

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2020

2020-TOU-3052

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Théophyle SANZ

Le 09/10/2020

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN CAS DE DESOBTURATION ENDODONTIQUE

Directeur de thèse : Docteur Olivier Hamel

JURY

Président :

Professeur Olivier Hamel

1^{er} assesseur :

Docteur Jean-Noel Vergnes

2^{ème} assesseur :

Docteur Paul Monsarrat

3^{ème} assesseur :

Docteur Jérôme Fisse



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONOT

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (Innovation Pédagogique)

M. Olivier HAMEL (Mailage Territorial)

M. Franck DIEMER (Formation Continue)

M. Philippe KEMOUN (Stratégie Immobilière)

M. Paul MONSARRAT (Intelligence Artificielle)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +

M. Jean-Philippe LODTER +

M. Gérard PALOUDIER

M. Michel SIXOU

M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY

Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, Mme Christine MARCHAL, M. Maxime ROTENBERG

Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL

Maître de Conférences : M. VERGNES Jean-Noël

Assistant : M. Julien ROSENZWEIG

Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme FOURNIER Géromine, M. Fabien BERLIOZ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL

Assistants : Mme Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN

Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE, Mme Myriam KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Cécile BLANC
Adjoints d'Enseignement : M. Matthieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHÈSES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGE LIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : Mme Pauline PECQUEUR, M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE
M. Dorian BONNAFOUS, Mme Manon SAUCOURT
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean-Philippe MALLET, M. Ramzi HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Victor EMO NET-DENAND, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION,
Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN
Adjoints d'Enseignement : M. Antoine GALIBOURG, M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE,
M. Laurent GINESTE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCELL, M. Damien OSTROWSKI, M. Julien DELRIEU
Adjoints d'Enseignement : M. Yasin AHMED, Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET

Mise à jour pour le 02 mars 2020

Remerciement,

A mes parents, merci de votre soutien et de votre amour inconditionnel durant toutes ces années. Vous m'avez soutenu depuis le début dans cette voie. Merci à toi Papa d'avoir chercher ma carte d'identité perdu lors du concours PACES, Merci à toi Maman d'être aller à mon appartement toutes les semaines en PACES pour le rendre plus agréable à travailler. Je n'aurai jamais réussi sans vous. Merci pour tout.

A mes grands-parents, à grand papa qui nous a quitté il y a si peu de temps mais qui restera toujours dans nos mémoires, à mamie. A mon papy qui m'a toujours montré les valeurs de la vie, sa bonne humeur. A grand maman, tu es forte et aussi la meilleure cuisinière que je connaisse.

A mes cousins, Lise et Léa, Adrien Florian Olivia, Fabien et Guillaume, Maxime et Pauline, pour tout ces moments en famille. Ces rigolades, depuis tant d'années. Merci Lise et Léa pour votre amour des plantes. A Adrien pour son amour des bonnes choses, ses valeurs. A Florian et Olivia pour vos talents d'artistes, que ce soit dans le bois ou dans les bijoux. A Fabien et Guillaume pour vos soirées bordelaises, vos veilles passions des Magic et des Warhammers.

A mon parrain Thierry et ma marraine Odile, merci de votre soutien et de vos attentions depuis tant d'années.

A mes oncles et tantes, Florence, José, Hélène, Isabelle, Bruce, François, pour tous ces moments merveilleux en famille.

A Angéline, ma chouquette russe, tu es un rayon de soleil dans ma vie, ta bonne humeur et ton intelligence me font avancer tous les jours, j'espère encore plein de belles aventures à tes cotés.

Aux anciens du lycée, Tom, Pedro, Mathieu, Thibault, pour tous ces moments mémorables que j'ai pu vivre avec vous. Pour toutes les soirées plus ou moins réussit qu'on a faites !

Au Champis, Bast, Ben, Paulo, Chati, Aurel, Ludo et Flash (s'il est encore en vie), pour vos cas cliniques entre deux potins ou photos compromettantes.

A tous les copains, Flora, Loic, Clem, Trannoy, Mathilde, Miral, Audrey Aymeric pour toutes les soirées basques ou Toulousaines que l'on a faites., Olympe, Chloé, Ludo Didou, Youssef, Gab, Lenzen, Tom, Marine, Damien, Ilan, Ophée, Juliette, Pa, Nicolas, Julien, Hubert et tous les autres faluchards ou non. Votre substantifique moelle m'ont toujours enjaillé en soirée le mardi.

A Laurent Elbèze alias GALA 2001 qui a bien voulu de moi en stage et qui m'a montré comment travailler avec passion et rigueur.

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur Olivier Hamel

- Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

- Chef de service – Service d'Odontologie du CHU de Toulouse

- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569).

- Docteur en Chirurgie Dentaire. - Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire ».

- Docteur de l'Université Paris Descartes. - Habilitation à Diriger des Recherches.

- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

À notre jury de thèse,

Monsieur le docteur VERGNES Jean-Noël

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie, - Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales, - Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique, - Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur MONSARRAT Paul

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier en Odontologie,

-Master 1 Recherche : Biosanté et Méthodes d'Analyse et de Gestion en Santé Publique,

-Master 2 Recherche : mention : Biologie, santé; spécialité : Physiopathologie,

-Lauréat de la faculté de Médecine Rangueil et de Chirurgie Dentaire de l'Université Paul Sabatier,

-Docteur de l'Université Paul Sabatier - Spécialité Physiopathologie,

-Diplôme Universitaire d'Imagerie 3D maxillo-faciale,

-CES Biomatériaux en Odontologie.

-Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie

A notre jury de thèse

Monsieur le docteur Jerome Fisse

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES en Odontologie conservatrice Restauratrice et Endodontie,
- CES en Odontologie Prothétique mention prothèse conjointe,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

Table des matières

INTRODUCTION	11
1. ETAT DES LIEUX	12
1.1 Offre de soins en France	12
1.2 La CCAM	13
1.2.1 Les différents codes CCAM autour de la désobturation endodontique	13
1.3 Descriptif de l'acte	14
1.3.1 Le diagnostic d'un échec du traitement endodontique initial	14
1.3.2 Plan de traitement après le diagnostic d'échec endodontique	18
1.3.3 La technique de retraitement endodontique non chirurgical	18
1.4 La nouvelle convention dentaire de 2018	23
1.4.1 Dispositions applicables le 21 juin 2018	24
1.4.2 Dispositions applicables le 1 ^{er} novembre 2018	25
1.4.3 Dispositions applicables le 1 ^{er} avril 2019	25
1.4.4 Dispositions applicables le 1 ^{er} janvier 2020	27
2 ETUDE DE TERRAIN	29
2.1 Questions posées	29
2.2 Quels enjeux pour la pratique ?	30
2.3. Matériels et méthodes	31
3 RESULTATS	34
3.1 Participants de l'étude	34
3.2 Le profil des chirurgiens-dentistes :	34
3.3 Activité endodontique des participants	37
3.4 En complément, deux questions	42
4 ANALYSE ET DISCUSSION	44
4.1 Biais et limites de l'étude	44
4.2 Interprétation des résultats.	46
4.2.1 Résultats concernant les praticiens.	46
4.2.2 Résultats concernant les actes cliniques	48
CONCLUSION	52
ANNEXE DES ILLUSTRATIONS	53

INTRODUCTION

Dans la constitution française, le droit à la protection de la santé est inscrit.

Malgré un **reste à charge** globalement faible en France, le dentaire reste un secteur où il est plus important et donne souvent lieux à des **débats sociaux**.

Ce sujet d'actualité a amené les partenaires de la filière dentaire à adopter une convention (syndicats majoritaires et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) après des mois de négociations.¹ Cela a été conclu en 2018.

Cette convention réduit le reste à charge direct payé par les ménages et revalorise les soins conservateurs opposables. Le système de cotation utilisé demeure la **classification commune des actes médicaux** (CCAM) depuis le 1^{er} novembre 2014.²

La promesse d'Agnès Buzyn, Ministre de la santé, le 8 janvier 2020 était de proposer un système de santé pour le dentaire avec moins de reste à charge, lequel diminuerait sur 3 ans.³ Mais cela peut-il se faire sans contrepartie sur la qualité des soins ?

Cette thèse a pour but d'évaluer **les pratiques en Haute Garonne** et l'utilisation de la CCAM dans le cadre d'un acte soumis à honoraire libre et qui souvent présente un reste à charge : le **retraitement endodontique**.

Ce travail comporte quatre parties.

La première partie abordera **l'état des lieux**. Nous aborderons la CCAM puis l'aspect technique de l'acte étudié. En effet le retraitement endodontique nécessite plusieurs étapes (dépose de restauration, aménagement des voies d'accès, élimination de l'ancien traitement et mise en place d'un nouveau traitement).

Ensuite la nouvelle convention sera abordée. Son calendrier d'application qui se réalise sur 3 ans sera décrit. Les changements de codage, d'accès aux soins ou les nouveaux codes seront abordés.

Une deuxième partie présentera **la méthodologie l'étude** menée pour évaluer les pratiques en Haute-Garonne. Un questionnaire réalisé par courrier auprès de chirurgiens-dentistes de Haute-Garonne permettra de recueillir des données objectives sur la situation avant la nouvelle convention.

Dans une troisième partie, nous présenteront **les résultats obtenus** lors de l'étude.

Dans une quatrième partie nous **analyserons et discuterons** ces résultats. Cela nous donnera une meilleure compréhension de la situation actuelle et future.

1. Etat des lieux

1.1 Offre de soins en France

La France consacre 8,6% de son PIB dans la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) soit 203 milliards d'euros en 2018. Cela représente 3037 euros de dépense de santé annuel par Français. Le reste à charge des ménages s'établit à 7% en 2018, ce qui est plus faible qu'en 2017 avec 7,5% de reste à charge.

Cette participation directe des ménages aux dépenses de santé représente donc 14,3 milliards en 2018. Le secteur dentaire représente 5% de la CSBM en 2018, ce qui représente 11,4 milliards d'euros.⁴

Figure 1 – Consommation de soins et de biens médicaux
en milliards d'euros courants

	2006	2018	18/17 en %
Soins hospitaliers	70,5	94,5	0,8
Secteur public	54,4	73,0	0,8
Secteur privé	16,2	21,5	0,7
Soins ambulatoires	83,3	109,0	2,1
Soins de ville	39,3	55,0	2,9
dont : médecins et sages-femmes ¹	17,1	21,1	///
auxiliaires médicaux	8,7	16,1	3,7
dentistes	9,1	11,4	1,4
analyses de laboratoires	3,9	4,4	-1,3
cures thermales	0,3	0,4	-0,7
Médicaments en ambulatoire	31,5	32,7	-0,2
Autres biens médicaux en ambulatoire	9,4	16,1	4,3
Optique	4,4	6,4	4,6
Prothèses, orthèses, VHP2	1,6	3,2	5,7
Matériels et pansements	3,3	6,5	3,4
Transports de malades	3,1	5,1	2,6
Consommation de soins et de biens médicaux	153,9	203,5	1,5

Image 1 : Tableau des dépenses de santé en milliard d'euros.

Le retraitement endodontique représente **21% des traitements pulpaires** (désobturation ; exérèse de la pulpe vivante, non vivante et les traitements de dents permanentes immatures) soit 1 591 000 actes réalisés sur l'année 2008.⁵

1.2 La CCAM

Depuis 2014 la **classification commune des actes médicaux (CCAM)** a remplacé la **NGAP**

Les actes en CCAM sont identifiés par des codes de 4 lettres + 3 chiffres, éventuellement majorés dans certaines conditions de temps, de spécialité, de secteur conventionnel.

La première lettre désigne le système où l'acte est réalisé (H pour le système digestif) ; la deuxième lettre désigne l'organe où la fonction (B pour bouche) ; la troisième est l'action principale et la dernière le mode d'accès. S'en suivent 4 chiffres pour différencier les actes qui ont les mêmes lettres.

Les différents codes CCAM pour la désobturation et les actes liés sont tous **NPC** (non pris en charge).⁶ Ils peuvent être associés en fin de traitement endodontique au code **d'exérèse du contenu canalaire non vivant** (ex : HBFD 024 pour une molaire permanente) qui est un code dont le tarif est fixé par la Sécurité Sociale et pour lequel aucun dépassement n'est possible pour le chirurgien-dentiste conventionné.⁷

1.2.1 Les différents codes CCAM autour de la désobturation endodontique

Il existe 4 codes pour la désobturation endodontique :

HBGD030 : désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine.

HBGD001 : désobturation endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire

HBGD033 : désobturation endodontique d'une molaire

HBGD233 : désobturation endodontique d'une première prémolaire maxillaire

Il existe un code pour le retrait d'instrument fracturé : **HBGD012**

Le passage à la CCAM a permis d'utiliser des codes pour des actes qui avant étaient classés Hors Nomenclature (HN)⁸, d'autres actes peuvent être codés comme la **reconstitution pré-endodontique** (HBMD 0006), la **dépose d'un inlay-core** (HBGD 005)⁹

1.3 Descriptif de l'acte

Aujourd'hui le taux de succès d'un acte endodontique, fait par un spécialiste de l'endodontie est élevé : **entre 85 et 98 %**.¹⁰ Cela fut possible grâce à la récente évolution des techniques en endodontie (instrument rotatif et ultrasons, microscope, système d'obturation thermique).

Malgré cela un échec peut survenir et demander un acte de retraitement endodontique.

Les **causes de ces échecs** sont : une mauvaise préparation à l'accès à la chambre pulpaire, la non identification de canaux, l'insuffisance de désinfection ou de la mise en forme canalaire, des complications liées à l'instrumentation (butée, perforation, fracture de limes) ou la sur et sous obturation du système canalaire.

1.3.1 Le diagnostic d'un échec du traitement endodontique initial

Pour un diagnostic précis, la **radiographie péri-apicale** récente est obligatoire. L'examen clinique des dents, des lésions carieuses, des obturations, de la santé parodontale doit précéder l'examen radiologique.

Cet examen radiologique peut être complété par un cliché excentré ou la réalisation d'une image par **tomographie volumique à faisceau conique** (cone beam) pour des cas discutables (fêlure, canaux secondaires ou résorption).

Le taux de sensibilité est de 79% d'évaluation positive (absence de lésions péri apicale) pour la radiographie rétro alvéolaire contre 35% pour le cone beam d'après une étude publiée dans le *Journal of Endodontics* en 2009. Elle démontre une sensibilité supérieure du cone beam lors du diagnostic des échecs endodontiques.¹¹

1.3.1.1 Origine du problème endodontique

En pratique quotidienne, la présence d'une lésion apicale est le plus souvent découverte de **manière fortuite** lors d'un examen radiologique de contrôle, le plus souvent sur un **orthopantomogramme**¹².



Image 2 : Lésion péri-apicale sur la racine mésiale d'une 46.

La lésion est habituellement **chronique** et donc **asymptomatique**. La pathologie endodontique est une **pathologie inflammatoire induite par une cause infectieuse**. Le problème à traiter n'est pas la lésion en elle-même qui est la conséquence d'un **problème infectieux intra-radiculaire** mais l'infection pulpaire.

Une **lésion osseuse, radio-claire** à la radiographie sera la conséquence de l'infection. Il est possible de montrer la radiographie au patient pour qu'il prenne conscience du problème. En effet l'infection intra canalaire n'est pas visible à la radiographie.¹³

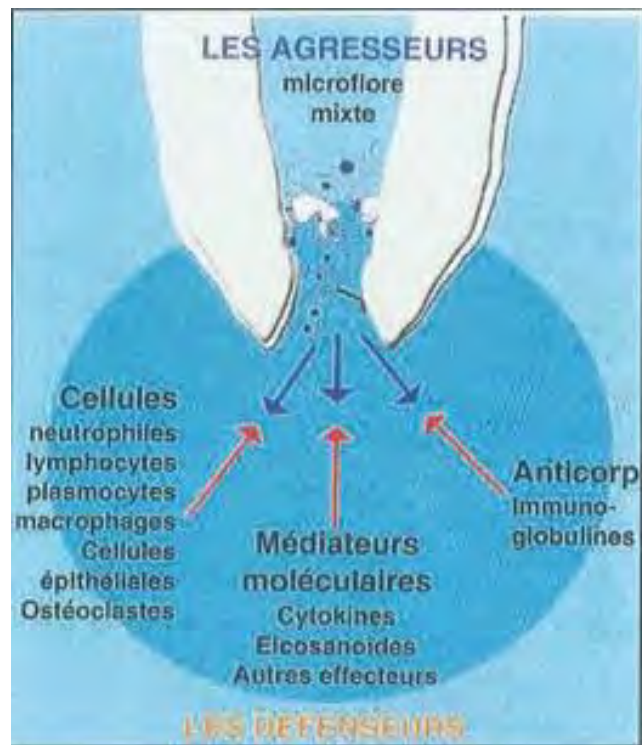


Image 3 : Schéma de l'infection endodontique

1.3.1.2 Doit-on informer le patient de l'existence d'une lésion apicale ?

Il faut informer le patient sur le problème d'origine, qui est l'infection intra canalaire et non insister sur la lésion résultante péri apicale.¹⁴

L'infection en elle-même ne fournit pas de douleur, c'est seulement l'inflammation qui en résulte qui est symptomatique. Cela signifie que l'absence de douleur n'est pas toujours un signe de bonne santé. Le rôle du chirurgien-dentiste est donc de traiter l'infection grâce au retraitement endodontique. Seule la **chirurgie apicale** permet de traiter la conséquence inflammatoire en même temps que l'obturation *a retro* qui permet le traitement infectieux. L'action du chirurgien-dentiste est donc de mettre la dent dans un **profil biologique acceptable** pour favoriser la **reformation osseuse**.

Le fait de ne pas informer le patient d'une lésion infectieuse peut amener à 3 situations plus difficiles à gérer :

- Le passage en **phase aigüe de l'infection**,

- Un défaut d'information**

- Le risque d'une intervention dans l'urgence conduisant à une **avulsion** pour une dent qui ne pourrait pas être traitée à cause d'une pathologie plus lourde (lors d'un bilan pour prothèse de hanche ou une pathologie cardiaque par exemple).

Informé le patient est de toute façon une obligation du chirurgien-dentiste. Il est important d'expliquer au patient qu'une infection endodontique n'est pas un risque grave pour la santé mais que cette pathologie doit être surveillée et traitée selon les cas.

Il existe deux traitements possibles :

- Le premier est le **retraitement endodontique** qui impose souvent la dépose de la restauration et la désobturation qui présentent des risques de complications à chaque étape.

- Le deuxième est **l'abstention thérapeutique** qui nécessitera de surveiller et de traiter la dent lors d'un signe observable d'évolution de la lésion.

En conclusion l'information est à adopter par rapport à la situation unique du patient ainsi que des réussites et échecs du chirurgien-dentiste.

1.2.2 Plan de traitement après le diagnostic d'échec endodontique

Le praticien dispose de quatre choix : l'abstention thérapeutique, extraire la dent, faire un retraitement chirurgical ou un retraitement non chirurgical.

Dans le cadre de ce travail c'est le **retraitement non chirurgical orthograde** qui nous intéresse. Il est réalisé en 1^{ère} intention lorsque la dépose de l'obturation coronaire (directe ou indirecte), ne pose pas de soucis techniques ou biologiques. En seconde intention le retraitement chirurgical est préconisé.¹⁵

1.3.3 La technique de retraitement endodontique non chirurgical

Cela commence par la **cavité d'accès** qui doit permettre d'accéder directement aux canaux radiculaires, c'est à dire l'éviction de tissus carieux et la dépose des restaurations si elles sont présentes.

Il est possible de réaliser l'accès à travers les restaurations mais elle diminue fortement l'accès visuel surtout en cas de restauration dont les matériaux bloquent la lumière (couronne céramo-métallique par exemple)¹⁶

La dépose d'inlay-core est une étape pouvant être longue ; en cas d'inlay-core métalliques et coulés, la technique par ultrasons peut diminuer la quantité de dentine autour du tenon et ainsi peser dans la décision d'un retraitement par voix orthograde ou rétrograde. La dépose de tenons fibrés ne pose pas de problème lorsque la visibilité est garantie pour localiser le tenon. Une fraise à long col permet de détériorer facilement les fibres de la matrice composite.¹⁷

Ensuite la **pose de la digue** doit être possible si les parois sont suffisamment hautes, une reconstitution pré-endodontique peut être nécessaire si on est en incapacité d'isoler la dent.¹⁸

Il est préconisé d'utiliser un ciment provisoire de type Cavit ® ou Dentorit ® afin d'obtenir une meilleure étanchéité entre la feuille de digue et les structures dentaires.¹⁹ D'autres techniques comme l'utilisation de digue liquide comme pâte de calfatrage (Oraseal Caulking®).²⁰



Image 4 : Incisive centrale maxillaire isolée par un clamp et une digue.²¹

1.3.3.1 La dépose de l'ancien traitement

Une fois le diagnostic posé et l'isolation réalisée, c'est le moment de **l'éviction de l'ancien traitement endodontique**. Si c'est de la gutta percha, il est possible de la retirer à l'aide d'instruments chauffés, de solvants (solvant à bases d'huile d'eucalyptus ou huile essentielle d'orange)²² ou d'instruments rotatifs (Protaper D1 D2 D3 de Maillefer® ou R endo de Micro-Mega®).²³

Il est possible pour le cas de traitements anciens de retrouver des **pâtes endodontiques** appliqués à l'aide de lentulo®.

Le caractère **toxique** des pâtes et ciment d'obturation est démontré. La biocompatibilité des ciments d'obturation varie énormément. Les ciments à base d'oxyde de zinc-eugénol ont des effets neurotoxiques dû à la présence de paraformaldéhyde.²⁴ Leurs manipulations est donc à faire avec prudence afin d'éviter des douleurs ou des paresthésies lors de son extrusion.²⁵

Si les pâtes sont molles, elles ne présentent pas de difficulté à l'éviction, en revanche en cas de pâtes dures l'éviction est plus délicate et se réalise à l'aide de fraise long col pour la partie coronaire puis **d'insert à ultrasons** plus fins dans la partie apicale. L'emploi de lime rotative pouvant conduire à des complications diverses.²⁶

Dans le cas d'obturation par **cône d'argent**, ceux-ci sont utilisés pour leur mise en place facile, leur grande radio-opacité et leur action antibactérienne.

Leur retrait peut se faire à l'aide de pinces (Dentsply ; pinces hémostatiques ou des pinces orthodontiques) ou si le cône résiste par l'emploi de lime H et d'ultrasons.

Il est important de ne pas casser le cône dans sa région apicale. Ce serait similaire au cas d'un instrument fracturé.²⁷

1.3.3.2 La mise en place d'un nouveau traitement

Toutes les étapes précédentes ont pour but d'accéder à la partie de la **constriction apicale** de l'endodonte afin de pouvoir le retraiter.

Les limes rotatives de retraitement sont largement utilisées en pratique quotidienne. Le système Protaper® D1 D2 D3 permet une conicité souvent plus importante que le traitement initial. Avec 9% de conicité pour la lime D1 et respectivement pour les limes D2 8% et D3 7% dont leurs extrémités apicales sont plus petites afin de mettre en forme la région apicale.²⁸ Ces limes sont en **NiTi**. Chacune de ces 3 limes permettent de travailler dans un tiers du réseau canalaire : le tiers coronaire pour D1 qui ne doit pas être passé dans les courbures, le tiers médian pour D2 et le tiers apical pour D3.

Chaque passage d'instrument doit être suivi d'une irrigation à l'hypochlorite.²⁹

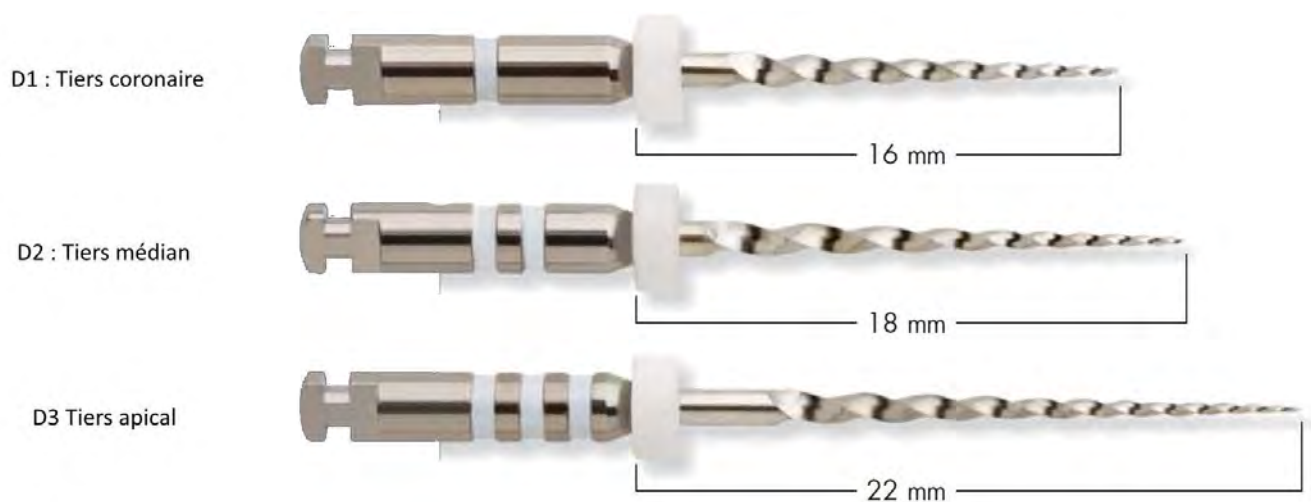


Image 5 : séquence protaper® pour le retraitement ³⁰

L'irrigation et la désinfection reste une étape clé de l'obturation par le rôle antibactérien et lubrifiant de l'**hypochlorite** et chélateur de l'**EDTA** permettant l'élimination de la boue dentinaire (smear layer) comprenant des débris dentaires, des résidus bactériens et métaboliques.³¹

Leur activation par **agitation ultrasonique** permet une meilleure irrigation de la zone apicale et des canaux secondaires comparés à l'irrigation conventionnelle.³²

1.3.3.3 L'obturation par un nouveau matériel d'obturation

Après la mise en place de gutta percha avec un ciment d'obturation canalaire, il reste à réaliser **l'obturation tridimensionnelle** du réseau canalaire par un matériau souple. Ainsi les cônes d'argent et les cônes en résine ne sont pas utilisables. Cette obturation est obtenue de nos jours par un ciment (joint entre la gutta percha et les parois canalaire) et de la gutta percha (polymère naturel d'isoprène). Le film du ciment doit être le plus fin possible afin de permettre une bonne étanchéité tout en évitant un échec endodontique.³³

Les techniques utilisées couramment sont la **technique combinée** de compactage latéral et thermo-compactage (thermo compacteur Maillefer®), et la technique Thermafil® qui se compose d'un tuteur entouré de gutta percha réchauffé avant utilisation.

Le retraitement endodontique reprend donc les bases de l'endodontie en rajoutant de nombreuses étapes techniques à l'acte.

C'est un acte long et exigeant mais il permet d'envisager la restauration coronaire de façon pérenne.³⁴

1.4 La nouvelle convention dentaire de 2018

Cette nouvelle convention fut conclue le **21 juin 2018**.

Elle changea l'équilibrage des tarifs en plafonnant de nombreux actes prothétiques et revalorise des actes conservateurs par une stratégie fondée sur la prévention et l'accès aux soins. Elle se met en place progressivement sur trois ans.

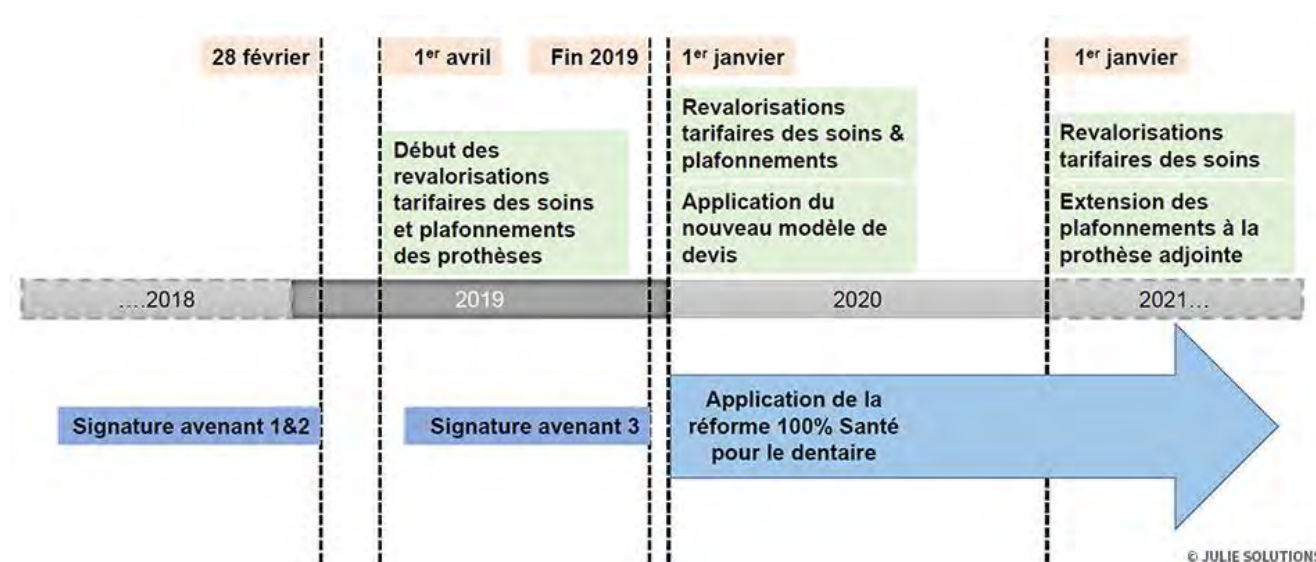


Image 6 : étapes de la mise en place de la convention dentaire de 2018 (Julie.fr)

Elle remplace le **règlement arbitral** mis en place depuis le 1^{er} avril 2017. Elle est parue au journal officiel le 21 juin 2018.

Pour synthétiser, elle permet le **rééquilibrage financier** des soins opposables avec les soins qui font l'objet d'une entente directe, remboursés partiellement par la Sécurité Sociale.

De plus il est mis en place **3 paniers de soins** prothétiques³⁵:

- Un panier « reste à charge 0 » des actes prothétiques qui seront plafonnés et intégralement remboursés.
- Un panier aux « tarifs maîtrisés » via des plafonnements sans obligation par les complémentaires d'une prise en charge intégrale.
- Un panier aux « tarifs libres » sans plafonnement, permettant de choisir des matériaux plus onéreux.

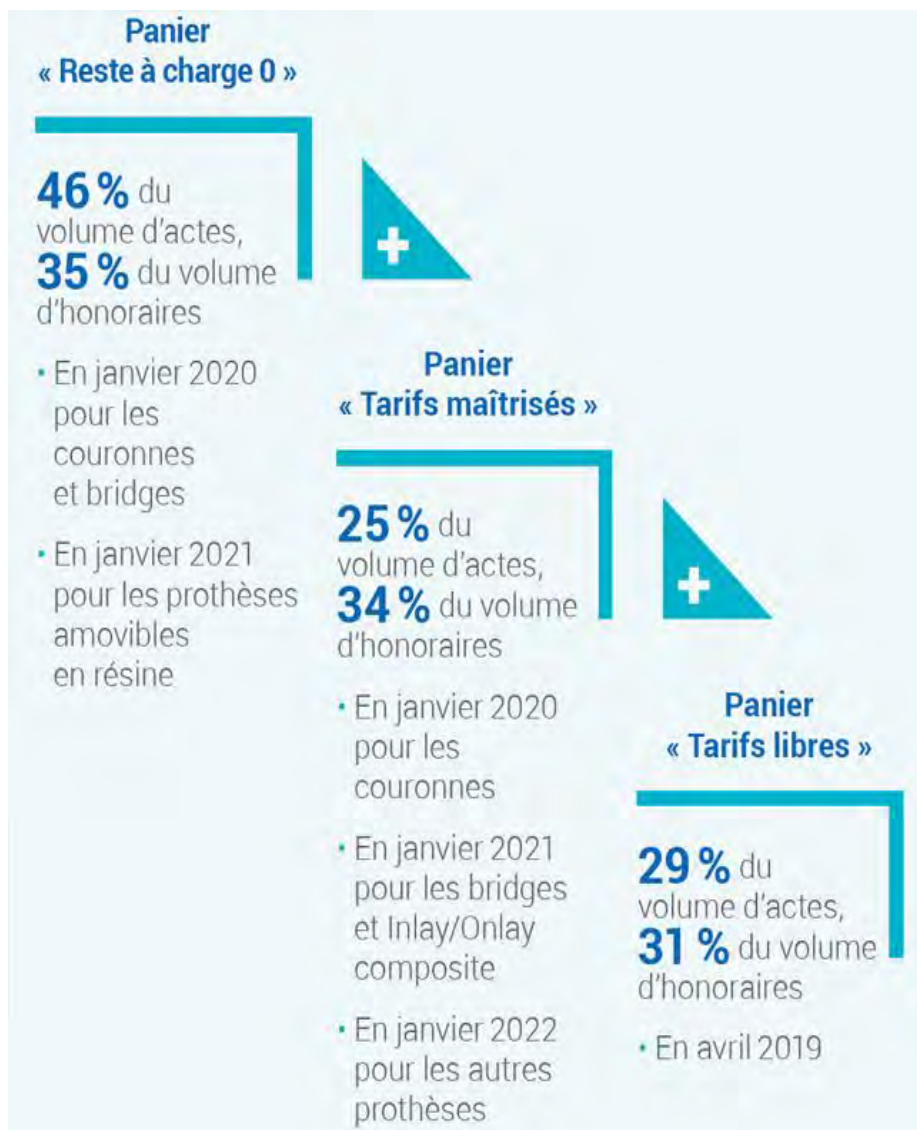


Image 7 : Présentation des 3 paniers selon leurs volumes d'actes et d'honoraires (ameli.fr)

1.4.1 Dispositions applicables le 21 juin 2018

Au lendemain de la signature, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Le plafonnement de l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire.
- Possibilité de facturer un examen bucco-dentaire avec un panoramique (54 euros).
- Majoration DOM applicable à Mayotte
- Démographie : l'aide à l'installation passe à 25 000 euros pour les nouveaux contrats.³⁶

1.4.2 Dispositions applicables le 1^{er} novembre 2018

Le 1^{er} novembre 2018 une disposition signée par tous les syndicats de médecins impactant les professions réalisant des radiographies inclut une baisse des tarifs de 37 actes dont 2 impactant les chirurgiens-dentistes :

- La radiographie panoramique dentaire passe à 20 euros (code CCAM : HBQK002)
- Le cône beam passe à 69 euros (code CCAM LAQK027)³⁷

1.4.3 Dispositions applicables le 1^{er} avril 2019

Le 1^{er} avril 2019 de nombreuses revalorisations de soins courants opposables entrent en vigueur. Cette aide de 417 millions d'euros vise à renforcer les soins conservateurs.³⁸

Quelques exemples d'actes revalorisés le 1^{er} avril 2019 :

- Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (code CCAM HBMD042): de 79,53 à 92 euros.
- Restauration d'une dent sur 1 face par matériaux insérés en phase plastique, sans ancrage radiculaire (code CCAM HBMD058) : de 19,28 à 25,06 euros.
- Exérèse de la pulpe camérale d'une dent temporaire (code CCAM HBFD006) : 16,87 à 23 euros.
- -Coiffage pulpaire direct (code CCAM HBFD010) : acte opposable sur une base de remboursement de 60 euros.

Une aide de 108 millions d'euros a également été mise en place pour la revalorisation des **actes de prévention** notamment chez les enfants et les jeunes adultes (bilan bucco-dentaire gratuit à 18, 21 et 24 ans).

Quelques exemples d'actes de prévention créés ou revalorisés :

- **Examen bucco-dentaire à 3 ans** : tiers payant obligatoire pour l'examen et pour les soins consécutifs.
- **Vernis fluorés** (code CCAM HBLD045) : acte nouveau, pour les enfants de 6 à 9ans, avec possibilité de l'effectuer 2 fois par an, sous condition d'un risque carieux important. La

rémunération est de 25 euros. Pour les autres enfants, il est toujours possible de facturer cet acte en honoraires libres et non pris en charge par la Sécurité Sociale.³⁹

- **Bilan parodontal** dans le cadre d'une prise en charge d'un patient diabétique (code CCAM HBQD001) : Prix opposable de 50 euros. En effet la maladie parodontale est 3 fois plus répandue chez les patients diabétiques que pour les non diabétiques. De plus le traitement parodontal permet de diminuer l'hémoglobine glyquée de 0.4 % en 3 mois.⁴⁰

Concernant les actes prothétiques, il est mis en place le plafonnement du prix des couronnes (exemple : la couronne en zircone hors molaire sera plafonnée à 480 euros le 1^{er} avril 2019 puis à 440 euros le 1^{er} janvier 2020)⁴¹

1.4.4 Dispositions applicables le 1^{er} janvier 2020

Cette nouvelle phase de la convention introduit :

- un **nouveau modèle de devis**, qui inclura une page d'identification et de légende, une ou plusieurs pages pour les actes et les alternatives et enfin une notice explicative :

Identification du chirurgien-dentiste traitant Identifiant du praticien : Raison sociale et adresse :		Identification du patient Nom et prénom : Date de naissance : N° de sécurité sociale du patient :																																	
Date du devis : Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : Ce devis contient xx pages indissociables Description du traitement proposé :		A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat : Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhésion : Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :																																	
Lieu de fabrication du dispositif médical : A l'issue du traitement, il vous sera remis une déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)																																			
Légende explicative du devis : HN=Hors Nomenclature *** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation des actes																																			
<table border="1"> <tr> <th>Matériaux et normes</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> <tr> <td>1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016</td> <td>2 Alliage non précieux ISO 22674 2016</td> <td>3 Céramo-céramique NF EN ISO 22674 2016</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015</td> <td>5 Polymères de base NF EN ISO 20765:1-2013</td> <td>6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017</td> <td></td> </tr> </table>		Matériaux et normes	1	2	3	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	3 Céramo-céramique NF EN ISO 22674 2016		4 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5 Polymères de base NF EN ISO 20765:1-2013	6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017		<table border="1"> <tr> <th>Codes</th> <th>Libellés</th> <th>Conditions tarifaires</th> <th>Prise en charge complémentaire</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>100% Santé</td> <td>soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Modéré</td> <td>soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>selon le contrat du patient</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Libre</td> <td>honoraires libres</td> <td>selon le contrat du patient</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>CSS</td> <td>soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)</td> </tr> </table>		Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)
Matériaux et normes	1	2	3																																
1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	3 Céramo-céramique NF EN ISO 22674 2016																																	
4 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5 Polymères de base NF EN ISO 20765:1-2013	6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017																																	
Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire																																
1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance																																
2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient																																
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient																																
4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)																																
Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes																																			
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (***)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire																									
1	14	HBLD486	Couronne transitoire	5	3	Aucun	60,00	10,00	7,00	53,00																									
1	14	HBLD245	Inlay-core	1	3	Aucun	175,00	90,00	63,00	112,00																									
1	14	HBLD403	Couronne définitive céramo-céramique	3	3	Aucun	500,00	120,00	84,00	416,00																									
TOTAL € (des actes envisagés)							735,00	220,00	154,00	581,00																									
Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% Santé ou, à défaut, à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.																																			
Actes sans reste à charge																																			
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire	Réalisé par votre praticien																									
1	14	HBLD490	Couronne transitoire	5	60,00	60,00	10,00	7,00	53,00	Oui																									
1	14	HBLD090	Inlay-core	1	175,00	175,00	90,00	63,00	112,00	Oui																									
1	14	HBLD634	Couronne définitive céramo-métallique	4	500,00	500,00	120,00	84,00	416,00	Oui																									

Image 8 : exemple de nouveau devis fait sur Logos ®, réalisé par l'union dentaire dans le cadre des applications de la convention au 1^{er} janvier 2020

- un changement des bases de remboursement et des plafonds des couronnes et des inlay core.
- Exemple : la couronne céramique monolithique (code CCAM HBLD060) ou céramo-céramique (code CCAM HBLD634) passe de 530 euros à 500 euros.⁴²

	Incisives	Canine	1 ^{ère} PM	2 ^{èmes} PM	Molaires
Métal non précieux	HBLD038 Plafond : 320 € > 290 € CMUC/ACS : 250 € (inchangé) Base SS : 107,50 € > 120 €				
Zircone monolithique (monobloc, non stratifiée)	HBLD350 Plafond : 480 € > 440 € CMUC/ACS : 400 € (inchangé) Base SS : 107,50 € > 120 €			HBLD073 Plafond : 440 € > 440 € Base SS : 107,50 € > 120 €	
Autre céramique monolithique (monobloc, non stratifiée)	HBLD680 Plafond : 530 € > 500 € CMUC/ACS : 430 € (inchangé) Base SS : 107,50 € > 120 €			HBLD158 Plafond : 550 € > 550 € Base SS : 107,50 € > 120 €	
Céramo-métallique	HBLD634 Plafond : 530 € > 500 € CMUC/ACS : 430 € (inchangé) Base SS : 107,50 € > 120 €			HBLD491 Plafond : 550 € > 550 € Base SS : 107,50 € > 120 €	HBLD734 Base SS : 107,50 €
Céramo-céramique	HBLD403 Base SS : 107,50 €				
Métal précieux (avec ou sans céramique)	HBLD318 Base SS : 107,50 €				
Implantoportée	HBLD418 Base SS : 107,50 €				

les anciens plafonds et les anciens tarifs de 2019 sont barrés

Image 9 : tableau récapitulatif des changements de plafond des couronnes au 1^{er} janvier 2020 (Union dentaire)

- De nouvelles revalorisations pour les soins conservateurs, dans la continuité des hausses de tarifs pour les soins conservateurs, sont prévues.

Par exemple l'ancrage radiculaire par matériaux insérés en phase plastique (code CCAM HBMD042) passe de 92 euros à 98 euros au 1^{er} janvier ; la restauration une face (code HBMD058) passe de 25,06 euros à 26,97 euros.

2 Etude de terrain

2.1 Questions posées

Notre travail tente de poser la question de pratiques liées à l'acte endodontique. Un code CCAM existe pour la désobturation endodontique avec possibilité de tarification hors nomenclature. Qu'en est-il en pratique ? Il existe également des codes CCAM liés au retraitement endodontique avec des tarifications libres : la reconstitution coronaire pré-endodontique ou l'ablation d'un ancrage coronoradiculaire. Quel sont les pratiques pour ces actes ? Le fait des évolutions techniques et de la haute technicité de l'acte couplé avec les effets de la nouvelle convention de 2018 va-t-elle produire des changements de pratique ?

En effet les tarifs du chirurgien-dentiste sont de plus en plus **encadrés** et sont fixés par la Sécurité Sociale. Cela s'est renforcé avec une nouvelle convention en 2018. Elle rend **opposable** des actes qui avaient auparavant un dépassement autorisé comme la couronne dentaire ou l'inlay-core.

Notre volonté est d'établir un état des lieux des pratiques avant l'application de la convention.

Nous soulevons plusieurs questions au sujet des pratiques de la désobturation en France :

Comment est réalisé le traitement endodontique par les praticiens de Haute-Garonne ? Quelle facturation avant la convention ? Et quelle facturation après la convention ? Est-ce que le patient CMU aura un reste à charge pour des actes non pris en charge par la sécurité sociale ?

La nouvelle convention introduit un reste à charge nul sur certains soins dentaires.

Le but de notre étude est donc d'observer les comportements des chirurgiens-dentistes en Haute-Garonne sur l'acte de désobturation endodontique avant la mise en place de la nouvelle convention et de renseigner les perspectives des chirurgiens-dentistes pour les années à venir.

2.2 Quels enjeux pour la pratique ?

Le principal enjeu demeure la qualité globale du retraitement. Celui-ci réside en une **rémunération à sa juste valeur** de l'acte et à **l'accès aux soins**.

Nous avons retenu **une étude descriptive transversale**. Elle permet d'observer la situation à un moment donné. Elle permet de recueillir des données quantifiables qui peuvent être analysées à des fins statistiques portant sur une population cible. Ce type d'étude se présente sous la forme de questions fermées, ce qui limite les possibilités d'obtenir des informations non utilisables.

Elle regroupe une population, ici les chirurgiens-dentistes de Haute-Garonne et des facteurs exposés qui sont les pratiques de la désobturation en cabinet. Le moment d'exposition est situé avant la mise en place de la convention RAC0 qui est entrée en vigueur en avril 2019.

2.3. Matériels et méthodes

Le questionnaire est envoyé au mois de novembre 2018 par courrier aux chirurgiens-dentistes sélectionnés.

Ces dentistes ont été sélectionnés avec à l'annuaire des chirurgiens-dentistes de Haute-Garonne. Un nom sur dix dans l'annuaire a été choisi afin de les **sélectionner aléatoirement**. Cinquante chirurgiens-dentistes sont sélectionnés afin d'obtenir un nombre suffisant de réponse.

Il se présente sous forme d'une feuille avec le questionnaire coté recto et un descriptif de l'étude au verso. Le courrier contient également une enveloppe timbrée afin de renvoyer le questionnaire.

L'anonymat est garanti. Les réponses sont à choix multiples afin que cela demande moins de temps et favorise un taux de retours satisfaisant.

Les questions portent sur le profil du chirurgien-dentiste, ses pratiques de retraitement endodontique. Des commentaires libres sont présents dans une dernière partie.

Il se présente de cette manière :

-Première page du questionnaire :

Questionnaire Retraitement Endodontique

Ce questionnaire a pour but de faire un état des lieux de la pratique des retraitements endodontiques d'un point

de vue éthique, tarifaire et qualitatif. Il est anonyme et permettra la réalisation d'une étude descriptive.

-Votre type d'exercice : libéral / salarié -Cabinet : en groupe / individuelle

-Sexe : H / F

-Année de diplôme : -Zone d'exercice : Urbain / Péri urbain / Rural

1-En cas de retraitement nécessaire, faites vous un devis pour chaque étape (désobturation, dépose, reconstitution pré endodontique et prothèse) :

2-Quels tarifs pour la désobturation: (en dehors de l'obturation au tarif CCAM)

-D'une incisive : -D'une prémolaire :

-D'une canine : -D'une molaire :

3-Quels tarifs pour :

- La dépose d'un inlay core ou d'une couronne
- Une reconstitution pré endodontique si nécessaire :

4-Quelle modification tarifaire appliquez-vous en cas d'instrument endodontique fracturé?

5-Quels temps passez-vous en moyenne à la réalisation du retraitement endodontique (pour une molaire) :

6-Quels matériels utilisez vous pour le retraitement ? :(aide optique, protaper retraitement, R endo micro méga, protaper gold...)

7-Avez-vous une assistante au fauteuil pour ce type d'acte ?

8-Quel facturation utilisez vous pour un patient CMU lors d'un cas de retraitement ? Que faites

vous en cas de refus ?

9-Envisagez vous une modification des tarifs de la désobturation lors de l'instauration du RAC 0 ? (Si oui dans quel proportion ?) :

10-Vos commentaires...

-Deuxième page du questionnaire :

Faculté de Chirurgie dentaire de Toulouse à Toulouse, le 18 octobre 2018

Objet : Enquête dans le cadre de ma thèse d'exercice

Pièces Jointes : Questionnaire au dos et enveloppe timbrée

Cher, Chère Docteur,

Je suis actuellement étudiant en 6ème année de chirurgie dentaire à Toulouse.

Je souhaiterais que vous preniez quelques instants pour répondre au questionnaire joint.

Votre contribution me permettra de réaliser mon travail de thèse, dont le sujet est :

Etat des lieux des pratiques en cas de désobturation endodontique.

Le Pr Hamel, responsable du département de Santé Publique de la faculté, encadrera mon travail.

En résumé, la désobturation endodontique, reconnue par un code CCAM, est un acte « Non pris en charge » qui permet une tarification libre, sur devis, avec tact et mesure. Notre objectif est d'observer, sur un échantillon représentatif de chirurgiens dentistes de la Haute Garonne, la réalité de cette pratique.

NB : ce questionnaire est bien sûr anonyme

En vous remerciant d'avance, veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes plus sincères salutations.

-Théophyle Sanz

3 Résultats

Les sujets ne répondant pas à l'étude ont été de 20 sur 50 ce qui donne 60% de participation.

3.1 Participants de l'étude

Sur cinquante questionnaires envoyés, nous avons reçu **trente retours**.

Deux questionnaires n'ont pas été remplis. Un participant a indiqué être orthodontiste exclusif et un autre être parti à la retraite en juillet 2018. Nous avons exclu de l'étude seulement l'orthodontiste.

29 réponses au questionnaire ont donc été analysés.

3.2 Le profil des chirurgiens-dentistes :

Le type de cabinet

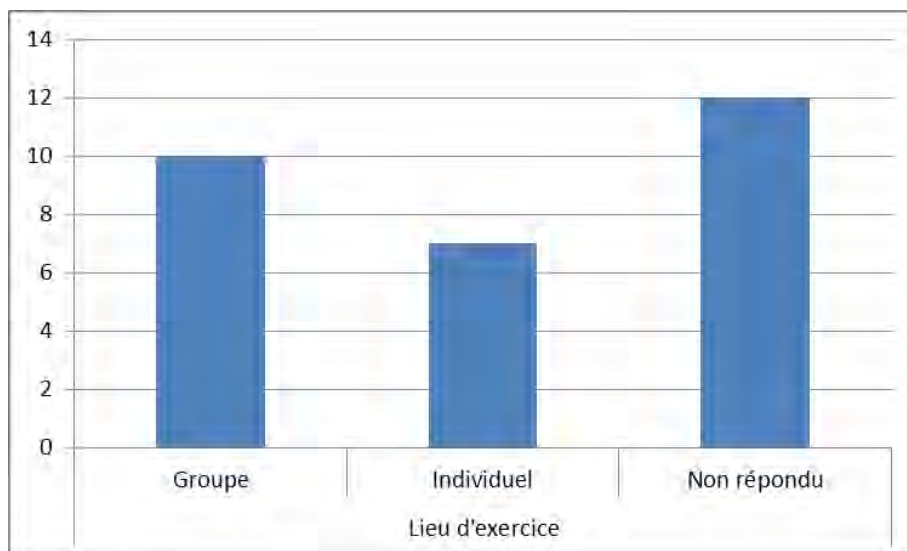


Image 10 : Graphique de répartition du type de cabinet des chirurgiens-dentistes de l'étude.

L'exercice des chirurgiens-dentistes interrogés est plutôt en groupe dix praticiens.

Sept praticiens ont répondu être en exercice individuel.

Douze praticiens n'ont pas répondu.

Le sexe des participants :

I y a treize femmes et neuf hommes, sept personnes qui n'ont pas répondu.

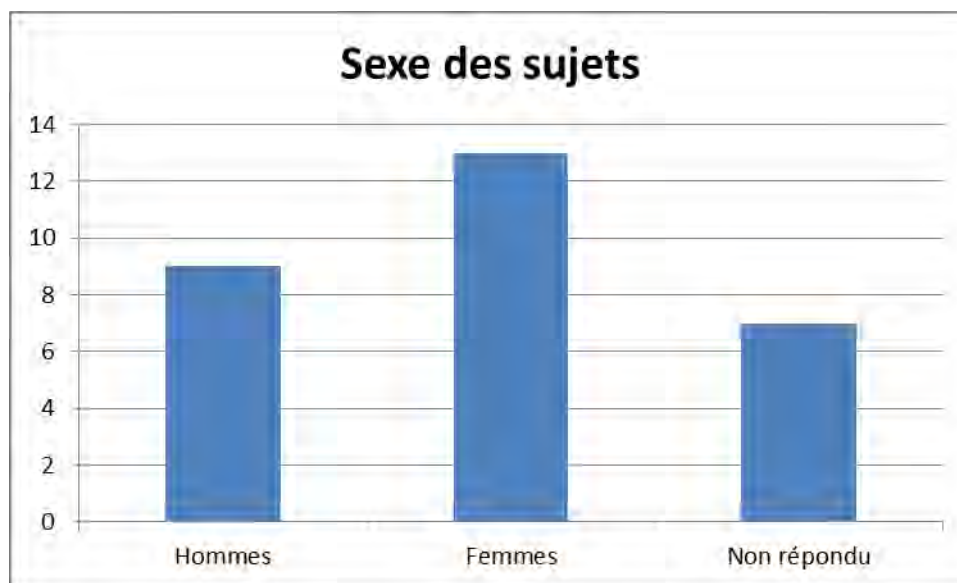


Image 11 : Graphique présentant le sexe des participants de l'étude

L'année de diplôme des participants :

Pour l'année du diplôme, les résultats vont de 1978 à 2011, 10 chirurgiens-dentistes n'ont pas donné de réponse.

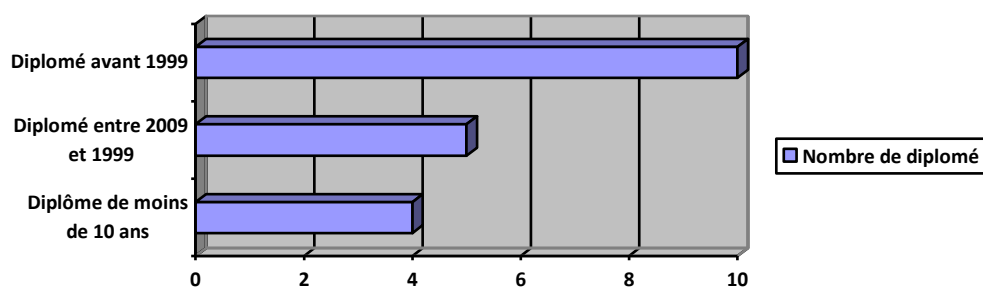


Image 12 : Graphique de l'année de diplôme des chirurgiens-dentistes de l'étude.

Le secteur d'activité :

Les réponses pour le secteur d'activité sont :

-68% de **péri urbain** avec 15 réponses.

-23% d'**urbain** avec 5 réponses.

-9% de **rural** avec 2 réponses.

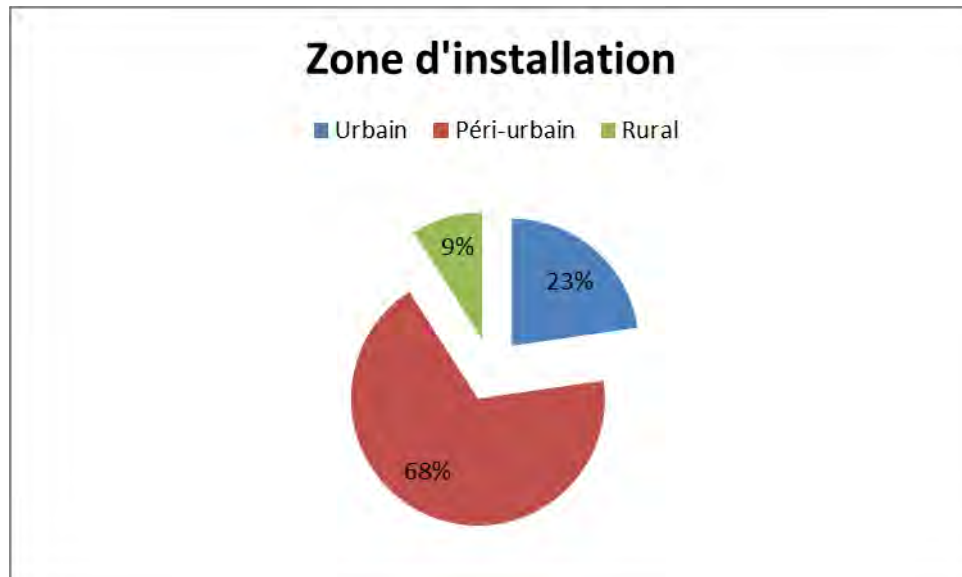


Image 13 : Graphique de la zone d'installation des chirurgiens-dentistes de l'étude.

3.3 Activité endodontique des participants

Est- ce que le chirurgien-dentiste place la désobturation avec le devis des actes prothétiques ?

Dix-sept chirurgiens-dentistes ne font pas de devis lié à l'acte endodontique contre douze qui réalisent un devis. Donc 59% des dentistes ne font pas de devis sur l'acte de retraitement.

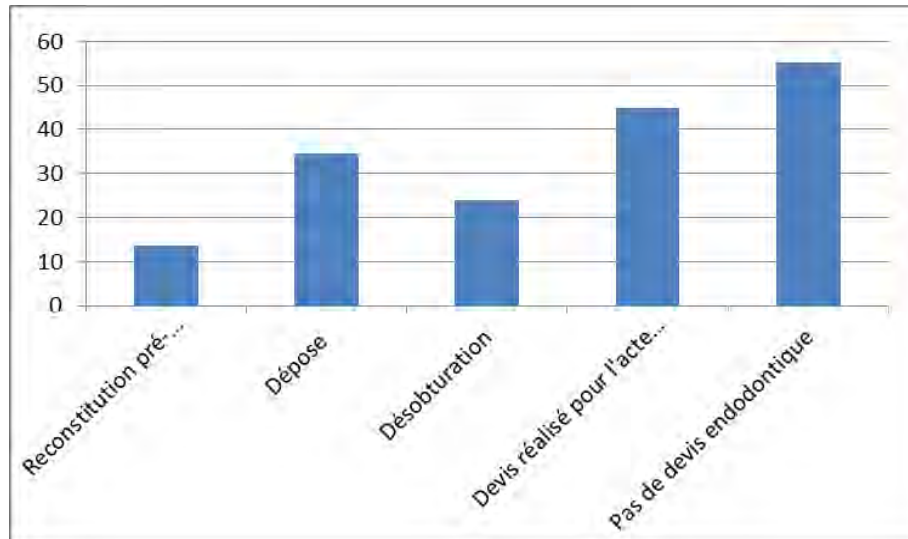


Image 14: pourcentage sur les 29 chirurgiens dentistes interrogés qui réalisent un devis. Ce devis peut contenir la désobturation et/ou la dépose d'une restauration et/ou la reconstitution pré-endodontique.

-Les tarifs de la désobturation endodontique

Les tarifs suivants sont comptabilisés parmi les participants qui tarifie leur désobturation endodontique (12 participants sur 29).

- Par **incisive** : La moyenne se situe à 66,6 euros et le tarif médian à 30 euros.
- Par **canine** : Le tarif moyen et médian indiqué est le même que pour l'incisive.
- Par **prémolaire** : le tarif moyen est de 87.5 euros et le tarif médian à 40 euros
- Par **molaire** : le tarif moyen est de 104 euros avec un tarif médian à 70 euros

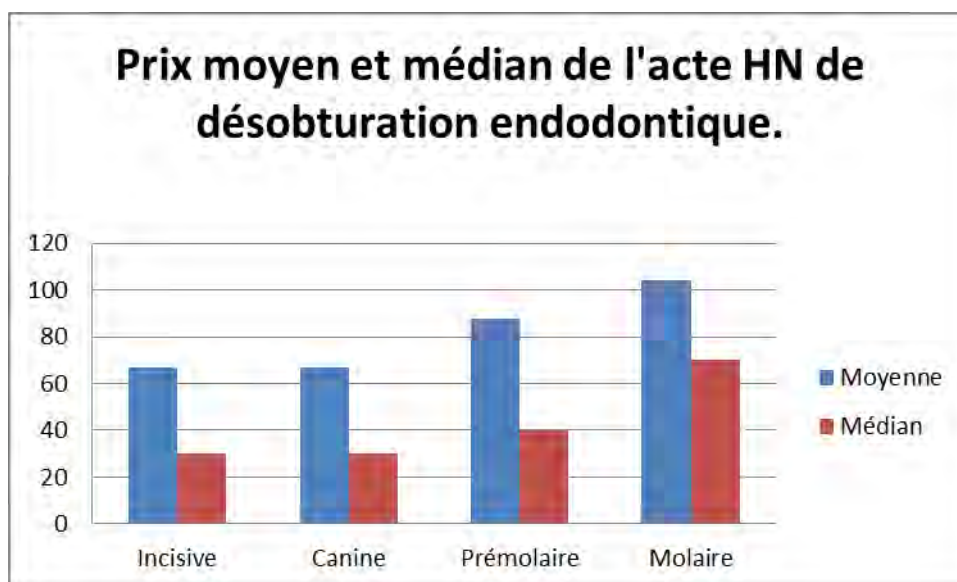


Image 15 : Graphique des prix moyens et médians de l'acte de désobturation.

-Les tarifs de dépose, reconstitution pré endodontique et de retrait d'instrument fracturé.

Sur vingt-neuf réponses, douze praticiens ne facturent pas la dépose. Et vingt-cinq déclarent ne pas facturer la reconstitution pré-endodontique.

Pour la **dépose de prothèse**, sur les 17 chirurgiens-dentistes déclarent facturer, 15 facturent entre 20 et 60 euros. Seulement deux praticiens facturent 100 euros.

Il est à remarquer qu'il y a plus de praticiens qui facturent la dépose que de praticiens déclarant faire un devis pour la phase pré-prothétique.

En effet 5 praticiens ont déclaré ne pas faire de devis pour la désobturation mais facturent l'acte de dépose.

Pour la **reconstitution pré-endodontique**, quatre praticiens pratiquent une facture compris entre 20 et 50 euros. Vingt-deux ne prennent pas d'honoraires et trois n'ont pas répondu.

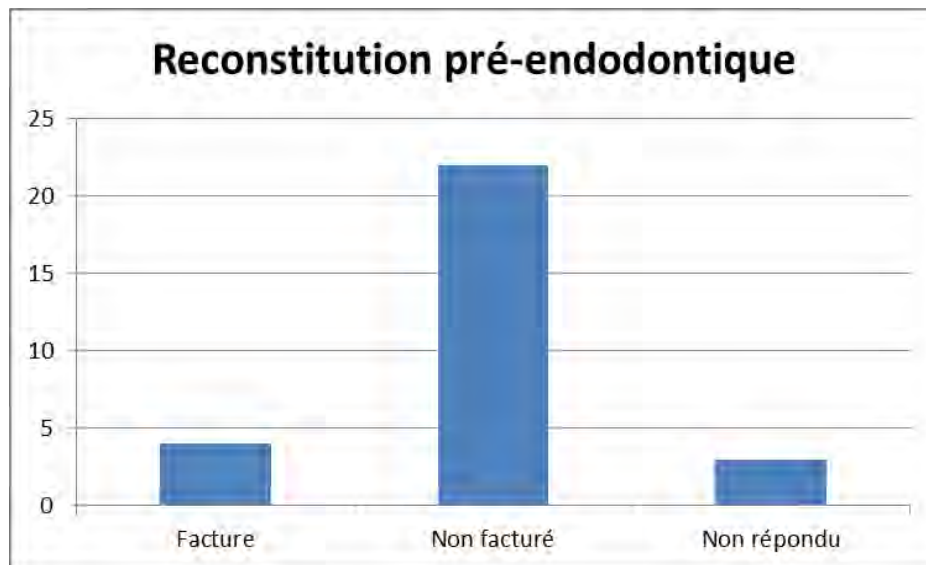


Image 16 : Graphique de la facturation de la reconstitution pré-endodontique.

Concernant le **retrait d'instrument fracturé**, seulement un praticien déclare appliquer un tarif de 100 euros pour le retrait. Quatre praticiens ont répondu adresser à un spécialiste de l'endodontie.

-Temps passé pour le retraitement endodontique et le matériel utilisé.

A la question « Quels temps passé vous en moyenne à la réalisation du retraitement endodontique pour une molaire ? » vingt-huit praticiens ont répondu, pour une **moyenne de 1h10**.

De plus huit sur vingt-huit ont déclarés mettre moins de 1h et seulement quatre déclarent le réaliser en 30 minutes ou moins.

A la question « Quels matériels utilisez-vous ? », treize praticiens ont déclaré utiliser le système Protaper®.

Sept praticiens ont déclaré travailler avec MicroMega Rendo®. Deux avec le système MTwo de VDW® et deux autres avec le système Sendoline® et un seul avec le système Bisico®. Quatre n'ont pas répondu.

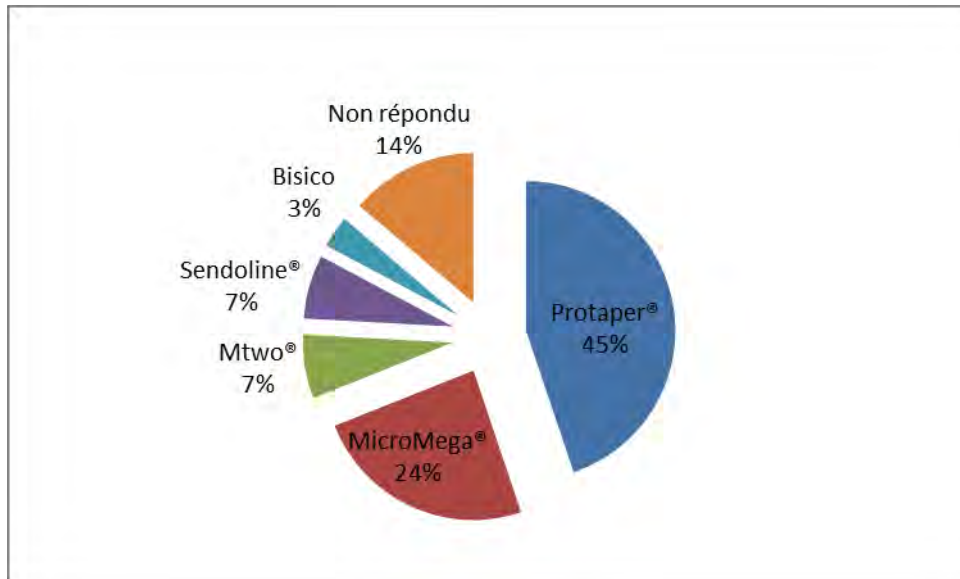


Image 17 : Système endodontique utilisé.

De plus sept praticiens ont déclaré utiliser des **aides optiques** (loupes) et deux l'utilisation d'un **microscope** Leica/Leiss®

-L'assistante au fauteuil

Quinze des vingt-neuf chirurgiens-dentistes déclarent travailler à 4 mains avec une assistante au fauteuil.

-Réalisation d'un devis pour l'acte de retraitement pour les patients bénéficiaires de la CMU

Six chirurgiens-dentistes déclarent faire des devis pour l'acte endodontique contre vingt et un qui ne déclarent rien mettre sur le devis, cela représente 22% de praticiens qui demandent un reste à charge pour le patient CMU.

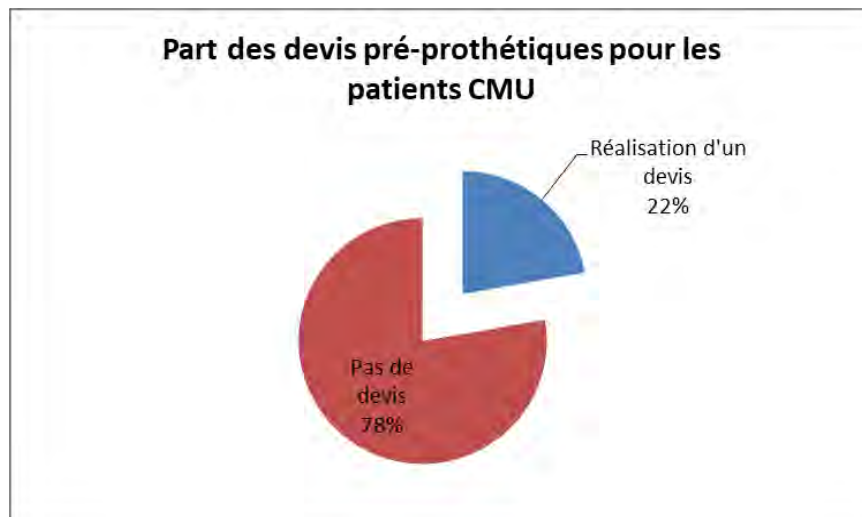


Image 18 : Graphique de la proportion de devis pour les patients bénéficiaires de la CMU.

3.4 En complément, deux questions

- Incidence du RAC 0 sur la pratique

Huit praticiens envisagent des changements de leurs devis après l'application du RAC 0 le 1^{er} janvier 2020, cela représente 38% de praticiens prêt à changer leurs facturations sur les 21 répondants à la question.

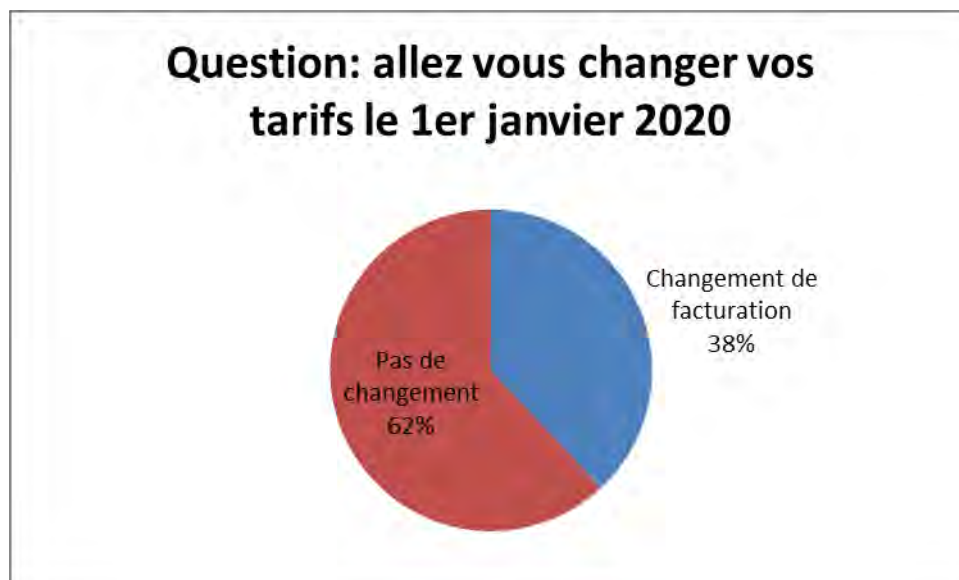


Image 19 : Graphique sur le changement de tarification après le RAC 0.

Commentaires libres :

Dix praticiens ont répondu à ce point :

- « La plupart du temps je travaille à perte »
- « Je pense que les soins essentiels devraient être pris en charge »
- « Franchement je ne savais pas qu'on pouvait facturer ce type d'acte... »
- « La désobturation est mal remboursée »
- « Fonction de la difficulté clinique : si difficile c'est insuffisamment rémunéré. Je préférerais une cotation CCAM »
- « Pas assez rémunéré »
- « Je fais de la médecine pas du business. Et je fais beaucoup de social. Je n'ai pas fait dentaire pour devenir riche mais pour aider les patients »
- « Serait-il possible d'avoir un compte rendu des résultats ? »
- « Bon courage à vous pour la suite de votre exercice »
- « Dommage de ne parler que des tarifs pour une thèse médicale, bon courage »

4 Analyse et Discussion

En effet il est possible pour le chirurgien-dentiste de réaliser un acte non remboursable sans faire de devis seulement pour les actes de moins de 70 euros (article 33 du code de déontologie du chirurgien-dentiste), c'est **l'entente directe**.

4.1 Biais et limites de l'étude

Le **biais de sélection** : choisir des chirurgiens-dentistes de la Haute Garonne n'est pas représentatif des chirurgiens-dentistes français ou européens. En effet la Haute Garonne est un département fortement doté en chirurgiens-dentistes, ce qui peut modifier les pratiques et tarifs de leurs actes.⁴³

La Haute Garonne est un département comptant 1215 chirurgiens-dentistes en 2018.⁴⁴ La représentativité de l'échantillon choisi est à mettre en parallèle avec ce nombre.

La Haute-Garonne étant un département composé d'une grande métropole et d'un cadre rural autour, un biais de sélection peut avoir lieu. En effet la majeure partie des chirurgiens-dentistes ont un exercice urbain ou péri urbain en Haute- Garonne. Ce qui peut influencer la pratique de ces chirurgiens-dentistes.

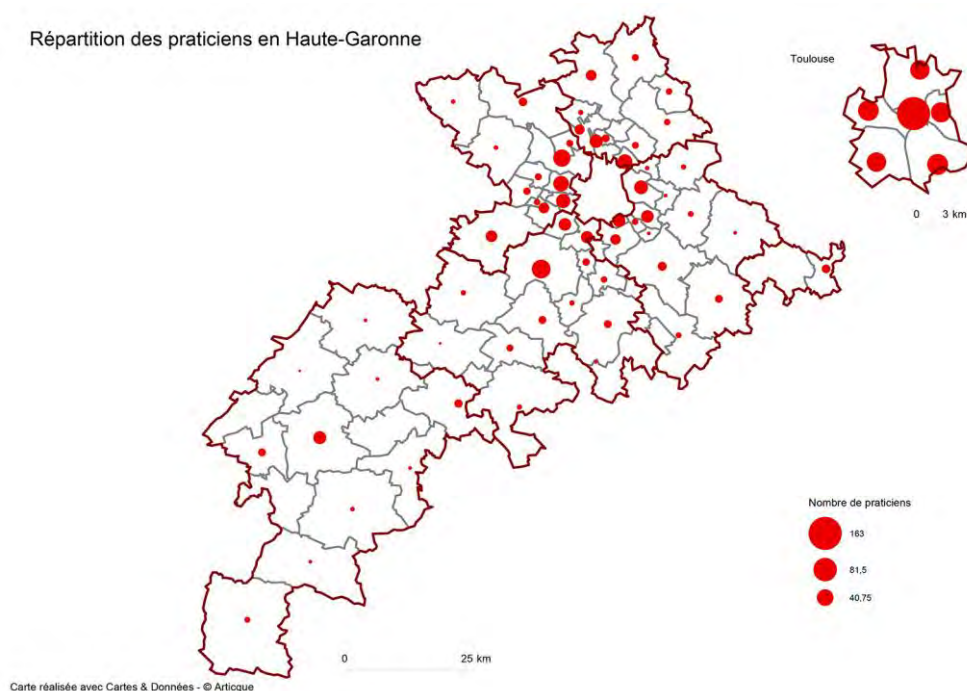


Image 20: Répartition des chirurgiens-dentistes en Haute-Garonne (orcdmp.org)

Les facteurs exposés peuvent être aussi soumis à un biais ; certaines questions comme l'année d'exercice ont été peu traitées.

D'autres biais peuvent être observés surtout quand les questions de l'étude sont liées entre elles :

Un **biais de méthode** (question liée à une autre question antérieure répondu différemment) peut amener à un **biais cognitif** (mauvaise compréhension des questions).

Dans la question de la facturation du devis endodontique, 12 praticiens ont répondu le faire mais 17 praticiens ont déclaré faire payer la dépose de couronne. Est-ce un biais cognitif ou alors une pratique d'entente directe sur les tarifs pour les 5 praticiens qui font payer la dépose sans faire de devis ?

Cette étude transversale reste déclarative. En effet de nombreuses études utilisent l'analyse de cliché radiologique (rétro-alvéolaire et panoramique) afin de quantifier la réussite du traitement endodontique. Ce qui permet de détecter des défauts comme la sous/sur obturation, les vacuités de scellement ou l'absence d'opacité de scellement.

Les recommandations ainsi obtenues ont un **faible niveau de preuve scientifique** (grade C).

Si la plupart des questions ont eu un taux de réponse élevé, certaines questions trop longue ou difficile à répondre ont été largement passées sous silence par les praticiens comme la question sur le matériel utilisé qui a été traitée rapidement et souvent en entourant les quelques exemples donnés dans la question.

Une liste exhaustive de tous les équipements fréquemment utilisés où le praticien aurait juste à entourer les bonnes réponses aurait certainement permis un taux de réponse plus important.

La dernière question sur les commentaires libres par le praticien a été remplie par seulement 10 praticiens dont deux ont présenté des encouragements pour ce travail et deux praticiens des réserves sur cette étude qu'ils jugeaient trop centré sur les tarifs.

Cette question se révèle être trop ouverte pour être abordée de manière précise et être incluse dans une étude. Les commentaires étaient trop divergents.

Répartition chirurgiens-dentistes femmes et hommes en Haute-Garonne en 2014

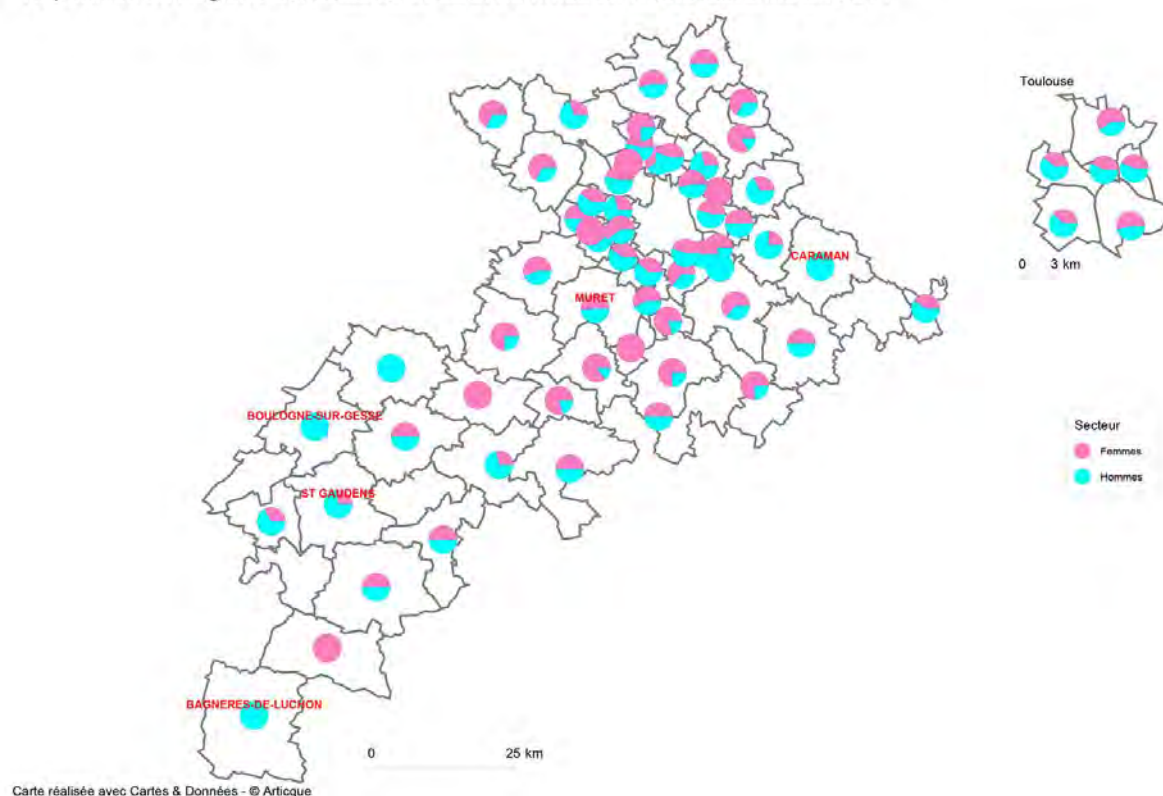


Image 22 : Graphique de répartition des sexes en Haute-Garonne (orcdmp.org)

52% des praticiens ont également déclarés travailler avec assistante. En 2010, les entreprises dentaires avec salariés sont au nombre de 23 460 et les entreprises sans salarié (praticiens exerçant seuls) sont de 12 640 pour un total de 36 100 entreprises.⁴⁷

Le travail avec assistante ou secrétaire est majoritaire en France, ce qui permet au chirurgien-dentiste de déléguer des tâches chronophages comme le paiement, la prise de rendez-vous ou la stérilisation du matériel.

4.2.2 Résultats concernant les actes cliniques

4.2.2.1 La désobturation endodontique.

Concernant les honoraires pour la désobturation endodontique : 45% des chirurgiens-dentistes sondés font un devis pour cet acte. Le prix médian de cet acte est fixé entre 30 et 70 euros suivant la position de la dent.

Ce tarif médian en Haute-Garonne est à mettre en comparaison avec les tarifs appliqués à l'étranger.

En Allemagne :

Une étude américaine de 2015 étudiant le coût dans le système de santé allemand conclut que le coût moyen pour un retraitement est de 1163-1359 euros. Ce prix comprend l'inlay-core et la couronne également.⁴⁸

Sachant qu'en France à partir du 01/01/2020 pour une molaire RAC0, le coût de la couronne métallique (290 euros) et le coût de l'inlay core (175) représente un total de 465 euros.

Il y a un coût significativement moins important en France du traitement global d'une dent présentant une lésion péri apicale.

En Australie en 2011 :

Il existe une chaîne de dentiste nommée « Noble Dentist ». Elle est importante et les prix des actes sont imposés aux dentistes y travaillant.

Son modèle se base sur un abonnement annuel de 39 dollars australiens permettant l'accès à des prix privilégiés. Nous nous intéressons seulement aux prix avec l'abonnement.

Le prix du retraitement canalaire d'un seul canal est de 394 dollars australiens, soit 294 euros.

Ce prix exclut les radiographies qui sont de 35 dollars australiens (25,5 euros).

Pour le retraitement canalaire de trois canaux, le prix est de 746 dollars australiens (544,5 euros)⁴⁹

Le matériel utilisé :

La digue n'a pas été invoquée par les praticiens lors de la question sur ce matériel. En effet, l'utilisation d'un champ opératoire est un sujet sensible car imposée par les données actuelles mais pas toujours appliqué.

La majorité des dentistes interrogés ont déclarés utiliser des limes rotatives pour retraiter, ce matériel est plus coûteux que les limes manuelles autrefois utilisé mais il est plus efficace.

Deux praticiens ont déclaré utiliser un microscope endodontique ; ce matériel coûteux (plus de 20 000 euros⁵⁰) n'est plus totalement réservé aux endodontistes mais représente un coût supplémentaire important pour le retraitement endodontique.

4.2.2.2 Le devis endodontique pour des patients bénéficiaires de la CMU.

Six praticiens ont déclaré faire un devis pour les patients bénéficiaires de la CMU et douze ont déclarés faire un devis pour les patients non bénéficiaires de la CMU. Il y a donc une habitude de ne pas utiliser le reste à charge pour les patients bénéficiaires de la CMU.

Depuis le 1^{er} novembre 2015, la CMU-C et l'ACS, deux aides complémentaires au régime de la Sécurité Sociale pour les personnes les plus vulnérables, ont été regroupées en la Complémentaire Santé Solidaire.

Le **plafond** pour une personne seul au 1^{er} avril 2020 est de **9032 euros**. Cette complémentaire santé solidaire bénéficie à l'ensemble du foyer et ne peut être demandé qu'une fois par foyer.

Cette complémentaire permet :

- Un tiers-payant,
- Des tarifs de soins médicaux sans dépassements d'honoraires dans le cadre du parcours de soin,
- De la prise en charge du forfait journalier hospitalier,
- De forfait de prise en charge pour les prothèses dentaires, lunettes, aides auditives.

Historiquement, la Couverture maladie universelle fut votée le **27 juillet 1999** sous le **gouvernement Jospin** à l'initiative de Martine Aubry. Ce dispositif centralisé et géré par l'URSAFF fut mis en œuvre en 2000.

Fin avril 2019 la directrice du fond CMU, Marianne Cornu-Pauchet a annoncé que **5.7 millions de personne bénéficiaient de ce dispositif**. Elle posait « un bilan forcément positif car cela fournit une complémentaire à des millions de personne en situation de précarité qui en étaient privés et renonçaient aux soins pour raisons financières ». ⁵¹

On observe donc un progrès social malgré certains actes non pris en charge par la Complémentaire Santé Solidaire comme le retraitement endodontique ou les implants.

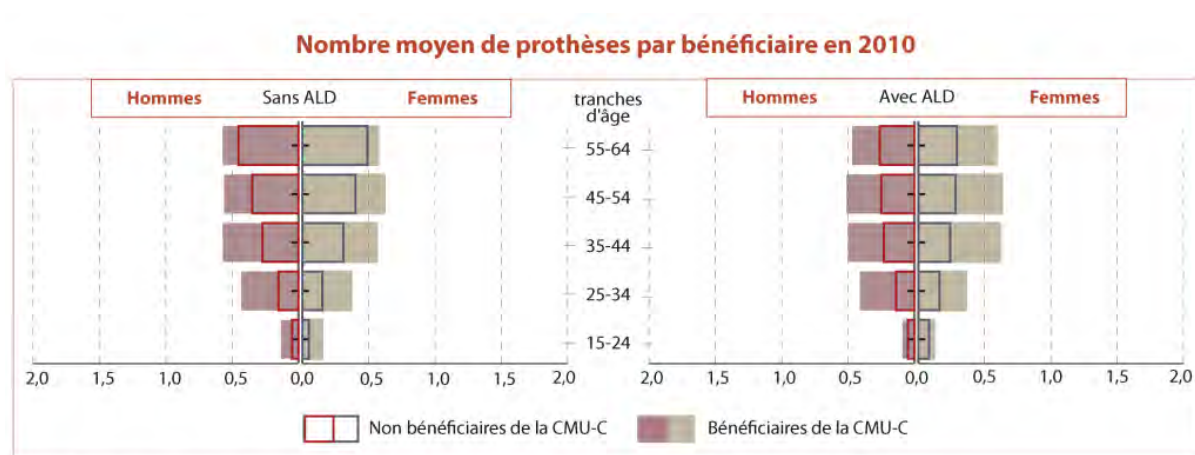
De plus les tarifs opposables CMU n'évoluent que très peu dans le temps et on observe un décalage entre le tarif CMU et les avancées de la technique.

4.2.2.3 Changement de tarification après la convention.

En synthèse, **22%** des chirurgiens-dentistes de Haute-Garonne font un devis pour les personnes bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire. De plus **38% des praticiens déclarent un changement de leurs tarifs avec la nouvelle convention**. Au vu des remarques recueillis, on peut penser que ce changement se fera dans le sens d'un plus grand reste à charge pour le patient. Cela pourrait poser une problématique d'accès à certains soins pour les personnes les plus vulnérables.

Les patients bénéficiaires de la CMU seront les plus impactés par une hausse du reste à charge car ils sont les plus demandeurs de prothèse.

D'après un rapport de l'INSEE en 2010, les patients bénéficiaires de la CMU-C réalisent un nombre moyen de prothèse de 0.39 par an contre 0.22 pour les non-bénéficiaires de la CMU-C. Les écarts sont significatifs pour chaque tranche d'âges et quel que soit l'état de santé.



Sources : Sniir-AM, Siam-Erasme Régional, MSA, RSI - 2010

Image 23 : Graphique de l'INSEE sur les prothèses dentaires.

CONCLUSION

Le retraitement endodontique est un acte fréquent et techniquement complexe. Il a été longtemps ignoré avant d'apparaître dans la CCAM.

Pourtant cet acte permet de traiter l'infection endodontique, gage de conservation de l'organe dentaire.

Cette évolution a modifié beaucoup de tarifs, en revalorisant les soins conservateurs et en plafonnant de nombreuses prothèses. Cela a rééquilibré l'ancien système ; en effet les honoraires des soins conservateurs étaient très faibles et les actes prothétiques représentaient en moyenne 30% du temps des chirurgiens-dentistes mais 70% de leurs revenus.

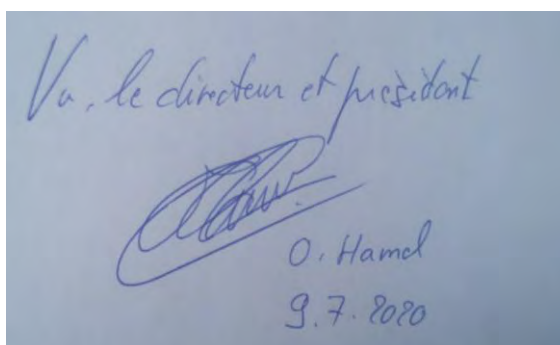
L'étude réalisée auprès des praticiens de la Haute-Garonne pour l'acte de retraitement endodontique révèle des tarifs Hors Nomenclature (HN) appliqués plutôt avec tact et mesure et accessibles pour les patients.

38% des praticiens déclarent changer leurs tarifications après le 1^{er} janvier 2020.

Il serait intéressant de renouveler cette étude afin d'observer les habitudes prises par les praticiens en matière de tarification.

Le sujet n'est pas récent ; la question demeure celle de la compensation du revenu induit par les actes opposables par ceux d'actes à honoraires libres.

Elle justifie une analyse régulière des pratiques afin de réguler au mieux celles-ci, dans l'intérêt partagé des praticiens et des patients.



Vu, le directeur et président
[Signature]
O. Hamel
9.7.2020

Annexe des illustrations

Image 1 : source ISEE « dépense de santé » 27/02/2020 Page 13

Image 2 : Image d'une 46 dont le réseau canalaire subit encore une infection, la lésion osseuse n'est pas nette. La prise de conscience de cette infection par le patient peut être difficile.⁵²
Page 16

Image 3 : Conflit entre l'infection bactérienne endodontique et la réponse de l'hôte⁵³ Page 17

Image 4 : Incisive centrale maxillaire isolée par un clamp et une digue. Page 20

Image 5 : séquence protaper® pour le retraitement endodontique. Page 22

Image 6 : étapes de la mise en place de la convention dentaire de 2018 (Julie.fr) Page 24

Image 7 : Présentation des 3 paniers selon leurs volumes d'actes et d'honoraires (ameli.fr)
Page 25

Image 8 : exemple de nouveau devis fait sur Logos ®, réalisé par l'union dentaire dans le cadre des applications de la convention au 1^{er} janvier 2020⁵⁴. Page 28

Image 9 : tableau récapitulatif des changements de plafond des couronnes au 1^{er} janvier 2020 (Union dentaire) Page 29

Image 10 : Graphique de répartition du type de cabinet des chirurgiens-dentistes de l'étude.
Page 35.

Image 11 : Graphique présentant le sexe des participants de l'étude. Page 36

Image 12 : Graphique de l'année de diplôme des chirurgiens-dentistes de l'étude. Page 36

Image 13 : Graphique de la zone d'installation des chirurgiens-dentistes de l'étude. Page 37

Image 14 : Graphique du devis de l'acte endodontique. Page 38

Image 15 : Graphique des prix moyens et médians de l'acte de désobturation. Page 39

Image 16 : Graphique de la facturation de la reconstitution pré-endodontique. Page 40

Image 17 : Système endodontique utilisé. Page 41

Image 18 : Graphique de la proportion de devis pour les patients bénéficiaires de la CMU. Page 42

Image 19 : Graphique sur le changement de tarification après le RAC 0. Page 42

Image 20 : Répartition des chirurgiens-dentistes en Haute-Garonne (orcdmp.org) Page 45

Image 21 : Graphique de répartition par âge des chirurgiens dentiste de Haute-Garonne en 2014. (orcdmp.org) Page 47

Image 22 : Graphique de répartition des sexes en Haute-Garonne (orcdmp.org) Page 47

Image 23 : Graphique de l'INSEE sur les prothèses dentaires (Issu du rapport de 2014 :Caractéristiques et recours aux soins des populations bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU_C) : plus jeunes, plutôt féminines et en moins bonne santé, accessible : www.insee.fr>statistiques>fichiers>zoom_CMU-C) Page 52

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ « Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 | ameli.fr | Chirurgien-dentiste ».
- ² « <https://www.dentalgest.com/la-ccam-remplace-la-ngap-depuis-le-1er-novembre-2014/> ».
- ³ « Interview sur ITW d'Agnes Buzyn le 8/01/2020. »
- ⁴ Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé source ISEE « dépense de santé » 27/02/2020 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2020>)
- ⁵ HAS, « Traitement endodontique ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_736791/fr/traitement-endodontique
- ⁶ CCAM / codes des acte d'endodontie – Odonte.fr .
- ⁷ Dossier d'AMELI sur la CCAM accessible: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Diaporama_ccam_dentistes.pdf ./ https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/diaporama_ccam.pdf
- ⁸ « N°3 - Comment se faire rémunérer pour ses soins d'endodontie ? - Endo Academie ». <https://www.endo-academie.fr/honoraires-endodontie/>
- ⁹ « HBGD005 Ablation d'un ancrage coronoradiculaire - Code CCAM ». <https://www.aideaucodage.fr/ccam-hbgd005>
- ¹⁰ Friedman and Abitbol, « Treatment outcome in endodontics: The Toronto Study. Phase 1: Initial Treatment ».
- ¹¹ Garcia de Paula Silva, Hassan B, Bezerra da Silva LA, Leonardo MR, « Outcome of root canal treatment in dogs determined by periapical radiography and cone beam computed tomography scans ».
- ¹² HAS, « Traitement endodontique ». Septembre 2008 p18 II Méthode https://www.has-sante.fr/jcms/c_736791/fr/traitement-endodontique
- ¹³ « L'antibiothérapie locale en endodontie : est-elle toujours d'actualité ? Julien Duboisdendien disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01158647> ».
- ¹⁴ Stéphane Simon, « #48- Doit-on systématiquement informer le patient de l'existence d'une lésion apicale ? - YouTube ».
- ¹⁵ Frederic Bukiet, « Le retraitement orthograde, une première solution souvent satisfaisante. https://www.researchgate.net/profile/Frederic_Bukiet/publication/262729311_Retraitement_orthograde_une_premiere_solution_souvent_satisfaisante/links/02e7e538ae9676c57e000000/Retraitement-orthograde-une-premiere-solution-souvent-satisfaisante.pdf ».
- ¹⁶ Zarow, *La dent dépulpée Endodontie et Prothèse Quintessence publishing*. P16 Livre dentaire 2018
- ¹⁷ « LE RETRAITEMENT ENDODONTIQUE ORTHOGRADE [Internet]. [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.fmdrabit.ac.ma/wjd/N2V1/Sakout.htm> ».
- ¹⁸ « THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE Présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 2017 Par Bertille DEMUYTER disponible : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/beb26dce-9a7e-4854-985a-2874e7b053b5> ».
- ¹⁹ « Pertot W-J, Simon S, Machtou P. Le traitement endodontique. Quintessence international; 2003. »

²⁰« Bhuva B, Bun San Chong and Patel S. Rubber dam in clinical practice. Endodontic Practice Today. 2008;2(2):131-41. »

²¹ « Article internet: Traitement endodontique Etapes. Disponible sur EID-paris.com cas numéro ». https://www.eid-paris.com/endodontie/endodontie-8_1.htm

²² « LA REPRISE DE TRAITEMENT CANALAIRE : PROTOCOLE OPERATOIRE M. SAKOUT : Professeur Assistant en Odontologie Conservatrice B. CHRAIBI: Professeur Assistante en Odontologie Conservatrice disponible:<http://wjv.um5s.ac.ma/attachments/article/10/LA%20REPRISE%20DE%20TRAITEMENT%20CANALAIRE%20protocole%20operatoire.pdf> ».

²³ Zarow, *La dent dépulpée Endodontie et Prothèse Quintessence publishing*. P43 livre dentaire 2018

²⁴« THESE: DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE LILLE2 21 DECEMBRE 2017 Guillaume BERNARD FRANCE Études de cytotoxicité des ciments ».

²⁵ Ground TG Marx D Schandt NA, « Incidence of flare ups and evolution of quality after retreatment of resorcinol-formaldehyde resin (russian red cement) ». <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14606781/>

²⁶Zarow Maciej Edition Quintessence publishing, *Endodontie et prothèse. Tableau 2-14 p58*.

²⁷ Zarow Maciej Edition Quintessence publishing, *Endodontie et Prothèse p60 Depose de cone d'argent*.

²⁸ Zarow Maciej Edition Quintessence publishing, *Endodontie et Prothèse p69 Instrument pro taper*.

²⁹« Retraitement Protaper Julien Delrieu <https://odontoulouse.fr/retraitement-dentsply/> ».

³⁰« Retraitement Protaper Julien Delrieu <https://odontoulouse.fr/retraitement-dentsply/> ».Image des limes endodontiques de retraitement

³¹« Ahmetoglu F, Keles A, Yalcin M, Simsek N. Effectiveness of different irrigation systems on smear layer removal: A scanning electron microscopic study. Eur J Dent 8: 53, 2014. »

³²Gregorio C, Estevez R, Cisneros R, « Effect of EDTA,Sonic and ultrasonic activation on the penetration of sodium hypochlorite into simulated lateral canals: an in vitro study ». <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19482193/>

³³ « Thèse Odontologie de Nancy et Metz. Obturation canalaire en endodontie : techniques actuelles Marin Vincent 3 juin 2011 ».

³⁴ « Thèse Odontologie de Nancy et Metz. Obturation canalaire en endodontie : techniques actuelles Marin Vincent 3 juin 2011 ».

³⁵ <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/renforcer-qualite-soins-dentaires>, « Renforcer la qualité des soins dentaires en rendant le tarif accessible à tous ».

³⁶ « La nouvelle convention a été promulguée, 5 novembre 2018 <https://lescdf.fr/nouvelle-convention-dentaire-promulguee> ».

³⁷ « La nouvelle convention a été promulguée, 5 novembre 2018 <https://lescdf.fr/nouvelle-convention-dentaire-promulguee> ».

³⁸ « <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/une-convention-qui-reoriente-la-prise-en-charge-et-la-remuneration-des-soins-dentaires> Une convention qui réoriente la prise en charge et la

rémunération des soins dentaires ». <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2018-2023>

³⁹ <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/09/mise-en-oeuvre-vernis-fluor%C3%A9-1.pdf>, « Nouvelle convention Application de vernis fluoré: la mise en œuvre Magazine de l'UFSBD Juin 2019 ».

⁴⁰ <http://www.nextdentiste.com/actualisation-de-la-prise-en-charge-parodontale-des-patients-diabetiques>, « Actualisation de la prise en charge parodontale des patients diabétiques ».

⁴¹ « <https://www.gouvernement.fr/ce-qui-change-au-1er-avril-2019> ».

⁴² « Convention dentaire au 1er janvier 2020, article de l'union dentaire: <https://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2019/12/LogosW-MAJ-20191213-Devis-2020-Notice.pdf> ».

⁴³ midi-pyrenees@oncd.org, « Ordre des chirurgiens dentiste de midi-pyrénées ».

⁴⁴ « Nombre de chirurgiens dentiste par departement STATISTA.com <https://fr.statista.com/statistiques/589132/dentistes-departement-france/#:~:text=Voici%20le%20nombre%20de%20chirurgiens,%2Dde%2DHaute%2DProvence.> »

⁴⁵ « PEUT-ON ENCORE TRAVAILLER SEUL AU CABINET DENTAIRE? Thèse dentaire 2018 Cedric l'Hermite ».

⁴⁶ « https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf ».

⁴⁷ « www.observatoire-metiers-entreprises-liberales.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/statistiques/ETUDES/ETUDES%20THEMATIQUES/SANTE/DENTISTES/2012/OMPL-Dentaire-Statistique-Web.pdf ».

⁴⁸ Friedman and Abitbol, « Treatment outcome in endodontics: The Toronto Study. Phase 1: Initial Treatment ».

⁴⁹ « <https://www.eugenol.com/sujets/391657-les-tarifs-des-soins-a-l-etranger?page=1> site officiel de Noble Dentist <http://www.nobledentist.com.au/> ».

⁵⁰ « <https://www.eugenol.com/sujets/403525-tarifs-microscope-operatoire?page=1> ».

⁵¹ « <https://www.latribune.fr/economie/france/20-ans-apres-sa-creation-la-cmu-se-transforme-824749.html> ».

⁵² Iman Hassanzadeh, « Pilier Implantaire: faut il traiter ou implanter? ID Information dentaire du 16/10/2015 ».

⁵³ « Nair P.N.R. Apical periodontitis : a dynamic encounter between root canal infection and host response. Periodontol. 2000, 1997 ; 13 : 121-148 ».

⁵⁴ « Convention dentaire au 1er janvier 2020, article de l'union dentaire: <https://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2019/12/LogosW-MAJ-20191213-Devis-2020-Notice.pdf> ».

**TITRE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN CAS DE DESOPTURATION
ENDODONTIQUE**

RESUME :

Le retraitement endodontique est un acte fréquent et techniquement complexe. Il a été longtemps ignoré avant d'apparaître dans la CCAM. Pourtant cet acte permet de traiter l'infection endodontique, gage de conservation de l'organe dentaire.

En 2018, une nouvelle convention fut adoptée. Elle revalorise les soins conservateurs et plafonne de nombreux soins prothétiques.

Son rôle est de rééquilibrer les honoraires des soins dentaires. C'est dans le but d'observer les pratiques de l'acte conservateur non opposables de la désobturation endodontique qu'il vous présente cette thèse.

En l'absence d'opposabilité de cet acte les pratiques peuvent être différentes d'un praticien à l'autre.

Une étude sur des praticiens de Haute-Garonne permettra d'observer les pratiques de cet acte dans le contexte d'une nouvelle convention.

TITLE : SITUATIONAL ANALYSIS OF PRACTICE IN THE CASE OF ENDODONTIC RETREATMENT

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS-CLES : Désobturation endodontique – Classification commune des actes médicaux – Acte conservateur – déontologie – Haute-Garonne – Etat des lieux – Reconstitution pré-endodontique – Inlay-core – Digue – Hypochlorite – Irrigation – Obturation – Questionnaire

INTITULE ET ADRESSE DE L'URF OU DU LABORATOIRE :

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire
3 Chemin des Maraichers 31062 TOULOUSE Cedex

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Olivier HAMEL