



ACADÉMIE NATIONALE  
DE CHIRURGIE DENTAIRE

# ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Reconnue d'utilité publique depuis 1964

**Commission législation composée au moment de sa rédaction de : P. BRENIER,  
J-P BRUN, M. DAAS, M. LANDRU, P. ROCHER, P. SAMAKH, P. SIMONET, J-P VASSAL.**

## **Propositions Académiques relatives à l'exercice de la Dentisterie Implantaire**

### INTRODUCTION

#### I — ÉTAT DES LIEUX

#### II — LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA DENTISTERIE IMPLANTAIRE

Nécessité d'une formation spécifique

Une approche globale indispensable

Obligation d'information vis-à-vis du patient

Critères de réussite

#### III — PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

1/ Apprentissage de la dentisterie implantaire

2/ Prise en compte du besoin d'une compétence

« plurimédicale »

3/ Compétence gestuelle

4/ Compétence organisationnelle

### SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

### BIBLIOGRAPHIE

## Préambule

Ce dossier, réalisé par la Commission Législation, n'est pas une analyse exhaustive de la bibliographie existante aux fins de publication dans une revue scientifique à comité de lecture. Il s'efforce modestement de dresser un état des lieux de l'implantologie moderne et de faire des propositions

## Introduction

La dentisterie implantaire a ouvert un nouveau chapitre dans l'exercice de notre profession. Au fil du temps, depuis une quarantaine d'années, elle est devenue une science médicale à part entière, totalement intégrée dans notre pratique quotidienne, et dont les fondements ont été définis depuis 270 ans par Pierre Fauchard. <sup>1</sup>

Toute science médicale étant par nature et définition évolutive, la dentisterie implantaire en constante progression, doit de même être réévaluée et remise à jour régulièrement tant elle apporte une réponse à l'amélioration de l'image de soi et de la qualité de vie de nos patients. Il est important d'élever le standard de connaissance et d'application de la dentisterie implantaire, afin que cette discipline prenne en compte l'importance croissante qu'elle représente pour les patients et ses répercussions sur la santé de ceux-ci. En effet, la connaissance de l'âme humaine est un paramètre non négligeable qui a son intérêt dans la blessure profonde liée à la perte dentaire, perfectible par une dentisterie implantaire adaptée. L'objectif de ce document est de présenter des recommandations à destination de la profession et des étudiants en chirurgie dentaire.

Il est à préciser que la HAS est en cours de réflexion sur des recommandations à indications spécifiques.

## I — État des lieux

Il existe de plus en plus de réalisations implanto-portées d'exception dans les pays les plus développés sur le plan scientifique. En France, les procédures de traitements implantaires ont considérablement évolué et permettent l'obtention de résultats souvent excellents.

L'ouverture à la profession au plus grand nombre a masqué certaines réalités dont le principal est un cahier des charges tellement évolutif qu'il est vite dépassé. En effet, les indications cliniques sont de plus en plus vastes et exigeantes, avec en conséquence, parfois, des choix thérapeutiques manquant de validité scientifique.

Il ne faut pas minimiser dans cette évolution, le rôle de l'industrie, dont la tendance est souvent de proposer des solutions techniques sans réel recul clinique à moyen terme. Dans cette course à la rentabilité immédiate imposée par les conglomérats industriels, les praticiens jouent le rôle de testeurs. Ce versant conduit parfois à la proposition de thérapeutiques non conformes aux données acquises de la science aboutissant à des demandes en réparation tant auprès des assurances en responsabilité professionnelle que devant les tribunaux.

En dentisterie implantaire la responsabilité civile du chirurgien-dentiste est limitée à une obligation de moyens et non de résultat. Ceci correspond à mettre au service de son patient les moyens les plus adaptés à son état, compte tenu des connaissances médicales au moment des soins. Sa responsabilité n'est engagée que si sa faute est prouvée et qu'il existe un lien direct, certain et exclusif de causalité entre la faute et le préjudice subi par le patient. En

conséquence, le praticien n'a pas l'obligation de guérir son patient, mais de tout mettre en œuvre pour y aboutir, et ce pour une raison évidente : le caractère aléatoire par essence de l'acte médical.

Parfois, le praticien devant des allégations de soins non conformes par son patient met en avant une décharge de responsabilité signée par le patient. L'exemple classique est la demande par le patient, pour des raisons de confort, de l'extraction de certaines dents conservables cliniquement. Cette décharge n'a aucune valeur juridique et pourrait même aggraver la situation du praticien devant les tribunaux : le praticien possédant la connaissance médicale, il est seul juge de ce qu'il convient de faire pour mener à bien le traitement de son patient.

L'étude de la fréquence des sinistres déclarés aux assurances, fréquence inférieure à la fréquence réelle, permet d'identifier les risques et de les prévenir. En termes de sinistralité, les bilans en implantologie bucco-dentaire de la MACSF (Mutuelle d'Assurance des Professionnels de la Santé) pour l'année 2021 constituent la source des données ci-dessous. [2-3-4](#)

La MACSF assure globalement 28 000 confrères et bénéficie ainsi d'un panel significatif dans le domaine de la Responsabilité Civile Professionnelle des chirurgiens-dentistes. Ainsi, la détermination d'une classification statistique catégorielle et typologique de la sinistralité déclarée devient possible.

Les litiges cliniques en dentisterie implantaire (y compris les comblements et soulevés sinusiers) représentent par rapport à la totalité des actes dentaires litigieux, 21 %. Parmi ces 21 %, les plus rapportés et observés par la MACSF sont :

- mise en cause exclusive de la phase de chirurgie (40 %), à savoir, sans classification en fonction de la fréquence :
  - Peri-implantite, absence ou insuffisance d'ostéo-intégration.
  - Douleurs intenses durables, autres complications.
  - Insuffisance de conception, erreur d'axe, de positionnement, lésions neurologiques avec perte totale ou partielle de sensibilité ou dysesthésie.
  - Communication bucco-sinusienne, sinusite, migration de l'implant dans le sinus.
  
- mise en cause exclusive de la phase prothétique (30 %) à savoir, sans classification en fonction de la fréquence :
  - Restaurations fixes : inadaptation sur implant ostéointégré, occlusion dysfonctionnelle, insuffisance de l'aspect esthétique, inadaptation d'une prothèse fixe transvissée, non-ostéointégration préalable des implants.
  - Inadaptation de prothèse amovible stabilisée par attachements sur les implants (PACSI).
  - Fracture structurelle prothétique, bris cosmétique de couronne ou bridge.
  - Descellement itératif, dévissage de vis implantaire, de connexion.
  - Ingestion d'un tournevis implantaire.

- mise en cause mixte chirurgie + prothèse : 27 %
- mise en cause du matériel : implant, accastillage 3 %

Selon les chiffres recueillis ces dernières années, on observe une augmentation des déclarations de sinistres, excepté pour l'année 2019 qui montre une légère baisse de 5 %.

Cette surveillance attentive de la sinistralité conduit les assurances en Responsabilité Civile Professionnelle à réfléchir sur les moyens et conseils élémentaires nécessaires pour diminuer les déclarations de litiges. À l'évidence, si ces conseils doivent être évalués, il faut retenir que ce n'est pas à l'assureur, mais à la profession, d'identifier et de gérer les moyens d'améliorer notre pratique implantaire.

En conséquence et à l'évidence, il s'agit de participer à maîtriser, voire à réduire la sinistralité à l'aide de recommandations adaptées à l'exercice de la dentisterie implantaire et notamment celles édictées par l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire et sa Commission de législation.

Nous devons également prendre conscience et tenir compte de plusieurs problèmes :

- La sinistralité du quotidien non référencée, car non déclarée.

Il s'agit d'une finalité chirurgicale et/ou prothétique perfectible, mais finalement acceptée par le praticien, en raison d'une lassitude quant à la durée de la mise en œuvre voire du comportement de son patient. Il se traduit par une imperfection clinique avec un résultat qui n'est pas en accord avec le projet initial. Il s'agira d'un compromis, si la santé du patient n'est pas mise en danger, mais d'une compromission dans le cas contraire. Si le niveau de la dentisterie implantaire est ainsi abaissé, il dévalorise aussi la réalité de son apport et déprécie l'image de notre profession auprès des patients.

- Le problème spécifique de responsabilité posé en cas de sinistre par la collaboration de deux praticiens :

Cette collaboration est fréquente puisque le praticien qui pose l'implant et celui qui réalise les soins et les prothèses sont parfois confiés à deux intervenants différents. Cette notion de collaboration implique une responsabilité qui sera ou non partagée entre les différents praticiens, selon le principe que chaque intervenant est responsable de ses propres actes. Chaque praticien doit proposer un devis et requérir le consentement de son patient aux soins. Un seul point de co-responsabilité : avant de débiter le traitement, chacun doit définir son domaine d'intervention (chirurgie pre-prothétique, chirurgie implantaire). Ceci permet de définir d'un commun accord un plan de traitement précis et global, après consultation du patient.

En cas d'assignation devant un tribunal et suivant la mission du magistrat, le rôle de l'expert judiciaire sera de déterminer la part de responsabilité imputable à chacun des intervenants.

- Le problème spécifique du « surtraitement » :

La tentation existe, pour certains praticiens, de proposer ou d'imposer un traitement implantaire au seul motif qu'il est plus rémunérateur ; il s'agit bien évidemment d'une faute

grave sur les plans déontologique, civil et même pénal ; une telle dérive doit être combattue avec la plus extrême sévérité.

- Le problème d'éventuels troubles de confort, phonétiques et articulaires :

La restauration du couloir prothétique, au plus près des besoins naturels fonctionnels et d'esthétique, constitue une approche thérapeutique nécessaire.

Elle est parfois difficile à réaliser pleinement face à de fortes résorptions maxillaires dues à la perte du rayon de périmètre maxillaire ou bien d'une hyper conscience occlusale ou de perception du patient.

Dans les cas de réhabilitation globale ou de remplacement des dents antérieures, celui-ci doit être informé que le retour vers une denture naturelle à l'identique peut parfois tarder à être retrouvé, voire à ne l'être que partiellement.

## Propositions

- Réaffirmer au cours de toutes les formations professionnelles la préférence des traitements conservateurs (parodontaux, endodontiques ou restaurateurs) chaque fois que possible, afin de conserver au maximum la denture existante et leur tissu de soutien. Il est essentiel de respecter un gradient thérapeutique adapté aux nécessités du patient.
- Comprendre qu'il existe une sinistralité silencieuse non déclarée par les patients et dont la fréquence est inconnue.
- Informer le patient des objectifs et des possibles limites de son traitement ainsi que des risques encourus.

## II — Les principes fondamentaux de la dentisterie implantaire

- Étude d'une méthode de réalisation pluridisciplinaire d'un plan de traitement :

Le plan de traitement est essentiel, pour la pose d'un implant unitaire ou d'implants multiples, et doit être largement décrit dans le dossier du patient (obligatoire en cas d'expertise).

Le plan de traitement est l'ensemble des propositions qui font l'enveloppe des actions à entreprendre pour ramener le patient au plus près de son état antérieur ou de l'optimiser dans sa structure faciale et stomatognathique.

Il sous-entend :

- 1/ une identification claire des besoins et de la demande spécifique du patient.
- 2/ Une connaissance analytique du cas et une réponse à la demande exprimée du patient.
- 3/ Une santé générale et locale du patient apte à supporter le traitement,
- 4/ Des options alternatives propres à définir le bien-fondé de la proposition choisie. Cela nécessite une argumentation objective et des propositions tenant compte de la demande initiale du patient.
- 5/ D'être en mesure de choisir un système implantaire ayant fait l'objet d'études cliniques ayant été publiées dans une revue scientifique internationale référencée à comité de lecture. Il est important de connaître les références de l'implant ainsi que sa fiabilité et ses conditions de maintenance. Les tribunaux pourraient retenir la responsabilité d'un praticien ayant utilisé un implant n'ayant fait l'objet d'aucune étude clinique préalable.<sup>6</sup>

5/ D'être en capacité, seul ou avec d'autres intervenants, de mener à bien de façon conforme le traitement proposé, de s'assurer ainsi de sa faisabilité globale en termes de participation et de durée de traitement.

6/ D'informer par un échange constant :

- de la quasi-impossibilité, en cas de reprise du traitement à la suite d'un échec implantaire, à revenir à l'état antérieur considéré comme parfait,
- des données évolutives de la science en implantologie, de ses risques ou contraintes,
- de la modification du plan de traitement si un fait inattendu se produit au cours des soins.

7/ D'être en mesure d'assurer le suivi thérapeutique incontournable après la mise en fonction des implants dentaires.

### Obligation d'information vis-à-vis du patient :

Selon l'article L.1111-4 du code de la santé publique : « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». <sup>7</sup>

Depuis un arrêt de la 1ère Chambre Civile du 25 février 1997 (n° 94-19.685), c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il a bien donné les informations nécessaires à son patient. Cette solution jurisprudentielle a été consacrée par la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », au sein de l'article L.1111-2 du Code de la santé publique.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé oblige donc le praticien à fournir au patient une information accessible qui doit lui permettre de prendre la décision d'accepter ou de refuser un traitement, et de choisir entre différentes techniques en toute connaissance de cause.

L'information doit porter sur tout ce qui entoure l'acte envisagé et les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte.

Elle peut porter sur les risques mineurs et les risques majeurs. Seuls sont évoqués dans la loi du 4 mars 2002, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, ceux-ci devant être préalablement portés à la connaissance du patient et accompagner son choix.

La délivrance de l'information est en principe orale ; selon la loi, cette information est délivrée au cours d'un entretien particulier. Elle doit être renouvelée pour s'assurer que le patient en a bien compris tous les termes, ce qui est essentiel à la réussite du projet de traitement.

Mais l'oralité du consentement pose le problème de sa preuve en justice et c'est pourquoi l'écrit peut se révéler très utile pour rapporter cette preuve : le formulaire dit de « consentement éclairé » est une solution à condition qu'il soit personnalisé, clair et accessible au patient. Le devis peut aussi inclure les informations médicales nécessaires de façon à n'avoir qu'un seul document à faire signer par le patient. Il convient de toute façon de laisser passer un certain délai (au moins quinze jours) entre la première consultation ou l'édition du devis et le début des soins.

Pour mémoire, le chirurgien-dentiste a la responsabilité de la conservation de ses dossiers médicaux. Pour plus de précision, se référer à la publication de l'ANCD concernant le dossier médical.

À défaut d'écrit, la preuve de cette information peut être apportée par un « faisceau de présomptions », c'est-à-dire par différents éléments cumulés :

- le nombre de rendez-vous pour analyser et étudier le cas avant de proposer le plan de traitement,
- la consignation dans la fiche médicale du patient des éléments d'information dispensés sur le traitement proposé et sur les éventuelles autres thérapeutiques possibles,
- la remise de documents édités par des sociétés savantes. Cette remise de documents doit être consignée dans la fiche médicale du patient,
- les courriers des correspondants éventuels qui auraient adressé le patient pour un traitement spécifique,
- les courriers aux correspondants rendant compte de la consultation et du traitement réalisé,
- le document imprimé issu d'un programme informatique qui permet une simulation des différents traitements possibles adaptés à la situation clinique du patient,
- le document formalisant le plan de traitement détaillé et précisant la nature des traitements, leur chronologie et leur durée,
- le devis pour le traitement, détaillé et chiffré pour chaque séquence d'actes. Il doit être clair et compréhensible pour le patient et signé par ce dernier.

L'information peut être complétée par différents outils didactiques tels les modèles de démonstration, photographies, schémas, renvoi à un site personnel du praticien où les informations médicales mentionnées doivent être en accord avec la déontologie. [8-9-10](#)

Ce site peut compléter cette information par la mise en place d'un chapitre sur les questions les plus fréquentes posées par les patients.

Le passeport implantaire conçu par le CNO doit être remis au patient ; il recense tous les éléments utiles au praticien pour assurer la traçabilité des matériaux et des systèmes utilisés. L'Ordre met à la disposition des praticiens deux passeports, l'un pour la chirurgie implantaire et l'autre pour la prothèse supra-implantaire. Ces documents mentionnent toutes les informations nécessaires à l'acte réalisé et son suivi régulier. Une fois rempli par le praticien, le passeport est remis au patient avec pour instruction de le conserver précieusement (à charge pour le praticien d'en conserver une copie dans le dossier médical du patient). [11-12](#)

En cas d'équipe pluridisciplinaire, chaque intervenant doit délivrer personnellement l'information qui relève de son domaine, une synthèse de toutes ces informations pouvant être délivrée par le prescripteur, ou le référent du groupe.

Conséquences du défaut d'information :

- Lorsque l'information n'a pas été dispensée et si un dommage est intervenu, il incombe au juge de déterminer la perte de chance subie par le patient qui aurait pu, s'il avait été convenablement informé, refuser l'acte médical afin d'éviter la réalisation du ou des risques qui y étaient associés.
- La jurisprudence exige néanmoins que le dommage intervenu soit sans rapport avec l'état initial du patient et avec son évolution prévisible.
- En outre, le défaut d'information (ou une information insuffisante) constitue en soi une infraction déontologique puisque le consentement libre et éclairé du patient n'est pas alors

possible (article R.4127-236 du code de la santé publique : « *le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L.1111-4 [...] »*).

## **Propositions**

- Mieux former étudiants et praticiens à la connaissance de l’aspect juridique, éthique et déontologique de la dentisterie implantaire.
- Privilégier l’information du patient et la réalisation de dossiers rigoureux, complets et exploitables pour atteindre l’objectif final : une prothèse fonctionnelle et esthétique bien acceptée par les patients.
- Mettre en place dans chaque cabinet un protocole de traitement pluridisciplinaire. En effet, un protocole est le meilleur moyen de hiérarchiser et répéter les procédures à suivre en fonction du type de traitement implantaire envisagé. Les protocoles ont pour but de faciliter le travail du praticien au quotidien, en évitant les erreurs et les malentendus qui peuvent survenir tant entre professionnels qu’avec les patients.

### Critères de succès :

Les critères de qualité implantaires définis par Zarb et Albrektsson lors du consensus de Toronto en 1998 sont : <sup>13</sup>

- immobilité des implants lorsqu’ils sont testés individuellement et non reliés,
- absence de douleur, d’inconfort, de sensation altérée ou d’infection imputable aux implants,
- perte osseuse verticale moyenne de 0,2 mm annuelle après la première année de mise en fonction,
- l’axe de l’Implant support ne doit pas compromettre la mise en place d’une prothèse fonctionnelle et esthétique qui satisfasse à la fois le patient et le praticien.

Ces critères tiennent donc à la fois compte des critères objectifs de l’ostéo-intégration des implants et surtout de l’objectif final d’un implant qui est la mise en place d’une restauration prothétique fonctionnelle et esthétique.

De même, des critères esthétiques ont été également décrits par Fürhauser et Belser en 2005 qui proposent une évaluation du résultat sous forme d’un score avec des critères d’observation au niveau gingival (PES) et dentaire (WES). Ces critères permettent ainsi d’étudier les proportions du blanc et du rose dans le sourire. De plus, ces observations permettent d’évaluer avant traitement les difficultés à venir et d’évaluer en post-traitement le résultat esthétique obtenu. <sup>14</sup>

### Moyens de mise en œuvre :

- Un projet prothétique issu de cette analyse doit être validé. C’est une étape incontournable qui va permettre la réalisation d’une planification implantaire en fonction du volume osseux disponible et de la future restauration prothétique. <sup>15</sup>

- Un consentement éclairé est alors fourni au patient sur le protocole de mise en charge (immédiate, précoce ou conventionnelle en 2 temps) et la temporisation (immédiate ou différée) surtout dans les cas esthétiques et d'extraction-implantation.
- Différents outils conventionnels et numériques sont à notre disposition pour réaliser une planification assistée par ordinateur, la conception de guides chirurgicaux et particulièrement les guides stéréolithographiques à précision inframillimétrique, une chirurgie guidée avec une reproduction clinique de la planification implantaire précise.

Le respect d'un tel protocole permet aujourd'hui de réaliser une temporisation immédiate, d'optimiser la cicatrisation de tissus péri-implantaires et de réduire la durée de traitement dans de bonnes conditions.

Enfin la pérennité du traitement implantaire dépend de la qualité et de l'intégration biologique de la restauration prothétique qui aura un rôle primordial dans la santé des tissus péri-implantaires. <sup>16</sup>

L'implant dentaire s'intègre lors de la cicatrisation par réparation et non par régénération via une réaction immunitaire à corps étranger.

L'espace biologique peri-implantaire est la partie transmuqueuse de l'implant dentaire. Elle est spécifique, différente histologiquement et histomorphométriquement de celle de la dent. Le joint entre l'implant et la prothèse peut se situer dans cet espace et peut constituer une niche bactérienne, devenant le point de départ éventuel d'une résorption osseuse.

Enfin, l'absence de proprioception peri-implantaire rend l'ajustement occlusal complexe ainsi que la perception particulière des anomalies cliniques par le patient. <sup>17-18</sup>

Pendant des années, l'ostéo-intégration elle-même a valu critère de succès implantaire, ce qui n'est plus accepté comme seule vérité à ce jour.

### III — Propositions d'amélioration

Outre les propositions d'amélioration citées plus haut, il convient d'intégrer dans les formations plusieurs paramètres essentiels :

#### 1) Apprentissage de la dentisterie implantaire.

– La courbe d'apprentissage doit débuter durant le 2<sup>ème</sup> cycle des études d'odontologie et être appliquée uniformément dans toutes les facultés dès la 3<sup>ème</sup> année (D1) avec des cours théoriques, des travaux pratiques et des enseignements dirigés.

– Le programme de l'enseignement théorique de la dentisterie implantaire non prothétique donné en D3 (5<sup>ème</sup> année) comprend 11 cours de 1 h 30. Les étudiants ont le droit de poser des implants si l'enseignant considère qu'ils en sont capables.

Idéalement, tout étudiant devrait avoir :

- procédé à une planification simple,
- assisté à une pose chirurgicale d'implant dentaire,
- posé au moins un implant dans son cursus, voire davantage surtout au cours de la 6<sup>ème</sup> année où une clinique spécialisée en implantologie chirurgicale et prothétique pourrait

être instaurée.

- Ainsi, un enseignement clinique en 4<sup>ème</sup> année (D2), 5<sup>ème</sup> année (D3) et 6<sup>ème</sup> année (T1) devrait permettre aux étudiants la prise en charge des patients avec la réalisation d'un plan de traitement global et la possibilité de pratiquer à la fois des actes de chirurgie et de prothèse dans une intégration parodonto. et occluso-consciente.

Cet encadrement permettrait un enseignement des bonnes pratiques en implantologie avec des protocoles reproductibles.

La formation initiale aura donc pour objectif de donner les bases et les moyens de proposer la solution implantaire, quel que soit le type d'édentement.

- 3<sup>ème</sup> cycle : « *Avoir la connaissance n'implique pas d'avoir la compétence* », diplôme n'égalant pas compétence.

Une formation universitaire doit être un prérequis pour pouvoir pratiquer la dentisterie implantaire avec sérénité.

Il est proposé que les praticiens qui souhaitent pratiquer une activité dans ce domaine et acquérir une plus grande compétence suivent régulièrement des formations post universitaires.

Au final, il existe différents types de formations continues : universitaire (attestation et diplôme universitaire avec un nombre d'années différent), privée, congrès, travaux pratiques, assistance au fauteuil de type compagnonnage, industriel, esthétique....

Toutes ces formations n'ont pas la même valeur pédagogique et la même rigueur d'information. Il est donc important d'identifier les formations continues de qualité et de continuer à actualiser ses connaissances afin d'être en mesure de proposer la solution thérapeutique la plus adaptée.

#### Nécessité d'une formation spécifique :

Une vraie formation des praticiens dépassant le seul « placement d'un implant » est nécessaire à la gestion complète d'un plan de traitement.

Cette formation doit inclure tous les paramètres concourant sans exception au succès, et donc à la redéfinir au vu des faits scientifiques validés et de l'expérience acquise par la profession. Une mise à jour de l'évolution des connaissances en implantologie depuis l'émergence des principes de Bränemark et de Schröder doit être effectuée pour aider la profession à améliorer les taux de succès généraux et à progresser vers la satisfaction de tous.

De plus, une réflexion est à mener sur les compétences professionnelles : à partir du XV<sup>e</sup> siècle, le compagnonnage procurait aux ouvriers l'accès à la maîtrise professionnelle et la qualification professionnelle qu'on leur refusait. Ce concept se référait au travail individuel, au souci de perfection et au besoin d'un réseau de solidarité.

Le concept de qualification préfigure ainsi celui de compétence. <sup>5</sup>

Le concept de compétence est un ensemble de savoir, de savoir-faire et de savoir-être qui est manifesté dans l'exercice d'une profession ; il est entendu comme « savoir mobiliser des connaissances ou des qualités pour faire face à un problème donné ».

Il existe des compétences théoriques pour exprimer les savoirs acquis en formation initiale et continue, et des compétences pratiques pour exprimer les savoirs méthodologiques,

techniques et organisationnels acquis en situation de travail, ainsi que dans les nouvelles technologies du savoir.

De plus, l'acte professionnel nécessitera non plus une conjonction de compétences réunies sur la même tête, mais une équipe constituée de compétences complémentaires entre elles (équipe chirurgicale).

### Une approche globale indispensable :

La clé du succès des traitements est liée à une observation et une approche globale. La dentisterie implantaire fait partie aujourd'hui de notre arsenal thérapeutique et doit être proposée au patient comme un moyen thérapeutique et non pas comme un objectif en soi.

En effet, la dentisterie implantaire est multidisciplinaire. Elle ne constitue pas une discipline en soi. Ceci n'empêche pas la nécessité d'une qualification et son enseignement. Elle ne constitue pas un objectif en soi et doit être enseignée en même temps que les autres destinations prothétiques.

Il est donc important que cette vision globale soit proposée en même temps que les autres types de traitement.

C'est la raison pour laquelle il faut confirmer le fait qu'elle soit enseignée lors du 2ème cycle en même temps que les autres destinations prothétiques.

De même, elle trouve toute sa place dans un nécessaire gradient thérapeutique, car elle permet la restauration d'un édentement sans mutilation des dents adjacentes.

Une courbe d'apprentissage est donc nécessaire pour réussir à pratiquer la dentisterie implantaire dans les meilleures conditions.

### 2/ Prise en compte du besoin d'une compétence « pluri-médicale »

La dentisterie implantaire fait partie de la médecine et appelle une connaissance globale des conséquences de la perte de l'organe dentaire et son remplacement.

### 3/ Compétence gestuelle

La poursuite de formation par l'enseignement en compagnonnage est recommandée tout autant qu'une réévaluation périodique par autocontrôle.

## **Propositions**

– Enseigner dans les facultés une représentation élargie de la dentisterie implantaire permettant l'obtention d'une compétence « pluri-médicale » avec un programme renforcé sur la biologie et la prothèse.

Y enseigner la pratique en renforçant dans un premier temps les formations par la simulation puis en multipliant les poses d'implants et de prothèses sur patients par les étudiants dès la 5<sup>ème</sup> année des études d'odontologie, et surtout lors de la 6<sup>ème</sup> année où des cliniques dédiées à la pratique chirurgicale et prothétique de la dentisterie implantaire pourraient être instaurées.

– Y inculquer la spécificité prothétique des traitements implanto-prothétiques

– Favoriser le contrôle continu des connaissances au cours de la vie professionnelle.

– Procéder à une réévaluation périodique par autocontrôle et par une commission adéquate.

#### 4/ Compétence organisationnelle

Elle résulte de la compréhension de la bonne gestion d'un cabinet dentaire (type d'activité, part de la dentisterie implantaire, structure, aspect humain, formation, relations avec les industriels, passage de marchés, données sanitaires).

Elle consiste également à s'assurer de la capacité d'un accès structuré à la maintenance : d'une part des patients (contrôles, hygiène, gestion de l'apparition de mucosites initiatrices de péri-implantites et leur prise en charge) mais aussi des travaux prothétiques. <sup>19</sup>

Elle appelle une capacité structurelle et organisationnelle à organiser un cabinet adapté à la dentisterie implantaire et évaluer la future activité implanto-prothétique :

- rapport investissement, activité, régularité, fiabilité,
- relais avec des confrères,
- critères d'installation avec un local dédié, formation du personnel, aide opératoire, accueil des personnes fragiles ou en situation de handicap, présence d'une instrumentiste, données sanitaires de stérilisation, organisation des stocks,
- relation avec les fabricants et fournisseurs d'implants et prise en compte de leurs responsabilités, gestion des marchés.

### **Propositions**

- Certifier de manière objective la réalité d'un plateau technique et humain (équipe) dans tous ses aspects : critères d'asepsie, d'ergonomie, de prise en charge du patient, aide dans un futur proche de la robotique passive par navigation.
- Favoriser la formation d'assistantes de niveau 2 et leur participation dans l'équipe soignante
- Savoir anticiper, traiter les complications, les échecs et reprises d'échecs.
- Montrer une capacité d'accès structuré à la maintenance d'une part des patients (contrôles, hygiène, gestion de l'apparition de mucosites initiatrices de peri-implantites et leur prise en charge) mais aussi des travaux prothétiques.

#### **IV — Synthèse des propositions**

- Réaffirmer au cours de toutes les formations la préférence de traitements parodontaux, endodontiques ou restaurateurs, chaque fois que possible, afin de conserver au maximum les dents naturelles et leurs soutiens tissulaires
- Éviter les compromis techniques et pires, les compromissions.
- Mieux former étudiants et praticiens à la connaissance de l'aspect juridique, éthique et déontologique de la dentisterie implantaire.
- Privilégier l'information du patient et la réalisation de dossiers rigoureux, complets et exploitables pour atteindre l'objectif final : une prothèse fonctionnelle et esthétique bien acceptée par les patients.
- Favoriser la mise en place au sein de son cabinet d'outils pratiques (check-lists cliniques) pour lutter contre les erreurs humaines générées par le stress, une situation clinique imprévue, la fatigue, un patient difficile.
- Enseigner dans les universités une représentation élargie de la dentisterie implantaire permettant l'obtention d'une compétence « pluri-médicale » avec un programme renforcé en biologie et en prothèse.

*Y enseigner la pratique en fortifiant dans un premier temps les formations par la simulation puis en multipliant les poses d'implants et de prothèses sur patients par les étudiants dès la 5<sup>ème</sup> année des études d'odontologie, et surtout lors de la 6<sup>ème</sup> année où une clinique spécialisée en implantologie chirurgicale et prothétique pourrait être instaurée.*

Y inculquer la spécificité prothétique des traitements implanto-prothétiques.

- Favoriser le contrôle continu des connaissances au cours de la vie professionnelle.
  - Renforcer le volume d'heures d'enseignement et veiller à sa qualité.
  - Procéder à une réévaluation périodique par autocontrôle et par une commission adéquate.
  - Certifier de manière objective la réalité d'un plateau technique et humain (équipe) dans tous ses aspects : critères d'asepsie, d'ergonomie, de prise en charge du patient, aide dans un futur proche de la robotique passive par navigation.
- Favoriser la formation d'assistantes de niveau 2 et leur participation dans l'équipe soignante.*
- Savoir anticiper, traiter les complications, les échecs et reprises d'échecs.
  - Montrer une capacité d'accès structuré à la maintenance d'une part des patients (contrôles, hygiène, gestion de l'apparition de mucosites initiatrices de péri-implantites et leur prise en charge) mais aussi des travaux prothétiques.

## Bibliographie

- 1— Aizenberg A, Jansson J, Abrahamsson P. Short-term postoperative discomfort in patients receiving flapless contra open implant surgery. Open Journal of Stomatology. Vol.3 No.5, August 16, 2013.
- 2- : Source : [www.macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr)
- 3— : Newsletter MACSF. Risque médical des chirurgiens-dentistes ; newsletter, Sou médical, octobre 2021.
- 4— : Communiqué de presse MACSF : Rapport annuel sur le risque des professionnels de santé, octobre 2021.
- 5— Jolis N. Piloter les compétences-les Éditions d'organisation— 1997.
- 6— Loi du 4 mars 2002, art. L.1111—2 et L.1111-4 du Code de la santé publique.
- 7— Simonet P, Missika P, Pommarede P. Recommandations de bonnes pratiques. Anticiper et gérer la contestation. Ed Espace ID, 2015 ; p 37-46.
- 8— Charte ordinale sur le consentement éclairé.
- 9— Charte ordinale applicable aux sites internet professionnels des chirurgiens-dentistes.
- 10— Charte ordinale relative à la publicité et à l'information dans les médias.
- 11— Décret n° 2015-1171 du 22 septembre 2015 relatif à l'information à délivrer à la personne concernée préalablement à une intervention de chirurgie esthétique et postérieurement à l'implantation d'un dispositif médical.
- 12— Passeport implantaire du Conseil national de l'Ordre.
- 13— Zarb G.A, Albrektsson T. Consensus report : towards optimized treatment outcomes for dental implants. J Prosthet Dent. 1998 Dec; 80(6): 641.
- 14- Fürhauser R, Florescu D, Benesch T, Haas R, Mailath G, Watzek G. Evaluation of soft tissue around single-tooth implant crowns: the pink esthetic score. Clin Oral Implants Res. 2005 Dec; 16(6): 639-44.
- 15- Belser U.C et al. Outcome evaluation of early placed maxillary anterior single-tooth implants using objective esthetic criteria: a cross-sectional, retrospective study in 45 patients with a 2-to 4- year follow-up using pink and white esthetic scores. J Periodontal 2009; 80(1): 140-151.

- 16- Wyatt C.C, Zarb G.A. Treatment outcomes of patients with implant-supported fixed partial prostheses. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998 ; 13:204- 11
- 17— Cochran D.L, Hermann J.S, Schenk R.K., Higginbottom F.L., Buser D. Biologic width around titanium implants. A histometric analysis of the implanto-gingival junction around unloaded and loaded nonsubmerged implants in the canine mandible. *J Periodontol.*1997 Feb;68(2):186-98.
- 18- Legall M.G, Lauret J-F. La fonction occlusale, implications cliniques. Éditions CDP JPIO. 2011.
- 19— Renvert S, Giovannoli J-L. Peri-implantitis. Quintessence Publishing. 2012.