

29/03

MENTION TRÈS HONORABLE

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2003

Thèse n°2838 2684

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SU	074 436023
CDR	03 NANT 029D
LOC.	MA 6
MP D	539 985

THESE

Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée et soutenue publiquement le 05 Juin 2003

PAR

**BU Santé
Nantes**

D'HOTMAN DE VILLIERS RAYMOND JEAN-LOUP

Né le 05 Février 1974

**INSTALLATION, CONCEPTION ET AMENAGEMENT
D'UN CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE.**

JURY

Président : Monsieur le Professeur **A. DANIEL**

Assesseur : Monsieur le Professeur **W. BOHNE**

Membre invité : Monsieur le Docteur **G. AMADOR DEL VALLE**

Membre invité : Monsieur le Docteur **K. SAADE**

Co-directeur : Monsieur le Docteur **S. RENAUDIN**

Co-directeur : Monsieur le Docteur **MH. NIVET**

B.U. NANTES - MEDECINE



D

055 745529 2

TABLE DES MATIERES

Table des matières

INTRODUCTION :	1
CHAPITRE 1 : PIÈCES À FOURNIR AU CONSEIL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTE EN CAS D'INSTALLATION D'UN CABINET D'ORTHODONTIE :	3
1. L'INSCRIPTION AU TABLEAU DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE :	4
2. DOCUMENTS CONCERNANT LE LOCAL :	5
2.1. JUSTIFICATIF DE LA JOUISSANCE DU LOCAL :	5
2.2. PLANS DES LOCAUX :	5
2.3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR :	5
3. DOCUMENTS CONCERNANT LE MATÉRIEL :	5
3.1. PIÈCES JUSTIFICATIVES :	5
3.2. OBLIGATION DE MAINTENANCE DU MATÉRIEL :	6
4. LES CONTRATS :	7
4.1. CESSIION TOTALE :	7
4.2. CESSIION PARTIELLE :	7
5. LES ASSURANCES :	8
5.1. LA RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE :	8
5.2. LA PROTECTION MEDICALE DU PERSONNEL :	8
5.3. LES ASSURANCES FACULTATIVES :	8
6. LES COTISATIONS SOCIALES OBLIGATOIRES :	9
6.1. LES COTISATIONS SOCIALES :	9
6.2. L'AFFILIATION A LA CAISSE AUTONOME DE RETRAITE :	9
6.3. CAS DU CHIRURGIEN-DENTISTE EMPLOYEUR :	9
7. L'AGREMENT ET LE CONTROLE DES APPAREILS RADIOLOGIQUES :	10
7.1. L'AGREMENT :	10
7.2. LE CONTROLE :	11
8. AUTORISATION DE TRANSFORMATION D'UN LOCAL D'HABITATION EN LOCAL PROFESSIONNEL :	11

9. AUTRES REGLES DE SECURITE :	12
9.1. CONTROLE DES COMPRESSEURS :	12
9.2. SECURITE INCENDIE :	13
9.3. VACCINATIONS OBLIGATOIRES :	13
CHAPITRE 2: OBLIGATIONS LEGALES ET DEONTOLOGIQUES RELATIVES A L'INSTALLATION :	14
1. LA PUBLICITE :	15
2. IMPRIMES PROFESSIONNELS :	15
3. INSERTIONS ET COMMUNIQES DANS LA PRESSE :	16
4. PLAQUE PROFESSIONNELLE :	16
5. AFFICHAGE DES HONORAIRES :	17
6. ARCHIVAGE :	17
7. LE SERVICE D'URGENCE :	17
8. OBLIGATIONS DIVERSES :	17
8.1. SECURITE SANITAIRE :	17
8.2. INSTALLATION ELECTRIQUE :	18
8.3. CAS D'UTILISATION DES GAZ MEDICAUX PAR LES PRATICIEN AU FAUTEUIL :	19
8.4. HYGIENE, ASEPSIE, STERILISATION :	20
8.5. LA GESTION DES DECHETS:	21
8.6. LA MATERIOVIGILANCE :	22
8.7. LA PHARMACOVIGILANCE :	23
8.8. APPLICATION DE LA DIRECTIVE EUROPEENNE 93/42 CONCERNANT LES DISPOSITIFS MEDICAUX SUR MESURE :	23
8.9. LA TROUSSE D'URGENCE :	24
CHAPITRE 3 : ELABORATION DU PROJET DE CABINET :	25
1. CHOIX DU SITE :	26
1.1. CONSTRUCTION D'UN CABINET :	26
1.1.1. Etude du site :	26
1.1.2. Aménagement du site :	26
1.2. REALISATION D'UN CABINET DANS UN LOCAL DEJA EXISTANT :	28
1.2.1. Réglementation du local :	28
1.2.2. Modification du local :	29
2. TRAVAIL AVEC UN ARCHITECTE :	30
2.1. CHOIX DE L'ARCHITECTE :	30
2.2. REALISATION DES PLANS DU CABINET :	31

CHAPITRE 4 : AGENCEMENT DU CABINET :	33
1. CONCEPTION D'ENSEMBLE :	34
2. ACCUEIL, RECEPTION ET SECRETARIAT :	35
3. LA SALLE D'ATTENTE :	36
3.1. CHOIX DES COULEURS :	36
3.2. ESPACE ENFANTS :	38
3.3. ESPACE ADULTES :	38
4. SALLES D'HYGIENE ET DE MOTIVATION :	38
5. SALLES DE SOINS CLINIQUES :	39
5.1. DIFFERENTES CONCEPTIONS :	39
5.2. DISPOSITION GENERALE :	40
5.3. ECLAIRAGE DES SALLES DE TRAVAIL :	41
6. ZONE RESERVEE AUX ADULTES :	42
7. BUREAU :	42
8. PIECES ANNEXES :	42
9. PIECES RESERVEES A DES TACHES PARALLELES :	43
9.1. SALLE DE RADIOGRAPHIE :	43
9.2. SALLE DE PHOTOGRAPHIE :	44
9.3. LE LABORATOIRE :	44
10. LE PROBLEME DE BRUIT :	44
CHAPITRE 5 : L'INFORMATIQUE DANS UN CABINET D'ORTHODONTIE :	46
1. CHOIX ET INSTALLATION DU SYSTEME INFORMATIQUE :	47
2. FORMATION DU PERSONNEL A L'OUTIL INFORMATIQUE :	48
CHAPITRE 6 : L'ASEPTIE ET LA STERILISATION EN ORTHODONTIE :	50
1. DEFINITIONS :	51
2. RAPPELS DES DIFFERENTES TECHNIQUES DE DESINFECTION ET DE STERILISATION :	51
2.1. CRITERES D'UNE STERILISATION IDEALE :	51
2.2. STERILISATION A LA CHALEUR SECHE :	52

2.3. STERILISATION A L'AUTOCLAVE A VAPEUR :	52
2.4. STERILISATION A L'AIDE DE VAPEUR CHIMIQUE NON SATURÉE SOUS PRESSION :	52
2.5. LES STERILISATEURS A BILLES :	53
2.6. LES APPAREILS A RAYONNEMENT ULTRA-VIOLET COUPLES AUX ULTRA-SON :	53
2.7. LES PRODUITS DE DESINFECTION :	54
2.7.1. Les aldéhydes :	54
2.7.2. Les composés d'ammonium quaternaire :	54
2.7.3. Les alcools :	54
2.7.4. Les phénols :	55
2.8. PROCEDURE A SUIVRE POUR LE TRAITEMENT D'INSTRUMENTS DENTAIRE APRES CONTAMINATION :	55
2.8.1. Instruments stérilisables :	55
2.8.2. Instruments thermosensibles :	56
3. MESURES DE PROTECTION CONTRE LES RISQUES INFECTIEUX :	56
3.1. PRISE DE CONSCIENCE DU RISQUE INFECTIEUX :	56
3.2. LES PERSONNES :	56
3.3. LE MATERIEL D'ORTHODONTIE :	57
3.3.1. Les pinces orthodontiques :	57
3.3.2. Les porte-empreintes :	58
3.3.3. Le matériel consommable :	58
3.4. LE PLAN DE TRAVAIL :	59
3.5. LES EMPREINTES :	59
3.6. LE GROS EQUIPEMENT :	59
3.6.1. L'aspiration :	59
3.6.2. Les instruments à spray, ultra-son, turbine, etc. :	60
3.6.3. L'équipement proprement dit :	60
3.7. L'ENVIRONNEMENT :	60
4. PROCEDURES A UTILISER :	60
4.1. NOMBRE D'INSTRUMENTS :	60
4.2. EXEMPLE DE PROCEDURE DE STERILISATION :	63
4.3. EXEMPLE DE PROCEDURE D'ORGANISATION D'UN RENDEZ-VOUS :	63
5. HYGIENE DES AUTRES PIECES DU CABINET :	64
6. LOCAL DE STERILISATION :	64
6.1. EMBLACEMENT :	64
6.2. MATERIEL UTILISE :	65
6.3. DISPOSITION-DIMENSIONS :	65
6.4. MATERIAUX :	66
CHAPITRE 7 : DEVELOPPER LE POTENTIEL DU CABINET :	67
1. DEVELOPPER UN SYSTEME DE GESTION :	68
1.1. DETERMINATION DES OBJECTIFS :	68
1.2. MANAGEMENT PAR OBJECTIFS :	68
2. DEVELOPPER UN SYSTEME DE COMMUNICATION :	69
2.1. LE RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION :	69
2.2. MOYEN DE COMMUNICATION :	71

2.2.1. La visite d'examen :.....	71
2.2.2. La consultation :.....	71
2.2.3. La visite d'orientation :.....	72
2.2.4. La consultation de fin de traitement :.....	72
3. DEVELOPPER UN SYSTEME D'EMPLOI DU TEMPS :.....	73
3.1. DEVELOPPER UN EMPLOI DU TEMPS DYNAMIQUE :.....	73
3.2. PRINCIPES D'UN BON SYSTEME D'EMPLOI DU TEMPS :.....	73
3.3. REGLES DIRECTRICES POUR L'EMPLOI DU TEMPS :.....	73
3.4. APPLICATIONS :.....	74
4. DEVELOPPER UN SYSTEME DE COOPERATION DU PATIENT :.....	74
4.1. LA CONSULTATION :.....	75
4.2. A CHAQUE VISITE DU PATIENT :.....	75
4.3. MAUVAISE COOPERATION :.....	76
5. DEVELOPPER UN SYSTEME DE GESTION DU PERSONNEL :.....	76
5.1. LES QUATRES CLES POUR BATIR UNE EQUIPE VICTORIEUSE :.....	76
5.1.1. Organiser une structure qui permette de réussir :.....	76
5.1.2. Diriger une équipe pour réussir :.....	77
5.1.3. Motiver son équipe pour réussir :.....	77
5.1.4. La communication interne, génératrice de réussite :.....	78
5.2. LE LICENCIEMENT :.....	78
 CHAPITRE 8 : LA DEMARCHE QUALITE MISE EN ŒUVRE DANS UN CABINET D'ORTHODONTIE :.....	80
1. LA CERTIFICATION ISO 9001 : 2000 :.....	81
2. LE REFERENTIEL AFAQ SERVICE CONFIANCE :.....	82
 CONCLUSION :.....	84
 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :.....	86

Introduction

INTRODUCTION :

A la fin de nos études, au moment de racheter un cabinet, bien des questions se posent à nous : Quelle démarche adopter ? Comment organiser matériellement notre exercice ? Avec quel esprit aborder la pratique libérale ? Au travers de ce travail nous tenterons d'apporter des réponses à ces questions en restant le plus pratique possible puisque cette thèse a été motivée par notre installation imminente.

Ce travail est composé de trois parties. La première regroupant les chapitres 1 et 2 traite des obligations légales et ordinales concernant tous les praticiens désirant racheter ou créer un cabinet libéral. Nous y indiquons les étapes à suivre et le cadre légal dans lequel doit s'exercer notre profession.

La deuxième partie regroupant les chapitres 3 à 6 traite principalement de l'élaboration, l'agencement, la gestion informatique et l'asepsie. Nous nous sommes plus particulièrement intéressées à la relation entre l'aménagement du cabinet et le type d'activité que nous désirons exercer en prévoyant aussi son évolution.

Enfin la dernière partie traite des évolutions récentes dans notre métier de chirurgien-dentiste et d'orthodontiste. Nous évoquerons d'abord la notion de « management » qui fait de chaque chirurgien-dentiste un gestionnaire et un communicant dans le respect du code de déontologie. Nous verrons également que l'avènement de nouvelles normes telles la norme ISO 9001 : 2000 ou le référentiel AFAQ Service Confiance, introduisant dans notre domaine l'idée de la démarche qualité jusque-là réservée au monde de l'entreprise.

Chapitre 1 :
PIECES A FOURNIR AU CONSEIL DE L'ORDRE
DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN CAS
D'INSTALLATION D'UN CABINET
D'ORTHODONTIE

1-L'inscription au tableau du conseil départemental de l'ordre

Le praticien devra présenter dans le cas d'une première inscription au conseil de l'ordre les pièces suivantes :

- Un curriculum vitae
- Une pièce d'identité ou un extrait d'acte de naissance

Le décret 1277-2000 du 26 déc. 2000 a supprimé l'exigence de la fiche d'état civil.

Pour un praticien naturalisé, il devra adresser la photocopie de l'application du décret de naturalisation ;

Pour un praticien étranger autorisé à exercer en France (y compris l'UE, l'EEE (Espace Economique Européen) et la Suisse) il devra présenter : un extrait d'acte de naissance, un certificat de nationalité, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent datant de moins de trois mois et le cas échéant une autorisation ministérielle d'exercice en France ;

Pour un praticien ressortissant de l'UE, l'EEE et de la Suisse, joindre en plus un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle le demandeur était antérieurement inscrit ou enregistré ou à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un état membre de l'UE :

*Article L4141-3 du code de la santé publique.- ouvrent droit à l'exercice en France de la profession de chirurgien-dentiste aux ressortissants des Etats membres de la communauté économique européenne les diplômes, certificats ou titres suivants de praticien de l'art dentaire délivrés par lesdits Etats, à condition qu'ils soient accompagnés d'une attestation de l'Etat membre ayant délivré le diplôme, le certificat ou le titre confirmant que le bénéficiaire a rempli toutes les conditions de formation prévues par les obligations communautaires ; **Prénoms de votre père- nom de jeune fille et prénom de votre mère.***

- La photocopie du diplôme certifiée conforme pour un diplôme étranger avec la traduction faite par un traducteur agréé.
- Deux photographies d'identité ; au verso desquelles sont mentionnés le nom, prénom(s), adresse, date et lieu de naissance.
- Une déclaration sur l'honneur certifiant que le praticien n'avez jamais été inscrit à un tableau de l'Ordre.
- Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur votre inscription au tableau n'est en cours à votre encontre.

- Une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'êtes actuellement tenu par aucune clause d'interdiction d'exercer découlant d'un précédent contrat (y compris ceux signés en tant qu'étudiant) ou toutes précisions sur la clause d'interdiction d'exercer en vigueur : durée et rayon (avec les interdictions précises de son point de départ : date et ville).

2- Documents concernant le local

2.1- Justificatif de la jouissance du local

- Attestation de propriété
- Copie du bail : avec autorisation du bailleur pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste. Veiller à ce que ce bail soit cessible et permette de s'adjoindre un collaborateur ou un associé.

2.2- Plans des locaux

Une copie des plans des locaux devra être remise au conseil de l'ordre.

2.3- Attestation sur l'honneur

Une attestation sur l'honneur que le local n'a pas d'apparence commerciale et ne se situe pas dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial.

3- Documents concernant le matériel

3.1- Pièces justificatives

Le praticien devra fournir une pièce justificative de la jouissance du matériel, par exemple une photocopie de la facture.

3.2- Obligation de maintenance du matériel

Tout exploitant d'un dispositif médical doit veiller, en vertu du **décret n 2001-1154 du 5 décembre 2001**, à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de la qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.

Il doit :

- Disposer d'un inventaire qui répertorie les différents dispositifs médicaux exploités
- Tenir un registre de chaque dispositif médical
- Mettre en œuvre les contrôles.

L'inventaire doit être tenu régulièrement à jour et doit mentionner :

- Les dénominations communes et commerciales du dispositif médical
- Le nom du fabricant
- Le nom du fournisseur
- Le numéro de série du dispositif et sa localisation
- La date de sa première mise en service.

Un registre doit être tenu à jour pour chaque dispositif médical et doivent y être consignés :

- Les opérations de maintenance et les contrôles de qualité internes (ceux effectués par l'exploitant) et externes (ceux effectués par un organisme indépendant de l'exploitant),
- L'identité de celui qui a réalisé ces contrôles,
- La date de réalisation de ces contrôles,
- La date d'arrêt et de reprise d'exploitation en cas de non-conformité,
- La nature des opérations de contrôle,
- Le niveau de performance obtenu,
- Le résultat du contrôle.

Ce registre est à conserver cinq ans après la fin d'exploitation du dispositif médical. Il faut également savoir que le contrôle de qualité externe, en d'autres termes, effectué par un organisme agréé, donne lieu à l'établissement d'un rapport relatif au maintien des performances du dispositif médical contrôlé. L'exploitant a l'obligation de remettre en conformité le dispositif médical contrôlé s'il s'avère non conforme. Si ce contrôle conclut à un risque d'incident, l'exploitant doit le notifier au directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. L'exploitant qui n'aura pas procédé aux contrôles de qualité ni respecté l'obligation de maintenance, peut être mis en demeure de le faire.

4- Les contrats (en cas de reprise d'un cabinet)

4.1- Cession totale

Le praticien devra fournir l'acte de cession.

4.2- Cession partielle

Le praticien devra fournir l'acte de cession partielle ainsi que les contrats intervenant entre les associés. Les contrats pouvant être de différents types :

- En cas de constitution d'une société le praticien devra fournir :
 - les statuts
 - le règlement intérieur (s'il existe) ou (pour une S.C.M.) la liste limitative des dépenses communes avec la clé de répartition,
 - Selon le cas l'ensemble des pièces énumérées ci-dessus en cas de création ou reprise de cabinet (pour une S.C.P. ou une S.E.L., c'est la société qui doit être titulaire du bail et du matériel).
- Pour les S.E.L., outre les pièces ci-dessus le praticien devra fournir :
 - Une attestation du greffier du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance statuant commercialement du lieu du siège social, constatant le dépôt du greffe de la demande et des pièces nécessaires à l'immatriculation ultérieure de la société au registre du commerce et des sociétés.
 - Une attestation des associés indiquant :
 - la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés,
 - le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales ou actions représentatives de ce capital,
 - L'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social.
- En cas d'intégration dans une société le praticien fournira :
 - Un procès-verbal d'assemblée générale l'agrément comme nouvel associé,

- L'acte de cession de parts de société (ou justificatif de l'augmentation du capital social),
- L'acte de cession du cabinet ou selon le cas, l'acte de présentation en qualité d'associé (par exemple),
- En cas de modification des statuts, soit un procès-verbal d'assemblée générale modifiant les statuts (nouvelle répartition des parts – nouvelle dénomination de la société), soit les statuts mis à jour,
- L'adhésion au règlement intérieur s'il existe ou, le cas échéant, nouveau règlement intérieur ou (pour la S.C.M.), la nouvelle liste des dépenses communes avec la clé de répartition, les statuts de la S.C.M. (si aucun chirurgien-dentiste n'était membre),
- Tout autre acte pouvant être intervenu.

Dans tous les cas, ces contrats devront être conformes aux principes du code de déontologie ainsi qu'aux clauses des contrats types établis par le Conseil National de l'Ordre.

5- Les assurances

5.1- La responsabilité professionnelle

Le praticien devra posséder une assurance responsabilité professionnelle (risque illimité) avant de commencer à exercer. Cette mesure a été rendue obligatoire par la loi du 4 mars 2002, article L 1142-2 du code de la santé publique.

5.2- La protection médicale du personnel

Si le praticien est employeur, il devra obligatoirement adhérer à une association assurant la surveillance du personnel dans le cadre de la médecine du travail.

Il y a renforcement de la surveillance médicale s'il emploie du personnel exposé aux rayonnements ionisants.

5.3- Les assurances facultatives

L'indemnité journalière de la CARCD n'étant accordée qu'à partir du 91^e jour, il est prudent de contracter une assurance personnelle complémentaire qui couvrira le praticien les trois premiers mois d'activité.

Pour le cabinet, le praticien devra penser au contrat perte d'exploitation, en cas de catastrophe naturelle ou d'inondation, etc.

6- Les cotisations sociales obligatoires

6.1- Les cotisations sociales

En application des articles L.615-1 et suivants et des articles L.722-1 et suivants du code de la sécurité sociale, le régime d'assurance maladie est obligatoire pour tout praticien exerçant à titre libéral. Il est impératif de faire les démarches nécessaires auprès de la caisse régionale d'assurance maladie dont le praticien dépend dans les 30 jours suivant le début de l'activité.

Toutefois, ces formalités administratives peuvent être simplifiées. En effet, certains URSSAF acceptent d'agir en qualité de Centre de Formalités des Entreprises pour les professionnels libéraux. Il convient de se renseigner auprès de l'URSSAF de votre département.

6.2- L'affiliation à la caisse autonome de retraite

Les articles R.643-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale rendent obligatoire l'affiliation à la Caisse de retraite et par conséquent, les cotisations vieillesse, invalidité décès et indemnités journalières, quel que soit le type d'activité autre que salarié. Pour ce faire, le praticien devra demander son inscription dans le mois qui suit le début de l'exercice auprès de la CARCD.

6.3- Cas du chirurgien-dentiste employeur

Si le praticien emploie du personnel, il devra se conformer non seulement aux dispositions du Code du Travail, mais également à celles découlant de la convention collective nationale des cabinets d'odontologie, no 3255 au Journal officiel.

En l'occurrence, et notamment :

- Il devra obligatoirement déclarer tout employé auprès de l'URSSAF au moyen de la Déclaration Unique d'Embauche qui retransmettra auprès des organismes concernés, dans les 8 jours précédant la date prévue pour l'embauche.
- Une visite médicale d'embauche est obligatoire, auprès du centre de Médecine du Travail dont dépend l'employeur, ainsi qu'une visite annuelle.
- Il est également obligatoire, de souscrire à une complémentaire retraite pour les salariés, auprès de l'AG2R.

Par ailleurs, la convention collective établit une classification des emplois, la définition des fonctions pour chacun d'eux ainsi que les niveaux de qualification requis :

- L'assistante dentaire qualifiée ou stagiaire (niveau BEPC, suivi d'une formation de 2 ans préparant au certificat d'assistante dentaire) ;
- L'aide dentaire, qualifié ou stagiaire (niveau BEPC, suivi d'une formation de 2 ans préparant au certificat de qualification d'aide dentaire) ;
- La réceptionniste (aucune formation obligatoire, mais un stage d'accueil est recommandé) ;
- Le personnel d'entretien (aucune formation obligatoire).

En cas de modification de la situation juridique de l'employeur, soit par cession ou par mise en société du cabinet, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et les salariés.

7- L'agrément et le contrôle des appareils radiologiques

7.1- L'agrément

Il est accordé par le Préfet après avis conforme de l'Institut de Radiologie et de Sécurité Nucléaire. Le dossier d'agrément, constitué pour chaque « installation » (appareil donné dans un local déterminé), doit être adressé à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) qui en vérifie la composition et en accuse réception.

Tous les appareils et installations en état de fonctionner dans un cabinet doivent être agréés. Aucun agrément ne peut être accordé pour les appareils datant de plus de 25 ans. L'agrément est accordé pour une durée maximale de 10 ans.

L'agrément pour chaque installation est fondé sur 3 éléments :

- Le générateur radiologique,

- Son implantation en état de marche (conformité des locaux, raccordements ...),
- La désignation du détenteur responsable (personne physique ou morale).

Si l'un de ces 3 éléments vient à être modifié l'agrément n'est plus valable et une nouvelle demande doit être formulée.

7.2- Le contrôle

Les contrôles réglementaires initiaux et périodiques auxquels sont soumis les générateurs de radiologie dentaire doivent être effectués par les organismes agréés par l'IRSN ou par un organisme désigné par lui, et figurant sur une liste arrêtée par les ministères intéressés.

Conformément à l'article 28 du décret 86-1103 du 02/10/86, tout employeur utilisateur de sources émettrices de rayonnements ionisants est tenu de faire procéder aux contrôles suivants :

- Contrôles des sources et de leurs dispositifs de protection,
- Contrôles d'ambiance,
- Contrôles portant sur les salariés exposés.

Ce décret prévoit :

- Un contrôle avant la première mise en service du générateur.
- Un contrôle après toute modification apportée aux modalités d'utilisation, à l'équipement, aux dispositifs de sécurité du blindage.
- Un contrôle après tout cas de dépassement des limites d'exposition.
- Un contrôle périodique des sources, des générateurs et de leurs installations dont la périodicité est fixée par l'arrêté du 02/10/90 à 2 ou 3 ans pour les générateurs et leurs dispositifs de protection selon que leur date de mise en service est inférieure ou supérieure à 10 ans.
- Un contrôle d'ambiance effectué au moins 1 fois tous les 6 mois en zone surveillée, que le praticien lui-même peut faire.
- Un contrôle après mise en demeure de l'inspecteur du travail.

8- Autorisation de transformation d'un local d'habitation en local professionnel

L'article L 631-7 du Code de la Construction et de l'Habitation interdit l'affectation des locaux à usage d'habitation à un usage professionnel. Cette interdiction qui ne concerne que les communes de plus de 10000 habitants et assimilées, ou situées dans un rayon de 50 km de l'emplacement des anciennes fortifications de Paris, vise aussi bien le propriétaire que le locataire.

Il peut cependant y avoir dérogation à cette interdiction par autorisation du Préfet après avis du maire et du directeur départemental de la construction. En outre, le Préfet peut autoriser l'exercice dans une partie d'un local d'habitation à condition que ce local constitue en même temps la résidence du demandeur.

9- Autres règles de sécurité

9.1- Contrôle des compresseurs

Le praticien a l'obligation de maintenir constamment son matériel en bon état et de procéder aux vérifications adéquates aussi souvent que nécessaire. Le praticien engage sa responsabilité en cas de dommage vis-à-vis des personnes ou des biens.

- Les compresseurs doivent être soumis à :
 - Une déclaration de mise en service :

Il s'agit d'une déclaration de conformité aux exigences relatives à l'installation et à l'exploitation des appareils sous pression.

Elle a lieu avant la mise en service, suite à une réparation ou modification notable. La déclaration s'effectue auprès de la DRIRE.

- Un contrôle de mise en service :

Il complète la déclaration de mise en service et a pour objectif de permettre aux organismes habilités de s'assurer que les conditions d'installation et d'exploitation sont respectées. Il s'effectue sur demande de l'exploitant à un organisme habilité à effectuer ces contrôles.

- L'inspection périodique :

Elle comprend une vérification extérieure : la vérification des accessoires d'exploitation de sécurité. Pour les récipients et les générateurs de vapeur, elle est complétée par une vérification intérieure.

Elle est réalisée par une personne habilitée à reconnaître les défauts et à en apprécier la gravité. L'inspection périodique doit tenir compte des recommandations de la notice d'instruction du fabricant. La périodicité est de tous les 3 ans.

- La requalification périodique :

Elle est réalisée par un organisme habilité (DRIRE), un service d'inspection reconnu ou un centre de requalification.

Elle s'effectue suite à une nouvelle installation et à un changement d'exploitant. Elle comprend l'inspection de l'équipement, son épreuve hydraulique et la vérification des accessoires de sécurité. Elle est prononcée et sanctionnée par l'apposition d'un poinçon de cheval. La périodicité de la mise à l'épreuve est de 10 ans pour les appareils fixes.

9.2- Sécurité incendie

Le cabinet est équipé au minimum, d'un extincteur d'eau pulvérisée de 6 litres et d'un extincteur de CO2 de 2 kg.

Ces extincteurs sont placés dans un endroit accessible au public et leur emplacement est signalisé par un pictogramme.

Le contrôle annuel de ces extincteurs par un organisme agréé par le CNPP fait l'objet d'un certificat APSAD qui est archivé. La date de vérification est indiquée sur les extincteurs après chaque passage.

9.3- Vaccinations obligatoires

Le chirurgien-dentiste et son personnel exposés à des risques de contamination doivent être immunisés contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Chapitre 2 :
OBLIGATIONS LEGALES ET
DEONTOLOGIQUES RELATIVES A
L'INSTALLATION

1- La publicité

L'article 12 du code de déontologie précise que, « *la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont notamment interdits :*

- *L'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ;*
- *Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial ;*
- *Tout procédé direct ou indirect de publicité ;*
- *Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif. »*

Il prohibent donc toute forme de publicité.

Avec l'essor des nouvelles technologies et techniques médiatiques, le chirurgien-dentiste doit se renseigner pour savoir si en utilisant ces techniques il n'enfreint pas l'article 12.

Dans le cas d'un cabinet d'orthodontie avec un responsable en communication, le praticien devra être très attentif à ce que la communication externe ne tombe pas sous le coup de l'article 12.

2- Imprimés professionnels

L'article 13 du code de déontologie précise que : « *Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, sont :*

- *Ses nom, prénom, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation et ses numéros de comptes bancaires et de comptes chèques postaux ;*
- *Sa qualité et sa spécialité ;*
- *Les titres et fonctions reconnus par le conseil national de l'Ordre ;*
- *Les distinctions honorifiques reconnues par la république française ;*
- *La mention de l'adhésion à une association agréée prévue par l'article 64 de la loi des finances pour 1977 ;*
- *Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;*
- *S'il exerce en société civile professionnelle ou en société d'exercice libéral, les noms des chirurgiens-dentistes associés. »*

Il convient donc de faire plus particulièrement attention à la mention de diplômes et titres particuliers : elle est subordonnée à l'aval du Conseil de l'Ordre.

3- Insertions et communiqués dans la presse

L'article 13-1 du code de déontologie concerne l'insertion dans les annuaires professionnels, ainsi que les indications pouvant y apparaître. L'insertion payante de son nom dans l'annuaire (totalement différente de l'abonnement permettant l'insertion) est considérée comme une forme de publicité, et par conséquent interdite. Cependant, des dérogations sont accordées aux collaborateurs libéraux et aux praticiens hospitaliers sous certaines conditions. Il convient donc de se renseigner auprès du conseil départemental afin de se conformer aux prescriptions en la matière.

L'article 15 du code de déontologie permet au praticien d'insérer une ou deux annonces dans la presse locale, en cas de création, fermeture ou transfert de cabinet. Cette insertion est soumise obligatoirement à l'autorisation préalable du Conseil Départemental, qui vérifie également le libellé de l'annonce.

4- Plaque professionnelle

L'article 14 du code de déontologie précise que : *« les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont ses nom, prénoms, sa qualité et sa spécialité. Il peut y ajouter l'origine de son diplôme, les jours et heures de consultation ainsi que l'étage et le numéro de téléphone. Les praticiens qui ne sont pas titulaires du diplôme d'état français doivent ajouter les mentions d'origine prévues par l'article L.368-1 du code de la santé publique.*

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. »

En cas de cession du cabinet, le cédant doit retirer sa plaque, et l'acquéreur peut, en plus de sa propre plaque, apposer une plaquette de la même largeur que sa plaque, portant la mention « successeur de M... », pendant une durée maximale d'un an.

5- Affichage des honoraires

L'article L.113-3 du code de la consommation fait obligation d'afficher dans la salle d'attente les honoraires, ou en tout état de cause les éléments permettant de déterminer le tarif des prestations effectuées, ainsi que le positionnement du praticien à l'égard de la convention.

6 - Archivage

En principe, il n'existe aucune obligation légale ou déontologique concernant la tenue des fichiers de patientèle. Toutefois, afin de répondre d'une part aux obligations en matière de matériovigilance et pharmacovigilance et d'autre part à celle qui relèvent de la loi no 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, il est indispensable de constituer un dossier médical par patient, contenant les différents éléments concernant le traitement suivi. La conservation de ces éléments sur support informatique, ainsi que les conditions de leur transmission entre professionnels de santé font l'objet d'un décret du Conseil d'Etat, en application aux dispositions de l'article L.1110-4 du code de la santé publique, et de façon plus générale, aux dispositions de la loi du 4 mai 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le délai de prescription de la responsabilité médicale étant de 10 ans à compter de la consolidation du dommage (ou de la majorité du patient si celui-ci était mineur au moment des faits), le délai de conservation de ces documents doit suivre le même délai.

7- Le service d'urgence

Il est prévu à l'article 39 du code de déontologie une obligation **de participer au service de garde lorsqu'il est organisé**. Il convient donc de s'adresser au conseil départemental pour connaître les conditions dans lesquelles un tel service est assuré.

8- Obligations diverses

8.1- Sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire concerne toute activité au sein du cabinet avant, pendant et après l'exécution des soins et elle englobe tous les aspects de la vie professionnelle.

L'article 3.1 du code de déontologie précise que « *le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés, ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre ou faire prendre toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit* ».

L'article 62 dudit code stipule, en son dernier alinéa, que « ... *L'installation des moyens techniques et l'élimination des déchets provenant de l'exercice de la profession, doivent répondre aux règles en vigueur concernant l'hygiène* ».

Les soins dentaires peuvent être à l'origine de transmission d'infections par l'intermédiaire des mains, des liquides biologiques, du sang, des instruments, ou de l'air. Des précautions doivent donc être mises en œuvre au cabinet dentaire, et il convient de respecter un protocole rigoureux d'hygiène et d'asepsie, d'effectuer un traitement efficace du matériel entre chaque patient.

Les Conseils départementaux ordinaires et la DGCCRF sont particulièrement vigilants dans ce domaine, ainsi que les DDASS.

Les points à vérifier sont précis :

- Produits de nettoyage et d'antisepsie pour la désinfection des mains comme pour la désinfection et le traitement des surfaces et l'entretien du matériel,
- Gants à usage unique,
- Propreté générale des locaux, du mobilier et des vêtements professionnels,
- A proscrire pour le sol, les murs et les plafonds du cabinet : les revêtements poreux (tissus, moquettes, bois), et à recommander : des revêtements facilement lavables,
- Gestion des déchets (voir 8.5),
- Equipement d'un séparateur d'amalgame (obligatoire sur tout unit), même si vous n'utilisez plus ce produit.

8.2- Installation électrique

Dans le cas où le praticien exerce sans salarié dans le cabinet, le Règlement (du 25/06/80) de sécurité des « Etablissements Recevant du Public de 5^e catégorie » ne prévoit pas d'obligation de contrôle périodique.

L'électricien qui a fait l'installation doit, après contrôle de l'EDF, vous remettre un certificat de conformité.

Si vous êtes employeur – et/ou sur demande de votre assureur – cette installation doit être vérifiée tous les 3 ans. L'inspecteur du travail peut prescrire à tout moment à l'employeur de faire procéder à une vérification de ses installations électriques par un vérificateur agréé.

Toute installation utilisant le courant « force » doit être vérifiée tous les ans.

Recevant du public, vous êtes tenu d'avoir un éclairage de secours, par exemple : au minimum indication « sortie » au-dessus de la porte.

Dans les cas des cabinets dentaires, dès lors qu'ils ont au moins un salarié, l'article 53 du décret 88-1056 du 14/11/88 prévoit que les installations doivent être vérifiées lors de leur mise en service ou après avoir subi une modification de structure, puis périodiquement.

Lors de la souscription d'un contrat de fourniture d'énergie électrique, pour une 1^{ère} mise sous tension de l'installation, l'abonné doit fournir une « attestation de conformité » aux normes de sécurité électrique.

Cette attestation est fournie par l'installateur électricien qui l'établit et la soumet, accompagnée du rapport de vérification initiale d'un organisme agréé, pour visa, à l'organisme CONSUEL (Décret 72-1120 du 14/11/72).

8.3- Cas d'utilisation des gaz médicaux par les praticiens au fauteuil

Les conditions de stockage, d'installation et de fonctionnement des gaz médicaux doivent être conformes aux dispositions de la norme française NF EN 737-3 relative aux réseaux de distribution de gaz médicaux non inflammables. Cette norme s'applique aux gaz suivant :

- Oxygène,
- Protoxyde d'azote,
- Air à usage médical,
- Azote,
- Hélium,
- Dioxyde de carbone,
- Mélanges spécifiés des gaz précédents,
- Aspiration médicale.
 - o Distribution par récipients mobiles

Les récipients mobiles doivent être protégés contre les chocs et les risques de chute par des moyens appropriés tels que barrières, chaînes, crochets, etc.

Ils doivent être protégés des températures excessives dues à l'action du soleil ou à la proximité des surfaces chauffantes, radiateurs et canalisations de vapeur notamment, ainsi que des risques de corrosion accidentelle.

○ Consignes et plans

Des consignes très strictes doivent être données et rappelées périodiquement à tout le personnel pour attirer son attention sur les dangers qu'il y a :

- De graisser les organes de distribution et d'utilisation,
- De mettre en contact l'oxygène avec les graisses de toutes origines,
- De fumer et d'utiliser, à proximité des appareils de traitement, des flammes et des appareils électromédicaux comportant des parties incandescentes nues ou des parties susceptibles de produire des étincelles,
- De manipuler les récipients sans précaution, de les soumettre à des chocs violents ou de les déposer à proximité des sources de chaleur.

Un plan très lisible, indiquant les emplacements des différents éléments de l'installation, en particulier celui de la vanne de sectionnement du réseau, doit être affiché dans les centrales, ainsi que les consignes particulières à tenir en cas d'incident ou d'incendie. Un exemplaire de chacun de ces documents doit être joint au registre de sécurité prévu à l'article R.123.51 du code de la construction et de l'habitation.

○ Vérifications techniques

Avant leur mise en service, les appareils et les installations doivent faire l'objet d'une vérification par une personne ou un organisme agréé.

En cours d'exploitation, ces appareils et ces installations doivent être vérifiés, au moins une fois par an.

8.4 – Hygiène, asepsie, stérilisation

○ Le matériel

Tout cabinet doit obligatoirement disposer d'un stérilisateur performant régulièrement contrôlé et entretenu.

« Il y a une obligation de résultat en matière de stérilisation ».

Le stérilisateur doit faire l'objet d'un contrôle de maintenance avec le fournisseur. La traçabilité de cette maintenance doit être assurée (décret no 2001- 1154 du 5 décembre 2001). L'utilisation d'un stérilisateur à vapeur d'eau pouvant réaliser le vide, le séchage, ainsi que la traçabilité des cycles de stérilisation (imprimante) est conseillée. Ce type de stérilisateur doit permettre une exposition de 134 degrés centigrades à la chaleur humide pendant 18 minutes (prions). Les stérilisateurs à vapeur chimique ainsi que les stérilisateurs à chaleur sèche (poupinel) sont à prohiber. Ils ne permettent pas une stérilisation efficace contre les prions.

- o La stérilisation

Elle doit être précédée :

- D'une pré-désinfection
- D'un nettoyage
- D'un rinçage
- D'un séchage parfait

Il faut que le praticien se prépare à assurer la traçabilité de cette stérilisation par l'utilisation d'un registre spécial qui doit comporter :

- La liste des instruments à stériliser
- La date et l'heure de chaque cycle
- Le nom du responsable.

8.5 – La gestion des déchets

L'article 62 du code de déontologie dentaire impose à tout chirurgien-dentiste d'assurer la gestion des déchets issus de son activité de soin dans le respect de la réglementation en vigueur.

Il est conseillé de signer un contrat de collecte avec un collecteur-transporteur agréé pour les déchets à risques et un autre pour le recyclage des déchets d'amalgames.

Ce contrat de collecte doit rappeler :

- La réglementation en vigueur,
- L'identification du collecteur-transporteur,
- Les modalités de conditionnement, d'enlèvement, de collecte, de transport et de traitement,
- Les conditions financières,
- Les clauses de résiliation,

- Sa durée.

Il doit prévoir la mise à disposition des conteneurs nécessaires, spécifiques à chaque type de déchets, identifiés et conformes aux normes en vigueur. En fonction du poids des déchets produits, le praticien sera soumis à une périodicité de collecte.

Le praticien devra trier ses déchets dès leur production et les placer immédiatement dans le conteneur spécifique agréé, en distinguant :

- Les coupants, piquants
- Les déchets contaminés à risque infectieux
- Les déchets d'amalgames secs
- Les boues d'amalgames issues des séparateurs (obligatoire sur chaque unit)
- Et les autres déchets non souillés assimilables aux ordures ménagères.

Le praticien est soumis à une périodicité de collecte mensuelle lorsque la quantité produite durant la période est inférieure à 5 kg.

Un bordereau de prise en charge des déchets doit être remis au praticien par le collecteur-transporteur à chaque enlèvement (Bordereau CERFA no 10785*01 ou no 10786*01 pour les déchets d'amalgames)(Bordereau CERFA no 11351*01 ou no 11351*02 pour les déchets à risque infectieux).

Le transporteur doit fournir au praticien dans les meilleurs délais (1 mois) un bordereau « élimination » signé par le destinataire qui assure le traitement ou l'incinération des déchets.

Ces documents devront être classés dans un dossier spécifique. Le praticien est responsable de ses déchets depuis leur production jusqu'à leur traitement final.

8.6 – La matériovigilance

La matériovigilance se définit comme une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont :

- La surveillance
- Le signalement
- Le traitement
- L'investigation des événements indésirables liés à l'utilisation des dispositifs médicaux.

Elle vise les matériels et matériaux utilisés dans les cabinets dentaires.

L'article R.665.48 du code de la santé publique indique que la traçabilité des dispositifs médicaux est une information qui doit être assurée dans le cadre de la matériovigilance.

Les chirurgiens dentistes, fabricants et utilisateurs sont naturellement soumis à ces obligations.

Les incidents ou risques d'incidents ayant entraîné ou susceptibles d'entraîner la mort, ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent être signalés à l'AFSSAPS sans délai (24 à 48 heures). Pour le signalement le formulaire CERFA no 10246 devra être utilisé.

8.7 – La pharmacovigilance

Elle a pour objet la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation de médicaments ou de produits apparentés.

Les effets indésirables graves (décès, mise en jeu de la vie du patient entraînant une hospitalisation ou une incapacité) doivent obligatoirement être déclarés ; dans la journée pour les produits dérivés du sang, dans les 15 jours pour les autres.

Les déclarations doivent être faites au Centre Régional de Pharmacovigilance de la région du praticien ou auprès de la DASS.

La non-déclaration d'un effet grave peut mettre en cause la responsabilité du praticien.

8.8 – Application de la Directive européenne 93/42 concernant les dispositifs médicaux sur mesure.

Obligations réglementaires à respecter en matière de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure (prothèses dentaires – appareillage d'orthodontie...)

○ Une fiche de traçabilité doit être remplie pour chaque prothèse (fiche de liaison Cabinet/Laboratoire) ; elle doit indiquer :

- L'identification du praticien,
- L'identification du patient (codée si le laboratoire n'est pas intégré au cabinet),
- La date de prescription,
- La nature et la description du dispositif à réaliser sur identification codée,
- La définition des matériaux à utiliser (normes – types),
- Les dates des étapes intermédiaires de réalisation,
- La date de finition et de livraison du travail,
- La date de pose du dispositif (mise en bouche ou mise en service).

- Un bon de livraison du dispositif au cabinet si le modèle de fiche utilisé ne réalise pas ce rôle.
- Une déclaration de conformité aux exigences essentielles doit être rédigée pour chaque dispositif (annexe 1 – livre 5 bis et art. R 665-36 du code de la santé publique). Ces documents doivent être classés dans le dossier du patient et une copie archivée dans le dossier « traçabilité des prothèses et (ou) appareillages orthodontiques » (art. L 52 11-3 codes de la santé publique).

8.9 – La trousse d'urgence

Le chirurgien-dentiste doit exercer en assurant la sécurité de ses patients (art.3.1 du code de déontologie).

S'il emploie du personnel, il doit au titre du code du travail être capable de parer aux accidents courants.

Par conséquent, il est obligatoire de posséder une trousse d'urgence au cabinet dentaire.

Il n'y a pas de contenu type d'une telle trousse ; toutefois, il est recommandé de disposer – entre autres - :

- D'un appareil de réanimation (kit à oxygène),
- Un corticoïde anti-inflammatoire d'urgence,
- Un dilatateur bronchique,
- Un tonicardiaque,
- Un anti-hypertenseur,
- Un anti-convulsif,
- Un hyperglycémiant
- Etc.

(Cette liste n'est pas exhaustive).

Chapitre 3 :
ELABORATION DU PROJET DE CABINET

1 – Choix du site

1.1– Construction d'un cabinet

1.1.1 – Etude du site

Le praticien pourrait penser que pour le choix d'un terrain, le prix de ce dernier soit le seul facteur de choix .

C'est en effet le facteur de choix principal, mais il est important avant d'acheter un terrain de faire conduire une étude de site, car souvent au moment de la construction beaucoup de coûts cachés peuvent apparaître pour la viabilité du terrain.

La communication entre l'architecte et l'orthodontiste est la clé pour que l'étude du site soit bien menée.

Les besoins et les souhaits du praticien doivent être clairement identifiés de façon à ce que l'architecte puisse bien définir les grandes lignes du projet.

La sélection du site peut être relativement simple à très complexe, en fonction des restrictions légales liées au terrain considéré. Une fois le praticien décidé sur plusieurs sites potentiels, deux rapports devront être réalisés pour chaque site :

- Une analyse du code légal
 - Viabilisation du terrain,
 - Droit de passage pour accéder au terrain,
 - Accessibilité au gaz de ville, téléphone, électricité et au tout à l'égout,
 - Possibilité d'aménagement du terrain (comblement, réalisation de parking).
- Une analyse du terrain
 - Type de terre,
 - Stabilité pour supporter un bâtiment,
 - Géologie,
 - Etude topographique du terrain,
 - Analyse des possibilités de drainage des eaux de pluie,
 - Analyse de la végétation présente.

Le choix du terrain se fera finalement en fonction de ces deux rapports.

1.1.2 – Aménagement du site (réalisation du plan de site)

Selon HAMULA (37, 38) pour réussir un bon aménagement du site l'architecte devra bien connaître la topographie du terrain. Ainsi, il pourra déterminer l'emplacement idéal du cabinet en fonction de l'ensoleillement et de la présence des vents.

L'architecte fera planter des arbres de manière à ce que le cabinet soit à l'abri du soleil durant les périodes les plus chaudes et au contraire, en hiver, qu'il soit exposé au soleil. Pour cela il faudra envisager l'emplacement du cabinet à l'ombre des arbres en été. Ainsi, en hiver lorsque les feuilles de ces arbres tomberont, le cabinet profitera de la chaleur et de la luminosité du soleil.

Ces mêmes arbres pourront aussi être utilisés comme paravents, protégeant ainsi le cabinet des vents généraux.

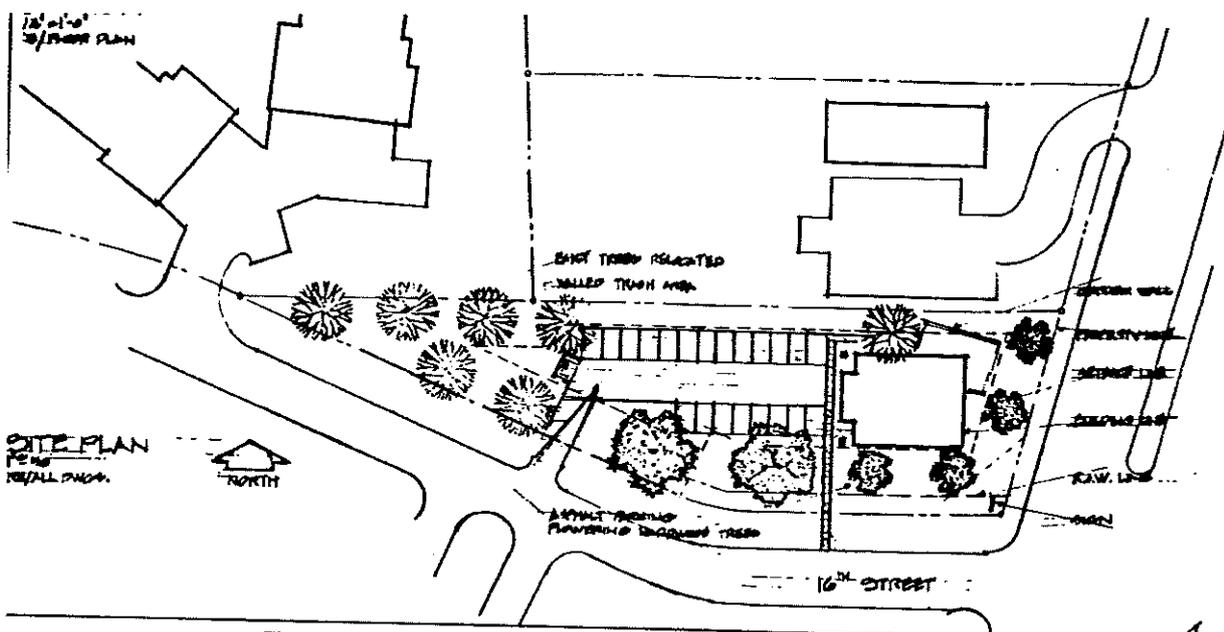


Figure1 : Exemple d'un plan de site

Le parking devra si possible être construit à l'arrière du cabinet ou sur le côté de façon à ne pas dénaturer l'apparence du bâtiment. Dépendant de l'espace utilisable pour la réalisation du parking, deux cas peuvent être envisagés :

- Parking angulé (à 45 ou à 60 degrés)

Dans ces deux cas, un sens unique de circulation est obligatoire, c'est à dire une entrée et une sortie de parking.

- Parking perpendiculaire

Considéré majoritairement comme idéal, ce type de parking contient le plus de places par rapport à l'espace disponible.

Des escaliers et une rampe (pour les personnes handicapées) devront être prévus pour accéder du parking au cabinet. Pour HAMULA (38) les rampes ou escaliers d'accès au bâtiment ne

doivent pas présenter une pente supérieure à 5% . Si le parking présente plus de 25 places, au moins deux accès au bâtiment sont nécessaires.

Plusieurs éléments de décoration pourront ensuite être ajoutés pour rendre le lieu attractif et plaisant. HAMULA (37) propose l'installation de petits murets en pierre de manière à clôturer le terrain, la réalisation de petites buttes de terre sur lesquelles seront plantés des arbres qui masqueront le parking, ou encore la présence de treillage qui diminuera l'exposition solaire de l'aile sud du bâtiment.

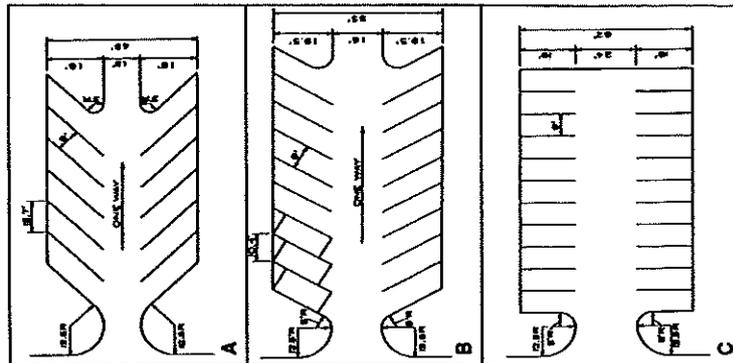


Figure 2 : Schéma des trois différents types de parking

1.2– Réalisation d'un cabinet dans un local déjà existant

1.2.1 – Réglementation du local

Les locaux, autres que professionnels « par nature » ou construits « pour un usage commercial » (bureaux), ne peuvent être transformés et affectés à un usage professionnel ou même mixte, sans une autorisation préalable qui doit être demandée à la Préfecture (art.L.631-7 du Code de la construction et de l'habitation). Cette disposition concerne Paris, la région parisienne et toutes les communes de plus de 10 000 habitants.

La dérogation accordée par le préfet est personnelle et incessible : si le local est vendu ou si le professionnel cesse son activité, l'autorisation tombe et le local redevient à usage d'habitation. L'acquéreur du cabinet doit donc redemander une autorisation.

En outre, l'autorisation ne peut être accordée à une structure juridique telle que SCP, SCM, SEL... mais doit l'être à chaque occupant personne physique qu'il s'agisse des associés ou des collaborateurs.

Le praticien doit obtenir l'autorisation de transformer seulement 40 mètres carrés plus 20 mètres carrés par professionnel supplémentaire (collaborateur, libéral ou salarié ; associé en SCM, SCP).

La transformation en local mixte est à la fois un logement personnel et un local professionnel, la condition de la résidence principale étant maintenue. Il convient de respecter la règle dite des « deux tiers – un tiers » : 2/3 de la surface du local doit être consacrée à l'habitation, tandis qu'un tiers pourra être octroyé à l'activité professionnelle. L'application de cette règle est modulée en fonction de la surface totale de l'appartement, du nombre d'adultes, du nombre d'enfants, de la répartition des pièces, etc. Les sanctions sont très lourdes pour toute transformation faite sans autorisation : amende civile de 152.45 euros à 22867.35 euros, réaffectation des locaux à leur usage antérieur dans les 6 mois de la sommation préfectorale, expulsion des contrevenants...

Dans le cas des immeubles neufs, voir le règlement de copropriété (respect de la destination des locaux ; accord de l'assemblée générale des copropriétaires) ; voir aussi les règles d'urbanisme et le plan d'occupation des sols (certaines affectations pouvant être interdites).

Attention : dans tous les cas, il est interdit d'exercer dans des locaux déclarés insalubres, en vertu du Code de la Santé Publique.

Dans le cas de rénovation importante des normes sont à respecter en matière d'accès aux handicapés :

- Plan incliné au rez-de-chaussée pour accès de fauteuil roulant,
- Ascenseur permettant l'accès au fauteuil,
- Largeur des portes et des couloirs,
- Largeur et hauteur des marches d'escalier.

1.2.2 – Modification du local

Lors de l'achat d'un local, des modifications devront être apportées pour l'adapter à un bon exercice. Pour cela, le praticien devra tenir compte de la structure du bâtiment qui, selon CRUSSON (13), se définit par l'ensemble des éléments assurant la stabilité horizontale et verticale de l'ouvrage.

Les éléments porteurs sont généralement dans les plans verticaux des murs : gros murs de maçonnerie ou de béton, structures porteuses et remplissage en bois ou en métal.

La restructuration d'un cabinet passe souvent par le percement, voire la suppression d'éléments porteurs, dans la création de grands espaces, tant pour le travail clinique que pour l'accueil et la salle d'attente.

Cette phase critique dans une étude est dans tous les cas déterminants pour la suite du projet. Il convient donc, avant de poursuivre l'étude, de s'assurer que les différents percements ou suppressions envisagés soient réalisables, tant sur le plan technique que juridique. Il faudra également envisager le coût.

Il est indispensable de confier l'étude des éléments porteurs de remplacement à un bureau d'étude spécialisé, et la mise en œuvre de ces éléments à une entreprise qualifiée pouvant fournir des références dans des domaines similaires.

L'opération est réalisable sur le plan juridique par l'obtention d'une autorisation du syndic de la copropriété dans le cas d'un collectif. Mais selon CRUSSON (13), cette autorisation indispensable n'est pas suffisante. Il faudra prendre toutes les précautions au début des travaux pour se mettre à l'abri de recours éventuels, à tort ou à raison, des utilisateurs de locaux voisins, à tous les niveaux :

- Rédaction, en présence d'un huissier, d'un procès verbal constatant l'état des lieux avant travaux,
- Vérification des ouvertures, portes et fenêtres, faux niveaux dans les planchers, état des plafonds et des cloisons.

Le bureau d'étude de structure en profitera pour constater ou non la présence d'éléments porteurs ou de charges élevées au-dessus de la zone de démolition concernée.

2 – Travail avec un architecte

2.1 – Choix de l'architecte

Selon DWYER (39), la première chose à faire est d'observer les bâtiments présents dans la ville ayant une belle architecture, et ensuite de se renseigner sur les architectes qui les ont conçus. Une première liste sera ainsi établie puis affinée en réalisant des entretiens avec chacun des architectes.

Si le praticien se trouve dans un village où le choix est réduit, il serait préférable (selon DWYER (39)) de rechercher des plans de cabinet d'orthodontie dans des magazines spécialisés et de s'en servir comme base pour en discuter avec l'architecte.

Un des paramètres pour le choix d'un architecte sera la proximité de ce dernier par rapport au chantier (car les visites durant la construction seront très fréquentes).

Le prix proposé par l'architecte sera aussi un critère de choix pour le praticien. En effet ce dernier devra se méfier des architectes qui proposent des prix beaucoup moins élevés que ceux de ses concurrents, car il pourrait payer la différence plus tard par l'augmentation des coûts.

2.2 - Réalisation des plans du cabinet.

La première partie du travail de l'architecte est le dessin schématique qui comporte le dessin « soft-line », le dessin « hard-line » et le plan du plafond.

C'est dans cette partie du travail de l'architecte que le praticien sera pleinement impliqué. C'est à ce moment qu'il devra définir avec l'architecte les buts et objectifs de sa future activité et aussi qu'il pourra exposer ses idées et ses vœux.

- Le dessin « soft-line »

Ce dessin est réalisé de façon très libres. Il commence souvent par des bulles représentant des zones d'activité avec des modèles de circulation entre les bulles. A ce stade il ne devrait y avoir aucune restriction à la créativité et aux idées du praticien. Le dessin devra quand même être réalisé en se préoccupant des proportions et après plusieurs sessions de travail il aura évolué en un schéma fonctionnel du futur cabinet avec des modèles de circulation précis de patients.

- Le dessin « hard-line »

Le dessin hard-line commence à faire coïncider les idées formulées avec certaines restrictions tel que l'espace disponible.

Le dessin est réalisé de façon précise avec une échelle de 0.25=1. A cette étape les murs et la forme totale de l'espace deviennent fixes. Pour conserver le maximum d'idées exprimées par le praticien au moment du dessin « soft-line », l'architecte devra combiner sa compréhension de la façon de travailler du praticien à sa capacité à utiliser intelligemment l'espace disponible. Ce dessin devient par la suite un dessin schématique fixe.

- Le plan des plafonds

C'est un plan qui montrera l'emplacement des différents types de lumière utilisés ainsi que l'emplacement des grilles métalliques et des plafonds suspendus. Ce sont des détails qui

pourront modifier l'aspect global d'un cabinet. Car les cabinets avec un plafond travaillé seront beaucoup plus attractifs et auront une petite touche en plus.

Les phases suivantes vont être le développement du concept, avec l'incorporation des éléments mécaniques, électriques, structuraux et de chauffage pour se conformer au dessin schématique.

Ensuite l'architecte réalisera les documents de construction, ceux qui seront utilisés par le constructeur pour la réalisation matérielle du cabinet. Mais le travail de l'architecte consistera aussi en des visites régulières sur le chantier de façon à vérifier la bonne avancée du travail ainsi que sa qualité.

Chapitre 4 :
AGENCEMENT DU CABINET

1 – Conception d'ensemble

La circulation à l'intérieur du cabinet doit être regardée attentivement. Un exercice régulier, sans à coup, représente l'ambition, voire le rêve, de tout praticien. Parvenir à un degré de fluidité satisfaisant résulte de la mise en place d'un certain nombre d'éléments, de la réalisation d'une organisation cohérente dans ses composantes humaines, techniques et physiques.

La démarche initiale pour CRUSSON(13) devrait être la définition et la formulation d'objectifs tels que :

- Le volume de patientèle souhaité,
- Son type (enfants/ adultes),
- Le mode d'exercice : un ou plusieurs praticiens, temps partiel ou à temps plein,
- Le nombre d'auxiliaires : réception, clinique, laboratoire.

Une des composantes de la fluidité, dans les cabinets sur plusieurs étages est la circulation verticale (escaliers, ascenseur). Elle se développe au gré de l'implantation des zones de travail. Il est souhaitable, dans la mesure du possible, d'organiser les tâches autour de deux circulations verticales, empruntées par la patientèle et le ou les praticiens en limitant au maximum les passages communs. Les circulations verticales doivent être prévues sinon réalisées au départ. Il sera aussi nécessaire d'étudier particulièrement les systèmes de communication interne (téléphone, interphones, vidéos, informatique...).

La maîtrise de ces circulations passe par :

- Un contrôle permanent du rapport surface de dégagement/ surface productive ;
- Une attention soutenue, quant à la définition des zones de déplacements des patients, des praticiens, et des personnels, et une bonne appréciation des zones d'interpénétration de l'ensemble des déplacements ;
- Une utilisation optimale des zones de déplacement en zones de travail ;
- Un repérage aisé dans l'espace par une compréhension immédiate du fonctionnement du cabinet. Il faut, selon CRUSSON(13), toujours une relation évidente entre les zones de travail par une signalisation écrite, colorée ou lumineuse.

Pour les Américains, avec HAMULA(39-40-27), le praticien devrait avoir recours à un architecte spécialisé et à un décorateur intérieur pour exploiter au mieux ces zones de circulation.

3 – La salle d'attente

3.1– Choix des couleurs

Les couleurs ont un effet sur la subjectivité et la sensibilité de chaque personne. L'utilisation de la couleur dans un cabinet d'orthopédie dento-faciale est en fonction de l'ambiance recherchée.

Pour BARCELONNE(3) le patient qui pénètre pour la première fois dans un cabinet dentaire présente une certaine appréhension ou même de l'angoisse. Il est donc indispensable d'attacher une grande importance à son accueil et donc au choix des couleurs, car elles produisent un effet direct sur notre sensibilité.

Ce même BARCELONNE(3) a mené une étude permettant de caractériser chaque couleur :

- Le rouge

Couleur intéressante pour jouer un rôle dans un cadre que l'on veut accueillant et chaud. Elle accélère les pulsations cardiaques, mais n'a pas d'effet sur la pression sanguine.

- L'orange

Couleur chaude, intime, qui évoque naturellement le feu, le soleil. Dans le domaine physiologique c'est une couleur capable de faciliter la digestion.

- Le jaune

Donne des impressions très différentes selon qu'il s'agit de jaune d'or, jaune pâle ou verdâtre. Le jaune vif est la couleur la plus gaie. C'est un stimulant émotif mais qui n'influence pas le rythme cardiaque.

- Le vert

Il s'agit d'une couleur dominante de la nature, essentiellement équilibrante sur le plan nerveux. Il abaisse la tension musculaire et donc la pression sanguine, soulage la névralgie et les migraines.

- Le bleu

Couleur froide donnant une notion d'espace infini. Le bleu est calme voire soporifique. C'est la couleur de la relaxation.

- Le violet

C'est une couleur mélancolique qui tend à amener la tristesse, mais elle donne une impression de fraîcheur. Elle augmente la résistance organique du cœur, des poumons et des vaisseaux.

- Le blanc

Couleur qui produit un effet de froideur, mais possède un caractère de propreté, de sobriété, et peut s'harmoniser avec toutes les autres couleurs afin de les éclaircir.

- Le noir

Comme disait Renoir : « ce n'est pas une couleur, vous ne la trouvez pas dans la nature ». il engendre la tristesse et n'est employé que pour créer des contrastes.

- Les gris

Ils peuvent présenter une certaine monotonie, qu'ils soient clairs ou foncés.

- Les beiges

Ils sont très utilisés et propices à une ambiance chaude et rassurante. Lorsque l'on y adjoint une touche de rose, ces tons présentent l'avantage d'être plus gais, plus doux que les bruns.

- Les bruns

Ils sont plus appropriés à la détente et au réconfort. Comme le vert, ces tons rappellent la nature et ont un effet calmant.

- Les tons pastels

Qu'ils soient verts, bleus ou jaunes, ils conservent les propriétés de ces couleurs avec l'avantage d'être moins fatigant pour les yeux.

- Le rose

Du fuchsia au rose pâle, cette couleur présente une certaine gaieté ; grâce à la touche de rouge qu'il contient, il est stimulant.

Pour une salle d'attente le praticien pourra choisir des couleurs apaisantes, intimistes, afin de créer détente et confiance. Cette pièce ne devra présenter aucun caractère professionnel. Le choix s'orientera vers des couleurs telles que le bleu ou le vert qui ont pour effet de procurer une sensation de calme.

Des tests psychologiques ont montré que les préférences des couleurs varient selon l'âge. Ainsi on pourra, pour une patientèle de jeunes, créer une ambiance joyeuse comportant des teintes jaunes ou orangées. Cependant, ces couleurs ayant un effet stimulant néfaste dans le cadre où nous recherchons la détente et la confiance, il faudra les utiliser par touches, comme points forts dans un cadre plus calme.

L'éclairage est un point très important qui modifiera la perception de la couleur. Dans le cadre de la salle d'attente il est préférable d'employer un éclairage indirect car il donne un confort visuel par homogénéité de la lumière.

3.2 - Espace enfants

La pratique de l'orthodontie actuelle fait que la grande majorité de notre patientèle se compose d'enfants et/ou des adolescents. Il est donc important que dans un cabinet d'orthopédie dento-faciale il y ait une partie de la salle d'attente réservée aux enfants.

Selon HAMULA(26) plusieurs possibilités peuvent se présenter au praticien :

- La construction d'une table de jeu autour d'une colonne, avec la possibilité pour les parents de s'asseoir à proximité, tout en conservant une salle d'attente « conventionnelle » à côté pour les adultes désirant s'éloigner des enfants.
- Une aire de jeu pour les enfants. Mais ce concept n'est réalisable que dans de grandes salles d'attente car la réalisation demande beaucoup d'espace vu que l'aire de jeu devra être entourée d'une zone de sécurité assez large pour la bonne circulation des patients dans le cabinet.
- Pour les cabinets avec moins d'espace, un coin enfant pourra être réalisé en plaçant une étagère avec une grande variété de livres ou de puzzles pour tous les âges à côté de laquelle on placera une table basse avec des fauteuils individuels à la taille des enfants.

3.3 - Espace adultes

L'espace de la salle d'attente réservé aux adultes devra si possible être séparé, au moins partiellement, de celui des enfants. HAMULA(26) propose la mise en place d'un grand aquarium entre les deux espaces. Pour STAR(59) une télévision proposant des programmes éducatifs sur l'hygiène ou alors sur le déroulement d'un traitement d'orthodontie devra être présente dans la salle d'attente.

4 – Salles d'hygiène et de motivation

La salle d'hygiène sera très voisine, ou mieux encore, fera partie de la salle clinique. Le praticien pourra ainsi observer et aider l'enfant à utiliser efficacement les accessoires d'hygiène de cette salle, de conception simple, mais dont l'importance est capitale. Le patient devra systématiquement passer par cette salle avant d'aller dans la salle de soins.

La salle de motivation peut bien sûr être couplée à la salle d'hygiène. Elle permettra à une assistante d'expliquer tous les problèmes d'hygiène, mais aussi le port des appareils amovibles de force extra orale. Elle peut aussi donner des explications aux parents sur le déroulement du traitement. HAMULA(29) propose de créer une zone de consultation debout, qui pourra être utilisée comme salle de motivation avec un gain de place important lors de la réalisation du cabinet.

5 – Salles de soins cliniques

5.1– Différentes conceptions

Pour économiser son temps, un praticien doit pouvoir travailler sur plusieurs fauteuils. L'assistante peut nettoyer un poste de travail pendant qu'il travaille sur un autre fauteuil. Plusieurs possibilités sont alors offertes.

Les fauteuils peuvent être tous dans la même salle de soins sans autre délimitation que celle du mobilier. C'est le cas dans la plupart des cabinets aux Etats-Unis.

Les partisans de cette solution soutiennent que la « maladie », orthodontique en l'occurrence, est mieux supportée lorsqu'elle est banalisée ; ils donnent l'exemple des centres de rééducation des polytraumatisés de la route qui se retrouvent ensemble et qui n'ont pas ainsi l'impression de se sentir seuls. L'ambiance est ainsi plus détendue et permet de démystifier l'orthodontie.

Les détracteurs soulignent l'absence de pudeur d'une telle salle commune. A cela les partisans opposent la fierté des enfants auxquels on fait une remarque, par exemple sur l'hygiène, et qui mettent un point d'honneur à améliorer ce problème.

Enfin, cette salle commune retranscrit ce qui se passe dans une salle de classe où les enfants travaillent entre eux et où les parents sont informés des progrès accomplis.

L'autre solution est la salle de soin, mais avec les fauteuils isolés par des cloisons permettant de mieux individualiser, la relation étant ainsi plus privilégiée. Cela va dans le sens ordinal du secret médical auquel nous sommes soumis, mais en l'occurrence le patient porte sur ses dents la trace de sa dysmorphose. Ce système a pour inconvénient d'isoler d'avantage le patient, en

particulier lorsqu'il attend le praticien. Ce dernier peut aussi disposer du même nombre de cabinets que de fauteuils, passant d'un cabinet à l'autre : les cabinets étant séparés.

La quiétude et la relation personnelle sont privilégiées. Par conséquent, chaque cabinet doit être entièrement équipé, comme s'il n'en existait qu'un seul. Cela pose un problème de superficie du cabinet (qui doit être suffisamment importante) et du coût du matériel.

Chaque fauteuil peut être autonome, ayant à proximité immédiate le stockage primaire du matériel. Il peut être attribué indifféremment en fonction de l'ordre d'arrivée des patients, ou être spécialisé, comme le propose GANDET (17) ou BERNARD (45) :

- Fauteuils réservés pour les examens et prise d'empreintes
- Fauteuils organisés pour les attachements et les bagues
- Fauteuils conçus pour la confection des arcs
- Fauteuils prévus pour les contrôles

5.2– Disposition générale

Dans le cas d'une salle commune unique c'est, avec la réception, la pièce la plus importante sur le plan de sa conception et de sa réalisation. Les solutions ergonomiques doivent prévaloir ; en particulier, la circulation du praticien, des assistantes et des patients doit pouvoir se faire sans problème.

Pour cela, il peut être bon de libérer le centre de la pièce. La disposition des fauteuils le long des meubles disposés sur trois côtés de la salle de soins présente un avantage évident pour les alimentations, les vidanges et permettent de dissimuler les appareils. Un meuble de rangement supplémentaire, mobile, peut voisiner avec chaque fauteuil. Ce meuble peut avoir des tiroirs coulissants sur deux faces opposées, afin de permettre à l'assistante d'y avoir accès. L'aspiration chirurgicale, le spray, les ultrasons et le microtome, peuvent se situer sur un bras mobile et rétractile venant des meubles fixes, ou bien être contre le meuble mobile (ce qui pose un problème de fils).

Dans une salle de travail décroisonnée, un îlot central, préconisé par HAMULA (28) peut constituer un élément important du mobilier. Pouvant être situé le long du quatrième mur, il permet essentiellement le stockage des articles en réserve, et le lavage des mains (par la présence d'un lavabo). Il peut aussi servir de zone de soudure, de stockage et de manipulation de l'alginate, de stockage des gants, des masques et de lots stérilisés sur plateau. Il ne doit pas

être trop volumineux pour ne pas gêner le flux de circulation. Un tel îlot peut aussi diviser une grande salle de travail en zones différentes, par exemple séparer le coin des enfants de celui des adultes.

5.3 – Eclairage des salles de travail

KILPATRICK, en 1964, repris par LEMAIGRE-VOREAUX(45), dit que pour prévenir une fatigue oculaire, le ratio entre l'intensité du faisceau lumineux oral et l'éclairage général de la salle de travail devrait être de 10. Mais COOPER suggéra plus tard un ratio entre 3 et 4, considéré comme idéal pour que le praticien forcé de détourner brutalement les yeux de la cavité orale illuminée ne subisse aucune fatigue oculaire. Cependant le ratio de 10 proposé par KILPATRICK est toujours très populaire chez les décorateurs intérieurs et les consultants dentaires.

Une étude de HAMULA (35) a montré que la moyenne de l'intensité des lumières ambiantes au repose-tête des patients, fauteuil incliné à hauteur normale, est de 1760 lux et seulement de 1250 lux à la surface du plateau.

YOUNG et coll. (61) ont montré que les intensités des éclairages dentaires varient entre 20000 et 50000 lux à une distance de 69cm, ce qui demanderait de 2 000 à 5 000 lux d'éclairage ambiant même pour un simple ratio de 10. Ce niveau d'éclairage est difficile à produire dans une salle de travail et peut être inconfortable. Il sera préférable pour le praticien d'utiliser certains éclairages dentaires moins renommés mais pouvant être réglés aux alentours de 8 000 à 12 000 lux.

HAMULA (24) indique que dans une pièce de 2,5 m sur 3 m avec murs et plafond blanc, la lumière ambiante émise par quatre appareils fluorescents est de l'ordre de 2 000 lux. Mais dans une salle commune, elle tombe à 1 800 lux, et il précise que ces appareils fluorescents perdent de l'intensité avec le temps. Pour lui, l'halogène est la seule technologie actuellement disponible pour maintenir une lumière ambiante de 2 750 à 3 500 lux. Il évoque un appareil fabriqué par Abolite Lighting, de forme pyramidale, qu'il recommande de placer à une hauteur de 2,25 m. L'objectif de cet appareil a des dimensions de 60 cm sur 60 cm.

- Les recommandations faites pour une salle de travail à un fauteuil sont :

- Installer un éclairage halogène-métal,
- Abaisser les plafonniers à 2,25 m,
- Accroître la lumière naturelle avec des fenêtres ; placer les fauteuils pour bénéficier au maximum de la lumière naturelle, selon SIMON (58),
- Utiliser des murs, des planchers, des plafonds et du mobilier clair.
 - o Les recommandations faites dans une salle de travail multi-fauteuils sont :
 - Installer un éclairage halogène-métal par fauteuil,
 - Ajouter un éclairage halogène-métal sur l'îlot central s'il y en a un,
 - Utiliser des appareils fluorescents à écran dans les aires secondaires de travail de grandes salles (4,5 m sur 6 m).

6 – Zone réservée aux adultes

Jusqu'au début des années 80, la plupart des orthodontistes croyaient au mythe qui voulait que les patients adultes ne soient pas différents des patients enfants. GOTTLIEB (19) fut un des premiers à penser que les adultes méritent une attention particulière. Ils préfèrent en général être séparés des enfants tant dans les salles d'attente que dans les salles de traitement.

L'idéal est de prendre en charge le patient adulte dès son arrivée et le conduire dans une pièce réservée comprenant à la fois fauteuil, unit et coin pour brossage des dents. On peut aussi le faire patienter dans une mini salle d'attente, non loin du fauteuil réservé aux adultes, où se trouvent des magazines adaptés. Toute l'instrumentation nécessaire doit se trouver dans cette pièce. Il est aussi important que le patient adulte puisse voir le local de stérilisation.

7 – Bureau

Pour HAMULA (20), un bureau est nécessaire au praticien, qui se doit d'examiner dans le calme les cas qu'il se propose de traiter. Equipé pour le moins d'un négatoscope, il permet d'accueillir les parents pour leur présenter le diagnostic et les modalités du traitement.

8 – Pièces annexes

L'impact de la communication personnelle entre le praticien et les parents est très important pour rassurer ces derniers. Un tel entretien au fauteuil va gêner à la fois la circulation et le nettoyage du fauteuil. Par ailleurs, aller à son bureau va faire perdre, à la longue, un temps précieux. Pour cela, HAMULA (29) recommande la création d'une « zone de consultation debout », placée entre le bureau et la salle de travail, qui rend plus facile la communication avec les parents et règle le flux de circulation.

Il est important pour le personnel d'avoir un endroit agréable où il est possible de venir se détendre quelques minutes. Aménagé comme une cuisine, il doit comporter des placards pour que le personnel puisse ranger ses affaires, d'après HAMULA (33).

Les toilettes représentent souvent, pour les patients et leurs parents, leur premier contact avec l'hygiène du cabinet. Elles doivent être toujours impeccables.

Les moulages peuvent être rangés dans des boîtes classées selon un ordre défini dans une pièce voisine de la salle de travail, spécialement aménagée pour cela. Cela est plus pratique pour les attraper en cas de besoin.

9 – Pièces réservées à des tâches parallèles

9.1 – Salle de radiographie

La présence d'une salle de radiographie avec un appareil permettant à la fois la radiographie et la téléradiographie permet d'obtenir directement la documentation au premier rendez-vous et d'obtenir une radiographie quand on le souhaite au cours du traitement. Cela permet également d'avoir une uniformité des radiographies.

La distance foyer-objet sera de 1.5 m. et une développeuse automatique, située dans une pièce noire attenante, paraît indispensable. Trois ou quatre canettes permettent un bon roulement. Il faut avoir l'agrément du S.C.P.R.I., et plomber les murs de la pièce. Des dimensions de 2.5m sur 3m sont nécessaires à une telle installation.

Il est possible de faire de cette pièce une salle de première consultation en y adjoignant un simple fauteuil dentaire, le matériel nécessaire à une prise d'empreintes et à une prise de l'occlusion.

Aujourd'hui avec les appareils de radiographie numérisée l'emplacement nécessaire est diminué car les distances foyer-objet de ces appareils sont diminuées par deux.

9.2 – Salle de photographie

Elle peut être située dans la même salle que celle de radiographie. Mais pour MEREDITH (48) une pièce de 3m sur 4m devrait être dédiée à la photographie faciale, et un membre du personnel devrait être spécifiquement entraîné à réaliser les photographies faciales, pour qu'elles soient standardisées et de la meilleure qualité possible. Elle préconise aussi l'utilisation d'un boîtier reflex avec une lentille macro de 105mm, un film de 35mm et de 100 ASA KODACOLOR et deux flashes unitaires indirectes de 110 volts chacun pour la réalisation de photographies de qualité.

Aujourd'hui avec les progrès de la photographie numérique beaucoup de praticien utilise ces appareils qui sont plus facile à manipuler et le stockage des photographies est beaucoup plus aisé.

9.3– Le laboratoire

Pour HAMULA (33) un laboratoire à l'intérieur du cabinet est un outil primordial qu'il faut inclure dans les plans de départ. Selon lui les attributs les plus importants pour que le laboratoire soit fonctionnel et plaisant pour les techniciens y travaillant sont :

- Une fenêtre donnant sur le dehors ou au pire sur la salle de soins
- Un bon éclairage d'ambiance et de précision, spécialement pour la réalisation d'arc
- Une pièce séparée pour la coulée et la taille du plâtre
- Une aspiration et une ventilation efficaces
- Un endroit réservé au stockage du plâtre.

10 - Le problème du bruit

La mesure du bruit se fait en décibels (dB). On considère généralement que l'intensité d'un bureau bruyant est de l'ordre de 70 dB. Elle serait de l'ordre de 30 dB dans un bureau calme ; 20 dB serait une bonne intensité et 10 dB seraient excellent.

Les problèmes posés sont généralement de deux ordres :

- Répercussion des bruits dans une même pièce,
- Transmission des bruits entre les pièces.

Il est certain qu'un cabinet d'orthodontie moyen a une faible capacité d'absorption des bruits qu'il génère et qui sont importants selon HAMULA (25).

Les solutions à adopter selon ce même HAMULA (21) au sein d'une même pièce vont être d'abord de se préoccuper d'installer les matériaux les plus acoustiques sur les surfaces planes, les murs et les plafonds. Pour cela il est important de consulter des spécialistes. Un léger fond musical permet de masquer les bruits du cabinet.

Entre les pièces, il faudra au niveau du plan général :

- Eviter une proximité trop importante entre la salle de travail et le laboratoire ou la réception,
- Fabriquer une alcôve pour la meule dans le laboratoire,
- Faire un plan au départ, si possible, en prévoyant tous les problèmes : cela permettra de diminuer de 90% l'ensemble des bruits.

Un traitement des plafonds permettra de diminuer l'intensité sonore de 60 à 85%. Une solution est de descendre les plafonds et de créer en fait des plafonds suspendus avec au milieu une couche de fibre de verre.

La manière de construire les murs, leur poids, l'épaisseur d'air entre les différentes couches seront très importants pour leur qualité acoustique. Un mur simple, bien conçu, peut réduire de 40 dB le bruit venu de la pièce voisine. Un mur double peut le réduire de 30 à 35 dB supplémentaires. On le conseillera pour les toilettes et le laboratoire. Les murs peuvent être revêtus de moquette, ce qui diminuerait encore le renvoi sonore des murs.

En ce qui concerne les sols, il est certain que la moquette a une bien meilleure valeur acoustique que le carrelage, mais attention à l'asepsie.

La qualité acoustique d'une porte dépend essentiellement de :

- L'épaisseur de ses montants,
- L'espace entre les montants et le mur.

L'emplacement des portes est également important : elles ne doivent pas être disposées les unes en face des autres, mais il faut au contraire les installer en quinconce.

Et pour finir, les conduits d'aération doivent être disposés selon un couloir central avec des dérivations en T desservant chaque pièce pour éviter la propagation du bruit par ces mêmes conduits.

Chapitre 5 :
L'INFORMATIQUE DANS UN CABINET
D'ORTHODONTIE

1 – Choix et installation du système informatique

Traditionnellement, l'ordinateur était utilisé dans les cabinets dentaires seulement pour les comptes, les assurances et les rappels. Il était utilisé par un seul membre du personnel reproduisant le schéma antérieur à l'avènement de l'informatique. Ces cabinets avaient donc un double système de fonctionnement : papier et informatique.

Aujourd'hui avec l'arrivée sur le marché d'ordinateurs de plus en plus puissants et de logiciels très performants, la tendance est à la disparition des dossiers papier et à l'utilisation exclusive de l'informatique. Pour cela, selon FREYBERG (16), une très grande attention devra être portée au choix de l'ordinateur, des logiciels et des systèmes de sauvegarde des données.

La sauvegarde des données est un point clé car s'il y avait une panne du système durant la journée le cabinet serait complètement désorganisé. FREYBERG (16) propose toujours le système ZIP pour la sauvegarde régulière de ces données.

HAMULA (36) propose que tous les dossiers papiers et le système manuel soient remplacés par un programme de management informatisé et centralisé. Cela permettra à tout le personnel se trouvant sur n'importe quel poste d'avoir accès au dossier du patient. Ce dossier devra comporter :

- Les informations administratives concernant le patient,
- Le diagnostic (avec l'historique médical, les photographies faciales et des modèles et les radiographies),
- Le traitement (les tableaux, le plan de traitement et les notes personnelles),
- Les prochains rendez-vous prévus pour le patient,
- La gestion financière.

L'installation de tout ce matériel informatique devra être effectuée par une compagnie ayant :

- Une grande expérience des opérations sans papiers,
- Un choix de logiciels orthodontiques qui de plus évoluent avec les avancées de la science,
- Un programme qui ne limite pas le choix des produits à une seule compagnie qui pourrait être appelé à disparaître dans le futur,
- Une méthode efficace de conversion des dossiers existant dans le nouveau format,
- Un système étudié pour minimiser les problèmes de panne,
- Un système qui puisse évoluer avec l'agrandissement du cabinet.

IMS Technologies and Services Inc. est une entreprise capable de fournir de telles prestations selon HAMULA (36).

Ce même auteur pense que la transformation d'une activité « papier » en une activité « sans papier » peut être progressive ou alors immédiate, si le système est bien choisi et que le personnel a été préparé pour utiliser ce système.

Plusieurs besoins spécifiques du cabinet doivent être pris en compte pour la transformation dans un local déjà existant :

- Le nombre et la localisation des moniteurs,
- La localisation du serveur,
- Les besoins en matériel pour rendre le système opérationnel (nombre de moniteurs, de serveurs, de cartes réseau etc...),
- Les besoins présents et futurs en logiciels orthodontiques et de management.

Le praticien devra aussi prendre en compte les problèmes de câblage, car pour l'installation du système, des câbles devront être passés du serveur aux les moniteurs périphériques. En plus le praticien devra prévoir la possibilité de changer ces câbles, cela en fonction de l'évolution et de l'avancement de la recherche en informatique.

Le dernier point à prendre en compte dans le choix d'un système informatique est celui du prix. HAMULA (36) pense que ce prix ne devrait pas excéder 2 à 5% du chiffre d'affaire et que cet investissement est justifié par le seul fait de l'augmentation de l'efficacité de tout le personnel.

2 – Formation du personnel à l'outil informatique

Il faut reconnaître que nos notions informatiques sont aussi superficielles que celles de l'informaticien en ce qui concerne l'orthopédie dento-faciale. Un dialogue doit s'établir entre ces deux personnes ou plutôt ces deux équipes.

Pour NEGRE (50) l'orthodontiste ne sait d'ailleurs pas toujours ce qu'il veut et ne connaît pas toujours les possibilités qui lui sont offertes.

WALKER (16) propose que la connaissance informatique soit développée sur deux plans :

- L'orthodontiste et l'équipe soignante doivent apprendre les opérations de base pour bien utiliser l'outil informatique
- Mais, plus important, l'équipe doit être capable d'évaluer l'outil informatique dans le contexte du cabinet pour savoir s'il est toujours adapté aux besoins de celui-ci.

SELTZER (16) suggère lui que l'orthodontiste prenne au moins trente minutes par jour pour s'intéresser à la littérature spécialisée sur l'informatique, afin de progresser dans la compréhension et l'utilisation optimum de son système. Il propose aussi un minimum d'au moins huit jours de formation par an pour le praticien et le personnel.

En conclusion, et pour tous les auteurs, l'investissement dans un nouveau système très performant doit toujours être suivi par une formation du personnel amené à l'utiliser avec des remises à niveau régulières.

Chapitre 6 :
L'ASEPTIE ET LA STERILIASATION EN
ORTHODONTIE

- Prendre un minimum de temps,
- Ne pas endommager les instruments,
- Permettre la stérilisation d'un nombre varié d'instruments.

2.2– Stérilisation à la chaleur sèche (Poupinel)

Selon les normes prescrites par l'OMS, le temps de passage pour assurer une stérilisation correcte est de :

- Une heure à 170°C
- 45 minutes à 180°C
- 30 minutes à 220°C

temps de préchauffage non compris.

Ce procédé a pour avantage d'être facile d'emploi, avec une manipulation rapide. De plus les instruments sont placés dans des boîtes de stérilisation qui permettent d'assurer une certaine pérennité de l'état stérile et enfin le coût est peu élevé. Par contre la durée d'un cycle complet est très long (une à deux heures), il existe un ternissement des instruments en acier inoxydable et la température n'est pas égale dans toutes les parties du four.

2.3– Stérilisation à l'autoclave à vapeur

Cette technique utilise une stérilisation à la chaleur humide à 120°C sous une pression d'une ou deux atmosphères.

Elle a pour avantage une durée de stérilisation très courte (20 minutes, temps de préchauffage non compris). Par contre l'inconvénient majeur est que les pinces rouillent et les instruments coupants sont émoussés.

2.4– Stérilisation à l'aide de vapeur chimique non saturée sous pression (Chemiclave)

Les produits utilisés dans ce genre d'appareil sont soit les formaldéhydes, soit les cétones.

La stérilisation se fait sous une pression d'une ou deux ou trois atmosphères ce qui diminue le temps de stérilisation.

Pression	Temps de stérilisation
Une atmosphère	20 minutes
Deux atmosphères	10 minutes
Trois atmosphères	5 minutes

Bien sûr lui faudra avoir un temps de préchauffage de 5 à 10 minutes.

Cet appareil a pour avantages un cycle court, pas d'effets dommageables sur les instruments sensibles à la corrosion et les instruments peuvent être placés dans des sachets plastiques étanches mais qui laissent passer les vapeurs et permettent ensuite le stockage. Un des seuls inconvénients est l'odeur et la toxicité des produits utilisés ce qui nécessite installation de l'appareil dans une pièce à part et de prévoir une ventilation.

2.5– Les stérilisateurs à billes

Ils sont utilisés depuis longtemps, en endodontie, pour les instruments canalaires. Ils permettent de stériliser des instruments très fins de type « broches ou limes à canaux » en quelques secondes. Leur principe est basé sur la transmission d'une source de chaleur à de petites billes d'acier dans lesquelles on trempe l'instrument à stériliser. Actuellement les billes d'acier sont remplacées par du sel fin de cuisine qui permet un meilleur contact avec l'instrument à stériliser.

La stérilisation est obtenue en 15 secondes à une température de 218°C, mais le temps de préchauffage de l'appareil est en moyenne de 15 minutes.

Cet appareil est utilisé pour la stérilisation de petits instruments. Pierre MACHTOU, cité par BASSIGNY (4), recommande l'appareil de marque « BUFFLO » et le sel de cuisine, mais il ne considère cet appareil que comme un complément et non un procédé habituel de stérilisation.

2.6– Les appareils à rayonnement ultra-violet couplés aux ultra-son

Il existe un appareil d'apparition relativement récente, dont l'effet de stérilisation n'est pas prouvé. La décontamination est faite à l'aide d'un appareil à ultra-son le séchage et la « désinfection-stérilisation » sont réalisées par infra rouge et ultra violet au dire des fabricants.

2.7 – Les produits de désinfection

Les quatre types de produits désinfectants les plus utilisés sont par ordre d'importance : les aldéhydes, les dérivés d'ammonium, les alcools et les phénols. Selon les normes de l'A.D.A. (Américan Dental Association) un produit est considéré comme ayant une action désinfectante s'il détruit le mycobactérium tuberculosis en 30 minutes.

2.7.1 – Les aldéhydes

- Spectre d'action puissant et polyvalent,
- Les aldéhydes les plus employés : formaldéhyde, glyoxol, aldéhyde glutamique,
- Caractéristiques :
 - Spectre d'action : bactéricide, mycobactéricide, virucide, fongicide, sporicide.
 - Odeur piquante et désagréable à l'état pur, masquée par divers additifs qui ne modifient pas leurs propriétés.
- Utilisation : particulièrement adaptés à la désinfection des surfaces et des instruments.

2.7.2 – Les composés d'ammonium quaternaire

- Caractéristiques :
 - Spectre d'action : bactéricide de façon sélective
 - Fongicide
 - Inefficace sur les spores, les mycobactéries et les virus
 - Pouvoir d'action réduit en présence de sérum ou de sang
- Utilisation : nettoyant de surface plutôt que désinfectant.

2.7.3 – Les alcools

- Caractéristiques :
 - Spectre d'action : bactéricide, mycobactéricide, mais moins actifs que les aldéhydes, inefficaces partiellement sur les virus et totalement sur les spores.
- Utilisation : désinfection de contact ; désinfection cutanée.

- L'efficacité s'accroît avec l'addition d'eau, mais on peut noter une déshydratation importante de la peau
- L'alcool est un désinfectant médiocre ayant un effet plutôt bactériostatique que bactéricide et aucun effet sur les spores et le virus de l'Hépatite B. Il n'est pas recommandé comme désinfectant par l'A.D.A.

2.7.4 – Les phénols

- Caractéristiques
 - Bactéricide puissant
 - Fongicide
 - Mycobactéricide
 - Partiellement actifs sur les virus
 - Inactifs sur les spores
- Utilisation : désinfection des surfaces encrassées.

2.8– Procédure à suivre pour le traitement d'instruments dentaire après contamination

2.8.1 – Instruments stérilisables

- Décontamination immédiate dans un bac couvert avec un liquide désinfectant fréquemment renouvelé, en respectant le temps minimum de décontamination,
- Rinçage à l'eau courante du panier dans lequel se trouvent les instruments décontaminés pour éliminer les plus gros déchets ou débris
- Nettoyage :

Peut se faire :

- Soit par passage dans un bac à ultra-son comprenant un produit désinfectant,
- Soit par brossage et grattage des restes de ciment, composite, etc... et ensuite rinçage à l'eau courante
- Séchage à l'air chaud ou à l'aide d'un linge stérile,
- Stérilisation des instruments placés dans des boîtes métalliques stériles si on utilise un Poupinel, ou dans des sachets plastiques soudables, si on utilise un Chemiclave.

- Stockage dans les boîtes ou les sachets stériles.

2.8.2 – Instruments thermosensibles

- Décontamination : idem
- Rinçage : idem
- Nettoyage : idem
- Désinfection dans un deuxième bac de désinfection contenant un liquide désinfectant non pollué. Puis lavage à l'eau stérile.
- Séchage à l'air chaud ou à l'aide d'un linge stérile
- Stockage dans des boîtes ou des sachets.

3 – Mesures de protection contre les risques infectieux

3.1– Prise de conscience du risque infectieux

En 1977, une enquête dans les cabinets d'orthodontie en Californie montra que seulement 6% respectaient les normes de stérilisation données par l'A.D.A et les Centres for Disease Control (C.D.C). Une enquête similaire en Géorgie par CASH (11) montre que leur nombre était de 35% en 1987 et de 50% en 1988. Une autre réalisée par MC CARTHY et Coll. (22) au Canada (Ontario) en 1997 a montré que les orthodontistes étaient beaucoup moins préoccupés par le contrôle des risques infectieux que le dentiste généraliste.

3.2– Les personnes

Il faut absolument prendre l'habitude au cours de la consultation orthodontique de procéder systématiquement à un interrogatoire médical, différent suivant l'âge du patient.

La protection du praticien passe en premier lieu par la protection de tous les organes susceptibles d'être contaminés par les sécrétions du patient et les liquides de l'équipement : les mains, les yeux, le visage et également les vêtements.

Au niveau des mains et avant-bras, sont recommandés :

- Ongles courts et propres,
- Lavage des mains avant et après consultation,

- Ne pas travailler avec bagues, bracelets et montres,
- Port de gants : l'A.D.A recommande de les porter pour tous les patients et pour tout type de traitement.

En ce qui concerne les yeux, l'A.D.A dit qu'ils devraient être protégés contre les mucosités sanguines ou salivaires. Il faudrait mettre systématiquement des lunettes enveloppantes, au moins pour les actes nécessitant l'utilisation du spray, soit de la seringue à eau, soit de la turbine.

De la même façon l'A.D.A recommande que des masques soient portés pour protéger la muqueuse orale et nasale de projection de sang et de salive. Le masque doit être mis systématiquement dès lors que l'on doit utiliser le spray (seringue, turbine, ultrasons), et lorsque le praticien travaille avec une rhino-pharyngite. Il constituera une barrière dans l'autre sens, évitant par exemple les maladies infantiles.

Les C.D.C recommandent le port d'une blouse, changée quotidiennement, dès que les vêtements sont souillés par du sang ou d'autres sécrétions corporelles.

L'assistante doit avoir la même protection que le praticien quand celui-ci travaille à quatre mains, et quand elle nettoie le matériel.

Praticien et assistantes doivent être vaccinés contre l'hépatite B.

3.3– Le matériel d'orthodontie

Les instruments stérilisables doivent subir un cycle de désinfection-stérilisation classique, selon le type de stérilisation choisi, après chaque usage. Quant aux instruments thermosensibles, ils suivent un cycle complet de désinfection et leur emploi devrait être le plus limité possible.

3.3.1 – Les pinces orthodontiques

En ce qui concerne les pinces, différentes possibilités sont envisagées : stériliser ? Désinfecter ? Nettoyer à la lingette ? Il existe désormais des solutions permettant de désinfecter les pinces sans les abîmer. De plus, les chemoclaves permettent de stériliser les pinces sans corrosion, à condition qu'elles soient sèches et propres. Il existe aussi des stérilisateurs à chaleur sèche, mais tournante (type Dentronix) permettant d'obtenir une température constante dans tous les endroits du four. Une étude de JOHNSTON et coll. (41) a

prouvé la valeur de ce type de stérilisation avec un cycle complet d'environ 25 minutes, et une innocuité totale pour les pinces au-dessus de 190°C.

Le point faible de la chaîne d'asepsie des pinces en cabinet est leur susceptibilité à la corrosion en raison des charnières huilées et de la présence de manchons plastiques. PAYNE cité par BASSIGNY (4) n'hésite pas à conseiller de supprimer tous les manchons en plastique des pinces.

La désinfection ou la stérilisation des pinces pourra se faire en tenant compte :

- de la qualité des pinces,
- de la présence ou non de mors en carbure de tungstène
- de l'appareil dont on dispose pour stériliser les pinces.

Stérilisation ou désinfection des pinces et risques d'endommagement	Poupinel	Chemiclaves	Oxyéthylène	Désinfectant à froid
Pincés orthodontiques :				
acier excellente qualité	1	1	2	1
acier de moyenne qualité	1	1	2	2
manches ou parties en plastique	4	3	1	1 ou 2
avec mors en carbure de tungstène		2(pincés sèches)		2

1 – méthode de choix 2 – minimum de risque pour l'instrumentation 3 – traitement non indiqué 4 – contre indiqué

3.3.2 – Les porte-empreintes

Il faut utiliser des porte-empreintes métalliques pouvant subir parfaitement le cycle de désinfection-stérilisation, ou alors des porte-empreintes jetables.

3.3.3 – Le matériel consommable

L'utilisation d'arcs préformés est bonne du point de vue hygiène. Sinon saisir une longueur de fil avec une pince propre et tenir le tube de fil avec une serviette en papier. « Les fils à mémoire de forme » récupérables peuvent être stérilisés à chaleur sèche (Poupinel) sans

modifier en rien leurs propriétés, malgré de multiples passages d'après MATHEW et KUSY cité par BASSIGNY (4).

Il faut faire préparer à l'avance différentes longueurs de chaînettes élastomériques et les placer dans une boîte destinée à cet usage, avec à portée de main des précelles propres trempant dans un liquide désinfectant. Du point de vue asepsie, l'utilisation de ligatures élastomériques est meilleure, supprimant les risques de blessure avec les ligatures métalliques. Les bagues doivent être passées par un cycle complet de stérilisation et c'est pour cela qu'il est indispensable d'avoir des bagues dont les numéros sont marqués au laser.

Enfin, il convient d'utiliser au maximum un matériel à usage unique : gobelets, canules d'aspiration, plateaux, pots à déchets.

3.4– Le plan de travail

Le plan de travail est l'emplacement stérile ou propre sur lequel seront placés les pinces et instruments stériles. Cette surface devra être parfaitement nettoyée entre chaque patient. Les plateaux jetables et l'utilisation de champs stériles tenus par des porte-nappes de restaurant permettent de faciliter ce nettoyage.

3.5– Les empreintes

Après la prise d'empreintes, celles-ci devront être rincées abondamment à l'eau courante pour enlever le film salivaire, puis laisser à tremper dans un bain de Mercryl Lauré pendant 15 minutes. Mais si on laisse le produit agir trop longtemps l'empreinte est déformée. Il vaut mieux alors stériliser les modèles en plâtre plutôt que de faire tremper les empreintes.

3.6– Le gros équipement

3.6.1 – L'aspiration

Le système d'aspiration constitue un milieu de culture idéal pour les micro-organismes. Il est donc indispensable d'aspirer une solution nettoyante et désinfectante plusieurs fois par jour lors de l'utilisation de ces matériaux. La vidange des bacs de réception doit se faire avec des

gants et des lunettes car c'est à ce moment que les risques de contamination par rejet de la solution aspirée sont importants.

3.6.2 – Les instruments à spray, ultra-son, turbine, etc...

Tous les matins, vider l'eau stagnante dans la canalisation de la turbine et du spray avant l'utilisation.

Il est nécessaire d'avoir plusieurs instruments afin de pouvoir les désinfecter et les stériliser, au minimum, après chaque patient. S'ils ne sont pas stérilisables pulvériser des produits désinfectants dessus après les avoir nettoyés avec une lingette désinfectante.

3.6.3 – L'équipement proprement dit

L'équipement et le fauteuil devront être nettoyés après chaque patient. Il est préférable d'avoir des commandes au pied pour les fauteuils dentaires.

Un plafonnier fixe suffit en général comme éclairage en orthodontie et permet d'éviter la désinfection de la poignée d'un scialytique réglable entre chaque patient.

Quant au lavabo, des commandes au pied pour faire couler l'eau ou du savon sont nécessaires. Les serviettes papiers jetables seront les plus hygiéniques.

3.7– L'environnement

La salle de soin ne doit pas comporter de plantes, d'animaux ou de stockage de nourriture. Les sols doivent être facilement nettoyables (jamais de moquette dans un cabinet d'orthodontie). Ils seront entretenus avec un produit à la fois désinfectant et détergent.

L'air du cabinet devra être purifié et débarrassé des poussières, des projections septiques, des bactéries, des virus et des odeurs. Il existe des épurateurs de l'air ambiant qui permettent de protéger le praticien et l'assistante contre les méfaits de la pollution du cabinet.

4 – Procédures à utiliser

4.1 – Nombre d'instruments

Le praticien doit, avec ses assistantes calculer le nombre d'instruments nécessaires pour une journée de travail. La première étape est de classer par catégories les différents rendez-vous.

Pour BELLAVIA (7) il existe six types de rendez-vous de base :

B – Bagueage – Collage

DB – Débaguage – Décollage (partiel ou intégral)

A – changement d'arc

R – contrôle simple (amovible)

V – contrôle simple (fixe)

Sep – séparation

Les urgences non programmées vont nécessiter des pinces supplémentaires dépendant des soins à effectuer, en général équivalant aux catégories A ou V.

Le praticien devra dans un deuxième temps déterminer le nombre et le type de pinces à utiliser pour chaque catégorie de rendez-vous. Ci-dessous l'exemple d'un cabinet et d'un praticien. A noter qu'en fonction du nombre de pinces déterminées par catégorie de rendez-vous le praticien pourra utiliser des « racks » complets ou des demi « racks ».

Rendez-vous	Pinces requises	Présent sur le rack	En ster	Rendez-vous	Pinces requises	Présent sur le rack	En ster	
V	Weingart	Oui		DB	Pince à débaguer	Oui		
	Mathieu	Oui			Pince à déposer les brackets	Oui		
	Pince coupante	Oui			Pince à couper en distal	Oui		
A	Weingart	Oui			Mathieu	Oui		
	Mathieu	Oui			Pince bec d'oiseau	Oui		
	Pince coupante	Oui			Pince à débaguer ant.	Non	Oui	
	Pince bec d'oiseau	Oui			R	Pince bec d'oiseau	Non	Oui
	Pince à couper en distal	Oui				Pince 3 becs	Non	Oui
B (collage)	Weingart	Oui			SEP	Pince à poser les séparateurs	Non	Oui
	Pince à ligature	Oui				Instruments à main pour tous les rendez-vous		
	Mathieu	Oui		Miroir	Non	Oui		
	Pince bec d'oiseau	Oui		Sonde 17	Non	Oui		
B (bague)	Pince à couper en distal	Oui		Sonde droite	Non	Oui		
	Pince à ligature	Oui		Pousse ressort	Non	Oui		
	Mathieu	Oui		Plieur de coton	Non	Oui		
	Pince bec d'oiseau	Oui		Plateau	Non	Oui		
	Pince à couper en distal	Oui						
	Pince de How	Non	Oui					

La troisième étape sera pour le praticien de déterminer le nombre de rendez-vous de chaque catégorie qu'il réalise tout au long de la journée. De là le praticien pourra déterminer le nombre d'instruments nécessaires pour une journée. Ci-dessous l'exemple d'un cabinet recevant 50 patients par jour.

Types de rendez-vous	V	A	B	DB	R	SEP	SOS	Exam		Total
Nombre de rendez-vous/ jour	18	10	8	2	10	2	5	2		55(50prévus)
Pincés requises :										
Weingart	18	10	8							36
Pince à ligature	18	10	8							36
Mathieu	18	10	8	2						38
Pince à couper en distal		10	8	2			3			23
Pince de How			8				5			13
Pince bec d'oiseau		10	8	2	10		3			33
Pince 3 becs					10					10
Pince à débaguer				2						2
Pince à débaguer ant.				2						2
Pince à déposer les brackets				2						2
Pincés à poser les séparateurs						2				2
								TOTAL		197
Instruments à main etc.										
Miroir	18	10	8	2	10	2	5	2		60
Sonde 17	18	10	8	2	10					50
Sonde droite	18	10	8	2	10					50
Plicier de coton	18	10	8	2	10					50
Pousse ressort	18	10	8	2	10					50
Plateau	18	10	8	2	10					50
Band setter			8				5			13
Spatule à ciment			8				5			13
Ecarteur à lèvre			8				5			13
Pince à poser les brackets			8							8
Brosse à dent			8							8
								TOTAL		365

La dernière étape sera de calculer le nombre de « racks » nécessaires pour une journée d'activité avec un code couleur pour chaque type de rendez-vous.

Bien sûr ce calcul variera d'un cabinet à l'autre mais cet exemple montre la démarche à suivre pour savoir le nombre d'instruments utilisés chaque jour en incluant les urgences.

Evidemment le praticien ne devra pas acheter le nombre total de pinces pour une journée car durant la journée des cycles de stérilisations seront réalisés. BELLAVIA (7) propose que le praticien achète au moins la moitié du nombre de pinces nécessaires de manière à pouvoir faire face au « rush » d'après école.

4.2– Exemple de procédure de stérilisation

Pour BELLAVIA (7) un système de contrôle infectieux efficace est basé sur le stérilisateur « Dentronix DDS-5000 », stérilisateur à chaleur sèche, associé à un appareil nettoyant à ultra-son le « Dentronix DDS-40 » qui contient le même nombre de « racks » que le stérilisateur. A ces deux appareils on peut ajouter un deuxième appareil nettoyant à ultra-son de plus petits volumes mais contenant des becs, ce qui permettra d'enlever le ciment présent sur les instruments si nécessaire.

L'assistante, une fois un cycle de stérilisation terminé, se rend dans le local de stérilisation et effectue les manœuvres suivantes :

- Enlève les « racks » de l'appareil nettoyant à ultra-son et les laisse égoutter,
- Enlève les « racks » du stérilisateur et les place dans un endroit de stockage non-contaminé,
- Prend les « racks » égouttés et les place dans le stérilisateur et démarre ce dernier pour un cycle de 20 minutes,
- Place des « racks » d'instruments contaminés (4 « racks » pleins ou 8 demi « racks ») dans l'appareil nettoyant à ultra-son et le démarre,
- Passe au patient suivant.

Selon BELLAVIA (7) cette séquence ne prendra qu'une minute à l'assistante. Le stérilisateur contenant, comme l'appareil nettoyant à ultra-son, 4 « racks » pleins ou 8 demi « racks » par cycle, c'est à dire 5 à 6 patients en moyenne par cycle, donc pour un cabinet avec 50 patients par jour 8 à 10 cycles de stérilisation seront nécessaires plus 2 à 4 cycles pour les instruments à main.

4.3 – Exemple de procédure d'organisation d'un rendez-vous

- L'assistante conduit le patient au fauteuil, l'installe, regarde l'acte prévu,
- Elle se rend au local de stérilisation, avec ses gants et elle place le « rack » d'instruments adaptés à l'acte sur un plateau jetable ou stérilisable, et en rajoute le matériel complémentaire si besoin,
- Elle se lave les mains et toujours avec des gants, elle place le matériel stérile sur la surface de travail du praticien,
- Le praticien effectue son travail avec des gants et un masque,
- L'assistante ramène le patient, si le praticien n'a pas de mot à dire aux parents,
- Elle emporte les instruments utilisés dans la partie contaminée du local de stérilisation,
- Elle retourne au fauteuil et nettoie la surface de travail,
- Elle lance un cycle de stérilisation,
- Elle recommence avec un nouveau patient.

5 – Hygiène des autres pièces du cabinet

Au laboratoire, les appareils cassés doivent être nettoyés et désinfectés, comme les empreintes. Les surfaces de travail sont nettoyées au pulvérisateur entre chaque fournée d'appareils, de même que l'équipement rotatif. Les travaux type polissage doivent être effectués avec des lunettes, masques et blouses.

Dans la salle d'hygiène, les commandes d'eau et de savon au pied ou grâce à des cellules photoélectriques sont recommandées. Des brosses à dents jetables doivent être disponibles, ainsi que des gobelets jetables. Toutes les surfaces seront nettoyées et désinfectées plusieurs fois par jour. La désinfection des toilettes est identique.

2 – Local de stérilisation

6.1 – Emplacement

La solution idéale est de prévoir un local particulier pour la stérilisation. Certains lui allouent en priorité l'emplacement central du cabinet. Dans tous les cas, il doit être raisonnablement proche de la salle de travail. L'entrée et la sortie doivent se faire sans porte, de préférence.

Une cloison en verre teintée peut être une bonne solution : les patients voient ainsi l'existence d'une stérilisation, ce qui est très positif car ainsi s'installera une situation de confiance entre le patient et le praticien. Les patients, surtout adultes, sont très attentifs à la propreté du cabinet et des instruments utilisés.

Il sera cependant utile de prévoir quelques instruments stériles sous une forme ou une autre, dans un meuble proche du fauteuil, pour les actes non prévus initialement pour le rendez-vous.

6.2 - Matériel utilisé

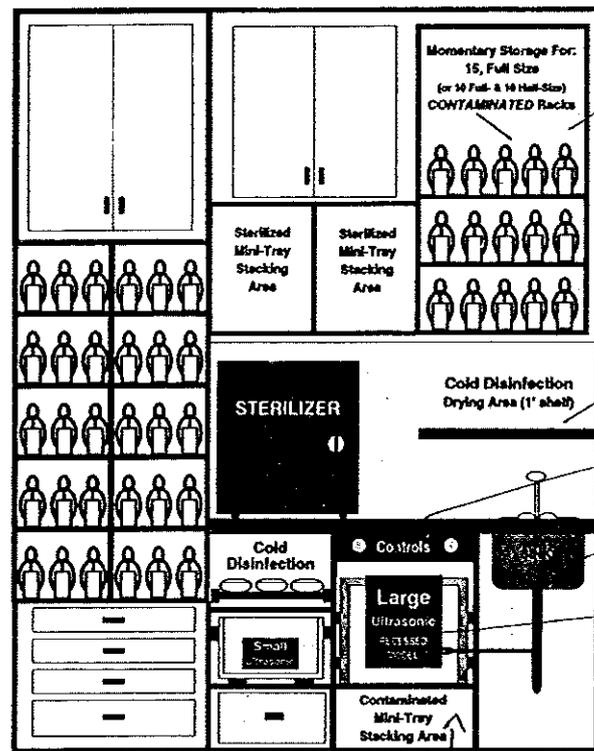
La pièce de stérilisation doit contenir au minimum : un meuble pour placer les instruments contaminés ; un bac de décontamination ; un évier double bac ; un appareil à ultra-son ; un bac de désinfection à froid ; un stérilisateur ; une aire de stockage (un meuble pour stocker les instruments stériles).

6.3 - Disposition-dimensions

La meilleure paraît être celle proposée par CASH (11), c'est à dire eu U avec une branche du U pour le matériel contaminé, l'autre pour le stérile. Du point de vue de l'ergonomie, c'est la meilleure solution. Par contre, la longueur totale des surfaces sera plus importante et les meubles seront moins compacts. Cet aménagement nécessitera un local de stérilisation très volumineux.

Pour HAMULA (30) la longueur minimum des plans de travail est de 2.50m, et dans l'idéal il serait de 3.50m. avec une profondeur d'au moins de 60cm. Le plan de travail comportera une zone salle, un évier, l'appareil à ultra-son, une zone d'emballage et le stérilisateur.

Pour BELLAVIA (7) un centre de stérilisation de 2m de largeur est suffisant pour un cabinet avec une activité de 50 patients par jour. Le schéma suivant reproduit l'idée de BELLAVIA.



6.4 - Matériaux

Pour HAMULA (30) le formica ne devrait pas être utilisé sur le plan de travail car il risque d'être endommagé par les solutions chimiques utilisées. Il propose l'utilisation d'un formica laminé qui est beaucoup plus résistant ou alors les « chem-surf » qui sont eux résistants à l'acide. Mais pour lui la meilleure solution reste le « Corian » qui ressemble au marbre et qui est utilisé dans les cuisines.

Le sol sera carrelé, ou recouvert d'un linoléum, est la meilleure solution compte tenu de l'entretien à effectuer.

Chapitre 7 :
DEVELOPPER LE POTENTIEL DU CABINET

Pour ALEXANDER il doit exister différents systèmes au sein d'un cabinet d'orthodontie. Pour lui un système est un ensemble d'idées, de principes, de règles, de procédures corrélatifs qui sont constitués au sein d'une entité collective afin d'atteindre un objectif commun.

Un système qui fonctionne est caractérisé par sa synergie. Tous les éléments du système sont plus efficaces pris dans leur ensemble qu'ils ne le seraient s'ils opéraient indépendamment. Il est prévisible que les résultats obtenus à partir d'un système intègre soient bien meilleurs que la somme des résultats individuels : $1+1=3$.

Dans ce chapitre nous essaierons d'étudier différents systèmes proposés par ALEXANDER pour développer le potentiel d'un cabinet d'orthodontie.

1 – Développer un système de gestion

1.1 – Détermination des objectifs

Le praticien doit déterminer des objectifs stratégiques et des objectifs tactiques.

Objectifs stratégiques : les objectifs stratégiques sont les résultats finaux importants qu'une organisation ou un dirigeant désire obtenir, et qui sont généralement atteints grâce à la réalisation systématique des objectifs tactiques.

Objectifs tactiques : ce sont des petites étapes successives par lesquelles il faut passer pour atteindre les objectifs stratégiques de l'organisation ou du dirigeant.

Le rôle principal du dirigeant est d'établir un environnement d'entraide de façon à ce que les individus contribuent à la réalisation des objectifs stratégiques communs avec la plus grande chance de succès et une dépense minimum d'argent, de temps, d'effort, d'inconfort et de matériel.

Le dirigeant ne doit pas être le seul à connaître les objectifs stratégiques de l'organisation. Les personnes responsables de leur réalisation doivent les connaître également ; les objectifs doivent être mesurables de façon à ce que chaque personne concernée sache quand ils sont atteints.

1.2 – Management par objectifs

Pour ALEXANDER il y a sept raisons évidentes qui expliquent pourquoi le praticien doit gérer son cabinet en se basant sur les objectifs :

- L'homme est un être réfléchi qui vit pour atteindre certains objectifs
- Dans le mécanisme de la préparation des tâches qui est à l'origine de l'efficacité d'un organisme, les employés peuvent s'enfermer dans une activité et perdre de vue le pourquoi de cette activité, qui devient alors une finalité en elle-même.

Les dirigeants doivent s'évertuer à leur rappeler quels sont leurs objectifs en posant encore et encore les questions suivantes :

- Pourquoi travaillons-nous ?
- Quels sont les objectifs de cette organisation ?
- Quels biens et services essayons-nous de produire ?
- Qui est notre client ?
- Pourquoi ce travail et ces dépenses sont-ils nécessaires ?
- Quelles seront les conséquences si nous réussissons ou si nous échouons ?
- Si un dirigeant ne précise pas à ses employés quelles sont leurs responsabilités et leurs objectifs, alors ils passeront jusqu'à 30% de leur temps à effectuer une activité que le patron considère inutile à l'organisation.

L'employé travaille dur au lieu de travailler utile.

- Les personnes qui s'enferment dans une activité ont du mal à s'épanouir en tant qu'êtres humains. Leur efficacité au travail diminue en proportion de l'importance du flou qui entoure leurs objectifs.

Un travail difficile qui n'amène qu'à des échecs conduit à l'indifférence, l'inertie, la perte du respect de soi. Le respect de soi est la conséquence de la détermination de bons objectifs, nobles et passionnants.

- Les organismes les mieux gérés et les plus productifs sont caractérisés par un accord et une compréhension de ce que l'on attend de chacun.
- La performance s'accroît lorsque les employés connaissent leurs objectifs et ce que l'on attend d'eux.
- La définition des objectifs est vitale au processus de management. Le management par objectifs n'est pas un travail supplémentaire pour le dirigeant : c'est une manière de faire le travail.

2 – Développer un système de communication

2.1 – Le responsable de la communication

Pour ALEXANDER le praticien doit choisir au sein de son cabinet un responsable de la communication qui sera aussi responsable de la coordination du traitement. Ce devra être :

- Quelqu'un qui a de la personnalité,
- Quelqu'un qui a le sens des relations,
- Quelqu'un qui inspire confiance,
- Quelqu'un qui donne de son temps,
- Quelqu'un qui sait vendre,
- Enfin une femme.

Cette personne devra savoir mettre en valeur les qualités du praticien et du cabinet en :

- Sachant créer une atmosphère chaleureuse et amicale au cabinet.
- Montrant une réelle confiance dans le praticien et son cabinet.
- Rappelant que, pour des cas identiques à celui dont il est question, les résultats furent parfaits.
- Utilisant le même langage que le patient et sa famille.
- S'assurant que tous les aspects soient bien compris lors de la consultation d'examen.
- Assurant le suivi de chaque examen et de chaque consultation.
- Assurant un suivi efficace des patients en observation.
- Créant des liens relationnels avec les membres du personnel d'autres cabinets dentaires.

Cette personne en temps que coordinatrice du traitement devra aussi faire en sorte :

- De développer de façon importante la communication et la compréhension mutuelle dans le cabinet.
- De surveiller le niveau du marketing et le chiffre d'affaire du cabinet.
- De travailler sur les dossiers d'examen des nouveaux patients pour les inciter à commencer le traitement.
- De faire en sorte que les informations relatives à la consultation et les procédures internes du cabinet soient présentées clairement.
- D'assurer un suivi régulier des patients dont on attend la décision.
- De surveiller et de faire en sorte que les systèmes de rappel des patients et de suivi des correspondants soient efficaces.
- D'organiser des consultations post-traitement.
- De s'occuper du client tout au long du traitement, en particulier en prenant compte de ses problèmes.

- De travailler avec tout le personnel de façon à faire qu'au cabinet, le service à la clientèle soit exceptionnel.
- De maintenir les meilleurs rapports avec les correspondants vitaux du cabinet.

2.2 – Moyen de communication

2.2.1 – La visite d'examen

Plusieurs étapes sont à respecter, toujours selon ALEXANDER pour bien réussir une visite d'examen :

- Bien cadrer l'examen,
- Rassembler les informations primordiales,
- Mettre en valeur le praticien et le cabinet,
- Un praticien chaleureux et qui en impose,
- Le praticien fait ses recommandations d'un ton assuré,
- La coordinatrice du traitement obtient l'accord du patient pour entreprendre le traitement.

2.2.2 – La consultation

Le rendez-vous de consultation est vital pour établir une base de compréhension mutuelle solide et assurer le succès du traitement : « Ceux qui comprennent leurs responsabilités à l'avance font généralement ce que l'on attend d'eux ».

La mission essentielle de la coordinatrice du traitement est d'expliquer les formulaires. La consultation devra se dérouler de la façon suivante :

- La coordinatrice du traitement reçoit et fait asseoir le patient et ses parents et leur parle d'abord un peu. Ensuite, elle leur présente les radios et les moulages en leur demandant s'ils sont ressemblants.
- Ensuite, elle explique le déroulement de cette visite.
- La coordinatrice du traitement ou le praticien expose le diagnostic et le plan de traitement : l'exposé du diagnostic et du plan de traitement se doit d'être bref, simple et explicite. Le praticien peut se servir d'un jeu de moulages impeccables pour expliquer comment les dents doivent se placer, puis montrer le moulage du

patient avec les imperfections. Il peut aussi montrer quelques appareils typiques, montés sur de superbes modèles et expliquer clairement les avantages.

- Discuter de la contention et de la nécessité de consulter régulièrement son dentiste traitant.
- Discuter des recommandations concernant la coopération du patient figurant au dos de la fiche de consultation.
- Présenter le devis, qui doit être clair et précis, et les arrangements financiers.
- Expliquer les risques et les limitations inhérents à l'orthodontie.
- Demander au patient et/ou à ses parents s'ils ont des questions à poser.

2.2.3 – La visite d'orientation

La coordinatrice de traitement fera faire au patient une visite du cabinet de façon à établir un lien positif avec le patient. Elle devra :

- Présenter le patient au personnel du cabinet.
- Expliquer le déroulement de cette visite.
- Montrer les appareils fixes et expliquer ce qui sera fait à la visite suivante.
- Expliquer comment se servir et comment prendre soin des appareils, en insistant sur ce qui doit être fait et ce qui ne n'est pas recommandé pour une bonne coopération.
- Expliquer le concours de motivation, s'il en existe un au cabinet.
- Demander au patient de signer le contrat de coopération.
- Montrer une vidéo de motivation.

2.2.4 – La consultation de fin de traitement

Après la consultation au cours de laquelle on pose l'appareil de contention, la coordinatrice de traitement ou une assistante :

- Montre aux parents et au patient le moulage de départ afin de pouvoir comparer.
- Insiste à nouveau sur l'importance d'une contention longue, voire à vie.
- Demande que les parents et le patient recommandent le cabinet.
- Demande au praticien de venir remercier le patient et ses parents pour leur coopération et le fait qu'ils recommandent le cabinet.

3 – Développer un système d'emploi du temps

3.1- Développer un emploi du temps dynamique.

Pour cela, il faut connaître :

- Les différentes catégories de rendez-vous.
- Le nombre de rendez-vous de chaque catégorie pour traiter un patient.
- La durée de chaque rendez-vous.
- La durée de travail du praticien.
- Pendant combien de temps a-t-il besoin de l'assistante ?
- Quel est le délai d'attente pour chaque rendez-vous ?
- Nombre total annuel de patients commencés en traitement multibagues.
- Nombre total annuel de patients en phase interception.
- Nombre total annuel de nouveaux patients en observation.
- Nombre total annuel de patients mis en contention.
- Combien de patients traite-t-on actuellement chaque jour ?
- Combien de patients voit-on en réalité chaque jour ?
- Quel est le pourcentage journalier d'annulations, de rendez-vous manqués, d'urgences ?

3.2 - Principes d'un bon système d'emploi du temps.

- S'assurer que le praticien n'est pas prévu à deux endroits à la fois.
- Chaque jour est un échantillon représentatif de l'année entière ; il faut diviser le nombre de rendez-vous effectués par catégories dans l'année par le nombre de jours où le cabinet est ouvert pendant la même période.
- Répartir correctement les rendez-vous sur toute l'année.
- Codifier les feuilles de rendez-vous, une fois les codes établis.
- S'assurer que patient et parents comprennent et acceptent leurs responsabilités.
- Définir une procédure pour les urgences.

3.3 - Règles directrices pour l'emploi du temps.

- Objectif 1 : Il est préférable que les patients attendent chez eux plutôt que dans la salle d'attente ou au fauteuil. Il faut s'astreindre à respecter au mieux l'emploi du temps.
- Objectif 2 : Si un patient attend le praticien sur un fauteuil, l'assistante devra venir le voir de temps en temps pour le faire patienter.
- Objectif 3 : Le temps que l'orthodontiste doit passer auprès de son patient doit figurer sur l'emploi du temps de référence. Toute déviation importante et répétée qui n'est pas corrigée sur l'emploi du temps annihile son efficacité.
- Objectif 4 : La ou les assistantes doivent s'efforcer d'être à la disposition du praticien en temps voulu et faire en sorte que le rendez-vous ne dépasse pas le temps alloué. Un trou dans l'emploi du temps ne devrait pas permettre de rallonger le temps consacré au patient précédent : cela gêne la bonne circulation des patients et crée une mauvaise habitude de travail.
- Objectif 5 : Il faut faire le maximum pour que les patients coopérants soient vus rapidement et efficacement, surtout ceux dont l'emploi du temps ne permet pas de long rendez-vous.
- Objectif 6 : Le succès du système d'emploi du temps repose sur le souci du praticien de respecter l'horaire.

3.4 - Applications.

Les patients désirent des rendez-vous dans les mêmes créneaux (mercredi, samedi, après-midi après 17 heures). Il faut donc impérativement un nombre limité, mais réel, de rendez-vous en heures scolaires (en particulier pour les longs rendez-vous), permettant de dégager les créneaux les plus demandés pour les rendez-vous courts.

Une des meilleures façons de bien gérer son emploi du temps est certainement de le diviser en unités (de 10 minutes par exemple), et de prévoir le nombre d'unités nécessaires pour le rendez-vous suivant.

4 – Développer un système de coopération du patient

La coopération systématique du patient est vitale à la bonne marche du cabinet. Une mauvaise coopération – rendez-vous manqués, appareils cassés – ne mènent qu'à la frustration du praticien et de son personnel. Une mauvaise hygiène buccale, des soins différés, ont des

conséquences fâcheuses sur la qualité des résultats. Une coopération systématique du patient ne s'obtient qu'à partir d'instructions précises catégoriques et de leur mise en application.

4.1 – La consultation

Les personnes qui comprennent leurs responsabilités d'avance, les réalisent généralement. La responsable en communication devra fournir au patient et aux parents :

- Une explication du règlement du cabinet,
- Une explication de la convention de coopération,
- Faire signer un contrat aux parents comprenant les points suivants :
 - Les frais d'un demi-mois de traitement supplémentaire seront exigés lorsque les soins auront été retardés de plus de six mois par rapport au délai prévu.
 - Un supplément de 20 euros sera exigé chaque fois qu'un bracket ou une bague sera cassée ou décollée après que deux unités aient été fournies.
 - Les frais causés par le remplacement de tout appareil de contention ou de correction, cassé ou perdu, seront facturés.
- Une explication du système de compte-rendu et du système de motivation.

4.2 – A chaque visite du patient

- Une fiche de bilan de rendez-vous permet de diriger le patient, faire le bilan de ses progrès et de sa coopération à chaque visite, et sert de carte de rendez-vous pour la fois suivante.
- Le patient est noté dans tous les domaines de coopération sur la fiche soins et la fiche de bilan.
- Il faut redonner des directives au patient s'il manque de coopérer dans tel ou tel domaine.
- Les parents doivent être contactés personnellement par l'assistante elle-même ou par lettre s'il est constaté deux fois de suite que les instructions ne sont pas suivies.
- Trois rendez-vous manqués dans quelque domaine que ce soit doivent être soldés par une réunion entre l'orthodontiste, le patient et ses parents.
- Le patient se voit récompensé par une fausse pièce de 50 cents chaque fois qu'il se montre coopératif. Dix pièces valent un cadeau.

4.3 – Mauvaise coopération

- A la première infraction, redonner simplement des directives.
- Un rendez-vous manqué doit être reporté pendant les heures scolaires. Les parents sont informés que les soins peuvent être retardés si les rendez-vous ne sont pas respectés.
- Un patient dont l'appareil est cassé et qui n'a pas pris de rendez-vous à l'avance doit être vu sans que le déroulement prévu des consultations ne soit perturbé, ou doit se voir assigner un autre rendez-vous.
- Des encouragements doivent être formulés le plus souvent possible.
- Appliquer les règles du cabinet de façon cohérente.
- Tous les six mois, faire la liste des patients très peu coopératifs et la communiquer au responsable de la communication pour qu'il contacte éventuellement les parents et le dentiste généraliste du patient.

5 – Développer un système de gestion du personnel

Bâtir une équipe gagnante est une des clés primordiales du succès. Même si les systèmes instaurés sont excellents, ils ne pourront bien fonctionner que s'il y a des gens compétents et de bonne volonté pour les appliquer. On ne peut arriver à un traitement de qualité sans ceux qui sont engagés à faire de leur mieux. Le marketing interne du cabinet est impossible sans que les membres du personnel aient acquis le sens du service à la clientèle.

5.1 – Les quatre clés pour bâtir une équipe victorieuse

5.1.1 – Organiser une structure qui permette de réussir

Les équipes gagnantes sont bien organisées. Chacun des membres connaît son rôle et les relations fonctionnelles et de direction qu'il doit avoir par rapport aux autres membres de l'équipe. Tous les membres du personnel doivent, idéalement, posséder des capacités pour diriger, mais, au fur et à mesure que le groupe se développe, le praticien doit fixer de plus en plus clairement les lignes hiérarchiques.

Un cabinet d'orthodontie fonctionne dans quatre domaines principaux : La clinique, la communication, le financier et le laboratoire. Une personne précise (coordinateur ou coordinatrice) devrait prendre en charge chacun de ces domaines. Il ne faut pas que deux personnes partagent les mêmes responsabilités. Beaucoup de gens peuvent aider à une tâche, mais une seule personne doit accepter la responsabilité globale et doit finalement rendre des comptes.

5.1.2 - Diriger une équipe pour réussir

Une bonne direction d'équipe est indispensable pour atteindre d'excellents résultats et donner une bonne cohésion au groupe.

La qualité d'un chef se voit à sa capacité à convaincre d'autres à faire volontairement de leur mieux pour arriver à atteindre les objectifs du groupe.

Un bon chef :

- Fait en sorte d'assortir les personnalités et les fonctions de chacun aux tâches à accomplir.
- Montre l'exemple.
- Ecoute son équipe et répond de façon agréable dans un délai raisonnable.
- Suscite des changements qui améliorent les choses.
- Comprend et essaie de satisfaire les besoins individuels de chacun dans le groupe et du groupe dans son ensemble.

5.1.3 - Motiver son équipe pour réussir

Les félicitations sont vitales pour la motivation. Les éloges doivent être honnêtes et se rapporter à une chose précise :

- Féliciter en rapport avec les résultats.
- La réaction positive doit être immédiate.
- C'est celui qui a fait le travail qui doit bénéficier des encouragements.
- Concentrer son action sur les points positifs et éviter les punitions et les remarques insidieuses.

Les récompenses sont d'excellents moyens de motivation, car elles marquent des résultats désirés bien précis. Le praticien doit :

- Ne pas attendre pour récompenser.

- Récompenser pour marquer une amélioration ; n'attendez pas la perfection.
- Récompenser chaque amélioration jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. Ensuite, ne pas oublier de continuer à récompenser chaque effort de façon à maintenir le niveau de réussite atteint.

Mener une équipe par l'exemplarité est idéal pour motiver les autres. La cause de la plupart des problèmes moraux d'un cabinet est liée à la démotivation.

5.1.4 - La communication interne, génératrice de réussite

L'hypothèse selon laquelle un individu sait comment communiquer et résoudre les conflits n'est plus vraie dans notre société. Avec l'émiettement significatif de la famille et un taux de divorce atteignant 50%, beaucoup de nos contemporains entrent dans le monde du travail sans aucune formation dans ce paramètre vital qu'est la communication interne. ALEXANDER (49) propose cinq clés pour gérer les conflits et améliorer la motivation :

- Prendre les choses en main tant que le conflit est minime.
- S'attaquer au problème et pas à la personne.
- Toujours laisser à l'autre partie l'occasion de sauver la face.
- Toujours garder à l'esprit qu'il y a une probabilité de 50% pour que les vues de la partie adverse soient justes.
- Toutes solutions doivent être acceptables.

5.2- Le licenciement

Licencier est une tâche difficile, quelle que soit la personne concernée. Le meilleur conseil que donnent les experts est de le faire avec décence, humanité, et sympathie. Le praticien doit être :

- Professionnel, bref et se baser sur les faits.
- Offrir son soutien mais sans transiger.
- Eviter de se rétracter ou d'argumenter.
- Ne pas traumatiser l'employé par des insultes ou des menaces.
- Ne pas rejeter la responsabilité sur quelqu'un d'autre.
- Eviter les lieux communs qui pourraient apparaître hostiles.

- Donner aux employés une liste des conséquences positives du licenciement pour l'entreprise.
- Conclure sur une note positive, en remerciant la personne d'avoir servi la société.

Chapitre 8 :
LA DEMARCHE QUALITE MISE EN
ŒUVRE DANS UN CABINET
D'ORTHODONTIE

1 – La certification ISO 9001 : 2000

La certification ISO 9001 : 2000 (International Standard Organisation) est une procédure d'évaluation externe, conduite par des experts indépendants, visant à analyser le fonctionnement et les pratiques du système de qualité d'un établissement dispensant des soins (service hospitalier, clinique privée, cabinet médical ou dentaire, etc...) qui a pris en charge la conception, la mise en œuvre et le contrôle de sa démarche qualité.

Toute cette procédure certificative est à la base de l'installation d'une dynamique de progrès continu au sein d'un cabinet qui recherche l'excellence. Elle garantit en outre une participation active de tous les membres de l'équipe soignante, administrative, ou technique, engagée dans la conquête de cet objectif.

C'est une dynamique novatrice très forte apportant un changement des mentalités et des pratiques de communication, ainsi qu'une plus grande sécurité et une meilleure qualité des soins.

Prodiguer de façon permanente des soins de qualité implique une planification et une systématisation des actes. Ceux-ci sont préalablement définis, analysés puis répertoriés dans des instructions de travail claires. Prises consensuelles mentent avec toute l'équipe, elles sont aussi parfaitement respectées et auto-contrôlées. Bien entendu, ceci implique une transparence dans les méthodes de traitement dont les étapes et les procédures sont précisément décrites dans un processus élaboré en commun.

Tout débute par le manuel qualité : en effet, si le praticien veut commencer les travaux de préparation à la certification, il devra d'abord écrire un manuel de référence. Ce manuel de qualité sera diffusé en interne et en externe.

Ensuite seulement le praticien devra commencer à décrire chaque acte par une instruction de travail. Par exemple dans le cabinet du Dr BECKER (6) il y en a environ 210 au total dont 116 en clinique. Par la suite, le praticien devra assembler ces instructions en une pensée en réseau, ce sont les procédures. Une procédure est donc un enchaînement de plusieurs instructions ou fonctions.

Toujours selon BECKER (6) la démarche qualité se justifie par le fait que notre activité, s'effectue dans un cadre de haute technologie. C'est pour cela qu'un système de qualité est un outil utile dans un cabinet d'orthodontie ou le faible nombre d'intervenants nécessite une polyvalence de chacun. L'information relative au fonctionnement interne du cabinet

d'orthodontie doit donc être claire, fiable, accessible, afin que, à tous les niveaux, les bonnes décisions soient prises et appliquées.

En conclusion dans le cas d'un cabinet d'orthodontie, pour l'acquisition de la certification ISO 9001 : 2000, le cabinet doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit (service) conforme aux exigences du client (patient) et aux exigences réglementaires applicables.

2 – Le référentiel AFAQ Service Confiance

Il s'agit d'une certification de service, dont les exigences permettent la mise en œuvre d'un système qualité, sans pousser la barre aussi loin que le référentiel ISO 9001 : 2000.

L'approche par le référentiel AFAQ Service Confiance permet de doter la communauté des chirurgiens-dentistes d'un référentiel applicable à toutes les formes d'exercice.

Il s'inscrit dans le cadre d'une démarche volontaire de la part d'un cabinet dentaire dont les objectifs centrés autour du patient se traduisent par :

- La satisfaction du patient et sa sécurité.
- La pérennité des soins et la fidélisation du patient.

Par ailleurs, le référentiel se veut être un guide des moyens mis en œuvre dans le cabinet dentaire dans le but de fournir des services conformes aux besoins exprimés et implicites et aux attentes des patients. Il définit les dispositions à prendre dans le cabinet dentaire, relatives à l'organisation, la formalisation, les actions pré-établies pour que le patient soit confiant et assuré de recevoir des soins conformes à la proposition ou à la description contractuelle (le devis ou le contrat de soins).

Les engagements de service sont :

- Assurer l'accueil du patient par un personnel formé et dans une relation à dimension humaine.
- Garantir le respect des horaires de rendez-vous.
- Etablir et tenir à jour un dossier médical complet dans le respect des principes de confidentialité.
- Aider le patient à se fixer des objectifs de santé dentaire.
- Après un examen global, conseiller et expliquer les traitements à envisager.
- Elaborer un plan de traitement adapté à l'état de santé conformément aux objectifs.
- Prendre en charge la douleur de manière systématique.

- Informer du déroulement des soins réalisés et assister le patient durant son traitement.
- Recommander les techniques de maintenance.
- Lutter contre les infections nosocomiales.
- Utiliser un plateau technique maintenu dans un état de performance et de conformité compatibles avec l'activité.
- Garantir et tracer l'origine des dispositifs médicaux.
- Mettre à la disposition du patient un personnel compétent et régulièrement formé par une mise à jour continue de ses connaissances.
- Réaliser une évaluation régulière de la satisfaction des patients.
- Tenir compte des suggestions et réclamations et y répondre systématiquement.

Conclusion

CONCLUSION :

Nous avons mis en évidence tout au long de ce travail les modalités de la création et de l'installation d'un cabinet d'orthodontie en pratique libérale :

- le cadre légal au sein duquel s'exerce notre profession,
- le lien étroit entre le type d'activité que nous désirons mener et l'agencement du cabinet,
- l'importance de l'organisation de l'asepsie,
- le triple rôle du chirurgien-dentiste : soignant, « communicant » et gestionnaire.

Il nous appartient alors d'individualiser notre pratique en tenant compte de toutes ces règles et orientations, mais en privilégiant toujours la relation patient-praticien dans le respect du code de déontologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABEJSON MN.

Practice and communication systems : a word processor based communications systems.
Am J Orthod Dentofac Orthop 1992;**102**:561-568.

2. ASSOCIATION REPORTS.

Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory.
J Am Dent Assoc 1988;**116**:241-248.

3. BARCELONNE H et BERY A.

A propos des couleurs au cabinet d'O.D.F.
Rev Orthop Dentofac 1988;**22**:560-562.

4. BASSIGNY F.

La chaîne d'asepsie au cabinet d'orthodontie.
Rev Orthop Dentofac 1988;**22**:337-373.

5. BAKER EW.

Organizing an infection control program.
J Clin Orthod 1988;**22**:428-429.

6. BECKER G.

Prouver la qualité d'un cabinet d'orthodontie par la certification ISO 9001 :2000. Une démarche bénéfique pour un cabinet d'orthodontie.
J Edgewise 2002;**46**:61-91.

7. BELLAVIA DC.

Efficient and effective infection control.
J Clin Orthod 1992;**26**:46-54.

8. CAMPBELL PM et PHENIX N.

Sterilization in the orthodontic office.
J Clin Orthod 1986;**19**:684-686.

9. CASH RG.

Sterilization and disinfection procedures: survey of Georgia orthodontists.
J Clin Orthod 1988;**22**:22-28.

10. CASH RG.

Sterilization and disinfection consideration in office design.
J Clin Orthod 1988;**22**:170-175.

11. CASH RG.

Trends in sterilization and disinfection procedures in the orthodontic offices.
Am J Orthod Dentofac Orthop 1990;**98**:292-299.

12. CONOVER MA, WISHAN MS et WISHAN MS.

Computer-assisted orthodontic treatment planning.
J Calif Dent Assoc 1994;**22**:27-31.

13. CRUSSON JP et DELAMAIRE M.

Fluides et orthodontie.

Rev Orthop Dentofac 1988;22:427-434.

14. FAURE B.

Information en orthopédie dento-faciale. Pourquoi ? Comment ? Essai.

Rev Orthop Dentofac 1982;16:155-162.

15. FERDINAKIS K, LASKOU M et SPYROU L.

Lingual arch appliance fabrication in the dental office.

J Clin Pediatr Dent 1998;22:277-280.

16. FREYDBERG BK, SELTZER SM et WALKER B.

Choosing the right computer system.

Compend Contin Educ Dent 1999;20:738-740.

17. GANDET J.

Installation au cabinet.

Rev Orthop Dentofac 1982;16:155-162.

18. GARATTINI G, BERSANI E et MURUZZI E.

Infection control in orthodontics: infective agents and modality of transmission.

Mondo Orthodontico 1989;14:615-620.

19. GOTTLIEB EL, NELSON AH et VOGELS DS.

Orthodontic practice study.

J Clin Orthod 1985;19:799-806.

20. HAMULA W.

Orthodontic office design. Business office.

J Clin Orthod 1980;14:171-175.

21. HAMULA W.

Orthodontic office design. Practical acoustical planning and sound control.

J Clin Orthod 1981;15:485-496.

22. HAMULA W.

Orthodontic office design. Creating a feeling of space.

J Clin Orthod 1984;18:117-122.

23. HAMULA W.

Orthodontic office design. Reception desk: structure and measurements.

J Clin Orthod 1985;19:874-879.

24. HAMULA W.

orthodontic office design. Ceilings: higher visual impact.

J Clin Orthod 1986;20:341-344.

25. HAMULA W.

Orthodontic office design. Sound transmission and wall construction.
J Clin Orthod 1988;22:332-338.

26. HAMULA W.

Orthodontic office design. Children's area: an emerging trend.
J Clin Orthod 1988;22:560-562.

27. HAMULA W.

Orthodontic office design. Hallways.
J Clin Orthod 1989a;23:22-26.

28. HAMULA W.

Orthodontic office design. Operatory central islands.
J Clin Orthod 1989b;23:415-419.

29. HAMULA W.

Orthodontic office design. Stand up consultation areas.
J Clin Orthod 1989c;23:686-688.

30. HAMULA W.

Orthodontic office design. Planning a sterilization area.
J Clin Orthod 1991a;25:375-381.

31. HAMULA W.

Orthodontic office design. Sick building syndrome.
J Clin Orthod 1991b;25:725-734.

32. HAMULA W.

Orthodontic office design. Designing adult areas.
J Clin Orthod 1992a;26:355-360.

33. HAMULA W.

Orthodontic office design. Staff amenities.
J Clin Orthod 1992b;26:651-657.

34. HAMULA W.

Orthodontic office design. Application of glass block.
J Clin Orthod 1993;27:249-253.

35. HAMULA W et HAMULA DW.

Orthodontic office design. Operatory lighting.
J Clin Orthod 1990;24:567-575.

36. HAMULA W et HAMULA DW.

Orthodontic office design. The paperless practice.
J Clin Orthod 1998a;32:35-43.

- 37. HAMULA W et HAMULA DW.**
Orthodontic office design. Landscaping.
J Clin Orthod 1998b;32:161-169.
- 38. HAMULA W, HAMULA DW et DXYER F.**
Orthodontic office design. Site planning.
J Clin Orthod 1997;31:47-53.
- 39. HAMULA W et DWYER F.**
Orthodontic office design. Working with an architect.
J Clin Orthod 1991;24:95-104.
- 40. HAMULAW et GAY CC.**
Orthodontic office design. Working with an interior decorator.
J Clin Orthod 1991;25:35-40.
- 41. JOHNSTONM MW, MOORE WC et RODU B.**
Comparison of convection heat sterilization units for the orthodontic office.
Am J Othod Dentofac Orthop 1991;99:57-63.
- 42. KIRCHOFF ST, BARATOF Y et KIRCHOFFV.**
Sterilization in orthodontics.
J Clin Orthod 1987;21:326-336.
- 43. LANGLADE M.**
Les structures de la motivation.
Rev Orthop Dentofac 1982;16:243-251.
- 44. LEJOLY B.**
L'organisation d'un cabinet d'orthopedie dento-faciale. Etude des différentes taches, de leurs durée et de leur coût.
Mémoire : C.E.C.S.M.O. , Toulouse III, 1995.
- 45. LEMAIGRE-VOREAUX P et LEMAIGRE-VOREAUX J.**
Les éclairages au service de la médecine.
Rev Fr Electricité 1972;238:74-78.
- 46. MASTAJ LA, TARTAKOW DJ, BORISLOW AJ et FOGEL MS.**
Infection control in the dental practice with emphasis on the orthodontic practice.
Compend Contin Educ Dent 1994;15:74-80.
- 47. MC CARTHY GM, MAMANDRAS AH et MAC DONALD JK.**
Infection control in the orthodontic office in Canada.
Am J Orthod Dentofac Orthop 1997;112:275-281.
- 48. MEREDITH G.**
Facial photography for the orthodontic office.
Am J Orthod Dentofac Orthop 1997;111:463-470.

- 49. MOAWAD K, LONGSTAFF C et POLLACK R.**
Barrier controls in the orthodontic office.
J Clin Orthod 1988;**22**:89-91.
- 50. NEGRE JL.**
Orthodontie-Ordinateur-Organisation.
Rev Orthop Dentofac 1985;**19**:569-580.
- 51. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**
Guide d'accueil, octobre 2002.
Paris : Ordre National des Chirurgien-Dentiste, 2002.
- 52. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**
Le code de déontologie dentaire.
Paris : Ordre National des Chirurgien-Dentiste, 2002.
- 53. OWEN AH.**
Current orthodontic asepsis.
J Clin Orthod 1991;**24**:417-426.
- 54. PHILLIPS G et KAUFFMANN J.**
The connection between management philosophy and office design.
Dent Today 1990;**9**:50-51.
- 55. SCHOEFFER N.**
Le lumino-dynamisme.
Rev Fr Electricité 1972;**238**:60-65.
- 56. SCHOLZ RP.**
Computerized scheduling : pros and cons.
J Clin Orthod 1991;**24**:32-35.
- 57. SEDENNES V.**
Le planning.
Rev Orthop Dentofac 1982;**24**:173-178.
- 58. SIMON ES.**
Escape from the open bay.
J Clin Orthod 1990;**24**:432-434.
- 59. STARR S.**
Designing your reception room.
Dent Econ 1996;**86**:52-56.
- 60. VOLPATO B et DALSOGLIO AP.**
An orthodontic operative area plan.
Mondo Orthodontico 1989;**14**:477-481.

- 61. YOUNG JM, SATROM KD et BERRONG JM.**
Intraoral dental lights: test and evaluation.
J Prosthet Dent 1987;**57**:99-107.

D'HOTMAN DE VILLIERS (Raymond, Jean-Loup).- Installation, conception et aménagement d'un cabinet d'orthopédie dento-faciale.-92 f., ill., 30 cm.- (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2003)

N° 43 16 03

RESUME

L'installation d'un orthodontiste en pratique libérale comporte de nombreux écueils. Ce travail expose dans un premier temps les obligations légales et les démarches ordinaires à réaliser avant l'installation.

Dans un deuxième temps, nous insisterons sur l'élaboration d'un plan de cabinet adapté à notre pratique, ainsi que sur l'aménagement, la gestion informatique et celle de l'asepsie de notre cabinet.

Enfin nous parlerons de l'évolution du « management » dans notre activité ainsi que de la mise en place d'une démarche de qualité. Nous évoquerons aussi le double-rôle du chirurgien-dentiste actuel : celui de soignant et celui de gestionnaire.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
CABINET DENTAIRE
DEONTOLOGIE**

**MOTS CLES : AMENAGEMENT
CONCEPTION
CABINET O.D.F
DEMARCHE QUALITE**

**DEVELOPPEMENT DU POTENTIEL
NORME ISO 9001 : 2000**

**MeSH : PLANNING
CONCEPTION
O.D.F OFFICE
QUALITY APPROACH**

**POTENTIAL DEVELOPMENT
ISO STANDARD 9001: 2000**

JURY

Président : M. le Professeur A. DANIEL

Assesseurs : M. le Professeur W. BOHNE

Co-Directeur : M. le Docteur S. RENAUDIN

Co-Directeur : M. le Docteur M.H. NIVET

ADRESSE DE L'AUTEUR

Jean-Loup d'HOTMAN de VILLIERS – 1 Place de la monnaie – 44000 Nantes