Fig.3 et 4. Carie occlusale de 36 chez un enfant de 8 ans et demi. Vue clinique et radiographie correspondante. La lésion, bien visible sur le cliché, est déjà importante, et une anesthésie est nécessaire pour la traiter



➔ Il convient donc d'agir précocement sur ces dents, soit par prophylaxie (par utilisation des sealants et du fluor), soit en interceptant les lésions dès leur début par la réalisation de cavités non mutilantes, à minima, et l'utilisation de matériaux collés.

➔ Les parents doivent également être informés de l'apparition de dents permanentes postérieures chez leurs enfants vers l'âge de 6 ans, car ils en ont rarement conscience, ainsi que de la nécessité de nous les amener à cet âge.

L'enseignement pratique au fauteuil



Un programme complet de Parodontologie et d'Implantologie Cycle de 6 séminaires de 2 journées

1. Des bases indispensables à la clinique;
le traitement non chirurgical
11 - 12 mars 2004
2. La chirurgie pré-prothétique,
la chirurgie osseuse résectrice,
les techniques reconstructives
13 - 14 mai 2004
3. Problèmes muco-gingivaux
et traitement des dénudations radiculaires
1 - 2 juillet 2004
4. Régénération tissulaire guidée.
Régénération osseuse pré-implantaire
et péri-implantaire
7 - 8 octobre 2004
5. IMPLANTS I.
Les techniques de traitements implantaires
chirurgicaux et prothétiques
2 - 3 décembre 2004
6. IMPLANTS II.
Cas complexes parodontaux, implantaires
et prothétiques
février 2005



Fig.5. Carie dentinaire sur 46 développée à partir d'un pertuis occlusal



Fig.6. Progression du processus carieux sur 46 en direction pulpaire (rétraction de la corne pulpaire distale), et sous les cuspides



Fig.7. Effondrement de la table occlusale de 36 chez un enfant de 10 ans

••• Anomalies de structure de l'émail

Les premières molaires permanentes sont le siège parfois d'anomalies de structure de l'émail, ou hypoplasies, qui se manifestent cliniquement par une modification de la teinte et de l'aspect de l'émail.

Il est brun jaunâtre, mat, rugueux en surface et a tendance à s'éliminer par simple pression de la sonde. Il s'use très rapidement dès que la dent devient fonctionnelle. Ces anomalies peuvent être localisées à certaines faces de la dent, de façon aléatoire, ou bien atteindre toute la dent. Les quatre molaires

sont rarement touchées avec la même intensité. Cet émail anormal, une fois éliminé, laisse la dentine à nu et le processus carieux s'y développe alors de façon fulgurante (Fig. 8 et 9).

Étiologie

Il s'agit d'un trouble acquis de l'amélogénèse au cours du développement dentaire qui s'est produit entre la naissance et l'âge de trois ans mais qui ne peut être identifié précisément car un

grand nombre de facteurs peuvent perturber l'environnement des améloblastes. Ce n'est pas lié à une amélogénèse imparfaite héréditaire puisque toutes les dents ne sont pas atteintes.

Un problème d'ordre général est parfois évoqué bien que les molaires ne soient pas toutes atteintes et que les incisives qui se minéralisent au cours de la même période ne présentent aucune anomalie. •••



Fig.8. Anomalies de forme et de structure de 46 : une coiffe pédodontique préformée est nécessaire



Fig.9. Anomalie localisée de l'émail sur 46. L'émail est friable et s'use rapidement avec l'attrition. Cette lésion est traitée par composite et application de vernis fluoré

••• Comme pour les caries précoces, ces lésions doivent être interceptées très tôt et gérées par l'emploi d'un vernis fluoré, des composites ou de la coiffe pédodontique préformée sui-

vant le degré d'atteinte, afin d'éviter un délabrement trop important de la couronne qui pourrait compromettre la vitalité, voir, le devenir de la dent sur l'arcade.

Conclusions

Les enfants doivent être, par définition, considérés comme étant des « individus à risque » qui présentent des « dents à risque ».

Ils sont à risque par leur alimentation et leur hygiène pas toujours maîtrisées, et il faut avoir conscience qu'ils échappent aux parents un certains nombres d'heures par jour quand ils sont à l'école. À ces facteurs s'ajoute l'hérédité qui peut leur être défavorable. Par ailleurs un enfant qui présente une polycarie en denture temporaire reste un individu à risque toute sa vie...

Les dents de 6 ans chez nos jeunes patients sont des dents à risque par leur

immaturité, leur anatomie occlusale, et nous devons être particulièrement vigilants quand nous les examinons.

Si nous voulons voir diminuer de façon conséquente l'indice carieux de ces premières molaires permanentes, il est impératif que les enfants soient pris en charge dès le plus jeune âge et bénéficier d'un suivi permettant de gérer les dents permanentes quand elles arrivent et d'effectuer un scellement préventif des sillons dès que cela est possible, d'intercepter une lésion carieuse débutante avant qu'elle ne devienne invasive, de restaurer une dent atteinte d'hypoplasie de l'émail avant la destruction totale de la couronne et d'utiliser les fluorures dont l'indication est majeure chez l'enfant. ■

Bibliographie

1. AXELSON P. Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries. Vol. 2., Ed. : Quintessence Publishing Co, Inc., 2000.
2. CARVALHO J. C., EKSTRAND K.R., THYLSTRUP A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage eruption. J. dent. Res., 68, (5) : 773-779, 1989.
3. HESCOT P., ROLAND E. La santé dentaire en France. Publication de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Paris, 1998.
4. NOLLA C. The development of the permanent teeth. J. dent. Child., 1960, 4 : 254-266.
5. SATO S., PARSONS P. Eruption of Permanent Teeth, Ed. : Ishiyaku Euro America Inc., St Louis-Tokyo, American Edition, 1990.



aménagement du cabinet

radiologie digitale



stérilisation



appareils satellites

installations dentaires

Lamoral est aux petits soins pour les dentistes.

Le cabinet dentaire est un environnement complexe, où chaque système, chaque élément du cabinet doit fonctionner en parfaite osmose.

Pour Lamoral, un environnement agréable pour vous et vos patients passe par un large choix de solutions intégrées, parfaitement adaptées à vos attentes.

De la conception de votre cabinet aux appareils satellites. Le souci du détail, un vaste choix de produits dans diverses catégories de prix, et une qualité toujours excellente: c'est tout cela, Lamoral.

lamoral



L'importance du STRESS

dans l'apparition des douleurs musculaires et articulaires chez le chirurgien-dentiste

Depuis une vingtaine d'années, nous constatons l'augmentation régulière de l'évocation de douleurs rachidiennes dans la population générale, mais tout particulièrement, chez les chirurgiens dentistes. Nous avons noté également, ne serait-ce que parce que nous en sommes les victimes, l'accroissement quantitatif de troubles qui affectent les zones musculaires, ligamentaires et tendineuses des membres supérieurs, inférieurs, du bassin et du thorax. Ces atteintes, qui sont à distinguer de celles qui affectent la colonne vertébrale, portent le nom de « troubles musculo-squelettiques ».

> Jean Ginisty

prev. rel. in Information Dentaire

Ces troubles sont reconnus et mentionnés en tant que tels, dans le tableau 57 des maladies professionnelles du régime général des travailleurs salariés (ndlr : en France). Ce tableau a été récemment modifié dans le sens de l'élargissement des conditions de leur reconnaissance. Il apparaît clairement que la notion causale des gestes et des postures de travail a été ajoutée à la dénomination « affections péri-articulaires » qui avait cours jusqu'alors ! Malheureusement, si ce problème affecte particulièrement notre profession, la reconnaissance de cette pathologie ne concerne pas encore les praticiens libéraux !

Tout au long de la journée, au cours de notre exercice, nous effectuons des gestes qui nous paraissent anodins dans leur réalisation. Cependant, ils ne sont pas tous dépourvus de nocivité. En effet, les mouvements qui sont incriminés dans l'émergence des douleurs se caractérisent par :

- l'utilisation de la force
- la répétition des mêmes mouvements
- leur réalisation sans préoccupation ergonomique

Leur responsabilité est identifiée depuis longtemps, mais il ne saurait être question de leur attribuer la paternité entière d'une augmentation constante de leurs manifestations, qui d'après les dernières enquêtes est estimée à 20% l'an !

L'organisation du travail « en flux tendu » (qui chez les chirurgiens dentistes s'est traduite par une lourde augmentation du nombre d'heures de travail par jour, du nombre de jours travaillés par semaine) conduit à une augmentation des contraintes supportées par les chirurgiens dentistes.

Facteurs exogènes

Naturellement, ces facteurs de risque s'appliquent autant dans le cadre de la vie professionnelle que dans la vie domestique ou extra-professionnelle !

Nous ne reviendrons pas dans cet article, sur les facteurs de risque « endogènes » qui s'exercent et qui ont trait à la gestuelle ou à l'hyper sollicitation biomécanique.

En revanche, les facteurs exogènes qui procèdent de la contrainte ●●●

●●● « temporelle », qui sont relatifs à l'accomplissement de périodes de travail trop longues, à l'insuffisance ou à l'absence de plages de récupération des efforts fournis méritent d'être abordés. D'autres facteurs tels que l'insatisfaction au travail d'une part et la mauvaise gestion du temps et de l'organisation au sein du Cabinet d'autre part, sont autant de paramètres qui vont renforcer la fragilisation des individus, vis à vis du risque musculo-squelettique.

Cependant, lorsque l'on considère la variété des actes de soins que les chirurgiens dentistes doivent accomplir, on ne peut imaginer qu'ils puissent être à l'origine d'une « routine ! ».

Un sentiment de monotonie peut cependant nous envahir par défaut de variété dans les postures de travail utilisées ! Il faut en effet constater que 30% des praticiens ont tendance à privilégier telle ou telle position horaire « par préférence personnelle ou esprit de systématique », alors que le choix de celle-ci devrait normalement être uniquement en relation avec le type d'acte accompli (65,2% des praticiens en sont convaincus) !

La conséquence de cette façon stéréotypée d'agir, se retrouve dans la répétition des mêmes gestes et le maintien prolongé de la même posture de travail au cours de laps de temps très sinon trop longs ! Certes, il serait excessif de déclarer que tous les gestes répétitifs sont nuisibles par définition. Le risque que ces gestes soient « toxiques » se pose réellement lorsqu'ils exigent de la force et que le degré angulaire des mouvements articulaires qu'ils impliquent ne respecte plus les règles fondamentales de la biomécanique. Il est à présent avéré que ce risque est largement nourri par l'effet des contraintes liées aux conditions de travail que le chirurgien dentiste doit affronter avec de plus en plus de difficultés ! Ces conditions sont de plus en plus présentes dans l'exercice quotidien pour que s'installent la routine et la monotonie ! La fatigue et la lassitude dont se plaignent bon nombre de nos confrères, constituent des facteurs qui interviennent de la façon suivante : leur impact est à l'origine d'une réduction de la variété des « gestes possibles ». Il en résulte ●●●

Fig.1. Raisons pour lesquelles les praticiens privilégient une position horaire

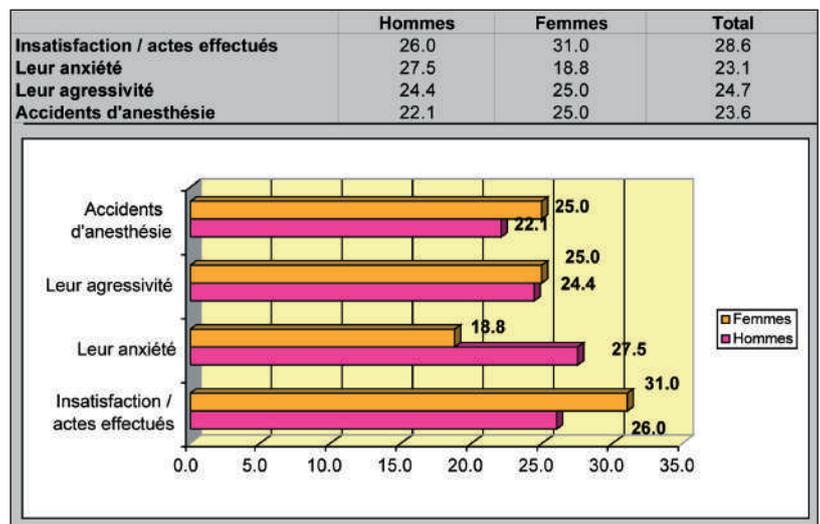
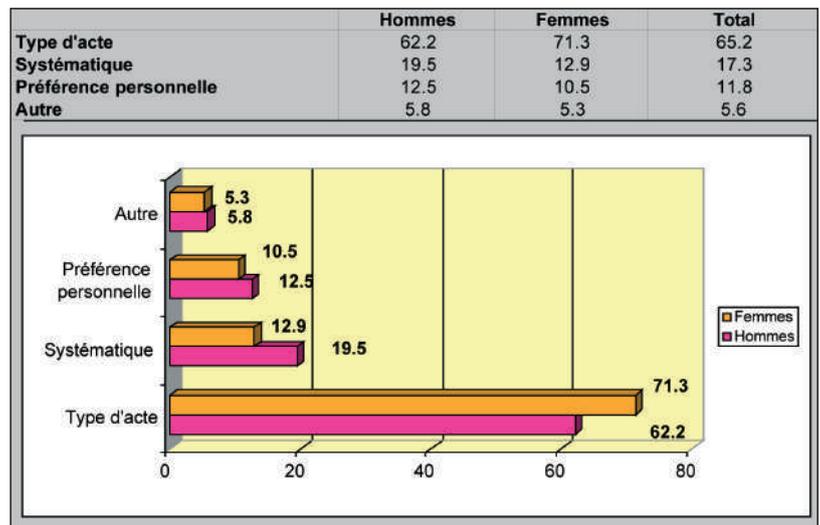


Fig.2. Ce que les praticiens redoutent le plus dans leurs relations avec les patients

Dental

Quality

S.P.R.L.

Equipements pour cabinets dentaires

2, rue Seutin - 1400 NIVELLES
Tél. 067 84 42 84 - Fax 067 84 28 35
E-mail : dentalquality@hotmail.com



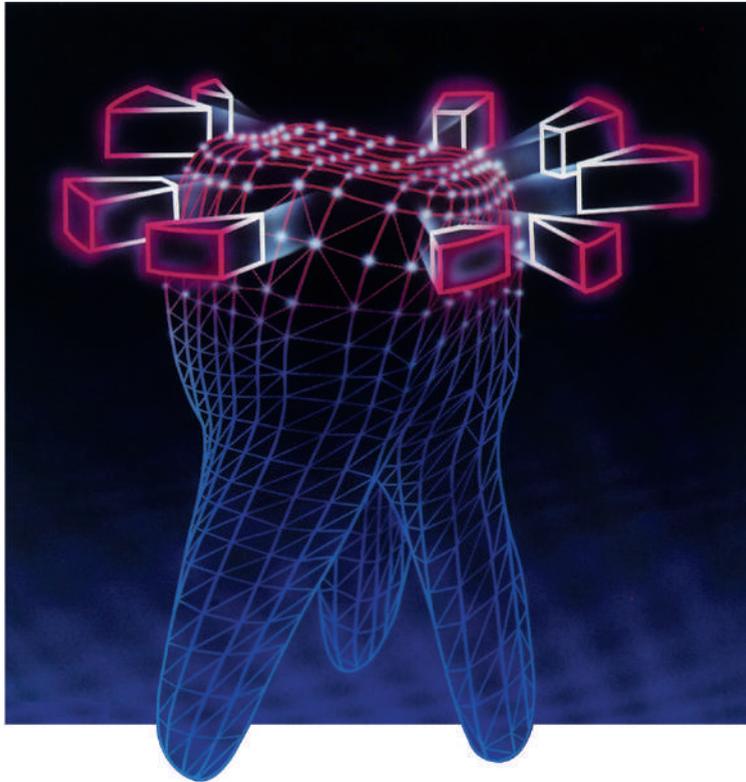
OMS
STAFF



BRUFEN

ibuprofen.

FORTE 600



Votre partenaire dans le traitement analgésique et anti-inflammatoire des plaintes dentaires

• DENOMINATION : BRUFEN, BRUFEN 400, BRUFEN 500 mg, BRUFEN FORTE, BRUFEN RETARD • TITULAIRE D'ENREGISTREMENT: Knoll Belgium S.A. - Avenue Hamoir 14-180 Bruxelles • NUMERO D'ENREGISTREMENT: BRUFEN : 479 IS 18 F 3 - BRUFEN 400 : 479 IS 19 F 3 - BRUFEN FORTE 600 : 479 IS 20 F 3 - BRUFEN RETARD 800 28 tabl. : 479 IS 21 F 3 - BRUFEN RETARD 800 60 tabl. : 479 IS 22 F 3 - BRUFEN 500 mg : 479 IS 23 F 6 • MODE DE DELIVRANCE: prescription médicale.

• COMPOSITION : BRUFEN : Ibuprofen, 200 mg - Amyl. - Acid. stearic. pro tablett. compress. una - Sandarac. - Dextrin. - Talc. - Sacchar. pro obducta - Erythrosin. lacc. pro colora - Cera - Ferr. oxyd. / BRUFEN 400 : Ibuprofen, 400 mg - Amyl. - Acid. silicic. colloid. - Acid. stearic. pro tablett. compress. una - Gummi arabic. - Calc. sulf. - Natr. carboxymethylcellulos. - Sacchar. pro obducta - Erythrosin. lacc. pro colora - Cera - Ferr. oxyd. / BRUFEN 500 mg : Ibuprofen, 500 mg - Polysorb. 60 - Glycerid. semi-synthetic. (derog. 42/557) q.s. pro supposit. uno. / BRUFEN FORTE 600 : Ibuprofen, 600 mg - Amyl. - Acid. silicic. colloid. - Acid. stearic. pro compressa una - Hydroxypropylmethylcellulos. - Titan. oxyd. - Erythrosin. lacc. q.s. pro colora - Ferr. oxyd. - BRUFEN RETARD : Ibuprofen, 800 mg - Xanthan Gum. - Polyvidon. - Acid. stearic. - Acid. silic. colloid. - Talc. - Hydroxypropylmethylcellulos. - Opaspray White M-1-7111 B (derog. 42/1039) - Opacoode S-1-9005 HV Red (derog. 42/1038).

• FORMES, VOIES D'ADMINISTRATION ET CONDITIONNEMENT: BRUFEN - emballage de 100 dragées à 200 mg / BRUFEN 400 - emballage de 100 dragées à 400 mg / BRUFEN 500 mg - emballage de 12 suppositoires à 500 mg / BRUFEN FORTE - emballage de 30 tablettes à 600 mg - BRUFEN RETARD - emballage de 28 et 60 tablettes à action prolongée. • INDICATIONS: Le BRUFEN est indiqué dans le traitement symptomatique de: I. Rhumatologie. A. affections articulaires inflammatoires telles que: - arthrite rhumatoïde - spondylite ankylosante - maladie de Chauffard-Still (polyarthrite juvénile) et les états pathologiques apparentés. B. affections articulaires dégénératives: ostéo-arthrose. C. affections extra-articulaires, telles que périarthrite, bursite, tendinite, téno-synovite, syndrome cervical et douleur aiguë du bas du dos imputable à une discopathie. II. Gynécologie et obstétrique: - dysménorrhée primaire - douleur suite à un accouchement - douleur suite à une épisiotomie. III. Ophtalmologie. Inflammations post-opératoires et suite à un traumatisme. IV. Stomatologie et chirurgie dentaire. Inflammation après interventions chirurgicales à la mâchoire et interventions dentaires. V. Fièvre. VI. Traumatologie. BRUFEN RETARD 800 peut être prescrit chez les adultes, pour toutes les indications proposées. Cette forme est cependant particulièrement indiquée pour le traitement des affections inflammatoires chroniques du système locomoteur. • POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI: dragées: Rhumatologie: Dose d'attaque recommandée 1800 mg (3 x 600 mg), dose d'entretien 1200 mg (3 x 400 mg). En cas d'arthrite rhumatoïde, de spondylite ankylosante, la dose peut être de 2400 mg par jour (4 x 600 mg). Chirurgie, stomatologie et obstétrique: Dans les cas de douleurs suite à des interventions chirurgicales, obstétriques, stomatologiques et dentaires, il y a lieu de prendre 800 (4 x 200 mg) à 1200 mg par jour (3 x 400 mg) en doses fractionnées. Gynécologie: En cas de dysménorrhée, il est conseillé de prendre 1200 mg par jour en doses fractionnées (3 x 400 mg). Le traitement doit commencer dès que la douleur s'annonce ou même le jour précédent; deux-trois jours de traitement suffisent en général. Etats fébriles: Une dragée de 400 mg ou 2 dragées de 200 mg, 2 à 3 fois par jour, avec un maximum de 1200 mg par jour (3 x 400 mg). Traumatologie: Suivant la gravité, une dose de départ de 3 000 mg par jour (2 x 600 mg le matin, 1 x 600 mg le midi et 2 x 600 mg le soir) ou de 2 400 mg (1 x 600 mg le matin et le midi et 2 x 600 mg le soir) et ce durant quelques jours. Ensuite réduire progressivement cette dose à 1 800 mg par jour (3 x 600 mg) jusqu'à une dose d'entretien de 1200 mg par jour (3 x 400 mg). FORME retard: Prendre deux tablettes simultanément au début de soirée. Suppositoires: La même posologie que celle des dragées peut être suivie, étant entendu que l'activité d'un suppositoire correspond à celle de 2 dragées à 200 mg ou 1 dragée à 400 mg. Enfants: Le BRUFEN ne sera pas administré à des enfants en-dessous de 12 ans, excepté dans des affections telles que la polyarthrite juvénile (syndrome de Still). On utilise alors une dose journalière voisine de 20 à 40 mg/kg de poids corporel, à prendre en 3 doses par jour. Suivant l'âge la posologie sera de: - 2 à 6 ans: maximum 600 mg par jour (3 x 200 mg) - 7 à 11 ans: maximum 1200 mg par jour (3 x 400 mg) - 12 à 14 ans: maximum 1800 mg par jour (3 x 600 mg). • MODE D'EMPLOI: Le BRUFEN est généralement bien toléré par l'estomac à jeun et est rapidement résorbé. Afin de combattre la raideur matinale, on prendra donc la première dose, à jeun, dès le réveil, avec un peu de liquide. La durée d'action du produit étant limitée, les doses suivantes seront réparties tout au long de la journée et seront prises de préférence avant les repas (environ 1h). En combinaison avec les dragées BRUFEN, l'administration d'un suppositoire BRUFEN le soir au coucher, peut remplacer 2 dragées à 200 mg ou 1 dragée à 400 mg. • CONTRE-INDICATIONS: Le BRUFEN est contre-indiqué chez les patients: - présentant un ulcère gastro-intestinal, - ayant eu une anamnèse de bronchospasme ou d'urticaire lors de la prise d'autres anti-inflammatoires, y compris l'acide acétylsalicylique, ou analogiques, - présentant de l'asthme ou de l'urticaire après la prise d'ibuprofène. • EFFETS INDESIRABLES: A fortes doses les effets secondaires du BRUFEN sont peu fréquents et souvent réversibles. Gastro-intestinal: douleurs épigastriques, nausées, vomissements, ulcère gastro-duodénal, sang occulte ou saignement gastro-intestinal. - Système nerveux central: vertiges. - Reins: L'action inhibitrice des A.I.N.S. sur la synthèse des prostaglandines est responsable de la diminution de la fonction rénale dans certains cas, principalement lorsque la circulation sanguine dans les reins est déjà perturbée comme lors de décompensation cardiaque sévère, de déshydratation, de syndrome néphrotique, de cirrhose du foie ou d'affections rénales déjà existantes. En cas d'usage chronique, les A.I.N.S. peuvent exceptionnellement provoquer de la néphropathie. - Allergies: Quelques cas de réactions d'hypersensibilité de la peau: prurit, urticaire. Exceptionnellement des bronchospasmes. • PRECAUTIONS PARTICULIERES: La prudence est recommandée chez les patients présentant: - des antécédents d'ulcères, - des problèmes de coagulation sanguine ou des hémorragies, - des problèmes rénaux plus particulièrement chez les sujets âgés. Les A.I.N.S. peuvent masquer certains symptômes de maladies infectieuses et dès lors retarder le diagnostic.

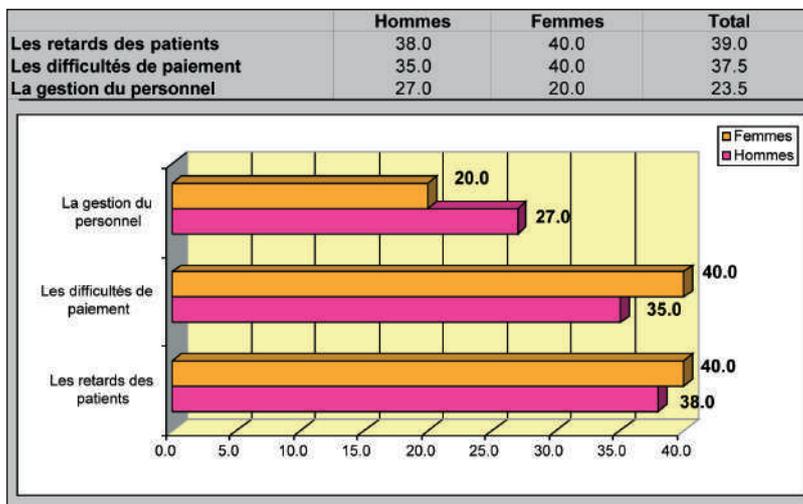


Rue du Bosquet, 2 - 1348 Ottignies / Louvain-la-Neuve



An Abbott Company

Fig.3. Hiérarchie parmi les difficultés vécues par les dentistes



••• une diminution de la capacité de varier l'usage des structures musculo-tendineuses. Ressentir la monotonie de son travail revient en fait à révéler l'appauvrissement de la pluralité des réponses de ces structures. Dans ces conditions, l'activation répétitive et sélective d'un nombre réduit d'unités motrices, se traduit par un surmenage de celles-ci, qui peut rapidement devenir pathologique.

Le chirurgien dentiste, victime de l'augmentation du nombre d'heures de travail et de jours de travail par semaine, est une cible très dépendante du système d'organisation de son Cabinet. S'y ajoutent le poids des contraintes résultant de rapports souvent conflictuels de l'individu avec son environnement social en général, mais avant tout, avec son environnement professionnel. Le tableau en fig.2 nous montre la façon dont les praticiens perçoivent ces tensions avec leurs patients et ce qu'ils

redoutent le plus dans la relation qu'ils établissent avec eux. L'insatisfaction par rapports aux traitements réalisés (28,6%), l'anxiété (23,1%) voire l'agressivité (24,7%) qu'ils manifestent, sont autant d'éléments de perturbation psychologique pour les professionnels ! Toutes les enquêtes épidémiologiques confirment l'importance des nuisances causées par les contraintes inhérentes à la diminution des « marges de manœuvre » relatives à la gestion du temps. Les facteurs psychosociaux, comme nous le montrent les résultats de l'enquête nationale « Maladies professionnelles du chirurgien dentiste/2000 », constituent à l'évidence, une cause de renforcement des troubles musculo-squelettiques. A ce titre les rapports entretenus avec les patients et les autres personnels du Cabinet observés au travers des tableaux ci-contre, constituent une source de tension qui vient abonder le stress, caractéristique

de nos sociétés industrialisées.

Le retard des patients (cité par 39% des chirurgiens dentistes) sinon leurs absences sans excuse préalable, constituent également des faits suffisamment fréquents pour qu'ils influent petit à petit sur l'équilibre psychologique du praticien !

Le graphique ci-dessus en fig.3 établit une hiérarchie parmi les difficultés vécues au cours de notre exercice. Parmi celles-ci, le retard des patients et le problème du paiement des actes effectués, sont cités comme des sujets de préoccupation par 40 % des femmes !

Cette situation de « stress » se traduit schématiquement, au plan physiologique, par un déséquilibre hydrominéral, lui même générateur de troubles du tonus musculaire. Les mécanismes de régulation biologique se trouvent débordés, rendant ainsi propice l'installation des troubles musculo-squelettiques.

Conclusions

Les douleurs qui altèrent la qualité de vie du chirurgien dentiste, sont le résultat d'une pluricausalité où interfèrent la nature des gestes accomplis, le maintien des postures et à la dépendance vis à vis des facteurs psychosociaux. Toute démarche de prévention qui se veut efficace doit donc éviter l'écueil de rester univoque et ne se consacrer qu'à la seule résolution des problèmes biomécaniques. Elle devra aussi consacrer une part non négligeable de ses préoccupations, à la réduction des tensions qui sont à l'origine de l'établissement d'un « syndrome de désadaptation ».

Ces facteurs constituent une situation particulièrement mal vécue par la profession ou la plupart des praticiens (69%), estime qu'il existe une profonde distorsion entre l'idéal de vie qu'ils s'étaient forgé initialement et la réalité de la vie quotidienne !



Controverses endo

Dans notre dernière édition (JOD n° 5, pp. 19-23), vous avez pu découvrir un reportage d'intérêt général, consacré au récent congrès de la FDI tenu à Sydney, Australie, du 18 au 21 septembre derniers.

Dans ce numéro, nous vous proposons d'aborder les points forts de deux sessions scientifiques organisées à l'occasion de ce congrès.

Le choix ne fut pas simple, tant les conférences rivalisaient de qualité, mais nous avons opté pour un cours de Pierre Machtou, un « ancien » du COD, et pour un exposé de traumatologie présenté par Mary Hayes et Brett Dorney, puisqu'il s'agit de l'un des thèmes de notre Collège en cette fin d'année.

> Thierry VANNUFFEL, LSD

Pierre Machtou put enthousiasmer le public anglo-saxon grâce à son approche « evidence-based » et sa technologie éducative

Trois controverses majeures en endodontie ont été débattues à l'occasion de cette séance : les questions de l'irrigation, de la limite apicale, et du nombre de séances pour un traitement endodontique.

Irrigation

Il existe un consensus pour affirmer que l'instrumentation est insuffisante (Byström 81, Siqueira 99) pour désinfecter les systèmes canaux en raison de leur anatomie. Il faut pourtant tenir compte des éléments suivants :

- Schuping (2000) a cependant montré une réduction de l'infection progressive en fonction de la largeur de l'instrument.

- Molven (91) a démontré que des bactéries sont le plus souvent présentes dans les 2 derniers millimètres.

- La structure de la dentine est très différente en fonction de la position dans le canal. Love (96) a montré à quel point les bactéries pénètrent les tubuli : 200 μ sauf dans le tiers apical où la pénétration est seulement de 60 μ .

Dès lors, il n'est pas nécessaire de trop élargir le tiers apical et c'est à cet endroit que l'irrigation va prendre tout son sens (Coldero, 2002), d'autant

que la surinstrumentation apicale provoque souvent des difficultés mécaniques pour la remontée des débris.

Quelle solution utiliser ? L'hypochlorite à 0,5% est suffisant pour la désinfection mais pas pour l'action solvante (Dalton 98). La recommandation actuelle varie de 0,5 à 2%. Zehnder (2002) a montré l'inutilité de tamponner cette solution.

Ce qui apparaît comme les éléments clés : la grande quantité (Thé, 79), le contact permanent avec le tissu dentinaire (Trepagnier, 77), le renouvellement fréquent (Baumgartner, 92), l'agitation mécanique de la solution (Moorer, 82). De ce point de vue, Yanna (89, confirmé par Kinghofer) a démontré l'importance de mobiliser l'aiguille dans le canal. Par contre, c'est la mise en forme qui permet l'irrigation du tiers apical, aucun instrument n'étant nécessaire hormis le taper. Pour améliorer la pénétration, un tensio-actif (alcool à 95%) peut être conseillé.

En conclusion :

- « Capturer » l'anatomie dans les préparations pour élargir les deux tiers coronaires et irriguer le tiers apical.
- Assurer un réservoir à 4 murs dans la chambre pulpaire pour garantir le renouvellement de la solution.
- Mobiliser l'aiguille de rinçage dans le canal.

Limite apicale

Malgré leur moindre pénétration dans le tiers apical, les bactéries y sont plus mobiles que dans les deux tiers coronaires, où elles sont organisées en biofilm. Or 1 millimètre trop peu sur la radiographie de contrôle peut résulter en 5 millimètres de manque effectif, en raison de l'anatomie en forme de delta.

C'est donc l'apex qui est visé, d'autant



photo FDI

dontiques

que Sjögren (97) a montré que le dépassement n'a pas d'effet sur le succès.

En conclusion :

- Obturer à l'apex.
- Ne pas confondre dépassement et surobturation.

Nombre de séances

On sait que 9 endodontistes exclusifs sur 10 réalisent leurs traitements en une seule séance. Il est bien connu en effet que l'on rencontre moins de conséquences post-opératoires lors des traitements en une seule séance.

Byström (81) a montré qu'un canal laissé vide entre des séances est rapidement recolonisé. Mais à long terme ?

Calhoun (82) a obtenu 71% de succès en une séance sur dents nécrotiques, et Sjögren (97) a obtenu 80% de guérison à 5 ans avec une seule visite, mais les résultats étaient meilleurs dans les cas où la désinfection avait été prouvée.

Par ailleurs, la seule médication canalaire bien documentée pour la temporisation est l'hydroxyde de calcium. Trpe (99) n'a pas mis de différence en évidence entre les techniques en une séance et la temporisation à l'hydroxyde de calcium. Ces travaux ont été confirmés par Katebzadeh (2000) sur le chien. Peters (2002) n'a pas obtenu de stérilisation significative du canal à la seconde séance après temporisation à l'hydroxyde de calcium.

Le consensus actuel repose dans l'expression « Entomb residual bacteria », ce qui suppose une obturation tridimensionnelle (West 87, Farzadeh 2003).

En conclusion :

- Privilégier les traitements en une séance.
- Contre-indications : la nécrose, la difficulté anatomique (question de temps). ■

La gestion du trauma dentaire

Le trauma est une blessure physique suite à l'application d'une force inappropriée directe ou indirecte. Le trauma dentaire touche plus les hommes que les femmes (2 : 1,8) et concerne principalement les incisives centrales maxillaires des enfants entre 6 et 12 ans, en raison des proportions de l'architecture faciale qui rend le risque plus élevé chez l'enfant (rapport cranio-facial de 8 : 1 chez l'enfant, 2,5 : 1 chez l'adulte).

Urgence ou non ?

Les parents considèrent toujours qu'il s'agit d'une urgence. Il est donc important d'objectiver grâce à un contact téléphonique complet : noter toutes les coordonnées de l'enfant, faire préciser les circonstances exactes de l'accident, puis démystifier (« Quelles sont les conséquences réelles ? », « Cela peut-il attendre ? »...).

En cas d'avulsion, l'urgence vraie est posée, le patient immédiatement convoqué, et les conseils suivants prodigués : tenir la dent par la couronne, ne pas brosser, transporter dans du lait, ou de la salive, ou une solution saline.

Examen et traitement

Lors de l'examen, il faut donner priorité aux fractures faciales : voies aériennes, gestion neurologique, contrôle de l'hémorragie, tétanos. Ensuite, examiner tissus durs et mous oraux. Lors de l'examen radiologique, il convient de réduire l'exposition de $\frac{1}{4}$ et de prendre aussi des clichés des lèvres et de la langue à la recherche de corps étrangers (brackets...). Plusieurs clichés par dent sont nécessaires pour mettre en évidence une fracture radiculaire.

En cas d'exposition pulpaire, on tentera de préserver la vitalité qui améliore le pronostic de 90% (Csek). L'hydroxyde de calcium est utilisé en cas de pulpectomie partielle afin d'inhiber les clastes.

Dans les cas de luxation, il convient de replacer la dent et l'immobiliser au moyen d'une attelle en fil TTS et des plots de composite ; il faut toutefois laisser en fonction pour éviter l'ankylose.

On sait que 62% des dents avulsées réimplantées vont se résorber (Andreason). Néanmoins, il faut le tenter. Ôter le caillot alvéolaire au moyen d'une irrigation saline, puis réimplanter immédiatement si l'avulsion a moins de 60 minutes ou si la dent a été correctement conservée. Au delà de 60 minutes, plonger d'abord la dent dans du fluor topique. La contention passive en fil de nylon flexible ne doit pas dépasser 10 jours. Ne pas procéder à l'endodontie immédiatement car une revascularisation est possible.

Ne pas sauver la dent peut avoir du sens, lorsque la fracture n'est pas restaurable, lorsque le pronostic est mauvais ou lorsque l'occlusion n'est pas mature. ■

Succès de foule chez OmegaSoft

OmegaSoft Wallonie a invité tous les dentistes dans son site de Spy, pour des portes ouvertes dentisterie qui se tenaient les 23, 24 et 25 octobre derniers.

Au programme : des conférences de la banque ING (conseils en pension pour les indépendants), Materialise (société spécialisée en logiciel pré-implantaire) et bien entendu Omegasoft qui a présenté son nouveau programme de dentisterie « Baltes ».

Une exposition avait rejoint l'événement, grâce à la présence de stands informatifs de Lamoral, JJ Maes Sygma, Medibridge, ING et l'omniprésent OmegaSoft.

Une excellente occasion de rendre visite au staff de cette société informatique du groupe OmegaPharma, et de faire le point sur son développement et ses projets d'avenir.

*> Propos recueillis par
Thierry VANNUFFEL, LSD*

Le JOD — Monsieur Dereau, d'où vient la motivation d'OmegaSoft à créer ce « DentaExpo » ?

Michel Dereau — Nous fournissons des professionnels en matériel professionnel. C'est donc important pour nous d'aller à la rencontre de nos clients pour cerner leurs besoins et leur présenter nos solutions. Les expositions en règle générale nous le permettent, comme le Dentex par exemple. Mais comme ce dernier n'a pas lieu cette année, nous avons voulu corriger le tir en mettant sur pied cet événement et en y associant d'autres sociétés avec lesquelles nous entretenons de bonnes relations, notamment celles qui, comme la nôtre, font partie du groupe OmegaPharma.

Accueillir les clients dans nos propres locaux à cette occasion revêt pour nous un caractère essentiel : ceux-ci peuvent se rendre compte du visage humain et du dynamisme qui se cachent derrière un grand groupe.

Le but de ces portes ouvertes n'est donc pas d'organiser un salon de vente. Nous voulons surtout réaliser une opération de relations publiques pour montrer que notre société possède une

identité.

Le JOD — Précisément, quelle est cette identité qui se cache derrière la « société anonyme » ?

Michel Dereau — OmegaSoft Wallonie est une société informatique francophone belge, installée près de Namur, qui crée de l'emploi wallon : nous approcherons les 90 personnes dans très peu de temps. Bien entendu, notre entreprise est présente en Belgique et, à ce titre, nos développements sont nationaux. Nos produits embrassent tout le monde médical : pharmaciens, médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux, ophtalmologues, vétérinaires, dentistes et opticiens. Bref, nous travaillons

dans l'ensemble des métiers de la santé ; ces métiers sont cependant très différents et nous écoutons toujours les clients de manière à leur apporter la solution logicielle la meilleure pour leur activité.

Le JOD — À propos de solutions logicielles, Monsieur Sneyers, la fonction des logiciels en dentisterie Superdent et Grafo est annoncée.

**Notre société
possède
une identité**



*De g. à dr. : Michel Dereau
(Directeur commercial),
Guy Sneyers (Responsable
du développement)
et Philippe Gailly
(Directeur technique)*

pour le premier « DentaExpo »

Quels en seront les points forts ?

Guy Sneyers — Le but de cette fusion, qui porte le nom de « Baltes », est de rassembler les meilleures fonctionnalités des deux produits, mais aussi d'en offrir de nouvelles.

Citons notamment :

- une intégration maximale aux évolutions de Windows
 - la possibilité d'une version client-serveur pour les plus grands réseaux, garantissant stabilité, rapidité et sécurité
 - une intégration plus complète des différents systèmes d'imagerie
 - deux interfaces à disposition : l'une optimisée sur la rapidité d'encodage, l'autre sur l'exhaustivité des données
 - une nouvelle comptabilité
 - l'e-mail intégré, avec gestion automatique du courrier au sein de la fiche du patient
 - l'échange de données entre praticiens disposant du même logiciel
 - un éditeur de texte totalement intégré dans le programme
 - la possibilité de générer des rappels par SMS
 - des fonctionnalités beaucoup plus complètes pour les pratiques spécialisées en parodontologie, endodontie, orthodontie et implantologie
 - un album photo dans la fiche du patient
 - la disponibilité d'un dossier médical informatisé sur base des informations communiquées par le Ministère de la Santé
 - la liaison effective entre le logiciel et la carte SIS, ainsi que les systèmes de paiement Mister Cash et proton
- De plus, il s'agit d'un programme entièrement bilingue.

Le JOD — **Combien d'utilisateurs vont-ils être concernés par cette évolution, et selon quelles modalités ?**

Guy Sneyers — Nous comptons environ 1.600 sites équipés de Superdent ou Grafo, ce qui représente bien davantage de praticiens en raison des

multi-postes et des réseaux.

Ce marché est appelé à connaître encore de nombreux développements, d'autant que les Autorités s'y intéressent de très près. Naturellement, les normes ne sont pas encore entièrement connues — elles ont tendance à devenir de plus en plus lourdes au fil du temps — mais OmegaSoft dispose de la capacité technologique pour y répondre.

Michel Dereau — Pour les clients existants, le passage vers ce nouveau programme sera accessible grâce à une promotion qui sera proposée jusque fin décembre 2003 au prix de 500,- EUR hors TVA, plus installation et formation. Des conditions très attractives, vu l'ensemble des nouvelles fonctionnalités !

Le JOD — **Et vous, Monsieur Gailly, vous êtes en quelque sorte l'homme de la situation pour les difficultés techniques ?**

Philippe Gailly — (*rires*) En effet ! C'est le service technique qui traite les problèmes qui ne peuvent être résolus par téléphone. Les techniciens qui y travaillent peuvent résoudre rapidement et de manière professionnelle tous les problèmes, qu'ils soient dus au système ou au logiciel. La formation continue qu'ils s'imposent n'y est pas étrangère : se recycler, voilà le secret pour être à la hauteur de toutes les dernières technologies ! Mais cela, ce n'est pas aux dentistes que je vais l'apprendre... ■

Contacts

OmegaSoft Wallonie
Parc Scientifique Crealys
Rue Camille Hubert 23
5032 Les Isnes

Tél.: 081/40.70.12
Fax : 081/40.70.70
dentiste@omegasoft.be





Bulletin (ou copie) à renvoyer complété au COD asbl
BP 1091, 6000 Charleroi 1 ou par fax au 071 33 38 05

Inscriptions

**Un bulletin
par participant
SVP**

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

1. Inscription(s)

Je m'inscris selon les modalités suivantes :

- MÉDECINE DENTAIRE PÉDIATRIQUE - Dental Thema Day (13/12/2003)**
CHARLEROI CEME - 8h30-17h30 - 40 UA sd 5

- Base 1 X 180 = EUR
- Frais en cas d'inscription et/ou règlement après le 3/12/2003 + 40 = EUR

Montant de base = EUR

2. Réduction

- Je suis «conjoint/collaborateur»⁽¹⁾ ou «jeune/étudiant»⁽²⁾, donc je bénéficie d'une réduction de 5% EUR

⁽¹⁾ Nom du conjoint ou collaborateur inscrit :

⁽²⁾ Année du diplôme et université :

⁽¹⁾ et ⁽²⁾ Voir conditions en page 5 du programme 2003 (JOD édition spéciale de janvier 2003)

Total à régler = EUR

3. Règlement

- Je verse ce jour cette somme sur le compte 001-3545567-02 du Collège d'Omnipratique Dentaire ASBL
- Ci-joint un chèque barré de ce montant
- Veuillez charger ma carte de crédit 

  N° exp. /

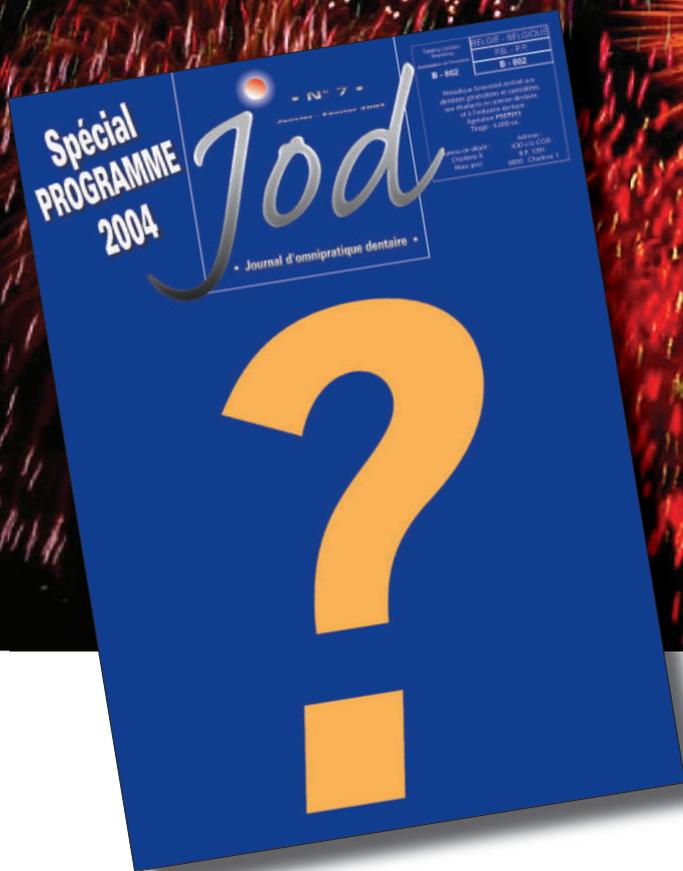
Nom & prénom du titulaire figurant sur la carte :

4. Validation

Date :

Signature :

Vivement le 12 janvier !



Les fusées du Nouvel An ne seront pas encore refroidies lorsque paraîtra le tout nouveau programme 2004 du COD, le 12 janvier prochain.

De quoi recommencer la fête ! Car vous serez à nouveau choyés pour l'année qui s'annonce : conférenciers internationaux, sujets qui collent à votre pratique quotidienne, nouvelles villes et salles de congrès plus vastes...

Et, naturellement, les « marques de fabrique » du COD continuent : aucune cotisation, et réduction-fidélité super-avantageuse !

Avouez qu'il serait imprudent d'aller payer quoi que ce soit ailleurs, avant de découvrir tout ce que le COD fera pour vous en 2004.

Alors, surveillez votre boîte aux lettres et soyez parmi les premiers à dévorer le JOD n°7 Spécial Programme 2004.

Facile à reconnaître : il est tout bleu !

Le COD
Ma formation continue