



HAL
open science

La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée

Camille Rémy

► **To cite this version:**

Camille Rémy. La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732007

HAL Id: hal-01732007

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732007v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

**UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année 2012

N° 5099

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Camille REMY

Née le 24 Juin 1987 à Bar le Duc (Meuse)

**La relation patient praticien facilitée
par une équipe de travail soudée**

Présentée et soutenue publiquement le : 18 décembre 2012

Examineurs de la thèse :

Monsieur J-P LOUIS
Madame A. RIFFAULT
Madame C.CLEMENT
Monsieur D.VIENNET
Monsieur A.SABATIER

Professeur des universités
Assistant Hospitalier Universitaire
Maître de conférences des universités
Maître de conférences des universités
Docteur en chirurgie dentaire

Président
Juge
Juge
Juge
Invité

Administrateur provisoire : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI – Pr Francis JANOT - Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. Mlle Mme Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques JAGER Stéphanie JULHIEN-COSTER Charlotte PHULPIN Béréngère	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistante Assistante
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. M. Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> GEORGE Olivier EGLOFF Benoît PY Catherine	Professeur des Universités* Maître de Conf. Associé Assistant Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M.	<u>CLEMENT Céline</u> JANOT Francis	Maître de Conférences* Professeur Contractuel
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. M. Mme	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien BAPTISTA Augusto-André CURIEN Rémi GUILLET Julie	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistant Associé
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. Mlle M.	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric BALTHAZARD Rémy PECHOUX Sophie VINCENT Marin	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant* Assistante Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. Mlle Mlle	<u>DE MARCH Pascal</u> LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude SCHOUVER Jacques BARONE Serge LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles MONDON-MARQUES Hélène RIFFAULT Amélie	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant Assistante Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.09.2012

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
Président Honoraires et Secrétaire perpétuel de l'Académie Nationale de
Chirurgien Dentaire
Membre de L'Académie Lorraine des Sciences
Responsable de la Sous-section : Prothèses

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de
notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre
reconnaissance et de notre profonde estime.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur Céline CLEMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine

Assesseur en charge de la pédagogie

Maître de Conférence des Universités

Responsable de la sous-section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la
Santé

Odontologie Légale

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.

Pour votre gentillesse et les conseils que vous nous avez accordés, nous vous prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Daniel VIENNET

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie buccale – Pathologie et Thérapeutique, Anesthésie et Réanimation

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Par votre grande disponibilité et votre sens de l'encadrement, vous nous avez fait bénéficier de votre art.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profonde admiration.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Amélie RIFFAULT- EGUETHER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalier Universitaire
Sous-section : Prothèses

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté la direction de ce travail.

Pour votre gentillesse, disponibilité et l'attention que vous nous avez accordées, veuillez trouver à travers ce travail l'expression de la profonde gratitude et de l'estime que nous vous témoignons.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Antoine SABATIER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Pour votre gentillesse, votre disponibilité et toute l'attention que vous m'avez accordées, veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon admiration.

A mes parents

Qui m'ont soutenue tous les jours et dans toutes les circonstances, sans vous cela n'aurait pas été possible. Merci du fond du cœur.

A mon frère

Qui malgré la distance, me sert d'exemple et m'a montrée quand il fallait s'y mettre. Mais j'ai quand même gagné !!!

A Gabriel et Noé

Qui par leurs sourires innocents me rappellent ce qu'il y a d'important.

A toute ma famille

Merci

A Alice

Qui m'écoute, qui ne se lasse pas. Merci pour tout, pour ses fous rires, ses pleurs.

A Julien

Merci d'être la, de tout ce que tu m'apportes, ton soutien et ton amour.

A Charlotte

Merci d'être la, on a commencé toutes les deux et on finira ensemble. Merci pour tous ces moments partagés, ces rires, ces pleurs et tout ce qui va avec. CCC cie.

A Clément

Merci d'être à mes côtés, de ton écoute et de ton amitié. CCC cie.

A mes amis : aux Dumur, Louise, Caroline, Théo, Anthony, Antoine, Fred et Anne So, Sophia, Manon, Anne Sophie, Hélène, Marie, Gautier, Maxime et tous les autres que je n'oublie pas...

LA RELATION PATIENT PRATICIEN FACILITEE PAR UNE EQUIPE DE TRAVAIL SOUEE

Sommaire

INTRODUCTION

1. Le praticien, chef d'entreprise

- 1.1. Définition d'une entreprise
 - 1.1.1. Le cabinet dentaire : évolution des normes
 - 1.1.2. Le cabinet dentaire, une entreprise de santé
 - 1.1.3. La comparaison des objectifs professionnels et des objectifs d'une entreprise
 - 1.1.4. Limites de la comparaison
- 1.2. Dentiste, manager de son équipe de soin
 - 1.2.1. Définition d'un manager
 - 1.2.2. Diriger / Manager son équipe de soin
 - 1.2.3. Assumer des responsabilités
 - 1.2.4. Organiser et gérer son cabinet
 - 1.2.5. Traiter des problèmes humains
 - 1.2.6. Assurer la réalisation des objectifs : l'efficience

2. Les employés, membre de l'équipe

- 2.1. L'assistante et l'aide dentaire
 - 2.1.1. L'assistante
 - 2.1.2. L'aide dentaire
- 2.2. Les nouvelles réformes concernant les assistantes dentaires
- 2.3. Les autres acteurs
 - 2.3.1. La secrétaire
 - 2.3.2. Le prothésiste

3. Mise en pratique des rôles de chacun

- 3.1. La première approche : l'assistante en ligne de mire
 - 3.1.1. Au téléphone
 - 3.1.2. « En direct »
- 3.2. L'accueil par le praticien
 - 3.2.1. Découverte du praticien par le patient
 - 3.2.2. Réussir la première consultation
- 3.3. L'explication du plan de traitement
 - 3.3.1. Présentation du plan de traitement
 - 3.3.2. Les conditions pour que le patient adhère au plan de traitement
- 3.4. La réalisation du plan de traitement : résultat de la collaboration entre assistante et praticien
- 3.5. Aborder la question d'argent : qui en parle ?
 - 3.5.1. Une relation d'égal à égal

- 3.6. Le cas particulier, des patients en urgence
 - 3.6.1. Patient nouveau qui souffre
 - 3.6.2. Le patient qui vient en urgence, déjà patient du cabinet
- 3.7. Gérer les crises
 - 3.7.1. Comprendre et faire face à l'agressivité du patient
 - 3.7.2. Reconnaissance des erreurs et maintien de la crédibilité

CONCLUSION

TABLES DES MATIERES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

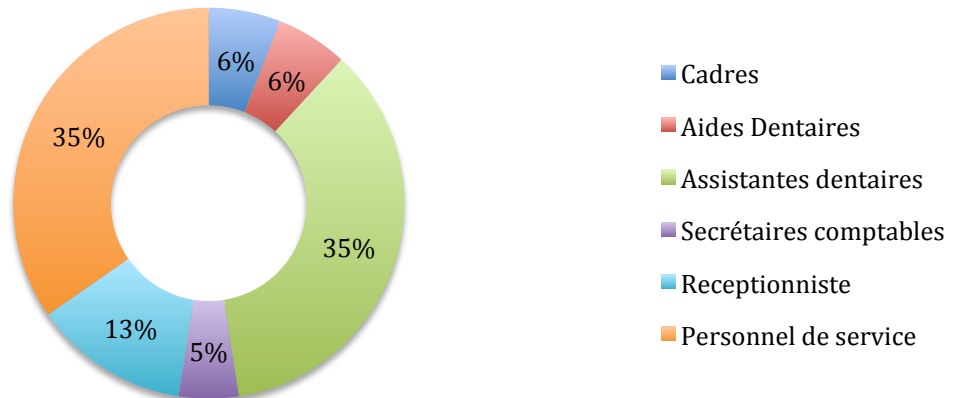
La profession de chirurgien-dentiste a une tradition libérale très marquée. Plus de neuf praticiens sur dix ont un exercice libéral. Les chirurgiens-dentistes se perçoivent et sont perçus comme une profession médicale un peu « à part », car tout d'abord l'inscription de cette profession dans le corps médical est difficile à cerner. En effet, les chirurgiens dentistes sont bien des professionnels de santé, dotés du titre de Docteur, au service du patient. Comme pour les médecins, la relation avec le patient et la notion de confiance sont au cœur du métier. Pour autant, la profession entretient assez peu de relations avec le reste du corps médical. Il semble par exemple y avoir assez peu de cohésion, au niveau local, entre le chirurgien-dentiste et les autres professionnels de santé : dans sa vie professionnelle un dentiste n'a que quelques contacts avec certains spécialistes ou professions paramédicales (ORL, stomatologue, orthophoniste...). En dehors de la cardiologie, il est peu de spécialités médicales qui ait un regard attentif à l'état de la bouche.

Alors qu'un chirurgien était pressé de s'installer à son compte dès la sortie de la faculté, la première installation a aujourd'hui tendance à se faire de plus en plus tard. Les jeunes diplômés passent souvent les deux années qui suivent le diplôme à effectuer des remplacements ou des collaborations temporaires. Et lorsqu'ils choisissent enfin de s'installer, c'est de plus en plus souvent dans un cabinet de groupe, avec des « anciens ». Il semble en effet que la crainte de se lancer dans la création d'un cabinet, la gestion de personnel et les aspects comptables et administratifs que cela implique, se soit renforcée parmi les jeunes chirurgiens-dentistes.

Le secteur dentaire compte très peu de chirurgiens-dentistes salariés, le statut de collaborateur libéral étant privilégié. Les effectifs salariés se composent notamment des aides et assistants dentaires, du personnel d'entretien, des réceptionnistes, des secrétaires et de quelques autres comme les prothésistes.

L'exploitation de la base de données de l'Association Générale de Retraite par Répartition (AG2R) permet une estimation de la répartition des emplois salariés et nous permet de construire ce graphique.

Répartition des salariés des cabinets dentaires en 2007



Selon les études menées par le Groupe Edmond Binhas, les statistiques prouvent qu'un praticien travaillant seul passe 50 % de son temps hors du fauteuil. Ce pourcentage avoisine les 30 % maximum lorsqu'il est secondé par une assistante à laquelle incombent les tâches non cliniques.¹

Ce travail va donc aborder la notion de cabinet dentaire vu comme une entreprise, mais également les alliés indispensables du praticien qui facilite ses tâches au quotidien, et en quoi cela se répercute sur le patient qui est un des acteurs principaux des cabinets dentaires.

1. Le praticien, chef d'entreprise

1.1. Définition d'une entreprise

Les critères qui peuvent être utilisés pour déterminer une entreprise sont les suivants :

- Un capital est obtenu
- Des biens et des services sont produits et distribués à des consommateurs
- Des consommateurs sont désireux d'acheter ces produits et ces services
- La production, la distribution à la vente de ces produits et services aboutissent à un bénéfice
- Les propriétaires d'une entreprise, et il s'agit du point le plus important, acceptent l'idée d'être confronté à des risques financiers qui, évidemment, ont des implications aussi bien professionnelles que personnelles.¹

1.1.1. Le cabinet dentaire : évolution des normes

Cabinet-Entreprise : l'association de ces deux termes, au regard de la gestion, soulève depuis quelques années des débats animés. Notre société est centrée sur la gestion. Il semble utile de rappeler que gérer c'est prévoir et qu'une bonne gestion est une condition nécessaire à la qualité des soins, et gérer ne se résume pas à rencontrer son expert comptable une fois par an.

Nous allons donc dans cette thèse voir la dentisterie comme une entreprise de santé autant qu'une profession et que l'aspect non clinique commence à prendre une part très importante dans la pratique quotidienne. En réalité, la sérénité du praticien et de son équipe ainsi que la survie du cabinet à long terme sont étroitement dépendantes d'une bonne gestion des aspects cliniques et administratifs.

Le développement d'un cabinet correspondant aux souhaits du praticien est généralement déterminé par la capacité à gérer ses patients, son équipe, ses locaux,

les aspects financiers et la relation qu'il peut développer avec ses autres fournisseurs et partenaires.

1.1.2. Le cabinet dentaire, une entreprise de santé

En tant que professionnel de santé, les chirurgiens-dentistes doivent adhérer à une certaine éthique professionnelle et assumer leur rôle de façon à répondre aux attentes du public envers un professionnel. Néanmoins, un cabinet dentaire doit être idéalement vu comme une entreprise de santé autant que comme une profession. En effet, un praticien qui s'engage dans une pratique privée doit comprendre ce qu'est la gestion d'un cabinet et développer les compétences nécessaires pour y faire face efficacement. C'est la condition pour réaliser des traitements de qualité sur le long terme.

1.1.3. La comparaison des objectifs professionnels et des objectifs d'une entreprise

Ils incluent tous deux les éléments suivants :

- Prestation des services qui répondent à un besoin public
- Survie à long terme
- Amélioration de la prestation fournie par l'acquisition de nouvelles connaissances et la mise en place de nouveaux processus
- Mise en œuvre de moyens pour les individus et les groupes (que ce soient les salariés, les fournisseurs, les créanciers et les patients) afin de satisfaire leurs besoins
- Prestation d'un service économique avec pour conséquence un revenu équitable

Ceci suggère fortement que l'atteinte des objectifs de gestion contribue très positivement à l'atteinte des objectifs professionnels d'un cabinet dentaire.

Pour conclure, nous constatons que les aspects professionnels et la gestion d'un cabinet sont non seulement compatibles, mais complémentaires.

1.1.4. Limites de la comparaison

La santé a pris une place de plus en plus importante dans la consommation des ménages. Ainsi, au fil du temps, plus le niveau de vie progresse et plus la croissance de la consommation de santé et de beauté est grande. Selon une enquête publiée par le cabinet de conseil en protection sociale Jalma le 25 novembre 2009, cette part des dépenses de santé a augmenté de 50% dans le budget des familles depuis 2001, et est passée de 6% à 9% du revenu en moyenne.²

La croissance de la consommation est liée au système de financement, au vieillissement de la population et au progrès technique.

Quelque soit la tranche d'âge concernée, les femmes vont plus souvent consulter les chirurgiens-dentistes : « 1,6 séances par an contre 1,2 pour les hommes »³. Elles déboursent davantage pour leur santé bucco-dentaire dans la tranche d'âge des 40-64ans.

Si l'on suit l'évolution du budget mensuel des français, nous pouvons constater qu'aujourd'hui une part croissante du budget des ménages est consacrée à l'hygiène, la beauté et la santé.

1.2. Dentiste, manager de son équipe de soin

Nous entendrons par équipe de soin du chirurgien-dentiste, ses partenaires au quotidien, c'est à dire son assistante éventuelle, l'aide médicale, sa secrétaire, son prothésiste, autant de rôles que nous décrirons par la suite.

Ainsi le praticien doit développer deux grands types de responsabilités, tout d'abord la responsabilité administrative vis à vis de son entreprise, son cabinet, son assistante, et de plus la responsabilité morale vis à vis de son patient et de son équipe médicale.

1.2.1. Définition d'un manager

Manager c'est :

« Diriger une entreprise, en assumer les responsabilités techniques et financières. »

Le terme est emprunté à l'anglais to manage « entraîner, conduire, s'occuper de, diriger »⁴

Pour le domaine qui nous concerne, nous allons nous pencher sur les notions suivantes, que nous allons détailler point par point :

1. Diriger
2. Assumer des responsabilités
3. Organiser / Gérer
4. Traiter des problèmes humains
5. Assurer la réalisation des objectifs : l'efficacité

1.2.2. Diriger / Manager son équipe de soin

Un ensemble de règles élémentaires et fondamentales doivent permettre de construire, de régir et d'optimiser la bonne collaboration du praticien et de son personnel au service du patient.

Rodolphe COCHET a établi sept grands principes du management dentaire

« Cabinet dentaire versus entreprise »

Le premier principe nous enseigne et nous rappelle qu'un cabinet dentaire ne saurait être associé en tout ou partie à une entreprise comme une autre, d'un point de vue structurel, fonctionnel et organisationnel. Un cabinet dentaire est avant tout un cabinet médical, et les soins ne sauraient être assimilés à des produits de consommation courante. Toute dérive « entrepreneuriale » visant à mettre au premier plan la productivité au détriment des investissements humains et pédagogiques (personnel, formation) conduit inévitablement le cabinet dentaire à une détérioration notable et durable de la qualité de ses services généraux (cliniques, administratifs, relationnels). Malgré certains « clichés » encore tenaces, l'usage de pratiques commerciales issues des standards du marketing relationnel nuit gravement à la productivité et à la rentabilité des cabinets dentaires.

Patient versus client

Le deuxième principe découle du premier et nous enjoint de ne jamais assimiler le patient à un client ou consommateur de soins, car c'est la crédibilité (relation de

confiance) de toute l'équipe soignante qui est dès lors entamée aux yeux du patient. Le leadership de l'équipe dirigeante est aussi plus facilement soumis à des contestations et des revendications provenant aussi bien du personnel que des patients.

Le turnover du personnel

Le troisième principe concerne directement le personnel des cabinets dentaires. Plus encore que dans d'autres secteurs d'activités professionnelles, le marché du travail des soins bucco-dentaires est touché par un turnover récurrent du personnel, qu'il s'agisse d'une initiative de l'employeur ou d'une démission de l'employé. Il faut donc impérativement se donner tous les moyens pédagogiques, matériels et organisationnels de motiver et fidéliser le personnel qualifié, compétent et désireux de progresser.

La qualité totale

Le quatrième principe concerne la notion de démarche Qualité que chaque praticien doit adapter à ses propres objectifs de développement. Même si la notion de Démarche Qualité Totale n'a pas été officiellement et formellement édictée en odontologie (il n'existe aucune norme, seulement des référentiels), il n'en demeure pas moins que tout cabinet dentaire doit conformer son exercice aux données acquises des sciences odonto-stomatologiques ainsi qu'aux bonnes pratiques managériales en vigueur.

Le Management adaptatif

Le cinquième principe nous enseigne que le praticien ne doit pas uniquement sa réussite au niveau de ses compétences cliniques ainsi qu'à ses performances thérapeutiques et opératoires. Le chirurgien-dentiste est tout autant investi de fonctions managériales, en termes de gestion de cabinet et d'encadrement d'une équipe, qui contribuent, à un même niveau, à la qualité de ses services. Chaque praticien doit pouvoir trouver le mode de management qui s'adaptera précisément au profil professionnel de son personnel, sachant que chaque membre d'une équipe a des leviers de motivation et de performances qui lui sont propres. La question n'est donc pas de savoir quel mode de management adopter de manière générale dans son cabinet, mais dans quelle situation, en fonction de quel objectif et avec quel

membre du personnel adopter un mode de management tantôt plus autoritaire (diriger), plus délégatif (responsabiliser), plus participatif (associer), ou plus persuasif (convaincre).

Motivation et performances

Le sixième principe engage le praticien gérant à prendre connaissance des fondements et des pratiques régulières du management odontologique qui lui permettront, ainsi qu'à son équipe, de recouvrer une entière autonomie décisionnelle.

L'apogée de la polyvalence

Le septième et dernier principe rappelle le rôle principal et les fonctions élémentaires de l'assistante dentaire, qui est avant tout une aide opératoire et une aide instrumentiste, responsable de l'hygiène et de l'asepsie ainsi que de la gestion des stocks et fournitures du cabinet. D'un point de vue ergonomique, la polyvalence, ou la gestion concurrente de plusieurs tâches de travail correspondant à des métiers ou cursus de formation différents, est l'antithèse absolue de l'efficacité et de l'excellence. Comme dans tout corps de métier, on ne peut viser cette excellence qu'au terme d'une rationalisation et spécialisation progressives et continues de ses compétences spécifiques. »⁵

Ainsi le praticien doit donc faire le point sur ses valeurs, croyances et principes pour développer ce que l'on va appeler **la philosophie du cabinet**. C'est la base pour pouvoir établir des objectifs, des politiques, des normes et des interactions de qualité avec les patients. Si cette philosophie n'est pas clairement définie et communiquée aux patients et aux assistantes, il y a de forte chance pour que des décisions contradictoires soient prises au sein même de l'équipe. Cette philosophie, unique à chaque cabinet dentaire, devrait être formulée et écrite pour pouvoir être lue par les patients et les assistantes.

Rodolphe Cochet parle **d'objectifs du cabinet**, qui vont donc pouvoir être définis en se posant différentes questions. Car agir avant de savoir ce que l'on veut accomplir est le reflet d'une mauvaise gestion mais également d'un manque de bon sens. Sans objectif, il sera impossible de prendre de bonnes décisions pour le cabinet, et la

confusion s'installera au sein de l'équipe médicale.

Voici les questions éventuelles que l'on pourrait se poser pour définir les objectifs du cabinet :

- Qu'est ce que je veux précisément obtenir ?
- À quoi saurai-je que j'ai vraiment atteint mon objectif ?
- Qu'est ce que cela m'apportera d'atteindre cet objectif ?
- Existe-t-il des inconvénients, des conséquences négatives à avoir réalisé cet objectif ? Si oui, comment les éviter ?
- Quels sont les obstacles, difficultés, résistances que je risque de rencontrer pour réaliser cet objectif ?
- De quelles ressources matérielles, financières, relationnelles, techniques, psychologiques ai-je besoin ? Quelles sont les ressources dont je dispose déjà ? Quelles sont celles qui restent à acquérir ? Où les trouver ? auprès de qui les négocier ? Quand ? comment ?
- Quelles sont les étapes à parcourir ?
- À quel moment cet objectif pourra-t-il être atteint ?
- Par quoi commencer maintenant, et quand ?

Une ultime question, peut être la plus importante : suis-je prêt à payer le prix que réclame l'atteinte de cet objectif ?

En plus des sept points décrits par COCHET nous pouvons ajouter trois notions qui semblent essentielles au bon management d'un cabinet dentaire, les procédures du cabinet, les méthodes du cabinet et le budget prévisionnel du cabinet.

« **Les procédures du cabinet** »¹, elles doivent être soigneusement élaborées pour s'assurer que le travail est correctement et systématiquement effectué. Une procédure est l'ordre chronologique des actions qui composent la manière standard d'effectuer une tâche spécifique. L'élaboration des procédures cliniques et non cliniques est essentielle si le praticien veut que le personnel exécute les tâches de façon homogène. Elles sont d'autant plus nécessaires qu'il s'agit d'activités exercées de façon régulière, comme par exemple l'accueil des patients (abordé ultérieurement)

« **Les méthodes du cabinet** »¹ peuvent se définir comme la façon désirée d'effectuer une tâche donnée. Elle spécifie comment une certaine procédure doit être effectuée : par exemple, gestion du carnet de rendez vous.

« **Le budget prévisionnel du cabinet** »¹ Le plus important des plans dans une entreprise est le plan financier ou budget prévisionnel. Le budget décrit les résultats prévus en termes numériques. Bien que la plupart des budgets soient exprimés en montants (chiffre d'affaire), ils peuvent également être exprimés en heures, nombre de patients ou toute autre unité mesurable. Les budgets couvrent généralement une période s'étalant de un mois à un an.

1.2.3. Assumer des responsabilités

La responsabilité, selon le dictionnaire "Robert", est l'obligation ou la nécessité morale, intellectuelle, de réparer une faute, de remplir un devoir, un engagement, c'est aussi le fait pour certains actes, d'entraîner des conséquences pour les auteurs. Selon le code de déontologie, la responsabilité médicale est le fait d'assumer les conséquences d'un acte médical. Tout chirurgien-dentiste est responsable de chacun de ses actes professionnels.⁶

1.2.3.1. Responsabilités vis à vis de l'équipe

La responsabilité du chirurgien-dentiste, est parfois engagée à propos d'actes qu'il n'a pas accompli lui-même, lorsqu'il est considéré comme le chef d'une équipe médicale. Sa responsabilité est liée au fait que le patient n'a pas contracté avec chacun des membres de l'équipe mais seulement avec lui et qu' « il doit répondre des personnes qu'il se substitue en dehors du consentement de son patient pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation »⁷

1.2.3.1.1. Collaborateur

1.2.3.1.1.1. Libéral

Le collaborateur libéral et le praticien sont liés l'un à l'autre par un contrat qui désigne les responsabilités du collaborateur et ses devoirs envers son praticien.

« Le collaborateur exercera son art sous sa propre responsabilité et jouira de son entière indépendance professionnelle.

Il ne portera sur les documents de l'assurance maladie que son propre cachet.

Il apposera sa plaque dans les mêmes conditions que son confrère.

Il assurera lui-même la couverture de sa responsabilité professionnelle.

Le collaborateur bénéficiera d'une installation garantissant le secret médical et lui permettant de constituer et de soigner sa clientèle personnelle. »⁸

En soi le praticien chef de cabinet n'est pas responsable des actes de son collaborateur, autant d'un point de vue clinique que d'un point de vue juridique.

1.2.3.1.1.2. Salarié

Dans ce cas, l'assurance garantissant la responsabilité civile du praticien, couvre également le dentiste salarié, mais ce dernier doit tout de même souscrire à une assurance.

Pour ce qui est de la réalisation des soins, il peut exister un litige entre le praticien et le salarié, sur la validité, l'interprétation, l'exécution des actes médicaux. Ils devront, avant toute action en justice, se soumettre à une tentative de conciliation devant le Président du Conseil départemental de l'Ordre, conformément aux dispositions de l'article R.4127-259 du Code de la Santé Publique.

1.2.3.1.2. Assistante

Les chirurgiens-dentistes, peuvent être tenus pour responsables des fautes commises par des membres du personnel de l'établissement de santé. La Cour de cassation a retenu qu' « en vertu de l'indépendance professionnelle dont le médecin

bénéficie dans l'exercice de son art, il répond des fautes commises au préjudice des patients par les personnes qui l'assistent lors d'un acte médical d'investigation ou de soins, alors même que ces personnes seraient les préposées de l'établissement de santé où il exerce »⁹. Ces dernières (donc les assistantes dans le cas présent) agissent en effet dans ce cas sous son contrôle direct et non plus sous le contrôle de l'établissement qui les emploie.

Cela est vrai, sauf en cas de faute détachable du service, et dans ce cas la responsabilité du chirurgien-dentiste n'est pas retenue.

1.2.3.1.3. Prothésiste

La jurisprudence considère que l'obligation de résultat liée à la fourniture d'une prothèse pèse sur le chirurgien-dentiste et non sur le prothésiste avec lequel le client n'a pas contracté « et qu'il appartient au chirurgien-dentiste fournisseur de la prothèse de donner au prothésiste des directives précises et adaptées au cas d'espèce en fonction des examens préalables et de sa conception de l'appareillage et ensuite de veiller à ce que ledit prothésiste les exécute fidèlement »¹⁰

Certaines décisions indiquent que le chirurgien-dentiste peut engager la responsabilité contractuelle du prothésiste dès lors que ce dernier a commis une faute.¹¹

D'autres arrêts estiment à l'inverse que le chirurgien-dentiste ne peut appeler en garantie le prothésiste qui n'a aucune relation contractuelle avec le patient.¹²

Dans l'élaboration d'une prothèse dentaire par étape, le chirurgien-dentiste doit, à chaque essayage, vérifier si la séquence de travail exécutée par le prothésiste correspond bien à ce qu'il a demandé, la mise en bouche définitive de la prothèse engageant sa responsabilité vis-à-vis de son patient et équivalant à l'acceptation tacite du travail fourni par le prothésiste.

1.2.3.2. Responsabilité vis à vis des patients

Dans la pratique quotidienne de son art, le chirurgien-dentiste n'est soumis qu'à une **obligation de moyen**, mais non de résultats. Cela tient du fait que la médecine est une science inexacte malgré tous les progrès actuels. De ce fait, un patient insatisfait

de son chirurgien dentiste pourra obtenir gain de cause seulement s'il apporte la preuve d'une faute. Il appartient au plaignant de démontrer que son praticien ne lui a pas dispensé « des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données acquises de la science ».

Il y a tout de même des exceptions quant à l'obligation de résultat concernant :

- les infections associées aux soins (IAS) : le praticien doit tout mettre en œuvre d'un point de vue stérile afin que le patient ne sorte pas du cabinet avec une infection contractée au cours ou au décours de sa prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative).

- les informations que le praticien délivre au patient : celles ci doivent être claires et totalement délivrées au patient dans leur intégrité concernant le traitement médical que le praticien entreprend.

- la délivrance d'un Dispositif Médical Sur Mesure : le DMSM doit satisfaire aux exigences de santé et de sécurité décrites dans la directive 93/42/CEE¹³

- les prothèses : cette exception est fondée sur le fait « qu'il s'agit d'un acte technique et non plus d'un acte médical. »¹⁴

Selon l'article R4127-232 du code de déontologie dentaire, le praticien a **le droit de refuser les soins, hors cas d'urgence**, à une personne pour des raisons personnelles ou professionnelles à condition de ne jamais nuire à la santé du patient, de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Le chirurgien dentiste qui dispense des soins à son patient se voit dans l'obligation de « lui **assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science**, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin, d'**agir avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui**, et de se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. »¹⁵

Le **consentement des personnes soignées** est toujours recherché, conformément

à l'article R4127-236 du code de déontologie dentaire. Si le patient refuse les solutions thérapeutiques proposées par le praticien, ce dernier se doit alors de ne pas dispenser les soins, après avoir expliqué les conséquences du manque de soin. Néanmoins, si par manque de temps, le praticien n'a pu obtenir l'aval du représentant légal du mineur ou du majeur légalement protégé, il doit en cas d'urgence dispenser les soins qu'il estime nécessaires.

Si le chirurgien-dentiste détecte dans le cadre de son activité professionnelle, qu'un mineur est victime de sévices ou privations, le praticien doit, en faisant preuve de tact et de prudence, engendrer les moyens les plus adéquats pour **protéger le mineur**. S'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans, il doit alors alerter les autorités compétentes conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel.

Le chirurgien-dentiste est **libre de ses prescriptions**, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.

Le chirurgien-dentiste doit **déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure**. Cela se fait indépendamment des revenus du patient, de l'ampleur et de la difficulté des soins et de la notoriété du praticien. Il est libre de dispenser des soins gratuitement, mais à condition que cela ne soit pas fait dans un but de détournement de patientèle. Le praticien se voit donc dans l'obligation d'expliquer le montant de ses honoraires à son patient. Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient.

1.2.4. Organiser et gérer son cabinet

« Le meilleur leader est le meilleur écouteur »¹⁶

Afin d'obtenir un travail d'équipe, il est essentiel d'analyser les besoins de chacun pour accentuer la communion de vues et d'objectifs.

Il faut réussir à créer un esprit d'équipe au sein du cabinet, notamment par les moyens suivants :

- Transférer la responsabilité de la tâche à celui qui l'exécute
- Développer les capacités et compétences de chacun sans oublier de préserver les points positifs de leur personnalité
- Créer un cadre personnel pour chaque membre de l'équipe, afin que chacun ait son propre domaine
- Modifier rapidement les routines qui freinent l'évolution vers le maximum d'efficacité
- Intéresser directement les collaborateurs à l'amélioration des résultats

Ainsi, lorsque toute une équipe soignante évolue dans la même direction avec un sens communautaire, elle économise la fatigue, travaille plus et mieux.

La meilleure stratégie pour bâtir un esprit d'équipe consiste mutualiser les capacités de chacun de façon appropriée.

De plus, il faut penser à aider ceux qui perdent pied afin que le groupe évolue en totalité. L'harmonie et l'efficacité viennent de l'unité.

Une rotation pour les tâches difficiles ou le leadership, diminue la fatigue, le découragement ou les défaillances. Cette procédure permet l'émergence et la découverte des capacités individuelles. Elle amplifie le sens des responsabilités.

Tout le monde a besoin d'être conforté par des encouragements ou des récompenses pour donner le maximum.

Enfin, il faut prendre le temps de développer les qualités de chacun pour éviter les risques de rupture définitive.

On peut mettre en place ce que l'on appelle des **réunions d'analyse**, briefing ou debriefing, qui sont de courtes réunions hebdomadaires d'une demi-heure, de préférence le lundi matin, au cours desquelles nous examinons les cas particuliers sortant de la routine et nécessitant une approche personnalisée. Une réunion d'analyse peut également se décider inopinément en remplacement d'un rendez-vous manqué ou décommandé à la dernière minute. Cela permet une communication interne au cabinet.

Les dossiers des patients à étudier sont mis de côté, le jour même de la séance de traitement.

En fait, la nécessité de la réunion d'analyse se matérialise par l'encombrement du tiroir où sont rangés ces dossiers. A partir de trois ou quatre, elle sera tenue à la première occasion.

Lors de ces réunions informelles, les suggestions d'organisation de travail, les problèmes personnels...sont également abordés. Les réunions d'analyse servent à transmettre nos indications et nos critiques éventuelles sans les laisser s'accumuler ou s'amplifier. Souvent, la brièveté de la réunion impose une certaine concision ce qui évite les bavardages inutiles.

Il n'est pas seulement nécessaire d'exprimer une opinion juste, il faut la livrer directement à la personne concernée. La plupart des observations, surtout si elles sont mineures peuvent être abordées, mais il est important de conserver un climat détendu. Pour cela toute critique est contrebalancée par des remerciements pour les points positifs notés. Ne pas oublier de souligner que si l'on donne une grande liberté pour l'organisation du travail, il faut que le collaborateur en accepte l'évaluation critique.

De toute façon, aucune remontrance, même urgente, ne doit être faite pendant un rendez-vous, en présence du patient. Il est souhaitable d'attendre le départ de ce dernier et de s'exprimer de façon calme et concise en décrivant ce qui s'est passé, ce qui a été ressenti, et en annonçant la nécessité d'en parler dans une réunion immédiate (ou différée si le planning ne le permet pas).

Il est toujours difficile de formuler ou de subir des critiques, sans affectivité de part et d'autre. Pour que l'observation soit reçue positivement avec des chances de modification du comportement, il est indispensable :

- D'éviter de blesser l'interlocuteur,
- De s'exprimer avec calme et pondération,
- D'être précis et concis,
- De proposer une solution constructive,
- De souligner les avantages de la proposition,
- De laisser la possibilité de répondre, de s'expliquer.

Toutes défaillance signalée en tête à tête et précocement, doit être équilibrée par des appréciations positives, et accompagnées d'un sourire.

1.2.5. Traiter des problèmes humains

Dans une équipe de travail, il peut y avoir des conflits : par exemple une mésentente entre deux employés du cabinet ou même entre le praticien et son ou ses employés. Autant de problèmes que le manager doit savoir gérer afin d'optimiser son travail.

1.2.5.1. Les conflits cognitifs

On peut nommer de différentes façons les conflits résultant de l'affrontement d'idées ou ceux qui portent sur les processus ou les contenus au travail sans que la relation entre les protagonistes en soit détériorée. On peut nommer cela comme « un conflit centré sur la tâche » ou alors un « conflit cognitif »¹⁷, c'est à dire un conflit où la dimension affective n'est pas l'enjeu principal.

Différentes méthodes de dénouement de ce type de conflits ont été élaborées, plusieurs auteurs s'y sont intéressés et en présentent des synthèses, notamment FOUCHER et THOMAS en 1991, Kwahk et Kim dans « *la méthode TCM* », et dans « *le modeling cognitif en deux phases* » en 1998.

La synthèse de ces méthodes s'apparentent à la méthode classique de résolution des problèmes, que nous allons voir.

Il faut tout d'abord définir le problème en faisant l'inventaire des opinions, des idées et des informations pertinentes. Cette étape de définition demande parfois beaucoup de temps et ne doit pas être sous estimée. Il ne faut pas passer trop rapidement aux solutions.

Ensuite, il faut proposer plusieurs solutions. La réussite de cette opération fait appel à la créativité et à l'imagination. Les solutions doivent être acceptables pour les parties concernées. Il faut donc les choisir en les analysant tout en tenant compte des contraintes et des conséquences possibles.

Enfin il faut déterminer les modalités d'implantation de la solution choisie.

D'un point de vue dynamique, le conflit cognitif, parce qu'il met en évidence les problèmes organisationnels, constitue une occasion de développement, de changement et d'innovation. Les conflits portant principalement sur les tâches sont donc souvent bénéfiques et tendent à « favoriser le réajustement des normes de

groupe et des rapports de pouvoir à l'intérieur du groupe, conformément aux besoins ressentis par les membres individuels »¹⁸.

Il faut par ailleurs que pour que les conflits cognitifs aident l'équipe à avancer, que les différents membres impliqués dans le conflit soient capables de collaborer pour envisager des solutions à leurs différends.

1.2.5.2. Les conflits relationnels

Nous allons définir un conflit relationnel comme étant un conflit entre plusieurs individus, et lorsque « les individus en interaction estimant que les autres portent atteinte à leurs droits les plus fondamentaux, ont recours à la colère, au blâme ou à la bouderie pour protéger leurs droits »⁷

Dans ce type de conflit, les sentiments négatifs tel la colère, l'envie, le mépris, la déception, la méfiance, le ressentiment sont alors très intenses.

Le deux grands composants du conflit relationnel sont le pouvoir et l'émotion. Bien que ces deux composants soient conjointement liés, l'une ou l'autre dimension peut donner sa couleur au conflit qui oppose deux individus.

Lorsqu'un conflit relationnel est dominé par des luttes de pouvoir, cela se vit surtout à travers les signes de prestiges, les réactions à l'autorité et l'exercice de contrôle. Ces conflits peuvent devenir dysfonctionnels, alors le comportement de rivalité et de compétition ne laisse plus de place à la coopération.

Ce type de conflit ne se gère pas de la même façon que les conflits cognitifs, puisqu'il fallait précédemment que les différents protagonistes aient un lien de qualité, qu'ils aient une relation de confiance et d'ouverture pour que le conflit puisse être résolu. Ce n'est pas le cas, puisque ici, la personne et l'objet du conflit ne font qu'un : il est donc préférable d'inciter les personnes à mieux travailler ensemble dans le futur et à gérer les différends qui les opposeront encore plutôt que d'essayer en vain de résoudre l'objet du conflit.

1.2.6. Assurer la réalisation des objectifs : l'efficience

Afin d'assurer la réalisation de traitements de grandes qualités, il faut que le cabinet ait des capacités financières, lui permettant de s'investir dans les formations, le

matériel, la technologie et dans le personnel nécessaire à la réalisation de ces traitements.

Face à l'évolution exponentielle des nouvelles techniques et des nouvelles technologies, le cabinet doit être capable de générer des recettes qui lui permettent d'investir afin d'obtenir une prestation toujours améliorée.

Il semblerait difficile d'atteindre une survie économique à long terme du cabinet s'il ne fournissait pas aux patients des traitements que ce dernier considérerait comme de grande qualité.

Un cabinet qui est incapable de générer en amont des recettes couvrant à la fois les frais de formation, les salaires et les investissements dans le matériel et les technologies, se risquerait à réaliser des traitements qui ne soient plus en accord avec les données actuelles de la science.

2. Les employés, membre de l'équipe

2.1. L'assistante et l'aide dentaire

L'assistante et l'aide dentaire travaillent toutes les deux au cabinet mais n'ont pas les mêmes fonctions.

2.1.1. L'assistante

Aujourd'hui, beaucoup trop de praticiens considèrent encore l'assistante uniquement comme une aide technique. C'est à dire qu'ils ne voient en elle, qu'une personne présente pour ouvrir la porte, répondre au téléphone, préparer les ciments, faire la stérilisation. En un mot toutes sortes de tâches non cliniques que le praticien pourrait faire mais qui lui feraient perdre du temps dans sa journée de travail.

Il s'agit de la pire analyse qui puisse être faite de l'assistante car dans ce cas l'assistante est considérée comme un outil. Quand le chiffre alors diminuera, le chirurgien dentiste se crispera un peu plus et va devenir un peu plus patron, c'est à dire un peu plus autoritaire et l'assistante sera tendue. Ce qui est loin de créer un climat harmonieux au cabinet.

L'assistante dentaire qualifiée est chargée d'assurer l'accueil des patients et d'assister au fauteuil le praticien et d'assurer les opérations annexes liées à ces fonctions.

A ce titre, il, ou elle :

- décontamine, nettoie, stérilise et range le matériel
- prépare tous les matériaux employés en art dentaire
- connaît l'indication et l'emploi des instruments nécessaires aux divers actes opératoires
- développe, identifie et classe les clichés radios
- prépare les dossiers administratifs ou médicaux (y compris les dossiers informatiques)
- assure la liaison avec les laboratoires de prothèse, rédige notamment

les fiches de travail, expédie et réceptionne les travaux

- collabore à l'éducation des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire
- peut, à partir des empreintes effectuées par le praticien, préparer (à l'exclusion de tous travaux prothétiques) les moulages d'étude et de travail
- peut, à partir des points anatomiques déterminés par le praticien, effectuer les tracés céphalométriques dont l'analyse appartient au seul praticien
- sous la surveillance, et après l'intervention du praticien, prépare les auxiliaires extra buccaux, en montre l'utilisation aux patients et contrôle, en outre, leur coopération

Mais son rôle va bien au delà de simples compétences cliniques et techniques. Elle permet d'insuffler une véritable dynamique. Elle peut développer et doit développer un aspect relationnel qui va contribuer à la satisfaction du patient.

Ainsi voici une multitude de tâches non techniques que pourrait remplir l'assistante :

- Accueillir le patient (on sait aujourd'hui qu'elle dépasse largement le stade des sourires et des mercis). La fonction d'accueil demande un niveau de formation et de professionnalisme attendu des patients.
- Instaurer la relation de confiance envers le patient, en le rassurant sur nos compétences. En un mot en lui faisant comprendre que le patient est entre de bonnes mains et en valorisant le chirurgien-dentiste.
- Instaurer une relation de connivence avec le patient. Elle joue alors un rôle important de complicité et d'intermédiaire entre le praticien et le patient. Souvent les patients confient aux assistantes des éléments qu'ils n'osent confier au praticien. Le rôle de l'assistante est donc bien entendu de recueillir l'information.

De la même façon toutes les tâches administratives devraient être l'apanage des assistantes si le cabinet ne possède pas de secrétaire.

Dans l'optique d'obtenir la satisfaction du patient, la présence d'une assistante est donc un élément clé. Mais d'autres facteurs viennent encore compliquer le problème.

En effet, le cabinet dentaire est toujours un haut lieu de stress. Les causes sont nombreuses. Et si une forte confiance n'existe pas entre le praticien et l'assistante, cela pourra bien sur rendre très vite la situation invivable pour l'un comme pour l'autre. Pire encore, le patient le ressentira. C'est pourquoi l'une des responsabilités majeure du praticien est de créer un esprit d'équipe. Consciemment ou inconsciemment en effet, les assistantes ont aujourd'hui besoin de se réaliser, de s'épanouir, de faire quelque chose d'important qui les mobilise et les sort de la routine.

Le praticien a ce pouvoir de créer cet environnement, cela se traduit par une équipe plus épanouie et cela retentit immédiatement sur le patient.

Mais il y a une condition à cela : le praticien doit s'entourer de personnes qui comprennent cette philosophie et qui n'ont pas l'état d'esprit « je fais juste mon boulot et je rentre chez moi... »

2.1.1.1. La formation

2.1.1.1.1. Les études

Il faut obtenir un certificat de qualification d'assistante dentaire (niveau bac). La formation s'effectue dans le cadre d'un contrat de professionnalisation, d'où la nécessité de trouver un employeur avant d'entrer en formation. Celle-ci se déroule sur 18 mois à raison de 336 heures de formation pratique interne au cabinet dentaire et de 300 heures dans un centre de formation.

Au programme 14 modules :

- Communiquer avec le patient,
- Désinfection et stérilisation,
- Imagerie médicale,
- Gestion de l'agenda de l'entreprise,
- Organisation des rendez-vous du praticien,
- Travail à quatre mains,
- Assistance aux travaux prothétiques et orthodontiques,
- Prophylaxie et hygiène bucco-dentaire,
- Gestion des stocks,

Gestes et soins d'urgences,
L'assistante dentaire au sein de son environnement professionnel,
Évaluation et prévention des risques au travail,
Créer et suivre un dossier patient,
Etablir et contrôler les dossiers de remboursement.

Pour entrer dans la formation, il faut être âgé d'au moins 18 ans et être titulaire du brevet des collèges, ou bien d'un CAP ou d'un BEP et avoir réussi l'examen d'admission de l'école (une dizaine d'établissements en France).

2.1.1.1.2. Former l'assistante à la relation dentiste patient

Le praticien joue un rôle important dans la formation de l'assistante. Elle n'a probablement pas une connaissance aussi fine que celle du praticien des angoisses des patients, de leur difficulté à décrocher le téléphone pour prendre un rendez-vous... Cette sensibilisation, formation à la relation dentiste-patient est primordiale.

Le praticien doit être conscient de la responsabilité qu'il détient vis à vis de l'assistante pour qui il représente un modèle. L'assistante fonctionne en miroir avec le dentiste. Elle prend modèle sur son attitude. Ce mimétisme relève de l'identification. L'assistante va tout reproduire, jusqu'à parler comme le dentiste, utiliser les mêmes mots, expressions. Ce point est positif. De cette façon, l'équipe montre sa cohérence dans la façon dont elle communique avec le patient. Ce mimétisme, il faut en être conscient, peut l'amener à faire les mêmes erreurs que celles du praticien

Si au bout de quelques semaines d'exercice, nous constatons que, malgré nos efforts l'assistante n'arrive pas à entrer en contact avec les patients et à faire preuve d'humanité, il vaut mieux renoncer. L'assistante qui par exemple n'arrive pas à apprécier la détresse ou la souffrance d'un patient au téléphone ne pourra pas intégrer l'équipe.

En période de stress, le praticien peut ne pas apprécier la détresse du patient, ne pas percevoir sa souffrance. Face à cette situation, il est appréciable après la séance d'expliquer à l'assistante qu'il regrette et qu'il reconnaît son erreur. Ce n'est pas parce que le praticien avoue son erreur qu'il se décrédibilise.

Bien souvent c'est sur les assistantes que les patients déchargent leurs angoisses, sont parfois agressifs. Quand ils arrivent face aux dentistes ils se sont déjà défoulés. Être en première ligne, se maîtriser face à l'agressivité, fait également partie de leurs missions. Il serait instructif pour le praticien d'avoir au moins une fois assuré les différentes fonctions de l'assistante pour réellement mesurer l'importance, la diversité et la difficulté de ses missions. Leur soutien permanent est fondamental pour assurer l'exercice d'un métier, particulièrement stressant.

2.1.1.2. Comment recruter son assistante

Ce sont les qualités humaines qui conditionnent le choix du recrutement. L'assistante doit rayonner, avoir cette humanité, cette capacité à communiquer, à écouter, cette empathie naturelle qu'une personne possède... ou non. Le rayonnement est souvent le signe d'un bon équilibre d'une personne, il faut oser se fier à ses premières impressions et les confirmer.

Durant l'entretien il est nécessaire de laisser la candidate s'exprimer, ainsi mieux vaut ne pas être trop autoritaire ce qui aurait tendance à la faire se renfermer sur elle-même et cela ne permet pas d'apprécier ses qualités.

Les points qui doivent être cernés lors du premier entretien sont les suivants :

- Sa qualité d'écoute

- Sa conception et son approche de la relation soignant-soigné

- Sa conception de la douleur dentaire

- Sa perception de la peur du dentiste

- Son rôle dans la vie du patient

Une fois que le praticien a pu repérer ces qualités chez la future assistante il peut alors lui parler du poste à pourvoir d'un point de vue purement théorique, car les faiblesses sur le plan strictement technique sont bien plus faciles à combler que le manque d'humanité.

2.1.1.3. Gérer un problème avec son assistante

Le chirurgien-dentiste doit être capable d'établir un climat de confiance. En s'appuyant sur la réglementation du travail, avec des horaires stricts à respecter, il va vers une relation très hiérarchisée qui le mène souvent à l'affrontement.

Ainsi on peut éviter le conflit en faisant un reproche ou une remarque à une assistante tout en reconnaissant sa valeur, son travail, on obtient beaucoup plus qu'avec une stratégie uniquement basée sur l'autorité, les règles à respecter. En revanche, règle de base, il est formellement interdit de faire des reproches à une assistante devant un patient. Cette attitude serait non seulement humiliante pour l'assistante et de plus génératrice d'angoisse et d'insécurité pour le patient. Il est essentiel d'associer l'assistante au plaisir d'exercer, de lui donner une vraie place, de la reconnaître pleinement.

2.1.1.4. Alliance assistante praticien collaborateur

Chaque être humain essaie de combler ses besoins selon une hiérarchie, dont la progression s'effectue palier par palier après satisfaction du niveau inférieur. La motivation au travail répond à des critères identiques à ceux de la pyramide de MASLOW ci-dessous. ¹

1	Besoins élémentaires	Stabilité d'emploi Rémunération correcte Condition matérielles acceptables
2	Besoins d'appartenance	Être accueilli et accepté dans l'équipe Être un rouage utile au groupe
3	Besoins de considération	Être reconnu compétent Être apprécié pour son travail Être apprécié pour son état d'esprit
4	Besoins d'autonomie	Être indépendant Pouvoir décider et prendre des initiatives
5	Besoin de se réaliser	Apporter des suggestions personnelles Pouvoir déployer toutes ses qualités sans restriction Parvenir dans l'élite de sa profession

Ainsi, le collaborateur qui comprend et accepte ses fonctions s'adapte plus facilement aux buts communs de l'équipe soignante.

Le praticien supervise et guide son équipe. Il encourage l'initiative, point culminant de l'intégration.

La principale cause d'inefficacité est le surmenage. Un praticien débordé ne peut pas consacrer assez de temps à :

- l'analyse du fonctionnement du cabinet (prise de pouls = diagnostic)
- la définition des tâches dans l'ordre des priorités (cahier des charges = traitement)
- la recherche d'un climat détendu (ambiance = joie de vivre)

Tous les métiers ne sont pas égaux face au stress, et les chirurgiens-dentistes peuvent être atteints de « burn out ». Si l'on regarde les chiffres, 22% des européens souffrent de stress au travail, et si l'on prend la profession médicale libérale les chiffres augmentent. « 60 % des chirurgiens-dentistes présentent un niveau pathologique de « burn out », 10 % un niveau élevé et 15 % des praticiens dentaires prennent des psychotropes.

Selon le Bureau International du Travail (BIT), il est presque aussi stressant d'être dentiste que policier, gardien de prison ou pilote d'avion, métiers parmi les plus exposés. En effet, le chirurgien-dentiste est l'un des seuls professionnels de santé à soigner à longueur de journée des patients éveillés, cumulant ainsi stress de l'acte clinique et stress du patient. Pression à laquelle s'ajoute celle de la gestion d'un cabinet, tâche à laquelle il n'a pas été formé. »¹⁹



Ainsi le praticien a besoin d'être aidé par son équipe médicale, voici donc quelques règles qui régissent l'alliance assistance praticien collaborateur :

Apprendre à déléguer

De nombreuses fonctions peuvent être déléguées. En acceptant de « perdre » quelques heures à former une assistante au montage sur articulateur, on en gagne des centaines par la suite.

Confier des responsabilités précises

Les collaborateurs acceptent volontiers de prendre des responsabilités s'ils y sont autorisés et éduqués à le faire. Il convient toutefois de fixer les limites de cette compétence et le cadre d'exécution.

Impliquer émotionnellement

La motivation d'une assistante se révèle à ce qu'elle reçoit **ses** patients dans **son** cabinet. Cette attitude dépend plus du comportement du praticien que des avantages salariaux. Elle ne peut être acquise par l'autorité.

Être aimable

Une assistante perpétuellement affolée, une ambiance épouvantable sont les conséquences d'un management autoritaire.

Un praticien chaleureux, attentif aux détails, détend ses collaborateurs qui agissent plus efficacement.

Donner l'exemple

Comme dans toute entreprise dynamique, le « patron » doit être à la tête de ses troupes et donner l'exemple. Exactitude, respect de la parole donnée, honnêteté professionnelle, sens humain...sont les meilleures pierres pour bâtir l'édifice de la responsabilité et de la considération.

Être dynamique

En accord avec toutes les règles de la physique, le dynamisme permanent du praticien galvanise toute l'équipe.

Être disponible

Les réunions d'analyse sont indispensables au feed-back : le collaborateur s'exprime librement. Les autres jours, il suffit de quelques minutes d'entretien avec CHACUN des membres, même à l'improviste, pour démontrer l'intérêt du praticien pour son collaborateur et pour le travail qu'il fournit.

Informé des décisions

Rien n'est plus déroutant pour un collaborateur que d'apprendre, le dernier et par hasard, une décision nouvelle. La démotivation résulte souvent du sentiment d'être pris pour quantité négligeable.

Favoriser l'expansion

La routine est sclérosante, elle crée l'apathie. Fixer des objectifs ambitieux mais accessibles est très motivant. Le travail est plus intéressant si le but est élevé et les tâches précises.

Féliciter pour le progrès

La reconnaissance est notre meilleur carburant. Montrer que l'on apprécie les efforts et les résultats, souligner les progrès, sont des « caresses psychologiques » incomparables.

Absorbé par les problèmes thérapeutiques, le praticien surmené « oublie » son équipe. L'indifférence est le plus mortel poison dans les relations humaines. Le meilleur leader est celui qui apprécie les qualités de ses collaborateurs et l'exprime avec simplicité et franchise. Cependant « en faire trop » produit l'effet inverse. Les compliments n'ont plus de valeur, l'autorité naturelle disparaît.

2.1.1.5. Alliance assistante patient

Pour l'assistante, le patient est la personne :

- la plus importante du cabinet dentaire, au téléphone, sur le fauteuil ou dans toute autre circonstance parce qu'il nous a choisis pour nous confier ses soins buccaux-dentaires.
- Avec qui elle doit être patiente et compréhensive car il est probablement inquiet de devoir subir des traitements dans une région sensible.
- Parfois injuste et nerveux en raison de sa peur, elle doit être attentive à le rassurer, à le satisfaire.
- Qui a des préjugés, des caprices, des exigences avec lesquels elle doit composer habilement pour ne pas lui donner des raisons supplémentaires d'irritation.
- A qui elle doit faire comprendre avec courtoisie les raisons de sa nervosité afin de lui rendre sa quiétude
- Qui lui fixe un défi : garder par-dessus tout sa gentillesse et son sourire quelque soit l'attitude du patient
- Qui passe au cabinet seulement quelques instants pendant lesquels elle peut montrer au praticien son habileté, son expérience, son self-control, afin de se rendre indispensable.
- Qui l'aide à se surpasser afin qu'elle atteigne l'excellence dans son rôle.
- Qui devra quitter le cabinet en la remerciant de l'avoir bien accompagné et bien traité.
- Qui pourra ainsi recommander le cabinet à quelqu'un d'autre.

2.1.2. L'aide dentaire

2.1.2.1. La formation

Elle est organisée en alternance, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation. Il faut donc être embauché par un cabinet dentaire pour suivre la formation et obtenir la qualification d'aide dentaire.

Elle est ouverte aux personnes, âgées d'au moins 18 ans, titulaires du Brevet des collèges ou venant d'une 3^e validée.

Elle dure un an et comprend un enseignement sous forme de 8 modules en centre de formation.

Au programme : organisation des rendez-vous et accueil, montage et suivi des dossiers de prise en charge, bureautique, manipulation et stérilisation des instruments...

La qualification d'aide dentaire permet, en suivant deux modules de formation supplémentaires, d'obtenir la qualification d'assistante dentaire.

Pendant la formation, le bénéficiaire est salarié et rémunéré en fonction de son âge.

2.1.2.2. Son rôle

L'aide dentaire est la collaboratrice du chirurgien-dentiste. Elle fixe les rendez vous, nettoie, stérilise et range le matériel utilisé par le praticien pendant les consultations. Elle prépare, constitue, actualise et classe les fichiers des dossiers médicaux, assure la liaison avec le laboratoire de prothèses dentaires, gère les stocks de fournitures et de médicaments et renouvelle les commandes.

2.2. Les nouvelles réformes concernant les assistantes dentaires

Les assistantes dentaires exercent des tâches administratives, logistiques et techniques dont certaines sont directement liées à la santé ou au soin des patients.

Les dispositions adoptées par l'Assemblée Nationale :

Aujourd'hui : Cette profession est encadrée par la convention collective nationale des cabinets dentaires qui définit notamment les modalités de leur formation et les tâches qu'elles sont autorisées à effectuer. Financée par le praticien employeur, la formation des assistantes dentaires permet d'acquérir un certificat professionnel de niveau IV, c'est à dire niveau BAC. Elle alterne cours théoriques et stage pratique au cabinet sur une durée moyenne comprise entre un an et dix-huit mois.

Selon les représentants des assistantes dentaires et selon une majorité de chirurgiens-dentistes, si la profession était inscrite dans le code de la santé public cela permettrait :

- « une reconnaissance des assistantes dentaires comme membres à part entière de l'équipe de soins et comme acteurs des politiques publiques menées en matière de prévention et d'éducation bucco-dentaire
- La redéfinition et l'actualisation des actes que les assistantes dentaires sont autorisées à effectuer renforcerait la sécurité du cadre juridique dans lequel celles-ci exercent leur activité
- la sécurisation du statut des assistantes dentaires ainsi que l'harmonisation et la mise à niveau de leur formation contribueraient à un meilleur encadrement en matière de sécurité sanitaire. »²⁰

Malgré cela, le Gouvernement a proposé cette définition de l'assistante dentaire : « est chargée d'« assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité ». Elle est placée sous la responsabilité du chirurgien-dentiste. Salariée au sein du cabinet dentaire, elle ne peut donc exercer son activité de façon indépendante, contrairement aux hygiénistes dentaires dans d'autres pays. L'article dispose également que l'assistante dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.⁹ L'assistante dentaire n'est donc toujours pas inscrite au code de la santé publique.

2.3. Les autres acteurs

2.3.1. La secrétaire

Véritable bras droit du dentiste, la secrétaire dentaire s'occupe de l'ensemble des tâches administratives et d'accueil du cabinet. Elle prend les rendez-vous, reçoit les patients et les rassure si besoin. Son rôle est aussi de suivre la procédure administrative des travaux prothétiques, rédiger les feuilles de soin, éditer les factures et recevoir les encaissements. En lien direct avec les laboratoires, la secrétaire dentaire gère les approvisionnements (fournitures, médicaments, etc.)

La secrétaire dentaire doit également faire preuve de discrétion puisqu'elle est tenue au secret médical.

Pour occuper le poste de secrétaire dentaire, il faut avant tout aimer travailler en milieu médical. Certaines personnes ont une appréhension lorsqu'elles se rendent chez le dentiste, il est donc nécessaire de savoir faire preuve d'empathie vis à vis des patients.

En outre, la secrétaire dentaire doit être organisée, maîtriser les logiciels informatiques liés à la gestion d'un cabinet dentaire, et connaître les termes médicaux de la profession.

Pour devenir secrétaire dentaire, il est conseillé de suivre une formation axée sur la gestion d'un cabinet dentaire.

Pour cela, il faut par exemple être titulaire d'un baccalauréat ST2S et effectuer des études complémentaires en secrétariat.

Le fait de disposer d'une secrétaire dans un cabinet permet de soulager le travail de l'assistante, ce qui lui permettra d'être beaucoup plus présente au fauteuil. On observe cela surtout dans des cabinets où il y a plusieurs praticiens.

2.3.2. Le prothésiste

L'un des principaux alliés du chirurgien dentiste est le prothésiste. Ce dernier est

celui qui fabrique à partir des empreintes qu'on lui transmet, les prothèses dentaires, c'est à dire les couronnes, les bridges, les inlays cors, les piliers implantaires, les appareils amovibles.

Lorsque l'on ne connaît pas de prothésiste quand on s'installe, il faut alors prendre contact avec eux. La meilleure façon est de les rencontrer afin de vérifier que leur philosophie de travail correspond à la nôtre, évaluer leurs qualités, leurs matériaux et la façon dont ils travaillent d'un point de vue logistique, c'est à dire les délais de fabrication, les tarifs.

Il est très important de communiquer avec son prothésiste, cela ne peut qu'améliorer la coopération du duo. Par exemple le dentiste expose les attentes de la prothèse qu'il veut réaliser, et le prothésiste peut faire parvenir au dentiste les problèmes qu'il rencontre répétitivement avec son travail. Le dentiste communique à son prothésiste les informations le plus souvent par écrit, mais cela peut également se faire par téléphone ou de visu pour un travail plus compliqué ou des problèmes récurrents.

Il ne faut pas hésiter à travailler avec plusieurs prothésistes, si par exemple quelqu'un se démarque par la qualité de son travail en prothèse fixée, il se peut très bien qu'il soit moins performant en prothèse amovible. Dans ce cas, un même praticien peut travailler avec plusieurs prothésistes.

3. Mise en pratique des rôles de chacun

Pour permettre le bon déroulement de la relation patient praticien, il faut que le fonctionnement du cabinet soit rôdé : voici les points fondamentaux du contrôle du bon fonctionnement résumé dans un tableau.

Appel téléphonique du patient	Quelle est la première impression du patient avec le cabinet ?
Rendez vous	Quel est le délai d'attente pour un rendez vous ?
Accueil au cabinet	Comment les patients sont-ils pris en charge lorsqu'ils arrivent au cabinet ?
Conseil au patient	Les patients obtiennent-ils facilement un conseil personnalisé ?
Traitement	Est ce que le traitement répond à leurs attentes ?
Suivi du traitement	Les patients sont-ils satisfaits ou non ? Quel est le suivi après son traitement ?

3.1. La première approche : l'assistante en ligne de mire

L'assistante ou la secrétaire sont les partenaires indispensables d'un accueil efficace grâce à leur rôle d'écoute, de "déménagement" relationnel et de suivi du patient après les soins au fauteuil. Son rôle débute avec l'accueil téléphonique: elle aussi doit assurer une écoute active, poser les questions permettant de situer le patient, évaluer son niveau de douleur et le rassurer. Si l'équipe est vraiment débordée, il est préférable de mettre le téléphone sur répondeur. Un patient "expédié", alors qu'il souffre, aura une mauvaise impression du cabinet et des préjugés défavorables lors du rendez-vous.

3.1.1. Au téléphone

L'accueil téléphonique est très important car c'est le premier contact du patient avec le cabinet dentaire. Pour les nouveaux patients c'est le début de la relation de confiance. De cet accueil peut dépendre la collaboration ultérieure avec le cabinet. La gestion des appels téléphoniques est une mission stratégique et doit répondre à des procédures clairement définies au sein du cabinet. L'accueil téléphonique peut être délégué à l'assistante, à la secrétaire ou externalisé à une société de sous-traitance. Dans tous les cas un protocole doit être mis en place avec des formules types.

Le nombre de postes et de lignes téléphoniques doit être suffisant et adapté au nombre de pièces et de praticiens qui exercent. Il est recommandé d'avoir des appareils portables, et dans certaines situations l'usage d'un casque peut s'avérer très utile. Pour un cabinet avec plusieurs praticiens un standard est très utile pour pouvoir passer l'appel à la personne concernée.

Le répondeur

Le téléphone principal doit posséder un répondeur avec un message préenregistré.

Répondre à un appel

La communication doit être prise avant la 4ème sonnerie, (dans l'impossibilité de répondre il faut prévoir un message d'attente préenregistré ou diriger l'appel vers une société externe).

Quelques conseils pour professionnaliser l'accueil téléphonique au cabinet :

- Assurer la confidentialité de la conversation
- Se présenter: « cabinet du Dr..., Julie à votre écoute, bonjour » avec une voix audible, « souriante » et très chaleureuse
- Maîtriser le rythme et le débit des mots – Employer un vocabulaire adapté.
- Identifier le patient

- Appeler le patient par son nom, ce qui permet de personnaliser le dialogue et donner un ton convivial
- Il faut avoir à proximité du téléphone le cahier de rendez vous et un accès facile aux dossiers des patients
- Poser les bonnes questions pour dégager le vrai motif de l'appel : consultation en urgence, contrôle et détartrage, demande de devis.

Externaliser l'accueil téléphonique

De nombreux praticiens font appel à des sociétés spécialisées dans le traitement des appels. Ce sont les praticiens qui travaillent sans assistante mais cette solution permet aussi aux praticiens qui ont des assistantes de ne pas être dérangés pendant le travail par la sonnerie du téléphone.

Les inconvénients de cette solution se trouvent principalement dans la gestion des urgences, car les personnes chargées alors de répondre au téléphone, ne savent en aucun cas où placer une urgence, ne connaissent pas l'avancement du planning du praticien, alors qu'une assistante ou secrétaire peut gérer en direct le planning.

Autre inconvénient : lorsque les patients appellent pour annuler un RDV, du fait d'un accueil téléphonique externalisé la praticien n'est pas prévenu de suite, il peut alors se retrouver avec des « trous » dans son planning horaire. Si l'assistante répond elle même au téléphone, elle peut prévenir immédiatement le praticien, lui permettant alors d'allonger son RDV précédent, ou bien celle-ci peut placer un créneau d'urgence d'un appel précédent.

Cette externalisation peut être totale ou partielle, à la demande, ce qui est très facile à gérer. Internet propose une solution qui devrait se développer dans les années à venir, il s'agit d'un portail gratuit 24H/24H, le praticien a paramétré son carnet de rendez vous et ses disponibilités. Cette solution est économique et pragmatique.

La prise de rendez-vous

- il faut essayer de guider le patient par rapport à la date du rendez-vous, avec des solutions qui sont en rapport avec les disponibilités du cabinet

- s'il y a un certain délai avant le prochain rendez-vous, leur proposer de rappeler si un problème survenait entre temps
- il faut avoir à proximité du téléphone le cahier de rendez-vous et pouvoir accéder au dossier du patient
- une fois le rendez-vous fixé, le reformuler et s'assurer que le patient a bien compris
- prendre les coordonnées du patient, nom, numéro de téléphone personnel et professionnel pour le prévenir en cas de contretemps
- préciser l'adresse du cabinet, les possibilités de stationnement, les accès, les codes, l'étage, la porte, l'escalier et toutes les informations qui pourront être utiles aux patients

3.1.2. « En direct »

Lors des premiers pas d'un patient au cabinet, les premières impressions sont déterminantes. Elles conditionnent fortement la relation future.

La première chose à faire lorsque le nouveau patient franchit les portes du cabinet est de lui souhaiter la bienvenue en étant chaleureux et ouvert.

Une fois le patient présenté et l'assistante également, il convient de faire découvrir le cadre du cabinet. Il est agréable pour le patient que le cabinet dégage une sensation relaxante, apaisante.

On propose alors une visite au nouveau patient : « c'est la première fois que vous venez, alors nous allons vous faire visiter le cabinet ». Cabine de radiographie panoramique, salle de stérilisation, les différents équipements... C'est très rassurant. Cet accueil est toujours une surprise pour un patient.

Il convient ensuite d'installer le patient en salle d'attente et de lui dire que le praticien le recevra dès qu'il aura fini avec son patient actuel.

3.2. L'accueil par le praticien

3.2.1. Découverte du praticien par le patient

Avant de franchir notre seuil pour la première fois, le patient a souvent dû vaincre de fortes réticences. Il vient de faire un pas remarquable dans la recherche d'une solution au problème buccal qu'il vient nous confier.

Pour ce premier contact, le patient n'est jamais abandonné à son sort. Son attente sera brève, mais s'il y a un retard, il est annoncé avec des excuses.

La première impression est produite spontanément, dès les premières secondes de la rencontre entre deux individus. Elle dépend de l'allure générale, des gestes, du regard, du visage, des expressions, bref d'une multitude d'indices qui s'associent pour former une empreinte profonde, même si elle est rapide.

La bouche est un domaine très intime, le patient peut se sentir « violé » par la pénétration de nos mains dans sa bouche. Le moment où le praticien accueille le patient dans la salle d'attente et celui où il s'installe sur le fauteuil est souvent trop minime. Il ne faut pas hésiter à prendre un peu plus de temps pour faire connaissance à ce moment-là.

3.2.2. Réussir la première consultation

3.2.2.1. En quoi la relation patient praticien est atypique

Il est essentiel d'avoir pris conscience du caractère atypique de cette relation afin d'aborder les premières rencontres dans les meilleures conditions. Elle n'est pas comparable à celle entretenue avec un médecin généraliste ou spécialiste, parce que le chirurgien-dentiste n'est pas un soignant comme les autres. De nombreux médecins ont tendance à se réfugier derrière des investigations et examens, comme si la technique jouait un rôle d'écran entre le soignant et le soigné. Le phénomène est d'autant plus accentué que les médecins (comme nous-mêmes) n'ont pas été formés à la communication et au management de la relation à l'autre sur les bancs

de l'université. Aujourd'hui, nous n'avons plus peur du médecin généraliste ou de l'ORL. Si le diagnostic ou le traitement ne conviennent pas au patient, il se tourne vers un autre praticien pour solliciter un avis supplémentaire voire différent.

Avec un chirurgien-dentiste, les choses se passent différemment parce que le patient, à un moment ou à un autre de la consultation, va devoir s'allonger, accepter que les instruments pénètrent dans sa bouche et se laisser opérer en direct, sous anesthésie locale, en toute conscience. Le praticien risque d'être invasif, du moins dans l'imaginaire du patient. Cette "pénétration" est loin d'être neutre. Quand on interroge les personnes, il est très intéressant de constater qu'à la question « combien de généralistes avez-vous consulté dans votre vie ? », il n'est pas rare de s'entendre répondre « dix, quinze, vingt... ». En revanche, les chirurgiens-dentistes consultés sont beaucoup moins nombreux, parce qu'en changer n'est pas une démarche facile. Malgré les progrès technologiques spectaculaires qui permettent d'éradiquer la douleur des soins, enregistrés au cours des dernières décennies, la peur du dentiste reste bien vivace.

Pour aborder la relation avec un patient, le praticien doit tenir compte de son état émotionnel. Souvent paralysé par son appréhension, le patient a reporté de mois en mois la prise de rendez-vous au cabinet. Quand il se décide, souvent poussé par une douleur de plus en plus vive, il est tendu, hyper-réceptif. Lors des contacts avec le cabinet, de l'appel téléphonique jusqu'à la consultation, tout déficit de communication risque de renforcer cet état anxigène. Réussir à engager une relation de confiance conditionnera positivement le déroulement des soins. Cette confiance sera essentielle à l'adhésion du patient au cursus de soins.

3.2.2.2. Comment créer une relation de confiance ?

C'est en comprenant les sentiments de nos patients que nous trouvons les ressources pour créer cette relation de confiance. Notre expérience clinique se nourrit de la mémorisation des observations faites sur les patients rencontrés au cours de notre exercice. Mais c'est surtout l'analyse de ces événements, et leur traduction en modifications de comportement qui peuvent nous conduire à faire évoluer nos attitudes. Ces acquis forment « l'intuition » qui elle-même favorise et

améliore la compréhension de l'interlocuteur. Elle accroît ainsi nos capacités d'empathie.

Le premier pas consiste à recenser les craintes et blocages qui provoquent des réactions de rejet frustrantes. Une cartographie de la peur permet de poser la liste des angoisses et des non-dits... des deux côtés de la barrière.

En effet, la douleur physique a pratiquement disparu de nos cabinets, sans pour autant réduire la peur ou l'appréhension inspirées par le rendez-vous chez le dentiste. Bercés par de mauvais souvenirs familiaux, nos patients gardent tapi au fond de leur inconscient un scénario catastrophe. Ils restent ancrés dans des clichés immémoriaux et le praticien, qui ne prend pas au sérieux cette panique, est coupé de l'univers personnel du patient, censé lui confier sa bouche. Comment pourrait-il le convaincre de s'investir (dans tous les sens du terme) s'il ne comprend pas d'où provient cette réticence? Résultat, il s'isole dans sa tour d'ivoire d'expert et assène un discours scientifique qui passe complètement au-dessus de la tête de son interlocuteur.

Il existe « six types dentaires de peur recensées :

1. Les peurs transgénérationnelles sont les idées reçues transmises par les parents. Le patient, conditionné par un héritage de santé bucco-dentaire inadapté, associe ses problèmes dentaires à la fatalité. Dans les cas les plus sérieux, il ne s'autorise pas à dépasser ses préjugés de peur de "trahir" sa famille sur le plan symbolique. Un message d'espoir fondé sur des critères strictement rationnels est difficile à entendre.
2. Les peurs acquises sont les expériences vécues qui restent tapies au fond de l'inconscient. Les mauvais souvenirs du dentiste de son enfance peuvent influencer la perception des soins dentaires. De même, certaines réflexions déplacées des parents: « le docteur ne va pas te faire mal si tu es sage », et autres menaces de piqûre, donnent du fil à retordre aux praticiens.
3. Le rejet de l'accès à la sphère intime: un parfait inconnu est tout près de vous, au point de sentir son parfum. Vous êtes en situation de soumission, bouche

grande ouverte, alors qu'il est équipé d'instruments inquiétants. Vous cherchez donc à fuir ou à abrégé l'épreuve... c'est la perception des soins dentaires ressentie par le patient non préparé par l'équipe soignante!

4. Toute approche thérapeutique brutale peut être interprétée par le patient comme un viol de son espace intime.
5. La peur de la communication et des infections: tout lieu de soins peut engendrer des infections nosocomiales. Le patient ne nous remet pas en cause personnellement, il a juste peur des "microbes". La consommation fréquente d'émission TV et d'articles alarmistes engendre aussi des réactions irrationnelles.
6. La peur de l'arnaque: les soins dentaires sont les seuls à donner lieu à un important "reste à charge" qui varie d'un praticien à l'autre... ce qui n'est pas le cas dans la plupart des disciplines médicales. Cette "anomalie" entraîne autant de suspicion que les clichés dont la profession est victime: le dentiste coûte cher, il fait mal (même si ce n'est plus le cas), donc sa probité est au mieux incertaine. »²¹

Les signaux d'alerte sont variés comme en témoigne une liste non exhaustive :

- soumission suspecte
- logorrhée pour retarder l'échéance
- gestes mal coordonnés
- changement de tonalité de la voix (plutôt vers l'aigu)
- agressivité dirigée contre l'assistante
- somatisations
- douleurs postopératoires atypiques...

Bien entendu, ce malaise est contagieux et le praticien est stressé à son tour. Il ne sera pas des plus efficaces, car la peur du patient réactive des angoisses ou des conflits intérieurs enfouis au fond de son propre inconscient.

Il existe quelques réflexes qui nous permettront de sortir de l'ornière et de convaincre

bien des patients réfractaires:

- l'emploi de termes non anxiogènes et compréhensibles par le commun des mortels
- une relecture attentive de leur fiche médicale (d'où vient ce blocage ?)
- le recours systématique aux substances pré-anesthésiantes (pour ceux qui ont peur d'avoir mal)
- un rôle renforcé de l'assistante auprès du patient : écoute de ses confidences, reformulation de vos propos (vérifier sa compréhension de votre diagnostic, appréhender les événements de sa vie qui ont justifié le report de soins...).
- Anticiper la survenue de ces incidents nous permet de travailler dans la plénitude de notre talent et de nouer une véritable alliance thérapeutique, clé de la fidélisation de nos patients.

3.2.2.3. Le premier RDV en lui même

La première consultation joue un rôle déterminant : sa réussite marque le début d'une relation durable et confiante. Une froideur médicale n'est pas de mise dans un cabinet dentaire, il faut au contraire tout faire pour que le patient se sente à l'aise avec l'équipe soignante :

- il doit être accueilli comme un hôte, dans un cadre lumineux et apaisant
- il est important de lui faire visiter la salle de stérilisation pour le sécuriser
- il ne faut pas hésiter à lui offrir un café et tenir à sa disposition une fontaine d'eau de source
- il doit se sentir en sécurité et pris en charge (« nous sommes là, rien de mal ne peut vous arriver »).

L'objectif est de créer un état de confiance pour mieux le connaître en :

- se posant au calme, sans interruption, pratiquer l'écoute active, voire la prise de notes au cours de l'entretien
- manifestant son intérêt pour la personne qui vous fait face

Si le praticien communique avec sincérité, fait preuve d'empathie et s'identifie à son interlocuteur, le patient se sentira autorisé à parler et donnera les codes d'accès de sa santé dentaire. Bien sûr, mieux vaut le regarder en face, s'asseoir en face de lui

et éviter la position d'infériorité liée au fauteuil. Il nous fera davantage confiance qu'à un praticien nerveux et glacial.

Pour dépasser les blocages, il est essentiel de se concentrer sur :

- une approche en douceur de l'intimité buccale
- une dédramatisation et une démystification des soins dentaires

3.2.2.4. Le rôle de la communication dans la bonne relation patient praticien

La communication joue bien sûr un rôle essentiel dans la coopération à long terme avec le patient. Établir une relation de confiance requiert un certain nombre d'aptitudes relationnelles. Il ne suffit pas de créer rapidement la relation de confiance, il faut également que celle-ci soit durable à long terme.

Afin d'optimiser la relation avec le patient, certaines techniques de communication peuvent être extrêmement utiles.

Il convient tout d'abord de se montrer disponible. La perception par le patient de la disponibilité du praticien et de son équipe est de nature à renforcer la confiance envers son praticien. Il ne faut toutefois pas confondre « service » et « servitude ».

De même, il s'agit entre autres, de responsabiliser les patients sans les culpabiliser, de ne pas confondre empathie et sympathie (être toujours d'accord), et de savoir écouter. Mais qu'est-ce que l'écoute ? La plupart des praticiens et assistantes considèrent avoir un degré d'écoute satisfaisant ; mais, écoutons-nous vraiment ? Absorbé par le rythme de la journée portons-nous suffisamment attention à nos patients ? Une écoute véritable, au cœur de la relation avec le patient, est toujours difficile. L'écoute est une qualité essentielle pour un professionnel de santé. Les patients ne s'y trompent pas.

La maîtrise des fondamentaux dans la communication verbale et non verbale sera une aide précieuse dans la coopération des patients.

Au niveau de la communication verbale, il s'agit de créer ou de renforcer la confiance par l'utilisation d'un langage adapté. Le langage technique peut être utilisé mais il doit être traduit. Il est essentiel de répondre de façon claire et pédagogique à toutes les questions du patient. Attention, utiliser un vocabulaire adapté ne signifie pas trahir la réalité scientifique.

Les mots clef de la communication verbale sont les suivants ²² :

- Poser des questions
- Ecouter les réponses
- Être en empathie par l'écoute,
- Reformuler ce que l'autre ne comprend pas, cela fait partie de l'empathie
- Donner l'information, de façon à ce qu'elle soit claire, on peut utiliser pour cela la reformulation
- Se mettre d'accord en traitant les objections
- Assurer le suivi

A propos de communication non verbale, de multiples critères existent : expression du visage, intonation de la voix, posture, gestuelle, contact visuel et apparence. Ce sont différents éléments qui vont tous intervenir dans les impressions et les émotions ressenties lors du dialogue et se superposer aux mots. Prendre conscience de l'importance de cette communication et l'intégrer comme un facteur important du dialogue médical va permettre de renforcer l'impact du discours et contribuer à mettre en place l'empathie.

Voici un tableau récapitulatif des signaux non verbaux

	Expression non verbale d'attention
Position du corps	S'asseoir plutôt que rester debout Garder le corps tourné vers le patient, le tronc légèrement penché vers lui
Expression faciale	Adopter une expression ouverte de visage Éviter de froncer les sourcils, ce qui indique la contrariété
Contrôle de la voix	Parler avec un débit qui donne le temps au patient de comprendre le message Ajuster le timbre de sa voix
Contact visuel	Prêter attention à la distance verticale et horizontale entre soi et le patient, afin de maintenir un contact visuel Garder le contact visuel en parlant avec le patient

Développer ces différentes aptitudes permet d'augmenter l'efficacité relationnelle tout en développant un comportement assertif. En effet, force est de constater que deux excès guettent les praticiens et les assistantes dans les rapports avec le patient : un excès de rigidité et un excès de souplesse. Il est donc nécessaire de savoir s'affirmer sans être agressif ni prétentieux. Dire non sans offenser, est un élément essentiel, souvent dans l'intérêt du patient.

3.2.2.5. Le rôle de l'organisation dans une bonne relation patient-praticien

L'évolution de la relation entre le chirurgien-dentiste et son patient doit entraîner une réflexion sur l'organisation du cabinet. En effet, quoi que l'on puisse dire, l'activité de chirurgie dentaire se situe bel et bien dans un contexte d'offre de services. Il est courant, aujourd'hui qu'un patient change de chirurgien-dentiste non pas en raison d'une insatisfaction sur le plan purement médical, mais parce qu'il estime avoir été mal reçu ou qu'on lui a manqué d'attention. Le praticien doit intégrer dans sa réflexion le souci de la satisfaction du patient ainsi que la prise en compte de ses besoins et de ses attentes. Il s'agit pour lui de mieux comprendre ses besoins, afin de répondre à la demande, de s'y adapter et d'en anticiper chaque évolution. Bien entendu, il n'est pas question de satisfaire des demandes inconsidérées.

Une bonne organisation générale est donc une nécessité afin d'asseoir sa crédibilité et d'obtenir la confiance. Voici les points ayant un impact plus ou moins direct sur l'image du cabinet et donc la relation avec le patient :

- Un agencement et une organisation architecturale cohérents et professionnels : un espace de travail moderne où il ne faut pas négliger l'impact de l'hygiène et de la salle de communication. L'esthétique générale du cabinet est de nature à rassurer le patient.
- Une mise en place de systèmes rationalisés et documentés : gestion des rendez-vous, politique d'encaissement, gestion des projets de traitement, communication interne et externe, pilotage du cabinet (gestion prévisionnelle) et cohésion d'équipe.
- Une équipe suffisante et formée aux techniques de coopération : la gestion et la formation de l'équipe se font dans le sens d'une meilleure

efficacité du fonctionnement du cabinet et de la prise en charge des patients. Des rôles bien définis avec un accueil-secrétariat bien organisé, une organisation clinique et paraclinique bien huilée donneront au patient un sentiment de sécurité.

- Une première consultation reposant sur une méthodologie raisonnée, une information pertinente et une écoute attentive apportera les réponses aux questions du patient. Cela nous permettra également dès le début d'évaluer le degré de motivation de ce dernier.
- Les modes d'action : réitérer les messages auprès du patient, le responsabiliser, renforcer son engagement, documenter son dossier. Un argumentaire bien rodé sur la coopération ainsi que le choix d'un moment prédéfini pour aborder ces aspects auront une influence certaine sur l'adhésion du patient au traitement.

3.2.2.6. La première consultation

Une fois les présentations faites et un climat de confiance établi avec le patient, il convient de commencer la consultation en elle même.

En premier lieu, la collecte des informations psycho-physiques du patient, va permettre de considérer le patient dans son intégrité et non seulement le fait de soigner une dent.

Cette anamnèse se décompose en un historique médical écrit et en un entretien préclinique.

L'historique médical écrit doit être rempli et signé par le patient dans la salle d'attente avant que le RDV ne commence, cela peut prendre jusqu'à dix minutes, si le patient a besoin d'aide il peut alors solliciter l'assistante. Outre sa nécessité juridique, cet historique que le praticien devra lire avant de rencontrer le patient va lui permettre de savoir quels seront les points à approfondir.

Vient ensuite l'entretien préclinique, étape critique dans le rapport de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et le praticien. C'est un moment crucial ou il faut entrer en connexion avec son patient et créer un véritable moment de vérité. Nous

demandons alors au patient ce qui l'amène au cabinet, nous l'écoutons dans l'objectif de le rassurer. A l'issue de cet entretien le patient doit avoir la conviction intime que le praticien possède les capacités professionnelles nécessaires à la résolution de ses problèmes.

D'un point de vue opérationnel, cet entretien préclinique se réalise en tête à tête avec le patient. La présence de l'assistante ne paraît souhaitable qu'à partir de l'examen clinique.

L'examen clinique permettra ensuite le recueil des données qui contribueront à établir le diagnostic, il se divise en un examen clinique direct et un examen clinique de complément. L'examen clinique direct se fait en quatre étapes : inspection, palpation, percussion et auscultation. Les données cliniques ainsi collectées sont dictées à l'assistante qui les transcrit dans le dossier médical. L'examen clinique de complément est constitué de prise d'empreintes, de radiographie et de photographies, certains de ces éléments étant optionnels dans les cas simples.

Suite à la collecte de ces informations, il faut revoir le patient, le remercier d'être venu, lui dire que nous allons procéder à l'examen des différentes radiographies, couler les empreintes et les étudier. Tout cela après réflexion.

Pour certains patients que nous qualifierons de « cas complexes », une deuxième séance d'analyse sera nécessaire. Cette séance devra nous permettre de lever les doutes en réexaminant la bouche du patient. C'est pourquoi tous les éléments complémentaires doivent être à portée de main. Pendant cette séance, nous comparerons les impressions mûries à l'issue de la première consultation avec celle que nous évaluerons sur le patient directement. L'explication du plan de traitement ne peut se dérouler sans préalablement effectuer une analyse occlusale et éventuellement une évaluation de la situation parodontale.

3.3. L'explication du plan de traitement

3.3.1. Présentation du plan de traitement

La liberté de décision du patient est un principe essentiel de la relation soignant-soigné. Après réflexion, le patient informé choisit librement d'entreprendre, de différer ou de refuser le traitement proposé par le praticien. C'est le consentement éclairé à l'acte médical.

Cette autonomie ne peut exister que si l'information sur les buts, les moyens, les avantages et les risques du traitement a été clairement dispensée.

Le plan de traitement, issu de l'analyse diagnostique et des choix thérapeutiques du praticien, doit être expliqué en détails par le praticien, afin que le patient en comprenne le déroulement, les étapes et les implications. Cette information sera précise, pédagogique, vérifiée par un questionnement, afin qu'aucune ambiguïté ne subsiste dans son esprit.

En effet les informations délivrées ne sont pas intégralement conservées. Certaines échappent totalement (surtout si elles ne se rapportent pas au vécu du patient) d'autres sont déformées. Seul le feedback, par des questions posées ultérieurement, nous permettra de mesurer l'impact de nos enseignements et ce qui en a été retenu. Si plusieurs solutions sont proposées et soumises à la décision du patient, elles doivent être accompagnées d'une description honnête des incidences positives et négatives de chacune. Le délai de réflexion est une garantie de l'autonomie du patient.

Enfin, pour tout traitement, il est recommandé de proposer en premier lieu le statu quo « Vous pouvez choisir de ne rien faire et laisser en l'état » afin de préserver totalement cette liberté de choix. Dans ce cas, il faut soigneusement décrire les inconvénients de l'absence de traitement, afin que le patient en porte l'entière responsabilité.

3.3.2. Les conditions pour que le patient adhère au plan de traitement

Le patient est installé au bureau. Les radiographies sont placées sur le négatoscope.

«Voici le résultat des observations et des examens pratiqués lors de la précédente séance. Pour vous permettre de connaître votre situation, nous allons vous expliquer la lecture des radiographies afin que vous compreniez ce qu'elles nous disent. Le noir représente le vide (ce qui n'arrête pas les rayons X), le blanc cette obturation en amalgame, ou cette couronne (qui s'opposent au passage des rayons).

Entre ces deux extrêmes, il y a plusieurs gammes de gris : les dents, l'émail, le canal dentaire, l'os. Ce dernier est bordé ici par une corticale dure, donc bien claire. »

Les radiographies longs cônes sont indispensables au diagnostic parodontal et à son explication. Nous avons toujours à portée de main une série de radiographie d'un sujet sain pour bien montrer les différences avec celles du patient, secteur par secteur.

Les panoramiques sont préférables, pour illustrer l'explication des problèmes prothétiques. Cette vue d'ensemble montre parfaitement les zones édentées, les couples mastiquant, les malpositions...

Pour exposer la solution choisie, utiliser si possible des cas semblables à celui du patient avec panoramique et photo avant-après à titre de comparaison.

La présentation de cas semblables, outre une meilleure compréhension démontre notre capacité à prodiguer ce type de traitement (expérience) et rassure le patient. Beaucoup de patients redoutent de servir de cobaye pour valider une technique.

Il est sécurisant de savoir que le terrain est défriché et de constater que les résultats prévisibles sont excellents.

De plus nous pouvons décrire quatre conditions qui semblent nécessaires pour l'adhésion du patient à un plan de traitement :

1. Croire en sa vocation de soignant, chargé de la reconstruction de sourires "abîmés par la vie".
2. Croire en ses compétences techniques entretenues par une formation régulière.
3. Prendre le temps d'écouter les messages "brouillés" par les blocages de ses patients.
4. Être capable de faire preuve d'empathie.

Le succès de la présentation et de l'argumentation d'un plan de traitement passe donc par la construction d'une relation sociale et certainement pas par l'application de recettes marketing ou "organisationnelles" venues de la grande consommation.

Il faut savoir, que le plus difficile dans notre situation n'est pas tant de trouver la meilleure solution, mais plutôt de la faire adopter par le patient. Toute solution de remplacement est un compromis avec ses parts de risques. Risques qui nous concernent pleinement, qu'on le veuille ou non. Il n'est pas possible de se décharger totalement sur le patient, même s'il nous a imposé son choix.

Il est primordial d'entreprendre l'éducation du patient, avant de le confronter au choix prothétique, afin que ce dernier ne soit pas dicté par le montant de la dépense, mais par la conviction que la solution qui lui est proposée est la meilleure pour lui.

Pour cela, le praticien s'équipe progressivement d'un matériel de démonstration :

- Photos tirées sur papier
- Moulages portant les solutions prothétiques proposées, qui sont tendus au patient afin qu'il les prenne en main pour les examiner de près.

Les psychologues conseillent en cas de choix difficile, de noter sur deux colonnes la liste des avantages et des inconvénients, afin de les visualiser pour les évaluer comparativement.

La meilleure solution est celle que nous aurions choisie pour nous, dans les mêmes circonstances cliniques.

Notre profession a pour objectif de traiter. Les soins que nous prévoyons de prodiguer font l'objet d'honoraires à annoncer par avance, même s'ils sont pris en charge par des organismes. Cette indication prévisionnelle des honoraires prend usuellement le nom de devis. C'est le praticien qui doit présenter les devis, qui eux ont été réalisés par l'assistante.

Le plan de traitement mérite d'être détaillé pour de multiples raisons :

- Un devis annoncé sans préparation paraît toujours « cher ».
- Pour éviter cet écueil, le patient est invité à prendre connaissance des étapes successives et à suivre l'élaboration de son plan de traitement.
- Son implication est plus profonde, s'il peut suivre pas à pas la progression de la réalisation.
- Il comprend les difficultés à résoudre et l'importance du travail à réaliser.
- Il mesure la part majoritaire des actes cliniques sur les phases de laboratoire.

- Il donne une indication précise de nos engagements et des propres responsabilités du patient.

3.4. La réalisation du plan de traitement : résultat de la collaboration entre assistante et praticien

Toute organisation professionnelle doit être basée sur un schéma de fonctionnement qui lui permettra de réaliser son objectif. Dans notre domaine, le plan de traitement apparaît comme le seul outil permettant d'atteindre les objectifs fixés par le projet d'entreprise du cabinet. Il est le point de départ de tout le raisonnement du parcours de soin du patient et ce à plusieurs niveaux. Le patient devient acteur de son traitement avec des explications claires sur les indications et la chronologie des soins, l'intérêt qu'il trouve à réaliser son traitement : il sait « où il va ». L'équipe sera informée de la durée du rendez-vous, du type d'acte réalisé pour chaque patient. Ainsi, de l'assistante à la secrétaire, chacune pourra anticiper sur la préparation des salles de soins, les explications de la séance du jour, la préparation de fiches/conseils post-opératoires...et à tout moment se référer à ce fil conducteur pour garder le cap. Une conception logique et rationalisée de ce plan de traitement diminuera de façon significative le volume de matériel à stériliser et pourra ainsi optimiser le temps de travail de l'assistante. Enfin cette pierre angulaire permettra aussi de gagner du temps en évitant des urgences internes suite aux bricolages effectués pour rendre service au patient, et assainira la trésorerie du cabinet en mettant en place des ententes financières qui diminueront les « chèques tiroirs » et équilibrera la production et l'encaissement.

Il faut ensuite planifier les rendez-vous. L'assistante ou la secrétaire en accord avec le patient pourront alors fixer les RDV. L'époque des rendez-vous au ¼ d'heure, les uns à la suite des autres, est devenue incompatible avec la gestion sereine d'un cabinet actuel. En effet les actes étant regroupés, donc les rendez-vous plus longs, il faudra jongler au sein d'une journée pour imbriquer toutes ses plages horaires pour que les différents plans de traitement du cabinet avancent et pour que les productions journalières soient équilibrées. Les facteurs matériel et humain jouent ici des rôles majeurs. En effet si le praticien possède 2 ou 3 fauteuils et plusieurs

assistantes, la gestion des rendez-vous sera moins tendue que sur un unique fauteuil avec une seule assistante. Des actes regroupés, bien planifiés donnent à l'équipe une sérénité au quotidien qui lui évitera un épuisement mental et physique.

Arrive le jour J où il faut réaliser le plan de traitement. Chaque étape du plan de traitement est une somme de séquences qui doivent être maîtrisées par l'équipe (exemple : dépose couronne + réalisation dent provisoire + retraitement endodontique + élongation coronaire). Chacune de ces séquences fait appel à un protocole connu et maîtrisé par l'équipe. Celui-ci est discuté, validé et surtout corrigé au fil des formations du praticien, des évolutions technologiques (exemple : le protocole de traitement endodontique a évolué depuis l'époque des tire-nerfs et celui de la rotation continue!). C'est le seul moyen d'avoir une reproductibilité de la qualité d'un acte. De plus, en maîtrisant une séquence dite idéale, le tandem praticien/assistante pourra faire face à des imprévus et dans ce cas s'adapter. Cet aspect répétitif qui déplaît à beaucoup par son caractère rigide est la seule manière de progresser. Par ailleurs, des protocoles écrits et iconographiés permettront le cas échéant, d'intégrer un nouveau membre dans l'équipe avec une base de dialogue écrite et stable et non plus sur une transmission de l'information verbale, approximative et surtout trop individualisée.

3.5. Aborder la question d'argent : qui en parle ?

Lorsque l'on présente un devis à son patient on sort de la relation soignant-soigné pour aboutir plutôt à une relation client-fournisseur. C'est pourquoi lorsque l'on négocie les conditions de règlement il est judicieux de choisir un environnement adapté à ces situations.

L'environnement du cabinet dentaire est en général tout entier conçu autour de l'acte thérapeutique, si bien que lorsqu'il s'agit de communiquer, le mobilier et les équipements ne s'y prêtent que moyennement. On essaie alors de s'adapter à ce qui devient des contraintes pour obtenir le confort et la discrétion nécessaire à une relation épanouie.

Pour obtenir toute l'attention du patient, il faut ne pas le troubler. Mal à l'aise, le patient aura tendance à mettre plus d'énergie à gérer son inconfort qu'à écouter son praticien ou exprimer sa position. Par respect du patient, il faut également veiller à son bien-être physique, simplement comme nous le faisons quand nous recevons des invités chez soi.

3.5.1. Une relation d'égal à égal

Si le praticien doit maîtriser, voire diriger la relation thérapeutique, il est toutefois souhaitable de construire une relation d'égal à égal quand on parle finances. On pourrait même craindre que le patient en profite pour rééquilibrer les abus de la relation praticien-patient à l'occasion de la relation d'argent (« Vous ne m'avez pas respecté pendant l'acte, je vais vous montrer qui je suis quand vous me demanderez de l'argent »).

La discrétion des conversations est un point fondamental dans ce domaine.

Le secret médical oblige à l'isolement pour les conversations et soins médicaux. Mais les conversations d'argent ne dérogent pas à la règle. Il est (parfois) délicat de parler argent devant l'assistante même. Si cette dernière est habilitée (par certains patients) à traiter les problèmes médicaux, elle ne l'est pas pour les ennuis financiers. Ces trois conditions (confort, égalité et discrétion) permettent d'analyser les points forts et les inconvénients de chaque situation de communication vécue au cabinet.

3.5.1.1. Dans la salle de soin

3.5.1.1.1. Couché sur le fauteuil

C'est la situation la plus fréquente, parce que c'est la plus facile pour le praticien. Parfois même sans relever le dossier, on argumente, explique, propose à quelqu'un qui est encore en situation de fragilité, dans une position que le praticien trouverait

humiliante si son expert-comptable lui commentait sa 2035 en l'obligeant à se coucher sur le canapé de son bureau et en s'approchant à 50 cm de son visage. Le patient consacrerait une énergie démesurée à gérer son inconfort physique (relever sa tête) et psychologique (position infantilisante) au détriment de son attention au discours du praticien. Cette situation de non-communication est absolument à proscrire.

3.5.1.1.2. Assis sur le fauteuil de travers

Une variante à la situation précédente est de relever le dossier. Le patient aura alors tendance, pour soulager ses lombaires, à chercher une position assise, jambes basses, et à se mettre ainsi de travers sur le fauteuil, souvent en soutenant son dos avec le bras sur le dossier. Inutile de décrire l'inconfort ressenti par le patient qui se trouve ainsi dans une situation qu'il ressent comme provisoire, avec l'attention qui va avec.

3.5.1.1.3. Un fauteuil en position assise

L'argument des praticiens qui laissent leur patient sur le fauteuil est le manque de place. Soit. Certains équipements permettent une position assise du patient, rétablissant ainsi la relation d'égal à égal avec le praticien. Certains modèles permettent même de pivoter de façon à placer le fauteuil face à un meuble, bureau ou plateau pour y poser des documents et les consulter aisément

3.5.1.1.4. Les meubles de la salle de soin

Ils sont souvent destinés entièrement aux soins et ne sont pas adaptés aux situations de communication. Ni le patient ni le praticien ne pourront mettre leurs jambes en dessous du meuble (comme à un bureau ou une table) ce qui les obligera à vriller leur colonne vertébrale pour s'approcher du meuble. Cette inévitable tension aura tendance à raccourcir la durée de l'entretien et à donner une ambiance

superficielle à la communication. Le patient aura l'impression qu'on lui dit quelque chose rapidement parce qu'on le reprendra à tête reposée plus tard. Un « plus tard » qui ne viendra jamais.

Il y a la solution de mettre un bureau dans la salle de soin. Mais ce n'est pas la meilleure solution pour l'asepsie. Un bureau de travail, ce sont des documents, une calculatrice, des affaires personnelles, un ordinateur, une tasse de café... la salle de soins n'est pas l'endroit idéal pour un vrai bureau de travail. Souvent l'assistante en profite pour nettoyer l'espace de soins pendant la conversation d'argent. Le patient doit donc subir de multiples petits bruits derrière lui et une présence qui ne porte pas attention à lui. Les plus inquiets pourront penser que l'assistante écoute la conversation d'argent et se moque des tentatives de négociation.

Il y a la solution d'avoir un meuble destiné à la communication dans la salle de soin. Un meuble simple, épuré, sous lequel patient et praticien peuvent passer leurs jambes, sans objets ni documents parasites... c'est évidemment idéal. Mais si ce meuble reste dans la salle de soins, l'assistante devra y travailler pendant la communication avec les inconvénients décrits dans cette partie. De même, si la négociation se déroule dans la salle de soins, elle ne pourra être déléguée à l'assistante pendant que le praticien reçoit un autre patient.

3.5.1.1.5. Les autres pièces du cabinet

3.5.1.1.5.1. L'accueil

Le plus souvent le mobilier de l'accueil est conçu pour un accueil rapide et debout. Il incite les visiteurs à écourter leur présence. Par exemple, dans une banque, les demandes rapides (retraits, chèquiers...) sont traitées au guichet alors que les engagements lourds (emprunts, négociations...) sont réalisés dans le bureau du directeur.

Les bornes d'accueil sont donc faites pour les communications courtes et sans enjeux (prise de rendez-vous, ordonnances, petits règlements...), pas pour les présentations de devis ni les négociations de conditions de règlement.

Certains postes d'accueil sont équipés d'un coin assis, et certains d'entre eux sont de vrais bureaux. Il faut cependant vérifier si le patient peut s'installer confortablement. En effet, s'il ne le peut pas, il aura tendance à se reculer (pour être à l'aise, et donc s'éloigner des documents présentés) ou à se contorsionner (pour s'en rapprocher, et donc provoquer des tensions physiques qu'il aura tendance à soulager en écourtant l'entretien). Enfin, les zones d'accueil sont en général fréquentées par les patients entrant-sortant, ce qui ne permet ni la discrétion, ni la concentration. Ces perturbations dans l'entretien montrent au patient que son devis et sa négociation ne sont pas si importants que ça pour le cabinet.

3.5.1.1.5.2. Un bureau hors de la salle de soin

Le bureau isolé a l'avantage de la discrétion, il évite au praticien ou à l'assistante d'être dérangé (attention, il convient de fermer la porte et de définir avec le personnel du cabinet que la porte fermée est signe d'un entretien qu'il ne faut pas interrompre). Mais un bureau reste un espace avec son lot de quotidien, de personnel et d'incontournable désordre qui n'aide pas à une communication réussie.

3.5.1.1.5.3. Un meuble dédié, dans une salle de communication

C'est la configuration idéale, si l'on a de la place. Sans décoration ou objets parasites, isolé de l'activité du cabinet, avec un confort d'assise et d'accès aux documents. Une salle dédiée à la communication permet d'avoir un accès direct et facile aux moyens de communication ainsi à portée de main : livres, photos, revues (stockez ici vos magazines Sourire), modèles de démonstration, moulages en plâtre, écrans d'ordinateur... Praticien ou assistante, celui qui utilise cette salle isolée libère la salle de soins pour son équipe.

3.6. Le cas particulier, des patients en urgence

3.6.1. Patient nouveau qui souffre

Le patient qui vient en urgence et qui n'est pas un patient habituel du cabinet, devra alors remplir comme nous l'avons vu précédemment, un historique médical écrit.

Dans ce cas particulier, les RDV pris pour les urgences sont généralement de courte durée, puisqu'ils sont ajoutés sur le planning.

La première étape consiste à prendre connaissance de la plainte principale du patient et à réunir toutes les informations susceptibles d'aider à comprendre la pathologie. C'est un processus clinique au cours duquel la douleur sera décrite et mesurée grâce à une écoute attentive et l'utilisation d'outils d'évaluation. L'évaluation de la douleur est primordiale. Cette démarche aide à poser le diagnostic. Une fois le diagnostic posé, le traitement de l'urgence consiste en un soulagement de la douleur, et non en la réalisation complète du traitement qui supprimerait le problème. Il faut apporter au patient un soulagement qui devra durer jusqu'à son prochain RDV lors duquel le traitement complet sera effectué.

Ainsi un patient soulagé qui n'est pas patient du cabinet sortira du cabinet en remerciant le praticien. Cela permet de faciliter les relations avec son nouveau praticien, si celui-ci décide de revenir chez nous, soit de parler positivement de nous autour de lui, car il aura été satisfait de la rapidité de la prise en charge.

3.6.2. Le patient qui vient en urgence, déjà patient du cabinet

Un patient appréciera d'être reçu en urgence s'il a un problème, par exemple si une couronne se descelle ou s'il a mal. Il appréciera le fait d'être rapidement pris en charge et se sentira en confiance, et cela n'aura que des effets bénéfiques sur la relation entre le praticien et son patient.

3.7. Gérer les crises

Très souvent, aller chez le dentiste, c'est déjà être dans une situation de crise. Douleur, problème fonctionnel, anxiété, emploi du temps bouleversé : le patient est tendu.

3.7.1. Comprendre et faire face à l'agressivité du patient

Comportement modifié par la douleur

Le caractère paroxystique de la douleur dentaire, qui résonne dans la tête, un problème esthétique portant atteinte à l'intégrité physique justifient déjà un état d'agressivité. Quelqu'un qui souffre, n'a pas dormi, a dû annuler ses rendez vous professionnels, est envahi par la peur des soins, est dans un état d'agitation extrême. Le terrain est miné, la tension est alors telle que l'explosion peut survenir à tout moment. Le patient est alors dans une confusion mentale qui réactive toutes ses peurs, tous les messages anxiogènes liés aux dents. Il est capable d'être injuste, confus, agressif. Face à cette situation l'équipe soignante doit avoir un comportement similaire a celui adopté au sein des cellules psychologiques de crise. Tant que l'on aura pas réussi à dissiper cette tension, tout, jusqu'au geste le plus anodin, sera interprété négativement par le patient. Il n'y a plus de partenariat possible. Il est impératif de restaurer la connexion thérapeutique.

Ce sont des situations difficiles, qui permettent de mesurer notre professionnalisme. La gestion de la situation de crise est révélatrice, et c'est la manière dont nous allons gérer la crise qui va faire la différence.

Ainsi face à la douleur, l'odontologiste, soucieux du confort de ses patients, doit envisager un triple objectif :

- comprendre la douleur
- évaluer la douleur et l'anxiété

- prévenir et traiter la douleur par l'utilisation rationnelle des thérapeutiques, en fonction des problèmes évalués et par la qualité de la relation thérapeutique dans la prise en charge du patient.

Comprendre la Douleur

L'étiologie de la douleur oro-faciale est habituellement trouvée, souvent évidente en fonction de la symptomatologie décrite, mais parfois il est plus difficile de la rapporter à la véritable cause : affections de la muqueuse buccale, lésions dentaires et leurs complications, certaines névralgies. C'est pourquoi l'interrogatoire et l'examen clinique doivent être minutieux, complets et faire appel souvent à des examens complémentaires.

Donc, la compréhension la douleur doit se baser sur notre diagnostic, sur le vécu du patient et doit nous faire oublier nos habitudes thérapeutiques anciennes.

Evaluer la Douleur

Le chirurgien-dentiste doit répondre à 3 questions :

- quel est le type de douleur ?
- quel est le mécanisme générateur de la douleur ?
- quelle est l'intensité de la douleur ?

Le type de douleur, aiguë ou chronique, la topographie de la douleur et les facteurs déclenchant, aggravant, ou atténuant la douleur permettent d'évaluer le phénomène douleur. Aujourd'hui toutes nos études de la douleur sont basées sur des outils appelés « échelles », qui sont des échelles d'autoévaluation, soit unidimensionnelle, qui est un évaluateur quantitatif et global, soit des échelles multidimensionnelles avec différents niveaux d'autoévaluation. Ces outils permettent d'éliminer la subjectivité et la complexité du patient souffrant, mais aussi celle de l'odontologiste avec sa capacité plus ou moins grande à écouter, à observer, à tolérer les plaintes du patient.

Avant l'acte : la peur et l'anxiété limitent l'accès aux soins dentaires. La prise en charge par des méthodes psycho-pédagogiques ou par des méthodes pharmacologiques permettent d'obtenir un confort opératoire suffisant.

Pendant l'acte : l'odontologiste possède de nombreuses possibilités pour traiter le patient douloureux. Les moyens thérapeutiques à sa disposition sont de plus en plus performants, à condition d'avoir parfaitement défini le « symptôme douleur » et son étiologie. L'odontologiste, après une analyse du symptôme « douleur » peut recourir à :

- **un geste thérapeutique** (pulpites, desmodontites, cellulites)

- **l'anesthésie** qui permet de maîtriser la douleur par l'emploi de techniques adaptées et de produits anesthésiants de plus en plus efficaces et mieux tolérés, en s'inscrivant dans un traitement global de la douleur. L'anesthésie générale ne s'adresse qu'à un nombre très limité de patients (pathologies lourdes, handicapés, patients phobiques).

Après l'acte : tout acte chirurgical, même banal, induit une réaction inflammatoire de défense, s'accompagnant de la libération et de la diffusion de substances médiateurs algogènes. Les douleurs postopératoires sont transitoires, d'intensité variable, en fonction de la sensibilité individuelle et de la nature de l'intervention, mais ne sont pas corrélées à la durée de l'acte chirurgical. Le praticien doit prévenir la douleur post-opératoire, afin de diminuer le risque d'automédication. Mais la prescription des antalgiques doit reposer sur une parfaite connaissance de la pharmacologie des médicaments, ainsi que du terrain (physiologique et pathologique). La stratégie préventive est conseillée pour éliminer des douleurs éventuelles attendues. Le praticien ne doit pas laisser la douleur s'installer et se développer, car elle devient plus difficile à contrôler.

Dans le cas de douleurs dentaires d'origine infectieuse, le geste thérapeutique doit être accompagné d'une antibiothérapie, parfois associée à des antalgiques. L'apport de certains co-antalgiques peut majorer l'action des substances algogènes.

Enfin, certains traitements complémentaires de la douleur constituent des alternatives et des compléments intéressants non médicamenteux ; parmi ces méthodes, il faut citer l'acupuncture, la stimulation électrique, les massages, le port

de gouttières dans les thérapeutiques occlusales, la thermothérapie, le laser ou les ultrasons.

3.7.2. Reconnaissance des erreurs et maintien de la crédibilité

Acceptation des erreurs

On ne perd pas de sa crédibilité en acceptant qu'il y a une difficulté. Au contraire, on fait preuve de transparence et d'honnêteté. La pire des solutions étant d'accuser le patient : « si votre dent s'est décollée, c'est que vous n'avez pas fait attention ». C'est le meilleur moyen d'entrer dans un contentieux. Par contre quand on est dans une approche non pas d'accusation mais ouverte, le patient se détend immédiatement. La partie positive de ce que l'on a fait pour lui se réactive alors. Ce qui ne peut se produire lorsque l'on se place dans une stratégie de défense. Se défendre, attaquer, c'est se placer sur le terrain de l'affrontement. Il ne faut jamais croire qu'une relation ancienne, en apparence solide, ancrée, puisse être indestructible. Elles sont aussi fragiles que les autres.

Par contre clairement dire que l'on a fait une erreur risque de se retourner contre nous. Car un patient mécontent peut se retourner contre son praticien et le mener devant la justice, et dans ce cas : un patient ne peut engager la responsabilité civile d'un praticien concernant un acte médical qu'en démontrant qu'il a commis une faute (loi du 4 mars 2002). Toutefois sa responsabilité peut être engagée, sans que le patient ait à prouver de faute, en cas de dommages causés par un "produit de santé", telle une prothèse dentaire (loi du 4 mars 2002) inadaptée ou dangereuse.

Il existe un article²³ qui décrit la procédure à suivre pour les patients lorsqu'ils sont confrontés à ce type de problème et que le dentiste, auteur du préjudice, ne reconnaît pas sa responsabilité :

- la constitution du dossier (obtention du dossier médical, étude des contrats d'assurance : souscription d'une assurance individuelle accident ou à défaut d'un contrat de protection juridique ou d'une couverture des frais d'expertises),
- la prise de contact avec un avocat spécialisé qui fera une proposition d'accord amiable à la compagnie d'assurance du dentiste et, en cas d'échec de la procédure amiable

- l'enclenchement d'une procédure de référé expertise auprès du juge.

Erreur possible

Lorsqu'un patient revient au cabinet à la suite d'une erreur de notre part (par exemple descellement d'une couronne rescellée en urgence entre deux patients la semaine passée ou surestimé la solidité d'un ancrage)

Il ne s'agit pas de se justifier, mais d'expliquer pour le cas de l'ancrage par exemple, que l'empreinte peut subir une déformation. Et immédiatement ensuite, il faut dire au patient que l'on va tout mettre en œuvre pour trouver solution à son problème. Il faut savoir écouter, reconnaître la difficulté : « je comprends à quel point cela doit vous être désagréable »

Il nous arrive de commettre des erreurs, le plus souvent ce sont des erreurs d'appréciation. Nous pouvons parfois ne pas être suffisamment concentrés, sous-évaluer une situation, c'est à dire nous tromper.

Lorsque nous gérons une crise, il faut également impliquer le patient dans la gestion de la crise, et non dans la cause, c'est à dire s'associer afin de traiter le problème, un vrai travail d'équipe. Une crise bien gérée et résolue, permet souvent de renforcer les liens patient-praticien.

CONCLUSION

La relation avec le patient a changé. Les patients sont aujourd'hui globalement mieux informés, ce dont se félicitent les praticiens dans la mesure où cette meilleure connaissance des soins permet de faciliter le dialogue avec le patient, et de lui proposer des interventions qu'il n'aurait peut-être pas acceptées auparavant.

Pour autant, il y a un revers à la médaille : les patients ont tendance à devenir davantage des consommateurs de soins. Ils sont plus exigeants vis-à-vis du praticien, des honoraires, plus attentifs à l'asepsie du cabinet, et hésitent moins qu'auparavant à se plaindre si le soin pratiqué ne correspond pas à leurs attentes. Les chirurgiens-dentistes sont, comme l'ensemble des professions médicales, de plus en plus confrontés à des actions en justice menées par les patients. Cette judiciarisation de la relation avec le patient est un véritable changement.

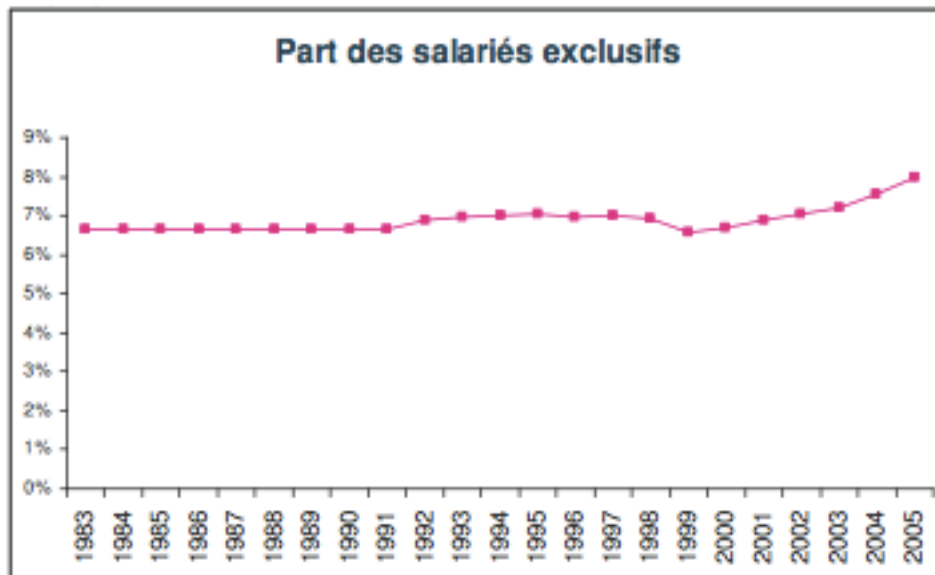
Pour faire face à ses charges professionnelles, le praticien doit apprendre à gérer son activité en trouvant le bon équilibre entre les actes pris en charge, de façon à assurer une santé de qualité à tous ses patients, et les actes hors nomenclature, qui ne sont pas accessibles à tous mais qui permettent de compenser le déficit de rentabilité induit par les soins de base.

Si ce système a fonctionné jusqu'ici, le risque est néanmoins très important pour le système de soins. Comment s'assurer que cet équilibre perdure, et qu'un praticien ne choisisse pas de se consacrer exclusivement à certains types d'actes, plus rémunérateurs ?

Malgré cela, le métier de chirurgien-dentiste reste un métier humain, avec ses aléas, ceci impliquant de possibles erreurs involontaires.

Les responsabilités qui pèsent sur les épaules du chirurgien-dentiste (rentabilité, gestion administrative, et comptable) sont énormes et on peut en arriver à la conclusion qu'aujourd'hui, le management prend de plus en plus d'importance dans la pratique quotidienne de son métier.

Une fonction qui veut être de moins en moins assumée, ainsi que le prouve l'augmentation du nombre de praticien collaborateur et de praticien salarié depuis 2000. Par ailleurs, on constate que le métier se féminise de plus en plus. C'est ce que révèle une étude réalisée par le ministère de la jeunesse et des sports en 2007.²⁴



Source : Eco-Santé IRDES, Calcul Plein Sens : effectifs ADELI de praticiens salariés exclusifs rapporté à l'effectif total ADELI

Il semble que désormais les praticiens veulent privilégier leur vie de famille et affronter le moins de difficultés dans leur vie professionnelle.

C'est par la mise en place d'équipe soudée et compétente que les tensions occasionnées par l'exercice professionnel sont réduites, ce qui est bénéfique au patient.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
1. Le praticien, chef d'entreprise	14
1.1. Définition d'une entreprise.....	14
1.1.1. Le cabinet dentaire : évolution des normes	14
1.1.2. Le cabinet dentaire, une entreprise de santé.....	15
1.1.3. La comparaison des objectifs professionnels et des objectifs d'une entreprise	15
1.1.4. Limites de la comparaison.....	16
1.2. Dentiste, manager de son équipe de soin	16
1.2.1. Définition d'un manager.....	16
1.2.2. Diriger / Manager son équipe de soin	17
1.2.3. Assumer des responsabilités.....	21
1.2.3.1. Responsabilités vis à vis de l'équipe.....	21
1.2.3.1.1. Collaborateur.....	22
1.2.3.1.1.1. Libéral.....	22
1.2.3.1.1.2. Salarié.....	22
1.2.3.1.2. Assistante.....	22
1.2.3.1.3. Prothésiste.....	23
1.2.3.2. Responsabilité vis à vis des patients.....	23
1.2.4. Organiser et gérer son cabinet	25
1.2.5. Traiter des problèmes humains	28
1.2.5.1. Les conflits cognitifs.....	28
1.2.5.2. Les conflits relationnels	29
1.2.6. Assurer la réalisation des objectifs : l'efficience	29
2. Les employés, membre de l'équipe	31
2.1. L'assistante et l'aide dentaire	31
2.1.1. L'assistante.....	31
2.1.1.1. La formation	33
2.1.1.1.1. Les études	33
2.1.1.1.2. Former l'assistante à la relation dentiste patient.....	34
2.1.1.2. Comment recruter son assistante	35
2.1.1.3. Gérer un problème avec son assistante	35
2.1.1.4. Alliance assistante praticien collaborateur	36
2.1.1.5. Alliance assistante patient.....	40
2.1.2. L'aide dentaire	41
2.1.2.1. La formation	41
2.1.2.2. Son rôle.....	41
2.2. Les nouvelles réformes concernant les assistantes dentaires	41
2.3. Les autres acteurs	43
2.3.1. La secrétaire	43
2.3.2. Le prothésiste.....	43
3. Mise en pratique des rôles de chacun	45
3.1. La première approche : l'assistante en ligne de mire.....	45
3.1.1. Au téléphone.....	46
3.1.2. « En direct »	48
3.2. L'accueil par le praticien.....	49
3.2.1. Découverte du praticien par le patient.....	49
3.2.2. Réussir la première consultation.....	49
3.2.2.1. En quoi la relation patient praticien est atypique.....	49
3.2.2.2. Comment créer une relation de confiance ?.....	50
3.2.2.3. Le premier RDV en lui même	53
3.2.2.4. Le rôle de la communication dans la bonne relation patient praticien	54
3.2.2.5. Le rôle de l'organisation dans une bonne relation patient-praticien.....	56

3.2.2.6. La première consultation.....	57
3.3. L'explication du plan de traitement	59
3.3.1. Présentation du plan de traitement.....	59
3.3.2. Les conditions pour que le patient adhère au plan de traitement.....	59
3.4. La réalisation du plan de traitement : résultat de la collaboration entre assistante et praticien	62
3.5. Aborder la question d'argent : qui en parle ?	63
3.5.1. Une relation d'égal à égal.....	64
3.5.1.1. Dans la salle de soin	64
3.5.1.1.1. Couché sur le fauteuil	64
3.5.1.1.2. Assis sur le fauteuil de travers	65
3.5.1.1.3. Un fauteuil en position assise.....	65
3.5.1.1.4. Les meubles de la salle de soin	65
3.5.1.1.5. Les autres pièces du cabinet.....	66
3.5.1.1.5.1. L'accueil	66
3.5.1.1.5.2. Un bureau hors de la salle de soin	67
3.5.1.1.5.3. Un meuble dédié, dans une salle de communication	67
3.6. Le cas particulier, des patients en urgence.....	68
3.6.1. Patient nouveau qui souffre.....	68
3.6.2. Le patient qui vient en urgence, déjà patient du cabinet.....	68
3.7. Gérer les crises.....	69
3.7.1. Comprendre et faire face à l'agressivité du patient.....	69
3.7.2. Reconnaissance des erreurs et maintien de la crédibilité.....	72
<u>CONCLUSION</u>.....	74
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	78

BIBLIOGRAPHIE

¹ BINHAS E

La gestion globale du cabinet dentaire : Tome 1, l'organisation technique.
Paris : Edition CdP, 2011. 221p

² CLAVREU L

« Dépenses de santé et budgets des ménages : évolution depuis 2001 » Le Monde
2009 novembre 25

³ BINHAS E

S'installer, déménager, réaménager son cabinet dentaire.
Paris : Editions CdP, 2007. 213p

⁴ Le Trésor de la langue française informatisé [en ligne]. Disponible sur :

<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?12;s=3810281910;r=1;nat=;sol=1;>
(Page Consultée le 25/07/2012)

⁵ COCHET R

Les 7 principes de Management du cabinet dentaire [en ligne]. Disponible sur :

http://www.rhdentaire.com/pub/Le_Fil_Dentaire_Les_7_principes_de_Management_d_un_cabinet_dentaire_Rodolphe_Cochet.pdf

(Page Consultée le 25/03/2012)

⁶ LOUAHLIA S

La responsabilité médicale [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/la-responsabilite-medicale.html>

(Page Consultés le 10/10/2012)

⁷ *Civ. 1ère, 9 octobre 1984, Bull. n° 251*

⁸ Ordre régional des chirurgiens dentistes de lorraine [en ligne]

Disponible sur : http://www.orcdl.org/site/element_240.php#groupe

⁹ *Civ. 1ère, 13 mars 2001, Bull. n° 72*

¹⁰ Cour d'Appel de Montpellier, 30 mai 1991 : Juris-Data n° 1991-034427. – Même sens, Cour d'Appel de Paris, 29 avr. 1997, préc.

¹¹ Cour d'Appel de Pau, 18 déc. 1996 : Juris-Data n° 1996-048795, en l'espèce la réparation s'est avérée inefficace

¹² Cour d'Appel de Metz, 27 févr. 2001, préc.

¹³ Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnifpd.fr/CNIFPD_v2/pdf/directive9342.pdf (Page Consultée le 12/09/2012)

¹⁴ La responsabilité du chirurgien dentiste [en ligne]. Disponible sur : <http://www.dentalgest.com/index.php/le-chirurgien-dentiste-en-exercice/la-responsabilite-du-chirurgien-dentiste.html> (Page Consultée le 10/09/2012)

¹⁵ Code de déontologie dentaire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html> (Page Consultée le 19/09/2012)

¹⁶ ROZENCWEIG D

Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international, 1997. 294p

¹⁷ CORMIER S

Dénouer les conflits relationnels en milieu de travail.

Sainte-Foy (Québec) : Presse universitaire du Québec, 2004. 188p

¹⁸ FRANZOSI R

From Words to Numbers: Narrative, Data, and Social Science, Cambridge : Cambridge University Press, 2004. 476p.

¹⁹ L'UFSBD

Êtes vous au bord du Burn Out [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.dentistepro.fr/node/35>

(Page Consultée le 15/09/2012)

²⁰ Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.senat.fr/rap/l10-667/l10-6678.html>

(Page Consultée le 27/08/2012)

²¹ COCHET R

Nouveaux code de la relation dentiste patient [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.rh-dentaire.com/pub/Nouveaux-codes-relation-dentiste-patient-alain-amzalag-rodolphe-cochet.pdf>

(Page Consultée le 10/10/2012)

²³ Le particulier n°978

Juin 2004, article résumé

²⁴ RIGAL E, MICHEAU J

Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions

Une étude qualitative. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), 2007 [en ligne]. Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien-dentiste_caractéristiques_actuelles_et_evolution.pdf

(Page consultée le 25 Octobre 2012)