

La productivité et l'éthique

Jacques Vermeulen, Florence Acquier-Demes

Responsable scientifique : Geneviève Wagner (23 novembre)

Un cabinet dentaire, c'est aussi une entreprise ! Il se doit donc d'être productif pour proposer un plateau technique de qualité, absorber une demande importante (notamment dans les zones où il y a un manque d'offre de soins dentaires), offrir un environnement propice à la réalisation de soins de qualité dans un cadre le plus agréable possible aux patients... La productivité visée doit se faire dans l'intérêt du patient et oblige donc à mener une réflexion éthique pour être atteinte.

Les intervenants, Jacques Vermeulen et Florence Acquier-Demes, ont abordé la prise en charge des patients selon un modèle productif en adéquation avec les enjeux éthiques inhérents aux soins dentaires : gestion de l'urgence, information du patient, consentement éclairé, qualité de soins, optimisation de la prise en charge en tenant compte du temps de trajet du patient... Pour ce faire, les intervenants ont exposé un modèle de prise en charge rigoureux, balisé et fonctionnel puisqu'ils le mettent effectivement en place au quotidien.

Tout débute par une mise au point. Ils nous expliquent en effet que hormis la gestion d'une urgence dentaire – le plus souvent douloureuse – qui aboutit à la réalisation d'une prescription ou d'un acte permettant de soulager le patient, la simple consultation dentaire est assez rare. Par exemple, lorsqu'un patient vient pour un détartrage ou un rescellage de couronne, ce n'est pas une consultation. De même un bilan dentaire complet ne saurait être une consultation selon les intervenants puisqu'il nécessite du temps pour échanger avec le patient, réaliser des examens cliniques et radiographiques voire des moulages d'études, de mener une véritable réflexion pour élaborer un plan de traitement comprenant d'éventuelles alternatives thérapeutiques.

Ceci posé, **voici le modèle de prise en charge proposé par les intervenants. Dès le premier contact lors d'une consultation d'urgence, ou par téléphone lorsque le patient appelle, ou encore sur une plateforme de prise de rendez-vous en ligne, le patient est informé que toute demande de prise en charge débute par un long premier rendez-vous de bilan dentaire complet (avec entretien médical, photos, radios, empreintes) au cours duquel aucun soin ne sera réalisé, sauf en cas d'urgence bien sûr. Une enveloppe forfaitaire pour ce bilan est d'emblée annoncée au patient.**

Le premier rendez-vous de *bilan initial global* qui a pour but de sceller l'alliance thérapeutique dans le cadre d'un véritable colloque singulier doit permettre d'informer le patient, de l'écouter, de réaliser un examen clinique dentaire complet (dent par dent, secteur par secteur, parodontie, tissus mous...). Tout est consigné par écrit pour que ce premier rendez-vous aboutisse à l'élaboration d'un document clair, complet et compréhensible comprenant photos, radio panoramique, observations cliniques, diagnostics, solutions thérapeutiques envisageables chiffrées, et remis au patient lors d'un second rendez-vous une semaine plus tard.

Chaque proposition thérapeutique est détaillée. Les étapes du plan de traitement (extractions, délais de cicatrisation, traitements, ROG, endodonties, traitement implantaire, prothèse...) sont présentées associées à leurs durées. Si le patient demande des choses auxquelles le praticien n'adhérerait pas, par exemple la pose d'implants dans un contexte de parodontite non traitée, on expliquera pourquoi on passe par une prothèse de transition ou amovible partielle, le temps de stabiliser la parodontie. Il est important de proposer des solutions alternatives,

même si on n'est pas prêt à le faire soi-même, quitte à orienter le patient vers un confrère. On associe également des fiches techniques pour informer le patient. C'est capital. Il faut donc des éléments clairs.

Le patient devra alors valider son plan de traitement, c'est-à-dire le comprendre pour y adhérer. C'est le plan de traitement qui doit guider les séances vers le résultat projeté. C'est le cahier des charges du patient, nous explique J. Vermeulen. Il doit être validé, donc compris, et signé par le patient. Pour ce qui est de la valorisation de ce bilan initial global, les intervenants rappellent qu'il existe des codes CCAM NPC pour valoriser ces actes avec tact et mesure en fonction du temps passé. Quant au dossier complet réalisé, il doit être remis au patient en lui précisant oralement qu'il est remis à titre gracieux et le conférencier conseille de préciser au patient : *Maintenant, c'est à vous de choisir car il s'agit de votre bouche. Réfléchissez bien et revenez vers nous quand vous aurez pris votre décision.* Le dossier est remis en le tendant symboliquement à deux mains précise-t-il.

Une fois le plan de traitement validé et signé, vient le temps l'exécution des actes. Pour rendre ce temps productif il faut être bien assisté, organiser les séances de soins en regroupant les actes, donner des rendez-vous longs et déléguer les tâches administratives, conseillent les intervenants.

Regrouper les actes permet en effet de limiter le matériel utilisé ainsi que les consommables jetables. Cela réduit les flux dans le cabinet – ce qui est important en cette période de pandémie – et minimise l'utilisation des instruments, donc réduit le nombre de cycles de stérilisation. Enfin, cela diminue l'empreinte carbone quand les patients

doivent faire de nombreux kilomètres pour venir. Toutefois ce regroupement d'actes nécessite des rendez-vous longs. En outre les rendez-vous courts ne permettent pas d'avoir un taux horaire compatible avec une bonne productivité nous expliquent les intervenants. *Regrouper des actes réalisés en six rendez-vous pour les effectuer en un rendez-vous présente une vraie différence, même si l'acte est codé pareil. En regroupant les actes on optimise le temps de travail et on améliore la productivité. Cela permet de rentabiliser le coût du plateau technique.*

Enfin, à ceux qui craignent les annulations des longs rendez-vous, le Dr Vermeulen donne un ultime conseil. *Il y a 4 choses impératives à faire pour éviter les annulations : le patient doit avoir signé le devis, versé un acompte, signé un consentement éclairé, et avoir un dossier médical complet.* Selon lui, lorsqu'un rendez-vous n'est pas honoré c'est qu'il manque au minimum un de ces points.

Après quelques échanges avec le public, les intervenants ainsi que la responsable de séance ont conclu en rappelant qu'il est tout à fait possible de mener une activité de qualité et productive dans le respect de l'éthique de notre profession. ■

Michael Allouche



Obturation endodontique : un objectif, des choix ?

Jacob Amor, Guillaume Jouanny

Responsable scientifique : Jean-Philippe Mallet (mercredi 24 novembre)



L'introduction de la conférence avait été faite par Jacob Amor, cependant du fait d'un problème de transport (on remercie la RATP), seule la partie sur l'obturation canalair, le choix des biocéramiques de Guillaume Jouanny sera retranscrit ci dessous.

1974 est l'année de sortie d'un des articles-références en endodontie : *Cleaning and Shaping the Root Canal de Schilder.*

Il y développe le principe de la mise en forme correspondant au type de matériau d'obturation canalair où le foramen apical doit être maintenu le plus petit possible, c'est-à-dire à un diamètre de 25 µm.

Avant, le principe était d'augmenter la conicité de manière importante sans trop augmenter le diamètre apical. Cela a plusieurs conséquences :
- augmenter la conicité améliore le remplacement de la solution d'irrigation ;

- les instruments à forte conicité ne peuvent pas préparer les canaux ovales ;
 - à diamètre apical équivalent l'augmentation de la conicité induit une élimination augmentée de dentine ce qui fragilise la dent.
- Quoiqu'il advienne, placer l'aiguille à 2/3 mm de l'apex assure une bonne irrigation.

Le concept Minimale Invasive Dentistry peut aussi s'appliquer à l'endodontie sans s'opposer à l'optimum biologique. C'est ainsi qu'actuellement, on assiste à un **changement de philosophie où l'on tend à augmenter le diamètre apical tout en limitant le degré de conicité.**

Il est décrit dans la littérature (*Meyer et al, 2006*) qu'il existe une **rétraction de la gutta-percha à chaud d'environ 7 %**. C'est pourquoi la technique d'obturation guidait la forme de préparation notamment avec la technique de condensation verticale à chaud. Maintenant, c'est l'inverse : **la forme de préparation doit guider la technique d'obturation.**

On assiste donc au retour de la monocone à froid (ou plutôt condensation hydraulique à froid) de mais avec un ciment d'obturation canalair différent.

Dans les ciments hydrauliques à base de silicate de calcium il existe deux classes. Les ciments à base de Ciment de Portland (MTA) et leurs dérivés que l'on appelle **ciments biocéramiques de nouvelles générations**. Ces biocéramiques sont dépourvues d'aluminium et sont à base de trisilicate de calcium. Pour rappel, le MTA possède de nombreuses applications cliniques : conservation pulpaire, apexification, réparation des perforations, chirurgie endodontique, résorptions (**Fig. 1**).

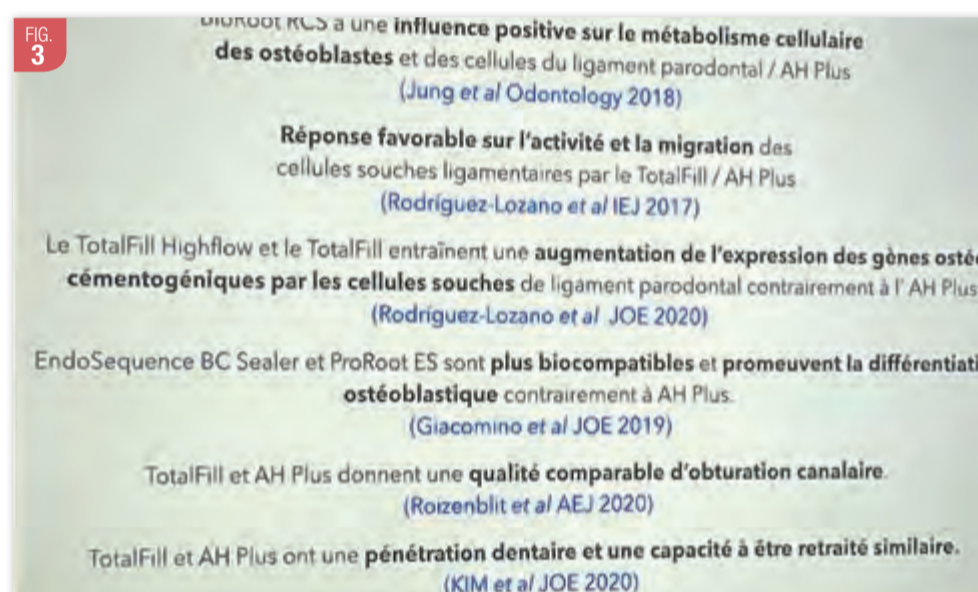
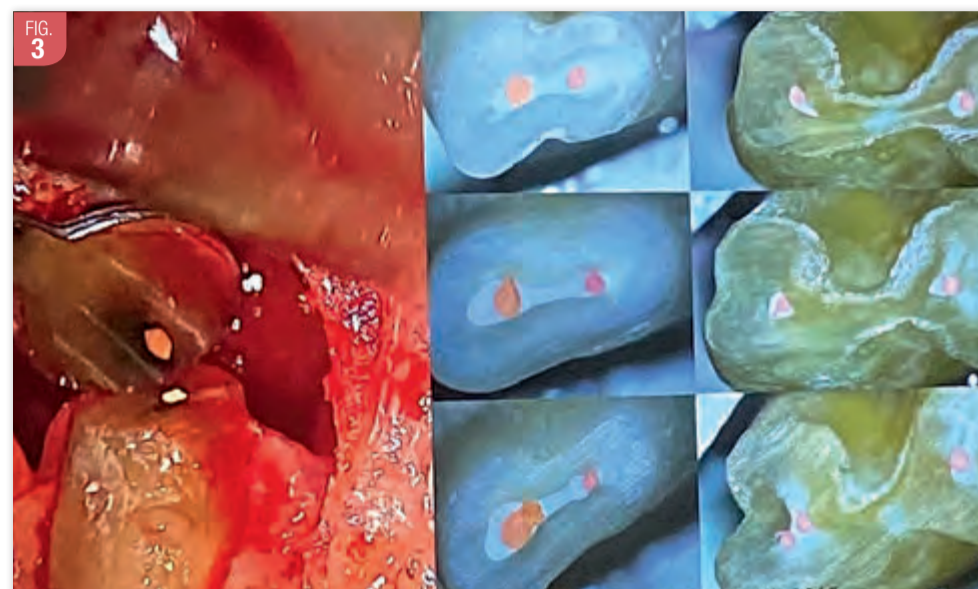
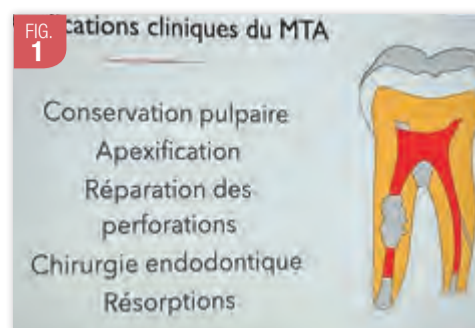
Les biocéramiques ont pour propriétés d'être **hydrophile, d'adhérer chimiquement et mécaniquement à la dentine, de former de l'hydroxyapatite** et de posséder une **légère expansion de prise** (0,01 %).

NOTRE EXPERTISE AU SERVICE DE VOTRE PRATIQUE

WWW.DEXTER.FR



ADF 2021 : séances choisies



Il existe actuellement **deux véritables biocéramiques sur le marché** : le **TotalFill BC Sealer** FKG (en seringue « prémixée ») et le **BioRoot RCS** Septodont (en mélange poudre liquide). Le TotalFill a pour avantage d'être plus reproductible dans sa consistance mais a pour inconvénient d'être (beaucoup) plus onéreux (Fig. 2).

Ce n'est donc plus la gutta qui remplit l'espace, mais le ciment ! La gutta n'est là que pour maintenir le ciment et guider un éventuel retraitement endodontique (Fig. 3).

En comparaison avec les ciments gold standard zinc eugénoles, les biocéramiques possèdent une **stabilité dimensionnelle supérieure**, une **adhésion grâce aux ions calcium**, une **meilleure biocompatibilité** avec une absence de cytotoxicité et une **activité anti microbienne intéressante avec un pH** qui monte à 12 pendant la prise. Enfin, les biocéramiques sont bioactifs c'est-à-dire qu'elles ont la capacité à entraîner une réponse cellulaire favorable aidant la guérison d'une lésion (plusieurs études entre 2017 et 2020) et ce même en présence d'un dépassement (Fig. 4).

La grosse limite des biocéramiques reste le retraitement. Dans la partie du canal où la gutta-percha est présente, le retraitement est similaire aussi bien avec un ciment traditionnel que biocéramique. Cependant, si la partie apicale d'un canal est obturée seulement au ciment biocéramique, il est presque impossible de venir retraiter. Quid donc des endos où la gutta est trop courte à l'apex ? Seule la **chirurgie endodontique** est alors envisageable.

Comme il a été expliqué précédemment les biocéramiques ont pour avantages d'être simples, rapides et utilisables dans toutes les situations cliniques. **Le problème majeur reste leur coût.** En effet, le prix d'un **gramme d'AH Plus coûte 5 euros** contre **200 euros le gramme de biocéramique** soit 4 fois plus que le gramme d'or (50 euros) ! Il est intéressant de préciser qu'il faut **presque 10 fois plus de ciment biocéramique que de ciment traditionnel pour une obturation.**

La séance s'est terminée par un échange entre les conférenciers et le public.

Voici quelques réponses :

- en cas de perforation, le ciment biocéramique est alors utilisé pour obturer la perforation et le canal de manière conventionnelle ;
- la présence de canal latéral non obturé ne provoque pas de réaction inflammatoire au niveau du parodonte ;
- la résistance au retrait (tug back) n'est pas forcément nécessaire car on vient placer le cône et non le bloquer ;
- pour les 2/3 coronaire ou pour des canaux larges, il ne faut pas hésiter à rajouter des cônes. ■

Léonard Sebbag

