



**HAL**  
open science

## Comment et pourquoi réaliser les soins en un minimum de séances de traitement ?

Rémi Bourdaud'Hui

► **To cite this version:**

Rémi Bourdaud'Hui. Comment et pourquoi réaliser les soins en un minimum de séances de traitement ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01734138

**HAL Id: hal-01734138**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734138>**

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](mailto: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.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 D'ODONTOLOGIE**

Année 2015

N°8062

**THESE**

Pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Rémi BOURDAUD'HUI

Né le 16 Mai 1987 à Annecy (Haute-Savoie)

---

**COMMENT ET POURQUOI RÉALISER LES SOINS EN  
UN MINIMUM DE SÉANCES DE TRAITEMENT ?**

---

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 novembre 2015

Examineurs de la thèse

M. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>M. C. AMORY</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>	<u>Directeur de thèse</u>
M. J. SCHOUVER	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme. A. MARC	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invitée

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

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

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

<b>Sous-section 56-01</b> Odontologie pédiatrique	Mme Mme M. Mlle Mlle M.	<u><a href="#">DROZ Dominique (Desprez)</a></u> JAGER Stéphanie PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali LAUVRAY Alice MERCIER Thomas	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante * Assistante Assistant *
<b>Sous-section 56-02</b> Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle Mlle	<u><a href="#">FILLEUL Marie Pierryle</a></u> EGLOFF Benoît BLAISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Assistante Assistante
<b>Sous-section 56-03</b> Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<u><a href="#">CLEMENT Céline</a></u> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences * Assistant * Assistante
<b>Sous-section 57-01</b> Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<u><a href="#">AMBROSINI Pascal</a></u> BISSON Catherine JOSEPH David PENAUD Jacques BÔLONI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante Assistante *
<b>Sous-section 57-02</b> Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique  Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle Mlle M. Mlle M.	<u><a href="#">GUILLET-THIBAUT Julie</a></u> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère BALZARINI Charlotte DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlene MASCHINO François	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante Assistant Assistante * Assistant
<b>Sous-section 57-03</b> Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M.	<u><a href="#">YASUKAWA Kazutovo</a></u> MARTRETTE Jean-Marc	Maître de Conférences * Professeur des Universités *
<b>Sous-section 58-01</b> Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<u><a href="#">MORTIER Éric</a></u> AMORY Christophe BALTHAZARD Rémy ENGELS-DEUTSCH Marc BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant *
<b>Sous-section 58-02</b> Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. Mme Mme M. M. M. Mlle	<u><a href="#">DE MARCH Pascal</a></u> SCHOUVER Jacques VAILLANT Anne-Sophie CORNE Pascale HIRTZ Pierre LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles SIMON Doriane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante * Assistant * Assistant Assistant Assistante
<b>Sous-section 58-03</b> Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme Mme M. M.	<u><a href="#">STRAZIELLE Catherine</a></u> MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Associé

*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 considérées comme propres à  
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner  
aucune approbation ni improbation.*

# REMERCIEMENTS

**À notre président,**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc MARTRETTE**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy

Chef de service du CSERD de Nancy

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Habilité à diriger des Recherches

Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie,  
Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.*

**À notre directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Christophe AMORY**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Odontologie Conservatrice – Endodontie

*Nous vous remercions de nous avoir fait  
l'honneur de bien vouloir diriger cette thèse.*

*Nous vous remercions de votre pédagogie et de  
vos précieux conseils tout au long de nos années  
d'études.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre  
reconnaissance et de notre profonde estime.*

**À notre juge,**

**Monsieur le Docteur Jacques SCHOUVER**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Prothèse

*Nous vous remercions sincèrement de nous avoir  
fait l'honneur de bien vouloir juger cette thèse.*

*Vos conseils nous ont été précieux durant nos  
études.*

*Nous vous prions de trouver dans ce travail  
toute l'expression de notre gratitude et de notre  
profonde estime.*

**À notre juge,**

**Madame le Docteur Amélie MARC**

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions chaleureusement de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir juger cette thèse.*

*Que ce travail soit l'occasion pour nous de vous témoigner notre gratitude.*

**A ma femme**, Gonca, j'adore tes petites manières, ta joie de vivre, tes valeurs. J'ai hâte de découvrir ce que je ne connais pas encore de toi. Je t'aime.

**A ma mère**, tu nous as donné plus qu'il ne fallait. Merci pour les conditions de travail que tu m'as offertes. Ton courage et tes qualités humaines sont des exemples pour moi.

**A mon père**, Papalo, quelle histoire... J'aimerais tellement ne pas avoir à y croire. On a l'immense chance d'être tes enfants. Bien sûr, j'aurais aimé passer plus de temps à tes côtés mais le peu de temps que la vie nous a accordé aura été un immense bonheur.

**A mon frère**, Jim, j'aurais aimé partager plus de choses avec toi ces dernières années en étant moins loin de la maison et moins occupé. Je sais que tu as beaucoup de ressources pour être devenu la personne que tu es aujourd'hui. Consacres-en une bonne partie à tes études, tu ne le regretteras pas.

**A ma sœur**, Manon, nous sommes trop heureux de compter parmi nous le petit Matéo dans la famille.

**A Biba**, tu as toujours pris soin de tes neveux. Grâce à toi, nous avons beaucoup de bons souvenirs, les virées dans ta jolie golf jaune décapotable, les spectacles dans la piscine, Renouvau, la Baule, les musées! Merci de l'intérêt que tu nous portes.

**A mes cousins**, Eric, Caroline, Jules, Lise et Charlotte, Claire Philou, Pablo, Aliocha, Jun, Aracelie, Eric, Pablo, Eva et Célia. Notre mariage aura été l'occasion de se revoir et de constater que les années n'effacent pas nos souvenirs.

**A mon grand père**, Papou Roland, grâce à ta cuisine, nous avons goûté tellement de choses. Tous ceux qui ont croisé ton chemin ne me parlent que de toi.

**A ma belle famille**, Sevdiye, Leyla, Mara et Aslan, les moments passés ensemble sont toujours très chaleureux, vous nous gâtez trop !

**A Anthony**, ma ganache, l'entrée à la fac dentaire, c'est en partie grâce à toi. C'était tellement génial ces deux premières années d'études à Besançon, j'en aurais bien fait d'autres avec toi !

**A Anthony et Morgane**, merci de nous avoir fait l'honneur avec Gonca d'être vos témoins. Nous sommes aujourd'hui témoins d'une belle petite famille. Jajoux, c'était génial les années lycées avec toi (Shakira sommeil en toi !). Le temps passe mais les bouteilles de nos caves vieillissent ! On the road MF !!

**A Arnaud** tout le monde dit que tu es une personne exceptionnelle. L'ami que l'on espère tous avoir. Pauline a beaucoup de chance mais elle le mérite !

**A Fabien**, tu es je crois, mon ami de plus longue date. J'ai eu une adolescence remplie de souvenirs grâce à toi. Vous formez avec Angélique et Louise, une magnifique petite famille.

**A Matthieu**, l'internat sans toi aurait été monotone ! Je me demande où tu es allé chercher toutes ces idées. La chambre 24, toujours la chambre 24 ! Coupures de courant, réveils dans les faux plafonds, lits en cathédrale, cubes alimentaires dans les aérations, télé et playstation dans le placard. Il valait mieux être dans ta chambre !

**A Dejan**, on s'est connu à l'internat du lycée, aujourd'hui tu es toujours interne, félicitations ! Mais surtout félicitations à Caroline et à toi pour le petit Mathias.

**A Claire**, tu n'aimes pas les rabat-joies ! S'il y a une personne toujours motivée c'est bien toi ! Ton amitié avec Gonca me fait chaud au cœur !

**A Mourad**, tu auras toujours ta place sur le canapé ! Des amis comme toi, il en suffit de peu.

**A Julie**, tu es une fille adorable, droite mais drôle ! Merci pour les tops musique !

**A Thomas**, la trac, on est tous d'accord pour dire que tu as une taille de guêpe !

**A Aurélia**, nous avons passé beaucoup de temps ensemble au début de la fac puis la clinique nous a éloignés. Une des rares élèves à reprendre ses cours tous les soirs.

**A Thibault**, les étudiants de la bibliothèque doivent être contents que nous ayons fini d'y aller...

**A mes amis** : Angélique, Aline, Elodie, Pascaline, Marion. C, Ludivine, Sandrine, Florian, Nadège, Bruno, Pierre, Fady, Marion.V, Benoit, Marine, Jean Louis, Bahya.

**Aux proches de la fac** : Marina, Elise, Alizée, Clémentine, Anaïs, Johanne, Steve, Edouard, Maxime, C, Maxime.M, Alexis, Charline, Pauline, Julie, Thibault, Nicolas, Myriam, Paul, Aurélien, Clément, Romain, Marianne, Florent, Lisa.

**A l'ensemble de mes camarades de promo.**

**Au docteur Jean Planchon**, grâce à vous j'ai découvert l'exercice libéral de notre profession. J'ai eu beaucoup de chance de débiter avec une personne comme vous. Ce fut un plaisir de travailler dans votre cabinet. Tous vos conseils resteront précieux.

**A Sonia**, pour vos qualités humaines et professionnelles.

**COMMENT ET POURQUOI RÉALISER LES SOINS EN UN  
MINIMUM DE SÉANCES DE TRAITEMENT ?**

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre I : Mise en place du groupement des actes.....</b>	<b>8</b>
<b>A. ÉTABLIR LE PLAN DE TRAITEMENT. ....</b>	<b>9</b>
1. Mettre en place la première consultation. ....	9
1.1. <i>Professionaliser l'accueil téléphonique au cabinet dentaire.</i> .....	9
1.2. <i>Déterminer la durée de la première consultation</i> .....	13
2. La première consultation : étape capitale dans la relation soignant-soigné, la collecte d'informations et l'éducation thérapeutique .....	22
2.1. <i>La rencontre avec l'équipe soignante</i> .....	22
2.2. <i>L'entretien clinique</i> .....	23
3. Le deuxième rendez-vous : planification et décision thérapeutique.....	33
3.1. <i>Le rôle de la consultation dans l'organisation</i> .....	33
3.2. <i>Le diagnostic</i> .....	34
3.3. <i>Le plan de traitement</i> .....	36
3.4. <i>Le groupement des actes</i> .....	45
<b>B. INTEGRER LES LONGUES SEANCES DE TRAITEMENT DANS L'AGENDA.....</b>	<b>55</b>
1. Pourquoi n'y a-t-il pas de place pour les rendez-vous longs dans l'agenda ? Quelles solutions apporter ? .....	55
1.1. <i>La gestion de l'agenda</i> .....	55
1.2. <i>Le manque d'efficacité au fauteuil</i> .....	63
1.3. <i>L'importance de la démographie</i> .....	63
1.4. <i>Limiter le nombre de patients ou développer le cabinet ?</i> .....	64
2. Conduite à tenir pour retrouver la maîtrise de son agenda : .....	65
<b>Chapitre II : Rationnaliser le travail au fauteuil.....</b>	<b>66</b>
<b>A. LES PROTOCOLES.....</b>	<b>67</b>

1.	Normaliser les actes : .....	68
1.1.	<i>Elaborer le document qui consignera toutes les étapes des opérations...</i>	68
1.2.	<i>Analyser la pertinence de sa pratique, la mettre à l'épreuve des résultats</i>	
2.	Les différents protocoles: .....	71
2.1.	<i>Les protocoles communs à tous les actes</i> .....	71
2.2.	<i>Les protocoles pré, per et post-opératoires</i> .....	72
<b>B.</b>	<b>DES PROTOCOLES A LA LOGISTIQUE : BACS ET CASSETTES. ....</b>	<b>73</b>
1.	Organisation des plateaux de travail : les bacs et cassettes. ....	73
	<i>Bacs et cassettes : de quoi s'agit-il ?</i> .....	74
2.	Le bac ( <i>tub</i> ) : .....	75
2.1.	<i>Déterminer le nombre de bacs nécessaires</i> .....	75
2.2.	<i>Méthodologie des bacs</i> .....	76
2.3.	<i>Réassortiment des bacs</i> .....	77
2.4.	<i>Codes couleurs</i> .....	78
3.	La cassette ( <i>tray</i> ) : .....	78
3.1.	<i>Créer une cassette</i> .....	78
3.2.	<i>Codifier les instruments</i> .....	79
3.3.	<i>Limiter le nombre d'instruments</i> .....	79
4.	Les fraises et séquenceurs : .....	80
<b>C.</b>	<b>DE LA LOGISTIQUE A LA PRATIQUE CLINIQUE. ....</b>	<b>80</b>
1.	Les protocoles d'utilisation : .....	80
1.1.	<i>La position des intervenants</i> .....	83
1.2.	<i>Le plan de travail central : cassette et séquenceurs spécifiques</i> .....	83
1.3.	<i>Le plan de travail proximal : le bac</i> .....	83
1.4.	<i>Le matériel périphérique</i> .....	84
2.	Le travail à quatre mains : .....	85
2.1.	<i>Travail à quatre mains ou travail à deux ?</i> .....	85
2.2.	<i>La jonction avec les bacs et cassettes</i> .....	85

2.3. <i>Marche à suivre pour initier le travail à quatre mains</i> .....	92
2.4. <i>Intérêts et inconvénients du travail à quatre main</i> .....	93

**Chapitre III : Que peut-on attendre du groupement des actes et de l'organisation du travail au fauteuil ?..... 96**

**A. SUR LE PLAN HUMAIN : ..... 97**

1. Conséquences pour le patient : .....	97
1.1. <i>Favoriser l'échange avec l'équipe soignante</i> .....	97
1.2. <i>Obtenir un résultat final en moins de séances</i> .....	98
1.3. <i>Disponibilité et ponctualité du praticien</i> .....	100
2. Intérêts pour le praticien : .....	101
2.1. <i>Facteurs de stress évitables</i> .....	101
2.2. <i>Diminution de la fatigue</i> .....	103
2.3. <i>Vie extra professionnelle</i> .....	106
3. Intérêts pour l'assistante : .....	106
3.1. <i>Conditions d'implication de l'assistante</i> .....	106
3.2. <i>Prendre en compte son temps de travail</i> .....	107
3.3. <i>Diversifier ses tâches</i> .....	108
3.4. <i>Simplifier son travail</i> .....	110
3.5. <i>Améliorer sa sécurité</i> .....	111

**B. INTERETS ECONOMIQUES : ..... 112**

1. Problématiques économiques d'un cabinet dentaire :.....	112
1.1. <i>Les obligations financières</i> .....	112
1.2. <i>Le temps de travail quotidien</i> .....	113
2. Solutions économiques. ....	115
2.1. <i>Conséquences du groupement des actes</i> .....	115
2.2. <i>Retentissement de la rationalisation du travail sur l'économie</i> .....	120
3. Nombre de séances et chiffre d'affaire : .....	120
4. Est-il primordial de chercher à diminuer les dépenses courantes? .....	122

5. Toutes les opportunités d'augmenter son chiffre d'affaire sont-elles bonnes ?.....	
5.1. <i>Faut-il travailler sur deux fauteuils ?</i> .....	123
5.2. <i>Quelle place pour le « coaching dentaire » ?</i> .....	123
<b>C. INTERETS CLINIQUES .....</b>	<b>124</b>
1. Asepsie et hygiène avant et après les soins.....	124
1.1. <i>Respect des protocoles pré opératoires : l'installation</i> .....	125
1.2. <i>Respect des protocoles postopératoires : la désinstallation</i> .....	126
2. Maîtrise de l'asepsie durant les soins : .....	131
2.1. <i>L'aire de travail : ergonomie et asepsie</i> .....	131
2.2. <i>Les protocoles opératoires</i> .....	131
2.3. <i>Les bacs et cassettes</i> .....	132
2.4. <i>Apport du travail à quatre mains</i> .....	132
3. Architecture et hygiène:.....	132
4. Les perspectives : innovations, technologie et asepsie : .....	133
<b>D. LIMITES AU GROUPEMENT DES ACTES.....</b>	<b>134</b>
1. L'incapacité à coopérer :.....	134
2. Les rdv manqués : .....	135
2.1. <i>Les raisons des retards et des manquements de rendez-vous</i> .....	135
2.2. <i>Comment éviter ces incidents ?</i> .....	135
3. Les imprévus et impondérables : .....	137
<b>Conclusion :.....</b>	<b>138</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>139</b>
<b>Table des figures .....</b>	<b>144</b>
<b>Table des tableaux .....</b>	<b>147</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>148</b>

# INTRODUCTION

Au cabinet dentaire, chaque acte induit nécessairement des temps de préparation de la salle de soins, d'accueil du patient et de reprise de contact en début de séance. Le départ du patient entraîne le rangement du matériel, l'établissement de la feuille de soins, des démarches administratives, la détermination du rendez-vous (rdv) suivant. Ces étapes ont pour conséquences directes qu'au-delà de vingt patients reçus par jour, les temps morts deviennent plus importants que le temps de travail au fauteuil (55). Or le praticien n'est rémunéré que lors des phases de travail en bouche.

Quelle que soit la durée du rendez-vous, les seules étapes « d'installation-désinstallation » prendront toujours au moins 10 minutes dans le respect des normes d'hygiène, sans compter les temps dédiés au service du patient dans son approche purement relationnelle (41).

Suite à ces observations, il nous paraît primordial d'allonger la durée des rendez-vous. La conséquence sera une diminution des temps morts journaliers et ainsi une augmentation du pourcentage de temps de travail. C'est le principe même du groupement des actes. Mais, augmenter la durée des rendez-vous n'a d'intérêt que si ceux-ci donnent lieu à des phases actives de traitement.

Dans notre première partie, nous nous intéresserons à la nécessité d'établir un plan de traitement global et détaillé. La connaissance du patient permettant de lui apporter les solutions thérapeutiques les plus conformes à ses attentes.

Une fois le plan de traitement établi, il sera alors possible de regrouper les actes. Cela consistera à séquencer les actes en tenant compte des possibilités techniques mais également en connaissant le contenu de chaque séance et donc sa durée afin d'optimiser le temps de travail.

Travailler en groupement d'acte, nécessitera de la part de l'équipe de savoir gérer le carnet de rdv afin de maintenir des plages horaires suffisantes pour intégrer ces longues séances de traitement.

Une fois l'organisation du temps de travail mise en place, par le groupement des actes et l'organisation de l'agenda, le praticien et l'assistante pourront alors élaborer des protocoles cliniques et opératoires qui feront gagner en efficacité et amélioreront les conditions d'hygiène. L'élaboration des protocoles cliniques permettra de définir le rôle de chacun ainsi que les instruments et produits nécessaires pour chaque acte.

Le travail à quatre mains sera l'aboutissement de l'organisation car il n'est possible que lorsque les étapes vues auparavant sont mises en place et fonctionnent au sein du cabinet.

Après avoir défini ce qu'est le groupement des actes et comment être efficace au fauteuil, nous pourrons comprendre ce que cela va apporter dans l'exercice quotidien au niveau humain, clinique mais aussi économique.

Enfin cette façon de travailler présente également des limites que nous ne manquerons pas d'aborder.

## **AVANT-PROPOS :**

L'intérêt du groupement des actes est dépendant du type d'exercice : s'il nous paraît incontournable pour l'omnipraticien libéral, il est difficilement concevable de réaliser de longues séances pour un pédodontiste ou un implantologiste. Pour faciliter la compréhension des différents points, nous envisagerons cette méthode de travail dans le cadre d'un cabinet d'omnipraticien privilégiant une prise en charge globale du patient.

**CHAPITRE I :**  
**MISE EN PLACE DU GROUPEMENT DES ACTES**

A l'issue d'une première consultation bien construite et d'un réel échange avec le patient, le praticien pourra établir un diagnostic puis un plan de traitement. Ce n'est qu'une fois le plan de traitement établi et accepté par le patient que les actes à réaliser seront alors déterminés et qu'ils pourront être regroupés. La gestion de l'agenda devra permettre la prise de rendez-vous longs.

## **A. ÉTABLIR LE PLAN DE TRAITEMENT.**

### **1. Mettre en place la première consultation.**

#### **1.1. Professionnaliser l'accueil téléphonique au cabinet dentaire.** (31, 36,37,54)

L'accueil téléphonique est l'acte le plus quotidien et répétitif pour l'assistante qui en a la charge. La gestion des appels téléphoniques et des rdv est une mission stratégique : elle doit répondre à des procédures clairement définies au sein du cabinet.

Les règles de communication lorsqu'elles sont connues et bien maîtrisées, rendent le premier contact et l'échange d'information avec le patient fluides, efficaces et chaleureux.

Aux règles de communication doivent s'ajouter des qualités personnelles : amabilité, patience, spontanéité, sens de l'initiative et de l'organisation (9).

##### **1.1.1. L'accueil téléphonique :**

Ce geste répétitif qui semble anodin contribue à valoriser le cabinet par une image professionnelle auprès de ses interlocuteurs.

La prise de rendez-vous par téléphone est bien souvent le premier contact avec le cabinet. Une étude menée par L'UJCD en mai 1992 rapporte que 80.65% des nouveaux patients prennent contact avec le cabinet par téléphone (46). Cet instrument courant de communication peut être le meilleur de nos amis comme le pire de nos ennemis selon l'usage et l'utilisation que l'on en fait. Somme toute, notre image de marque est d'abord véhiculée par le téléphone (25).

### ➤ **Transmettre une impression positive** (49, 36)

La qualité de l'échange lors du premier appel du futur patient est emblématique du cabinet. La personne chargée de la réception et du standard téléphonique, porte-parole du dentiste, joue un rôle essentiel.

Le ton de la voix doit rester agréable et prévenant d'un bout à l'autre de la conversation. Une voix basse et hésitante pourrait faire croire à une certaine insécurité, voire un manque de compétence alors que la personne qui passe l'appel est souvent stressée, anxieuse et de fait hypersensible aux messages qui lui sont envoyés.

Certains patients paralysés par leur appréhension peuvent reporter de mois en mois la prise de rdv au cabinet. La personne chargée de l'accueil téléphonique doit en être parfaitement consciente et doit par conséquent être rassurante, disponible, à l'écoute et ne pas laisser transparaître son impatience.

Au téléphone, chaque mot a une résonance renforcée (6). Certains mots mal employés déclenchent immédiatement de l'agressivité, parfois inconsciente. Il est alors intéressant que la personne chargée de la réception des appels ait une fonction d'assistante pour comprendre le patient et son état d'esprit. À l'issue de l'entretien téléphonique, le patient doit être rassuré, sentir que sa demande a été prise en compte et qu'il recevra une prise en charge personnalisée. Ce contact initial offre l'opportunité exceptionnelle de délivrer une première impression favorable (43).

### ➤ **Rôle de la première impression**

Lorsque l'on communique par téléphone, on ne voit pas et par conséquent on imagine à travers ce que l'on entend. Suite à ce premier contact, le patient va se faire une première image virtuelle de notre structure. La première impression sera capitale pour le conditionnement des futures relations et du futur traitement (18).

Un contact téléphonique réussi est un premier pas vers une consultation de qualité (2). Un mauvais premier contact, même indirect via l'assistante est lourd de conséquences non seulement sur l'image du cabinet mais plus encore sur sa politique de santé.

## **1.1.2. Identifier la demande du patient :**

### **1.1.2.1. La fiche de communication**

Cette procédure définie au sein du cabinet permettra de garantir au mieux l'utilisation du temps de travail (25). L'assistante doit disposer d'instructions claires, précises et écrites. Une activité téléphonique performante repose sur des procédures clairement établies par le praticien et connues de tous dans le cabinet (54).

Lors de tout appel, la secrétaire est munie de cette fiche qui la guidera dans son dialogue avec le patient et qui l'aidera à établir un compte rendu rapide des problèmes et des attentes du patient.

On notera dans un premier temps les renseignements administratifs usuels, dans un second temps la nature de la demande.

Il est essentiel, dès l'accueil téléphonique, de bien situer le patient. Il faut cerner lors de ce contact les motifs de l'appel pour pouvoir lui attribuer un premier rdv en adéquation avec sa demande.

Les principaux motifs de consultation dans un cabinet d'omnipraticque sont:

- L'urgence
- Le patient désirant un contrôle
- Une demande explicite de réhabilitation.
- Le patient venant pour une consultation spécifique proposée par le cabinet (parodontologie, occlusodontie, implantologie...)

La secrétaire aura à cœur de mener un entretien efficace et pertinent pour situer le patient. En posant les bonnes questions, elle identifiera le motif de l'appel et le caractère urgent ou non. Le motif de consultation conditionnera le temps de consultation et le délai dans lequel attribuer le rendez-vous. Il faut bien différencier l'urgence et le premier rendez-vous. Ces derniers seront à leurs tours classés en consultations courtes ou longues. C'est la complexité du cas attendu qui définit la durée du premier rendez-vous. Concernant ce point nous verrons que différentes approches sont possibles.

Ainsi, l'accueil téléphonique est un véritable « poste de triage ». La gestion de l'agenda et donc de l'activité clinique débute ici. On comprend alors qu'il n'est pas possible d'externaliser les appels téléphoniques.

#### **1.1.2.2. L'envoi de courrier suite à l'appel téléphonique**

Daniel Rozencweig nous conseille l'envoi du questionnaire médical avant la venue du patient (Annexe 1).

Il est préférable que le patient réponde au questionnaire médical à son domicile, il pourra se reporter aux documents nécessaires en sa possession. Une autre raison est que le temps de cabinet est trop précieux et coûteux pour le « gaspiller » à une tâche réalisable en amont (24). La réception de ce document rappellera la date et l'heure et démontrera ainsi l'importance accordée au respect des rendez-vous.

## **1.2. Déterminer la durée de la première consultation**

La première consultation doit avoir une durée suffisante permettant de mener l'examen clinique mais également d'écouter le patient exposer tranquillement ses désirs et ses problèmes. Cela permet un gain de temps appréciable au sein de l'activité thérapeutique mais contribue également à la valorisation du cabinet en matière d'organisation et de conformité avec les attentes de ce dernier (53)

La durée du rendez-vous et son délai d'obtention dépendent de la nature des actes à effectuer ; cette tâche est sous-tendue par la pertinence avec laquelle l'assistante saura identifier le motif de l'appel. De ce fait, la mission de l'assistante consiste à identifier les motifs de consultation dont la bonne détermination se reflète directement au niveau de l'organisation de l'agenda et de l'activité clinique.

Dans le cadre d'une activité d'omnipratique, nous pouvons distinguer « deux portes d'entrée » qui correspondent chacune à une procédure précise : l'urgence et la première consultation.

### **1.2.1. Les urgences :**

Pour les urgences, un créneau d'une dizaine de minutes au fauteuil (soit un rendez-vous de 20 minutes comprenant « l'accueil » et la « sortie » du patient ainsi que « l'installation » et la « désinstallation » du fauteuil) suffit généralement pour apporter une réponse aux urgences bucco-dentaires.

La demande en urgence est sous-tendue par le caractère pressé d'une réponse en adéquation avec la demande du patient.

Sur quels critères déterminer les vraies urgences ?

#### **1.2.1.1. Classification des urgences**

En dentisterie, une urgence est une personne en demande de soins rapides, patiente ou non du cabinet. Pour le patient, l'urgence dentaire peut revêtir différents aspects, de la douleur intense à la demande esthétique, impliquant une notion de temps (agir vite). Pour le praticien il est courant d'admettre que l'urgence implique une douleur mais comment ne pas entendre l'urgence esthétique ?

Les urgences sont de trois types : (36, 37, 40)

- Urgence médicale :

Celle qui vient d'apparaître depuis quelques heures, qui empêche de dormir, continue, fulgurante, avec des symptômes associés. Sont considérées comme urgence médicale : pulpites, cellulites ou encore fractures traumatiques. Elles sont d'apparition brutale et empêchent le sommeil. La réponse doit être rapide, dans la demi-journée.

- Urgence fonctionnelle (54) :

Par définition, c'est ce qui gêne la fonction masticatoire. « Quand est-ce arrivé ? » est sans doute la question pertinente pour évaluer le réel préjudice causé au patient (fracture de prothèse, descellement d'un élément de restauration, fêlure d'une dent...). Une bonne écoute et quelques consignes rassurantes sont souvent de nature à différer de quelques jours la nécessité d'un rdv « Pouvez-vous manger de l'autre côté ? ». Il est vrai que cet aléa fonctionnel peut se doubler d'un préjudice esthétique.

- Urgence esthétique (54) :

Nous avons tous des exemples en tête de patients qui n'osent sortir de chez eux lorsqu'ils ont perdu une couronne provisoire sur 24, et d'autres qui restent avec une 21 fracturée sur leur prothèse amovible durant des semaines voire plus ! L'esthétique est donc un critère éminemment subjectif, intéressant à explorer au téléphone par l'assistante car riche en informations sur les motivations du patient. L'assistante pourra alors dans ce contexte, mesurer la motivation réelle du patient par rapport à ses soins dentaires.

L'urgence psychologique est présente dans les 3 niveaux d'urgences évoqués précédemment. Par une écoute attentive l'assistante saura identifier les émotions ressenties par ce dernier.

#### **1.2.1.2. Évaluer l'état d'urgence**

La communication se fait avec une personne qui souffre ou tout du moins une personne inquiète et angoissée. Il est donc impératif d'être chaleureux, courtois, le simple fait d'informer, de rassurer permet souvent une temporisation qui permettra de planifier ou reporter un bon nombre de ces demandes, mis à part l'urgence médicale. Une grande partie des prétendues urgences disparaissent à l'interrogatoire (50). Un bon moyen d'évaluer le degré d'urgence est de poser la question : « Dans quel délai raisonnable souhaitez-vous que

votre problème soit résolu ? » Ainsi, une demande que nous préjugions prioritaire, peut selon le patient être traitée dans les trois jours, cela ne sera donc pas si urgent. Il faut satisfaire la demande tout en guidant le patient vers les solutions qui conviennent à notre emploi du temps (38).

Toute la difficulté réside dans l'évaluation de la « vraie » urgence. L'assistante doit être formée à l'identifier à l'aide de questions pertinentes regroupées dans la fiche de communication sous la forme d'une check-list (18) : douleur, perte de dent provisoire, saignements, gonflement, circonstances de survenue, mode d'apparition, prise de médicaments, douleur provoquée à la pression, sensibilité au chaud-froid (Annexe 2).

L'établissement d'un diagnostic ne relevant pas de la compétence de l'assistante, elle devra dans tous les cas en référer au praticien avant d'attribuer ou non un rendez-vous. La fiche de communication sera utile pour renseigner précisément le praticien (38).

Une fois le caractère urgent de la demande reconnu, l'assistante est autonome pour fixer le rendez-vous selon les créneaux d'urgence qui ont été définis à la réunion de démarrage de la journée.

Suite à l'urgence, une prise en charge complète doit être proposée au patient, elle nécessite un bilan complet pour les patients reçus pour la première fois. Il est impératif d'informer le patient sur les enjeux thérapeutiques et sur l'évolution probable des pathologies en cas d'abstention de traitement. Il sera alors proposé au patient de le revoir. Ce dernier par la suite, soit rentre dans le protocole du bilan de soins comme tout nouveau patient, soit sort du circuit du cabinet.

### **1.2.2. Les consultations de nouveaux patients**

Le but de la consultation est de recueillir toutes les données nécessaires à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement. Le praticien ne doit pas chercher à planifier le traitement lors de cette séance.

Il établira le diagnostic définitif et le pronostic dans des horaires planifiés à cet effet. Lors de la première consultation, le praticien devra réserver un accueil attentif au patient. Il devra également conduire l'anamnèse (questionnaire médical et entretien pré clinique) puis

un examen clinique. Selon les besoins du patient, les premières consultations peuvent avoir une durée allant de 20 à 60 minutes.

L'objectif est d'accorder un temps utile pour mener cette étape (collecte de données) sans gaspiller le temps que nous savons si précieux.

Dans les cas les plus simples, il fixera un rdv de consultation dit court. Pour les cas plus complexes, deux possibilités s'offrent à lui. Il pourra soit d'emblée établir une consultation longue pour mener l'ensemble de ses investigations, soit une consultation de durée intermédiaire. Cette dernière donnant lieu dans de nombreux cas à une deuxième consultation de complément. Effectivement, nous allons voir qu'il n'est pas évident d'estimer lors de l'entretien téléphonique le temps requis pour la consultation.

#### • **Cas simples : Consultation courte**

Dans les cas suivants, un premier rdv de 20 à 30 minutes sera proposé au patient. Rappelons qu'un rdv de 30 minutes n'offre qu'une vingtaine de minutes d'examen effectif, comprenant l'anamnèse et l'examen clinique. Pour être à l'heure pour le patient suivant il faut terminer le précédent rendez-vous 5 minutes avant. Puis il faudra prendre le temps d'accueillir le nouveau patient, accueil qui doit être d'autant plus attentif qu'il s'agira d'un premier rendez-vous.

- Visite de contrôle :

Elle concerne les patients qui consultent régulièrement.

- Pédodontie :

Il est rarement nécessaire d'attribuer aux enfants une consultation excédant les 15 minutes.

- Patient dilettante :

Certains patients n'ont aucune idée de leur santé buccale (Figure 1). Ce sont parfois ceux qui ont le plus besoin de soins. Il est alors difficile de détecter ces derniers lors de l'entretien téléphonique. Ces patients seront orientés vers un rdv court, il ne sera alors pas possible de mener l'examen clinique à son terme. Un deuxième rendez-vous pour finir l'examen et effectuer des examens complémentaires plus complets sera donné. Ces situations doivent se

présenter le moins possible et le patient dirigé vers une consultation de cas complexe. Cela étant possible par la qualité de l'entretien téléphonique et le sérieux des réponses du patient.



**Figure 1- Le motif de la consultation** (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : Paris : Quintessence internationale ; 2014. p.18.)

## • Cas complexes : Une ou deux consultations ?

- *Demande de réhabilitation globale.*

La demande explicite ou implicite de ce patient est de faire un examen complet de sa bouche. Quand celui-ci requiert des soins importants, il n'y a pas de règle figée quant au temps nécessaire à la première consultation. Cela dépend du besoin exprimé par le patient et/ou identifié par l'interrogatoire téléphonique et du type d'exercice du praticien. Pour un cabinet d'omnipratique il est « déconseillé » de dépasser 45 min (9). On sera contraint dans des cas plus complexes, de donner un second rendez-vous pour approfondir et valider ou infirmer les premières hypothèses.

- *« Petit détartrage » :*

Nombreux sont les patients sans symptomatologie clinique qui « consomment la dentisterie » par petits détartrages : c'est ainsi que certains praticiens les ont eux-mêmes habitués ! La conséquence étant que les patients n'en finissent pas de revenir et que l'agenda continue de « s'emboliser » avec une baisse importante de la performance du cabinet (53).

Ce sont souvent des patients sans pathologie active mais n'ayant pas nécessairement eu de dépistage de leur risque carieux individuel ou parodontal, patients présentant des obturations défectueuses, des édentements anciens non compensés mais qui se sont adaptés et à qui, souvent par manque de temps ou de suspicion de non motivation, le praticien ne propose aucune thérapeutique curative ou prophylactique (54).

Lorsque la demande du patient se résume au désir d'avoir un petit détartrage, il est impératif de lui expliquer que cela ne correspond pas aux bonnes pratiques d'un cabinet dentaire. Tout nouveau patient doit rentrer dans un concept de globalisation de ses problèmes dentaires. Dans tous les cas, le premier rendez-vous sera une consultation et non un détartrage.

- Patient venant pour une consultation « spécialisée » proposée par le cabinet.

C'est une porte d'entrée très qualitative puisque ce sont des patients recommandés qui viennent par ce biais affirmant leur motivation. La durée de la consultation est très variable.

- **Consultation longue :** (45 à 60 minutes). Le praticien a le choix soit de fixer d'emblée un rdv long de consultation pour à la fin de celui-ci avoir en sa possession tous les éléments nécessaires au diagnostic (Examen radio, examen parodontal, examen occlusal, empreintes d'étude). Lorsqu'un rendez-vous relativement long doit être consacré, il est impératif que l'assistante identifie cette demande et valide la motivation du patient.

Cependant pour certaines de ces consultations, une consultation plus courte « intermédiaire » aurait suffi.

- **Consultation de durée intermédiaire :** La durée de cette consultation sera établie en fonction du nombre de nouveaux patients reçus chaque semaine. Elle permettra dans de nombreux cas d'effectuer l'anamnèse, l'examen endo-buccal et ainsi établir un pré diagnostic qui pourra être confirmé par un examen radio. Ces étapes permettront de mener au diagnostic définitif dans certains cas. Dans d'autres cas, devant la grande diversité des patients, le praticien ne pourra effectuer les examens complémentaires utiles. Une deuxième consultation sera programmée.

Tout comme pour les soins, le praticien ne devra pas essayer de réaliser les soins dans le laps de temps laissé disponible par l'agenda mais devra prévoir des créneaux de soins en fonction des actes prévus.

#### Les avantages d'une deuxième consultation:

- Vérifier, approfondir, valider ou infirmer les hypothèses émises lors de l'examen clinique primaire.

- Informer plus en détails le patient sur les éléments cliniques trouvés et les différents axes de traitement.

- Faire un enregistrement de l'occlusion en vue d'une analyse occlusale et éventuellement, effectuer un sondage parodontal complet.

-Evaluer la motivation, la coopération du patient notamment suite à nos recommandations.

-Meilleure évaluation du temps de consultation nécessaire pour poursuivre l'examen lors du second rendez-vous.

-Ne pas brusquer le patient en réalisant dès le premier rendez-vous une série d'examens complémentaires approfondis: radio, empreintes, sondage et photos.

-La possibilité pour le patient de mettre fin aux soins s'il ne désire pas s'engager.

#### Les inconvénients des rdv de durée intermédiaire:

Il ne sera donc pas possible de mener systématiquement à son terme l'examen exo et endo buccal ainsi que les examens radio et l'empreinte d'étude nécessaire au diagnostic. Mais cela peut être un avantage pour ne pas submerger le patient d'examen, lui laisser le temps de prendre conscience de la situation et mesurer son investissement.

- Cela nécessite de donner très fréquemment un second rendez-vous pour compléter l'examen clinique lors de cas complexes. Alors qu'attribuer un rendez-vous plus long aurait pût être suffisant pour recueillir toutes les informations et ainsi ne pas avoir à donner un second rendez-vous.

#### **1.2.2.1. Pour conclure :**

Les probabilités d'erreurs sont inversement proportionnelles au temps consacré à la consultation. L'imprévu n'est pas éliminable mais sur le plan clinique, l'imprévu est souvent le « non-vu » au moment du diagnostic (47). Il engendrera des complications inévitables.

Quoi qu'il en soit, le bilan constitue une étape de temps investi à laquelle il vaut mieux consacrer une deuxième séance si nécessaire cela évitera par la suite d'avoir à corriger ou modifier le plan de traitement.

C'est pourquoi il existe deux écoles et que chacun procède selon son expérience. L'important étant de consacrer un temps suffisant pour aboutir au diagnostic et au plan de traitement adéquat.

On observe alors que mettre en place ce premier rendez-vous ne se résume pas à trouver une case vide dans un carnet de rendez-vous et à la remplir. Le temps coûte cher au cabinet, l'aiguillage téléphonique permet de le valoriser.

Nous avons vu qu'appeler au cabinet dentaire est souvent une épreuve pour les patients anxieux. S'ils ont réussi cette étape, à nous de réussir l'entretien téléphonique et de les rassurer. La première rencontre sera toutefois déterminante (29).

## 2. La première consultation : étape capitale dans la relation soignant-soigné, la collecte d'informations et l'éducation thérapeutique.

Les traitements prothétiques représentent un des pôles d'activité dont le succès est le plus largement soumis à l'accord et la collaboration du patient. C'est pourquoi nous nous appuyerons sur cette discipline afin de montrer le rôle central de la communication pour l'aboutissement d'un plan de traitement adéquat.

L'objectif de cette partie n'est pas de décrire les procédures d'exams ou de traitements mais d'apporter les éléments de communication à incorporer lors des principales étapes dans le but d'établir le plan de traitement le mieux adapté.

### **2.1. La rencontre avec l'équipe soignante**

#### **2.1.1. Accueil du patient au secrétariat :**

Il est capital d'accueillir le patient dans des conditions optimales, c'est-à-dire avec égard et courtoisie. La qualité de l'accueil au cabinet est primordiale, la première impression qu'aura le patient sur le cabinet est tenace. L'accueil caractérise l'esprit du cabinet et conditionne la suite de la relation (18). Un simple sourire, un air chaleureux, l'énonciation du nom du patient auront pour effet de détendre immédiatement l'atmosphère (18). Le message sous-jacent qui doit constamment être envoyé au patient, c'est que rien ne peut lui arriver de mal, que tout est fait pour assurer son confort et la sécurité totale des soins (1).

#### **2.1.2. Accueil du patient par le chirurgien-dentiste :**

Pour que le patient se sente accueilli avec bienveillance, il est souhaitable que le praticien aille le chercher jusqu'à la salle d'attente (7). Ceci dans le but d'initier la relation de confiance. La poignée de main, le contact visuel, l'attitude, la tonalité de la voix, la tenue vestimentaire, rien n'échappe à la vigilance du patient (3). La première impression est produite spontanément, dès les premières secondes de la rencontre, son impact est incontestable. Un accueil chaleureux, une impression positive conditionnent positivement le patient pour l'entretien clinique (1).

## **2.2. L'entretien clinique**

Nombreux sont les praticiens qui n'optimisent pas cette phase d'investigation. Pourtant le temps accordé est un véritable investissement dans la relation avec le patient et la construction du plan de traitement.

Pour l'American Academy on Physician and Patient, les trois fonctions de l'entretien sont la construction de relations, la collecte d'informations, et l'éducation des patients. Ces trois fonctions sont interdépendantes et essentielles à l'établissement du traitement.

### **2.2.1. Anamnèse : l'exploration et le questionnement :**

La réussite et la richesse de l'anamnèse vont dépendre du praticien et de ses attitudes. Elle permettra de documenter de façon rigoureuse le vécu psycho-physique du patient, de comprendre ses motivations et d'évaluer son degré de compréhension de ses problèmes dentaires. De toute évidence, cela aura des conséquences sur la thérapeutique à adopter et sur le pronostic du traitement proposé.

Cette anamnèse se décompose en un historique médical écrit et un entretien préclinique (12).

#### **2.2.1.1. Cadre de l'entretien et position des interlocuteurs**

Afin de recevoir le patient, l'idéal est d'avoir un espace « entretien » ou un bureau à proximité de l'unité dentaire. Si le local le permet, il est préférable d'éviter d'installer directement le patient sur le fauteuil dentaire qui est souvent associé à la peur et à la douleur alors que le bureau est un espace de communication (26).

Il est préférable de mener cet entretien en tête à tête car le patient peut être embarrassé, mal à l'aise par la présence d'une tierce personne. Il est de notre responsabilité de l'inciter à s'exprimer. Dans ces conditions, il livrera plus volontiers des informations sur son histoire personnelle qui peuvent éclairer son histoire dentaire (2). Des consignes claires évitent les perturbations externes qui peuvent rompre l'échange ou attirer l'attention des interlocuteurs.

Les positions respectives lors de l'entretien orientent profondément la communication. Etre assis côte à côte, sur une table ronde ou encore à 45° l'un de l'autre favorise la

communication et efface les hiérarchies, tandis que le face à face développe des réactions d'opposition.

#### **2.2.1.2. Historique médical et dentaire**

Il permet de structurer et d'organiser la demande de soins. C'est un outil précieux pour le diagnostic et l'élaboration d'un plan de traitement global. Le praticien ayant pris connaissance du questionnaire, il sera plus à l'aise pour débiter la conversation en connaissant le motif de consultation et les points à approfondir lors de l'entretien préclinique.

Praticien et patient reprennent ensemble le questionnaire médical. Le praticien doit s'assurer que le patient a délivré une information complète sur son état de santé.

#### **a) Contenu du dossier médical :**

Chacune des observations relevées lors des étapes de l'entretien clinique seront consignées dans le dossier médical.

Le dossier est la synthèse des données administratives, comptables, du questionnaire médical et des commentaires personnels. Il contiendra les examens complémentaires, le diagnostic, le plan de traitement, le devis, les annexes aux actes et le bilan de fin de traitement.

#### **b) Utilité d'un dossier médical complet :**

- Élément clé de l'organisation.
- Permet de se souvenir de tout ce qui a été dit ou prévu lors de la séance précédente.
- Essentiel dans le cadre de la loi relative aux droits des malades.
- Offre un meilleur confort de travail en équipe.
- Essentiel dans le cas d'une expertise.

#### **c) Garantie du questionnaire médical :**

Le questionnaire médical est sur le plan légal indispensable avant toute prise en charge thérapeutique. Un questionnaire médical effectué oralement consomme du temps et n'offre pas les garanties médico- légales d'un document complété, daté et contresigné par le patient.

Sur le plan médical, il permet de cerner les antécédents, de relever les contre-indications afin de prendre des précautions particulières. Ce questionnaire est une source d'informations considérable, il doit apporter des réponses sur : (16, 20, 22)

- Les antécédents ou troubles médicaux actuels et leurs traitements.
- le passé odontologique, les traitements antérieurs.
- les habitudes alimentaires.
- les habitudes de vie
- les attentes du patient.

L'envoi du questionnaire médical et odontologique (Annexe 3) par courrier avec la confirmation du premier rendez-vous (Annexe 4) permet :

- d'éveiller la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire renforcée,
- de faciliter l'organisation des rendez-vous ultérieurs (jour et heure de préférence pour les prochains rendez-vous).
- de posséder une des pièces maîtresses du dossier médical, correctement remplie.
- de se faire une première opinion sur les facultés du patient à suivre des instructions élémentaires (donc à collaborer à nos actions).

En conclusion : le questionnaire médical dûment complété est un gage de sérieux, de rigueur, et manifeste l'intérêt porté au patient. C'est un outil de communication positive, complet et économique.

### **2.2.1.3. L'entretien préclinique : La communication**

La communication permet d'accéder à la compréhension et à la confiance aboutissant de ce fait à « l'alliance thérapeutique ». La finalité de cette communication est de favoriser les échanges interactifs entre le praticien et son patient ainsi que la transmission et la réception des messages utiles au bon déroulement des soins (51).

Ecouter, se montrer disponible au discours de l'autre, s'appliquer à « entendre », à comprendre et à accepter, voilà les secrets d'une communication réussie (46). La

communication doit avoir lieu tout au long des phases de soins et pas uniquement lors de la première consultation.

Les principaux objectifs de la communication sont (48):

- l'écoute des patients en vue de la prise en compte de leur besoins,
- la prise en compte de leurs émotions (peurs,etc.),
- l'explication de la pathologie et du diagnostic,
- les propositions thérapeutiques avec les avantages et les inconvénients : marche pieds du consentement éclairé,
- l'éducation aux mesures d'hygiène et obligations que les patients devront satisfaire,
- Etc.

a) **L'EMPATHIE :**

• **Découverte du patient**

Neutralité bienveillante, authenticité, acceptation de l'autre sont les bases du comportement empathique. Une véritable attitude empathique consiste à entendre les émotions et les expériences de son interlocuteur, sans jugement, ce qui génère un climat relationnel positif. S'intéresser aux problématiques rencontrées par le patient (ses freins économiques par exemple).

Rappelons qu'il est utile de ne pas confondre l'empathie et la sympathie. Faire preuve d'empathie ne signifie pas qu'il faille perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. Ainsi, nous ne partageons pas la « peur du dentiste » avec nos patients, mais il est indispensable de comprendre ceux qui ressentent cette appréhension pour mieux les soigner (13).

• **Les buts de l'empathie (13):**

- Permettre aux patients de se sentir compris et en sécurité
- Donner la possibilité aux patients de s'ouvrir et de confier leurs préoccupations
- Renforcer la relation de confiance praticien-patient
- Augmenter l'adhésion thérapeutique du patient au cursus de soins
- Augmenter la satisfaction du patient et du praticien.

## **b) L'ÉCOUTE :**

L'écoute des patients est essentielle dans la qualité des relations praticiens-patients. En effet, ce sentiment est à la base d'un lien de confiance. Engager une relation basée sur la confiance conditionnera positivement le déroulement des soins. La qualité de la relation, c'est-à-dire de la communication entre deux interlocuteurs va dépendre de la qualité d'écoute (25).

Cette partie de l'anamnèse requiert du temps, du tact, de la disponibilité et une écoute réelle pour recueillir les doléances du patient. Il s'agit d'un entretien ayant pour objectif de faciliter l'expression du patient sur sa demande et plus précisément sur son histoire passée. Pour Pierre Brassard, l'écoute donne l'opportunité au patient d'expliquer ce qui est vraiment important pour lui, ce qui augmente grandement les chances d'une conclusion positive.

Une multitude de renseignements sera recueillie et permettra d'orienter le patient vers le plan de traitement le plus adapté.

- **L'écoute active (42):**

Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur. En plus, cette écoute va permettre de combattre les lacunes existantes lors de la transmission d'un message entre le récepteur et l'émetteur.

Le praticien devra être attentif à ce que dit le patient et enregistrer ses paroles. Poser les questions et inciter le patient à rebondir, cibler sa demande et ses besoins.

Pourquoi pratiquer une écoute active ?

- Permettre à l'interlocuteur de s'exprimer face à quelqu'un qui s'intéresse, sans chercher à le juger, ni à interpréter ses propos, donc dans un climat de confiance.
- Comprendre véritablement le message de l'autre, au-delà des mots qu'il utilise et grâce à la manière dont il exprime ses émotions.
- Mieux connaître son interlocuteur. La prise en compte, chez le patient, de son cadre de référence: âge, sexe, éducation, environnement socioculturel, religion, métier, expérience, histoire personnelle, cadre socio professionnel font de chaque individu un être singulier. Ainsi le mode de fonctionnement diffère d'un individu à l'autre et tous les individus n'ont pas les mêmes besoins.

- **L'écoute réceptive (42)**

Savoir écouter est assez difficile, voilà pourquoi bien des dialogues sont des doubles monologues.

Pourtant l'écoute réceptive est l'un des éléments clés de la réussite des rapports praticien-patient. En prêtant une véritable attention aux messages que les patients délivrent, la relation de confiance s'installe durablement. Ainsi, Le praticien parvenant à montrer au patient sa réceptivité, ouvre la voie vers une relation riche et profonde. C'est à cette condition que s'établira un dialogue entre les deux protagonistes et que le praticien pourra à son tour se faire entendre du patient (46).

**c) LES QUESTIONS OUVERTES (52, 10, 44):**

Souvent les patients sont embarrassés et mal à l'aise. Il est de notre responsabilité de les détendre et de les inciter à s'exprimer par des questions ouvertes.

Dans un premier temps, une série de questions appelant des développements de la part du patient sont posées. Elles sont destinées à recueillir des informations générales (ses craintes, ses expériences dentaires, ses centres d'intérêt...). En procédant par des questions ouvertes, le praticien essaie de cerner les désirs profonds et primordiaux du patient. Elles doivent mener le praticien à une meilleure connaissance de son patient, de ses souhaits explicites et si possible sous-jacents afin de les satisfaire.

**Par exemple :**

- Comment ce sont déroulées vos précédentes expériences dentaires ?
- Que pensez-vous des résultats obtenus ?
- Quel type de soins avez-vous reçu étant enfant ?

Cette démarche présente l'avantage d'impliquer le patient dans le diagnostic et le processus de décision. Plus le nombre de questions ouvertes est important, plus le plan de traitement a de chance d'être accepté (10).

Le praticien note les centres d'intérêts, les motivations et surtout les zones floues. Ce sont autant de situations à explorer à l'aide des questions fermées.

L'erreur la plus commune, est de parler au lieu d'écouter le patient. C'est en surmontant son désir de plonger trop tôt dans l'exposé du plan de traitement que le praticien parviendra à tisser des liens durables et de confiance avec son interlocuteur.

La progression des questions ouvertes vers les questions fermées doit se faire en douceur.

**d) LES QUESTIONS FERMÉES :**

A ce niveau de l'entretien, il est possible de passer aux questions fermées. Ce sont celles qui appellent uniquement deux types de réponse : oui et non. Elles viennent confirmer les informations recueillies auparavant. « Pensez-vous que votre bouche est en parfaite santé ? « Est-ce bien les dents du fond qui vous font mal ? ». Leurs objectifs sont de confirmer et de préciser les réponses déjà obtenues.

**e) COMMENT BIEN COMMUNIQUER?**

- Laisser au patient le temps de s'exprimer.
- Respecter les silences, les hésitations, les réticences.
- Etre attentif à ce que dit le patient et à la façon dont il le dit.
- Observer la communication non verbale : mimiques, regard...
- S'informer, comprendre.
- Prendre conscience de ce que le patient nous transmet : intérêt, ennui ou plutôt rejet.
- Réussir la confiance.
- Dégager les besoins non exprimés.
- Définir les objectifs prioritaires.
- Dialoguer, éviter les malentendus
- Mettre à l'aise le patient, clarifier sa pensée

**2.2.2. L'examen clinique :**

Suite à l'entretien préclinique, un examen se déroulera au fauteuil. Il consiste en une analyse détaillée de l'état buccal selon un processus établi :

- L'examen doit se dérouler en présence de l'assistante.

- Il ne doit jamais commencer par les dents : il s'agit de vérifier la tête, le cou et les ganglions. Sur le plan de la communication, cela permet une approche plus douce, moins agressive et permet de ne pas passer à côté de certains symptômes.

- Après avoir demandé au patient d'ouvrir la bouche, l'examen se poursuit par la palpation de l'intérieur des joues, puis celle des gencives accompagné d'un examen parodontal. Il est utile de montrer au patient les altérations pour qu'il soit plus impliqué. La plupart des patients qui nous consultent, n'ont aucunement conscience du degré de gravité de leurs lésions. Il s'agit d'un véritable parcours initiatique destiné à éveiller leur intérêt et à leur faire connaître l'atteinte réelle.

a) Cas simples :

Au cours de cette séance il faudra réaliser un examen clinique primaire (12) pour établir un pré-diagnostic ou dans les cas les plus simples un diagnostic (Figure 2).

b) Cas complexes :

Quand le cas est complexe, un examen clinique de complément est nécessaire (examen radio, parodontale, occlusale).

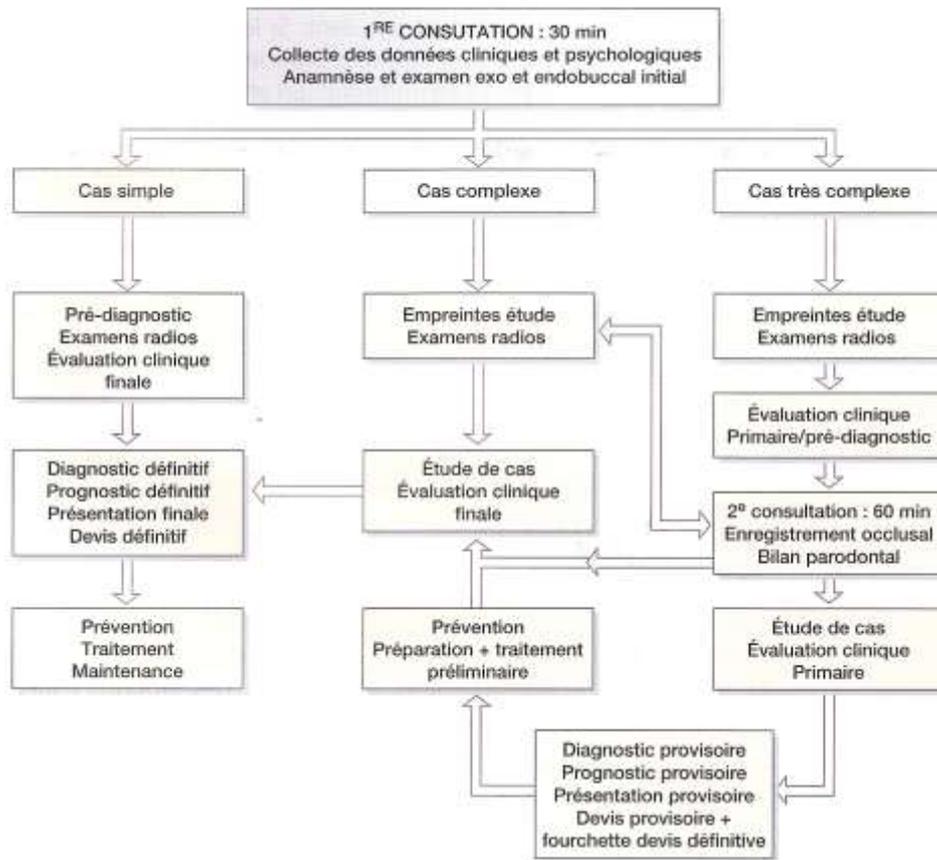
c) Cas nécessitant une approche pluridisciplinaire.

Lors d'une seconde consultation, des examens complémentaires approfondis permettent de vérifier et d'approfondir les hypothèses émises lors de l'examen clinique primaire et d'informer le patient sur les éléments cliniques trouvés et les différents axes de traitement (13).

Cette séance doit nous permettre de lever tous les doutes en réexaminant la bouche du patient. Pendant cet examen, nous comparons les impressions mûries pendant le pré-diagnostic.

d) Cas nécessitant un prétraitement.

Une phase préalable d'assainissement est nécessaire. Il est important toutefois d'indiquer au patient une fourchette large du montant des honoraires ainsi que la durée du traitement afin qu'il puisse donner son accord pour la phase transitoire en toute connaissance de cause.



**Figure 2- Démarche de l'examen clinique: proposition de classement des différents types de traitement et de protocoles cliniques.** (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.169.)

### **2.2.3. Faire de l'examen clinique une prise de conscience (15).**

Il est essentiel d'utiliser la phase diagnostic pour informer et véritablement éduquer le patient.

Lors de l'examen du nouveau patient, chaque étape du diagnostic devrait être couplée à une explication. La phase diagnostic doit servir l'information du patient. À ce titre, il est essentiel d'utiliser la phase diagnostic pour commencer à éduquer le nouveau patient. Cette phase, loin d'être du temps perdu, permet d'impliquer le patient dans le traitement. Il faut alors prendre du temps lors de la phase diagnostic pour transformer la phase d'examen au fauteuil en processus d'éducation. Ce qui lui permettra de mieux comprendre la nécessité de réaliser le traitement. La coopération du patient est un des piliers de la réussite du traitement.

La demande spontanée de prestations est en générale limitée à la résolution d'un problème précis, celui qui motive la consultation. Sachant qu'un traitement global est toujours préférable à un replâtrage local, il est du devoir du praticien de faire évoluer la perception que le patient a de son état buccal vers la découverte de la situation réelle.

A ce stade le praticien fait part de ses observations en respectant deux étapes bien précises :

- La première consiste en une description des observations qui ont été faites dans un langage compréhensible.
- La deuxième donne une explication courte et claire au patient pour chacune des observations.

*Exemple* : « ces saignements sont l'indication d'un problème au niveau de vos gencives et de l'os, c'est pourquoi nous allons prendre une radio ».

Lorsque l'examen est terminé, il est utile de faire un rapide bilan des problèmes et affections qui ont été constatés. Le patient n'est alors plus un simple observateur mais il est impliqué dans son plan de traitement.

Le praticien ne doit pas pour autant chercher à planifier le traitement.

Il peut donner quelques pistes au patient sans trop entrer dans les détails sur le ou les futurs traitements. Il est intéressant de décrire succinctement les différents modes de constructions prothétiques avec leurs avantages et leurs inconvénients pour noter la réaction du patient.

Au terme de ces explications générales, le patient se montre souvent impatient de savoir quelle solution pourra être choisie. Il est préférable de ne jamais répondre aussi précocement aux questions concernant les possibilités offertes.

L'utilisation de fiches d'éducation permettent d'informer, d'expliquer et d'éduquer (32, 50).

La première consultation consiste donc à renseigner le patient sur l'état de sa bouche sans toutefois donner trop de détails. Elle est utile pour faire comprendre au patient que sa participation au traitement passe par l'hygiène bucco-dentaire. Cela demande à l'équipe de bonnes aptitudes communicationnelles mais également organisationnelles.

Pour E.Binhas, le coût du traitement ne doit jamais être évoqué à ce stade. La question des honoraires doit être abordée après présentation du plan de traitement.

### **3. Le deuxième rendez-vous : planification et décision thérapeutique**

Le consentement du patient au(x) traitement(s) qui lui sont proposés à partir des données de la première consultation est un principe essentiel de la relation soignant-soigné. Or il n'y a consentement que lorsque le patient a été informé. Nous allons voir le rôle central de l'information du patient afin que celui-ci donne son consentement et valide le plan de traitement.

Ce même plan, une fois validé, permettra d'établir une feuille de route, sur laquelle seront regroupées les étapes ainsi que leurs durées.

#### **3.1. Le rôle de la consultation dans l'organisation**

La première consultation aura permis de faire une synthèse des données cliniques dont les résultats et les solutions seront détaillés en deux étapes distinctes :

1. Le diagnostic qui est un constat de la santé bucco-dentaire.
2. Et le plan de traitement qui propose une ou des solutions thérapeutiques.

Bien souvent, par habitude, le praticien confond ces deux étapes mêlant à la fois l'observation et le traitement. Le patient sera alors totalement perdu entre le déroulement et les explications.

##### **3.1.1. Lors de quelle séance aborder le diagnostic et le plan de traitement ?**

Le diagnostic et le plan de traitement sont généralement présentés lors de la même séance.

Lorsque le cas est simple, qu'il n'engendre pas de frais importants, que le patient est prêt à entendre le diagnostic et qu'il n'y a pas d'hésitation quant-au traitement, nous avons vu qu'il est souhaitable de présenter le diagnostic ainsi que le plan de traitement lors de la première consultation. Dans bien des cas, la décision est rapidement prise avec l'accord du patient.

En revanche, pour des thérapeutiques plus complexes, la présentation du plan de traitement a lieu lors de la deuxième consultation après élaboration d'un ou plusieurs plans de traitement écrits.

Si le cas du patient est très complexe, un pré diagnostic partiel sera proposé lors d'une deuxième visite du patient (12). Le plan de traitement définitif sera soumis à un prétraitement.

### **3.1.2. Délais de présentation du diagnostic et du plan de traitement :**

Un délai d'une semaine est utile pour préparer la stratégie thérapeutique ainsi que la préparation des messages explicatifs :

- l'évaluation de la pathologie et son diagnostic,
- le type de réalisation prothétique qui convient le mieux.
- Les solutions alternatives éventuellement acceptables.
- Les objections prévisibles, formulées ou non, à éliminer par nos explications.

C'est également une période de maturation nécessaire pour que le patient accepte la réalité de son état bucco-dentaire.

Cette période permettra d'observer la capacité du patient à suivre nos et nos recommandations.

## **3.2. Le diagnostic**

### **3.2.1. Accès à l'information**

Le chirurgien-dentiste doit avoir le souci de rendre le discours compréhensible, c'est-à-dire retransmit selon les ressources du patient, en utilisant des mots simples ou des exemples concrets. Le but est d'aider le patient à mieux comprendre son problème afin de le résoudre et de l'inciter à adopter de nouveaux comportements.

Aussi l'information préalable constitue un pré requis au consentement éclairé. En effet, l'information du patient est une obligation légale mais aussi déontologique.

### **3.2.2. Aspect psychologique**

Selon l'ampleur du traitement et l'état psychologique du patient, l'énoncé du diagnostic est différemment ressenti. Le tact, la prudence, permettent de révéler tout diagnostic si l'information est développée avec empathie et en termes adaptés à la capacité de compréhension de l'interlocuteur. Il conviendra d'être clair, pour que le patient connaisse la situation et puisse participer aux décisions puis au déroulement des phases thérapeutiques.

Pendant cette phase, le dentiste doit veiller à (20,46):

-Souligner les éléments positifs : plus les éléments pathologiques sont nombreux, plus il est important de montrer l'existence des éléments préservés.

-Ne pas submerger le patient : l'excès d'informations a pour résultat d'assommer, d'accabler, de déprimer le patient. Découragé, il risque d'abandonner en raison de l'ampleur du travail.

-Ne pas créer de résistance : plus tôt il sera rassuré, plus nous aurons de chance de conserver son attention jusqu'à la fin de notre discours.

A ce stade, le praticien intervient en incitant le patient à adopter des comportements préventifs.

### **3.2.3. Utilité pédagogique des examens**

Lors de la présentation du diagnostic nous serons beaucoup plus précis que lors de l'examen clinique. Ainsi les explications de traitement seront ancrées sur une situation réelle, appartenant au patient. Il y portera d'autant plus d'intérêt qu'il s'agira de son cas.

Les examens réalisés sont très utiles lors de l'énoncé du diagnostic pour informer et expliquer.

- La radiographie panoramique (40, 46, 48):

L'utilisation d'une radiographie panoramique a un grand intérêt pédagogique lorsque les lésions sont multiples. Cette vue d'ensemble montre parfaitement les zones édentées, les malpositions, les couples mastiquants etc...

- Les modèles d'étude :

Les modèles d'étude sont non seulement une importante part du processus de diagnostic mais en termes de communication, ils offrent aux patients le moyen de voir et de « tenir » leur mâchoire dans leurs mains. Ils peuvent alors visualiser les malpositions dentaires, les récessions gingivales et observer l'absence de couples mastiquants etc.

- Les radiographies rétro-alvéolaires :

Les rétro-alvéolaires sont « indispensables » au diagnostic parodontal et à son explication. Il faut apprendre brièvement au patient à lire les noirs, blancs et gris et les comparer avec celles d'un individu sain pour montrer les différences, secteur par secteur (55).

- Les photographies :

La présentation de cas similaires précédemment réalisés montre au patient notre capacité à prodiguer ce type de traitement

Le praticien doit avant de présenter un traitement complet, faire comprendre au patient la nécessité de celui-ci. Ainsi, il sera plus facile pour lui d'admettre les dépenses et les obligations inhérentes au choix de la solution. À l'issue du diagnostic, le patient doit être impliqué, le praticien cherchera à établir un véritable partenariat avec le patient.

Le praticien doit s'assurer de la capacité du patient à coopérer à la réalisation des soins afin de lui proposer le plan de traitement le plus adapté.

### **3.3. Le plan de traitement**

#### **3.3.1. Élaboration du ou des plan(s) de traitement:**

Le dentiste va établir un ou plusieurs plans de traitement. En fonction des facteurs de risques en présence, le praticien doit se demander quelles sont les options cliniques les plus prédictibles et où se trouvent les dangers potentiels dans le but de proposer des solutions concrètes, durables et adaptées.

On comprend ici tout l'intérêt d'avoir mené une première consultation approfondie et d'avoir consigné les résultats par écrit. Le plan de traitement s'élabore à l'aide du dossier du patient contenant les informations cliniques et thérapeutiques permettant d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée du patient (3).

Les aspirations du patient (esthétiques, fonctionnelles, thérapeutiques), son profil psycho affectif, ses motivations, son investissement personnel, ses capacités de coopération seront prises en compte.

**Principe :**

- Systematiser le plan de traitement :

Il doit être établi avant de commencer tout type de traitement afin de séquencer l'ensemble des actes. Que le plan de traitement soit simple ou complexe, il est nécessaire de réfléchir à comment organiser les soins.

- Systematiser l'approche globale :

Il ne faut jamais sous-estimer la détermination des patients à se soigner. Les préjugés, notamment en fonction du statut socioprofessionnel ne doivent jamais entrer en ligne de compte, ces idées toutes faites influencent notre perception. Dans le cadre du consentement éclairé, présenter toutes les solutions est un impératif.

**3.3.2. La communication au service du choix thérapeutique:**

**3.3.2.1. Comment présenter la bonne solution? (20,30)**

Le plan de traitement doit être expliqué en détail pour que le patient en comprenne le déroulement, les étapes et les implications. Cette information sera précise, pédagogique, vérifiée par un questionnement afin d'éviter toute ambiguïté.

Comment faire pour que le patient s'associe totalement à ce choix de traitement et prenne librement la décision d'accepter le travail?

**a) ANALYSE DE LA STRATÉGIE (22)**

Notre véritable problème n'est pas tant de découvrir la meilleure solution que la faire adopter par le patient.

Toute réalisation prothétique nécessite beaucoup plus qu'un simple accord spontané. L'argumentation ainsi que la fiche détaillée des actes (Figure 3) vont, lors de la présentation du plan de traitement, démontrer la réalité et la complexité de l'élaboration prothétique (47).

La justification du traitement proposé, de ses difficultés et donc des dépenses induites, sont des éléments indispensables à la sérénité future du patient face à la décision qu'il a prise. Il est primordial d'avoir entrepris l'éducation thérapeutique du patient, avant de le confronter au choix thérapeutique, afin que ce dernier ne soit pas dicté par le montant de la dépense, mais par le souci d'éviter les inconvénients (22).

Ainsi, le plan de traitement mérite d'être détaillé pour les raisons suivantes (46):

- Un devis annoncé sans préparation apparaît toujours « cher ».
- Pour éviter cet écueil, le patient est invité à prendre connaissance des étapes successives et à suivre ainsi l'élaboration de son propre traitement.
- Son implication sera plus forte 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 possède une indication précise de nos engagements et de ses propres responsabilités.

Grâce au traitement de texte, il est possible de personnaliser rapidement un plan de traitement pour chaque proposition.

NOM :	DATE :
<b>TRAITEMENT PROTHÉTIQUE PAR UNE COIFFE DE REVÊTEMENT SUR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empreintes d'étude, montage sur articulateur et analyse de l'occlusion.</li> <li>- Correction des relations inter-arcades pour équilibrer les forces appliquées à l'ensemble des dents.</li> <li>- Préparation de la dent pilier (sous anesthésie locale).</li> <li>- Empreintes de précision avec porte-empreinte individuel. Enregistrement des rapports occlusaux. Choix de la teinte.</li> <li>- Réalisation d'une coiffe de recouvrement provisoire en résine et scellement.</li> <li>- Réalisation d'une pièce de renforcement corono-radicaire coulée (inlay-core) destinée à assurer une plus grande résistance à la restructuration (métal précieux, métal inoxydable).</li> <li>- Scellement de l'inlay-core. Nouvelle empreinte de précision.</li> <li>- Réalisation au laboratoire de la coiffe de revêtement (coulée en métal précieux, à recouvrement cosmétique de céramique, de résine).</li> <li>- Dépose de la coiffe provisoire et nettoyage soigneux.</li> <li>- Mise en place de la coiffe définitive. Ajustement de l'occlusion en concordance avec tous les mouvements de la mandibule. Polissage.</li> <li>- Scellement définitif et contrôles.</li> </ul>	
<b>Montant forfaitaire des honoraires correspondant au traitement :</b>	
L'hygiène bucco-dentaire devra être accomplie selon les conseils prodigués. La surveillance régulière de la racine, de la gencive et du scellement nécessite une visite de contrôle semestrielle. Ces contrôles ne sont pas inclus dans le devis.	

**Figure 3- Exemple des étapes du plan de traitement pour une couronne.** (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p.77)

Toute solution de remplacement est un compromis avec ses parts de risque. Les concessions seront sanctionnées par des complications qui se révéleront à moyen et long termes. Quel que soit le temps passé à « convaincre » un patient d'adopter une solution idéale, il n'excède jamais celui passé à se défendre (souvent en vain) après la survenue des difficultés (46).

#### **b) DÉFENDRE LA BONNE SOLUTION**

##### **➤ Convaincre dans l'intérêt du patient**

La future réalisation doit développer une idée de transformation. Les messages de solidité, esthétique, fonction, santé, confort satisfont la raison (rajeunissement, beauté, séduction, réussite sociale). Le désir entraîne l'espoir et l'espoir conduit au besoin.

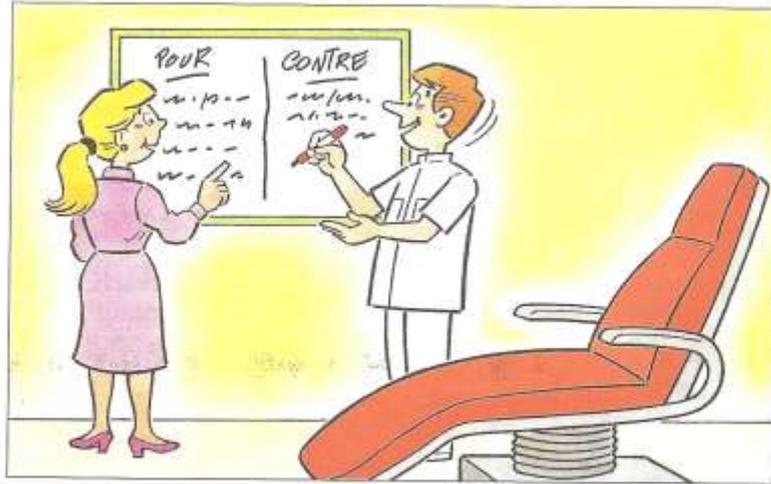
La crédibilité de la solution s'appuie sur l'explication du cheminement de pensée qui nous a conduits à ce choix sans toutefois chercher à enseigner l'odontologie.

Cette présentation doit permettre aux patients de répondre aux 4 questions suivantes :

- De quoi s'agit-il ?
- Que m'apportera ce traitement dans la vie de tous les jours ?
- Combien de temps cela va-t-il durer ?
- Quel en sera le coût ?

Une stratégie éducative peut commencer par la solution la plus mauvaise avec toutefois ses avantages puis ses inconvénients. Puis passer aux suivantes selon ce schéma. Bien entendu, au cours de cette progression le nombre d'inconvénients diminue. Enfin, terminer par la bonne solution sans omettre les quelques restrictions qu'elle comporte (Figure 4). Les messages présentant des points restrictifs apparaissent dignes de confiance(30).

Nous devons orienter nos patients vers les traitements les moins délabrants, les plus pérennes, et non les moins chers ou les plus lucratifs pour nous.



**Bonne solution**

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction du patient, immédiate et à long terme</li> <li>- Pérennité des dents et du parodonte</li> <li>- Rendu esthétique</li> <li>- Intégration bio-fonctionnelle et phonétique</li> <li>- Satisfaction du praticien (création personnelle)</li> <li>- Vecteur de renommée pour le praticien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépense importante</li> <li>- Durée de traitement prolongée</li> <li>- Difficultés d'exécution</li> <li>- Nécessité d'un bon laboratoire</li> </ul>

**Solution de compromis**

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapidité d'exécution</li> <li>- Dépense modérée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Danger pour les dents et le parodonte</li> <li>- Moins bon rendu esthétique</li> <li>- Fonctions perturbées</li> <li>- Réclamations du patient impossibles à satisfaire</li> <li>- Insatisfaction du praticien</li> </ul>

**Figure 4- La communication au service du choix thérapeutique.** (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p.73)

➤ **20 minutes pour convaincre :**

Au-delà de 20 min, l'attention de l'auditeur se relâche considérablement, quel que soit l'intérêt du sujet (50). Durant ce temps d'attention dont nous disposons, il faudra exposer notre diagnostic, informer, expliquer le plan de traitement et aborder les avantages et les inconvénients de nos propositions. Le message du rôle collaboratif du patient doit se faire

durant cet exposé. Il est donc essentiel de préparer systématiquement à l'avance la stratégie des messages explicatifs.

Afin de capter l'attention du patient et de favoriser la compréhension, il est utile d'amener à portée du patient tous les éléments nécessaires photos, schémas, moulages, pièces prothétiques. L'utilisation de supports comme des modèles de démonstration identique au type d'appareil qui seront proposés au patient (onlay, couronnes, prothèse adjointe, implants...) sont de très bons outils pédagogiques.

L'explication peut être accompagnée d'un schéma, exécuté devant le patient, au fur et à mesure de la description et au rythme de la compréhension du patient.

Les praticiens bien souvent, adoptent une attitude standard vis-à-vis de leurs patients lors de l'exposé du projet de traitement. La clé pour l'acceptation du plan de traitement est d'adapter la présentation du projet à chaque patient (46,11).

### **3.3.3. Validation du plan de traitement**

Cette dernière étape demandera dans les réalisations les plus onéreuses, un temps de réflexion, de maturation.

#### **3.3.3.1. Conditions d'adhésion du patient**

- **La confiance :**

La confiance est le pilier de la relation praticien-patient. Il faut établir une double confiance : sur le plan technique mais aussi humain. Dans le nouveau modèle autonomiste, la confiance a été relayée au second plan derrière les notions d'information et de consentement (Loi Kouchner 2002). Le cadre légal ne peut aucunement remplacer la confiance. Pour accepter un traitement, le patient doit croire dans les capacités du praticien mais aussi dans la loyauté de l'information (27).

C'est en s'intéressant au ressenti de nos patients que nous trouvons les ressources pour créer cette relation de confiance. Elle ne doit jamais être considérée comme acquise.

- **L'alliance thérapeutique (1):**

C'est un partenariat résultant d'une rencontre réussie entre le patient et son dentiste. C'est une relation interactive qui prend forme au fil des différents contacts. Le patient doit se sentir accueilli, écouté, au centre des attentions à chaque entrevue.

Le patient participe à cet échange et il est donc du rôle du praticien d'être attentif aux interrogations, de marquer de l'intérêt aux remarques du sujet, de détecter les indices non verbaux et de les comprendre afin d'ajuster son comportement.

Cette alliance thérapeutique aboutit à l'adhésion du patient au plan de traitement par une relation de confiance, de sécurité, de confort.

- **Le consentement éclairé :**

Le consentement des personnes soignées est toujours recherché, conformément à l'article R4127-236 du code de déontologie. Le patient est dans une position d'acteur de la décision médicale.

Dans le cadre du consentement éclairé, il est indispensable d'apporter honnêtement et systématiquement les informations sur tous les moyens thérapeutiques disponibles.

Ainsi, il est recommandé de proposer le statu quo : proposer de ne rien faire et laisser en l'état (50). Dans ce cas, les inconvénients de l'absence de traitement sont décrits, afin que le patient en porte l'entière responsabilité.

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 (46). Cette autonomie ne peut exister que si l'information sur les buts, les moyens, les étapes, les avantages et les risques du traitement ont été clairement dispensés. Les patients aujourd'hui sont « informés », l'époque du dentiste paternaliste est définitivement révolue, le patient ne prend sa décision que lorsque le niveau d'information qu'il requiert est suffisant.

A ce stade, il est essentiel que la proposition thérapeutique soit comprise et réponde aux attentes du patient. Le praticien contrôle sa compréhension en lui demandant de reformuler l'information et la décision avec ses propres mots afin qu'aucune ambiguïté ne prenne place dans son esprit.

La signature du consentement éclairé garantit :

- l'accord du contrat de soins
- la délivrance de l'information.

Quoiqu'il en soit le montant des honoraires ne doit pas être dévoilé avant cette deuxième séance. Une fois que le patient a bien compris son plan de traitement, un devis peut alors lui être proposé (Figure 5). Après avoir choisi la solution idéale, le patient validera le plan en acceptant les honoraires.

### **3.3.3.2. Les honoraires**

Après avoir accompagné le patient dans sa prise de décision, ce dernier donne son accord pour une solution thérapeutique.

Nous rappellerons ici la différence fondamentale entre le plan de traitement et les honoraires. En effet, le terme devis est parfois utilisé pour parler du plan de traitement et inversement. Or, ce sont deux étapes bien distinctes dans la relation thérapeutique tout comme le sont le diagnostic et le plan de traitement. Idéalement, ce sont deux documents à part entière, l'un fortement recommandé pour aider le patient dans ses choix, l'autre étant une obligation légale. Les deux combinés contribuent au consentement éclairé du patient.



**Figure 5- Abord de la conclusion.** (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : Paris : Quintessence internationale ; 2014. p.89.)

### **3.4. Le groupement des actes**

Le groupement des actes interviendra une fois le choix thérapeutique fait.

C'est à partir du plan de traitement que la chronologie des actes est établie et que le temps et le nombre de rendez-vous pour le traitement sont définis.

Nous allons pour faciliter la compréhension, étudier un cas clinique. Le plan de traitement n'est donné qu'à titre d'exemple. Le groupement des actes a été pensé en fonction de pratiques habituelles.

#### **3.4.1. Cas clinique :**



**Figure 6- M. M., né le 25/10/1974, état de santé RAS.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.54).

Nous avons vu qu'il n'est plus question d'attendre que le patient soit installé au fauteuil pour décider de ce qui sera fait pendant la séance. Le plan de traitement sera établi dès le début de la série de soins. Nous partirons du postulat que le plan de traitement suivant a été accepté.

**Tableau 1-Bilan et soins envisagés :** (VERMEULEN J. Mémo: Cdp; 2012,p 54-55)

Dent	Bilan	Soin proposé
	<b>Secteur 1</b>	
12	Fracture angle incisif	Composite
14	Amalgame 2 faces	
15	Amalgames 2 faces	
16	Amalgame 2 faces	
17	Amalgame 2 faces + composite 1 face	
18	Racine	A extraire
	<b>Secteur 2</b>	
21	Carie	Composite
22	Composite 2 faces fracturé	Composite
23	Coiffe provisoire	Inlay-core + CCM
24	Racine	Inlay-core + CCM
25	Carie	Composite
26	Amalgame 1 face + composite 2 faces	
27	Composite 1 face + carie	Inlay
28	Carie	Composite ou extraction
	<b>Secteur 3</b>	
34	Infiltration	Composite
35	Fracture coronaire	Inlay
36	Absente	Implant + pilier prothétique + CCM
37	Amalgame 1 face + composite 1 face	
38	En évolution	A extraire
	<b>Secteur 4</b>	
45	Amalgame 2 faces	
46	Coiffe provisoire	Inlay-core + CCM
47		Inlay-core + CCM
48	En évolution	A extraire

### **3.4.2. Principe général : « La stratégie séquentielle de soins » :**

C'est la planification à partir du plan de traitement. Autrement dit, l'organisation des soins dans le temps de manière stratégique et chronologique. Une fois le plan de traitement établi, les actes sont répartis en longues séances de travail prévisionnelles.

La stratégie séquentielle des soins est quelque chose de très difficile à établir, il faut tenir compte du nombre de soins, de leur durée, des étapes, mais également des priorités (douleur) à réaliser certains des actes.

Pour séquencer les actes, certains principes doivent être appliqués :

- **Nombre minimum de séances de traitement :**

Il faut répertorier les différents types d'actes et le nombre de séances minimum par type d'acte.

Pour séquencer les actes en un minimum de séances, il est nécessaire de définir l'acte pour lequel il faudra le plus grand nombre de séance afin de connaître le nombre de rendez-vous minimum. Ensuite il faudra inclure les autres actes dans ces séances en les synchronisant. En tenant compte des périodes de cicatrisation, d'ostéointégration et des étapes nécessitant des phases de laboratoire.

#### **Tableau 2-Type d'acte et nombre minimum de séances de traitement.**

(VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.56).

Types d'actes	Nb	Nb de séances pour effectuer les actes
Composites	6	1
Taille inlay-core + prise d'empreinte + dent provisoire + pose inlay-core et CCM	4	2
Taille + prise d'empreinte inlay + provisoire ou cavit + collage de l'inlay	2	2
Points de sutures	1	1
Extraction	1	1
Implantologie	1	3
Prise d'empreinte des maîtres modèles	1	1
CCM : couronne céramo-métallique		

- **Pourquoi mettre fin à une séance ?**

Une question essentielle doit nous guider lorsque nous regroupons les actes : « Pourquoi reporter l'acte suivant à la prochaine séance ? », autrement dit : « quel argument clinique s'oppose à la poursuite des soins lors de la même séance ? », La raison la plus fréquente est qu'une étape essentielle de travail doit être réalisée par le prothésiste. Mais quelles autres raisons peuvent s'argumenter ?

L'argument le plus souvent cité reste la fatigue du patient. Mais est-on vraiment sûr que le patient préfère deux séances de deux heures (donc deux dérangements, deux anesthésies, un risque d'urgence interne au plan de traitement diminué) et un sourire trois semaines plus tard, ou une série interminable d'une dizaine de rdv étalées sur près d'une année ?

- **Définir la durée des actes (55) :**

L'équipe soignante sera amenée à faire un recensement de tous les actes habituellement pratiqués dans le cabinet et attribuer une durée moyenne pour chacun de ces actes. Chronométrer ses actes est le moyen le plus fiable. On constatera qu'il existe une régularité dans leur durée. Plus elle sera détaillée, meilleure sera l'évaluation du temps de travail pour chaque acte.

Après avoir évalué la durée de chacun des actes, l'équipe établit les rdv et leur durée à partir de la fiche du plan de traitement : le praticien mentionne sur la fiche le nombre de rdv dont il a besoin pour effectuer son travail.

Il est utile d'annoncer et de réserver une durée légèrement supérieure à celle que nous estimons nécessaire 5-10 min (pour un rdv long) afin de pallier tout incident imprévu en cours de traitement.

Dans la mesure du possible, il est intéressant de débiter la séance par les actes susceptibles d'être les plus longs ou les actes dont le déroulement pourrait être aléatoire. Il sera alors possible dans le cas d'une contrainte de terminer l'acte entamé et de reporter les autres au rdv ultérieur.

- Moduler la durée selon le patient :

La première consultation aura permis d'anticiper un certain nombre d'éléments. La gestion du temps tiendra compte du comportement du patient, du niveau de stress, du caractère curieux ou bavard, des capacités à coopérer (enfant), à garder la bouche grande ouverte (personne âgée).

- **Équilibrer son programme quotidien:**

Un programme quotidien avec des objectifs raisonnables doit être établi. Cela est possible grâce à un équilibre entre la durée moyenne prévue pour chaque tâche et le nombre d'actes à réaliser dans la vacation. Lors de la planification des actes, il faudra toujours faire en sorte que les rdv soient les plus longs possibles mais équilibrés tout au long du traitement. Le programme doit être rationnel, en effet, un planning surchargé est générateur de stress et entraîne une perte d'efficacité.

Lors de la planification, il faut faire en sorte que le dernier rendez-vous évite d'être destiné uniquement à la pose d'une prothèse. Afin d'équilibrer la durée des rdv, il est utile de « garder » des soins de dentisterie opératoire pour ce dernier rdv. Dans le cas étudié : pose de la CCM sur implant 36 et composites.

- **Limiter (35):**

La durée du rendez-vous est limitée par le rationnel du groupement d'actes : deux séances de trois heures ne sont pas moins productives qu'une demie journée consacrée au même patient ! Après un certain temps, il n'est pas productif de prolonger la séance.

### **3.4.3. En pratique : Comment rassembler et utiliser ces données ?**

#### **3.4.3.1. La fiche de programmation des actes ou fiche de traitement**

Cette fiche, centre d'informations pour le praticien doit être efficace et fournir d'un simple coup d'œil tous les renseignements nécessaires pour effectuer notre travail. Le praticien doit décider quels sont les renseignements qui doivent y figurer.

On attribuera la durée de chaque séance selon la durée moyenne de chacun des actes à réaliser. Cette fiche permettra d'anticiper la journée mais également de garder en mémoire les actions passées.

Il est également souhaitable de prévoir à l'avance le report des soins qui peuvent l'être pour faire face à un aléa thérapeutique. L'exemple le plus courant peut être représenté par l'effraction pulpaire qui entrainera la biopulpectomie. Ainsi, il est utile que le praticien débute par cet acte et sache quel acte peut être aisément reporté à la séance suivante.

Il est utile que cette fiche soit informatique pour la modifier aisément.

• **Planification des actes : Tableau 3- Fiche de traitement : Grille classique de groupement des actes.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.112)

Séance 1	Installation du bloc	20 min	20 min
18	Extraction	10 min	10 min
36	Curetage racine + Implantologie en 1 temps chirurgical	40 min	40 min
	Prise d’empreinte d’étude	20 min	20 min
	Désinstallation du bloc	20 min	20 min
	Total séance 1		110 min
Séance 2	Installation du patient		5 min
	Retrait des points de sutures	10 min	10 min
35/27	Taille inlay + prise d’empreinte	40 min	40 min
46/47/23/24	Taille inlay-core et CCM + prise d’empreinte	50 min	50 min
46/47/23/24	Couronnes provisoire	30 min	30 min
	Désinstallation du patient	5 min	5 min
	Total séance 2		140 min
Séance 3	Installation du patient		5 min
27/35	Collage inlay	40 min	40 min
46/47/23/24	Pose inlay-cores	30 min	30 min
46/47/23/24	Pose CCM	20 min	20 min
	Contrôle occlusion	10 min	10 min
36	Prise empreinte sur implant	20 min	20 min
	Désinstallation du patient	5 min	5 min
	Total séance 3		130 min
Séance 4	Installation du patient	5 min	5 min
36	Pose CCM sur implant	10 min	10 min
36	Contrôle radio + occlusal	20 min	20 min
34	Composite	40 min	
28	Composite		
12	Composite		
21	Composite		
22	Composite		
25	Composite		40 min
	Désinstallation	5 min	5 min
	Total séance 4		80 min

Cette fiche de traitement recense l'ensemble des soins : prothèse, implant, soins parodontaux, traitement orthodontique nécessaires à un patient. Une fiche de traitement se distingue d'un agenda en ceci que les éléments ne sont pas liés à un jour ou une heure spécifique ou à une durée. On comprend mieux cette distinction quand on commet l'erreur d'inscrire les actes à faire directement sur la plage journalière d'un agenda, pour devoir ensuite plusieurs fois les recopier car la tâche n'a pas été réalisée (55).

L'équipe sera informée de la durée du rdv, du type d'acte à réaliser pour chaque patient. Ainsi, de l'assistante à la secrétaire, chacune pourra anticiper la préparation des salles de soins, l'explication de la séance du jour, la préparation de fiches/conseils post opératoires...et à tout moment se référer à ce fil conducteur.

Le patient se verra remettre « les étapes du plan de traitement ». Les étapes évoquées oralement seront les mêmes que celles décrites sur la proposition de plan de traitement qui est remise au patient (46).

**Tableau 4-Grille simplifiée de groupement d'actes à l'attention du patient.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. P112.).

Groupement des actes par séance	N° du RdV	Durée du RdV
Prises empreintes maîtres modèles + implantologie + curetage racine + extraction + installation + désinstallation	n° 1	20 + 40 + 10 + 20 + 20 = 110 min
Installation + retrait des points de sutures + taille et prise d'empreinte des inlays + taille et prise d'empreinte des inlay-cores et des CCM + réalisation et pose des provisoires + désinstallation	n° 2	5 + 10 + 40 + 50 + 30 + 5 = 140 min
Délai de 8 semaines entre le RdV n° 1 et le RdV n° 3		
Installation + collages inlays + pose des inlay-cores + pose des CCM + contrôle occlusal + prise d'empreinte sur implant + désinstallation	n° 3	5 + 40 + 30 + 20 + 10 + 20 + 5 = 130 min
Installation + pose de la CCM sur implant + contrôles radio + occlusal + composites (6) + désinstallation	n° 4	5 + 10 + 10 + 10 + 40 + 5 = 80 min

### **3.4.3.2. La fiche de route quotidienne**

On établit une fiche de route quotidienne à partir de la fiche de traitement de l'ensemble des patients reçus au cours de la journée. Il y figure ainsi l'ensemble des actes interne à chaque séance.

Le plan du jour est reproduit en plusieurs exemplaires : deux pour le cabinet du praticien (fauteuil et bureau), un au secrétariat et un pour le local des assistantes.

Cette fiche quotidienne a l'avantage d'assurer :

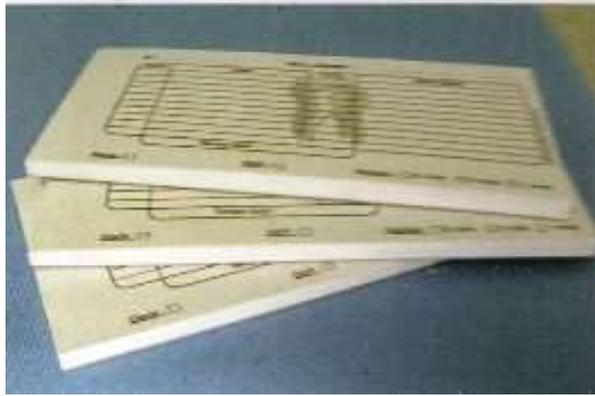
- Une meilleure gestion du temps de travail du praticien
- La possibilité pour le praticien de visualiser sa journée de travail et de s'imprégner des séquences d'actes à effectuer.
- Cette fiche permettra de gérer la communication avec l'équipe soignante. Cette dernière pourra anticiper la préparation du fauteuil sans attendre les instructions du praticien puisque l'ensemble des actes à effectuer au cours de la séance y sont recensés.
- Lors de la préparation des dossiers la veille, l'assistante ou la secrétaire pourra vérifier la disponibilité du matériel nécessaire aux interventions et contrôler l'ensemble du matériel (fournitures laboratoire).

#### **3.4.3.3. La fiche de liaison entre deux rdv**

Le principe est simple : c'est une fiche (Figure 7) qui doit être rédigée en fin de rdv pour réactualiser la fiche de traitement.

Elle permet de mettre à jour la fiche de traitement en fonction des difficultés rencontrées. La fiche de liaison permettra de reporter les aléas thérapeutiques qui sont inévitables dans notre exercice.

La fiche de liaison est un élément de communication entre dentiste et assistante évitant les confusions. Elle participe à la transmission interne : lorsque l'assistante donne le rdv ou transmet le dossier à la secrétaire, tout y est écrit. Il suffit de rentrer dans l'informatique ce que le praticien a noté : actes à réaliser, durée, renseignements divers.



**Figure 7-Fiche de liaison (iconographie personnelle).**

Utilité de la fiche de liaison (55) :

- adapter la durée du rdv suivant, selon les aléas rencontrés: reporter les retards pris sur la planification ou éventuellement les actes effectués en avance sur le programme de planification.
- permet de remplir la fiche de laboratoire : les soins ou prothèses à réaliser sont inscrits sur la fiche de liaison, il suffira de recopier.
- faciliter la reprise après une interruption de soins.
- diminuer le stress.
- anticiper les actes.

Dans le cas clinique vu précédemment, a été mise en place une stratégie en quatre rdv. C'est un scénario idéal. Il faudra dans la réalité tenir compte des aléas thérapeutiques (reprise de traitement canalair difficile, bulles ou tirage dans une empreinte, découverte d'une carie plus importante qui nécessite un choix thérapeutique différent,...). L'aléa thérapeutique va modifier la planification stratégique. Cela ne pose pas de problème particulier, si aucun rdv n'a été donné à l'avance...

Les actes étant groupés, donc les rdv plus longs, il faudra jongler au sein d'une journée pour imbriquer toutes ces plages horaires pour que les différents plans de traitements du cabinet avancent.

## **B. INTÉGRER LES LONGUES SÉANCES DE TRAITEMENT DANS L'AGENDA.**

La durée des séances sera programmée dans l'agenda en fonction des actes prévus à effectuer et non l'inverse. Nous allons voir comment conserver au quotidien des plages horaires permettant la prise de rendez-vous longs.

La gestion du planning est une préoccupation quotidienne. Afin d'absorber les urgences, trouver des créneaux disponibles pour accueillir de nouveaux patients, avancer les traitements en cours, il est nécessaire de travailler en rdv longs entre ces plages. Si l'on ne dirige pas notre planning, ce dernier devient rapidement surchargé et c'est le livre de rdv qui dirige les activités et non plus le praticien (47).

### **1. Pourquoi n'y a-t-il pas de place pour les rendez-vous longs dans l'agenda ? Quelles solutions apporter ?**

Il convient de savoir si le manque de disponibilité vient d'un nombre de patients trop élevé ou si elle est due à une mauvaise gestion de l'agenda ou encore à une équipe mal organisée et peu efficace ?

Dans un premier temps nous nous intéresserons à la gestion de l'agenda.

#### **1.1. La gestion de l'agenda**

##### **1.1.1. Pourquoi contrôler la prise de rendez-vous?**

Après la mise en place du groupement des actes, la gestion de l'agenda est le deuxième savoir-faire pour améliorer son organisation. Il serait utopique de prendre de longs rdv sans avoir planifié, séquencé les actes qui seront effectués pendant cette séance.

Bien souvent le planning est défini en début de carrière et n'est que rarement redéfini par la suite. Pourtant cette simple page d'agenda va fortement contribuer à déterminer notre vie, notre façon d'exercer et notre niveau de revenus. « Aucun autre système n'a plus d'implications sur l'efficacité, la qualité des soins et le stress que la gestion des rendez-vous » (13). Le livre de rdv est notre tableau de bord. Pour éviter les heurts, les stress, les vides, il est

indispensable que toute l'équipe du cabinet participe à une bonne utilisation des horaires d'activité.

La prise mécanique de rdv en les mettant les uns à la suite des autres va à l'encontre du développement d'un cabinet. L'art de gérer efficacement les rendez-vous est spécifique à chaque praticien et à chaque cabinet. La gestion des rdv doit être basée sur son projet professionnel et sa façon de travailler (41). Pour planifier efficacement les rendez-vous, il est donc nécessaire de mettre en place des procédures et de veiller à ce que toute l'équipe les respectent afin d'utiliser au mieux le temps de travail. Le livre de rdv doit servir la qualité des soins en laissant suffisamment de temps pour leur réalisation.

En sachant l'utiliser à bon escient, l'agenda assure de ne pas avoir à subir ses journées.

### **1.1.2. Quel agenda utiliser ?**

La première fonction d'un carnet de rendez-vous est de fournir de l'information d'un seul coup d'œil. C'est pour cela qu'il faut un agenda journalier.

Quel que soit le carnet de rdv, si la gestion de ce carnet n'est pas associée à un groupement des actes, il y aura une perte d'efficacité et inversement.

#### **1.1.2.1. Le carnet de rendez-vous papier**

Traditionnellement, l'unité de temps des carnets de rendez-vous est de 15 minutes (parfois 30 minutes). Ce qui ne correspond pas à la façon la plus efficace de travailler, chaque jour du temps est perdu avec ce type de carnet. Les agendas du commerce incitent à donner des rendez-vous de durée constante ou des multiples de ces durées. Cela ne correspond en rien à la durée des actes dentaires (55).

Impossible souvent d'indiquer les actes, de noter à quel moment le praticien a besoin de l'assistante. Il ne contient pas d'informations sur le traitement à réaliser. L'assistante ne peut qu'émettre des hypothèses quant à ce traitement, entraînant confusion et stress. S'il faut corriger, annuler, il sera inévitable de raturer, gommer, écrire entre les lignes. Est-ce vraiment de l'organisation ?

### **1.1.2.2. La gestion informatique des rendez-vous (55)**

L'informatique permet d'optimiser les éléments suivants :

- Le carnet de rendez-vous quotidien permet le contrôle permanent au cours de la journée. La plupart des logiciels dentaires offrent la possibilité de passer d'une vue hebdomadaire à une vue quotidienne voire mensuelle, ce qui facilite considérablement la prise de rdv pour l'assistante.

- D'usage plus rapide puisque le rdv est fixé directement à partir du dossier patient.

- Les logiciels dentaires permettent ainsi d'atteindre une précision jamais égalée dans la programmation des traitements : possibilité d'utiliser des créneaux de 10 ou de 15 minutes. Cette unité est adaptée à notre exercice parce que rien en dentaire ne prend moins de 10 min.

- Il permet l'utilisation de codes couleurs indiquant que le patient est arrivé et la nature de l'acte.

-Il permet de retrouver facilement de nombreuses informations comptables et d'établir des statistiques indispensables à une bonne gestion.

Les carnets de rdv papier et informatique proposés par les fournisseurs ne sont pas adaptés. Le reparamétrage permettra d'avoir un carnet de rdv spécifique à notre cabinet dentaire.

### **1.1.3. Comment permettre la prise de rendez-vous longs ?**

Pour comprendre comment donner un rdv, voici la métaphore du sceau de cailloux : Pour remplir un sceau, si l'on commence par mettre dedans les petits cailloux puis les moyens, nous ne pourrons jamais y mettre les gros. Pour le remplir et donner des rdv importants aux patients il faut procéder de la même façon. Il faut placer les « gros » rdv en premier dans le carnet en tenant compte de son biorythme.

Les solutions pour conserver des plages horaires suffisantes seront de :

#### **1.1.3.1. Systématiser le groupement des actes**

Comme évoqué dans la partie traitant du groupement des actes, généraliser les rdv longs diminue le nombre de rdv pour un même plan de traitement et libère ainsi de la place dans l'agenda.

Cela a pour effet de réduire considérablement le pouls du cabinet : moins d'accueil, moins de stérilisation, moins d'administratif, moins de retards et d'annulations et de plus en plus de temps de travail effectif en bouche. Les traitements avancent plus vite, il n'y a pas de perte de temps inhérente à chaque rdv.

### **1.1.3.2. Accepter un jeu fonctionnel**

La durée d'un rdv est calculée selon le temps moyen nécessaire pour les actes à réaliser. Cependant, la dépose de l'inlay core couronne est-elle toujours assurée dans le temps ? De même, à l'examen de la situation buccale, il arrive que des éléments imprévus survenus depuis la dernière séance, ou même pendant le soin, nous imposent une durée de travail plus longue que le temps réservé. En travaillant en rdv longs, le praticien aura alors dans certain cas la possibilité de terminer le soin en cours sans toutefois pouvoir réaliser l'ensemble des soins prévus.

Exemple : Dans le cas d'une empreinte imparfaite, par manque de temps, le praticien pourra soit consentir à faire une entorse à ses objectifs qualité en envoyant cette empreinte insuffisante au laboratoire, soit il décide de la reprendre dans une séance ultérieure. Il prendra alors deux à trois fois plus de temps (entrée, installation, dépose du provisoire, nettoyage, empreinte, rescellement, administratif, départ du patient).

Un agenda bien géré est fluide, ouvert, il respire. Les rendez-vous ne s'enchaînent pas sans avoir le temps de passer un coup de fil, de boire un café ou d'amortir un retard. Il convient donc de surévaluer la durée du rdv.

### **1.1.3.3. Supprimer les rendez-vous d'avance**

Comment pronostiquer le temps nécessaire à un rdv tant que l'on n'a pas terminé le précédent ? En ne donnant pas de rdv d'avance et en respectant la mise en place systématique du groupement des actes, il y a de la place dans l'agenda pour des longues séances de traitement. Plusieurs rdv pour le même patient donnés à l'avance et c'est le début de la désorganisation (55).

#### **1.1.3.4. Savoir dire « non »**

Céder aux demandes des patients va « plomber notre activité ». Nous sommes responsables de l'organisation de nos journées et de notre aptitude à dire « non ». La gestion des rendez-vous est la pierre angulaire de toute l'organisation.

L'incapacité à dire non est l'une des erreurs les plus courantes dans l'organisation du carnet de rdv. On comprend ici toute l'importance d'avoir mis en place un règlement intérieur sur lequel l'assistante puisse s'appuyer sans faire d'exception et sans prendre de décisions émotionnelles. Dire « non » est une rupture de communication, il faut savoir refuser sans dire « non ». (la fausse urgence, le patient débiteur, ou l'habitué du manquement de rdv). Nous le savons tous : il est bien plus « facile » de dire oui, d'accepter une urgence, un rdv de plus, que de refuser.

#### **1.1.3.5. « Le syndrome du carnet vide »**

Ces décisions auront pour conséquences le « Syndrome du carnet vide » puisque l'on peut donner des rdv à 8-10 jours. Le carnet le plus profitable est celui qui est rempli 15 jours à l'avance (55).

L'agenda est le reflet de notre activité, être plein à 2 mois ou pire encore, donner des rdv 3 mois plus tard est-ce compatible avec une vie professionnelle et personnelle équilibrée? Il faut un programme quotidien harmonieux avec des objectifs raisonnables.

### **1.1.4. Comment donner les rendez-vous ?**

#### **1.1.4.1. L'ilotage (55)**

Il est à proscrire absolument. L'ilotage est un rendez-vous seul dans un agenda vide ou presque et qui va créer une zone morte et impossible à utiliser pour un rdv nécessitant une plage horaire plus importante (Figure 8). Il commence souvent avec un rdv donné plus de 15 jours à l'avance, il va agir comme un aimant qui agglutine les rdv autour.

Donner plusieurs rdv d'avance est une « caricature » d'organisation. C'est une illusion, les soins dentaires peuvent être sujets à des aléas thérapeutiques qui peuvent bouleverser la séquence telle qu'elle était prévue. C'est la raison pour laquelle il ne faut pas donner de rdv d'avance.

Quand un rdv « court » se présente, il ne faut pas le mettre au milieu d'une plage horaire vide partageant ainsi un créneau long en deux plus courts. Il doit toujours être donné en laissant des créneaux les plus longs possibles.

Alors que bien souvent, nous avons tendance à placer aléatoirement des rdv de 20 à 30 min qui vont polluer notre carnet de rdv.



**Figure 8-Exemple d'ilottage** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.26).

Les rdv sont donnés jour après jour. L'objectif est dans la mesure du possible, de remplir complètement un jour avant de passer au suivant.

Les comportements humains requièrent de la souplesse, il serait irréaliste d'exercer une profession médicale sans en tenir compte.

Ainsi, lorsque le patient n'est que rarement dans la région, il est possible de lui donner un rdv sans créer d'ilottage, il faut le placer en fin de matinée ou le dernier de l'après-midi (Figure 9) et lui confirmer 8 jours avant. La place pour de grands rdv reste disponible. Une autre solution est de proposer au patient de rappeler 15 jours avant la date qu'il souhaite. Les patients très occupés qui ont une situation qui impose qu'on leur donne des rdv d'avance sont ceux qui ont le plus de raison de manquer un rdv (réunion, imprévus, repas d'affaires, train, avion).

Pour rester organisé, la condition sine qua non est de ne pas donner plus d'un rdv.



**Figure 92-Rendez-vous donnés à l'avance sans créer d'ilotage.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. P.27).

#### **1.1.4.2. Le choix de la plage horaire**

Le choix d'un rendez-vous répond à une réflexion qui tient compte des souhaits du patient et des disponibilités du praticien. Il faut lui proposer deux options seulement, plutôt que de le laisser complètement libre ou de l'enfermer d'emblée dans un seul créneau. Pour cela, il est utile de joindre une demande « des disponibilités » lors de l'envoi du questionnaire médical.

Le praticien et l'assistante utiliseront les plages libres du carnet de rdv de manière rationnelle et logique :

- Le choix du rdv tient compte de l'activité et des habitudes du patient : on ne propose pas un rdv matinal à une infirmière en service nocturne, la fin de matinée à un diabétique, ou une fin de journée à un sujet professionnellement stressé.

- les plages horaires les plus demandées (après 17h30) ne doivent être attribuées que s'il est impossible d'en choisir une autre.

- Les zones tampons destinées à recevoir les urgences ne sont jamais attribuées pour un rdv « normal » elles sont prévues à une heure choisie pour garantir le bon déroulement de la journée.

Il faut considérer que l'absence d'un accord total du patient peut entraîner une absence ou une annulation.

Notons qu'il est préférable d'utiliser la formulation « séance de traitement » à celle de rdv. Une séance de traitement évoque une plage réservée à un acte et s'annule moins légèrement qu'un rdv (Qui suggère simplement le moment de la prochaine rencontre).

A l'usage, il est souhaitable d'indiquer au verso la date, le jour ainsi que la durée pour donner au patient un maximum d'informations. Il n'est pas conseillé de noter des indications concernant l'annulation des rdv au minimum 48 h à l'avance, elles ne peuvent qu'induire inconsciemment l'idée de cette possibilité.

### **1.1.4.3. Comment intégrer la plage d'urgence (47) ?**

Faut-il accepter tous ceux qui émettent le désir d'être reçus sur le champ pour soulager leur douleur, faut-il le faire au détriment des patients de la journée, faut-il réduire le temps de travail prévu au risque de ne pas finir ce qui été prévu ? Pire encore, mettre en question la qualité de nos soins ?

Le praticien qui subit cette pression de la demande ne résiste pas, en général, à tordre sa belle organisation théorique. Si bien que l'agenda parfait se trouve submergé d'exceptions.

Une urgence est par définition un imprévu dans l'organisation de notre journée. Elles font parties de la vie quotidienne des cabinets. Il est essentiel d'établir une « plage » d'urgence quotidienne, matin et/ou soir, en fonction de son nombre moyen (38).

Il s'agit d'une plage de rdv quotidienne et habituelle maintenue vierge pour servir d'amortisseur. Si aucune urgence ne s'est présentée, cette plage horaire tiendra lieu de tampon.

Moins les plans de traitement sont étalés dans le temps (rdv courts), moins ils comportent de rdv, moins les urgences internes au traitement sont fréquentes. Plus l'approche globale est systématisée, moins les patients ont l'occasion de consulter pour une pathologie non encore traitée. Cependant un cabinet génère un nombre minimum d'urgences qu'il sera plus facile à intégrer dans un agenda avec des rdv longs que dans les agendas à vingt rdv ou l'on finit par espérer les annulations.

L'expérience montre que le carnet de rdv est en constant remaniement et qu'il est souvent possible de proposer des disponibilités aux patients (25). Dès qu'un désistement s'annonce, nous pouvons répondre à des demandes urgentes, et par la même occasion éviter une période creuse.

### **Délais d'attribution d'une urgence :**

- **Urgence interne :**

Même si elle ne fait pas partie des urgences « vraies » que nous avons pu définir, elle est à traiter sur le champ car elle est vécue comme un échec de soins (descellement, pansement parti, sur occlusion...). Il faut donc proposer au patient un rdv rapidement. Donner de manière systématique des recommandations postopératoires verbales et écrites limitera ce type d'urgence.

- **Urgence externe :**

Il faudra se référer à la fiche de communication et aux possibilités offertes par le planning. Pour ne pas compromettre les soins prévus, dans certaines situations exceptionnelles, il est possible d'annuler un rdv prévu pour recevoir une urgence.

## **1.2. Le manque d'efficacité au fauteuil**

Malgré la mise en place du groupement des actes, la prise de rdv peut poser problème si lors des rdv l'équipe n'est pas assez productive.

Nous verrons dans la partie suivante que la mise en place de protocoles et le travail à quatre mains permettront de soigner plus de patients pour une même qualité de soins en moins de temps.

## **1.3. L'importance de la démographie**

Si malgré une bonne gestion de l'agenda et un travail efficace, la difficulté à avoir des créneaux de libres persiste, le praticien sera amené à se poser la question de la démographie médicale de son secteur d'activité.

La plupart des difficultés de gestion d'agenda prennent leur source dans le nombre trop important de patients à gérer. Pour répondre au plus grand nombre de patients, certains praticiens bien que travaillant en rdv longs prendront des décisions qui ne désengorgeront pas leur agenda car la démographie est trop importante.

### **1.3.1. Les mauvaises solutions :**

- Augmenter les délais ?

Plus le délai entre deux rdv est long, plus le taux d'absentéisme et le taux d'urgence interne au traitement augmentent (55).

- Augmenter le nombre d'heures de travail ?

Face à l'afflux de patients, le chirurgien-dentiste se résoudra à travailler plus longtemps, d'abord en coupant sa pause déjeuner du midi, puis en terminant de plus en plus tard le soir, puis en rajoutant à la semaine une demie journée de travail. En ne respectant pas son rythme biologique, le chirurgien-dentiste fera face à une fatigue générale entraînant une baisse de productivité, il perdra l'intérêt de son métier ce qui ne manquera pas de provoquer son lot d'erreurs, de non-qualité, de conflits...sans compter les dégâts dans la vie personnelle du praticien.

### **1.3.2. Prendre un collaborateur est-ce une solution ?**

C'est une bonne solution à la seule condition que le problème vienne réellement du surplus de patient.

Ainsi, la gestion de l'agenda et le travail au fauteuil doivent être maîtrisés avant d'envisager une embauche dans le but de prendre en charge de nouveaux patients. Cependant si la démographie médicale est trop faible le collaborateur pourra lui aussi être rapidement submergé.

## **1.4. Limiter le nombre de patients ou développer le cabinet ?**

Le manque de place dans l'agenda pour les rdv longs peut avoir comme nous l'avons vu trois origines. Si malgré la bonne gestion de l'agenda, l'efficacité du travail, la prise de rdv longs n'est pas réalisable dans des délais acceptables, c'est que la demande de soins est supérieure à la capacité de production du praticien. Dans ce cas, il ne faudra alors pas chercher à satisfaire tous les patients émettant le désir d'avoir un rdv. La solution sera de refuser des patients ou de prendre un collaborateur.

En conclusion, le praticien ne doit pas chercher à soigner plus de patients que ne le permet sa propre capacité de production dans le respect des objectifs qu'il s'est fixé.

## 2. Conduite à tenir pour retrouver la maîtrise de son agenda :

Lorsque le planning est surchargé, c'est le livre de rdv qui dirige les activités et non plus le praticien.

Les règles pour désengorger l'agenda et pouvoir ainsi passer au groupement des actes sont:

- Adopter un nouveau carnet de rdv (mise en place d'une unité de temps de 10 minutes)
- Déléguer la gestion de l'agenda à une assistante responsable de la planification, formée à la bonne utilisation des plages horaires.
- Diminuer le nombre de patients par jour et augmenter la durée des rdv
- Réaliser systématiquement un plan de traitement et séquencer les actes.
- Ne donner qu'un seul rdv à la fois, oser ne pas donner de rdv d'avance.
- Confirmer les rdv la veille par téléphone, sms ou e-mail.
- Commencer le traitement après avoir recueilli le consentement et la signature du patient.
- Savoir confronter les patients qui arrivent en retard ou qui ne respectent pas leur rdv.
- Tenir compte des caractéristiques propres au patient.
- Savoir dire « non ».
- Effacer tous les 2ème et 3ème rdv.
- S'interdire l'îlotage et rappeler les patients dont les rdv sont mal placés.

**CHAPITRE II :**  
**RATIONNALISER LE TRAVAIL AU FAUTEUIL**

Une fois l'organisation du temps de travail mise en place, avec le groupement des actes, et l'organisation de l'agenda, le praticien et l'assistante doivent poursuivre leur travail d'organisation et élaborer des protocoles cliniques et opératoires dans le but de réaliser les soins en un minimum de temps.

L'organisation pour la réalisation efficace des actes nécessite trois référents :

- 1) Les protocoles pré, per et postopératoires.
- 2) Le choix du matériel (Bacs et Cassettes).
- 3) L'ergonomie (les protocoles d'utilisation et le travail à quatre mains).

## **A. LES PROTOCOLES.**

Un protocole est une méthode qui définit l'ordre chronologique des actions qui permettent d'effectuer une tâche spécifique en respectant les paradigmes d'asepsie et d'ergonomie en vigueur. Cela consiste à choisir la mise en œuvre d'un acte de la façon la plus rationnelle possible selon les ressources du cabinet et ses méthodes de travail.

L'élaboration des protocoles est de prime abord un travail fastidieux mais est un outil majeur dans la pratique apportant méthodologie, efficacité, organisation, anticipation des actes. Ils permettent de respecter les exigences requises en termes d'asepsie, d'ergonomie, et de communication.

Leurs mises en place sont un pré requis au travail en groupement d'actes qui perd de l'intérêt lorsqu'ils n'y sont pas associés.

Les protocoles sont indispensables au travail en équipe. Imposer l'organisation ne sert à rien, il faut avant tout faire comprendre leurs nécessités et les avantages que chacun pourra en retirer. L'ensemble du cabinet doit se trouver impliqué dans l'amélioration de l'organisation (55).

La structure du cabinet est un paramètre important à prendre en compte, notamment en fonction de la présence ou non de l'assistante au fauteuil. Ainsi, d'un cabinet à l'autre les protocoles ne sont pas transposables. Les procédures du cabinet doivent être soigneusement élaborées pour que le travail soit correctement et systématiquement effectué.

## 1. Normaliser les actes :

Pour exploiter la richesse des protocoles opératoires écrits, il faut se les approprier en deux étapes distinctes.

### **1.1. Sur la forme : élaborer le document qui consignera toutes les étapes des opérations**

Les modes opératoires gèrent les pratiques habituelles par le découpage et le minutage des interventions de chacun (praticien et auxiliaires) dans la réalisation d'une tâche. Ils garantissent la régularité des actions, sans oubli et sans erreur. Ils évitent que les dispositions prises soient transgressées ou contournées (50).

La quasi-totalité des actes effectués dans un cabinet est normalisable, c'est-à-dire, qu'il est possible d'anticiper les besoins en matériel, matériaux et instruments. Il a été prouvé que, dans 95 à 98% des cas (35), ce sont toujours les mêmes instruments et produits qui sont utilisés pour pratiquer un acte donné. Alors, pourquoi ne pas rationaliser nos actes et nos mouvements et donc limiter les improvisations et garder notre énergie? Bien sûr, il faut accepter de perdre du temps en organisant son travail en amont.

Selon certains auteurs, dans un cabinet d'omnipratique, dix à vingt actes représentent plus de 90% des interventions à pratiquer au fauteuil quotidiennement. De même, seulement 20% des produits sont utilisés dans 80% des cas (35).

Chaque chirurgien-dentiste effectue les actes d'une manière différente et avec des instruments différents selon ses préférences. Une fois les instruments et matériaux utiles pour chaque procédure opératoire définis, il s'agit alors de déterminer l'ordre chronologique dans lequel on les utilise en déterminant les tâches concomitantes ou décalées du praticien et de l'assistante. La logistique autour de l'acte pourra prendre forme et l'équipe pourra se concentrer sur le patient et le soin.

Pour l'élaboration des protocoles opératoires chaque cabinet aura pris en compte les contraintes architecturales, ergonomiques et humaines propres au cabinet. Le protocole écrit est le départ inévitable d'une véritable organisation pérenne. Chaque membre peut faire part de ses propositions d'amélioration, de ses réflexions ou idées.

## **Quelques bonnes raisons d'élaborer ses propres protocoles :**

- Améliorer sa pratique
- Remettre à plat son organisation
- Former et impliquer son assistante
- Coordonner ses gestes
- Améliorer l'ergonomie et hygiène
- Permettre un gain de temps
- Diminuer le stress
- Augmenter sa rentabilité

### **1.2. Sur le fond : analyser la pertinence de sa pratique, la mettre à l'épreuve des résultats**

Les protocoles, comme les modes opératoires, sont rédigés concomitamment par tous les intervenants. Lors de leurs applications, l'analyse de l'enchaînement des actions conduit souvent à proposer des aménagements. C'est une opportunité d'amélioration qui peut être immédiatement testée. Lorsqu'elle s'avère bénéfique, elle est adoptée et insérée dans le protocole (50).

Les protocoles, établis par l'équipe soignante, intègrent le choix de la technique utilisée, en fonction des risques spécifiques liés aux activités. Les protocoles sont en évolution permanente par leur remise en question et l'évolution des pratiques.

Contrôler régulièrement la conformité participe à la démarche qualité. Ils permettent d'obtenir sécurité, régularité et satisfaction.

Chaque étape du traitement doit être maîtrisée par l'équipe. Celui-ci est discuté, validé et surtout corrigé selon l'expérience, l'analyse et les évolutions technologiques.

Il y a pourtant un frein puissant à la remise en cause de notre pratique : ce sont les habitudes.

### **1.2.1. Les habitudes :**

Une erreur même mineure mais répétée peut prendre beaucoup d'ampleur. Un petit changement dans le protocole écrit, imperceptible au début, finit par devenir monnaie courante et aboutit à un dysfonctionnement.

### **1.2.2. Recul et expérience :**

Prenons l'exemple de la digue dentaire. La pose de la digue dentaire ne prend que quelques secondes, parfois plus lorsqu'il faut reconstituer la dent pour pouvoir la placer. Elle dispense l'équipe soignante d'essayer en vain d'isoler la dent via l'aspiration, de tenter d'empêcher la contamination par le sang ou la salive alors que la dent ne sera pas isolée de l'air exhalé. Il sera très difficile pour l'assistante d'assurer la passation d'instruments tout en veillant à l'isolement de la dent. Cette dernière devra composer avec l'envie du patient de déglutir et le désir de fermer la bouche. Alors que la digue n'est généralement pas utilisée à cause de sa complexité et du temps de mise en place ! Seul 16.3% des praticiens affirme la poser systématiquement lors des biopulpectomies (19).

### **1.2.3. La technologie :**

Elle est incontournable pour faire gagner du temps et/ou de la sûreté.

La technologie ne doit pas pour autant être un leurre. Bien sûr, le praticien ne peut se passer des outils technologiques actuellement disponibles. Mais le praticien doit rester vigilant, l'utilisation de technologies de pointe participe aux succès mais également aux échecs quand leurs limites d'utilisation ne sont pas respectées.

Exemple : Le localisateur d'apex

Il apparaît aujourd'hui être un outil incontournable de la mesure de la longueur de travail. Cependant, le praticien ne peut faire l'économie de son sens clinique.

Ainsi l'utilisation de techniques plus classiques reste incontournable : la radiographie pré-opératoire, la radiographie lime en place, la radiographie maître cône, la lime de perméabilité ou encore les cônes en papier.

C'est la diversité des techniques qui nous assure de déterminer la longueur de travail avec la plus grande précision.

En conclusion, la remise en cause de nos protocoles cliniques et de notre façon de travailler est une préoccupation constante. Il faut ainsi faire évoluer nos protocoles, les réévaluer en fonction des nouveaux outils à notre disposition, tout en analysant les résultats obtenus.

Travailler sur des protocoles demande du temps, de la concentration, ainsi que la volonté de former une équipe mais finalement fait gagner un temps considérable ainsi qu'un réel confort de travail.

## 2. Les différents protocoles:

### **2.1. Les protocoles communs à tous les actes**

Tous les actes cliniques nécessitent des actions avant pendant et après le soin qui ne font pas à proprement parler partie de l'acte mais qui sont nécessaires à son exécution. Ce sont les instructions de travail. Elles concernent les règles de bon accueil du patient, son installation sur le fauteuil, les positions du praticien et de l'assistante lors des soins, la procédure d'anesthésie, de radiologie, de pose de la digue ainsi que la sortie du patient. Ce sont des situations répétitives tout au long de la journée. L'essentiel est que le protocole se déroule selon un plan préétabli, spécifique au cabinet et que chacun des intervenants sache ce qu'il a à faire. Ce sont des actes simples, sans techniques particulières néanmoins, il est préférable de ne pas avoir à rappeler ces instructions à chaque intervention, l'assistante doit être autonome.

Exemple : pose de la digue.

Beaucoup d'actes dans notre exercice quotidien, exigent le travail sous digue. La pose et la dépose de la digue sont souvent considérées comme source de perte de temps, voire de désarroi s'il n'y a pas coordination des gestes et si tous les éléments nécessaires ne se trouvent pas à portée de main des opérateurs (pince à perforer, crampons, pince à crampons, fil de soie, cadre et digue.) Afin de décharger le praticien, l'assistante est tout à fait à même de choisir le ou les clamps appropriés, de perforer le latex et de présenter la pince munie du clamp et du champ.

Pour mener à bien un acte opératoire, il est indispensable de fournir à l'acte le contexte idéal pour son accomplissement : il est donc nécessaire d'établir des protocoles préopératoires.

Notons que nous étudierons les protocoles d'utilisation après avoir défini le travail en bacs et cassettes.

## **2.2. Les protocoles pré, per et post-opératoires**

A chaque étape de traitement, à chaque avancée dans l'acte thérapeutique, le travail de l'assistante sera planifié de manière à anticiper celui du dentiste. Chaque acte correspondra à une série d'actions et de matériels utilisés, soit par le praticien soit par l'assistante. Cette série sera réalisée dans l'ordre chronologique des événements permettant ainsi de gagner du temps.

### **2.2.1. Les protocoles pré-opératoires :**

Ils consistent en la préparation de l'acte avant l'installation du patient sur le fauteuil. Ils sont à la base du bon déroulement de la séance en assurant dès le début du soin la disponibilité du matériel.

### **2.2.2. Les protocoles per-opératoires :**

Les protocoles per-opératoires réglementent les actes au fauteuil, nous venons de voir que les protocoles préopératoires les entourent et les englobent.

Ils concernent le déroulement d'une séance de soins en décomposant les besoins en matériel et matériaux (Annexe 5), le rôle de chacun des protagonistes (Annexe 6) et l'enchaînement des gestes avec comme objectifs :

- l'efficacité.
- la productivité (recentrer le métier sur le travail en bouche).
- le respect des règles d'asepsie et de sécurité des personnes.
- la communication.

Une fois les instruments, matériels, produits et appareillages en place, il est bien évident qu'il faut savoir les manipuler et en faire bon usage. Des protocoles bien écrits, clairs, rigoureux, permettent de distinguer les instruments, matériels et matériaux à utiliser, acte par acte, séquence par séquence, avec une terminologie et des instructions bien précises.

### **2.2.3. Les protocoles post-opératoires :**

Ils concernent la gestion des déchets après l'acte, le traitement de l'instrumentation, le réapprovisionnement des consommables, la décontamination des surfaces, la chaîne de stérilisation, le rangement et la gestion du stock. Nous le verrons dans le chapitre traitant de l'hygiène.

Pour conclure, ce travail de prime abord fastidieux, se révèle être un atout majeur dans la pratique: respect des exigences requises en termes d'asepsie, d'ergonomie et de communication lors de la réalisation des gestes et actes opératoires. L'utilisation des protocoles est un outil qui aide l'équipe soignante à gagner en méthodologie et en organisation. La définition des tâches par des processus précis est source d'efficacité et de réduction des efforts.

## **B. DES PROTOCOLES À LA LOGISTIQUE : BACS ET CASSETTES.**

### **1. Organisation des plateaux de travail : les bacs et cassettes.**

Appelé également « *tubs and trays* », ils participent pleinement à l'organisation générale du cabinet (17). Le fait d'avoir écrit ses propres protocoles va permettre à l'équipe d'organiser sa logistique, en effet la liste détaillée des produits et instruments utilisés ayant été définie par l'écriture des protocoles, il est possible de préparer l'organisation en bacs et cassettes (Annexe 7).

### **Buts :**

- Rationaliser son organisation proximale
- Optimiser sa logistique instrumentale
- Gagner un temps précieux sur chaque acte
- Gagner en sérénité et concentration dans le travail
- Améliorer et mieux contrôler la qualité : asepsie et sécurité.

« L'une des manières les plus efficaces d'économiser le temps et le mouvement est d'utiliser un système de plateau préparé (33) ».

### **Bacs et cassettes : de quoi s'agit-il ?**

Il s'agit d'un concept simple : mettre à portée de main de l'opérateur l'ensemble des éléments dont il a besoin pour un acte donné.

Une fois l'analyse détaillée des besoins en matériels et matériaux pour chaque acte, l'équipe soignante devra séparer le stérilisable et le non stérilisable. Pour un acte donné, une cassette sera associée à un bac.

Le principe organisationnel est très simple : dans la cassette doit se trouver tous les instruments nécessaires à un acte opératoire, et dans le bac, tout le consommable nécessaire au même acte. La cassette et le bac correspondant à l'acte seront placés sur les plans de travail (Figure 10).

Il est bien entendu encouragé de travailler à quatre mains mais cette méthode s'applique également à l'omnipraticien travaillant seul.



**Figure 10-L'organisation des plateaux de travail: les bacs et cassettes.** (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.141).

## 2. Le bac (*tub*) :

Son utilisation permet de supprimer les tiroirs et d'optimiser l'usage des plans de travail. Le Bac en plastique contiendra tous les matériaux consommables (Tub) et tout ce qui ne nécessite pas de stérilisation (instrument à usage unique). On doit y inclure ce qui constitue la catégorie non critique. Nous verrons que ce matériel sera soumis à une désinfection et régulièrement réassorti.

### 2.1. Déterminer le nombre de bacs nécessaires

Au cabinet, il convient en premier lieu d'établir la liste des différentes interventions réalisées : composite, endodontie, prothèse conjointe et adjointe, etc. En odontologie, 8 bacs de base sont nécessaires : Un bac principal par discipline, un deuxième en complément si nécessaire, auxquels on peut ajouter des sur-bacs pour des actes communs à plusieurs disciplines (anesthésie, pose de digue, accessoires de radio etc.).

Prenons l'exemple du maquillage d'un composite antérieur : utiliser le bac de base « composite » avec le sur bac anesthésie, digue. Et si besoin un sur-bac « composite » avec tous les produits servant au maquillage.

## **2.2. Méthodologie des bacs**

### **2.2.1. Les mauvaises solutions :**

Le faux bac : c'est le conteneur quelconque, de forme quelconque, de dimension quelconque, utilisé en lieu et place du bac. Il est bien évident que l'assortiment et le rangement de ce genre de bac est plus qu'aléatoire.

Le bac en vrac : c'est un bac non compartimenté et dans lequel on finit par trouver un véritable fouillis de consommables, difficile à répertorier, difficile à réapprovisionner et difficile à nettoyer.

### **2.2.2. Les bonnes solutions :**

Le bac est compartimentable (Figure 11) et ne contient rien de plus que le matériel nécessaire à l'acte auquel il correspond et qui a été défini par les protocoles.



**Figure 11-Bacs composite et bacs associés.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. P.84 et 60).

Le bac devra être à la fois léger et capable de contenir de nombreux instruments et matériaux de natures différentes (seringues, fils, flacons...)

Le rangement : Il s'effectue soit en salle de soins, soit en zone intermédiaire, la salle de stérilisation est à éviter si possible (Figure 12). Le rangement des stocks doit trouver sa

place dans une zone proche de la salle de soins, accessible avec le moins de portes possibles. On ne devrait pas trouver de flacon, ni de produit, ni d'appareil sur le plan de travail.



**Figure 32-Rangement des bacs et des cassettes hors de la salle de stérilisation.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.95).

### **2.3. Réassortiment des bacs**

Les bacs doivent être réapprovisionnés le moins souvent possible, d'après Robert Maccario deux fois par semaine suffisent. Chaque produit déstocké est soustrait au listing du stock, puis rentré en traçabilité afin de suivre sa date de mise en service, son numéro de lot et sa date de péremption. Il faut privilégier les matériaux ou doses à usage unique, ou séparer les produits utilisés pour un patient, du reste des produits.

Tous les consommables réutilisables (flacons, tubes) dans les bacs, doivent être nettoyés avec une lingette avant de les réintégrer. Les autres consommables à usage unique seront triés et éliminés selon les procédures de gestion des déchets.

Le bac présente comme intérêt de permettre un contrôle visuel rapide et systématique à la fin de chaque soin. Le contrôle visuel des consommables et de leur péremption est plus aisé que lorsqu'ils se trouvent dans des tiroirs. Ainsi, le risque de se trouver à cours de produit lors d'un soin est réduit.

A noter que les champs, gants, canules ne font pas parti des bacs et cassettes. Ils seront prélevés au fur et à mesure des besoins avant chaque séance de soins.

## **2.4. Codes couleurs**

Il est conseillé d'utiliser des bacs de couleurs neutres, mais avec des pastilles de couleurs différentes pour s'y retrouver (principe du code couleur : associer une couleur à un acte) et choisir une double couleur de pastille pour des disciplines apparentées.

Exemple : pastille de couleur jaune clair pour le bac taille et empreinte en prothèse fixée, et de couleur jaune foncé pour la prothèse transitoire dento-portée.

## **3. La cassette (*tray*) :**

La cassette regroupe tous les instruments stérilisables utilisés pour un acte donné.

Le premier intérêt de la cassette préparée est qu'elle met à portée de main tous les instruments choisis pour un acte donné. Le second est qu'elle permet de passer toutes les étapes de la stérilisation sans être ouverte, donc sans risque de blessure et sans perte de temps.

### **3.1. Créer une cassette (18, 12)**

L'organisation des cassettes et le choix des instruments à y inclure doivent être définis selon l'ordre chronologique d'utilisation des instruments pour chaque acte. Un tel ordre dépendra des protocoles établis. L'encombrer avec des instruments inutiles produit une surcharge qui va à l'encontre du principe général.

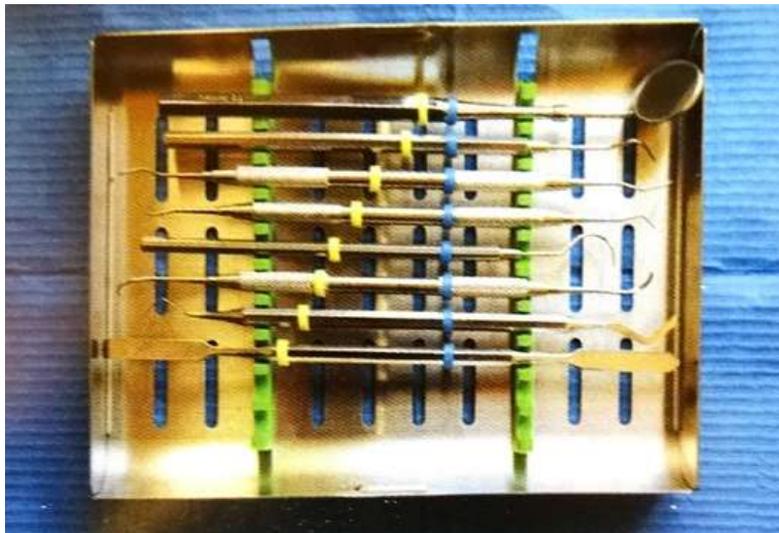
Pour certains actes, il est possible de disposer de cassettes complémentaires plutôt que de créer une grande cassette. L'expérience montre que l'usage de ces dernières impose une réouverture en stérilisation pour contrôle du nettoyage et réapprovisionnement, qu'il vaut bien mieux éviter.

Pour une activité d'omnipratique, il y aura 6 cassettes différentes :

1. classique ou de première consultation ;
2. endodontie ;
- 3 odontologie conservatrice ;
- 4 prothèses fixées ;
- 5 prothèse amovible ;
- 6 chirurgie, parodontie.

### **3.2. Codifier les instruments**

De même que pour les bacs, il est possible d'identifier les cassettes par des codes couleur spécifiques à chaque discipline. La couleur sera identique à celle du bac auquel elle correspond, grâce à une bague de caoutchouc colorée disposée sur chaque instrument. Les deuxièmes bagues seront disposées en diagonale sur l'instrument permettant d'indiquer l'emplacement de celui-ci dans la cassette (Figure 13) selon l'ordre d'utilisation réduisant les mouvements des yeux et de la tête. La disposition de ces bagues le long de l'instrument, sera un repère visuel facilitant son utilisation et son repositionnement.



**Figure 43-Les instruments dans leur position spécifique. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.143).**

### **3.3. Limiter le nombre d'instruments**

Le principe fondamental est d'éliminer autant d'instruments que possible et de préférer ceux à double extrémités travaillantes.

Pour chaque acte, un minimum d'instruments communs est requis : sonde, miroir et précelle.

Les instruments utilisés à de rares occasions doivent être emballés individuellement hors de la cassette standard.

#### 4. Les fraises et séquenceurs :

Les séquenceurs permettent de préparer à l'avance la série de fraises ou d'instruments canaux utiles pour chaque acte, conditionnés et stériles. Il existe de petites cassettes pour séquenceurs, autoclavables (Figure 14) et spécifiques à chaque discipline et repérées par un code couleur. Ainsi il devrait y avoir un séquenceur individuel pour les actes fréquents, pour la préparation de couronne, pour la préparation de cavité et pour le polissage. La sélection des fraises doit également être réduite à un minimum.



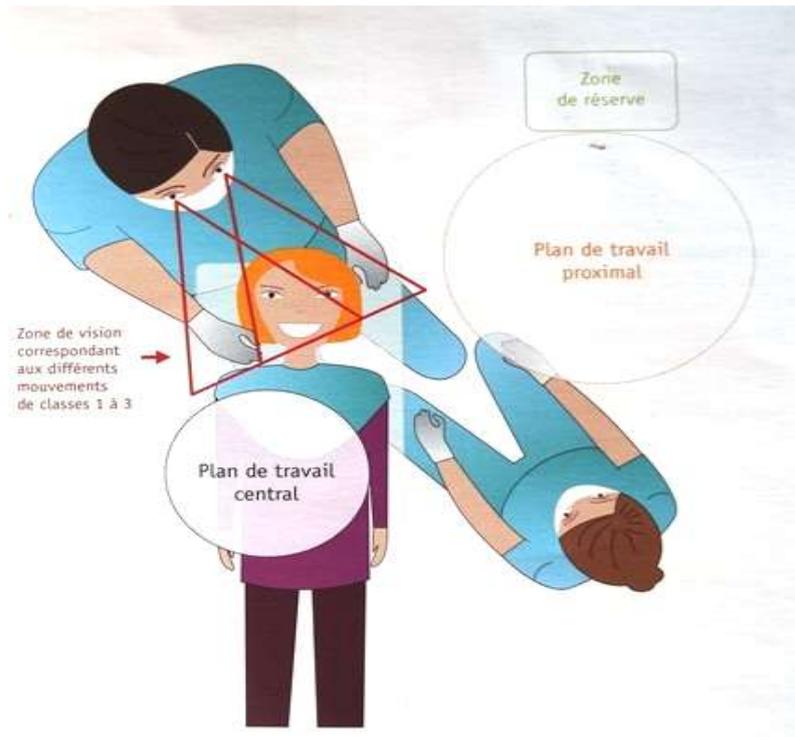
Figure 54-Séquenceurs de fraises spécifiques. (Style italiano®).

### C. DE LA LOGISTIQUE A LA PRATIQUE CLINIQUE.

#### 1. Les protocoles d'utilisation :

Nous aborderons ici l'agencement autour du poste de travail.

Avant l'installation du patient sur le fauteuil, sera disposé l'ensemble des instruments et matériaux nécessaires à un acte clinique. Nous allons voir la disposition et l'emplacement des bacs et cassettes sur les aires de travail (Figure15).

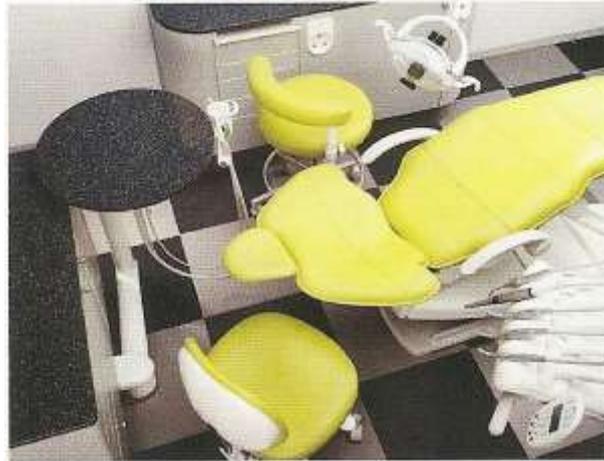


**Figure 65-Disposition des aires de travail.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.69).

L'assistante connaissant les soins prévus n'a pas besoin d'attendre de consignes. Elle doit anticiper la préparation du plateau technique avant que le patient soit installé. Elle installera le matériel sur les différents plans de travail afin d'être totalement disponible durant le soin sans aucune faute d'asepsie

Tout est amené sur les plans de travail proximaux et le praticien n'a aucun meuble de son côté ni à l'arrière. La position de l'assistante lui donne accès aussi bien à l'ensemble des produits concernés par l'acte qui va débiter qu'à la seringue air/eau et l'aspiration.

Les plans de travail larges et mobiles, faciles à entretenir et à décontaminer sont les plus favorables (Figure 16). Ils seront faciles à déplacer de part et d'autre de l'opérateur.



**Figure 76-Fauteuil A-dec** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.)

Les protocoles d'utilisation nécessitent une bonne disposition de la salle de soins et des opérateurs(12). Les zones varient selon que l'opérateur est droitier ou gaucher.

Pour satisfaire les conditions d'un travail à quatre mains, la meilleure méthode d'identification des positions fonctionnelles de l'équipement, du praticien et de l'assistante est celle dite « horaire » (Figure 17).

Le sommet du crâne du patient indique la position à 12 heures. Le cadran est divisé en quatre zones.



**Figure 87-Les différentes zones de l'espace proximal.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.67).

### **1.1. La position des intervenants (14)**

-la zone de l'opérateur est celle où le praticien s'assoit. Pour un praticien droitier cette zone s'étend de 7h à 12h. (C'est dans cette zone qu'il se déplace selon le secteur traité.)

- la zone de l'assistante (de 2 à 4 h) est une zone fixe conçue de façon à permettre à l'assistante d'être opérationnelle indépendamment du type d'unit utilisé et de la façon de travailler du praticien. L'assistante dentaire reste dans la même position indépendamment de la position de l'opérateur.

### **1.2. Le plan de travail central : cassette et séquenceurs spécifiques**

- la zone de transfert (de 4 à 7 h) est le secteur où les instruments et les matériaux dentaires sont échangés. Pour les équipements transthoraciques, la tablette est placée dans cette zone de façon à être à portée de main du chirurgien-dentiste et/ou de l'assistante.

On y trouve les instruments dynamiques rotatifs, la cassette de soins spécifiques à l'acte. Les séquenceurs de fraises et d'endodontie ainsi que les instruments en sachet se trouvent sur le plateau central. L'important est d'avoir à portée de main les instruments nécessaires à l'acte du début à la fin, sans avoir à interrompre la séquence clinique ni à quitter des yeux son champ opératoire. Pour cela, le plus favorable est la tablette transthoracique. Travailler avec un plateau à instruments situé à proximité du menton du patient est la meilleure solution d'un point de vue de temps et de mouvements. Un grand nombre de rotations, de flexions, de torsions sera éliminé par cet emplacement réduisant grandement la fatigue (33). Le plan de travail central est délimité par les avant-bras du praticien, il ne doit pas entraver ses mouvements (35).

### **1.3. Le plan de travail proximal : le bac**

- la zone statique (12 à 2 h) est l'endroit où un unit arrière ou tout équipement non intégré à un unit peut être installé (détartreur, lampe à polymériser, etc.)

Les produits spécifiques à l'acte sont accessibles sur le plan de travail proximal. Ils sont sortis du bac pour y prélever le nécessaire, et replacés hors du champ opératoire pour ne pas être contaminés par l'air ambiant ou au contact lors du soin. Seul le plan de travail situé dans la zone proximale est utilisable de manière efficace (Figure 18) par l'assistante. Aussi le

doublément de sa surface par des tablettes extractibles ne présente pas un grand intérêt puisqu'elles ne se situent pas dans la zone (12 à 2h). Il sera préférable d'utiliser un plan de travail sur roulettes. C'est ici que l'on disposera l'ensemble des produits non stérilisables.



**Figure 18-Plan de travail proximal: roulette vs tablette extractible.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. P.47 et 45).

#### **1.4. Le matériel périphérique**

Le matériel périphérique se trouve de plus en plus souvent monté sur l'unit (détartreur, lampe à photo-polymériser, caméra intra orale, air abrasion,...) Il est impératif de prévoir son installation avant l'acte. Un mobilier peut s'avérer absolument nécessaire dans la salle de soins, dans ce cas il est préférable de le positionner côté assistante, ainsi le praticien ne peut être tenté d'y accéder par des mouvements incontrôlés. Le développement des matériels périphériques de plus en plus volumineux justifie la suppression du meuble avec tiroirs traditionnel au profit de simples plans de travail dans la zone proximale.

L'organisation en bacs et cassettes fait aujourd'hui l'unanimité. Dans un système rationnel et optimal, le praticien doit être au centre de l'organisation. Les bacs et les cassettes ont pour mission de véritablement déplacer « les tiroirs » vers l'opérateur (35).

Pour conclure, l'utilisation de la méthode bacs et cassettes améliore inmanquablement les qualités d'organisation et respecte les normes d'asepsie, pallie les

oublis, supprime les tiroirs en salle de soins, et nous le verrons permet d'acquérir une meilleure rentabilité horaire.

## 2. Le travail à quatre mains :

### **2.1. Travail à quatre mains ou travail à deux ?**

Par abus de langage ou par méconnaissance, certains pensent qu'embaucher une assistante consiste à travailler à 4 mains. Ce travail se fait en fait avec une assistante « multitâches » qui est partout à la fois. L'étape suivante est d'avoir de temps en temps une assistante au fauteuil pour aller chercher ce qui a été oublié. D'autres travaillent à 3 mains, l'assistante est bien installée au fauteuil mais n'effectue que la rétraction des lèvres, de la langue et des joues et s'occupe de l'aspiration.

Il n'existe qu'un seul quatre mains, l'assistante est exclusivement au fauteuil tout au long de l'acte opératoire. Elle ne se lève pas de son siège, tout comme le praticien. Cette méthode de travail consiste à garder ses yeux et sa concentration dans la bouche du patient, les avant bras ne doivent pas bouger, la main doit simplement accueillir l'instrument que l'assistante place dans la main du praticien, dans le bon angle et dans l'ordre établi par le protocole clinique. Le praticien ne doit pas avoir à demander ni attendre les instruments.

### **2.2. La jonction avec les bacs et cassettes**

#### **2.2.1. La mise en œuvre du travail assisté (14)**

L'objectif est d'augmenter autant le confort du patient que la qualité des traitements, en réduisant non seulement le temps au fauteuil pour la plupart des traitements mais aussi le stress et la fatigue provoqués en exécutant seul des procédures dentaires compliquées.

Durant la phase de traitement, l'assistante est chargée d'effectuer avec habileté et efficacité les tâches suivantes :

- Elle assure la jonction entre les bacs et cassettes et les mains du praticien. Elle doit veiller à transférer efficacement les instruments et les matériaux selon les besoins du praticien.

-Elle doit maintenir un champ opératoire clair par la rétraction des lèvres, de la langue et des joues, en utilisant l'aspiration chirurgicale à haut débit pour enlever la salive, le sang, l'eau, et les débris de la bouche du patient.

- **Disponibilité du matériel :**

Une fois le protocole mis en place et le matériel déterminé, l'équipe soignante doit s'assurer de sa disponibilité dès le début de l'acte de façon à supprimer les déplacements, y compris de la tête et des yeux du praticien facteur de déconcentration et de fatigue nerveuse (35). Le dentiste doit pouvoir mener son acte à terme, sans quitter des yeux son champ opératoire.

- **Disponibilité de l'assistante :**

Il serait utopique d'élaborer des protocoles en vue de travailler à quatre mains si le cabinet ne dispose que d'une assistante polyvalente. A l'usage, il est possible pour le praticien ne disposant que d'une assistante de travailler à quatre mains lors des rdv longs en ayant au préalable organisé la gestion des appels et l'accueil des patients. Pendant le travail à quatre mains, rien ne doit venir interrompre l'acte.

### **2.2.2. Les conditions d'un quatre mains réussi (35)**

1) *L'agencement :*

L'équipement doit être ergonomique, c'est-à-dire permettre une bonne posture à tous les protagonistes et assurer à l'assistante un accès à tous les instruments. La position des opérateurs, l'emplacement du plateau de travail et les systèmes de rangement devront permettre une bonne accessibilité.

Les instruments et matériaux sont positionnés au plus près de la zone d'utilisation afin d'assurer un rythme de travail régulier (Figure 19).



**Figure 99-Accessibilité de la cassette et du matériel consommable lors du travail à quatre mains.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.94).

## 2) La distribution :

La distribution transthoracique (Figure 20) est la mieux adaptée et la plus confortable pour le travail à quatre mains. Elle permet au praticien de maintenir sa posture et d'éviter de faire des mouvements nocifs pour sa santé. L'assistante a accès très facilement à l'instrumentation ce qui n'est pas le cas lors d'une distribution arrière ou latérale. D'autant que la distribution transthoracique est compatible avec un travail en solo en cas d'absence de l'assistante. Lors de la création du cabinet, il est utile d'envisager la présence future d'une assistante permanente au fauteuil avant de choisir un système: kart, plans de travail latéraux ou proximaux. Dans le cadre d'un travail à quatre mains, l'aspiration doit toujours être à main droite de l'assistante.



**Figure 20-Fauteuil Quetin : Distribution transthoracique.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.107)

3) La posturologie du praticien et de l'assistante (14) :

Les sièges doivent offrir un bon maintien et la hauteur doit être réglée en fonction de la taille des intervenants. Le siège de l'assistante doit être positionné plus haut que celui du praticien (Figure 21).



**Figure 21-Position de l'assistante lors du travail à quatre mains.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.94).

4) L'éclairage :

Il doit être efficace et l'assistante doit veiller à son bon positionnement, au-dessus de la tête et selon l'axe du regard.

5) L'implication du patient :

Il fait partie intégrante de l'équipe et doit tout mettre en œuvre pour faciliter le travail. Sa tête doit être mobile pour faciliter le champ de vision du praticien et de l'assistante. Connaissant le secteur de travail prévu, l'assistante réglera la tête avant d'incliner le fauteuil et ajustera la position une fois le patient allongé ce qui facilitera le travail du praticien. Elle veillera tout au long du soin au bon positionnement de la tête du patient.

6) Les protocoles :

Ils sont indispensables au travail en équipe.

Ainsi, le travail à quatre mains nécessite de la réflexion, de l'organisation et ne peut être réalisé sans le groupement des actes, la gestion de l'agenda, les protocoles cliniques et un agencement optimal des plateaux de travail. Une bonne organisation montre son efficacité en se faisant oublier.

### **2.2.3. Le transfert d'instruments et de matériaux (14)**

Les protocoles, les instructions étant bien établis et assimilés, plus besoin que le praticien donne des instructions à voix haute. Un simple geste avec le petit doigt permet au praticien d'informer l'assistante qu'elle va pouvoir récupérer l'instrument. Ces codes sont nécessaires entre praticien et assistante afin de bien coordonner leurs gestes et que l'assistante ne précipite pas la passation des instruments.

C'est donc bien le praticien qui rythme les échanges. Ce signal intervient environ trois secondes avant le changement d'instrument. L'assistante attend le geste de retrait de l'instrument de la bouche pour agir. Le praticien reste détendu et se « laisse faire » par une assistante concentrée et efficace connaissant précisément le déroulement de l'acte de soin.

Un transfert d'instruments et de matériaux souple et efficace est un effort d'équipe qui exige de la coordination, une bonne communication et une certaine pratique entre le dentiste et l'assistante.

Les principes suivants doivent être respectés afin d'obtenir la méthode de transfert d'instruments la plus efficace :

- l'assistante doit connaître la chronologie de la séquence opératoire et prévoir à quel moment un transfert d'instrument sera exigé. Le praticien utilise son auriculaire pour signifier une instruction

- le transfert ou échange d'instruments a lieu, comme son nom l'indique dans la zone de transfert, proche du menton du patient.

- le transfert d'instruments doit être accompli avec un minimum de mouvements. Ceux-ci ne doivent impliquer seulement que les doigts, le poignet, et le coude. L'assistante prend l'instrument de la main du praticien en enroulant son auriculaire autour, et présente le nouvel instrument entre le pouce et l'index par conséquent sans bouger les coudes (Figure 21).

- l'instrument est transféré de telle sorte que le chirurgien-dentiste puisse le recevoir sans déplacer ses yeux du champ opératoire. Les gestes sont courts, et les yeux restent dans la zone opératoire.

- les instruments doivent être placés directement dans la main du praticien et orientés correctement, prêts pour leur utilisation ne nécessitant aucun geste inutile du praticien. De la sorte le chirurgien-dentiste n'a pas besoin de décaler l'instrument dans sa main avant de l'employer. Sur un plan pratique, cela signifie que l'extrémité fonctionnelle de l'instrument soit dirigée vers le bas pour les secteurs mandibulaires et vers le haut pour les secteurs maxillaires.

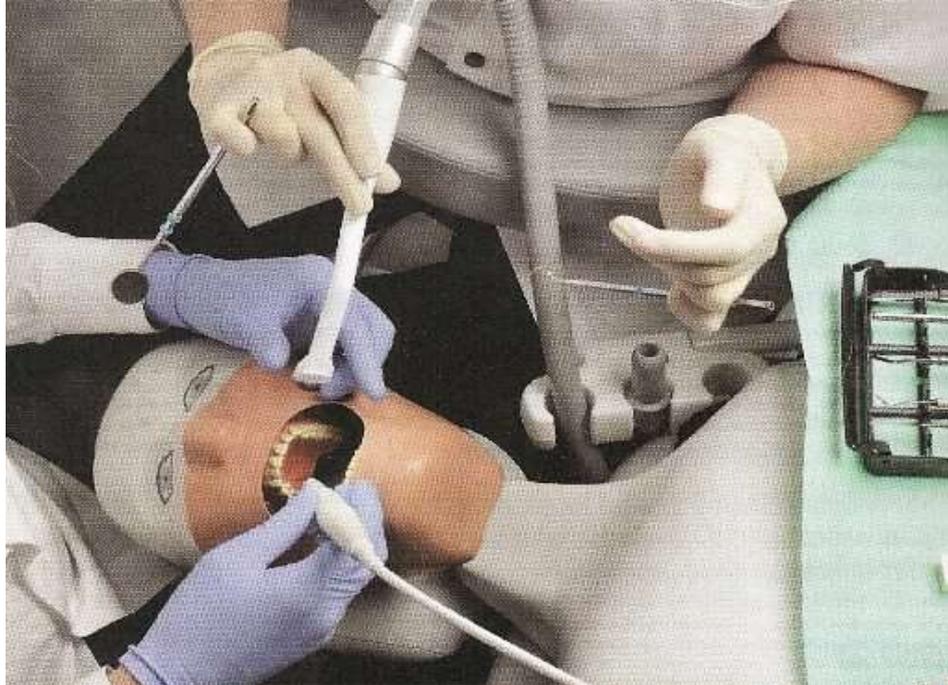
- la main gauche de l'assistante est utile à la passation des instruments, la droite se chargeant de l'aspiration. La cassette doit, être placée à la gauche de l'assistante et le matériel et consommables à sa droite. Grâce à l'emplacement transthoracique de la cassette, l'assistante effectue la passation sans bouger les coudes.

Il n'y a pas de geste inutile, ni de faux mouvement, ni perte de temps : un instrument s'en va, l'autre arrive. Tout est mis en œuvre pour que les opérateurs aient des mouvements de moindre amplitude, impliquant uniquement les doigts et les poignets.

Concernant la présentation des matériaux dentaires, ils sont généralement donnés au chirurgien-dentiste dans la zone de transfert près du menton du patient.

Dans le cas d'un travail à quatre mains, le praticien ne replace pas lui-même les instruments dans la cassette. L'instrument sera repositionné à sa place grâce au baguage.

Lorsqu'un geste va se répéter, l'assistante se sert du thorax du patient pour ne pas avoir à faire de mouvement d'avant-bras supplémentaire et fatiguant.



**Figure 102-Préhension et passation des instruments.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les Ulis : EDP Sciences ; 2014. p.170).

Une assistante efficace au fauteuil augmente la rapidité et la qualité des soins, par la connaissance parfaite du protocole de l'acte réalisé : appliquer les règles de base du passage des instruments, exercer correctement la pratique de l'aspiration, préparer les matériaux à utiliser au moment propice, présenter au praticien les instruments dans leur ordre d'utilisation (45).

Les conditions nécessaires à la mise en place du quatre mains sont :

- Une bonne communication
- Une organisation sans faille
- De l'anticipation de la part de l'assistante.
- Un équipement ergonomique.

### **2.3. Marche à suivre pour initier le travail à quatre mains (35) :**

Un rdv de soin est donné au terme d'un bilan initial (première consultation) qui aura permis la mise en place d'un plan de traitement déterminant avec précision une fiche dentaire où l'ensemble des actes est répertorié ainsi que le temps nécessaire à chaque séance de soin. Cette fiche dentaire sera essentielle à la préparation du fauteuil puisque l'assistante en s'y référant aura préparé les bacs et cassettes destinés aux soins prévus. Les soins sont alors organisés, le praticien est en condition de pouvoir pratiquer sereinement son travail à quatre mains en suivant ses protocoles.

Etape 1 : Un travail à quatre mains nécessite en premier lieu une bonne communication entre praticien et assistante. Il est donc très important de mettre en place des protocoles écrits pour chaque acte et de réaliser ce travail en équipe. C'est un gain de temps, mais surtout la base essentielle d'une bonne collaboration.

Etape 2 : Le protocole est l'outil indispensable pour définir le rôle de chacun ainsi que la liste des produits et du matériel utilisés pour un acte donné. Il va ensuite permettre, au praticien et son assistante de réfléchir ensemble sur leur activité afin de mettre en place une organisation optimale.

Etape 3 : Une fois le protocole réalisé, l'équipe soignante peut facilement déterminer quatre catégories de matériels et de produits nécessaires pour l'acte (consommable, instrumentation métallique, matériel périphérique, usage unique). C'est à ce moment-là que l'on optimise l'organisation en bacs et cassettes.

Etape 4 : La liste du matériel et des produits nécessaires détermine leur rangement : Consommable (bac), instrumentation métallique (cassettes), matériel périphérique (meuble arrière), usage unique (distributeur).

Etape 5 : Pour débiter la séance, il est important de posséder tous les outils de communication et d'information, c'est-à-dire le planning du jour, la fiche patient affichée sur l'écran, son plan de traitement et si besoin, le protocole (pour le travailler ou le corriger).

Etape 6 : Lors de la préparation de la salle, l'assistante dentaire a disposé son plan de travail en prenant le matériel nécessaire dans le bac. Grâce au protocole, tout a été pensé de telle sorte à ce que l'assistante n'oublie rien et n'ait pas à se lever durant le soin.

Etape 7 : L'assistante a l'esprit tranquille, tout est prêt et à disposition, elle peut ainsi installer le patient, communiquer et rester auprès de lui.

Etape 8 : l'assistante positionne le fauteuil en respectant le confort du patient. Elle connaît parfaitement l'activité du praticien pour anticiper au maximum (Travail à neuf heures, vision indirecte, loupes...).

Etape 9 : Lorsque le praticien arrive, tout est prêt, celui-ci peut alors dialoguer avec le patient et créer un climat de confiance.

Etape 10 : Le praticien se place en prenant soin d'avoir une bonne position : dos droit, coudes contre le corps, ligne des épaules horizontale...

Etape 11 : L'assistante utilise un siège haut lui permettant de bien voir en bouche, de positionner ses coudes, d'être assise confortablement (nuque et dos droit...)

Etape 12 : Un équipement ergonomique, permet un travail à quatre mains optimisé (unit et tablette transthoraciques).

Etape 13 : L'assistante veille au bon positionnement du scialytique afin que le praticien voie parfaitement la cavité buccale, sans avoir à se charger des réglages se concentrant ainsi sur les soins.

Etape 14 : Le ballet du travail à quatre mains peut débuter. Les mouvements sont limités aux doigts et aux poignets, l'assistante enchaîne et anticipe chaque geste du praticien. Elle participe à part entière au soin.

## **2.4. Intérêts et inconvénients du travail à quatre mains :**

### **2.4.1. Les inconvénients**

- Il n'est pas toujours évident de constituer une équipe impliquée et connaissant les protocoles.

- En cas d'absence de l'assistante, le praticien habitué au travail à quatre mains aura beaucoup de difficulté à la remplacer.

- Il nécessite d'avoir une assistante et une secrétaire. Souvent, le praticien est réticent à l'embauche d'une deuxième personne pensant que cela entraînera un surcoût. Or, le tableau ci-dessous (Figure 23), montre que l'embauche d'une deuxième assistante engendre un gain allant jusqu'à 33% du chiffre d'affaire réalisé avec une seule assistante pour un coût

supplémentaire représentant 4.28% de ce dernier. Ainsi, le coût des deux assistantes est de 12.76% du chiffre d'affaire alors qu'il était de 8.48% du chiffre d'affaire réalisé avec une assistante. L'augmentation du chiffre d'affaire est due au gain de temps réalisé sur chaque acte par l'apport du travail à quatre mains.



**Figure 113-Coût des assistantes en fonction du chiffre d'affaire.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.77).

Kilpatrick avait déjà démontré dès 1972 que, pour une même qualité de traitement, un acte exécuté avec l'aide d'une assistante entraînait un gain de temps de l'ordre de 20 à 30%.

La réponse économique n'est pas dans la diminution des dépenses mais dans l'augmentation du temps passé à soigner (35).

### **2.4.2. Les intérêts**

Il permet une interaction souple et efficace d'équipe entre le chirurgien-dentiste et l'assistante dentaire au fauteuil.

Nous verrons au cours de notre troisième partie, l'implication du travail à quatre mains dans la pratique quotidienne. Notons dès à présent quels en sont les objectifs (44):

- éviter les risques de contamination,
- économiser le temps : réduit le temps au fauteuil pour la plupart des traitements,
- consacrer la majorité de son temps à l'acte thérapeutique,
- prévenir les troubles musculo-squelettiques,
- augmenter la productivité et l'efficacité du travail au fauteuil,
- synchroniser les actions du praticien et de l'assistante,
- réduit le stress et la fatigue.

**CHAPITRE III :**  
**QUE PEUT-ON ATTENDRE DU GROUPEMENT  
DES ACTES ET DE L'ORGANISATION DU  
TRAVAIL AU FAUTEUIL ?**

Si nous avons envisagé le groupement des actes pour réduire les temps d'entrée/sortie et d'installation/désinstallation et les protocoles et l'ergonomie dans le but de diminuer le temps de travail pour chaque acte, au vu du déficit économique qu'ils entraînent, nous nous intéresserons également aux avantages qui en découlent dans les secteurs humain et clinique qui rendent notre profession si enrichissante.

C'est ainsi que nous nous intéresserons aux aspects financiers sans lesquels les intérêts humains et cliniques ne pourraient être compatibles avec notre exercice libéral.

## **A. SUR LE PLAN HUMAIN :**

### **1. Conséquences pour le patient :**

#### **1.1. Favoriser l'échange avec l'équipe soignante (50)**

Un aspect fondamental de notre conception de l'exercice dentaire est qu'avec un grand nombre de rendez-vous chaque jour, il est difficile pour l'équipe de prendre en charge convenablement chaque patient. D'où l'intérêt des rendez-vous longs pour accorder du temps aux étapes « d'entrée et de sortie ».

Lors de l'établissement du plan de traitement, nous avons évoqué combien il est important de savoir communiquer et par conséquent savoir écouter. La communication ne s'arrête pas à la fin du premier rendez-vous. Tout au long des soins et au-delà, il est utile d'entretenir de bons rapports et de collaborer avec le patient.

Le manque de disponibilité frustre nos patients car ils attendent de nous plus que des relations uniquement techniques. Ils éprouvent le besoin de nous parler, de nous entendre pour être sur que nous les comprenons ou pour réduire leurs craintes.

La communication reste généralement trop pauvre, le principal obstacle au dialogue, résulte du manque de temps disponible. Lorsque le temps manque, le praticien se voit contraint de sacrifier soit la communication soit les soins.

Le travail en rendez-vous longs permet d'accorder plus de temps au patient, de l'écouter sans perdre patience, sans prendre de retard puisque ce temps est pris en compte dans le temps de rendez-vous. Il sera compensé financièrement par l'efficacité à mener les actes ainsi que par un temps de travail augmenté.

L'exercice de notre profession évolue vers un partenariat plus équilibré avec les patients. Le traitement médical n'est pleinement réussi que si le soutien psychologique qu'attendent les patients trouve un interlocuteur (50). La satisfaction de celui-ci implique une approche centrée sur sa personne attentive et empathique.

Les « services » : d'accueil, de soutien psychologique, d'attentions sont d'évidence à placer au premier rang des critères de qualité perçus (50). Nous évoluons aujourd'hui dans une société de services, le chirurgien-dentiste ne peut l'ignorer s'il veut développer son activité.

La dentisterie est un service intensément personnel. La confiance du patient en son praticien et la perception de la valeur du service rendu reposent sur la relation praticien-patient.

## **1.2. Obtenir un résultat final en moins de séances**

Sommes-nous vraiment sûr qu'un patient préfère une série interminable d'une vingtaine de rendez-vous sur une année, ou deux-trois séances de deux ou trois heures sur une courte période ?

Evoquer avec le patient un rendez-vous d'au moins 90 minutes peut entraîner des réticences, un étonnement voir un rejet car les soins dentaires sont aujourd'hui encore fréquemment associés à la douleur et à la peur. Pour chaque nouveau patient il sera utile de souligner l'intérêt qu'ils en tireront, c'est-à-dire l'efficacité de chaque séance pour une durée de traitement diminuée.

Les patients sont de plus en plus pressés et paradoxalement exigeants, le groupement des actes permettra de répondre favorablement à ces attentes. Le praticien ne doit cependant pas devenir esclave et ne pas répondre à des demandes inconsidérées.

- **DEMONSTRATION POUR UN PLAN DE TRAITEMENT GLOBAL (35) :**

- Consultation

- Dents antérieures : 2 biopulpectomies, 2 inlay core, 2 couronnes 2 composites 1 face

- Dents postérieures : 2 biopulpectomies, 2 inlay core, 2 couronnes, 2 composites 1 face, 8 radios rétro alvéolaires.

Démonstration n°1 :

Pour un praticien ne regroupant pas ses actes (et travaillant en rdv de 30') la chronologie des soins peut être la suivante :

- Consultation 30'
- 1 composite postérieur 30'
- 1 composite postérieur 30'
- 1 biopulpectomie antérieur 30'
- 1 préparation antérieure 30'
- 1 empreinte 30'
- 1 pose IC+ empreinte 30'
- 1 pose 30'
- 1 biopulpectomie antérieure30'
- 1 prépa antérieure 30'
- 1 empreinte 30'
- 1 pose 30'
- 1 biopulpectomie postérieure 60'
- 1 prépa post 30'
- 1 empreinte 30'
- 1 pose + emp 30'
- 1 pose 30'
- 1biopulpectomie post 60'
- 1 prépa post 30'
- 1 emp 30'
- 1 pose IC+ emp 30'
- 1 pose 30'

Soit un total de 12h30, 22 rdv, 22 stérilisations et un minimum de 3h40 minutes de temps mort

Démonstration n°2 :

Praticien travaillant en production groupée :

- 1 Consultation-Bilan 30 à 45 minutes
- 4 biopulpectomies 130'
- 4 préparations + empreintes 140'
- 4 poses Inlay-core + empreintes 60'
- 4 poses couronnes et composites 90'

Total de 7h30 et 5 rdv, 5 stérilisations et 50 minutes de temps mort.

Le différentiel de 5h se justifie par les temps d'installation et désinstallation qui sont moins nombreux mais également par le fait qu'une fois le matériel préparé, le 2<sup>ème</sup> acte prend

moins de temps. (La réalisation de 2 composites lors d'une même séance ne prend pas deux fois 30 minutes).

Certes notre premier exemple est caricatural mais sommes-nous nombreux à procéder comme nous venons de le voir dans la démonstration n°2 ?

### **1.3. Disponibilité et ponctualité du praticien**

Un agenda souple qui respire, permet d'accueillir les patients du cabinet sans trop de délai, et aussi d'intégrer les urgences sans bouleverser la journée mais à condition qu'il n'y ait pas plus de patients entrants que de patients sortants sous peine de saturation progressive.

Recevoir moins de patients chaque jour, évaluer le temps nécessaire à chaque acte et donc à chaque rendez-vous a pour conséquence un praticien qui a moins de raisons d'être en retard. Au-delà de 10 minutes en salle d'attente, les patients s'impatientent (35).

De plus, allonger la durée des rendez-vous en groupant les actes et adapter la durée des rendez-vous aux actes prévus aura pour conséquence d'avoir de la place disponible. Les patients n'ayant aucun rdv d'avance, l'agenda est allégé, il est alors possible de trouver de la place.



**Figure 12-Attentes réciproques du patient et du praticien.** (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p. 49).

## 2. Intérêts pour le praticien :

Nombreux sont les dentistes à se dire :

« Je suis débordé »

« Les urgences s'accumulent et déstabilisent mon planning »

« Je me sens stressé et démotivé »

« J'ai des retards dans mon agenda »

« J'ai le sentiment de travailler à la chaîne »

« Je souhaiterais avoir plus de temps pour mes soins et communiquer avec mes patients ».

L'épanouissement professionnel consiste à travailler sereinement en appliquant son savoir-faire au mieux de ses aptitudes pour en faire bénéficier le patient. Mais le praticien doit aussi pour s'épanouir dans son travail en tirer des bénéfices personnels.

Le challenge pour le chirurgien-dentiste est d'allier vie professionnelle et vie personnelle. C'est-à-dire vivre tout en gardant le contrôle du cabinet.

### 2.1. Facteurs de stress évitables

Travailler avec plaisir et sans stress en soignant cinq à douze patients par jour, quatre jours par semaine est le secret pour exercer longtemps mais cela demande beaucoup d'organisation (55).

L'odontologiste exerce une profession où le stress est omniprésent (responsabilités, équilibre financier, gestion du personnel, santé du patient, isolement professionnel, patient anxieux, difficultés cliniques, bruits...).

La planification doit toujours intervenir en amont pour éviter les tâches parasites ou inutiles. Ainsi, les perturbations liées aux appels, les absences ou les retards de patients, la mauvaise circulation de l'information, les temps morts, la fatigue, le désordre ont tendance à diminuer grâce à la gestion du temps, l'amélioration de l'organisation administrative et l'utilisation de plateaux préparés.

### **2.1.1. Le manque de temps :**

Pour le groupe Edmond Binhas, aucune mesure dans la pratique dentaire n'a plus d'implication sur l'efficacité, la qualité des soins et le stress que la gestion des rendez-vous.

La gestion du planning représente un des points clé de l'organisation de l'activité du cabinet. Un emploi du temps équilibré assure la rentabilité, permet la délivrance de soins de qualité et évite les surcharges ou les interruptions d'activité. Par conséquent, un agenda bien géré réduit le stress (46).

Par le stress horaire, le praticien pressé s'épuise. En outre le refus ou l'impossibilité de répondre à des attentes clairement ressenties, génère en lui un inconfort psychologique, voire de la culpabilité (50).

Plus le nombre de rdv augmente plus le stress augmente car à chaque rdv le praticien doit répondre à des impératifs cliniques, administratifs, économiques.

Si la durée des actes correspond au temps réservé, si le patient est à l'heure, s'il n'y a pas d'étapes à refaire, l'enchaînement harmonieux des rdv s'opère. La journée se déroule sans heurt, sans bousculade, avec le maximum de rentabilité. Mais cela ne se produit pas sans effort.

### **2.1.2. Les imprévus :**

Lors du travail en groupement d'actes, le praticien ne se demande pas en début de séance ce qu'il a à faire, tout est organisé à l'avance. La mise en place aura pris du temps mais aura réduit l'imprévu et donc aura diminuer considérablement le stress.

### **2.1.3. Les retards :**

Au stress de bien faire, s'ajoute celui de ne pas prendre de retard. Le praticien doit être ponctuel. La durée des actes ayant été correctement évaluée, ses retards sont moins nombreux. Lorsque les rdv se succèdent de façon très serrée et que des urgences viennent perturber un emploi du temps déjà chargé les retards sont inévitables. Plus on reçoit de patients chaque jour, plus on a d'occasion d'être en retard.

Pour relâcher cette pression, il faut prévoir suffisamment de temps pour chaque patient et accepter comme nous l'avons vu « un jeu fonctionnel ».

#### **2.1.4. La surcharge de travail :**

La pression au travail est facteur de stress (Gorter et Aalberse, 2008) le chirurgien-dentiste la ressent notamment par la surcharge de travail. Il n'aura plus la capacité d'atteindre ses objectifs ni de réaliser un traitement adéquat (Wolfe, 1981). En travaillant sous tension avec vingt rdv par jour, on s'abîme l'esprit comme le corps. C'est en respectant son rythme propre que l'on est efficace.

#### **2.1.5. Le burn out :**

Le « burn out », c'est-à-dire l'épuisement d'origine professionnel est fréquent dans notre profession.

Le point critique se produit quand le praticien n'arrive plus à répondre aux exigences de travail ou que la surcharge de travail entraîne de l'épuisement et donc un burn-out (18). Les conséquences de la surcharge de travail sont une fatigue physique et émotionnelle (Maslach et Leiter, 2008). Il est alors important de gérer son temps de travail pour diminuer cette pression et avoir des périodes de repos au travail.

Le praticien dans sa gestion de l'agenda doit inclure des phases de détente. Elles permettent de faire le vide et ainsi de favoriser l'amélioration de la concentration et la qualité du travail (18).

## **2.2. Diminution de la fatigue**

### **2.2.1. Fatigue intellectuelle :**

Elle est moins importante car il y a moins d'effort de mémoire à faire, le praticien ayant établi grâce à la première consultation un plan de traitement à tête reposée. Il pourra avant de débiter les soins se référer à la fiche de traitement où figure l'ensemble des actes à réaliser.

La préparation du plateau de travail permettra à ce dernier de se concentrer uniquement sur le soin.

En moyenne les praticiens voient « 2.48 » patients par heure soit des rendez-vous de 24 minutes (55). Or le passage d'un patient à l'autre entraîne une fatigue nerveuse qui se manifeste par une baisse de l'attention et de la concentration.

### **2.2.2. Posture de travail :**

Le bien-être du praticien passe aussi par l'ergonomie permise par le travail à quatre mains avec les bacs et cassettes:

#### La position de travail idéale (18) :

- Siège réglé à la bonne hauteur avec les pieds à plat sur le sol ;
- Buste droit ;
- Tête légèrement inclinée vers le bas ;
- Bras maintenus le long du corps ;
- Epaules basses ;
- Avant-bras relevés en position médiane et très légèrement projetés vers l'avant ;
- Les mains à hauteur du sternum.

Cette posture permet de respecter son bien-être physique et n'est possible autrement qu'en ayant mis en place des protocoles et un plateau de travail complet.

Les douleurs de dos, des cervicales et épaules (Figure 25) sont couramment observées chez le dentiste et ne font que démontrer une mauvaise posture. L'amélioration de la posture de travail a été permise par l'évolution des techniques et du matériel. Nous sommes passés d'une position de travail debout avec le patient assis, à une position assise avec le patient semi-allongé.

Les *tub and tray* permettent un confort de travail optimum. Aujourd'hui, on recherche à réduire au maximum les mouvements. Le praticien restant dans une position de travail durant de longues heures chaque jour, autour de la tête des patients allongés, il est indispensable de nous rapprocher le plus possible d'une posture naturelle pour notre corps, une position d'équilibre.



**Figure 135-Ergonomie et troubles musculo-squelettiques.** (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 2. Paris : Cdp ; 2013. p.115).

David Hoffman a classé les mouvements en cinq catégories qui ont été adaptés par l'Afnor sous la référence NF S 92-012 :

-Mouvement de classe 1 : c'est un mouvement très simple. Il consiste en une préhension des doigts qui se referment sur l'outil ou se déplacent avec lui. Ce type de mouvement ne nécessite pas d'effort particulier.

-Mouvement de classe 2 : ne fait intervenir que les doigts et le poignet. Il ne demande que peu d'effort.

-Mouvement de classe 3 : ce geste est déjà plus complexe. Il fait intervenir trois articulations différentes : doigts, poignet et coude. On réalise ce mouvement pour saisir un instrument proche du champ opératoire.

-Mouvement de classe 4 : c'est un mouvement réalisé pour saisir un instrument se trouvant hors du champ opératoire. Il met en jeu quatre parties du corps : doigts, poignet, coude et épaule. Ce geste demande de l'attention et les yeux doivent quitter le champ opératoire et y revenir en s'accommodant de nouveau. La répétition trop fréquente de ce mouvement pourra être à l'origine d'une fatigue musculaire et oculaire.

-Mouvement de classe 5 : c'est un mouvement de classe 4 auquel s'ajoute une rotation de la colonne vertébrale dans son ensemble. Il doit être exceptionnel et peut être souvent évité si les instruments nécessaires à l'acte réalisé sont bien disposés. Ce mouvement perturbe la concentration et s'il est trop fréquent génère une grande fatigue lombaire et dorsale.

Ainsi, pour éviter les mouvements iatrogènes comme ceux de classe 4 et 5, il sera impératif d'aménager l'espace du plan de travail et de travailler à 4 mains.

### **2.3. Vie extra professionnelle**

Optimiser le temps de travail et améliorer son organisation permet de concilier vie personnelle et professionnelle.

Ainsi, une organisation optimale concourt à concilier efficacité, conditions de travail plaisantes et rentabilité, permettant alors au praticien d'avoir des loisirs et d'être moins fatigué. Le praticien doit refuser de réserver toute son énergie à l'activité professionnelle et effectuer des activités extra-professionnelles pour rester en forme et garder l'envie d'aller au travail. Le bien-être est sous notre propre responsabilité, il se conquiert par une attitude positive dans le travail, la famille, le repos et les loisirs (46).

La productivité, le stress et la fatigue du praticien peuvent être considérablement réduits par une aide opératoire permanente. C'est l'utilisation plus large des compétences de l'assistante dentaire, une meilleure compréhension des rôles qu'elle peut et doit jouer, qui peuvent améliorer notre exercice. S'il est bien secondé par l'assistante dentaire, la charge devient plus légère (46).

## **3. Intérêts pour l'assistante :**

### **3.1. Conditions d'implication de l'assistante**

Consciemment ou inconsciemment, les assistantes ont besoin de se réaliser, de s'épanouir. Leur confier un certain nombre de responsabilités renforcera leur motivation et leur confèrera un sentiment de valorisation.

-D'après Robert Maccario (35) l'expérience montre que les assistantes qui se sont formées au véritable travail à quatre mains se sentent beaucoup plus investies d'une mission de soin auprès de leur praticien.

-Il faut permettre à l'assistante de pouvoir exercer pleinement son rôle pour se sentir plus impliquée et efficace (35).

-L'organisation du travail permettra de respecter les horaires de travail et donc respecter sa vie privée.

-L'écouter, accepter ses remarques, répondre à ses questions, aidera à établir une relation professionnelle très saine.

Plus encore que dans d'autres secteurs d'activités professionnelles, le marché du travail des soins bucco-dentaire est touché par un turnover récurrent du personnel. Il faut impérativement se donner les moyens pédagogiques, matériels et organisationnels de motiver et fidéliser le personnel qualifié, compétent et désireux de progresser (28).

### **3.2. Prendre en compte son temps de travail.**

L'assistante allie le charme de la réceptionniste, la vigilance de l'infirmière, la rigueur de la comptable, le professionnalisme de la secrétaire, l'attention du gestionnaire à condition qu'elle dispose de temps pour chacune de ces tâches.

Il est légitime de se demander comment une assistante seule pourrait répondre à toutes ces attentes autrement qu'en disposant de temps pour accomplir ces tâches.

Chaque séance de soins induit pour l'assistante une charge de travail considérable. Elle devra pouvoir réaliser celle-ci sans avoir à courir et pour cela son temps de travail devra être pris en compte dans le temps attribué au rendez-vous (46).

Le rythme d'un cabinet traditionnel, avec vingt rdv par jour, engendre de nombreuses manipulations diminuant le capital physique de l'assistante et détournant sa capacité à s'investir dans la préparation opératoire et la prise en charge du patient. En enchainant les rdv et les actes tout au long de la journée, l'assistante ne peut anticiper, se concentrer sur ce qui doit être fait. Ceci conduit à des erreurs, des fautes d'asepsie, des oublis, et une perte de concentration.

Le nombre de patients étant moins important, la charge de travail peut être mieux répartie. De ce fait elle aura la possibilité de s'investir : dans le relationnel et le travail au fauteuil. Elle ne sera plus cantonnée à l'administratif et l'entretien du matériel.

### **3.3. Diversifier ses tâches**

L'organisation du travail en longues séances de traitement va permettre à l'assistante d'effectuer des tâches plus variées.

Ouvrir la porte, faire les ciments, il s'agit de la pire analyse qui puisse être faite de l'assistante qui dans ce cas est considérée comme un outil. Or la plus grande richesse d'un cabinet se trouve dans les individus qui le composent. Trop souvent, les capacités de l'assistante sont loin d'être optimisées, elle ne s'occupe que de tâches qui ne sont ni valorisantes ni motivantes. En tant que praticien nous avons le pouvoir de leur donner des opportunités. Par son rôle de manager, le praticien devra être attentif lors de la construction de l'équipe et s'entourer de personnes qui partagent la même vision du métier. Il devra également trouver les ressources pour que l'assistante reste motivée au fil du temps.

Le rôle de l'assistante peut aller beaucoup plus loin que la mission technique décrite dans la définition de son poste de travail. Son rôle va au-delà des compétences cliniques et techniques. Elle a un rôle relationnel incontournable.

#### **3.3.1. Rôle relationnel (39) :**

L'assistante est souvent le visage et la voix du cabinet dentaire. Elle accueille les patients et répond à leurs demandes de renseignements. Elle a presque toujours le premier contact avec le patient, sa personnalité et son dévouement contribuent grandement à l'ambiance conviviale.

Les patients se confient plus volontiers à elle. Elle est souvent la complice et l'intermédiaire entre le praticien et le patient.

L'assistante est à même de rassurer les patients, de dialoguer, de donner des informations complémentaires.

Le laps de temps prévu pour la préparation des plateaux de travail permet à l'assistante d'avoir l'esprit tranquille et peut ainsi installer le patient, communiquer et rester auprès de lui.

Au fauteuil, elle revêt un rôle important par ses interactions avec le patient et son attitude bienveillante. Il est possible lorsqu'elle montre de bonnes compétences en communication de la laisser rassurer les patients et de les aider à prendre confiance. L'explication du traitement et des soins post-traitement peuvent également lui être confiée. Faire la démonstration des techniques d'hygiène buccale pour motiver les patients à prévenir les pathologies dentaires est une partie gratifiante de son exercice et à fortiori aide le dentiste.

### **3.3.2. Assistance au fauteuil :**

Nous avons déterminé son rôle dans la mise en place d'un travail à quatre mains.

### **3.3.3. Rôle administratif :**

Elle sera chargée de s'occuper de l'ensemble des tâches : accueil téléphonique et physique des patients, fixer les rdv, suivre les prothèses, rédiger les feuilles de soins, classer, remplir, sortir, mettre à jour les dossiers médicaux, éditer les factures, recevoir les encaissements et parfois tenir la comptabilité.

### **3.3.4. Entretien du matériel :**

L'assistante dentaire travail aussi en coulisses (Figure 26), elle est chargée du nettoyage du fauteuil et des plans de travail, de la stérilisation, du rangement du matériel et de la préparation du fauteuil. Nous le verrons dans la partie traitant de l'hygiène.

Cependant, en travaillant en rdv longs, et avec les bacs et cassettes, elle n'aura pas à effectuer une quantité de mouvements aussi impressionnante qu'inutile afin de préparer un soin donné.

Travailler en rdv « courts » engendre de très nombreux actes répétitifs et cantonne l'assistante à installer, nettoyer et stériliser le matériel. Or l'assistante a besoin, pour être

impliquée dans son travail, de trouver de la satisfaction, de participer à la réussite du cabinet, et d'en être un maillon indispensable.



**Figure 26- Assistante à cinq mains.** (BONNAFOUS F. Bien organiser son cabinet dentaire. Paris : Quintessence International ; 2015. P.56).

En conclusion, déléguer des responsabilités à l'assistante dentaire est un atout de taille pour la bonne marche du cabinet, son sentiment d'implication dans la réussite en sera renforcé. Il faut néanmoins veiller à ce que la charge de travail demandée soit réalisable. Notons qu'il n'est possible de déléguer que ce qui ne touche pas aux soins en bouche.

### **3.4. Simplifier son travail**

La mise en place des bacs et cassettes, la pratique à quatre mains, nécessitent en amont une forte implication de l'assistante. Puis finalement lui offrent un cadre de travail harmonieux.

### **3.5. Améliorer sa sécurité**

Il est plus facile et moins dangereux de ranger dix à quinze instruments dans une cassette que d'effectuer en fin de journée le tri, le nettoyage et la stérilisation d'une centaine d'entre eux (Figure27).



**Figure 147-La reconstitution des séquences instrumentales génère un risque de blessure et une perte de temps importante pour l'assistante.** (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.66).

Le concept de travail décrit fait gagner du temps, l'assistante n'a plus la tâche ingrate de manipuler des instruments coupants et souillés (Figure 28) pendant la décontamination, le nettoyage, le brossage, le séchage et le tri. Le nettoyage des instruments sous cassette nécessite très rarement une réouverture. Dans le cas où la cassette doit être ouverte, le double système de baguage coloré permettra de la réassortir en diminuant le temps de recherche et de remise en place des instruments, réduisant ainsi le parcours instrumental et le risque de blessure.



Figure 158-Cassettes en cours de fermeture pour transport et stérilisation des instruments. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.90).

## **B. INTÉRÊTS ÉCONOMIQUES :**

### **1. Problématiques économiques d'un cabinet dentaire :**

Comment allier vocation de soigner, plaisir de travailler et rentabilité ?

Le chirurgien-dentiste libéral est à la fois chef d'entreprise, gestionnaire, manager et soignant. Quel temps le dentiste passe-t-il à effectuer des soins en bouche ? Quelles seront les conséquences économiques du groupement des actes et du travail à quatre mains ?

Nous verrons que la pratique dentaire et la gestion d'entreprise de santé sont compatibles (12). Le groupement des actes est une réponse permettant d'allier l'aspect humain et clinique qui demande du temps, avec l'économie qui a priori nécessite d'aller vite.

Un cabinet qui génère en amont des recettes permet d'accorder du temps aux mesures d'hygiène mais permet également de se rendre disponible pour les patients.

#### **1.1. Les obligations financières**

Elles sont nombreuses : encadrement des honoraires, accroissement des coûts, accroissement des dépenses engendrées par une chaîne de stérilisation performante, acquisition de technologies de pointe, règlement des charges (URSSAF, CSG, ASSEDIC,

charges sociales), contraintes économiques de la Complémentaire Mutuelle Universelle, prix des matériaux et des produits qui augmentent de façon permanente.

« Travailler vite » pour compenser un manque d'organisation est un non-sens. Ce n'est pas la façon la plus efficace pour effectuer le maximum d'actes et augmenter son chiffre d'affaire si là est l'objectif.

## **1.2. Le temps de travail quotidien** (12)

En gérant son agenda en rendez-vous longs, le praticien ne reçoit plus qu'une dizaine de patients quotidiennement. Il pourra, annuellement soigner plus de patient qu'auparavant. On peut faire une analogie facile avec la gestion de l'agenda d'un peintre en bâtiment qui aurait signé dix contrats pour dix clients différents, ce dernier s'il est mal organisé, se rendra chez chaque client pour calmer leur impatience, tous les jours il perdra du temps au volant de son véhicule, chacun de ses clients l'aura vu mais il n'aura fini aucun chantier et chacun prendra du retard... Le peintre bien organisé choisira de se rendre dans 1 seul appartement au bout de deux jours le chantier sera fini. Le premier client sera facturé et il pourra passer au second... A long terme il fera plus de chantiers.

Un praticien passe 8 à 10 heures au cabinet par jour mais qu'elle est la part de travail réel dans ces heures ? Pour répondre à cette interrogation, nous allons nous pencher sur le temps de travail de l'odontologiste.

### **1.2.1. Le temps investi :**

Il regroupe : l'étude des cas, la première consultation, l'exposé du plan de traitement, les réunions journalières, le temps passé avec les collaborateurs externes, la formation continue sous toutes ses formes.

Ce temps investi permet d'en gagner considérablement par la suite (13). C'est du temps donné au temps. Il est nécessaire au développement du cabinet, il ne faut pas chercher à le réduire.

### **1.2.2. Le temps perdu :**

L'identifier et le réduire est une priorité.

-les facteurs chronophages externes : les visiteurs, les retards, les manquements au rdv, le manque de personnel, etc. (Nous verrons dans la dernière partie, comment lutter contre les retards et les manquements de rdv).

- les facteurs chronophages internes : ce sont ceux dont nous sommes responsables : attitude négative, absence d'objectifs précis, mauvaise communication, incapacité à déléguer.

Il ne faut pas pour autant traquer tous les temps improductifs. Les comportements humains requièrent de la souplesse.

Ces temps sont difficilement quantifiables. Nous noterons seulement qu'ils existent et qu'ils constituent du temps non rémunéré.

### **1.2.3. Temps hors clinique incompressibles :**

Chaque acte produit nécessairement des temps incompressibles de préparation de la salle de soins, d'accueil du patient, d'installation, de reprise de contact en début de séance, des démarches administratives, facturation, définition d'un nouveau rdv en fin de séance. Sans compter les temps de stérilisation inhérents à chaque intervention.

Un rendez-vous peut se subdiviser en quatre modules :

- 1) accueil, civilités, installation au fauteuil,
- 2) (anesthésie)
- 3) soins
- 4) désinstallation

Les étapes 1, (2), 4 se rencontrent à chaque rdv et constituent un temps mort durant lequel le praticien ne travaille pas en bouche. N'étant rémunéré que pour les actes qu'il réalise, ces étapes ne sont pas rémunérées.

En conclusion, le praticien est face à des contraintes financières auxquelles s'ajoute le problème inhérent au temps de travail avec les temps improductifs investis, les temps perdus qui bien que réduits seront toujours existants et les temps incompressibles. Dans ce contexte,

on comprend alors que le praticien va devoir être attentif à son pourcentage de temps de travail et être efficace au fauteuil. C'est-à-dire qu'il n'aura d'autres solutions que de regrouper les actes et de rationaliser le travail au fauteuil.

Ainsi, chaque rdv consomme 10 à 15 minutes, hors stérilisation. Ce temps correspond aux étapes « d'entrée-sortie » et « d'installation-désinstallation ».

## **2. Solutions économiques.**

Michel Bergougnoux (trésorier Générale de la CNSD) dit « gérer mieux pour gagner plus » ce qui confirme qu'une augmentation de la rentabilité financière ne s'acquiert pas en enchainant les patients et les heures de travail. C'est ce que l'on se propose d'étudier.

La solution économique n'est pas non plus dans la réduction des frais mais dans l'augmentation de la productivité.

Il faut reconnaître que là où il y a de l'organisation, il y a souvent du profit. C'est une conséquence et non un objectif (55).

### **2.1. Conséquences du groupement des actes**

#### **2.1.1. Sur le pourcentage de temps de travail :**

Il y a un lien direct entre le contrôle des rdv et les résultats financiers. Il n'est pas rare d'augmenter de 20% la productivité sans rien changer d'autre que la gestion des rdv (15).

Les temps d'installation/désinstallation sont fixes et obligatoires, il faudra les réduire en nombre.

Le groupement des actes va permettre de réduire le nombre de rdv et allonger la durée des rdv ce qui produit un gain mécanique de temps de travail. Ainsi, en conservant les mêmes horaires de travail journalier, l'allongement de la durée des séances diminue le pourcentage de temps hors clinique.

**Tableau 5- Relation entre le nombre de patients reçus quotidiennement et le temps de travail productif du dentiste.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012.p.40.).

Nombre de Rdv/ journées de 8 h	Total des temps morts/jour	% des temps morts/jour	% temps de travail/jour
10	100 → 1 h 40	21 %	79 %
15	150 → 2 h 30	31 %	69 %
20	200 → 3 h 20	42 %	58 %
25	250 → 4 h 10	52 %	48 %
30	300 → 5 h	62 %	38 %
35	350 → 5 h 50	79 %	21 %
40	400 → 6 h 40	83 %	17 %

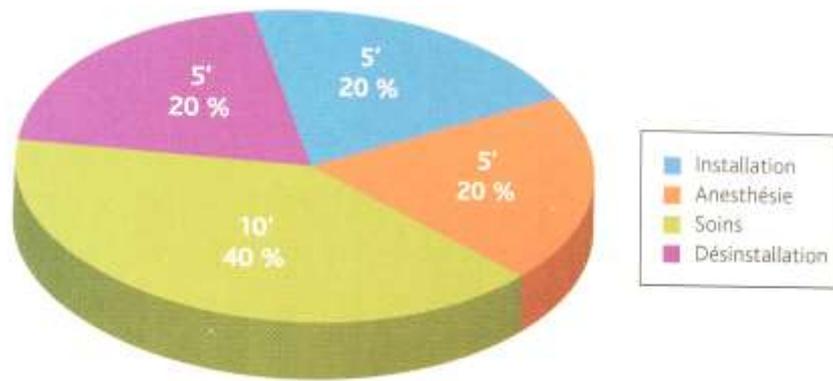
LE GROUPEMENT DES ACTES

Rappelons ici que ces pourcentages de temps de travail sont calculés de manière simplifiée sans tenir compte des temps improductifs et sont donc calculé comme si le praticien enchainait les rdv tout au long de la journée.

Dans un agenda à vingt rdv par jour, les temps morts représentent un minimum de 3h20 allant jusqu'à 5h. Ce qui représente 42% du temps passé au cabinet pour une journée de 8 heures. En diminuant les rdv à douze par jour, les temps morts vont se réduire à 25% de la journée de travail et 21% pour dix rdv par jour soit 1h40 de temps morts.

En ne travaillant pas en rdv longs, la part hors clinique devient très importante, le temps de travail en bouche dérisoire, la rentabilité faible et le chiffre d'affaire plafonné.

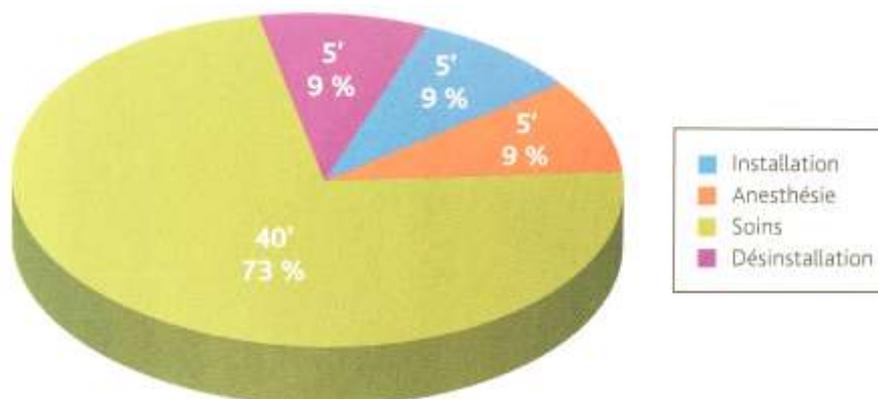
Il apparait alors essentiel de regrouper les actes afin de diminuer la part de temps mort. La bonne solution est donc de travailler en rdv longs en recevant un nombre restreint de patient chaque jour.



**Figure 29-Rendez-vous de 25 minutes.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.30).

Des rdv de 25 minutes permettent de recevoir vingt personnes chaque jour pour une journée de 8h. Chacune des étapes d'installation, anesthésie, désinstallation représentent 20% du temps de travail. Ainsi, la part des soins représente 40 % du temps passé au cabinet lorsque l'on reçoit vingt patients par jour.

Lorsque les rdv durent 40 minutes ce qui correspondrait à 12 rdv par jour pour une journée de 8h, la part des temps morts pour chacune des étapes est divisée par deux (9%). Alors que le temps passé à soigner sera de 73 % du temps passé au cabinet.



**Figure 30-Répartition du temps de travail pour 40 minutes de soins.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.35).

Ainsi le groupement des actes sera une façon de réduire les temps morts.

#### **2.1.1.1. La gestion de l'agenda :**

La planification est l'un des facteurs de production les plus importants et les moins compris de toute la pratique dentaire. En général, les plannings sont définis au début de la carrière d'un praticien, et sont rarement redéfinis par la suite.

Au lieu d'ajuster les techniques de planification pour répondre à l'évolution des besoins du cabinet, le planning est simplement modifié à outrance avec le temps, avec une approche au coup par coup.

On finit par aboutir à l'un des deux résultats suivants. La capacité de production paraît atteinte, alors qu'elle est en fait au-dessous du potentiel du cabinet, ou bien le dentiste devient si stressé qu'il perd tout intérêt à son travail.

Un gain de temps se fera également car ce cabinet aura pris soins d'adapter exactement le temps nécessaire à la durée du rdv.

#### **2.1.1.2. Importance de la séquence de travail :**

L'orchestration (séquencer) des actes à partir du plan de traitement joue un rôle essentiel afin que lors de chaque séance, les soins précédemment réalisés coïncident avec la suite des soins (L'empreinte sur trois dents ne prend pas plus de temps que l'empreinte d'une dent, encore faut-il que les trois piliers soient prêts le jour de l'empreinte).

La conception logique et rationalisée du plan de traitement diminuera de façon significative le volume de matériel à stériliser et pourra ainsi optimiser le temps de travail de l'assistante.

### **2.1.2. Sur le temps nécessaire à chaque acte supplémentaire :**

Les deuxièmes et troisièmes actes sont moins coûteux (en matériel, en temps) que les premiers. Le praticien organisé voulant améliorer sa productivité aura donc tout intérêt à allonger la durée des rdv.

Une fois le patient installé, l'équipe soignante prête et le matériel à disposition, l'acte supplémentaire ne prend que peu de temps supplémentaire. Des économies d'échelle peuvent donc être facilement réalisées en faisant plusieurs actes dans le même rdv.

En réalisant trois préparations coronaires en une séance, on ne mettra pas trois fois le temps nécessaire pour une seule préparation et l'on économisera du temps d'accueil/installation, de stérilisation ainsi que du consommable. N'en est-il pas de même pour les traitements de racines ou les composites ? Il sera également plus aisé de reproduire la même teinte en réalisant les composites lors d'une même séance, d'ajuster un point de contact ou encore de régler l'occlusion.

Le temps de travail est considérablement réduit, le temps passé à réaliser le même traitement peut être divisé par deux ou trois comme nous pouvons le voir dans l'encadré « gain de productivité » (Tableau 6).

**Tableau 6-Gain de productivité** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.54-55).

Durée de rendez-vous	Temps hors clinique	Temps de travail effectif
20	10	10
30 (X1.5)	10	20 (X2)
45 (X2.25)	10	35 (X3.5)
60 (X3)	10	50 (X5)
90 (X4.5)	10	80 (X8)

Nous remarquons que lorsque la durée du rdv est multipliée par trois, le temps de travail est multiplié par cinq sans rien changer d'autre que la durée du rdv. Cela s'explique car il n'y a pas de temps morts supplémentaires lors de la réalisation de l'acte suivant.

Encore faut-il avoir bien orchestré les soins pour avoir à réaliser ces trois préparations le même jour. Pour cela, il va falloir agencer le plan de traitement.

## **2.2. Retentissement de la rationalisation du travail sur l'économie**

Nous avons vu que le pourcentage de temps de travail est étroitement lié au nombre de patients reçus chaque jour et donc à la durée des rdv.

Il n'en demeure pas moins que l'efficacité lors de ces phases de travail est essentielle pour assurer l'équilibre économique.

### **2.2.1. Les protocoles opératoires :**

L'équipe soignante gagne en efficacité par la mise en place de protocoles reproductibles

La rationalisation du travail est l'organisation scientifique de l'effort humain, en vue d'assurer le minimum de travail par la normalisation des méthodes conduisant au maximum de résultats par rapport à l'effort fourni.

### **2.2.2. Organisation de l'aire de travail proximale :**

La bonne gestion du flux de produits et de matériel dans le respect des protocoles clairement identifiés optimise le rendement. C'est l'organisation clinique et para clinique, de la circulation autour et entre chaque patient, en passant par les plateaux pré préparés pour chaque acte qui va optimiser le rendement (35).

### **2.2.3. Le travail à quatre mains :**

Un dentiste n'est vraiment efficace que lorsqu'il est assisté. Le travail à quatre mains permet d'accéder à des soins de qualité avec fluidité et rentabilité (55). Cette façon de travailler lorsqu'elle est bien maîtrisée permet d'économiser 20% du temps de travail (13).

## **3. Nombre de séances et chiffre d'affaire :**

Nous avons vu comment augmenter le pourcentage du temps de travail et les mesures à prendre pour être efficace.

Il s'agit maintenant d'étudier les retombées économiques en fonction du nombre de rdv donné pour un même plan de traitement.

Etudions à l'aide d'un cas concret, l'influence de ces groupements sur la rentabilité au travers d'actes simples qui représentent la réalité quotidienne d'un cabinet dentaire (55).

16 : biopulpectomie+ inlay core +couronne + provisoire et radios

21 : 2 composites 1 face

45 : composite 2 faces

**Tableau 7-Gain de temps en fonction du nombre de rendez-vous.** (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.43).

Nature des actes	Tarif pratique (exemple)	Nombre de rendez-vous			
		5	3	2	1
		Temps en minutes			
Installation/Désinstallation		10	10	10	10
Obturation radiculaire (3)	81,94 €	40	40	40	40
Radiographie numérique	7,98 €	5	5	5	5
Installation/Désinstallation		10			
Prise d'empreinte inlaycore ou reconstitution directe		20	15	30	30
Prothèse provisoire		20	20	20	
Installation/Désinstallation		10	10	10	
Pose inlaycore	183 €	10	10	10	
Prothèse provisoire		20	20		
Installation/Désinstallation		10			
Prise d'empreinte terminale		20	20		
Installation/Désinstallation		10	10		
Pose prothèse céramo-métallique ou cerec	500 €	20	20	20	20
Installation/Désinstallation		10			
Composite 1 face	33,74 €	10	10	10	10
Composite 2 faces	28,90 €	20	20	20	20
Temps		245	210	175	135
Gain de temps			35 min	1 h 10 min	1 h 50 min

A noter que les temps opératoires sont inchangés, seul les temps hors clinique sont réduits. Conclusion, en excluant le système Cerec, il existe entre un cabinet organisé en groupement d'actes et un cabinet sans groupement d'actes, un différentiel de :

- 28.6% en termes de gain de temps

- 40.3% en termes de chiffre d'affaires si l'écart de 70 minutes est transformé en temps de travail. Sur une année d'exercice, la conséquence de l'organisation est une augmentation du chiffre d'affaire et son corollaire.

Le taux de revenu horaire est de 204.63 euros dans le cas où le traitement est réalisé en six séances, de 238.73 pour 210 minutes de traitement et de 455.77 euros quand celui-ci est effectué en deux séances. Nous voyons bien à travers cet exemple que le chiffre d'affaire annuel peut être considérablement augmenté par le groupement des actes.

Néanmoins, Il s'agit ici d'un plan de traitement dont le déroulement est idéal et incluant une prothèse fixée ce qui explique ces chiffres ! De plus, la consultation et la présentation du plan de traitement ne sont pas prises en compte dans chacune des propositions.

Plus le nombre d'actes est important, plus le groupement des actes aura de conséquences sur le taux de revenus horaire. Cet exemple minimise l'impact du groupement des actes, les actes n'y étant pas nombreux. Les deux raisons principales étant la diminution du nombre de rdv (donc le nombre de temps morts) et le fait que l'acte suivant n'engendre pas de temps additionnel. Rappelons-nous de l'exemple vu précédemment : le plan de traitement pouvait être réalisé en 12h30 et 23 stérilisations ou 7h30 et 5 stérilisations. Ainsi du temps de travail est gagné et moins de temps est perdu en stérilisation.

Le groupement des actes influence considérablement notre rentabilité. Sans ce groupement, notre chiffre d'affaires est inexorablement plafonné (55).

#### **4. Est-il primordial de chercher à diminuer les dépenses courantes?**

Chaque mise en place du fauteuil nécessite une quantité importante de matériel à usage unique : Champ opératoire jetable, canule d'aspiration salivaire, embout de seringue air eau, plastiques et gaines protectrices pour poignée unit, poignée scialytique, souris, clavier informatique et têtère... Pour autant cela ne constitue pas le matériel le plus coûteux.

Bien qu'annuellement, un praticien travaillant en rdv long puisse recevoir deux à trois fois moins de patient qu'un praticien travaillant en rdv court, ce ne seront en aucun cas des économies substantielles. Le coût de ce matériel n'est pas très élevé, le principal problème

posé est le temps passé à installer le fauteuil, stériliser, ranger et donc le temps passé à ne pas soigner.

Comme nous l'avons vu, la réponse n'est pas dans la réduction des frais mais dans l'augmentation de la productivité (35).

## 5. Toutes les opportunités d'augmenter son chiffre d'affaire sont-elles bonnes ?

### 5.1. Faut-il travailler sur deux fauteuils ?

Certains préconisent le travail sur deux fauteuils pour réduire encore les « temps morts »

Le travail sur deux fauteuils nécessite deux assistantes et la capacité de pouvoir absorber une telle charge de travail pour un gain toutefois modeste puisque le temps de travail au fauteuil reste presque identique pour un travail en rdv long. Pour un praticien recevant huit patients par jour, effectuant des rdv de durée moyenne d'une heure le gain du travail sur deux fauteuils est d'une trentaine de minutes par jour. Le travail sur deux fauteuils n'exclut pas les règles de bon accueil du patient et le temps nécessaire à son départ. Cela implique que le praticien n'a aucune pause (temps de préparation du fauteuil), le jeu en vaut-il la chandelle ?

### 5.2. Quelle place pour le « coaching dentaire » ?

Certains a priori peuvent présenter le management comme uniquement rattaché à une image de rentabilité peu respectueuse des principes déontologiques de la profession. Or une application réfléchie des principes de management peut être bénéfique pour le patient ainsi que pour l'équipe de soins : recrutement adapté, motivation de l'équipe, meilleure gestion des plannings, environnement accueillant et ergonomique. Autant de paramètres qui contribuent à une bonne prise en charge du patient.

A contrario, l'émergence de pratiques telles que le « coaching dentaire » ou le « management de cabinet » qui envisagent la pratique dentaire exclusivement pour la rentabilité, au détriment de la relation de soins et des intérêts du patient sont à déplorer.

Il est indispensable de choisir des formations qui respectent la culture dentaire Française avec son éthique, son histoire et sa confraternité. Cela implique de toujours faire passer l'intérêt de son patient avant les intérêts personnels du praticien.

## **C. INTÉRÊTS CLINIQUES**

L'organisation du travail va apporter aseptie, sécurité et donc qualité. Nous n'étudierons que son impact sur l'hygiène.

Le temps dédié aux mesures d'hygiène permis par un travail en rdv long est une nécessité pour les respecter.

De plus, nous allons voir que l'organisation du travail que nous avons proposé de mettre en place : travail à quatre mains et procédures de travail apporteront leur contribution à la lutte pour l'asepsie.

Afin d'assurer la qualité des soins, il est nécessaire d'appliquer des mesures systématiques d'hygiène pour tous les patients et pour tous les actes pratiqués. La sécurité sanitaire exige des efforts constants et une vigilance permanente dans l'exercice de la profession. Nombre d'échecs en médecine dentaire peuvent avoir pour origine des erreurs dans le maintien de l'asepsie (5).

### **1. Asepsie et hygiène avant et après les soins**

Ces deux concepts sont indissociables dans le cabinet dentaire et d'une importance capitale.

Il y a deux types de nettoyage :

- celui pour les instruments pouvant suivre le cycle de stérilisation ;
- un autre pour les surfaces, produits consommables et l'air, ne pouvant pas être stérilisés mais devant être décontaminés et désinfectés.

Des mesures concernent également les déchets de soins.

Nous nous intéresserons aux étapes à réaliser systématiquement entre chaque patient. Ce sont les protocoles préopératoires ainsi que les protocoles post opératoires. Ces protocoles

décrivent de nombreuses étapes qui sont indispensables, elles nécessitent alors de disposer d'un temps suffisant entre chaque rdv. Le travail en rendez-vous longs se présente comme une nécessité pour répondre aux mesures d'hygiène et d'asepsie.

## **1.1. Respect des protocoles pré opératoires : l'installation**

Nous nous intéresserons à l'installation des dispositifs d'hygiène avant l'entrée du patient.

### **1.1.1. L'environnement de travail :**

La pratique dentaire en elle-même rend difficile la mise en place de procédures d'hygiène efficaces. Les patients sont soignés les uns après les autres sur un même fauteuil, dans une même salle de soins. En outre, de nombreux soins provoquent des saignements ou produisent des aérosols. Certains instruments et de nombreuses surfaces sont difficiles à désinfecter ou à stériliser. L'efficacité d'un protocole de prévention des infections est déterminée par le maillon le plus faible. C'est pourquoi, il est souhaitable d'élaborer dans chaque cabinet une procédure complète, satisfaisant aux exigences les plus strictes en matière d'hygiène et d'asepsie.

Une organisation rationnelle, une vigilance permanente et une connaissance renouvelée sont à même d'apporter aux praticiens confort et tranquillité.

### **1.1.2. L'installation des plans de travail pour l'asepsie des soins :**

Pour qu'ils soient efficaces et reproductibles, il faut que ces gestes soient inclus dans les protocoles de préparation du fauteuil.

#### **1.1.2.1. Préparation du fauteuil**

- pose du champ opératoire : plans de travail centraux et proximaux.
- mise en place de canule d'aspiration,
- Mise en place des contre angles et matériels périphériques.
- Mise en place de l'embout de la seringue air eau,

- pose des protections plastiques et gaines plastiques
- Disposition des bacs et cassettes.

#### **1.1.2.2. Protections à usage unique**

##### Les protections plastiques autocollantes et gaines:

Les zones difficiles à nettoyer (scialytique, têtière fauteuil, poignée de l'unit, souris déclencheur radio, commandes au fauteuil,) voire impossibles à nettoyer (clavier informatique) peuvent être source de contaminations croisées. Les premières peuvent être lingettées, néanmoins, il est recommandé de les recouvrir avec des protections jetables. Le clavier informatique doit être recouvert mais il est préférable d'opter pour des claviers lisses sans joint recouvert d'une plaque de verre. Leur utilisation facilite l'étape de nettoyage indispensable après les soins.

Les gaines en plastiques sont très utiles pour protéger l'embout de la lampe à photopolymériser ou encore le corps et les tubulures de l'aspiration.

Il s'agit de méthodes préventives d'une grande efficacité et d'un coût faible.

#### **1.1.2.3. Le matériel à usage unique**

Les dispositifs médicaux peuvent être réutilisables ou à usage unique. Pour certains dispositifs, il est préférable de choisir un dispositif stérile à usage unique : Embouts aspiration chirurgicale, embout seringue air eau.

### **1.2. Respect des protocoles postopératoires : la désinstallation**

Tous les dispositifs médicaux utilisés chez un patient peuvent être des vecteurs à l'origine de la transmission de micro-organismes pathogènes s'ils ne sont pas correctement nettoyés et désinfectés selon des règles à respecter scrupuleusement (34).

Seule l'étape de décontamination-désinfection sera prise en compte dans les étapes de désinstallation, les autres étapes ne nécessitant pas d'être réalisées systématiquement entre deux patients, elles n'influent donc pas directement sur la durée du rdv.

### **1.2.1. Les dispositifs médicaux réutilisables (critiques et semi-critiques) :**

Il s'agit de dispositifs utilisés au contact de la peau lésée ou de la muqueuse des patients, et du matériel pénétrant dans les tissus, cavités stériles ainsi que le système vasculaire. Ces deux types de dispositifs seront traités dans la pratique dentaire comme dispositif médical critique.

La pré désinfection est la première étape de la chaîne du protocole de stérilisation. Elle aura pour but de réduire la contamination initiale (21).

#### Objectifs (4):

- réduire la population microbienne initiale
- Protéger le personnel lors de la manipulation des instruments (avantage des bacs et cassettes)
- éviter la contamination de l'environnement
- éviter le séchage des souillures
- faciliter le déroulement des étapes de nettoyage ultérieur

La pré désinfection se fait par trempage des instruments à l'aide d'un détergent désinfectant dès la fin du geste afin d'éviter que les matières organiques sèchent et s'incrustent sur le matériel qui ne pourrait être nettoyé ou stérilisé avec des garanties de résultat. En conséquence, cette opération doit être mise en œuvre immédiatement et au plus près du site opératoire.

Au cours du soin et après le soin, les instruments de la cassette sont nettoyés par l'assistante des ciments, composites, et autres produits à l'aide d'une lingette. La cassette sera fermée et transportée vers un bain de décontamination. Elle offre une sécurité lors du transport sans risque de blessures par instruments tranchants souillés. Les cassettes à événements permettent de passer toutes les étapes de la stérilisation sans être ouverte. La cassette pourra alors subir le cycle de stérilisation sans jamais avoir à l'ouvrir. Il est à noter que seuls les instruments à charnières (davier, pince hémostatiques) seront soumis aux ultrasons.

### **1.2.2. Le traitement des dispositifs médicaux non critiques ou dit de « bas niveau » :**

Ce sont les dispositifs sans contact direct avec la cavité buccale du patient ou en contact direct avec la peau saine du patient. L'absence totale de précaution autorise la transmission d'agents infectieux de la peau du patient vers un autre.

Ils correspondent aux matériels et matériaux présents dans les bacs du plan proximal de travail. Ce type de matériel doit être nettoyé puis désinfecté à l'aide d'une lingette imbibée d'un produit détergent-désinfectant.

### **1.2.3. Mesures particulières à certains dispositifs médicaux : Procédures proposées par la Direction Générale de la Santé.**

Le problème majeur des appareils rotatifs, des pompes d'aspiration, des seringues à eau, réside dans la formation d'un biofilm dû à la stagnation et au reflux à l'intérieur des systèmes. Le biofilm est très résistant et difficile à éliminer.

Ainsi, l'aspiration chirurgicale, les systèmes d'eau des unités (seringue air/eau, portes instruments dynamiques, détartreur et leurs tubulures), tous les instruments détachables doivent être traités séparément et nécessitent une purge de 20 à 30 secondes (47).

Après chaque patient, il est recommandé de faire tourner à vide les instruments rotatifs pendant 15 à 20 secondes et le moteur pendant 30 secondes.

La technologie permet un gain de temps et d'hygiène avec les fauteuils disposant de purges automatiques et fonction d'assainissement.

### **1.2.4. Gestion des déchets d'activité de soins (5) :**

L'exercice professionnel est générateur de déchets. Certains d'entre eux, issus de l'activité de soins, présentent un réel danger de contamination et sont traités en conséquence dès leur production. La sécurité collective repose sur la rigueur du tri initial au sein même de la salle de soins. Inactiver les produits potentiellement dangereux est une priorité (aiguilles,

lames de bistouri, déchets d'amalgames, produits biologiques...). Une série de gestes simples et consciencieux réalisés en procédures automatiques est indispensable.

On distingue trois grandes catégories de déchets :

- Les déchets à risques
- les déchets spécifiques
- les déchets domestiques

Sur le plan de travail ou à portée immédiate se trouvent quatre conteneurs :

- un conteneur inviolable pour objets tranchants, coupants ou cassables
- un conteneur pour les déchets contaminés non coupants
- un conteneur pour débris d'amalgames
- un conteneur pour déchets domestiques

- Les déchets d'activités de soins à risque infectieux donc physiques (DASRI) doivent être triés séparément dans les conteneurs ou emballages spécifiques réservés à leur élimination. Ce sont tous les déchets contaminés par le patient, ainsi que le contenu des filtres et séparateurs d'amalgames.

Les résidus d'amalgame de taille importante seront triés dans le conteneur d'amalgame.

- Les déchets d'activité de soins à risques (DASR) (toxiques et chimiques). Il s'agit des déchets et résidus des produits utilisés au cabinet, que ce soit des médicaments, des produits chimiques périmés ou autres qui même en l'absence de risque infectieux relèvent des piquants ou tranchants (boite OPCT : objets piquants, coupants, tranchants) (18).
- A ces deux catégories, il convient d'ajouter les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM). Ce sont tous les déchets durs ou mous qui ne sont pas contaminés n'ayant pas été en contact avec le patient et qui ne présentent pas de risque infectieux. Ils seront éliminés avec les ordures ménagères.

### **1.2.5. Décontamination de l'environnement de travail (34) :**

#### **1.2.5.1. L'air :**

Dans les cabinets dentaires, la pollution de l'air ambiant se fait notamment ressentir par une odeur caractéristique.

L'air, par la dispersion du « nuage dentaire » est certainement contaminant pour les surfaces et les personnes de la zone de soins. Il est donc recommandé d'aérer plusieurs fois par jour les pièces du cabinet pour ventiler au maximum ces dernières et permettre le renouvellement de l'air. Ouvrir la fenêtre entre chaque patient ou toutes les heures est la seule technique « d'assainissement » efficace de l'air.

#### **1.2.5.2. Les surfaces (4) :**

Elles sont manipulées lors des soins et constituent des réservoirs microbiens susceptibles de contamination croisée.

L'hygiène de l'unit et du mobilier se fait par bio nettoyage.

Les surfaces « contaminantes » dites « hautes » correspondent aux surfaces situées à proximité de l'espace de soin : le fauteuil, l'unit, les tablettes sont susceptibles d'être souillés par le « nuage dentaire » ou d'autres projections plus importantes ainsi que les mains gantées.

Entre chaque patient, l'assistante applique un produit détergent-désinfectant sur l'unit et les plans de travail à l'aide de lingettes pré imprégnées. Le principe général du bio nettoyage consiste toujours à aller du plus propre vers le plus sale et du haut vers le bas. Il faudra réaliser la désinfection des surfaces en deux temps :

1. Nettoyage préalable avec une lingette antiseptique afin d'éliminer les débris résiduels.
2. Vaporisation de désinfectant à l'aide d'un spray, en laissant sécher le produit sur la surface pour faire effet de rémanence.

L'hygiène des surfaces est permise par la désinfection et facilité par l'utilisation de barrières de protection à usage unique mise en place lors de la préparation du fauteuil.

#### **Conclusion :**

Le praticien, tenu à une obligation de résultats à laquelle il ne peut être sûr de satisfaire, doit pouvoir démontrer qu'il a rempli les obligations de moyens, en apportant les

preuves de la maîtrise de toutes les étapes (47). Aussi, l'assistante doit être formées aux meilleures techniques de procédures d'hygiène et d'asepsie suivant les normes, les recommandations et les réglementations en vigueur (39).

Toutes ces procédures prennent du temps et ont pour but la protection du patient et de l'équipe. C'est un minimum de dix minutes qui sont nécessaires à chaque rdv pour répondre à ces procédures et travailler dans les conditions d'hygiène recommandées. Pour conserver ces conditions, la mise en place de protocoles et l'utilisation des Bacs et Cassettes sont indispensables.

## 2. Maîtrise de l'asepsie durant les soins :

Le respect des mesures prises pour éviter que l'opérateur ne se lève, se baisse, se penche, n'ouvre de tiroirs et contamine les surfaces sont permises par la bonne utilisation de :

### **2.1. L'aire de travail : ergonomie et aepsie**

Le plan de travail central doit répondre aux impératifs d'ergonomie et d'asepsie en vigueur.

L'organisation du travail consistant à disposer de tous les éléments et dispositifs spécifiques avant le début du traitement est un moyen de réduire de manière significative la contamination des surfaces et de l'environnement. Ainsi, il doit y avoir tous les instruments et produits à portée de main. Outre le fait que cela ménage la santé des opérateurs, cela diminue aussi les risques de contamination croisée par la diminution des surfaces touchées et en n'ayant pas à ouvrir de tiroirs.

Ni le praticien ni l'assistante ne doivent avoir à se lever durant le soin. Les plans de travail central et proximal délimitent la portion de l'espace dans laquelle doit s'effectuer le travail.

### **2.2. Les protocoles opératoires**

Le problème de posturologie et d'asepsie s'avère être le résultat d'un manque d'anticipation et d'organisation des actes en amont des séances de travail clinique. Il faut accepter de perdre du temps en organisant son travail en amont, pour en gagner en aval. Lorsque les soins ont été préparés, le matériel est à disposition ce qui évite les fautes

d'asepsie mais aussi le stress de l'équipe alors que l'heure passe et que l'efficacité diminue. Grâce aux protocoles, toute l'équipe doit pouvoir anticiper chaque geste, chaque acte, chaque utilisation de produit ou d'instrument sans avoir à se lever.

### **2.3. Les bacs et cassettes**

La salle de soins est-elle une salle de rangement ou une salle d'intervention ? Les plans de travail sont fréquemment encombrés d'une multitude de produits, flacons ou appareils de toutes sortes, alors que rien ne devrait s'y trouver. Les salles dédiées à la chirurgie ne sont jamais surchargées alors que le matériel nécessaire est important. Tout comme au bloc, chaque élément doit être positionné au moment où l'on en a besoin, c'est-à-dire en début de traitement (35).

La pratique dentaire dans un souci d'hygiène se dirige de plus en plus vers le déménagement de tous les éléments de la salle de soins vers une salle de stockage entraînant la suppression des tiroirs.

### **2.4. Apport du travail à quatre mains**

Le travail à quatre mains n'est rendu possible que si les étapes précédentes à savoir les protocoles et la mise à disposition des bacs et cassettes ne souffrent d'aucun manquement. Travailler réellement à quatre mains sera la garantie d'un travail réalisé dans les meilleures conditions d'asepsie qui limiteront le risque de contamination.

## **3. Architecture et hygiène:**

L'hygiène se réalise également par une coordination et un agencement réfléchis (Figure 31) du cabinet dentaire.

L'architecture du cabinet doit être conçue afin de répondre au mieux aux mesures d'hygiène en facilitant la manutention. La conception de la salle de soins doit contribuer à la prévention du risque infectieux, ainsi l'architecture des lieux avec la disposition du mobilier et des plans de travail peut contribuer à l'asepsie. Certaines dispositions des plans de travail et notamment de l'aspiration ne permettent pas le travail à quatre mains.

Ainsi, on pourrait dire que c'est à partir des bacs et des cassettes que la disposition du cabinet dentaire, des plans de travail, des rangements et de la salle de stérilisation est à envisager.



**Figure 161-La conception architecturale d'un cabinet dentaire.** (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.71).

#### 4. Les perspectives : innovations, technologie et asepsie :

Les innovations et la technologie permettent aujourd'hui un meilleur contrôle de l'asepsie et permettent un gain de temps. Le choix de certains dispositifs facilite les mesures d'asepsie : claviers lisses sans joints recouverts de dalle de verre, écrans tactiles nettoyables, portes automatiques, robinet sans contact, plafonnier intégré. Le temps peut être économisé par les fauteuils disposant d'une fonction d'assainissement et de purge automatique. Le contrôle automatisé de la stérilisation est également intéressant.

### **Conclusion :**

L'hygiène représente une part très importante du temps hors clinique. Il est alors essentiel de recevoir un nombre limité de patients chaque jour. Le respect de ces règles essentielles est possible uniquement par un temps prévu à chaque rendez-vous et par conséquent exclut la possibilité de rdv de 15 minutes dans les conditions de travail que nous avons définies.

La préparation de l'acte, l'organisation rationnelle des plateaux de travail limitant les gestes diminue le risque de contamination croisée en favorisant l'asepsie des zones proximales et tout compte fait, fait gagner du temps, de la sérénité, de la qualité, de la sécurité, de la concentration et du confort.

## **D. LIMITES AU GROUPEMENT DES ACTES.**

Il est une objection fréquente aux rdv longs : et si le patient ne venait pas ? La peur du rdv long en cas d'absence du patient mais également les difficultés pour proposer des plans de traitement globaux rendent la plupart des praticiens récalcitrants à gérer leur agenda différemment qu'en rdv courts. Cependant, nous verrons comment faire face à cette problématique.

Il est vrai également que le groupement des actes et le temps passé au fauteuil à chaque séance n'est pas envisageable pour tous. C'est là une réelle limite au travail en groupement d'actes.

### **1. L'incapacité à coopérer :**

Les comportements humains requièrent de la souplesse, il n'est pas possible d'envisager une profession médicale sans en tenir compte. Ainsi dans notre patientèle, certains patients ne pourront rester de longs moments au fauteuil.

Les enfants, les patients atteints de douleurs chroniques, les patients porteurs de handicap doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée qui dans bien des cas peut être assurée dans le cadre d'une pratique libérale.

## 2. Les rdv manqués :

Comme les urgences, les retards, les rdv manqués et les annulations font partie de la vie quotidienne d'un cabinet dentaire. Cependant, le cabinet organisé ne leur accordera qu'une importance relative. Le pourcentage « acceptable » d'absence ou d'annulation est de 5%, s'il est plus important, la raison ne doit être cherchée que dans le cabinet lui-même (35).

### **2.1. Les raisons des retards et des manquements de rendez-vous (46)**

-le rdv a été imposé au patient et ne correspond pas à ses activités.

-la motivation aux soins n'est pas assez profonde.

-aucune remarque n'a été formulée lors de retards précédents

-il a mal apprécié la durée du déplacement.

-comportement négatif du personnel

-non-respect des demandes du patient

-mauvaise communication

-le patient a l'habitude d'attendre, avant d'être reçu, et il a voulu compenser le décalage observé les fois précédentes.

Il faut comprendre qu'ils sont liés à la manière dont les patients sont traités, respectés et motivés par le personnel du cabinet.

### **2.2. Comment éviter ces incidents (46) ?**

#### **2.2.1. Prévenir :**

Il est possible d'anticiper un certain nombre d'annulations, de rdv manqués ou de retards :

-En étant plus attentif à l'importance du choix du rdv. Généralement, un patient obligé de modifier profondément ses occupations pour honorer notre rendez-vous, court le risque d'être défaillant.

-Ne pas oublier de rappeler le jour et l'heure du rdv à la fin de la conversation. Les rdv manqués sont la conséquence directe de confirmations faites à la hâte ou routinières.

-Montrer au patient que l'on attache de l'importance lorsque l'on lui attribue un créneau horaire.

- Convenir d'un appel téléphonique de confirmation. Un système efficace de rappel des patients évite le plus souvent le désagrément de l'oubli. L'assistante doit confirmer les rdv la veille ou l'avant-veille, cette procédure est essentielle (8). Elle permet également de rappeler les indications pré-opératoires, de s'assurer que le patient apportera tous les documents utiles.

-Pour les retardataires chroniques, il est parfois indispensable de laisser un décalage prévisionnel entre l'heure notée sur le carton « séance de traitement » et l'heure notée sur l'agenda-planning.

-Ne pas donner de rdv de contrôle longtemps à l'avance mais donner la date de rappel pour chaque patient lorsque les soins sont terminés. Ce qui évite d'avoir à attendre son appel pour prendre un rdv. De nombreux patients renvoyant toujours à plus tard, ce système évite l'encombrement de notre consultation (lors des vacances) et donne de la fluidité. Cela évite également au patient des examens dentaires trop espacés dans le temps. Dans les cas particuliers que nous avons abordés, il est possible de donner un rdv à l'avance mais il faudra convenir d'un appel téléphonique de confirmation.

### **2.2.2. Informer :**

Malgré ces précautions, certains patients ne respectent pas strictement les rdv. D'autres décommandent à la dernière minute, d'autres encore ont l'habitude de demander sans cesse un déplacement de leur rdv.

Il est nécessaire de trouver les arguments pour changer leur habitude. En donnant des informations sur le retentissement de l'absence de ponctualité sur notre travail.

Le patient qui arrive en retard à son rdv entraîne de profondes perturbations dans le planning. Il vaut mieux faire une observation polie à un patient dès la première défaillance que de supporter les inconvénients de son inexactitude aux séances ultérieures (7).

Face à un manquement, il est conseillé de contacter le patient dans l'heure qui suit. Les manquements sont reportés sur le dossier afin que le problème soit évoqué à l'occasion

du rdv suivant. C'est le rôle de l'assistante d'aborder ce sujet avec le patient (8). Elle explique les difficultés engendrées par son attitude et l'engage à mieux respecter les rdv qui ont été convenus d'un commun accord. Attention, cette conversation doit être menée avec tact et psychologie, surtout s'il s'agit du premier « accident ».

Dans le cas de patients qui réitèrent, le praticien devra prendre le relais et aborder une discussion franche pour essayer d'en saisir les raisons profondes.

### **2.2.3. Agir :**

Suite à une annulation, l'équipe soignante devra bien évidemment chercher à occuper la plage de travail.

Il est alors utile de tenir à jour une liste des patients en fonction de leurs besoins, de leurs exigences professionnelles afin de leurs proposer le créneau annulé si celui-ci convient à leur planning.

Il est important de savoir gérer ces incidents et ne pas se trouver face à un rdv longs non honoré. Mais il est surtout utile de prévenir ces comportements comme nous venons de le voir.

## **3. Les imprévus et impondérables :**

Le praticien exerçant en rdv longs sera parfois contraint de mettre un terme à la séance sans réaliser l'ensemble des soins prévus.

De ce fait, un rdv long peut se voir écourté par la présence d'un élément nouveau mettant fin à la séance de soins. De précieuses minutes peuvent alors être perdues. Cela peut être le cas par exemple : lors de la découverte d'une fracture de racine non conservable lors d'une séance de plusieurs retraitements dans le but de réaliser une prothèse fixée plurale. Si le plan de traitement doit être modifié, le praticien pourra en discuter avec le patient avant de lui proposer un plan de traitement différent.

Plus souvent, la situation contraire, contraint le praticien à allonger la séance : fracture instrumentale, saignements, carie inattendue, empreinte à reprendre, canal d'accès difficile...

Il revient au praticien de débiter la séance par l'acte le plus « incertain » afin de pouvoir y pallier en cas d'imprévu.

## CONCLUSION :

Le cabinet dentaire est une entreprise, avec des employés, des contraintes administratives et économiques et un bilan annuel à équilibrer. Le chirurgien dentiste libéral, chef d'entreprise et manager est aussi un soignant qui doit répondre à des impératifs cliniques parmi lesquels figurent l'obligation de délivrer des soins de qualité et de respecter les recommandations en matière d'hygiène. Au vu des temps morts perdus chaque jour les cabinets dentaires peuvent et doivent être organisés de façon optimale dans le but de concilier les impératifs cliniques et économiques.

Nous nous sommes alors intéressés à la manière la plus pragmatique d'envisager l'exercice clinique pour satisfaire à ces obligations.

Il convient dans un premier temps de consacrer du temps pour identifier la demande du patient. Le temps accordé à établir le plan de traitement est un investissement pour l'ensemble des soins. L'équipe doit être formée à la gestion du planning et à une bonne utilisation des temps de travail. Ainsi, il sera possible de proposer aux patients des actes regroupés et un nombre de séances limités.

Nous avons vu qu'il ne suffisait pas d'augmenter les phases de travail pour répondre à notre problématique. L'organisation rationnelle des actes au fauteuil est la deuxième clé pour répondre aux impératifs d'hygiène et aux impératifs économiques.

Cette méthode de travail améliore inmanquablement les conditions de travail et la prise en charge du patient.

# BIBLIOGRAPHIE

1. AMZALAG A, UFSBD. Comment favoriser l'alliance thérapeutique? I.D. L'Information Dentaire. 2006 ; 13 : 668.
2. AMZALAG A, DARDENNE P. Codes de la relation dentiste-patient. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2007. p. 35, 41.
3. ARRETO CD, BRUNET-CANONNE A, FIORETTI F. Consulter en odontologie : la relation praticien patient. Rueil-Malmaison : Cdp ; 2006.p. 103, 104 127.
4. ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE. Grille technique d'évaluation des cabinets dentaires. Paris : ADF, Société française d'hygiène hospitalière ; 2009.p. 47, 54.
5. BENYAHYA I. Hygiène du fauteuil et gestion des déchets. Le courrier du dentiste. [En ligne]. 2000 [consulté le 8/11/2014]. Disponible : <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/hygiene-au-fauteuil-a-gestion-des-dechets.html>
6. BINHAS E. Que dites vous après avoir dit « Allo ». I.D. L'Information Dentaire. 1995; 13 : 997-1005
7. BINHAS E. La qualité du service en dentisterie. Dialogue; 1997 ; II : 11-14
8. BINHAS E. A quoi sert une assistante dentaire ? Dialogue ; 1998 ; p15-16.
9. BINHAS E. L'accueil au cabinet. Clinic. 1999 ; 20 (9) : 631
10. BINHAS E. Présenter le plan de traitement. Clinic. 2005 ; 26 (8 cah. 2) : 16-17.
11. BINHAS E. Planification stratégique des plans de traitement. Clinic ; 2008 ; 29 (11 cah 2) : 16-17.
12. BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p. 8, 12 ,71, 143, 144, 145, 168.
13. BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 2. Paris : Cdp ; 2013. p. 8, 12, 16, 50, 58, 115.

14. BINHAS E. Dossier simplification du travail au cabinet dentaire. *Le fil dentaire*. [En ligne]. 2010 [consulté le 27/08/2014]. Disponible : <http://www.binhas.fr/omnipratique/images/stories/articles/8-ergonomie/2-bacs-cassettes-4-mains.pdf>
15. BINHAS E. Optimiser la communication au fauteuil. *Le fil dentaire*. [En ligne]. 2012 [consulté le 27/11/2014] ; 69 : 26-30. Disponible : [http://www.lefildentaire.com/images/stories/ConseilCOM/lfd69\\_janvier\\_2012\\_binhas\\_26\\_30.pdf](http://www.lefildentaire.com/images/stories/ConseilCOM/lfd69_janvier_2012_binhas_26_30.pdf)
16. BITTON J. Le dossier du patient : que doit-il contenir? *Indépendantaire*. 2003 ; 13 : 40.
17. BLANC G. Invitation au dépoussiérage du cabinet. *Le fil dentaire*. [En ligne]. 2011 [consulté le 4/11/2014] ; 67 : 22-35. Disponible : [http://www.lefildentaire.com/images/stories/Pratique/Ergonomie\\_matriel/67\\_artblanc.pdf](http://www.lefildentaire.com/images/stories/Pratique/Ergonomie_matriel/67_artblanc.pdf)
18. BONNAFOUS F. Bien organiser son cabinet dentaire. Paris : Quintessence International ; 2015. p. 12, 13, 17, 34, 47, 56, 122, 124, 151.
19. BOUQUARD L. La digue : recommandations théoriques et usages au cabinet dentaire [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. Nantes : Université de Nantes ; 2013. 147 p. Disponible : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bdab65f0-f632-42ef-bd4e-819889c00db8>
20. BOURGET P. L'art de faire la conversation. *Indépendantaire*. 2004 ; 19 : 42.
21. BRISSET. L, LECOLIER. M.D. Hygiène et asepsie au cabinet dentaire. Paris : Masson ; 1997. 198 p.
22. BUISSON H. Phrases clés pour une bonne explication du plan de traitement. *Convergence*. 1998 ; 80 (41) : 4-5.
23. BUISSON M. Secrétariat : la fiche du patient. *Convergence*. 2001 ; 83 : 12.
24. CHARBRE M, HESCOT P. Les satisfactions et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste, Enquête ADF-SOFRES novembre 2007. Paris : ADF ; 1998. 31 p.
25. CHARON J. Service patient service gagnant. Vélizy : Cdp ; 1996.p. 51, 105.
26. CHARON J. Relation humaine et communication au cabinet dentaire. Cdp ; 2014.p.53

27. CHEVALIER G. La communication : un outil indispensable à la relation patient-praticien en odontologie. Thèse d'exercice de chirurgie dentaire. Université Nancy2 ; 2007 ; p51-61.
28. COCHET R. La gestion des appels entrants au cabinet dentaire : la règle élémentaire des 3 C. Le fil dentaire. [En ligne]. 2013 [consulté le 8/10/2014] ; 79 : 32-34. Disponible : <http://www.rh-dentaire.com/assets/uploads/Gestion-agenda-cabinet-dentaire-Rodolphe-Cochet.pdf>
29. FAYOLLE-LABE C. Apport de la psychologie dans la communication entre le chirurgien-dentiste et son patient. Thèse d'exercice de chirurgie dentaire. Université de Lille 2 ; 2003. 103 f.
30. FONTAINE N. Augmenter l'acceptation de vos plans de traitement. Indépendantaire. 2003 ; 10 : 42-47
31. GAUTHIER G. Accueil téléphonique. I.D. L'Information Dentaire. 2002 ; 1.p.70-72.
32. HABIB B. Nouvelles technologies et communication. I.D. L'Information Dentaire. 2006 ; 13 : 676.
- [http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/90-etes-vous-pret-pour-optimiser-votre-temps-de-travail-#.U-j-GPl\\_tct](http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/90-etes-vous-pret-pour-optimiser-votre-temps-de-travail-#.U-j-GPl_tct)
33. KILPATRICK H. Simplification du travail dans la pratique dentaire. 2 ème édition. Paris : Julien Prélat ; 1972. P. 22-25, 34, 3-50, 232-249, 261, 274, 309, 338
34. MEUNIER O, MAIRE. C. Mémo hygiène au cabinet dentaire : transmission, dispositifs médicaux et déchets, environnement, matériel et annexes. Rueil-Malmaison : Cdp ; 2011. 71 p.
35. MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les Ulis : EDP Sciences ; 2014. p. 9-20, 23, 33, 65-68, 71, 75, 83, 140-146, 150-152.
36. MIEROWSKA D. Importance de l'accueil. I.D. L'Information Dentaire. 2006 ; 14 : 805.
37. MIEROWSKA D. Accueil téléphonique. I.D. L'Information Dentaire. 2006 ; 17 : 996.
38. MOINEAU F. Comment répondre à l'urgence ? I.D. L'Information Dentaire. ; 2006 ; 13 : 690.

39. MOUDEN R. Assistante dentaire : rôle et tâches au cabinet dentaire. Le courrier du dentiste. [En ligne]. 2011 [consulté le 8/10/2014]. Disponible : <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/assistante-dentaire-role-et-taches-au-cabinet-dentaire.html>
40. NOSSINTCHOUK RM. Communiquer en odonto-stomatologie, Paris: CdP ; 2003. 145 p.
41. ONILLON S. La gestion du temps au cabinet dentaire. Le courrier du dentiste. [En ligne]. 2010 [consulté le 2/01/2015]. Disponible : <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/la-gestion-du-temps-au-cabinet-dentaire.html>
42. ONILLON S. L'écoute du patient au cabinet dentaire. Le courrier du dentiste. [En ligne]. 2012 [consulté le 12/09/2014]. Disponible : <http://www.lecourrierdudentiste.com/conseil-plus/lecou-te-patient-au-cabinet-dentaire.html>
43. RAMEL C. La salle d'attente communique. Indépendantaire Hors-série. 2004 ; 3 : 114.
44. ROMAGNA C. La communication : choisir les mots pour convaincre. Quintessence du congrès ADF. [En ligne]. 2006 [consulté le 2/05/2015]. Disponible : [http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail\\_conference.cfm?rubrique\\_origine=47&conference=21/2006](http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=21/2006)
45. ROIG R. Guide de l'assistante dentaire. Des principes fondamentaux au travail en salle de soins. Cdp ; 2009.p.8.
46. ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p. 49, 68, 71, 77, 90, 158, 193.
47. ROZENCWEIG D. En route vers la qualité en odontologie...pour optimiser votre avenir professionnel. Paris : Quintessence international ; 2003. P.31, 199.
48. ROZENCWEIG D. La démarche qualité dans l'organisation du cabinet. I.D. L'Information Dentaire. 2005 ;39 :2431-2452.
49. ROZENCWEIG D. Favoriser la relation patient- praticien de qualité. I.D. L'Information Dentaire. 2005 ; 31 : 1879-1881.
50. ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence internationale ; 2014. p. 4, 7,18, 26, 77, 136, 236.

51. RUGA A. L'abord du patient au cabinet dentaire : approche psychologique et outils de communication [Thèse de chirurgie dentaire]. Nancy : Université de Lorraine ; 2013. p. 111. Disponible : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2013\\_RUGA\\_AGATHE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf)

52. SERGENT-DELATTRE A, DELATRE B, ROCHAT J. Le plan de traitement pas d'adhésion sans communication. Le fil dentaire. 2008 ; 32 : 22-24.

53. TIGRID D. Gagner en sérénité : professionnaliser l'accueil au cabinet dentaire. Le fil dentaire. [En ligne]. 2007 [consulté le 2/09/2014] ; 27 : 42-43.

Disponible : <http://www.lefildentaire.com/images/stories/articles3/organisation-accueil-pro-cabinet/organisation-accueil-pro-cabinet.pdf>

54. TIGRID D. Professionnaliser l'accueil téléphonique au cabinet dentaire. Le fil dentaire. . [En ligne]. 2010 [consulté le 26/08/2015]. Disponible : <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/les-conseils-de/75-conseils-deborah-professionnaliser-laccueil-telephonique-au-cabinet-dentaire?format=pdf>

55. VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : relations professionnelles, modèles organisationnels, gestion des rendez-vous, planification du temps, plans de traitement, travail sur 2 fauteuils, travail à 4 mains, délégation des tâches, groupement d'actes, bilan de soins. Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p. 5, 9, 10, 14, 15, 22-25, 28, 41, 54, 55, 65, 71, 92.

56. ZEITOUN R. Erreurs d'asepsie en chirurgie parodontale et en chirurgie implantaire. Journal de parodontologie 1995 ; 14 ,7-21.

# TABLE DES FIGURES

Figure 1- Le motif de la consultation (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : Paris : Quintessence internationale ; 2014. p.18.).....	17
Figure 2- Démarche de l'examen clinique: proposition de classement des différents types de traitement et de protocoles cliniques. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.169.).....	31
Figure 3- Exemple des étapes du plan de traitement pour une couronne. (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p.77).....	39
Figure 4- La communication au service du choix thérapeutique. (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p.73).....	41
Figure 5- Abord de la conclusion. (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : Paris : Quintessence internationale ; 2014. p.89.).....	44
Figure 6- M. M., né le 25/10/1974, état de santé RAS. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.54). .....	45
Figure 7-Fiche de liaison (iconographie personnelle).....	54
Figure 8-Exemple d'ilotage (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.26). .....	60
Figure 9-Rendez-vous donnés à l'avance sans créer d'ilotage. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. P.27). .....	61
Figure 10-L'organisation des plateaux de travail: les bacs et cassettes. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.141). .....	75
Figure 11-Bacs composite et bacs associés. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. P.84 et 60). .....	76
Figure 12-Rangement des bacs et des cassettes hors de la salle de stérilisation. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.95). .....	77

Figure 13-Les instruments dans leur position spécifique. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.143).	79
Figure 14-Séquenceurs de fraises spécifiques. (Style italiano).	80
Figure 15-Disposition des aires de travail. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.69).	81
Figure 16-Fauteuil A-dec (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.)	82
Figure 17-Les différentes zones de l'espace proximal. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.67).	82
Figure 18-Plan de travail proximal: roulette vs tablette extractible. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. P.47 et 45).	84
Figure 19-Accessibilité de la cassette et du matériel consommable lors du travail à quatre mains. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.94).	87
Figure 20-Fauteuil Quetin : Distribution transthoracique. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.107).	88
Figure 21-Position de l'assistante lors du travail à quatre mains. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.94).	88
Figure 22-Préhension et passation des instruments. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.170).	91
Figure 23-Coût des assistantes en fonction du chiffre d'affaire. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.77).	94
Figure 24-Attentes réciproques du patient et du praticien. (ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence international ; 2000. p. 49).	100
Figure 25-Ergonomie et troubles musculo-squelettiques. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 2. Paris : Cdp ; 2013. p.115).	105
Figure 26- Assistante à sept bras. (BONNAFOUS F. Bien organiser son cabinet dentaire. Paris : Quintessence International ; 2015. P.56).	110

Figure 27-La reconstitution des séquences instrumentales génère un risque de blessure et une perte de temps importante pour l'assistante. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.66). .....	111
Figure 28-Cassettes en cours de fermeture pour transport et stérilisation des instruments. (MACCARIO R. L'organisation du cabinet dentaire. Les UIis : EDP Sciences ; 2014. p.90). .....	112
Figure 29-Rendez-vous de 25 minutes. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.30). .....	117
Figure 30-Répartition du temps de travail pour 40 minutes de soins. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.35).....	117
Figure 31-La conception architecturale d'un cabinet dentaire. (BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire volume 1. Paris : Cdp ; 2011. p.71). .....	133

# TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1-Fiche de plan de traitement : (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.54-55).....	46
Tableau 2-Type d'acte et nombre minimum de séances de traitement. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.56).....	47
Tableau 3-Grille classique de groupement des actes. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.112-113) ..	51
Tableau 4-Grille simplifiée de groupement d'actes à l'attention du patient. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. P112.) ..	52
Tableau 5- Relation entre le nombre de patients reçus quotidiennement et le temps de travail productif du dentiste. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012.p.40.) ..	116
Tableau 6-Gain de productivité (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.54-55).....	119
Tableau 7-Gain de temps en fonction du nombre de rendez-vous. (VERMEULEN J, BOLLA M. Mémo : organisation quotidienne du cabinet dentaire : Rueil-Malmaison : Cdp ; 2012. p.43).....	121

# ANNEXES

**Annexe 1 :** Questionnaire médical confidentiel. (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence internationale ; 2014.)

I – Questionnaire médical confidentiel	
Nom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : .....	
Adresse : .....	
Té : .....	
Profession : .....	Fax : .....
Adresse professionnelle : .....	Portable : .....
Tél : .....	
Situation de famille : .....	Âge des enfants : .....
Médecin habituel : .....	Adresse : .....
Tél : .....	
Par qui êtes-vous adressé au cabinet ? .....	
Quel est l'objet de votre consultation ? .....	
Souffrez-vous ? : .....	
Où ? .....	Depuis quand ? .....
Avez-vous consulté votre médecin dernièrement ? .....	
Pour quelle affection ? .....	
Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? .....	
Lesquels ? .....	
Quels médicaments prenez-vous actuellement ? .....	
Avez-vous pris des aminobiphosphonates ? (ex : FOSAMAX, DIDRONEL, ACTONEL, ZOMEDIA, ARELIA, BONINA, BONEFOS) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Anticoagulants <input type="radio"/>	Tranquillisants <input type="radio"/>
Corticoïdes <input type="radio"/>	Antidépresseurs <input type="radio"/>
Avez-vous reçu un traitement pour :	
<input type="radio"/> un cancer ? .....	<input type="radio"/> l'ostéoporose ? .....
<input type="radio"/> la maladie de Paget ? .....	
Avez-vous présenté des accidents avec des médicaments ? .....	
Lesquels ? .....	
Avez-vous eu, ou avez-vous :	
<input type="radio"/> Une maladie cardiaque ? .....	<input type="radio"/> Des troubles de la tension artérielle ? .....
<input type="radio"/> Un traitement par radiothérapie ? .....	<input type="radio"/> Une maladie virale ou contagieuse ? .....
<input type="radio"/> Un diabète ? .....	<input type="radio"/> Une insuffisance rénale ? .....
<input type="radio"/> Autres maladies ? .....	
Avez-vous déjà eu :	
<input type="radio"/> Des vertiges ? .....	<input type="radio"/> Des syncopes ? .....
<input type="radio"/> Des allergies ? À quoi ? .....	
Quels antalgiques utilisez-vous habituellement ? .....	
Avez-vous déjà subi une anesthésie générale ? .....	
Locale ? .....	
Comment cela s'est-il passé ? .....	
Saignez-vous longtemps en cas de coupure ? .....	
Avez-vous facilement des hématomes (bleus) ? .....	
Des œdèmes (enflures) ? .....	
Date de votre dernier examen sanguin : .....	
Anomalies relevées : .....	
Avez-vous facilement des infections ? .....	
Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? .....	
Avez-vous d'autres problèmes médicaux particuliers à signaler ? .....	
Lesquels ? .....	
Spécialistes consultés : .....	
Date :	Signature :

**Annexe 2:** Questionnaire utilisé lors d'une demande en urgence. ( ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence internationale ; 2014.).

Questionnaire pour une demande de rendez-vous en urgence	
<b>Date et heure de l'appel :</b>	
Nom :.....	Prénom :..... Téléphone :.....
Patient habituel du cabinet <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
<b>Motif d'urgence annoncé :</b>	
<b>Douleur</b>	
Depuis quand la douleur est-elle apparue ?	
Situation : face <input type="radio"/> dents <input type="radio"/>	
Arcade supérieure <input type="radio"/> inférieure <input type="radio"/>	
Échelle de la douleur (1 à 10) :	
La douleur survient-elle au froid ? <input type="radio"/>	Spontanément ? <input type="radio"/>
Au chaud ? <input type="radio"/>	À la pression ? <input type="radio"/>
Avez-vous pris des antidouleurs ? <input type="radio"/> Lesquels ?.....	
Combien ? .....	
Depuis quand ? .....	
Comment agissent-ils ? .....	
Sommeil perturbé <input type="radio"/>	
<b>Œdème</b>	
Situation :	
Évolution :	
<b>Accident</b>	
Dent fracturée	
Appareil défectueux	
<b>Autres motifs :</b>	
<b>Contexte médical particulier :</b>	
<b>Réponse donnée</b>	
Rendez-vous accordé <input type="radio"/> Date :	
Solliciter un autre confrère <input type="radio"/>	
Le cabinet rappellera si défection <input type="radio"/>	
Consulter votre médecin traitant pour antalgiques majeurs <input type="radio"/>	

**Annexe 3: Questionnaire odontologique.** (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence internationale ; 2014.)

**2 – Questionnaire odontologique**

Date de votre dernière visite chez un dentiste .....

Actes effectués : .....

.....

Avez-vous reçu un examen radiologique complet de toutes les dents depuis moins de trois ans ? .....

Vous êtes-vous fait redresser les dents par orthodontie ? ..... À quelle date ? .....

Quelle est votre préoccupation principale concernant votre bouche ? .....

.....

Vos dents sont-elles sensibles au froid ? ..... Au chaud ? .....

Aux acides ? ..... Aux sucres ? ..... À la mastication ? .....

De quel côté mastiquez-vous préférentiellement ? .....

Vos gencives sont-elles sensibles ? .....

Saignent-elles au brossage ? .....

Ont-elles saigné auparavant ? ..... Quand ? .....

Avez-vous déjà reçu un traitement gingival ? ..... Lequel ? .....

.....

Vos dents vous paraissent-elles mobiles ? ..... Déchaussées ? .....

Se sont-elles déplacées ? .....

Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ? .....

Avez-vous un mauvais goût dans la bouche au réveil ? .....

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? .....

Serrez-vous les dents en cas de tension nerveuse ? .....

Grincez-vous des dents la nuit ? ..... Le jour ? .....

Avez-vous des douleurs de la face ou de la tête ? ..... Où ? .....

Avez-vous des craquements aux articulations de la mâchoire ? .....

À quels moments vous brossez-vous les dents ? .....

Combien de temps ? .....

Quel type de brosse utilisez-vous actuellement ? .....

Quel dentifrice ? .....

Utilisez-vous :

des brossettes interdentaires ? ..... Marque : .....

du fil dentaire ? ..... Marque : .....

des cure-dents ? ..... Marque : .....

Avez-vous reçu récemment des informations concernant la plaque bactérienne ? .....

Êtes-vous opposé à l'idée de porter une prothèse mobile ? .....

Êtes-vous favorable aux mesures de prévention ? .....

Êtes-vous disposé à consacrer dix minutes par jour pour préserver vos dents et vos gencives ? .....

Si une transformation de votre sourire était possible, que souhaiteriez-vous ? .....

.....

Avez-vous des jours et heures de préférence pour vos futures séances de traitement ? .....

.....

Date : .....

Signature : .....

**Annexe 4 :** Courrier de confirmation du rendez-vous. (ROZENCWEIG D. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence internationale ; 2014.)

**Votre confirmation de rendez-vous**

Nous vous remercions d'avoir pris rendez-vous à notre cabinet et nous vous confirmons que votre première consultation aura lieu le :

.....

Vous serez reçu à l'heure convenue.

.....

Cette séance sera uniquement consacrée à un examen approfondi, en vue d'établir le diagnostic de votre cas.

Vous serez ensuite informé, avant toute intervention, sur les différentes possibilités de traitement, ainsi que sur les honoraires correspondants. Le montant de la prise en charge par l'assurance maladie vous sera également précisé.

Sur votre demande, un compte-rendu rapportant les observations et le diagnostic pourra être adressé à votre médecin.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de remplir attentivement le questionnaire médical confidentiel ci-joint et nous l'apporter lors de ce premier rendez-vous avec, éventuellement, les radios et analyses dont vous disposez.

Dans l'attente de notre rencontre à notre cabinet, recevez l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le secrétariat

**Annexe 5** : Liste du matériel et des produits utiles lors de la séance composite.

<p><b><u>MATERIEL ET PRODUITS UTILE LORS DE LA</u></b></p> <p><b><u>SEANCE COMPOSITE.</u></b></p>
---

MATERIEL DE BASE	INSTRUMENTATION METALLIQUE	MATERIEL CONSOMMABLE ET REUTILISABLE
Gants	Miroir/2	Adhésif automordant
Masque	Précelles/2	Tips
Serviette plastifiée	Excavateur	Godet de mélange
Champs	Fouloir double/2	Matrice/strips transparent
Serviette papier	Brunissoire double/2	Coins interdentaires
Coton salivaire/4	Spatule à composite	Seringue d'hydroxyde de calcium (Dycal)
Gobelet à déchets	Sonde	Pistolet à composite + compules
Pompe à salive classique	Fouloir porte fond de cavité	Papier à articuler
Canule d'aspiration chirurgicale	Seringue anesthésique	Teintier
Embout seringue air/eau	Séquenceurs fraises composite	Carpules vaso-constricteur
	Turbine	Carpules sans vaso-constricteur
	Contre-angle multiplicateur	Aiguille para apicle/ intra septale
	Matrice	Lampe à photopolymériser
	Porte matrice	
	Strip métallique	

**Annexe 6 : Protocole composite.**

**Protocole : COMPOSITE**

Que fait le chirurgien dentiste ?	Que fait l'assistante dentaire ?	Quels sont les matériaux utilisés ?
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

ENTREE DU PATIENT

	Consulte le plan de traitement	Gantes, masque, lunettes protection, cahmps
	Prépare le fauteuil pour l'acte à prodiguer	Lunettes protection patient.
Va chercher le patient en salle d'attente	Affiche à l'écran informatique la radio de la dent à soigner	
Se lave les mains	Installe le patient au fauteuil	
Met les gants, le masque et lunettes de protection.	Met le champ au patient	
	Présente les différentes étapes de soins	
	Rassure le patient sur ses inquiétudes	
	Incline le fauteuil et positionne la tête	
	Propose des lunettes de protection au patient	
	Se lave les mains	
Présente brièvement les principales étapes de soins	Met les gants, masque et lunettes de protection	
	Règle le scialytique	

Prend seringue main droite, coude l'aiguille	Tend anesthésie main gauche	Cotons salivaires, précelles
Prend miroir main gauche, écarte	Tend miroir main droite	Carpule anesthésique
Fait l'anesthésie	Prend aspiration main droite	Seringue et aiguille anesthésique
Protection seringue+ pose sur thorax du patient	Prend seringue air/eau : rinçage	Miroir
	Pose seringue air/eau	
	Pose seringue d'anesthésie dans le plateau	
Choix de la fraise	Prend aspiration et turbine MG+ pose fraise MD	
Prend la turbine main droite	Tend turbine MG	Turbine, séquenceur fraises composite
	Prend aspiration MD	précelles
	Prend miroir MG	

**Annexe 7** : Compartiments d'attribution du matériel et des produits selon leur catégorie.

<b><u>METHODE Ba-Ca : COMPOSITE-SCELLEMENT</u></b>
<b><u>SILLONS PUIITS ET FISSURES</u></b>
<b>DISTRIBUTEUR : MATERIEL DE BASE</b>
Gants
Masques
Lunette de protection
Bavoir
Gobelet à déchets
Conton salivaire
Pompe à salive classique
Canule d'aspiration chirurgicale
Embout seringue air eau
Séquenceur fraises composite
<b>CASSETTE</b>
Spatule à composite
Miroir
Preecelles
Excavateur
Fouloir porte fond de cavité
Fouloir double

Brunissoir double
Sonde
Spatule de bouche
Strips métal
<b>BAC</b>
Adhésif automordançant
Tips
Godet de mélange
Matrice strips
Coin interdentaire
Seringue d'hydroxyde de calcium (Dycal)
Aiguille jetable d'application
Pistolet à composite+ compules+ composite fluide
Teintier
Papier à articuler
<b>DISTRIBUTEUR : MATERIEL ANNEXE</b>
Lampe à photopolymériser
Turbine
Contre-Angle
Pince de Miller
Pince à matrice

## **BOURDAUD'HUI Rémi – COMMENT ET POURQUOI RÉALISER LES SOINS EN UN MINIMUM DE SEANCES DE TRAITEMENT ?**

Nancy : 2015- 155 Pages, 31 figures.

### **Mots clefs :**

Organisation du cabinet  
Protocoles de travail  
Ergonomie

## **BOURDAUD'HUI Rémi - COMMENT ET POURQUOI RÉALISER LES SOINS EN UN MINIMUM DE SÉANCES DE TRAITEMENT ?**

Th Chi.-Dent : Nancy : 2015

L'objectif de notre travail est de proposer aux praticiens d'étudier ce que pourrait apporter la généralisation des rendez-vous longs dans leur exercice quotidien.

Le changement de patient entraîne la désinstallation puis la préparation du fauteuil, l'accueil du patient, la reprise de contact, l'établissement d'une feuille de soins et des démarches administratives. Chaque jour, chacun d'entre nous passe plusieurs heures loin des soins dentaires.

Comment peut-on à la fois accorder du temps à la prise en charge, respecter les mesures d'hygiène tout en répondant aux impératifs économiques de l'exercice libéral ? Il ressort de ce travail qu'il est possible de transformer une partie des temps morts en temps de travail. En regroupant les actes en un minimum de séances de traitement, au sein d'un même plan de traitement, la durée des rendez-vous sera augmentée et le nombre de rendez-vous journaliers diminué entraînant une baisse des temps morts au profit de la prise en charge et de l'asepsie.

Le travail doit cependant être efficace tout au long des séances de traitement. Comment peut-on alors réaliser les soins en un minimum de temps ?

Nous nous sommes intéressés à l'environnement de travail, à la place des protocoles et à l'utilisation des *tub and tray* pour un réel travail à quatre mains.

Pour terminer, nous avons étudié les conséquences humaines, cliniques et économiques apportées par cette méthode de travail.

### **Examineurs de la thèse :**

M. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
M.C. AMORY	Maître de Conférences des Universités	Directeur de thèse
M.J. SCHOUVER	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme.A. MARC	Chirurgien-Dentiste	Invitée

### **Adresse de l'auteur :**

BOURDAUD'HUI Rémi  
15 avenue Edouard Droz  
25000 BESANCON

Jury :   Président : J.M. MARTRETTE– Professeur des Universités  
          Juges :    C.AMORY– Maître de Conférence des Universités  
                  J.SCHOUVER– Maître de Conférence des Universités  
                  A. MARC– Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Monsieur BOURDAUD'HUI Rémi

né(e) à: ANNECY (Haute-Savoie)

le 16 mai 1987

et ayant pour titre : « Comment et pourquoi réaliser les soins en un minimum de séances de traitement ? ».

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen,  
de la Faculté d'Odontologie

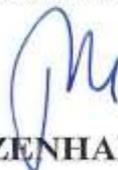


J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 8062

NANCY, le 9.10.2015

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

