

Comment donner une image professionnelle du cabinet ?

Conférencier : M. Yannick Binhas

Introduction

L'image du cabinet : c'est la représentation perçue par le public d'une entreprise. Elle a une importance fondamentale, notamment dans les cabinets en recherche de patientèle.

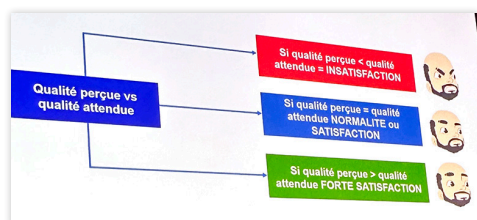
Pour M. Binhas il existe deux types de cabinets :

- les cabinets en sous-patientèle (difficulté pour attirer de nouveaux patients → image à améliorer) ;
- les cabinets en sur-patientèle (plus de place pour de nouveaux patients → image à consolider). Le premier ennemi de la qualité de service est le volume, il est à se rappeler que les nouveaux patients sont les poumons du cabinet.

Sur quoi les patients nous jugent-ils ? Souvent sur des motifs qui ne font pas partis de nos cœurs de métier comme l'environnement, l'accès, la relation, l'information et le conseil. Les services de base comme la qualité de nos soins et de nos fournitures sont également jugés mais avec plus de difficulté ; ils n'ont pas les compétences pour l'analyser. Le **SBAM** (Sourire - Bonjour - Au revoir - Merci) est la base de la réussite de l'image du cabinet. Par exemple il est nécessaire de dire bonjour aux patients et même si ceux-ci seront reçus par notre associé.

La perception

Satisfaction = Perception - Les attentes



Les patients viennent surtout par commodité, c'est pourquoi il est important d'assurer la satisfaction des nouveaux patients pour pallier le manque créé par ceux qui ne pourraient plus venir. Il faut également savoir faire semblant, ils ne doivent pas pâtir de nos différentes humeurs.

→ Les patients très satisfaits ne vous recommandent pas forcément car ils veulent garder l'exclusivité et ne pas détériorer la rapidité de sa prise en charge.

Les niveaux de service

La différence de niveaux de service entre les cabinets dentaires peut jouer sur leur fréquentation du cabinet.

Par exemple lorsqu'une extraction est réalisée les niveaux de service retrouvés sont les suivants :

- niveau 1 : extraction + flyer ou lien vidéo de conseils postopératoires
 - niveau 2 : extraction + flyer + sms
 - niveau 3 : extraction + flyer + sms + appel le soir
- personnalisation de la prise en charge

La dimension humaine est notre plus grand atout. Ce sont toutes les attitudes, comportement et actions qui contribuent à générer un rapport humain privilégié avec les patients. Les patients y sont sensibles car elle procure des émotions. La technologie est un outil fondamental, malheureusement trop de praticiens ou d'équipes se cachent derrière elle. La technologie ne remplacera

jamais la relation au contraire, elle peut créer une certaine distance si on en abuse. C'est un outil à notre service, il ne faut pas le subir. Les besoins des patients changent, il est nécessaire de les écouter.

Quatre dimensions sont retrouvées dans le service.

- **La dimension professionnelle** : faire savoir notre savoir-faire. Il faut mettre en valeur ce que l'on sait faire, ce à quoi l'on se forme. Cette communication doit être mise en place par l'équipe.
- **La dimension esthétique** : le cabinet doit être propre, la salle d'attente y compris car pour le patient elle

reflète la qualité de nos soins. Faire le parcours patient dans le cabinet chaque semaine est important afin d'éviter d'omettre des détails impossibles à voir lors de sa journée de travail.

- **La dimension conseil** : informer et éduquer nos patients. La professionnalisation de notre communication écrite et digitale permet de renforcer le message oral.
- **La dimension humaine** : miser sur nos *soft skills* (attitudes) pour générer une relation patient privilégiée. La classique phrase *Alors qu'est-ce que l'on fait aujourd'hui ?* met le patient dans une situation d'inconfort, il ne sent pas bien considéré.

Les aspects fondamentaux de la qualité de service

Afin de révéler la qualité de service en dentisterie, certains aspects fondamentaux existent et sont regroupés comme tel :

- l'agenda : le délai d'attente doit être le plus court possible, les rendez-vous manqués s'amplifient en fonction de son augmentation. Il faut garder des plages réservées aux soins afin de planifier rapidement le plan de traitement. Aucun rendez-vous d'avance ne doit être pris ;

BEST OF IMPLANTOLOGY
L'ACTU POUR TOUS 5^e édition

REGARD SUR LE SINUS & L'ACTUALITÉ IMPLANTAIRE

JEUDI 21 MARS 2024
MAISON DE L'ARTISANAT
12 AVENUE MARCEAU - 75008 PARIS

LES CONFERENCIERS VOUS ATTENDENT NOMBREUX !

Patrick MISSIKA - Patrick EXBRAYAT - Patrick LIMBOUR - Philippe RUSSE
Fabrice BAUDOT - Anne-Laure CHARRETEUR - Nicolas DAVIDO - Pascal KARSENTI
Pierre KELLER - Léna MESSICA - Patrick PALACCI - Hervé TARRAGANO - Clémence ZADIKIAN

Programme & inscriptions : bestofimplantology.eu

- la première consultation ;
- le parcours du patient ;
- l'équipe et sa cohésion ;
- l'expérience digitale.

La première consultation

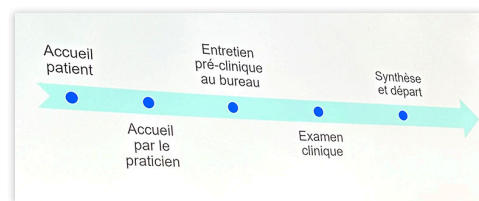
C'est la vitrine de notre cabinet, c'est l'étape la plus importante de notre accueil. Nous n'aurons jamais l'occasion de faire une deuxième première impression.

Les 5 étapes fondamentales de la consultation sont les suivantes :

- l'accueil du patient par l'assistante et présentation de cette dernière ;
- l'accueil par le praticien : aller chercher le patient en salle d'attente et lui serrer la main fait croire son sentiment de considération ;

- l'entretien pré-clinique au bureau : cela permet de casser la distance, de créer une relation d'égal à égal. S'intéresser au patient augmente sa satisfaction ;
- l'examen clinique : soigner la demande du patient, comme le détartrage, afin qu'il ne reparte pas frustré ;
- la synthèse et départ : de nouveau au bureau, le patient est ensuite raccompagné.

→ La durée de la première consultation est inversement proportionnelle au nombre de nouveau patient afin de réduire les délais d'attente.



La présentation du plan de traitement

Elle doit être graduelle et en fonction du niveau de confiance que le patient met en nous. Attention à ne pas choquer un patient qui est venu pour un contrôle-détartrage repartant avec un devis onéreux. Il est préférable de programmer un autre rendez-vous pour faire le point et présenter le devis.

- Étape 1 : introduire la séance (relationnel & objectifs)
- Étape 2 : rappeler la demande initiale
- Étape 3 : faire la synthèse des problèmes
- Étape 4 : présenter le projet personnalisé et remettre des supports

→ Le regroupement des actes est apprécié par le patient, il préférera un seul rendez-vous de deux heures plutôt que quatre rendez-vous d'une demi-heure.



Coraline Dericbourg

Pourquoi et comment évoluer en chirurgie minimalement invasive

Conférencier : Filippo Graziani

Responsable scientifique de séance : Christian Verner

La classification des maladies et affections parodontales du World Workshop de 2017, récemment introduite, qui intègre les différents stades et grades de la maladie a permis d'établir des lignes directrices cliniques, étayées par des données probantes, fournissant des recommandations relatives au traitement de la parodontite.

Les premières étapes de traitement sont basées sur une approche non chirurgicale des poches.

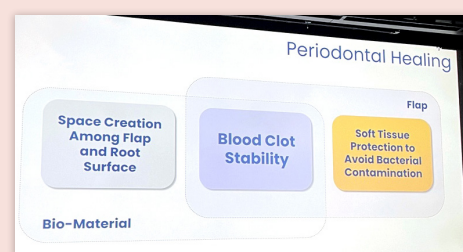
En 2020, ils ont publié une revue systématique sur l'efficacité de l'instrumentation sous-gingivale à l'aide d'instruments soniques/ultrasoniques/manuelles (Suvan et al. 2020). À 6-8 mois, près de ¾ des poches parodontales sont refermées, seulement ¼ nécessite une instrumentation chirurgicale.

Les lésions osseuses parodontales associées à des poches profondes sont des séquelles fréquentes des parodontites. Leur nettoyage chirurgical peut rétablir la santé parodontale lorsqu'un contrôle approprié de la plaque est établi. Cependant, différentes techniques chirurgicales ont été préconisées pour traiter de manière conservatrice les défauts intra-osseux. L'efficacité clinique de ces techniques varie considérablement. Les raisons possibles expliquant ce résultat peuvent être liées à la technique telle que la conception du lambeau (c'est-à-dire la préservation de la papille), l'incision et la suture.

Au cours des dernières décennies, des innovations techniques et technologiques ont été proposées pour tenter de minimiser le caractère invasif des procédures de régénération parodontale tout en maintenant ou en améliorant leurs performances régénératrices. Sur la base de preuves précliniques indiquant que la conception du lambeau a un impact sur la qualité de la maturation de la plaie, des techniques chirurgicales caractérisées par une extension limitée du lambeau sans incisions de décharges ont été proposées pour minimiser l'impact chirurgical sur l'apport vasculaire, favoriser une revascularisation plus rapide, optimiser la cicatrisation de 1^{re} intention et la stabilité du caillot.

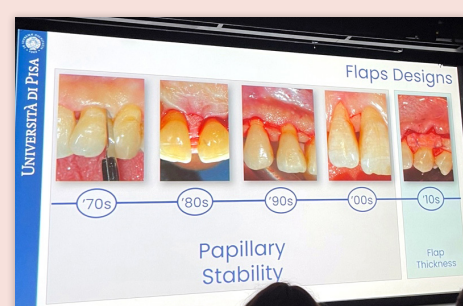
Selon Graziani, la clé de la régénération est la stabilité du caillot. Un autre facteur qui intervient dans la régénération est l'épithélium de jonction. On sait que les cellules épithéliales prolifèrent plus rapidement dans la cicatrisation parodontale et engendrent une réparation par un long épithélium de jonction. Le but est donc d'exclure ces cellules. On peut parler également de la surface radiculaire : ce qui va induire une régénération des tissus c'est la préservation du ciment car c'est sur lui que les fibres conjonctives vont s'attacher.

Ce qui est donc important en chirurgie est de créer un espace parmi le lambeau et les surfaces radiculaires où l'on veut avoir une stabilité du caillot et s'assurer d'une bonne fermeture des tissus pour ne pas avoir une contamination bactérienne.



Comment on réalise cela ?

Avec le **biomatériau** on maintient l'espace créé et la formation du caillot et le **type de lambeau** influe sur le type de fermeture et sur la stabilité du caillot. Depuis chaque décennie il y a eu son lot d'innovations en termes de techniques chirurgicales mais ce qui doit être souligné c'est que jusqu'aux années 2010, la réflexion



du design des lambeaux se faisait sur la stabilité de la papille, de ne pas la décoller, on était dans une analyse verticale et après les années 2010 et jusqu'à maintenant on est dans une réflexion plus horizontale avec la mise en place de tissu conjonctif.

C'est la même chose avec les biomatériaux, leurs évolutions se sont adaptées à ce que l'ont souhaité. En ce qui concerne la papille, on a tendance à croire qu'il s'agit d'un cône pyramidal et qu'en la sectionnant, elle retrouvera sa forme initiale. Ce n'est pas le cas, elle présente un « col » qui doit être préservé à chaque chirurgie, c'est la raison pour laquelle on récline le lambeau d'un côté ou de l'autre sans jamais la couper.

Il a publié des articles sur les 3 types de défauts osseux existants (intra-osseux / supra-osseux / inter-radiculaires) (Graziani et al 2012 ; Graziani et al 2014, Graziani et al 2015) : l'étude de 2012 a permis de comprendre que quel que soit le type de design que l'on fera, on aura à un an sur les LIO (Lésions intra-osseuses) un gain d'attache de 1,65 mm et une réduction de la poche de près de 3 mm. Donc sur une poche de 11 mm, ça ne conviendra pas.

Les parodontistes se sont donc tournés vers une préservation de la papille (Takei 1985) et ont remarqué qu'en modifiant le tracé des incisions, il y avait une augmentation du gain d'attache. Ce qui semble logique puisqu'en préservant la papille on maintient une vascularisation et donc on régénère les lésions plus vite.

C'est alors que la chirurgie minimalement invasive apparaît à la fin des années 90.

Ils la définissent comme étant des lambeaux avec une extension chirurgicale conservatrice afin de réduire la morbidité postopératoire et obtenir un niveau plus élevé de gain d'attache post-chirurgical grâce à une stabilité accrue du caillot.

Enfin, en ce qui concerne le choix du biomatériau, il se fait sur la probabilité du défaut à supporter le caillot sanguin.

En conclusion, le traitement des défauts intra-osseux par chirurgie minimalement invasive semble être associé à une amélioration des paramètres cliniques parodontaux et à une rétention dentaire élevée.

Bibliographie

1. Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM, Graziani F, Derks J, Tomasi C. Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2020 Jul;47 Suppl 22:155-175.
2. Graziani F, Gennai S, Cei S, Cairo F, Baggiani A, Miccoli M, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap surgery in the treatment of the intrabony defect. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2012 Feb;39(2):145-56.
3. Graziani F, Gennai S, Cei S, Ducci F, Discepoli N, Carmignani A, Tonetti M. Does enamel matrix derivative application provide additional clinical benefits in residual periodontal pockets associated with suprabony defects? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2014 Apr;41(4):377-86.
4. Graziani F, Gennai S, Karapetsa D, Rosini S, Filice N, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap in the treatment of class II furcation defects. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol.* 2015 Feb;42(2):169-81.



Jordan Dray



Yoram Zaouch