



HAL
open science

Mise en place d'une pratique implantaire dans un cabinet d'omnipratique

Florent Cossou

► **To cite this version:**

Florent Cossou. Mise en place d'une pratique implantaire dans un cabinet d'omnipratique. Chirurgie. 2021. dumas-03705911

HAL Id: dumas-03705911

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03705911v1>

Submitted on 27 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

***POUR OBTENIR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

Ecole de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Mise en place d'une pratique implantaire
dans un cabinet d'omnipraticque.***

Présentée par

COSSOU Florent

Né le 11/11/1992
à Marseille

Thèse soutenue le **16 décembre 2021**

Devant le jury composé de

Président : Professeur LE GALL Michel

Assesseurs : Docteur ROCHE-POGGI Philippe

Docteur GIRAUD Thomas

Docteur FERRE Enzo

THÈSE

**POUR OBTENIR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

Ecole de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Mise en place d'une pratique implantaire
dans un cabinet d'omnipraticque.***

Présentée par

COSSOU Florent

Né le 11/11/1992
à Marseille

Thèse soutenue le **16 décembre 2021**

Devant le jury composé de

Président : Professeur LE GALL Michel

Assesseurs : Docteur ROCHE-POGGI Philippe

Docteur GIRAUD Thomas

Docteur FERRE Enzo

ADMINISTRATION

Doyens Honoraires

Professeur	Raymond SANGIUOLO ⁺
Professeur	Henry ZATTARA
Professeur	André SALVADORI
Professeur	Jacques DEJOU

Directeur

Professeur	Bruno FOTI
------------	------------

Directeurs adjoints

Professeur	Michel RUQUET
Professeur	Anne RASKIN

Chargés de missions

Formation Initiale	Professeur	Michel RUQUET
Recherche	Professeur	Anne RASKIN
Formation Continue	Professeur	Frédéric BUKIET

Relations Internationales	Professeur	Hervé TASSERY
Internat et Diplômes d'études spécialisées	Professeur	Virginie MONNET-CORTI
Affaires générales	Docteur	Patrick TAVITIAN

Responsable Administrative

Madame	Katia LEONI
--------	-------------

PROMOTIONS :

2019 Raymond SANGIUOLO
2020 Gaston BERGER
2021 Joseph MIGOZZI

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric (58-01)
FOTI Bruno (58-02)
LE GALL Michel (56-01)
MONNET-CORTI Virginie (57-01)
RASKIN Anne (58-01)
RUQUET Michel (58-01)
TARDIEU Corinne (56-01)
TARDIVO Delphine (56-02)
TASSERY Hervé (58-01)
TERRER Elodie (58-01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad (65)

PROFESSEURS EMERITES

DEJOU Jacques
HUE Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard (58-01)	LAN Romain (56-02)
BANDON Daniel (56-01)	LAURENT Michel (58-01)
BELLONI Didier (57-01)	LAURENT Patrick (57-01)
BOHAR Jacques (56-01)	MAILLE Gérald (58-01)
CAMOIN Ariane (56-01)	MENSE Chloé (58-01)
CAMPANA Fabrice (57-01)	PHILIP-ALLIEZ Camille (56-01)
CATHERINE Jean-Hugues (57-01)	POMMEL Ludovic (58-01)
GAUBERT Jacques (56-01)	PRECKEL Bernard-Éric (58-01)
GIRAUD Thomas (58-01)	RÉ Jean-Philippe (58-01)
GIRAUDEAU Anne (58-01)	ROCHE-POGGI Philippe (57-01)
GUIVARC'H Maud (58-01)	STEPHAN Grégory (58-01)
JACQUOT Bruno (58-01)	TAVITIAN Patrick (58-01)
LABORDE Gilles (58-01)	TOSELLO Alain (58-01)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES

Angeline ANTEZACK (57-01)

BALLESTER Benoît (58-01)

BLANCHET Isabelle (58-01)

CASAZZA Estelle (58-01)

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI Hala (56-01)

ARNIER Canelle (56-01)

BAUDINET Thomas (58-01)

BRINCAT Arthur (57-01)

BROS Agnès (56-01)

CHIARINI Thomas (58-01)

DUMAS Cathy (57-01)

DUPRAT Florence (56-01)

FAURE-BRAC Mathias (57-01)

FERRE Enzo (58-01)

FOUQUES Agathe (56-01)

LAURENT Camille (58-01)

LIOTARD Alicia (58-01)

MADENIAN Pauline (58-01)

MANSUY Charlotte (58-01)

MARCHAL Paul (58-01)

MARTIN William (56-01)

ONGHENA Tom (56-01)

PASCHEL Laura (58-01)

PILLIOL Virginie (58-01)

RAYNAUD Camille (58-01)

ROMAO Vincent (57-01)

VEILLARD Pierre (56-01)

ASSISTANT DES UNIVERSITES ASSOCIE

GRINE Ghilès (57-01)

Intitulés des sections CNU :

56^{ème} section : Développement, croissance et prévention

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale

56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale

57^{ème} section : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie Orale

57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

58^{ème} section : Réhabilitation orale

58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

À notre Président du jury,

*Monsieur le **Professeur Michel Le Gall**,*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre gentillesse, ainsi que pour l'enseignement que vous m'avez procuré pendant mes études. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères.

À notre directeur de thèse,

*À Monsieur le **Docteur Philippe Roche-Poggi**,
ce fut un immense plaisir de partager la conception de cette thèse à vos côtés. Je souhaite vous remercier pour votre disponibilité, vos conseils et votre implication dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir accompagné tout au long de mes études, et plus particulièrement lors de ma dernière année de clinique. Votre pédagogie, votre patience et votre sympathie font de vous un enseignant hors pair. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.*

*À Monsieur le **Docteur Thomas Giraud**,*

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury. Je tiens à vous remercier pour votre gentillesse, pour votre accompagnement lors de ma première année de clinique et pour l'enseignement que vous m'avez offert tout au long de mes études. Je garde un excellent souvenir de mes années d'apprentissage à vos côtés.

*À Monsieur le **Docteur Enzo Ferre**,*

Il y a quelques années, c'était à vos côtés que je devais faire face à un jury. C'est aujourd'hui un honneur de pouvoir me retrouver face à vous. Je vous adresse mes amitiés les plus sincères.

Mise en place d'une pratique implantaire dans un cabinet d'omnipratique

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	LE CABINET D'OMNIPRATIQUE.....	2
	II.1 Généralités sur l'omnipratique.....	2
	II.1.2 Les omnipraticiens.....	2
	II.1.3 Les monopraticiens.....	3
	II.2 Organisation générale d'un cabinet d'omnipratique ne pratiquant pas la chirurgie implantaire.....	4
	II.2.1 Les différentes zones du cabinet.....	4
	II.2.2 Les pièces indispensables.....	5
	II.2.3 L'agencement des pièces indispensables.....	5
	II.3 L'équipe soignante.....	9
	II.3.1 Le rôle de l'assistante dentaire.....	9
	II.4 L'ergonomie.....	10
	II.5 L'optimisation des flux.....	11
III.	CONDITIONS DE REALISATION DES ACTES D'IMPLANTOLOGIE.....	12
	III.1 La salle d'intervention.....	13
	III.1.1 Salle d'intervention spécifique ou adaptée :.....	13
	III.1.2 Organisation générale de la salle de soin spécifique (ou salle de chirurgie).....	13
	III.2 L'équipement de la salle d'intervention.....	16
	III.3 Les systèmes de filtration.....	18
	III.3.1 Le traitement de l'eau.....	18
	III.3.2 Le traitement de l'air.....	18
	III.4. Le traitement des sols et des surfaces.....	20
	III.5. Le bionettoyage.....	20
IV.	LES DIFFERENTS TEMPS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE.....	22
	IV.1 Organisation pré-opératoire.....	22
	IV.2 Organisation per-opératoire.....	23
	IV.3. L'accompagnement et les procédures post opératoires.....	25
	IV.3.1 La traçabilité.....	25
V.	LA DEMARCHE D'INTRODUCTION D'UNE PRATIQUE IMPLANTAIRE AU SEIN DU CABINET.....	26
	V.1 Envisager le projet professionnel.....	26
	V.1.1 La demande implantaire au sein du cabinet.....	26

V.1.2 La possibilité du local	26
V.2 Les bénéfices de la mise en place d'une pratique implantaire au sein du cabinet	27
VI. LES COUTS RELATIFS A LA MISE EN PLACE D'UNE PRATIQUE IMPLANTAIRE DANS UN CABINET D'OMNIPRATIQUE.....	28
VI.1 Répartition des coûts d'un cabinet dentaire	28
VI.1.1 Le coût de fonctionnement du cabinet.....	28
VI.1.2 Les charges directes fixes et variables	29
VI.2 Les formations	29
VI.2.1 Les formations du chirurgien-dentiste.....	29
VI.2.2 Les formations pour l'assistant(e) dentaire	32
VI.3. Les assurances professionnelles	33
VI.4 Le plateau technique en implantologie	33
<i>VI.4.1 Coût d'aménagement de la salle d'intervention</i>	<i>34</i>
<i>VI.4.2 Coût du matériel d'implantologie</i>	<i>34</i>
VI.5 Le Coût d'une intervention	36
VII. DISCUSSION	38
VIII. CONCLUSION	43
LISTE DES FIGURES.....	44
LISTE DES TABLEAUX.....	44
BIBLIOGRAPHIE	I

I. Introduction

L'implantologie est aujourd'hui une discipline incontournable dans l'exercice de la chirurgie dentaire.

Depuis plus d'une vingtaine d'années, différents facteurs se sont conjugués pour faire évoluer la demande de soins amenant à des exigences esthétiques et fonctionnelles croissantes ainsi qu'à une prise en charge axée sur la préservation tissulaire et le respect du « gradient thérapeutique ».

Remplacer une dent en évitant toute mutilation directe des dents voisines apparaît alors comme la solution de choix pour le remplacement des dents perdues, lors de réhabilitations de plus ou moins grandes étendues.

Née il y a près de 40 ans, l'implantologie moderne a permis de développer les différentes techniques actuelles mettant à disposition des solutions fiables, durables et reproductibles, et sa pratique autrefois réservée à des spécialistes s'élargit peu à peu à de nouveaux praticiens qui intègrent l'implantologie à leur pratique quotidienne.

La mise en place d'une activité implantaire dans un cabinet d'omnipraticien s'est alors largement démocratisée.

Cette mise en place impose un plateau technique ainsi que des compétences spécifiques ; ceci amène le praticien à un investissement personnel et financier assez lourd. Comme nous le verrons, il sera à adapter en fonction des pratiques et des différents cabinets.

Les différentes étapes de cette mise en place au sein d'un cabinet d'omnipraticien seront développées dans notre travail.

II. Le cabinet d'omnipratique (1)

II.1 Généralités sur l'omnipratique

Légalement, les seules spécialités établies aujourd'hui sont l'orthodontie et la chirurgie orale.

L'omnipraticien par définition, reçoit une formation multidisciplinaire et devrait théoriquement être capable de réaliser les procédures des différents champs d'activité de la chirurgie dentaire (dentisterie restauratrice, endodontique, chirurgicale, parodontale, prothétique, occlusale, pédodontique...) ; le cadre de l'omnipratique dentaire est donc extrêmement vaste...

Il est évident qu'un omnipraticien ne peut prétendre maîtriser tous les procédures nécessaires à la prise en charge d'un cas complexe et multidisciplinaire ; en revanche, il se doit de connaître les indications et les modalités cliniques afin de pouvoir orienter le patient vers des spécialistes lorsqu'il ne bénéficie pas du plateau technique nécessaire ou que ses compétences sont dépassées par la technicité de la thérapeutique envisagée (il est comparable à un médecin généraliste pour la médecine).

Il convient donc de souligner qu'au sein de la même palette de procédures techniques de base, chaque praticien est contraint de faire des choix en se fixant ses propres « normes », sa propre pratique de l'art dentaire en lien direct avec les limites de ses compétences dans les diverses disciplines précédemment évoquées.

Pour mettre en évidence cette diversité d'exercices, distinguons deux familles de praticiens parmi les non-spécialistes (2):

- *Les « omnipraticiens »* : qui si l'on s'attache au sens d'universalité que recouvre le préfixe « omni », maîtrisent toutes les procédures que présentent les actes de chirurgie dentaire.
- *Les « monopraticiens »*, experts d'une famille d'actes limités et que la profession désignerait comme des spécialistes, à tort.

II.1.2 Les omnipraticiens

Un chirurgien-dentiste présentant une pratique incluant toutes les disciplines présentées par la chirurgie dentaire est rare, et l'omnipraticien au sens propre du terme serait donc plutôt une exception.

Les omnipraticiens représentent sans doute la majorité des chirurgiens-dentistes, leur pratiques sont polyvalentes et touchent de façon globale toutes les disciplines de la chirurgie dentaire, mais ne sont en revanche ni uniformes ni universelles et nous dévoilent une diversité d'exercices qui semble être directement liée à différents facteurs, tels que :

- *L'ergonomie, l'équipement et l'organisation générale du cabinet :*

Prenons l'exemple d'un chirurgien-dentiste exerçant sans assistante dans son cabinet, ce dernier sera alors contraint d'adresser les actes nécessitant une aide opératoire pour un travail à quatre mains (avulsions, implantologie...).

- *L'implantation géographique du cabinet et sa patientèle :*

En effet, il semble évident qu'un dentiste localisé en zone « défavorisée » aura plus de mal à développer une pratique implantaire qu'un dentiste exerçant dans une zone plus « aisée » et dont la patientèle pourra répondre plus favorablement à la remise de devis assez onéreux.

- *Les compétences du chirurgien-dentiste :*

Prenons maintenant l'exemple d'un chirurgien-dentiste ne maîtrisant pas les techniques de chirurgies pré-implantaires, ce praticien devra adresser ses patients vers un spécialiste s'il envisage la mise en place d'un implant dans une zone nécessitant un sinus-lift par exemple, alors qu'un autre chirurgien-dentiste formé à ces techniques sans pour autant avoir une pratique exclusive pourra réaliser toutes ces procédures au sein de son cabinet.

Ce sont donc les propres compétences du chirurgien-dentiste, variables d'une discipline à l'autre et d'un praticien à un autre qui l'orienteront à proposer des soins en lien avec sa propre expertise.

Un omnipraticien ne peut en aucun cas prétendre maîtriser toutes les procédures nécessaires à la prise en charge d'un cas complexe et multidisciplinaire.

Il convient donc de souligner qu'au sein de la même palette de procédures techniques de base, chaque praticien est contraint de faire des choix en se fixant ses propres « normes », sa propre pratique de l'art dentaire en lien direct avec les limites de ses compétences dans les diverses disciplines précédemment évoquées.

II.1.3 Les monopraticiens

Ils sont peu nombreux, et significativement regroupés dans les grandes villes.

Ils ont développé une expertise particulière et présentent une pratique exclusive ne touchant pour la plupart que les actes rattachés à une seule discipline (implantologie, parodontologie, endodontie, pédodontie, occlusodontie...).

Ces praticiens ont une activité d'excellence, ciblée, et interviennent de façon plus ou moins ponctuelle pour des opérations précises, sur des patients qui sont pour la plupart adressés par des confrères.

Il existe autant de « spécialités » que de disciplines présentées dans l'exercice de la chirurgie dentaire, ces monopraticiens sont par exemple les endodontistes, spécialisés dans les traitements canalaires et disposant d'un microscope pour des interventions de haute précision, les pédodontistes spécialisés dans la prise en charge des enfants pouvant envisager l'administration de MEOPA lors des soins, ou la prise en charge des patients sous anesthésie générale ; ou d'autres praticiens ayant dédié l'intégralité de leur activité à l'interprétation de radiographies dentaires allant jusqu'à en développer une pratique exclusive.

En résumé, les monopraticiens sont des praticiens spécialisés dans certaines disciplines, c'est à eux que l'omnipraticien adresse les cas les plus complexes lorsque la thérapeutique envisagée dépasse les limites de sa propre expertise ou qu'elle impose un plateau technique trop spécifique.

II.2 Organisation générale d'un cabinet d'omnipratique ne pratiquant pas la chirurgie implantaire (3)

Lors de la conception d'un cabinet, il est primordial de :

- Déterminer le type d'exercice désiré : omni-pratique, chirurgie, pédodontie, ou autres, car la conception et l'organisation d'un cabinet sera différente et adaptée aux demandes et contraintes de chaque discipline (nous nous intéresserons dans ce travail au cabinet d'omnipratique).
- Considérer les aspects réglementaires (normes) de l'organisation d'un cabinet dentaire répertoriés dans le « guide d'installation des cabinets dentaire, aspects réglementaires et conseils de l'ADF, réactualisé en 2017 ».
- Considérer objectivement la surface disponible.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente, il est difficile de donner la « bonne » organisation tant l'exercice peut être variable d'un cabinet à l'autre ; en revanche, il nous est possible de proposer une organisation « type » en regroupant les principaux espaces retrouvés dans un cabinet d'omnipratique.

II.2.1 Les différentes zones du cabinet

Sur un plan plus médical, le cabinet dentaire est organisé en trois zones distinctes en se basant sur la détermination de zones fonctionnelles :

- **La zone « active », comprenant :**

- La ou les salles de soins.
- La salle de stérilisation.
- La salle de stockage des déchets contaminants.
- Si elles existent, la salle de radiologie, de prophylaxie et le laboratoire.

C'est la zone où se concentre la plus grande partie de l'activité de l'équipe soignante et où le niveau d'hygiène y est le plus élevé.

- **La zone « passive », comprenant :**

- La salle d'attente.
- Si elles existent, les différentes salles de repos.
- La salle d'eau / les toilettes.

C'est la zone dans laquelle l'équipe soignante aura le moins d'activité et où le niveau d'hygiène y est le moins élevé.

- **La zone « semi-active », comprenant :**

- Le secrétariat.
- Le bureau du praticien.
- La salle des équipements.

C'est une zone faisant le lien entre deux zones de niveau d'hygiène et d'activité différentes (zone « active » et zone « passive »). Cette division du cabinet dentaire sera en accord avec le respect des normes d'hygiènes, ainsi que des principes ergonomiques de base.

II.2.2 Les pièces indispensables

Nous distinguerons dans cette organisation, des pièces indispensables :

- Le secrétariat : zone d'accueil.
- La salle d'attente.
- Le bureau du praticien.
- La salle de soin.
- La salle de stérilisation.
- La salle de repos pour l'équipe soignante (obligatoire à partir d'un salarié).
- La salle d'eau / les toilettes.
- La salle de stockage des déchets contaminants.
- La salle des équipements.

Nous distinguerons en second lieu, des pièces « facultatives », qui s'intégreront plus ou moins facilement dans un cabinet en fonction des objectifs et des moyens de chaque praticien, on cite ainsi :

- La salle de radiologie.
- La salle de laboratoire.
- La salle de prophylaxie.
- La salle de repos pour les patients.

II.2.3 L'agencement des pièces indispensables :

L'ergonomie du cabinet passe par une organisation architecturale stricte, nous détaillerons l'agencement général des pièces principales du cabinet.

- Le secrétariat : zone d'accueil :

C'est la tour de contrôle de la zone administrative, il représente la première image et donc la première impression que se feront les patients du cabinet et du praticien.

- Sa position : il doit être près ou en face de la porte d'entrée.
- Son accès : il doit être facile et direct pour les patients (aucun meuble ou obstacle).
- Son architecture : il sera généralement aménagé sous la forme d'un comptoir situé près ou en face de la porte d'entrée.

Il dispose de plusieurs zones :

- Une première zone pour l'accueil des patients (avec accessibilité handicapés).
- Une seconde pour la programmation des rendez-vous.
- Une dernière pour le paiement des honoraires.

- **La salle d'attente :**

La salle d'attente sera adaptée en fonction du type de cabinet et du type de patientèle. Elle devra être lumineuse, calme, sans odeurs de « dentiste », et sans bruits (insonorisation par rapport à la salle de soin et la salle des équipements par exemple).

- Sa position : elle doit être près de l'accueil, mais fermée (les discussions de l'accueil doivent être privées).
- Son accès : il se fait directement depuis l'accueil.
- Son architecture : on admettra un minimum de 7 m² pour un praticien, et 3 m² par praticien supplémentaires.

- **La salle de soin et le bureau du praticien :**

Le bureau du praticien et la salle de soins apparaissent comme deux entités complémentaires et indissociables : pourquoi ?

Lorsqu'un chirurgien-dentiste rencontre un patient pour la première fois, il se doit de le recevoir dans un endroit « neutre ». Il faut que le patient autorise petit à petit le praticien à entrer dans sa bulle « intime » et il est donc impératif de l'accueillir dans un premier temps à un bureau. Nous pouvons avoir soit 2 salles séparées, soit une salle de soin suffisamment grande pour y intégrer un bureau.

Le bureau du praticien :

- Sa position : dans la salle de soin, ou dans une pièce située entre la salle d'attente et la salle de soin.
- Son accès : il se fait directement par le couloir.
- Son architecture : elle est variable, nous admettons un minimum de 5 m² s'il est séparé de cette salle de soin.

La salle de soins :

Elle comprend un fauteuil, un plan de travail, un ou deux sièges (un pour le praticien et un pour l'assistante dentaire) et des meubles pour le stockage du matériel.

- Sa position : à proximité de la salle de stérilisation et de la salle d'attente.
- Son accès : il se fait directement par le couloir du cabinet.
- Son architecture : une superficie de 9 à 12m² suffit.

- **La salle de stérilisation :**

Elle est le centre névralgique de toute l'organisation de notre cabinet. Il faut bien séparer 2 zones dans une salle de stérilisation :

- Une pour la salle, dite « contaminée ».
- Une pour le propre, dite « protégée ».

Ces deux zones sont séparées par une zone de contrôle de propreté qui doit s'effectuer à la loupe, afin de s'assurer de la bonne propreté des instruments qui changent de zone.

Elle doit contenir au moins :

- Un autoclave.
- Deux lavabos.
- Un bac à ultrason.
- Un séchoir.
- La salle de stérilisation doit également contenir une soudeuse pour conditionner les emballages stériles.

Toute l'organisation du circuit de stérilisation doit permettre de respecter le principe de « marche en avant », la superficie de la salle de stérilisation est donc un impératif majeur lors de l'aménagement d'un cabinet.

- Sa position : elle est à proximité de la salle de soin et visible par les patients.
- Son accès : il se fait directement par la salle de soin, ou par le couloir du cabinet.
- Son architecture : une superficie minimale de 10 m² doit être respectée, la superficie doit bien évidemment être adaptée en fonction du nombre de salles de soin du cabinet.

- ***La salle des équipements :***

Elle accueillera notamment les moteurs d'aspiration et le compresseur, cette pièce devra être aérée pour éviter toute surchauffe des dispositifs.

L'isolation sonore sera également un élément important car les différents équipements peuvent générer des nuisances significatives.

- Sa position : elle sera isolée le plus possible des zones d'activité du cabinet.
- Son accès : il se fait directement par le couloir.
- Son architecture : elle est variable, une superficie de 4 m² minimum sera respectée.

- ***La salle d'eau :***

L'aménagement de la salle d'eau ne doit pas être pris à la légère dans un cabinet dentaire car un grand nombre de patients sera amené à se brosser les dents avant les soins. Cette salle est également importante après les soins si nous n'avons pas de crachoir au fauteuil.

Une salle d'eau propre et spacieuse renvoie une image positive du cabinet dentaire et pourra également être utilisée comme une salle de prophylaxie.

Cette salle d'eau peut également présenter des toilettes, bien que des toilettes séparées seront privilégiées si l'espace au sien du cabinet nous le permet.

Sa position : elle est idéalement située entre la salle d'attente et la salle de soin.

Son accès : il se fait directement par le couloir.

Son architecture : elle est variable en fonction du nombre de salle de soins, compter un minimum de 6 m² pour un praticien.

- ***La salle de repos :***

Elle est obligatoire à partir d'un employé, et doit permettre à l'équipe soignante de s'isoler du reste du cabinet pour déjeuner, téléphoner ou simplement se reposer durant la journée. Elle doit être lumineuse et aménagée afin de créer un endroit chaleureux dans le cabinet.

Sa position : elle sera isolée le plus possible des zones actives du cabinet.

Son accès : il se fait directement par le couloir.

Son architecture : elle est variable en fonction du nombre de praticiens et d'employés, compter un minimum de 10 m² pour une équipe soignante de 2 à 4 personnes.



Figure 1 : Exemple de cabinet d'omnipratique monopraticien (4).

II.3 L'équipe soignante

Au fil du temps, l'évolution de la dentisterie entraîne la complexification des actes cliniques et l'apparition de nouvelles contraintes toujours plus nombreuses pour le praticien lors de son exercice.

Ces différentes contraintes (techniques, administratives, sociales...), et normes (normes de qualité, de traçabilité ou d'asepsie) amènent le chirurgien-dentiste à déléguer les tâches ne relevant pas exclusivement de ses compétences techniques (soins).

Il existe toujours des praticiens réticents à l'idée de travailler avec une assistante dans leur cabinet, mais il semble aujourd'hui difficilement envisageable de pratiquer des soins de qualité dans une ergonomie de travail cohérente en travaillant seul. (5)

II.3.1 Le rôle de l'assistante dentaire (6) (7) (8) :

Bien que les rôles ne soient pas uniformes et peuvent varier d'un cabinet à l'autre, nous avons pu regrouper les principaux enjeux du travail d'une assistante dentaire :

- La gestion du temps :

Des études montrent qu'un dentiste travaillant seul dédie plus de la moitié de son temps à des tâches ne relevant pas exclusivement de ses compétences et pouvant être déléguées.

Employer une assistante dentaire comporte un investissement financier mais il permet au chirurgien-dentiste d'augmenter sa présence au fauteuil et de ce fait d'augmenter le nombre d'actes réalisés chaque jour. En fonction de la situation, l'emploi d'une assistante à temps partiel peut être cohérent pour un praticien ne pouvant pas envisager une hausse significative de son activité malgré le gain de temps évoqué.

- Une présence physique au cabinet :

Quel que soit le domaine professionnel, rares sont les personnes qui se disent heureuses de travailler seules. S'ajoutant à ce facteur social, la présence de l'assistante au cabinet aura de nombreux intérêts :

- Assurer l'accueil et l'information des patients.
- Assurer la prise en charge des appels téléphoniques.
- Assurer la prise de rendez-vous tout au long de la journée.

Par ailleurs, la présence de l'assistante est pour beaucoup un signe positif, et augmente l'image de marque du cabinet.

- L'hygiène :

Il est inconcevable d'imaginer un cabinet dentaire dans lequel une hygiène stricte et rigoureuse ne serait pas respectée. L'hygiène passe tout d'abord par une chaîne de stérilisation efficace et une organisation de travail garantissant le respect des règles d'asepsie tout au long de cette chaîne.

Il est donc difficile pour un chirurgien-dentiste de consacrer des pauses pour le travail de stérilisation entre les patients, tout en gérant les différentes tâches imposées par son activité.

Ces chirurgiens-dentistes réalisent pour la plupart la stérilisation du matériel le soir, le matériel souillé reste donc immobile dans la salle de stérilisation augmentant le risque de contamination bactérienne et faisant baisser le niveau d'asepsie globale au sein du cabinet.

- *L'augmentation de la technicité des soins :*

Certains soins sont facilement envisageables sans aide opératoire, en revanche lorsque la technicité devient plus élevée, le travail à 4 mains devient rapidement une nécessité. Une aide opératoire est donc indispensable à l'évolution de la pratique d'un chirurgien-dentiste souhaitant réaliser des soins de technicité et de qualité supérieure.

- *La diminution du niveau de stress :*

Des études nous montrent que le stress est un facteur majeur de complications pour le chirurgien-dentiste (soins bâclés, climat tendu avec les patients, burnout...).

Une assistante ne peut en aucun cas prétendre faire disparaître totalement le stress lié à l'activité d'un praticien, mais en lui permettant de se consacrer exclusivement à son activité et en le déchargeant de toutes les tâches rentrant dans le cadre de l'exercice d'une assistante dentaire elle peut y contribuer largement.

- *La relation de confiance et de connivence avec le patient :*

L'assistante joue également un rôle d'intermédiaire entre le praticien et le patient, et inversement. Elle peut si nécessaire prendre plus de temps avec les patients pour leur réexpliquer un devis ou une thérapeutique ou les accompagner dans des démarches administratives avec leurs mutuelles par exemple.

Elle entretient une relation parfois plus « intime » avec la patientèle d'un cabinet et de ce fait, peut jouer un rôle important dans le recueil des informations. En effet, il n'est pas rare de voir des patients confier des informations personnelles importantes à l'assistante alors qu'ils n'osaient pas le faire directement auprès du chirurgien-dentiste (difficultés financières par exemple). Ce recueil d'information amène à une meilleure prise en charge des patients par toute l'équipe soignante.

En résumé, une assistante dentaire est une alliée indispensable pour le chirurgien-dentiste, elle permet au praticien de s'épargner les tâches non « techniques », améliorant ainsi l'ergonomie de travail globale et permettant au praticien de se concentrer sur l'essentiel de son métier que sont les soins dentaires.

II.4 L'ergonomie

Dans la littérature, l'ergonomie se définit comme : « l'adaptation d'un environnement de travail (outils, matériel, organisation, etc...) aux besoins de l'utilisateur ».

Dans un cabinet dentaire, nous pourrions définir l'ergonomie comme étant l'agencement et l'adaptation du cabinet dentaire pour qu'il soit conforme, confortable et efficace à moindre coût (physique, psychique ou économique). Il faut bien sûr imbriquer ergonomie et organisation car ces deux valeurs sont primordiales au sein d'un cabinet dentaire car nous pouvons être organisés sans pour autant être ergonomiques.

Mais alors, pourquoi l'organisation et l'ergonomie sont-elles si importantes dans un cabinet et quels sont les objectifs à atteindre ?

L'objectif principal de toute cette organisation est : **l'efficience.**

L'efficacité se définit comme étant la « capacité d'un individu ou d'un système de travail à obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné ». Au sein du cabinet, l'efficacité sera la capacité à être efficace à moindre coût.

D'après les études de Kilpatrick en 1972, les méthodes d'ergonomie au sein du cabinet dentaire reposent sur 8 grands principes :

- Éliminer : il est essentiel de libérer l'espace autour du champ opératoire et d'éliminer tout le matériel inutile à l'opération.
- Combiner : afin de réduire les mouvements, il faut privilégier la combinaison des instruments lorsque celle-ci est envisageable (un seul instrument peut nous servir à réaliser plusieurs types de soins).
- Redistribuer : il faut évaluer la nécessité de redistribuer certains éléments s'ils posent des problèmes de circulation ou de fonctionnement au sein du cabinet.
- Simplifier : c'est la clef de voûte de l'ergonomie, entre deux méthodes de fiabilité identique il faut choisir la plus facile et la plus rapide.
- Automatiser : il faut automatiser les actes au maximum afin de réduire le temps consacré à des opérations simples mais répétitives.
- Éviter le gaspillage, à tous les niveaux (temps, matériel, consommables...).
- Déléguer : il faut savoir déléguer le travail ne relevant pas uniquement de nos propres compétences (assistante prothésistes...).
- Codifier les procédures : cette codification peut s'illustrer par la mise en place d'un code couleur dans la gestion des rendez-vous de l'agenda par exemple.

II.5 L'optimisation des flux

Comme nous l'avons vu précédemment, la position de chaque pièce doit être réfléchie et adaptée. Cette position nous renvoie à l'un des objectifs de l'ergonomie au cabinet qui est l'optimisation des flux.

Les flux de base au sein du cabinet dentaire sont :

- Pour le praticien et l'assistante :

accueil → salle d'attente → salle de soin → stérilisation → accueil

- Pour le patient :

accueil → salle d'attente → salle de soin → accueil

Cette optimisation visera à réduire au maximum les déplacements de l'équipe soignante, et à permettre une circulation facile et rapide des patients.

L'optimisation des flux passe par le regroupement des pièces par zones (actives, semi-actives, et passives) et met en place des règles de circulation strictes en simple circuit (le double circuit étant à proscrire) avec une application des règles d'hygiène pour tout le personnel dans le concept de la marche en avant.

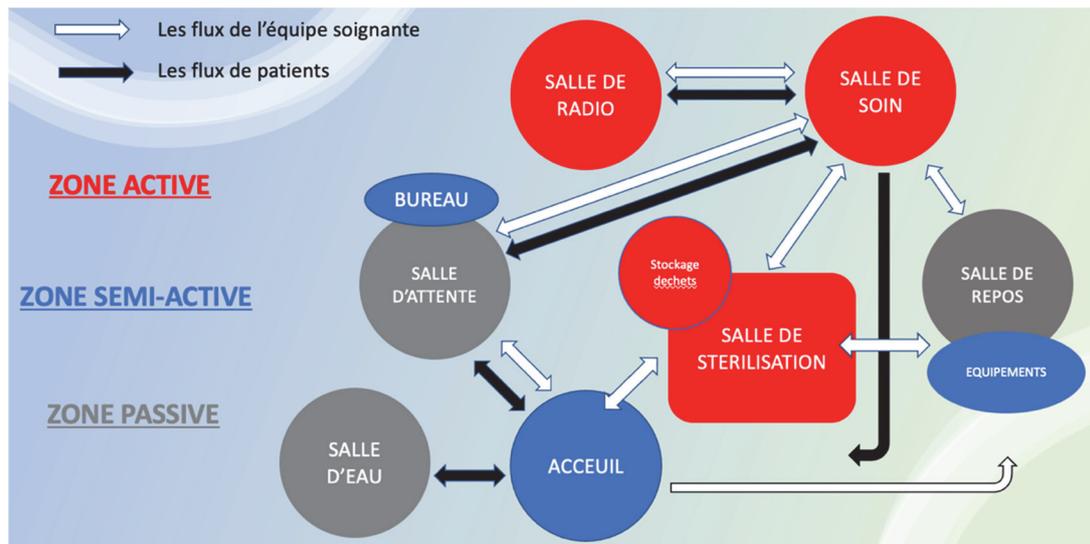


Figure 2 : Optimisation des flux (schéma personnel).

Comme nous allons le développer, la pratique de l'implantologie doit trouver sa place dans l'organisation générale du cabinet afin de permettre au praticien d'évoluer dans des conditions optimales, et de maintenir l'efficacité de son activité.

III. Conditions de réalisation des actes d'implantologie

L'implantologie imposant un plateau technique et des conditions de réalisation spécifiques, l'intégration de cette pratique au sein du cabinet d'omnipraticque doit-être en accord avec tous les principes ergonomiques précédemment évoqués.

Actuellement, seuls trois documents de référence évoquent les conditions de réalisation des actes d'implantologie. Le rapport édité par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006 concernant les actes de pose d'implants intrabuccaux dans le traitement des agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares chez l'enfant, précise qu'un environnement, qu'un plateau technique adéquat et qu'une équipe spécifique sont nécessaires pour pratiquer ces interventions de pose d'implant (9).

Par ailleurs, un guide édité par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2006 : Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie précise que la pratique de la chirurgie implantaire ne paraît pas nécessiter des conditions d'asepsie d'une salle d'opération (10).

Cependant plusieurs auteurs estiment souhaitable de disposer d'une salle particulière pour ce type d'actes. La chirurgie peut être faite dans un cabinet dentaire dans les conditions d'hygiène et d'asepsie conformes aux règles de bonnes pratiques et aux précautions standards pour un acte invasif avec projections de liquides biologiques. Il apparaît donc nécessaire de préciser l'environnement technique minimal requis afin de réaliser des chirurgies de pose d'implant dans des conditions de sécurité adaptées.

Compte-tenu du manque de littérature scientifique dans le domaine, en 2008 ces guides ont servi de support à la HAS pour élaborer un rapport. A partir de ce document, les conditions de réalisation des actes de chirurgie implantaire dans un cabinet d'omnipratique ont pu être établies (11).

III.1 La salle d'intervention (11)

III.1.1 Salle d'intervention spécifique ou adaptée :

Si beaucoup aimeraient pouvoir qualifier leur salle de chirurgie de « bloc opératoire », les normes draconiennes qui régissent le bloc opératoire au sens réel du terme impliquent l'intervention d'un ingénieur biomédical compétent et des matériels homologués "bloc opératoire hospitalier" ; et leur mise en place devient alors beaucoup trop complexe et onéreuse pour la pratique des actes de chirurgie-dentaire (12).

Nous distinguerons alors deux types de salles d'intervention dans lesquelles il est envisageable de réaliser des actes de chirurgie implantaire :

- La salle d'intervention **spécifique**, proche du « bloc opératoire » et réservée spécifiquement aux actes de chirurgie.

Cette salle permet de rationaliser les actes de chirurgie sans avoir à tout réorganiser dans le cabinet, elle permet un confort d'organisation, une gestion aisée des normes d'hygiène et un gain de temps significatif lors de chaque intervention. Une salle d'intervention spécifique est également un atout majeur dans l'image de marque du cabinet.

- La salle de soin **adaptée**, qui est une salle de soin aménagée de façon ponctuelle lors de la pratique des actes de chirurgie.

Cette dernière fait débat car elle laisse apparaître des difficultés d'organisation, entraînant une perte de temps significative dès-lors qu'il est nécessaire de réaménager la salle de soin avant chaque acte de chirurgie implantaire.

Bien que cet aménagement soit acceptable il n'apporte pas la même réponse aux normes d'asepsie qu'une salle de soins spécifiques et ne respecte pas à ce jour les données acquises de la science (ce qui peut alors être reproché en cas de litige).

Ces règles font partie du code de déontologie de la profession (articles 3-1 et 62) et des recommandations d'instances officielles comme la DGS (Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et stomatologie).

III.1.2 Organisation générale de la salle de soin spécifique (ou salle de chirurgie)

Concernant l'architecture, une salle de soin destinée à la chirurgie implantaire doit présenter plusieurs zones distinctes regroupées en une seule unité immobilière :

- **Un sas**, isolant la salle d'intervention du reste du cabinet :

Le sas est donc situé entre deux zones d'environnement et de qualités aseptiques différentes et séparé de celles-ci par des portes à commandes automatiques.

Les portes coulissantes seront préférées aux portes battantes afin de limiter la création de flux d'air ou tout incident lors de la circulation des différents intervenants (plateau qui se renverse lorsque la porte s'ouvre par exemple).

On admettra une surface d'environ 2,5 m² pour le sas de la salle de soin spécifique, en précisant qu'il est important qu'il fasse au moins 1 m 20 de profondeur.

On retrouvera dans ce sas une zone d'induction, destinée à la préparation et à la mise en condition du patient avant la chirurgie, nous aménagerons donc des rangements pour les accessoires d'intervention non stériles, comme les sur-chaussures, les charlottes, les masques... Nous retrouverons également une zone de préparation chirurgicale permettant la réalisation d'un lavage chirurgical des mains de chaque intervenant.

- **Une salle d'intervention :**

Il n'y a pas de normes particulières quant à la surface de cette pièce (on admettra une surface minimum de 10 m²) tant que celle-ci permet la disposition de tout le matériel nécessaire à la chirurgie sans perturber la circulation et l'ergonomie de travail de l'opérateur.

Attention, il ne doit pas y avoir de surfaces inutiles et une salle d'intervention trop grande entrainera un contrôle de l'aérocontamination plus compliqué de par l'augmentation du volume aérien, ainsi qu'une charge de travail supplémentaire lors des étapes de bionettoyage.

Dépasser 15 m² pour une salle d'intervention ne présente donc aucune utilité.

- **Une stérilisation spécifique :**

Si les surfaces et les moyens le permettent, une salle de stérilisation spécifique est conseillée pour la stérilisation du matériel de chirurgie. Elle permet d'isoler les instruments de chirurgie utilisés pour des actes plus invasifs de ceux utilisés pour les actes d'omnipratique et facilite le respect des normes d'asepsie générale du cabinet.

On admettra un minimum de 10 m² pour cette salle de stérilisation.

III.2 L'équipement de la salle d'intervention (11)

Afin de répondre aux règles d'hygiène ainsi qu'à une ergonomie de travail cohérente, seul le matériel indispensable à la réalisation de la chirurgie sera présent dans la salle lors de l'intervention, on cite ainsi :

- *Le fauteuil patient :*

Le fauteuil « porte patient » n'aura pas besoin d'être sophistiqué, il est en revanche nécessaire que celui-ci soit confortable, fonctionnel et ergonomique. Ce fauteuil présentera des commandes électriques contrôlables aux pieds afin d'éviter toutes manipulations en tenue stérile. Il doit être revêtu de surfaces lisses, sans joints et résistantes aux traitements désinfectants. Il est possible de recouvrir le fauteuil de housses à usage unique.

- *La table, ou « pont » transthoracique :*

Elle est indispensable à une bonne ergonomie de travail tout au long de l'intervention. La hauteur de la table doit être réglable et contrôlable aux pieds pour l'adapter à chaque patient et à chaque situation clinique.

- *Les tabourets opérateur et assistante :*

Bien que nombreux chirurgiens préfèrent réaliser leurs interventions debout, le siège opérateur a su trouver sa place dans de nombreuses salles d'intervention et notamment lors des opérations de longue durée. Il doit être confortable et ergonomique, là aussi un système de commandes aux pieds est essentiel.

- *Le chariot porte-moteur :*

Un chariot est nécessaire pour supporter le moteur d'implantologie. Ce chariot doit pouvoir être déplacé aisément grâce à des roulettes.

- *Le dispositif d'aspiration :*

Le système le plus adapté en implantologie est constitué d'une pompe à vide avec un ou deux bouches destinés à recevoir des poches de collecte à usage unique incinérables. La pompe à vide doit être équipée d'un filtre bactériologique au niveau de la sortie d'air. Le dispositif d'aspiration est un point essentiel en chirurgie implantaire ; en effet les systèmes conventionnels retrouvés sur un fauteuil d'omnipratique entraînent la stagnation des fluides. Le développement de microorganismes sera donc favorisé à l'intérieur des tuyaux, pouvant être une source de contamination bactérienne majeure lors de nos interventions.

- *Le négatoscope / écran :*

Un négatoscope ou un écran sont essentiels dans la salle d'intervention afin de visualiser les clichés radiologiques au cours de l'intervention. Il doit être placé verticalement et fixé au mur, si possible à proximité de l'opérateur et encastré pour faciliter son nettoyage.

- *L'éclairage :*

L'éclairage de la salle d'intervention est soumis aux normes ISO 9680 et DIN67505 qui définissent une intensité lumineuse en fonction des zones (opératoire, de bureau, de travail et de circulation).

L'éclairage opératoire est assuré par un scialytique et celui du reste de la salle est assuré par une lumière ambiante.

L'usage d'un scialytique seul est tout à fait exclu (norme européenne EN 12464.1).

- *Le bac à déchets et la poubelle :*

Le bac à déchets doit être accessible et permet d'évacuer les déchets à risque infectieux (DASRI) comme les matériels souillés lors de l'intervention (compresses, fils de suture, etc...).

Un conteneur spécial pour les objets piquants, tranchants, coupants (OPTC) tels que les lames de bistouri et les aiguilles, sera également présent à proximité de la zone d'intervention.

La poubelle permet de jeter l'ensemble des emballages lors de l'installation de la salle d'intervention et là aussi une commande au pied est préférable.

- *Le tube à rayons X :*

Des clichés radiologiques permettent au chirurgien-dentiste de contrôler la mise en place de l'implant dans l'os et doivent être réalisés après chaque intervention, cependant, la présence du tube à rayons X dans la salle d'intervention ne semble pas indispensable et ces clichés pourront donc être réalisés dans une autre salle.

Si elle existe, l'ensemble de l'installation radiologique doit être conforme à la réglementation de radioprotection en vigueur, imposant un aménagement plus lourd de la salle d'intervention (murs de plomb par exemple).



Figure 4 : Exemple de salle de chirurgie (collection personnelle du Dr Lehmann).

III.3 Les systèmes de filtration (11)

III.3.1 Le traitement de l'eau :

Précisons tout d'abord qu'il n'existe pas d'obligations autres que celle d'utiliser de l'eau potable dans un cabinet dentaire. En revanche, plusieurs catégories d'eau de « qualités » différentes seront distinguées en fonction des actes réalisés et des usages, nous distinguerons ainsi :

- les eaux ne subissant aucun traitement : l'eau du réseau (eau potable).
- les eaux stériles conditionnées.
- les eaux traitées (filtrées).
- les eaux « techniques ».

Seules les eaux stériles et filtrées nous intéresseront lors de la réalisation des actes de chirurgie implantaire.

Les eaux stériles auront un intérêt direct tout au long de la chirurgie, elles constituent l'irrigation chirurgicale et seront nécessaires au refroidissement des contres angle lors de l'intervention. Conditionnée sous la forme de « poches » de contenance différentes, elles seront placées au niveau de la potence du chariot ou du moteur d'implantologie.

Les eaux filtrées seront nécessaires au lavage chirurgical des mains.

Cette eau filtrée sera obtenue par la mise en place d'un filtre terminal de 0,2 µm au niveau de la zone de lavage chirurgical du sas.

Les eaux « techniques » (osmosées, déminéralisées, adoucies) seront elles destinées aux autoclaves, machines à ultrasons...

Quant à elles, les eaux ne subissant aucun traitement peuvent être utilisées pour l'entretien des surfaces et des locaux, le nettoyage manuel de l'instrumentation ou le lavage simple des mains.

L'eau est donc essentielle au fonctionnement d'un cabinet dentaire, et plus spécifiquement de la salle d'intervention, mais elle peut également constituer un facteur de contamination majeur et nous impose d'identifier et d'évaluer les risques sanitaires liés. A noter qu'un contrôle bactériologique peut être effectué pour évaluer la qualité des installations.

III.3.2 Le traitement de l'air :

L'air est vecteur de nombreux germes et constitue une source potentielle de contamination bactérienne au sein de la salle d'intervention.

Il peut être contaminé par différentes sources :

- Les micro-organismes portés par l'homme ou par des particules : il s'agit de **l'aérocontamination**.
- Les émanations chimiques toxiques ou non provenant des produits chimiques utilisés : il s'agit de **la contamination chimique**.

Dans une salle de chirurgie, il sera alors envisageable de mettre en place un dispositif de filtration d'air. Le plus répandu est le filtre HEPA (High Efficiency Particulate Air). Ce filtre permet la filtration de 99,97% des impuretés contenues dans l'air ainsi que toutes les particules d'une taille supérieure à 0,3 µm qu'il contient.

Ces filtres ne présentent aucune donnée scientifiquement validée et de ce fait ne sont pas obligatoires dans une salle de chirurgie dentaire, en revanche, ils constituent un moyen supplémentaire non négligeable pour combattre le risque de contamination bactérienne lors des actes de chirurgie.

D'autres paramètres interviennent également dans la maîtrise de l'aérobio-contamination comme l'ergonomie interventionnelle, le renouvellement de l'air ou le traitement des surfaces qui sont à prendre en compte :

- *L'ergonomie interventionnelle :*

Dans une salle de chirurgie, l'homme est le principal vecteur et producteur de microorganismes. Le nombre de personnes présentes dans une salle de chirurgie a donc une réelle influence sur l'aérobiocontamination et il est recommandé de limiter ce nombre au strict minimum nécessaire à l'opération.

Il est également nécessaire de limiter les mouvements (allées et venues) des personnes au sein de la salle d'intervention, ainsi que de limiter les conversations pouvant être elles aussi être un vecteur potentiel de microorganismes.

- *Le renouvellement de l'air :*

Lorsqu'elles existent, l'ouverture des fenêtres avant chaque intervention permet de renouveler l'air de la salle de chirurgie. A défaut de fenêtres, un système d'aération et de renouvellement d'air sera nécessaire.

- *Le traitement des surfaces :*

La contamination de l'air dépend également de la nature et de l'état des surfaces de la salle de chirurgie. Un traitement spécifique et une désinfection stricte est nécessaire afin de limiter le nombre de micro-organismes présents et de ce fait limiter le risque d'aérobiocontamination.

Nous ajouterons qu'il est préférable dans la mesure où la température le permet, de réduire le fonctionnement des appareils de climatisation ou de les arrêter durant les interventions.

En effet, n'ayant pas de filtres bactériologiques, ils constituent un risque de contamination non négligeable.

Pour conclure, nous admettons qu'un traitement spécifique de l'air n'est donc pas impératif pour la réalisation de chirurgies implantaires, en revanche, la maîtrise de ces différents paramètres est un point important dans la recherche d'une asepsie optimale.

A noter que des contrôles bactériologiques de l'air par des appareils manuels simples ou réalisés par des instituts spécialisés peuvent permettre de vérifier la qualité de l'air de la salle d'intervention.

Depuis peu, des dispositifs de filtration d'air équipés de lampes UV trouvent également leurs places dans les salles d'opération. Ces dispositifs viennent compléter les systèmes précédemment évoqués et seront notamment efficaces contre le virus de la Covid-19.

III.4. Le traitement des sols et des surfaces (11)

La salle de chirurgie doit répondre à des impératifs en termes de revêtements des sols, de revêtements muraux et de plans de travail afin de permettre un nettoyage efficace.

Le revêtement des sols doit être résistant à l'usure et doit permettre un entretien aisé, il doit également être dissipateur afin de ne pas se charger en électricité statique lors du frottement et ainsi diminuer les risques d'adhésion bactérienne.

Les revêtements de type « vinyl » ou « résine » seront recommandés (attention aux sols trop fragiles qui seront vite abimés par les roulettes des chariots de la salle de chirurgie).

Les revêtements muraux doivent être lessivables et doivent pouvoir supporter un essuyage humide ainsi que l'application de détergents désinfectants nécessaire au bionettoyage de la pièce.

Avant tout traitement du sol et des surfaces de la salle, il sera impératif de vérifier que le matériel soit en bon état de fonctionnement ainsi que de retirer tout le matériel préalablement désinfecté qui ne sera pas nécessaire pour la prochaine chirurgie (le matériel utilisé sera nettoyé et désinfecté après chaque intervention).

Tout ce qui ne pourra pas être retiré devra être isolé à l'aide de champs stériles durant les opérations.

III.5. Le bionettoyage (11)

Des principes de base sont à respecter pour la réalisation d'une désinfection des sols et des surfaces, et nous imposent également de respecter un ordre logique lors des différentes étapes de cette désinfection :

- commencer par les locaux les moins contaminés.
- aller du propre vers le sale et de haut en bas.
- toujours nettoyer avant de désinfecter.

Le bionettoyage vise à réduire la contamination des surfaces et des sols. Il se réalise soit en un seul temps en employant un produit détergent-désinfectant, soit en trois temps en utilisant successivement un détergent du commerce, un rinçage puis un désinfectant. La technique du bionettoyage en un seul temps est à privilégier.

- *Le nettoyage :*

Le but du nettoyage est d'obtenir un état de propreté visible à l'œil nu.

Il s'effectue à l'aide d'un détergent, les surfaces seront nettoyées mais non désinfectées (concept de propreté macroscopique).

Le nettoyage seul sera réalisé lors de la technique de bionettoyage en trois temps.

- *La désinfection :*

La désinfection des surfaces (meubles, murs, sols) vise à supprimer les micro-organismes et obtenir une propreté non plus macroscopique, mais microscopique. Elle se réalise par pulvérisation de produits désinfectants agissant par contact et présentant un effet rémanent sur des surfaces préalablement nettoyées.



Figure 5 : Exemple de chariot destiné au bionettoyage (11).

IV. Les différents temps d'une intervention chirurgicale (11)

La mise en place d'une activité implantaire entraîne une modification de la prise en charge de nos patients, et plus particulièrement lors de la phase chirurgicale.

Il est impératif d'intervenir chez des patients éduqués sur le plan de l'hygiène bucco-dentaire, le cas échéant une flore bactérienne parodontale ou carieuse compromettrait la bonne réalisation des actes d'implantologie.

L'ensemble des soins nécessaires devront être réalisés avant la chirurgie afin de diminuer la flore pathogène intra-buccale.

IV.1 Organisation pré-opératoire

Les patients se présentant pour une chirurgie implantaire seront souvent plus anxieux que lors des actes de routine (peur de la chirurgie, peur de la douleur, peur des suites opératoires...). Cette gestion du stress passe premièrement par un accueil rassurant, le patient doit se sentir accompagné dès son entrée dans le cabinet et ce jusqu'à sa sortie. Nous serons attentifs aux éventuelles questions précédant l'intervention ainsi qu'au respect de la prescription préopératoire remise au patient à la séance précédente.

Le temps d'attente étant favorable à une augmentation de l'anxiété, nous veillerons à ce qu'il soit le plus court possible avant l'opération.

- L'installation de la salle :

Cette installation doit être réalisée par le praticien et son assistante en tenue aseptique, et s'effectue avant l'arrivée du patient.

Il faut réunir dans la salle d'intervention tout le matériel nécessaire à la chirurgie, ainsi que des instruments de rechange éventuels afin de limiter toute sortie de l'assistant.

La mise en place des radiographies sur le négatoscope doit également être effectuée lors de cette étape.

La table de chirurgie recevra l'instrumentation stérile indispensable à l'intervention, il s'agit de la boîte de chirurgie, la trousse spécifique à l'intervention, des canules d'aspiration stériles à usage unique et du champ de tête.

Le tout sera recouvert d'un champ stérile qui servira de champ de corps pour le patient.

Une deuxième table sera également préparée dans cette zone et comportera les instruments stériles dans leurs emballages fermés, qui pourront être utiles au cours de l'intervention.

Cette table comportera également les implants et matériaux, leurs emballages seront ouverts au dernier moment.

Une troisième table ou chariot sera mis en place afin de supporter le moteur chirurgical qui sera désinfecté et posé sur un champ stérile ; cette table recevra le micromoteur et les cordons stériles.

Des gaines stériles seront placées sur le système d'aspiration, sur les connexions au moteur et sur la poignée du scialytique si ces dernières ne peuvent supporter une stérilisation par autoclave.

Les instruments sont rangés selon le programme opératoire. Ils doivent être déballés de leur deuxième emballage stérile au moment de leur utilisation ; les instruments ensachés ne doivent pas être manipulés au-dessus de la table.

Ces derniers seront ouverts à côté de la table et il faudra les laisser tomber ou les poser avec une pince stérile.

L'espace, qui se situe à environ 1,5 m de la tête du patient, doit être le plus stérile possible.

La tête du patient est le centre de l'aire de travail, le praticien se trouve à côté et organise les tables de façon à pouvoir accéder aisément aux instruments sans faute d'asepsie.

Il est important de noter que l'installation du matériel chirurgical peut s'effectuer à l'arrivée du patient pour que le temps durant lequel les dispositifs sont placés hors de leurs conditionnements, même couverts d'un champ, soit le plus court possible.

Afin de faciliter la préparation du matériel et de n'oublier aucun instrument, il est nécessaire de rédiger une liste complète du matériel nécessaire pour chaque intervention.

Avant l'opération, l'habillage et la mise en condition du patient seront réalisés dans la zone d'induction du sas de la salle de chirurgie, ou dans un espace dédié si le cabinet ne dispose pas de salle d'intervention spécifique.

Il passe par la mise en place d'une charlotte et d'une blouse à usage unique et de sur-chaussures. Un champ péribuccal sera également réalisé par tamponnement d'un antiseptique cutané (polyvidone iodée par exemple).

Le patient est ensuite accompagné dans la salle d'intervention et installé au fauteuil.

Nous devons veiller à ce qu'il soit correctement installé afin d'éviter au maximum d'éventuels problèmes de « confort » durant la chirurgie.

L'opération commence après le drapage par la mise en place d'un champ opératoire stérile sur le patient, nous noterons que dans un souci d'asepsie la première étape qui consiste à réaliser l'anesthésie locale nécessaire à l'intervention peut s'envisager dans une salle de soin avant l'habillage du patient (pour pallier au problème de manipulation des carpules d'anesthésie non stériles).

IV.2 Organisation per-opératoire

Afin de travailler dans les meilleures conditions d'hygiène et d'asepsie, une ergonomie rigoureuse impose une organisation réfléchie et fonctionnelle du plateau technique.

Cette organisation passe par le respect de nombreux principes :

- l'opérateur doit avoir à portée de mains toute l'instrumentation nécessaire à l'intervention.
- les instruments auront été placés avec soin dans l'ordre déterminé par le praticien selon l'ordre opératoire, ainsi sa gestuelle se trouvera simplifiée, logique et dépourvue de mouvements parasites et inutiles.
- les sachets de matériels annexes et supplémentaires ainsi que les consommables seront ouverts à la demande du praticien ce qui évitera tant l'encombrement du plan chirurgical qu'une contamination aéroportée (la présence d'un troisième intervenant pour l'ouverture du matériel annexe évite à l'assistante de changer des gants et facilite ainsi le déroulement de l'opération).

- tout ce que l'opérateur et son assistante seront amenés à manipuler durant l'intervention devra être stérile ou muni d'une protection stérile. Les instruments doivent être manipulés avec une pince, les joues du patient doivent être tenues avec des écarteurs et non par les doigts gantés.
- les mains gantées stériles doivent être maintenues au-dessus du niveau des coudes.
- les compresses souillées doivent être immédiatement jetées dans la poubelle à déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI). Il en est de même des emballages vides comme celui des sutures qui doivent être jetés dans la poubelle à déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM).
- l'assistante doit participer à la réorganisation de l'espace chirurgical immédiat en repositionnant les instruments à leur bon emplacement.
- les instruments souillés doivent être systématiquement nettoyés par l'assistante à l'aide d'une compresse stérile imbibé de liquide physiologique.

L'augmentation de la durée de l'intervention majorant les risques de contamination, cette organisation a pour but d'éviter toute perte de temps liée à un manque d'ergonomie. Tous ces principes doivent être respectés lors des chirurgies implantaires, le praticien doit donc organiser son équipe et définir les rôles de chacun au préalable.



Figure 6 : Ergonomie opératoire lors de la pose d'implant (collection personnelle du Dr Rubi).

IV.3. L'accompagnement et les procédures post opératoires

L'accompagnement du patient débute dès la fin de l'intervention.

Afin d'éviter d'éventuels vertiges ou malaises liés aux produits anesthésiques ainsi qu'à la position du patient durant l'opération (le passage d'une position de décubitus dorsal à une position debout pouvant entraîner des pertes de repères) nous attendrons quelques minutes avant de demander au patient de se lever du fauteuil.

Il sera ensuite raccompagné dans le sas afin de se déshabiller puis une poche de glace lui sera remise et nous veillerons au rappel des règles de conduite « post-opératoire » (idéalement dans une salle de repos si elle existe).

Un rendez-vous de contrôle ou de dépose des points doit être programmé puis nous veillerons à raccompagner le patient jusqu'à sa sortie du cabinet. Cet accompagnement post-opératoire sera complété par un appel téléphonique dès le lendemain de l'intervention afin de contrôler l'état général du patient et d'anticiper d'éventuelles complications.

L'intervention terminée, le praticien et les assistants doivent réaliser le nettoyage de la salle d'intervention, le traitement du matériel chirurgical et des déchets, et mettre en œuvre l'ensemble des procédures de traçabilité.

IV.3.1 La traçabilité

Une conférence de consensus organisée par la SFHH en 2004 émet des recommandations concernant la traçabilité et l'assurance qualité au bloc opératoire pouvant s'appliquer au domaine de la chirurgie dentaire.

La contamination éventuelle d'un patient pouvant provenir d'une source humaine, de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits biologiques, il est donc recommandé de mettre en œuvre la traçabilité sur les points suivants :

- l'ordonnancement du programme opératoire.
- l'antibioprophylaxie.
- la préparation cutanée de l'opéré.
- l'identification des intervenants.
- les éléments constitutifs de l'index NNIS (score ASA, durée opératoire, classe de contamination).
- les matériels et dispositifs médicaux utilisés (implants, membranes, etc...).
- les procédures de nettoyage.
- la chronologie des événements.

Cette traçabilité doit être réalisée à la fin de chaque intervention et archivée dans le dossier patient.

V. La démarche d'introduction d'une pratique implantaire au sein du cabinet (14) (15)

V.1 Envisager le projet professionnel

Le souhait d'introduire une pratique implantaire au sein de notre cabinet est bien entendu être porteur d'un projet professionnel, avec toutes les particularités et contraintes que cela implique. Ainsi, une réflexion préalable rigoureuse est impérative, il faut envisager ce projet afin d'être sûr que nous sommes « prêts ».

Il est alors essentiel de considérer tous les aspects de cette mise en place en toute conscience, nous amenant à répondre à deux questions primordiales :

- quel but vise-t-on ?
- quels moyens envisage-t-on pour parvenir à ce but ?

Il convient de définir des objectifs précis qui accordent nos valeurs et nos attentes, quelles qu'elles soient. En effet, toute progression, toute évolution ainsi que tout épanouissement sont conduits par l'établissement préalable d'objectifs précis et il est impératif de mesurer et de prendre conscience des efforts nécessaires à leur accomplissement afin de s'assurer que nous sommes en mesure d'y parvenir (16).

V.1.1 La demande implantaire au sein du cabinet

Il est essentiel d'évaluer la situation actuelle du cabinet concernant la demande implantaire. Cette évaluation se base sur une étude simple qui est de répertorier le nombre de patients concernés et favorables à la réalisation d'actes d'implantologie.

Il s'agit des patients que nous adressons déjà à d'autres monopraticiens ou spécialistes, ainsi que d'éventuels patients intéressés par une prise en charge implantaire mais demandant une alternative à ce traitement en étant réticents au fait de se faire soigner par un autre praticien.

Cette étude doit s'envisager sur plusieurs mois pour que celle-ci soit la plus fiable possible, elle est primordiale car elle nous permet de nous rendre compte de la demande actuelle concrète au sein de notre cabinet.

V.1.2 La possibilité du local

Comme nous l'avons vu précédemment, la réalisation des actes d'implantologie impose un plateau technique important et il nous faut alors évaluer la possibilité de notre cabinet d'accueillir ce plateau technique tout en conservant une ergonomie et une organisation efficace.

Ce travail passe par une évaluation architecturale, en appréciant l'organisation et les espaces disponibles à l'installation des locaux, en accord avec nos différents objectifs (aménagement d'une salle de chirurgie, mise en place et stockage du matériel d'implantologie, création d'une salle de radiologie, etc...).

Si l'espace ne le permet pas, le déménagement du cabinet sera à prendre en compte afin de mettre en place une activité efficace et durable.

Il est également envisageable de se renseigner sur la possibilité de rachat d'un appartement mitoyen, pouvant être une bonne solution pour agrandir son espace de travail sans avoir pour autant à entrevoir de gros travaux de déménagements et de réaménagements qui s'en suivent (16) (17).

V.2 Les bénéfices de la mise en place d'une pratique implantaire au sein du cabinet

Une fois toutes ces données prises en compte il sera temps d'entreprendre concrètement la construction du dossier de notre projet (18).

Cela passe par la prise en considération des différents bénéfices envisagés par la mise en place d'une pratique implantaire

Ils sont multiples et directement liés aux objectifs fixés :

- L'augmentation du chiffre d'affaires :

La réalisation d'actes d'implantologie autrefois délégués à d'autres confrères entrainera potentiellement une augmentation significative de notre chiffre d'affaires. Il est alors important de réaliser un prévisionnel minutieux du nombre d'actes d'implantologie envisagés à plus ou moins long terme, ainsi que la projection de l'augmentation du chiffre d'affaires lié.

- L'amélioration de l'image de marque du cabinet et de la prise en charge des patients :

La mise en place d'un exercice implantaire aura un impact direct sur l'image de marque du cabinet. En effet, la mise en place d'un plateau technique spécifique (présence d'une salle de chirurgie, agrandissement de l'équipe soignante, etc....) est un atout considérable dans la vision du cabinet par les patients.

En leur offrant l'accès à de nouvelles solutions thérapeutiques de plus en plus « élaborées », ils prennent conscience de l'évolution de l'exercice au sein du cabinet et de ce fait, de l'évolution et de l'amélioration de leur prise en charge.

- L'accomplissement personnel et l'épanouissement professionnel

Outre tous les facteurs inhérents au cabinet dentaire en lui-même, cette mise en place permet au chirurgien de faire évoluer sa pratique. Il se donne les moyens de développer et d'améliorer ses compétences ce qui apparait comme un élément essentiel dans l'épanouissement personnel d'un chirurgien-dentiste.

VI. Les coûts relatifs à la mise en place d'une pratique implantaire dans un cabinet d'omnipraticque

VI.1 Répartition des coûts d'un cabinet dentaire

VI.1.1 Le coût de fonctionnement du cabinet

Dans un cabinet dentaire, différents frais sont à prendre en compte lors de l'évaluation du coût de fonctionnement.

Nous distinguons ainsi les frais généraux, incluant les différents équipements, crédits ou autres services extérieurs nécessaires au bon fonctionnement du cabinet, et les différentes charges du personnel qui sont représentées essentiellement par les charges salariales.

La somme des frais généraux et des charges du personnel correspond au coût de fonctionnement total du cabinet.

Ces frais peuvent être résumés dans le tableau suivant :

FRAIS GÉNÉRAUX
ACHATS <ul style="list-style-type: none">• Fournitures non stockées : eau, énergie• Fournitures, entretien et petit équipement : produits de nettoyage, d'entretien et de stérilisation.• Fournitures administratives
SERVICES EXTÉRIEURS <ul style="list-style-type: none">• Redevance de crédit-bail des cassettes chirurgicales, du fauteuil, de l'orthopantomogramme• Locations immobilières (locaux) : loyer• Entretien, réparation, maintenance• Primes d'assurance : assurance des locaux, professionnelle
AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS <ul style="list-style-type: none">• Honoraires: expert-comptable, commissaire aux comptes, avocat, conseil juridique• Déplacement, missions et réceptions d'ordre professionnel (conférences, séminaires)• Frais postaux et de télécommunications• Services bancaires et assimilés• Concours divers: cotisations professionnelles, AGA³
IMPÔTS, TAXES ne concerne pas l'impôt sur les sociétés et l'impôt sur le revenu. <ul style="list-style-type: none">• Taxe sur les salaires• Participation de l'employeur à la formation professionnelle continue• Cotisation foncière des entreprises• Autres droits
CHARGES FINANCIÈRES
CHARGES DU PERSONNEL
<ul style="list-style-type: none">• Salaires, appointements• Charges sociales

Tableau 1 : Frais de fonctionnement du cabinet (19).

VI.1.2 Les charges directes fixes et variables :

Lors d'une intervention chirurgicale, nous pouvons également distinguer différentes charges induites directement, ou indirectement par cette pratique que sont les charges directes et indirectes.

Les coûts qui nous intéressent concernent les coûts médicaux directs fixes et variables induits par la réalisation de l'acte de chirurgie implantaire à la charge du praticien. Parmi les coûts directs fixes, on distingue :

- Le coût des assurances professionnelles en lien avec cette pratique.
- Les frais de formations pour les différents intervenants.
- L'investissement nécessaire à l'installation et à l'aménagement d'une salle d'intervention.
- L'achat du matériel spécifique à la pratique implantaire.

Parmi les coûts directs variables, nous distinguerons principalement les produits et matériels consommés durant l'intervention (compresses, champs opératoires, fils de suture, implants...).

VI.2 Les formations

VI.2.1 Les formations du chirurgien-dentiste :

Bien que certaines facultés intègrent aujourd'hui l'implantologie à leur formation initiale, cet enseignement n'est que purement théorique et traite des généralités de cet exercice.

Il est clair que rares seront les étudiants qui seront en mesure d'envisager la pose d'implants à la fin de leur formation initiale. Par ailleurs, de nombreux praticiens en exercice depuis plusieurs années mais n'ayant pas pu bénéficier de cette approche implantaire lors de leur cursus universitaire n'ont quant à eux jamais été formé à cette pratique.

Il existe alors différentes solutions pour les chirurgiens-dentistes souhaitant se former à l'implantologie, de durées, d'organisations, de reconnaissances et de niveaux différents.

Les diplômes universitaires (D.U) :

Ce sont aujourd'hui les seules formations diplômantes reconnues, qui offrent l'accès à un contenu clinique chirurgical et prothétique poussé.

Ils permettent aux praticiens d'intégrer les notions fondamentales et d'acquérir une certaine confiance en soi dans cette nouvelle discipline, ainsi que d'échanger avec des universitaires ayant une grande expertise dans le domaine de l'implantologie.

Les D.U ne sont théoriquement reliés à aucune marque d'implants et nous délivrent un enseignement objectif concernant tous les systèmes implantaires en les comparant les uns aux autres.

Le prix des inscriptions varie de 1500 à 2500 euros en fonction des facultés.

L'organisation de cette formation est variable d'une faculté à l'autre mais s'établit classiquement sur une période de trois ans.

La première année est purement théorique et nous donne accès à « l'attestation universitaire en implantologie (A.U.I) ». C'est cette attestation qui peut être demandée par certaines assurances professionnelles.

Cette première année est souvent organisée en 5 cycles et ponctuée par un examen final au terme duquel un classement entre les participants est réalisé, donnant accès en fonction du rang obtenu aux deux années pratiques du diplôme.

Les deux années pratiques du D.U sont réalisées dans un centre hospitalier.

La première année est destinée à l'élaboration des plans de traitements et à la mise en place chirurgicale des implants, la seconde année est consacrée à la mise en charge prothétique des implants posés l'année précédente et à la formation aux techniques chirurgicales de technicité supérieure (sinus lift, greffes osseuses, etc...).

Chacune de ces deux années sont ponctuées par un examen écrit ainsi que par la réalisation d'un mémoire. La soutenance de ce mémoire est réalisée oralement, il sera orienté vers un sujet chirurgical la première année et pour la seconde vers un sujet plus prothétique.

Force est de constater que la majorité des participants inscrit au D.U s'arrêteront après avoir reçu leur A.U.I en fin de première année, si bien qu'aujourd'hui certains D.U ne font l'objet que d'une seule année de formation à la fois théorique et pratique (à noter que la valeur reconnue de chaque D.U par le conseil de l'ordre est identique, peu importe la durée de l'enseignement).

La qualité de l'enseignement est également variable d'une faculté à l'autre, dans certains D.U la pratique est inexistante, et leur niveau de formation dépendra de la qualité des enseignants.

Il semble donc idéal de privilégier des D.U offrant un maximum de pratique, et dont on connaît la qualité et le sens de la pédagogie des enseignants, amenant parfois à changer de ville pour trouver le D.U qui nous semblera être le plus intéressant.

Il est également important pour un omnipraticien envisageant la réalisation de prothèses sur implant de privilégier des formations intégrant des modules pratiques de prothèses dans leur cursus.

La formation par diplôme universitaire semble être la solution de choix pour toute personne souhaitant se former à l'implantologie, en revanche cette formation n'est pas accessible à tous et présente un nombre de places très limité (de trois, à une dizaine de places par années en fonction des D.U) (20) (21).

Quelles sont alors les autres possibilités d'apprentissage ?

Les formations de sociétés commerciales ou de praticiens privés :

Toutes les sociétés commercialisant des implants ont mis en place des formations dont l'enseignement est calqué sur celui des D.U.

Le prix des inscriptions est en moyenne supérieur à celui des D.U (compter entre 3500 et 5000euros pour une formation) et l'enseignement est principalement théorique, la partie pratique réalisée sur des modèles ne nous permet pas de nous exercer directement sur des patients.

Il existe différents types de formations traitant de thèmes et de sujets différents (chirurgie, prothèse, formation de l'assistante, organisation du bloc...), de ce fait nous pouvons choisir « à la carte » la ou les formations qui nous semblent être les plus adaptées à nos attentes.

Le prix et la durée sont bien évidemment variables en fonction de la formule sélectionnée, en moyenne ces formations s'organisent en 2 ou 3 journées par semaine, étalées sur 4 à 5 mois.

Contrairement au D.U, le principal inconvénient de ces formations réside dans le fait que seul le système de travail de la société ou des praticiens référents sera développé (22)(23).

Le « mentorat » :

Certains praticiens qui ont développé une expertise particulière en implantologie sont devenus de véritables références dans la pratique de cette discipline.

Le système de mentorat a été mis en place par les grandes marques implantaires ou par les grands « implantologues » eux-mêmes il y a quelques années.

Il consiste à affecter par secteur géographique ou par affinité un « mentor », un praticien spécialisé dans une discipline et qui aura pour but de former un groupe de candidats à la formation proposée.

Lors des formations en implantologie ce compagnonnage s'organise en trois phases :

- Une première phase où le « mentor » aide le praticien en formation à réaliser des plans de traitement implantaires, il pourra également l'orienter vers les différentes formations théoriques proposées ainsi que lui donner des références de littératures indispensables à sa formation.
- Une deuxième phase, où le praticien en formation pourra assister directement aux chirurgies réalisées par son mentor, les patients pouvant être des patients suivis habituellement au cabinet du praticien en formation.
- Une troisième phase, où les rôles s'inversent. Le praticien en formation peut faire appel à son « mentor » pour l'assister lors de la prise en charge en implantologie des patients dans son cabinet.

Cette solution est intéressante car elle permet une vision plus « globale » de la pratique implantaire et permet également au praticien en formation d'évoluer à son rythme, et d'être accompagné lors des premières chirurgies au sein de son propre environnement de travail.

En revanche, cette formation apparaît plutôt comme complémentaire à une formation plus théorique (D.U ou autres), en effet, il n'est pas rare que de nombreux praticiens ne se sentent pas prêts à se lancer seuls dans une chirurgie implantaire à la fin de ces formations.

Cette solution permet alors un réel accompagnement des praticiens dans une pratique clinique concrète, représentant la réalité de l'exercice de l'implantologie. Elle est également bien indiquée pour des formations à visée plus techniques, comme les formations aux techniques de reconstructions osseuses pré-implantaires.

Il est important de rajouter que l'implantologie impose une formation continue, et que le praticien sera amené à compléter ses connaissances tout au long de son activité (conférences, congrès, sociétés savantes, formations complémentaires en ligne...).

L'expérience amenant le praticien à la prise en charge de cas de plus en plus complexes, ces mêmes formations existent également pour les praticiens expérimentés souhaitant se former à des actes plus poussés (chirurgie pré implantaires, cas de réhabilitations totales...).

VI.2.2 Les formations pour l'assistant(e) dentaire (24) :

Elles constituent un élément essentiel à la mise en place d'une activité car tout comme le chirurgien-dentiste, le suivi d'une formation spécifique à l'implantologie sera nécessaire pour l'assistante du cabinet.

Ces formations sont proposées :

- par les sociétés commercialisant des implants, et peuvent notamment être intégrées dans une formule de formation « praticien-assistantes » qui peut être intéressante pour tous deux se familiarisent avec le même système implantaire.
- par des organismes privés spécialisés dans la formation des assistantes dentaire.

En présentiel, elles s'effectuent généralement en 2 ou 3 jours, abordant les bases fondamentales de l'implantologie, la gestion des patients, la préparation des blocs, la gestion des stocks et la maîtrise des différents protocoles de la chirurgie et de prothèse implantaire. Ce type de formation peut également être réalisé en ligne.

Leurs prix varient de 500 € à 1000 € en moyenne.

Les objectifs sont multiples et doivent permettre à l'assistant(e) :

- la prise en charge l'intégration de l'implantologie dans une activité d'omnipratique.
- la préparation et la gestion de toutes les étapes nécessaires au bon déroulement de la chirurgie et du suivi.

Certaines formations mettent en place des travaux pratiques intégrant notamment la préparation d'une salle de chirurgie, la préparation des intervenants et des patients, ainsi que les différents protocoles de prothèse implantaire (prise d'empreinte par exemple) ou l'accompagnement d'un assistant lors d'une chirurgie en direct.

Si certains chirurgiens dentiste préfèrent réaliser la formation de leur assistante par leur propres moyens, ces formations privées sont à la fois :

- un gain de temps évident, car il nous faudra bien plus que deux ou trois jours de formation pour permettre à notre assistante d'acquérir les compétences nécessaires.
- un outil, impliquant et valorisant l'exercice de l'assistante dans l'évolution de l'activité du cabinet lui permettant de travailler de façon autonome entraînant un épanouissement professionnel évident.

VI.3. Les assurances professionnelles

Peu importe la formation souhaitée, le praticien doit s'assurer que la valeur de cette formation soit reconnue et validée par le conseil de l'ordre ainsi que par son assurance professionnelle.

Le praticien est tenu de signaler à son assurance qu'il envisage la réalisation d'actes d'implantologie et certaines assurances exigeront alors un justificatif de formation.

Le versement d'une « sur-prime » par rapport au contrat précédant sera observé dans la majorité des cas.

A titre d'exemple le montant global du contrat couvrant la responsabilité civile professionnelle d'un praticien en début d'activité, et ne pratiquant pas l'implantologie pourra avoisiner les 500 €/an.

Si ce même praticien souhaite réaliser des actes d'implantologie et qu'il le déclare à son assurance, le montant global de ses cotisations avoisinera alors les 950 €/an.

Le montant de cette surprime sera variable en fonction du nombre d'années d'exercice du praticien, car lorsque nous souscrivons à une assurance professionnelle celle-ci nous couvre pour tous les actes réalisés en respectant 10 années d'antériorité.

Pour un praticien exerçant depuis plus de 10 ans cette surprime sera plus élevée que celle d'un praticien débutant et sera basée sur les cotisations initiales de son contrat.

Globalement, le montant des cotisations doublera lors de la souscription d'un contrat incluant la chirurgie implantaire.

Il est important de noter qu'en fonction de l'évolution de notre activité, il sera également nécessaire d'informer notre organisme d'assurance professionnelle lors de la mise en place de chirurgies pré-implantaires (sinus lift, greffes, etc...) car cette nouvelle pratique entrainera à nouveau une réévaluation du montant de nos cotisations.

VI.4 Le plateau technique en implantologie

Les actes de chirurgie implantaire imposent un plateau technique spécifique et adapté et des éléments indispensables à l'exercice de cette discipline que sont :

- Une salle d'intervention.
- Une salle pour le stockage des équipements et du matériel.
- Un moteur d'implantologie (moteur, micromoteur et contre angle).
- Une trousse chirurgicale d'implantologie.
- Une trousse d'accastillage prothétique d'implantologie.
- Deux cassettes de chirurgie dédiées.
- Des consommables spécifiques à cet exercice.

Nous ajouterons également, bien que ceux-ci ne soient pas impératifs à la réalisation de ces actes que certains éléments apparaissent comme étant « essentiels » à la prise en charge des patients et peuvent venir compléter cette liste, on cite ainsi :

- Une salle de radiologie avec un appareil destiné à la réalisation de radiographies panoramiques et de cone-beam.
- Une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), ou salle de repos.

VI.4.1 Coût d'aménagement de la salle d'intervention :

En reprenant les différents éléments indispensables à l'installation et à l'équipement d'une salle d'intervention, nous avons réalisé une estimation de l'investissement nécessaire à son aménagement.

Cette estimation se base sur différents échanges avec des sociétés en charge de l'installation des cabinets dentaires et des salles d'interventions en chirurgie orale.

En se basant sur une salle d'intervention de 15 m² (sas compris), l'estimation de cet investissement peut être résumée par le tableau suivant

	Prix min	Prix max
Aménagement des surfaces (sols, murs) + porte à commande électrique	6500 €	8000 €
Fauteuil patient / table d'intervention	7000 €	35 000 €
Table pont	800 €	3200 €
Tabourets x 2	600 €	2850 €
Chariot porte moteur	650 €	1000 €
Éclairage / Scialytique	1200 €	7000 €
Négatoscope / Écran	450 €	600 €
Dispositif d'aspiration	1400 €	1700 €
Bac à déchets	100 €	250 €
Total :	18700 €	59 600 €

Tableau 2 : les différents coûts de l'aménagement d'une salle d'intervention.

Nous pouvons constater un différentiel important entre le prix minimum (18 700 €) et maximum (59 600 €), en lien avec les différents équipements choisis.

Le plus gros écart est observé pour le fauteuil patient, allant de 7000 € à 35 000 € pour le plus confortable et le plus sophistiqué.

Ces différents éléments sont à prendre en compte lors de l'aménagement de notre salle de chirurgie, bien qu'un investissement plus important pourrait être justifié pour certains spécialistes, nous admettons que pour un omnipraticien l'aménagement d'une salle d'intervention cohérente et adaptée à sa pratique imposera un investissement avoisinant les 20 000 €.

VI.4.2 Coût du matériel d'implantologie :

Afin d'estimer l'investissement nécessaire à l'acquisition du matériel d'implantologie, nous sommes entrés en contact avec différentes sociétés commercialisant des systèmes implantaires, allant des sociétés commercialisant des implants génériques aux sociétés premium.

Nous constatons que toutes les sociétés présentent des offres d'installation qui ne sont valables qu'une seule fois dans la carrière d'un praticien, offrant des remises plus ou moins importantes en fonction du matériel commandé.

De plus, il apparaît une évidente marge de négociation tant le prix de tous ces éléments ne semble pas clairement défini, il est alors peut être intéressant de mettre en concurrence ces différents acteurs afin de négocier des prix plus avantageux.

De manière générale, deux types d'offres peuvent être observées lors de la première commande en fonction du nombre d'implants demandés :

- Une première offre pour une commande d'environ 15 implants.
- Une deuxième offre pour une commande d'environ 40 implants, nous donnant droit à des remises plus intéressantes.

Pour une première commande de 15 implants, la plupart des sociétés offrent une trousse de chirurgie implantaire.

Certaines sociétés offriront également une trousse d'accastillage prothétique et peuvent également donner droit à une remise allant jusqu'à 30% sur le moteur d'implantologie.

Pour une commande de 45 implants, nous observerons une remise plus intéressante sur le prix des implants et des pièces prothétiques (à noter que certaines sociétés n'offriront une trousse prothétique qu'à partir d'une commande de 40 implants).

Concernant les différentes vis, piliers, et éléments nécessaires à la réalisation d'une future empreinte, certaines sociétés conduiront le praticien vers une commande globale comportant :

- Les implants
- Les piliers/vis de cicatrisation
- Les transferts d'empreintes et les analogues d'implants.

Une autre solution de commande au cas par cas de ces différentes pièces pourra également être envisagée, mais les remises seront alors moins intéressantes.

Globalement, en se basant sur une première commande de :

- 40 implants,
- 40 vis de cicatrisation,
- une trousse de chirurgie implantaire,
- une trousse de prothèse,
- un moteur (micromoteur + contre angle),

Les offres varient entre 11 000 euros et 16 000 euros en fonction des sociétés et du type d'implants commandés.

Certains points semblent également importants dans les négociations comme la possibilité d'échanger les implants et vis de cicatrisation du stock, contre une référence qui serait amenée à manquer.

Enfin, les modalités de règlement peuvent elles aussi être négociées, pouvant amener à un règlement en 12 fois sans frais.

Concernant d'éventuels réassorts, le prix des implants sera calculé en fonction du nombre d'implants recommandés. Il faudra compter entre 130 et 250 € par implants en fonction de la marque et du modèle pour un réassort de 15 implants.

S'ajoutant à cela, le prix des deux cassettes de chirurgie dédiées, présentant au minimum :

- Un écarteur de bouche
- Un manche de bistouri
- Des ciseaux
- Un décolleur
- Une sonde
- Une curette CK6
- Une pince gouge
- Une curette de Gracey
- Une précelle d'Adson
- Un porte aiguille



Figure 7 : Exemple de cassette chirurgicale (collection personnelle)

En se référant au prix moyen d'une cassette de chirurgie chez les différents distributeurs évoqués, il nous faudra compter en moyenne 1600 euros pour l'achat de deux cassettes de chirurgie (800 euros l'unité).

VI.5 Le Coût d'une intervention

Hors frais de fonctionnement du cabinet, le prix d'une intervention peut être calculé en additionnant le coût des divers consommables nécessaires à une opération de chirurgie implantaire.

Pour cet acte, le matériel et les produits sont listés en fonction des données acquises de la science et des recommandations actuelles de la Haute Autorité en Santé.

On distingue parmi les consommables à usage unique les produits nécessaires à l'habillage opératoire du patient et de l'équipe soignante, au champage du patient et de la salle d'intervention ainsi que tout le matériel utilisé lors de la procédure chirurgicale.

Le tarif des consommables est estimé à partir d'une étude réalisée en 2019, réactualisée en 2021 et portant sur les différents fournisseurs des chirurgiens-dentistes Français ; ainsi pour chaque fourniture toutes les références du catalogue ont été prises en compte et une moyenne du tarif de toutes ces références a été calculée.

	Quantité	Prix en €
Champ opératoire stérile table	1	3,2
Champ opératoire stérile patient	2	3,1
Gaine stérile pour poignées de scialytique	1	0,1
Gaine de protection stérile (micro moteur)	1	0,1
Bain de bouche	15 ml	0,2
Blouse pour le patient	1	1,7
Masque chirurgical	2	0,8
Calot	3	0,18
Paire de sur-chaussures	3	1,05
Casaque stérile	2	12,6
Paire de gants stériles	2	2,5
Bétadine 10ml	10 ml	0,55
Compresses stériles	4	0,16
Aiguille para-apicales	1	0,13
Carpule d'anesthésie	2	1,28
Canule d'aspiration chirurgicale	1	1,67
Tuyau d'aspiration chirurgicale	1	5,1
Lame de bistouri	1	0,19
Tubule péristaltique d'irrigation	1	6,35
Poche de sérum physiologique	100 ml	1,69
Fil de suture	1	6,9
Brosse désinfection des mains	2	1,6
Savon	20 ml	0,2
Poches d'irrigation 1L	2	6,6
Total		57,95

Tableau 3 : Les différents consommables pour la pose d'un implant dentaire.

Le prix moyen des consommables nécessaires à la réalisation d'une chirurgie implantaire pour la pose d'un implant simple avoisine donc les 58 €. S'ajoute à cela, le prix des implants et des différentes vis de cicatrises nécessaires à la chirurgie.

En résumé, hors frais de fonctionnement du cabinet le prix d'une opération pour la pose d'un implant simple sera variable, allant de 200 € à plus de 300 € en fonction du type d'implants précédemment négocié.

Cette somme représente les charges directes variables liées à la pratique implantaire, qui pourra être en constante évolution en fonction de la durée, du nombre d'implants posés lors de chaque chirurgie ainsi que la fréquence des interventions, et bien évidemment variable au fil du temps.

VII. Discussion

En résumé, le montant global des charges directes fixes nécessaires à la réalisation des actes de chirurgie implantaire dans un cabinet d'omnipratique sera d'approximativement :

- 2000 € à 5000 € pour la formation du praticien et de l'aide opératoire
- 12 600 € à 17 600 € pour le matériel spécifique à l'implantologie et un premier stock de 40 implants.
- 20 000 € pour l'aménagement d'une salle de chirurgie, représentant l'investissement le plus lourd dans la mise en place d'un plateau technique spécifique.

Un investissement global d'un minimum de 34 600 € est donc à prévoir, à amortir le plus souvent sous la forme de crédits professionnels ou leasings, s'ajoutant à l'augmentation des cotisations de la RCP et augmentant de façon plus ou moins significative le cout de fonctionnement global du cabinet.

Par ailleurs, l'aménagement d'une salle d'intervention impose une surface disponible de plus ou moins 15 m² pour son aménagement, le cas échéant un déménagement ou l'agrandissement du cabinet par l'achat d'un appartement mitoyen par exemple devra être envisagé, entraînant de nouveau divers frais liés.

En admettant qu'un omnipraticien débutant en implantologie puisse consacrer une demi-journée par semaine à ce type d'interventions, l'aménagement d'une salle de chirurgie sera facilement envisageable dans un cabinet de plusieurs omnipraticiens, mutualisant l'investissement et permettant une utilisation effective de cette salle plusieurs jours par semaine en fonction du nombre de praticiens du cabinet.

Pour un praticien seul, il sera alors essentiel d'optimiser l'utilisation de cette salle de chirurgie afin de justifier cet investissement et de favoriser son amortissement.

Plusieurs solutions peuvent alors être proposées :

- *L'utilisation de la salle de chirurgie pour tous les actes invasifs autres que les actes d'implantologie :*

En effet, la salle d'intervention pourra servir à la réalisation de tout acte invasif en offrant au praticien un environnement spécifique et adapté à tous les actes de chirurgie. On peut donc aisément envisager la réalisation d'avulsions ou d'actes de parodontologie dans la salle d'intervention, permettant ainsi d'optimiser son utilisation.

- *La mise en place d'un fauteuil « hybride » dans la salle de chirurgie :*

Certaines sociétés proposent des fauteuils regroupant directement sur un unit conventionnel un moteur d'implantologie, un support pour l'irrigation stérile ainsi qu'une tablette élargie pour la mise en place du matériel.

Ces fauteuils permettent alors une utilisation quotidienne de la salle pour différents types d'actes d'omnipratique ou d'implantologie, cependant de nombreux inconvénients sont à relever comme la difficulté de réaliser un nettoyage satisfaisant sur toutes les surfaces du fauteuil, le contrôle du système d'irrigation stérile et la présence d'éléments motorisés fonctionnant à air comprimé.

- La mise à disposition de la salle et du matériel sous la forme d'une location à des praticiens n'ayant pas le plateau technique requis dans leur cabinet :

Afin de favoriser l'amortissement de cet investissement une solution de mise à disposition du plateau technique à d'autres praticiens peut être envisagée.

Cependant, tous les praticiens n'auront pas les mêmes attentes concernant le matériel nécessaire pour chaque intervention et si la commande des divers consommables peut facilement être normalisée, il n'en est de même pour le matériel spécifique comme les trousse de chirurgie implantaire par exemple (choix d'une marque plutôt qu'une autre).

Afin de faciliter le bon déroulement des opérations lors de cette mise à disposition, il semble donc raisonnable pour chaque praticien de s'équiper du matériel pouvant facilement être transporté (cassettes de chirurgie, trousse de chirurgie implantaire, etc.).

A noter également que pour ce type d'interventions, un travail à 4 mains est impératif et impose un binôme praticien-aide opératoire ayant une habitude de travail commune.

Il est alors préférable, que le praticien « locataire » soit accompagné de la personne en charge de l'aide opératoire.

Cette solution permet donc une utilisation optimisée de la salle d'intervention mais elle offre également la possibilité à différents praticiens d'exercer l'implantologie dans un environnement adapté sans pour autant engager un gros réaménagement de leur cabinet.

Par ailleurs, cette solution donnera l'occasion à ces praticiens de pouvoir échanger plus facilement concernant des cas plus ou moins complexes et de mutualiser leurs connaissances. Enfin, elle peut permettre aux praticiens « locataires » d'observer la demande implantaire au sein de leurs propres cabinets, et ainsi d'envisager à leur tour l'aménagement d'une salle de chirurgie dans leurs locaux.

A ce sujet, nous avons interrogé différents omnipraticiens exerçant l'implantologie dans des salles de soins adaptées, et des salles de soins spécifiques en les interrogeant sur l'organisation de leur activité et les motivations qui les avaient guidées vers la solution choisie.

Le questionnaire suivant leur a été remis :

- Depuis combien d'années pratiquez-vous l'implantologie ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité réaliser des actes de chirurgie implantaire ?
- Quelles formations avez-vous suivies ?
- Quelles formations a suivies votre assistante ?
- Dans quelles conditions pratiquez-vous les actes d'implantologie (salle de chirurgie / salle de soin adaptée) ?
- Par quel type de prestataires êtes-vous passé pour cet aménagement ?
- Combien de temps accordez-vous aux interventions de chirurgie implantaire (hebdomadaire) ? Pour combien d'opérations ?
- Comment organisez-vous vos plages horaires d'implantologie ?
- Quelles difficultés en lien avec cette pratique rencontrez-vous dans votre cabinet ?

- Sur une échelle de 0 à 10, comment évaluez-vous la satisfaction de votre activité implantaire et de son organisation ?
- Si cette mise en place était à refaire, que changeriez-vous ?

Puis, toutes les réponses ont été récupérées afin d'établir différents profils. Les praticiens interrogés avaient entre 2 et 25 années d'exercice en implantologie.

Concernant leurs motivations :

La grande majorité des praticiens ont souhaité être en mesure de prendre en charge les patients de façon globale, et de ne plus les adresser vers d'autres praticiens pour les actes d'implantologie. Vient ensuite le souhait de faire évoluer leurs pratiques, et une recherche d'augmentation du chiffre d'affaires.

A propos des différentes formations de l'équipe soignante :

Pour les chirurgiens-dentistes, dans un premier temps les formations privées semblent être privilégiées par manque de places disponibles pour les inscriptions aux diplômes universitaires. En revanche, la plupart des personnes interrogées ont également réalisé ou souhaitent suivre la formation théorique d'un D.U en complément des formations privées.

Pour les assistantes, des formations privées sont réalisées, et le plus souvent en grâce aux crédits de leur compte personnel de formation.

Afin d'adapter la formation aux conditions réelles de travail propres à chaque praticien, certains ont souhaité former leurs assistantes directement au cabinet.

En s'intéressant aux différents prestataires missionnés pour l'aménagement de leur salle d'intervention :

Dans un souci de simplicité, tous les praticiens sont passés par des organismes privés spécialisés dans l'installation des cabinets dentaires pour la réalisation d'une salle de chirurgie spécifique.

Les praticiens exerçant dans une salle de soin adaptée ont pour la plupart réalisé cet aménagement par leurs propres moyens (commande des champs stériles, des différents consommables, d'un chariot porte moteur...).

Concernant les praticiens interrogés réalisant les actes d'implantologie dans une salle de soin adaptée :

Ces praticiens ont conscience qu'il leur faudrait aménager une salle de soin spécifique ; mais, le nombre d'interventions hebdomadaires et/ou la surface de leur cabinet ne le permet pas.

Ce sont des praticiens pour lesquels la préparation de la salle de soin avant les actes d'implantologie doit être réalisée avant chaque intervention.

Ils estiment que la contrainte est assez chronophage, mais acceptable en comparaison de la lourdeur technique et financière d'un réaménagement ou d'un déménagement de cabinet.

Contrairement aux praticiens disposant d'une salle de soin spécifique, ils dédient pour la plupart une plage horaire précise pour ces interventions. Ceci impose un regroupement de ces actes à certains moments de la journée ou de la semaine, ainsi qu'une organisation stricte de leur emploi du temps ; mais cela permet d'éviter le réaménagement de cette salle plusieurs fois dans une journée.

La préparation est donc réalisée en début de matinée par exemple, puis plusieurs interventions d'implantologie sont programmées les unes après les autres, en respectant les étapes de bio-nettoyage entre chaque patient.

Le problème principal relevé est la perte de temps liée à l'aménagement de la salle avant les jours de chirurgie, ainsi que le stockage du matériel et des consommables.

Cette solution pose également problème pour certains patients qui doivent impérativement se rendre disponibles les jours dédiés à cette pratique.

Pour la plupart, l'aménagement d'une salle dédiée dans un cabinet plus grand, en association ou en collaboration avec un autre praticien serait envisagé si la mise en place de cette pratique était à refaire.

En effet, afin d'alléger leur charge de travail et de leur permettre de se consacrer plus facilement à l'implantologie le souhait de travailler en association ou en collaboration avec un autre praticien est également prononcé pour les chirurgiens-dentistes exerçant seuls (collaborateur pour la réalisation de certains rendez-vous de contrôle, détartrages, prise en charge des urgences...).

Globalement, cette catégorie de praticiens est plutôt satisfaite par l'organisation de cette pratique avec une réponse moyenne de 7 à notre enquête de satisfaction.

Concernant les praticiens exerçant dans une salle de chirurgie spécifique :

Nous constatons qu'ils intègrent facilement les actes d'implantologie entre des soins quotidiens en ayant le confort de pouvoir se déplacer entre les différents espaces.

Les chirurgies sont réalisées majoritairement le matin, mais elles peuvent alors être programmées à la suite, ou avant n'importe quel autre acte permettant une gestion de la prise des rendez-vous simplifiée pour l'équipe soignante comme pour les patients.

En suivant une tendance au regroupement des chirurgiens-dentistes en cabinets de groupes, nous constatons également que la majorité des omnipraticiens pratiquant l'implantologie dans une salle de chirurgie spécifique exercent dans des cabinets récents, regroupant au minimum deux omnipraticiens.

Son aménagement est vu comme un impératif pour un omnipraticien pratiquant déjà l'implantologie lors de la recherche d'un nouvel espace pour une installation ou un déménagement de cabinet.

Il en est de même pour les praticiens créant leur cabinet d'omnipratique même s'ils ne sont pas encore formés à la chirurgie implantaire.

Cet aménagement est donc le plus souvent anticipé lors de la création de nouveaux cabinets.

L'implantologie impose un degré de concentration élevé ; certains praticiens nous ont déclaré qu'il leur était difficile de maintenir ce degré d'attention en passant assez rapidement d'un soin ne demandant pas une attention particulière à un acte de chirurgie implantaire (passage d'un détartrage à la pose de deux implants par exemple).

Des problèmes de cohabitation peuvent également être relevés pour les praticiens ayant une salle d'intervention commune, si l'utilisation de cette salle n'est pas équilibrée entre les différents intervenants.

Si cet aménagement était à refaire, la mise en place d'un flux numérique plus fluide serait anticipée pour la plupart des chirurgiens-dentistes bénéficiant d'une salle de chirurgie.

Ces chirurgiens-dentistes sont cependant très satisfaits de leur organisation et de leur pratique avec une réponse moyenne de 8,5 à notre enquête de satisfaction.

En s'intéressant au temps dédié aux actes d'implantologie :

Nous constatons que celui-ci augmente avec la pratique (allant de moins de 2h par semaine pour les praticiens en début d'activité, à plus de 10h par semaine pour les praticiens expérimentés). En revanche, le temps imparti pour une intervention diminue avec la pratique. Les praticiens débutants réalisent peu d'actes, et consacrent des plages horaires importantes pour les différentes chirurgies.

De plus, un élément mis en avant par tous les praticiens est le temps qu'impose l'implantologie en dehors des actes réalisés au cabinet (formations, conférences, planifications...).

Avec l'expérience, ces praticiens consacrent de plus en plus de temps à la réhabilitation implantaire (chirurgicale et prothétique) en proposant des solutions plus longues et plus complexes ; si bien qu'elle représente facilement plus d'un tiers du temps de travail effectif d'un praticien au cabinet.

Ces praticiens admettent alors manquer de temps pour prendre en charge de façon globale tous les patients, et continuer à se former dans les autres disciplines.

VIII. Conclusion

En résumé, la mise en place d'une pratique implantaire dans un cabinet d'omnipratique peut s'envisager de nombreuses façons. Cette démarche passe par une réflexion rigoureuse concernant les objectifs et les moyens de mise en œuvre à adapter à chaque praticien, à chaque pratique et à chaque cabinet.

Comme nous l'avons vu, différentes solutions d'intégration du plateau technique dans des cabinets en activité peuvent être proposées. Mais les solutions de compromis n'apportent pas une réponse pleinement satisfaisante sur le plan de l'asepsie, elles imposent une organisation plus lourde et de nouvelles contraintes pour l'équipe soignante amenant à une diminution de l'efficacité de leur activité.

Avec les différentes avancées dans tous les domaines de la chirurgie dentaire (endodontie, dentisterie adhésive, parodontologie...), l'omnipraticien fait face à de nouveaux impératifs pour maintenir à jour ses compétences, mais également pour intégrer le plateau technique nécessaire afin de respecter les conditions de réalisation des actes de chaque spécialité.

Il semble alors inévitable pour le praticien de devoir faire des choix, soit en limitant peu à peu sa pratique à la réalisation d'actes de plus en plus ciblés, soit en réduisant les domaines de son activité.

Du fait de l'exigence des patients et de l'évolution des techniques, l'implantologie devient de plus en plus complexe. Nous pouvons nous interroger sur son évolution et sur le fait de savoir si sa pratique est encore compatible avec une activité d'omnipratique conventionnelle.

Comme nous l'avons vu, l'investissement financier, mais également les impératifs de formation et la disponibilité qu'impose cette pratique rend difficile son intégration pour un omnipraticien exerçant seul.

En outre, la courbe d'apprentissage nécessaire à une pratique maîtrisée de l'implantologie pour toute l'équipe soignante repousse encore la cohérence de son introduction dans ce type de cabinet.

Ainsi le choix semble clair ; l'implantologie devrait être réalisée soit dans le cadre d'une activité exclusive par un praticien disposant d'un plateau technique adapté, soit au sein d'un cabinet de groupe bien équipé, par un ou plusieurs omnipraticiens et une équipe soignante correctement formée.

Le document de référence concernant les conditions de réalisation des actes d'implantologie en France datant de plus de 13 ans, il ne serait pas surprenant de voir apparaître une réactualisation de ce dernier dans les années à venir, interdisant alors toutes les solutions de compromis en établissant un cadre plus strict concernant son environnement.

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Exemple de cabinet d'omnipratique monopraticien.....	8
Figure 2 : Optimisation des flux.....	12
Figure 3 : Exemple de cabinet de groupe bénéficiant d'une salle de chirurgie.	15
Figure 4 : Exemple de salle de chirurgie.....	17
Figure 5 : Exemple de chariot destiné au bionettoyage.	21
Figure 6 : Ergonomie opératoire lors de la pose d'implant.....	24
Figure 7 : Exemple de cassette chirurgicale.....	36

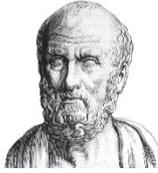
LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Frais de fonctionnement du cabinet	28
Tableau 2 : les différents coûts de l'aménagement d'une salle d'intervention.	34
Tableau 3 : Les différents consommables pour la pose d'un implant dentaire.....	37

BIBLIOGRAPHIE

1. Spécialiste Vs Omnipraticien [Internet]. The Dentalist. 2018. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/specialistes-vs-omnipraticiens/>
2. Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf [Internet]. Disponible sur : <[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf)>
3. Maccario R. Synthèse de « L'organisation du cabinet dentaire » de Robert Maccario [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2017. Disponible sur: <<https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/synthese-de-lorganisation-cabinet-dentaire-de-robert-maccario/>>
4. Wat architecture dentaire. (page consultée le 11/03/21). wat-architecture-dentaire [Internet] <https://www.wat-architecture-dentaire.com/>
5. Comment-et-pourquoi-travailler-avec-une-assistante-dentaire.pdf [Internet]. Disponible sur: <<https://www.bgds.fr/wp-content/uploads/2019/08/comment-et-pourquoi-travailler-avec-une-assistante-dentaire.pdf>>
6. Binhas E. L'assistante dentaire : une alliée indispensable ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2010. Disponible sur : <<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/l-assistante-dentaire-une-alliee-indispensable/>>
7. Binhas E. Les clés pour construire une équipe efficace [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2020. Disponible sur: <<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/les-cles-pour-construire-une-equipe-efficace/>>
8. Binhas E. Comment renforcer les performances de votre équipe ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2019. Disponible sur: <<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/renforcer-performances-de-equipe/>>
9. Haute Autorité de Santé. Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
10. Coureul M. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. Ministère de la Santé et des Solidarités. 2006;72.
11. Haute Autorité de Santé. Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique. Rev Stomatol Chir Maxillofac. nov 2008;109(5):334-40.
12. Blanc G. Le "Bloc Opératoire" [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2010. Disponible sur: <<https://www.lefildentaire.com/articles/pratique/ergonomie-materiel/le-bloc-operatoire/>>

13. Wat architecture dentaire. (page consultée le 14/05/21). wat-architecture-dentaire [Internet] <https://www.wat-architecture-dentaire.com/>
14. Historique de l'Implantologie | Centre d'Implantologie de Soissons [Internet]. Disponible sur: <https://centre-implantologie-soissons.fr/implantologie/historique-de-limplantologie>
15. Cavézian R. Évolution historique du concept implantaire : passé, présent et futur des moyens prédictifs d'imagerie. 2007;6.
16. Binhas E, Harrel Y, Rahal D et al. Résumé du livre « S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire » [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2017. Disponible sur: <https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/resume-livre-sinstaller-demenager-reamenager-cabinet-dentaire/>
17. Amos J. Choisir l'emplacement de son cabinet | Emplacement du cabinet dentaire [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2018. Disponible sur: <https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/choisir-leemplacement-de-cabinet-jayme-amos/>
18. Ouvrir un cabinet dentaire mode d'emploi [Internet]. The Business Plan Shop. Disponible sur: <https://www.thebusinessplanshop.com/fr/blog/ouvrir-un-cabinet-dentaire>
19. Kazdar C. Évaluation du coût horaire de la pratique de la chirurgie orale en cabinet libéral spécialisé et au sein du service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017.
20. Cohen N. Comment démarrer en implantologie ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2010. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/interviews/rencontres/comment-demarrer-en-implantologie-2/>
21. Rebouillat J-B. Comment démarrer en implantologie [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2010. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/implantologie/comment-demarrer-en-implantologie/>
22. Douard M. Critères de choix du système implantaire par les odontologistes : enquête auprès des chirurgiens dentistes de la région bordelaise. Odontol Conserv. :55.
23. Cohen N. Quel système implantaire choisir pour débiter en Implantologie ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2009. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/interviews/rencontres/quel-systeme-implantaire-choisir-pour-debuter-en-implantologie/>
24. Cochet R. Stratégies RH en Implantologie [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2010. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/ressources-humaines/strategies-rh-en-implantologie/>



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

COSSOU Florent – Mise en place d’une pratique implantaire dans un cabinet d’omnipraticque.

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2021

Rubrique de classement : Chirurgie orale.

Résumé : Née il y a près de 40 ans, l’implantologie moderne a permis de développer les différentes techniques actuelles mettant à disposition des solutions fiables, durables et reproductibles, et sa pratique autrefois réservée à des spécialistes s’élargie peu à peu à de nouveaux praticiens qui intègrent l’implantologie à leur pratique quotidienne. La mise en place d’une activité implantaire dans un cabinet d’omnipraticque s’est alors largement démocratisée.

Cette mise en place peut s’envisager de nombreuses façons, elle passe par une réflexion rigoureuse concernant les objectifs et les moyens de mise en œuvre à adapter à chaque praticien, à chaque pratique et à chaque cabinet.

Mots-clés : cabinet dentaire, implantologie, implant dentaire, chirurgie implantaire.

COSSOU Florent – Set up of an implant practice in a dental general practice office.

Abstract: Born almost 40 years ago, modern implantology has made it possible to develop the various current techniques providing reliable, durable and reproducible solutions, and its practice formerly reserved for specialists is gradually expanding to new practitioners who integrate implantology into their daily practice. The setting up of an implant activity in a general practice was then largely democratized.

This implementation can be envisioned in many ways, it requires careful consideration of the objectives and means of implementation to be adapted to each practitioner, to each practice and to each dental office.

Keywords : dental office, implantology, dental implant, implant surgery.