

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2020

N° 3631

Intérêt du groupement des actes en omnipratique

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

BAUDET JérémY

Né le 25/02/1992

Le 30 avril 2020 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : M. le Docteur Benoit BODIC

Assesseur : M. le Docteur Charles GUIAS

Directeur de thèse : M. Le Docteur Alexis GAUDIN

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr LABOUX Olivier	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard	
<u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte M. AMOURIQ Yves M. BADRAN Zahi M. GIUMELLI Bernard M. LE GUEHENNEC Laurent	M. LESCLOUS Philippe Mme PEREZ Fabienne M. SOUEIDAN Assem M. WEISS Pierre
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. BOHNE Wolf	M. JEAN Alain
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles M. ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. GAUDIN Alexis M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. KIMAKHE Saïd M. LE BARS Pierre Mme LOPES-CAZAUX Serena M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane Mme ROY Elisabeth M. STRUILLLOU Xavier M. VERNER Christian	M. ALLIOT Charles M. AUBEUX Davy Mme ARRONDEAU Mathilde Mme BARON Charlotte Mme BEAURAIN-ASQUIER Mathilde M. BOUCHET Xavier M. FREUCHET Erwan M. GUIAS Charles Mme HASCOET Emilie M. HIBON Charles M. HUGUET Grégoire M. KERIBIN Pierre M. OUVRARD Pierre M. RETHORE Gildas M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel M. SERISIER Samuel
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier) Mme BRAY Estelle (Praticien Hospitalier Attaché) Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché) Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché) Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

Mise à jour le 12/12/2019

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni importance.**

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le professeur AMOURIQ Yves

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Prothèses

Chef de Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,
Pour votre rigueur ainsi que la qualité de votre enseignement théorique et clinique,
Veuillez recevoir l'expression de mon plus grand respect et le témoignage de mes sincères remerciements.

A Monsieur le docteur GAUDIN Alexis

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse

Département Odontologie Conservatrice - Endodontie

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,
Pour la richesse de votre enseignement clinique et théorique,
Votre sens de la pédagogie et du partage,
Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le docteur BODIC François

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes
Département de Prothèses

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,
Pour la richesse de votre enseignement clinique et théorique,
Votre sens de la pédagogie et du partage,
Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le docteur GUIAS Charles

Ancien interne en Odontologie

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires

Département de Parodontologie

- NANTES –

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury,
Pour la richesse de votre enseignement clinique et théorique,
Votre sens de la pédagogie et du partage,
Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
1 Définition du groupement des actes	11
1.1 Le plan de traitement	11
1.2 Groupement d'actes et introduction des séances longues	11
1.2.1 Le groupement d'actes	11
1.2.2 Les séances longues.....	12
1.3 Illustration de ce type d'organisation à l'aide d'un cas clinique : M. X - 27ans	12
1.3.1 Anamnèse	12
1.3.1.1 Motif de consultation	12
1.3.1.2 Antécédents médicaux.....	12
1.3.1.3 Habitudes	12
1.3.2 Examen exo-buccal.....	13
1.3.3 Examen Endo-buccal.....	13
1.3.4 Examens complémentaires.....	14
1.3.5 Plan de traitement.....	15
1.3.6 Proposition des différentes réalisations possibles du plan de traitement	15
1.3.6.1 Méthode « classique » - Sans regroupement des actes.....	15
1.3.6.2 En regroupant les actes.....	16
1.3.6.3 Représentation sous la forme de frises chronologiques des deux méthodes	17
1.4 Bilan	17
2 Mise en place	18
2.1 Gestion de l'agenda	18
2.2 Normaliser les actes	18
2.2.1 Chronométrer ses actes.....	19
2.2.2 Elaborer des protocoles.....	19
2.2.2.1 Généralités.....	19
2.2.2.2 Protocoles pré-opératoires.....	20
2.2.2.3 Protocoles per-opératoires.....	21
2.2.2.4 Protocoles post-opératoires	22
2.2.2.5 Déroulement de la séance	23
2.3 Introduction des bacs et cassettes	24
2.3.1 Les cassettes.....	24
2.3.2 Les bacs.....	25
2.4 Le travail à quatre mains	26
2.4.1 Généralités	26
2.4.2 Mise en place.....	26
3 Intérêt du groupement des actes	28
3.1 Temps de travail effectif	28
3.1.1 Les quatre modules	28
3.1.2 Optimisation du temps de travail	28
3.2 Chiffre d'affaire	30
3.3 Gestion du matériel	33
3.4 Les intérêts pour le praticien	33
3.4.1 Réduction du stress	33
3.4.1.1 Anticiper les actes	34
3.4.1.2 La gestion du temps	34
3.4.1.2.1 L'agenda	34
3.4.1.2.2 Éviter les rendez-vous de courte durée	34

3.5	Les intérêts pour le patient	34
3.6	Les intérêts pour l'assistante.....	35
3.6.1	Qualification et rôle de l'assistante	35
3.6.2	Quelques chiffres.....	35
3.6.2.1	L'emploi au cabinet dentaire	35
3.6.2.2	Présence d'une assistante et rentabilité au travail.....	36
4	Les limites au groupement des actes.....	37
4.1	Limites liées au praticien.....	37
4.1.1	Attention, concentration et biorythme	37
4.1.1.1	Le biorythme	37
4.1.1.2	L'attention.....	37
4.1.1.3	La concentration	38
4.1.1.4	Les outils pour pallier à la fatigue	38
4.1.1.4.1	Les pauses	38
4.1.1.4.2	L'organisation.....	38
4.1.2	Troubles musculo-squelettiques	39
4.1.2.1	Généralités.....	39
4.1.2.2	Application aux séances longues	39
4.1.2.2.1	Durée de l'effort.....	39
4.1.2.2.2	Fatigue musculaire	39
4.1.2.2.3	Accumuler les actes = accumuler stress	40
4.1.3	Fatigue visuelle	40
4.2	Limites liées au patient.....	40
4.2.1	Le patient algique.....	41
4.2.2	Le patient atteint de pathologies psychologiques ou psychiatriques.....	41
4.2.3	Les autres patients.....	41
4.2.4	Manquement du rendez-vous et annulation.....	41
	OUVERTURE : Exemples des questionnaires	42
	CONCLUSION.....	45
	BIBLIOGRAPHIE	46
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	49

INTRODUCTION

De nos jours, au-delà de la formation théorique reçue lors de nos études, il paraît important de s'intéresser à la façon d'organiser notre travail. En effet, en plus d'être des soignants nous sommes également des chefs d'entreprise.

Dans notre exercice, chaque rendez-vous est ponctué par des étapes incompressibles qui sont indispensables mais non rémunératrices. Parmi ces tâches on peut citer l'accueil du patient, son installation et sa désinstallation du fauteuil, le nettoyage de la salle et enfin les tâches administratives.

Quelque soit le type de rendez-vous, on estime que les temps obligatoires incompressibles cités ci-dessus représentent environ dix minutes par patient.

Par conséquent, au-delà de vingt patients reçus par jour, le temps de travail effectif du praticien est inférieur à ces temps morts. **(4)**

Le groupement des actes et par conséquent le rallongement de la durée des séances apparaît alors être une bonne solution afin d'augmenter le pourcentage « temps de travail », qui rappelons-le est l'unique partie rémunératrice de notre profession.

Nous avons envisagé initialement de réaliser une enquête qui avait pour objectif principal de mesurer le ressenti des praticiens et des patients ayant expérimenté ce type d'organisation clinique. Les objectifs secondaires de cette enquête étaient de déterminer si la pratique était répandue, de nous renseigner sur le profil des praticiens la pratiquant (âge, année du diplôme, université d'origine, omnipraticien ou spécialiste...) et de recueillir des informations sur l'équipe soignante au sein des cabinets ayant recours à cette méthode de travail (nombre de praticiens dans la structure, nombre et répartition des assistantes etc.).

Cependant, n'ayant pu recueillir assez d'informations dans la période dédiée à ce travail, et ainsi en exploiter les résultats, j'ai décidé de ne pas poursuivre l'enquête. Je proposerai en ouverture de cette thèse, le questionnaire praticien et le questionnaire patient initialement prévus.

Nous définirons au sein de la première partie ce qu'est le groupement des actes. On montrera comment intégrer ce type d'organisation grâce au plan de traitement réalisé à partir d'un cas clinique simple.

On donnera ensuite des clés, pour que ces longues séances soient fluides et se déroulent dans les meilleures conditions possibles pour l'équipe soignante ainsi que pour le patient.

Nous poursuivrons en mettant en avant les intérêts de cette méthode, qui concernera tous les acteurs du cabinet : le praticien, le patient et l'assistante.

Enfin nous exposerons les limites de cette méthode.

1 Définition du groupement des actes

1.1 Le plan de traitement

Avant d'introduire le groupement des actes au cabinet, il est nécessaire de définir succinctement le plan de traitement.

Le code de déontologie précise que « le chirurgien dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science » (art. 27 du code de déontologie des chirurgiens dentistes).

Il est alors recommandé d'établir un plan de traitement global pour l'ensemble des problèmes à résoudre.

Le praticien sera alors en mesure d'établir un projet de traitement chronologique en tenant compte de l'ensemble des problèmes et des désirs du patient **(1)**.

Il s'établit lors de la première consultation en prenant en compte les paramètres suivants :

- Anamnèse
- Le motif de consultation du patient
- L'examen exo-buccal
- L'examen endo-buccal
- Les examens complémentaires

A partir de cette base de données, le praticien va pouvoir différencier plusieurs phases :

- Assainissement chirurgical et parodontal
- Soins conservateurs
- Réhabilitation prothétique
- Maintenance

Selon les traitements nécessaires retenus par le praticien, il sera alors important de prévoir un séquençage chronologique et logique des actes et ainsi optimiser la prise en charge du patient.

En fonction du plan de traitement retenu, il sera alors intéressant de regrouper les actes.

1.2 Groupement d'actes et introduction des séances longues

1.2.1 Le groupement d'actes

Le groupement d'actes consiste à réaliser lors d'une seule et même séance l'ensemble des actes utilisant le même plateau technique. Le groupement d'actes est envisageable car le plan de traitement a mis en évidence que plusieurs dents nécessitaient le même type de soins (par exemple : restaurations par matériaux composites sur plusieurs dents d'un même secteur).

On regroupera également certaines étapes du traitement, celles qui ne demandent pas obligatoirement un temps de temporisation (opération qui consiste à retarder un événement afin qu'il se produise dans des conditions plus favorables **(2)**) pour être effectuées dans les règles de l'art (par exemple : traitement endodontique + logement de tenon + couronne provisoire sur la dent n°23).

1.2.2 Les séances longues

Les séances longues vont de pair avec le concept du groupement d'actes.

On qualifiera comme rendez-vous longs, ceux d'une durée de plus de 90 minutes **(3)**.

1.3 Illustration de ce type d'organisation à l'aide d'un cas clinique : M. X - 27ans

1.3.1 Anamnèse

1.3.1.1 Motif de consultation

- Restauration esthétique du secteur antérieur

1.3.1.2 Antécédents médicaux

- RAS

1.3.1.3 Habitudes

- Brossage : HBD insuffisante
- Tabac : 7 cigarettes/jour
- Une bouteille de soda/jour (a arrêté depuis la première consultation)

1.3.2 Examen exo-buccal



Figure 1 : Examen exo-buccal Patient X

1.3.3 Examen Endo-buccal



Figure 2 : Examen endo-buccal Patient X

1.3.4 Examens complémentaires

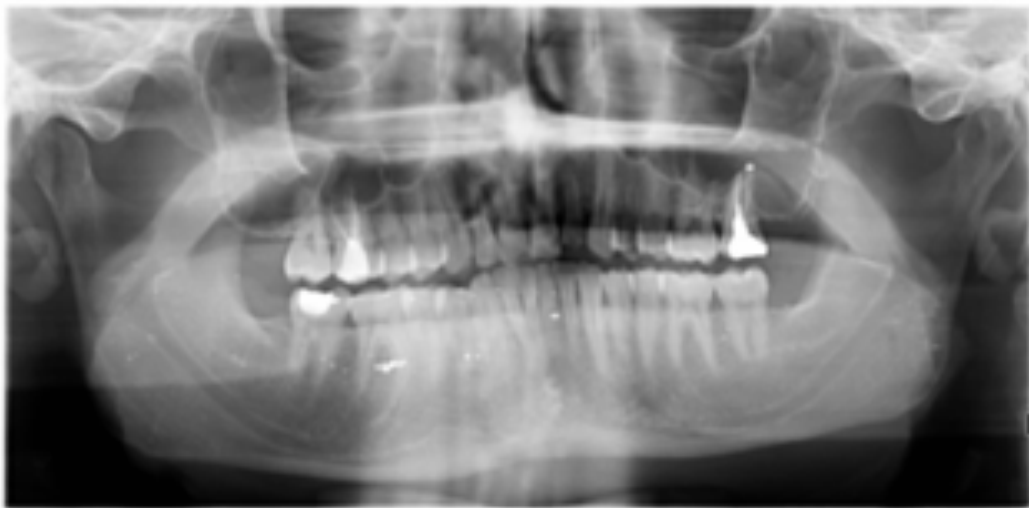


Figure 3 : Radiographie panoramique Patient X

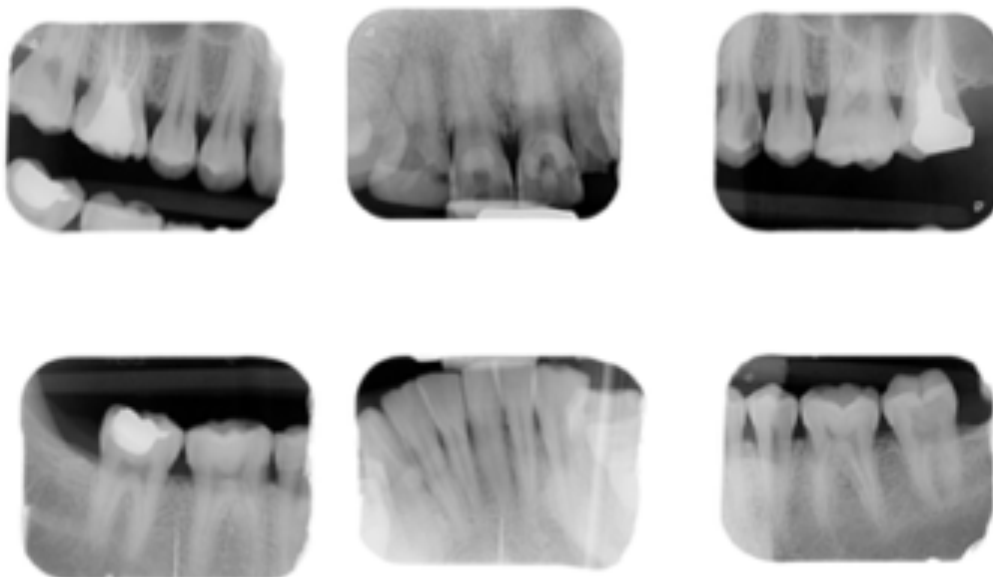


Figure 4 : Radiographie rétro-alvéolaires Patient X

1.3.5 Plan de traitement

État des lieux : Le curetage des caries sur les dents n° 12 11 21 et 22 nous oblige à réaliser le traitement endodontique sur l'ensemble des dents citées. Le tissu dentaire restant étant très limité, des couronnes associées à des ancrages radiculaires sont indiqués dans ce cas. La restauration prothétique indiquée pour chacune d'elles est donc :

- Inlay core céramisé
- Couronne céramo-céramique

Grace à cet exemple simple, on va maintenant pouvoir confronter les deux types d'organisations.

La méthode dite « classique » avec des rendez-vous allant jusqu'à 60 minutes de soin et la méthode du groupement d'actes, comprenant des séances d'au moins 90 minutes.

Notons également que peu importe la méthode choisie, les traitements seront réalisés dans les règles de l'art, et le résultat final sera identique.

1.3.6 Proposition des différentes réalisations possibles du plan de traitement

1.3.6.1 Méthode « classique » - Sans regroupement des actes

Séances 1

Pulpectomie de la 12

Séance 2

Pulpectomie de la 11

Séance 3

Pulpectomie de la 21

Séance 4

Pulpectomie de la 22

Séance 5

Préparation périphérique de la 12 + logement de tenon + couronne provisoire

Séance 6

Préparation périphérique de la 11 + logement de tenon + couronne provisoire

Séance 7

Préparation périphérique de la 21 + logement de tenon + couronne provisoire

Séance 8

Préparation périphérique de la 22 + logement de tenon + couronne provisoire

Séance 9

Dépose des couronnes provisoires sur 12 11 21 et 22
Réalisation d'une empreinte double mélange pour la réalisation des inlay core
Rescellement des couronnes provisoires
Sélection de la teinte

Séance 10

Dépose des couronnes provisoires sur 12 11 21 et 22
Essayage et pose des inlay core
Réalisation d'une empreinte double mélange pour la réalisation des biscuits
Rescellement des couronnes provisoires

Séance 11

Dépose des couronnes provisoires sur 12 11 21 et 22
Essayage du biscuit - Validation de la forme et de la teinte
Rescellement des couronnes provisoires

Séance 12

Dépose des couronnes provisoires sur 12 11 21 et 22
Essayage et pose des couronnes céramo-céramiques

Figure 5: Réalisation du plan de traitement : méthode classique

1.3.6.2 En regroupant les actes

Séances 1

Pulpectomie des dents n° 12 11 21 22
Préparations périphériques + logements de tenon + empreinte inlay core + couronnes provisoires

Séance 2

Dépose des couronnes provisoires
Essayage et pose des inlay core
Réalisation d'une empreinte double mélange pour la réalisation des biscuits
Sélection de la teinte
Rescellement des couronnes provisoires

Séance 3 (optionnelle)

Dépose des couronnes provisoires
Essayage et validation des biscuits (étape optionnelle)
Rescellement des couronnes provisoires

Séance 4

Dépose des couronnes provisoires
Pose des couronnes céramo-céramiques

Figure 6 : Réalisation du plan de traitement : en regroupant les actes

1.3.6.3 Représentation sous la forme de frises chronologiques des deux méthodes



Figure 7 : Représentation des deux méthodes sous la forme de frises chronologiques

1.4 Bilan

Le cas clinique présenté ci-dessus, met en évidence qu'en regroupant les actes, nous pouvons réduire considérablement le nombre de séances afin de réaliser les mêmes actes, tout en obtenant la même finalité.

L'intérêt de ce type de pratique ne va pas uniquement avoir une incidence positive sur le nombre de séances mais sur de nombreux points qui seront développés ultérieurement.

2 Mise en place

2.1 Gestion de l'agenda

Contrairement aux idées reçues, d'après Robert MACCARIO « n'avoir le temps de rien » dans sa journée n'est pas synonyme d'une journée bien remplie et productive. Au contraire, c'est le reflet d'une mauvaise gestion **(4)**. Il ne faut également pas confondre le plan de traitement, la planification des actes, et les rendez-vous.

Les actes se distinguent de l'agenda car ils ne sont pas liés à un jour, une heure ou une durée spécifique **(5)**. Il ne faut donc pas faire de raccourci entre : un acte = un rendez-vous. Sur notre agenda, il faut empêcher l'ilotage **(6)**, c'est à dire un rendez-vous seul dans un agenda quasiment vide, est à proscrire (sauf s'il est placé en début ou en fin de journée). Il va créer une zone morte qui aurait pu servir pour une séance qui demandait une plage horaire plus importante. Il va donc falloir placer en priorité les rendez-vous importants (de plus de 90 minutes), puis les moyens (de 45 à 60 minutes) et enfin les créneaux d'urgence.

Les créneaux dont la durée est inférieure à 30 minutes sont tout simplement polluants car ils empêchent de placer les plus importants **(3)**.

De plus pour éviter la désorganisation, de façon générale, il faut se contenter de fixer un seul RDV à la fois (quelque soit sa durée) **(4)**. En effet, il n'est pas recommandé de prendre une suite de rendez-vous à l'avance car ils ont tendance à :

- Saturer l'agenda.
- Augmenter les délais.
- Diminuer la durée des rendez-vous et donc limiter le temps de soin.
- Augmenter l'absentéisme : outre l'oubli, les patients ont moins de scrupules à recourir à l'annulation car ils en ont un autre derrière.

Optimiser la prise de ces derniers va permettre de faire respirer son agenda tout en étant plus productif. Cela va se traduire par la réduction du nombre de patients reçus par jour, tout en allongeant la durée des séances **(4)**.

2.2 Normaliser les actes

La normalisation ou systématisation est une action qui consiste à édicter des techniques afin de rendre quelque chose conforme à un modèle unique **(7) (8)**.

C'est une donnée essentielle pour avoir recours au groupement des actes. Elle permet de déterminer de manière la plus précise possible la durée optimale de la séance.

2.2.1 Chronométrer ses actes

Pour définir la durée des actes, il va falloir se chronométrer et ainsi obtenir une moyenne. On peut se rendre compte au bout d'une quinzaine de jours que nous sommes plutôt régulier lors de nos réalisations.

Types d'actes	Chrono 1	Chrono 2	Chrono 3	Chrono 4	Temps moyen
Composite 1 à 2 faces	14min	12min	16min	18min	15min
Composite 3 faces	20min	22min	20min	18min	20min
Traitement endodontique monoradiculée	30min	32min	33min	29min	31min
Traitement endodontique biradiculée	44min	42min	45min	37min	44min
Traitement endodontique triradiculée et +	67min	58min	75min	72min	68min
...					

Figure 8 : Tableau permettant de calculer son temps moyen par acte (9)

2.2.2 Elaborer des protocoles

2.2.2.1 Généralités

La normalisation des actes permet d'éliminer l'improvisation. Il faut « perdre du temps à s'organiser pour gagner finalement du temps » **(4)**.

On va donc établir des protocoles pré, per et post-opératoires. Ce sont des documents qui consigneront de façon chronologique et très détaillée toutes les étapes des opérations, instrument par instrument, matériaux etc. sans rien oublier.

Cela va ainsi permettre de supprimer les hésitations, les déplacements inutiles et les imprévus (une pénurie de produit par exemple).

Il est important de les rédiger afin d'avoir un support papier référent. Il peut être également intéressant d'associer son équipe (assistante dentaire, secrétaire, prothésiste) à sa conception.

2.2.2.2 Protocoles pré-opératoires

Ils sont préalables à l'installation du patient et conditionnent le bon déroulement de la séance en assurant la disponibilité du matériel.

Préparation du fauteuil	Préparation du matériel	Préparation des consommables
Mise en place des canules d'aspiration	Plateau d'examen	Mordançage
Mise en place de la soufflette	Set de digue : Feuille de digue + clamp + Cadran + Pince Ainsworth + Pince Brewer	Adhésif
Préparation d'un champ protecteur pour le patient	Matrice et Porte matrice	Microbrush
Mise en place d'un gobelet	Turbine	Coin de bois
	Contre-angle bague bleue	Capsule de composite
	Set de fraises de restauration + Fraises à polir	Strip abrasif
	Pistolet à composite	
	Fouloir et spatules à composite	
	Lampe à photo-polymériser	

Figure 9 : Exemple d'un protocole pré-opératoire à la réalisation d'un composite

2.2.2.3 Protocoles per-opérateurs

Ils vont décrire le matériel et les matériaux nécessaires à la réalisation du soin de façon chronologique en indiquant le rôle de chacun.

	Etapes	Matériel
1	Pose du champ opératoire	Set de digue
2	Curetage	Turbine + contre-angle bague bleue + fraises restauratrices
3	Mordançage + rinçage	Mordançage
4	Adhésif	Adhésif + microbrush
5	Photo-polymérisation	Lampe à photo-polymériser
6	Pose de la matrice	Matrice + porte matrice + coin de bois
7	Mise en place du composite	Capsule de composite + pistolet à composite + fouloir + spatule
8	Photo-polymérisation	Lampe à photo-polymériser
9	Dépose de la matrice et du champ opératoire	Pince de Brewer
10	Polissage	Fraises à polir + Strip abrasif

Figure 10 : Exemple d'un protocole per-opérateur à la réalisation d'un composite

2.2.2.4 Protocoles post-opératoires

Ces derniers vont concerner le rangement et la décontamination de la salle, la gestion des déchets et la gestion du stock (réapprovisionnement des consommables par ex).

Nettoyage et désinfection du fauteuil	Rangement et désinfection du matériel
Retrait des canules d'aspiration	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre l'ensemble des instruments stérilisables dans le bac de décontamination - Plateau d'examen - Clamp - Matrice et porte matrice - Fraises utilisées - Fouloir et spatules à composite
Retrait de l'embout de la soufflette	Désinfection des instruments non stérilisables <ul style="list-style-type: none"> - Lampe à photo-polymériser - Cadran de digue, pinces d'Ainsworth et Brewer - Pistolet à composite
Retrait du gobelet	Jeter les consommables à usage unique <ul style="list-style-type: none"> - Microbrush - Coin de bois - Strip abrasif - Feuille de digue
Scialytique	Jeter les déchets souillés
Unit	
Plateau	
Tuyaux aspiration	
Fauteuil	

Figure 11 : Exemple d'un protocole post-opératoire à la réalisation d'un composite

Grâce à ces documents, l'équipe soignantes va pouvoir anticiper et ainsi gagner en efficacité tout en supprimant les temps morts inutilement chronophages.

2.2.2.5 Déroulement de la séance

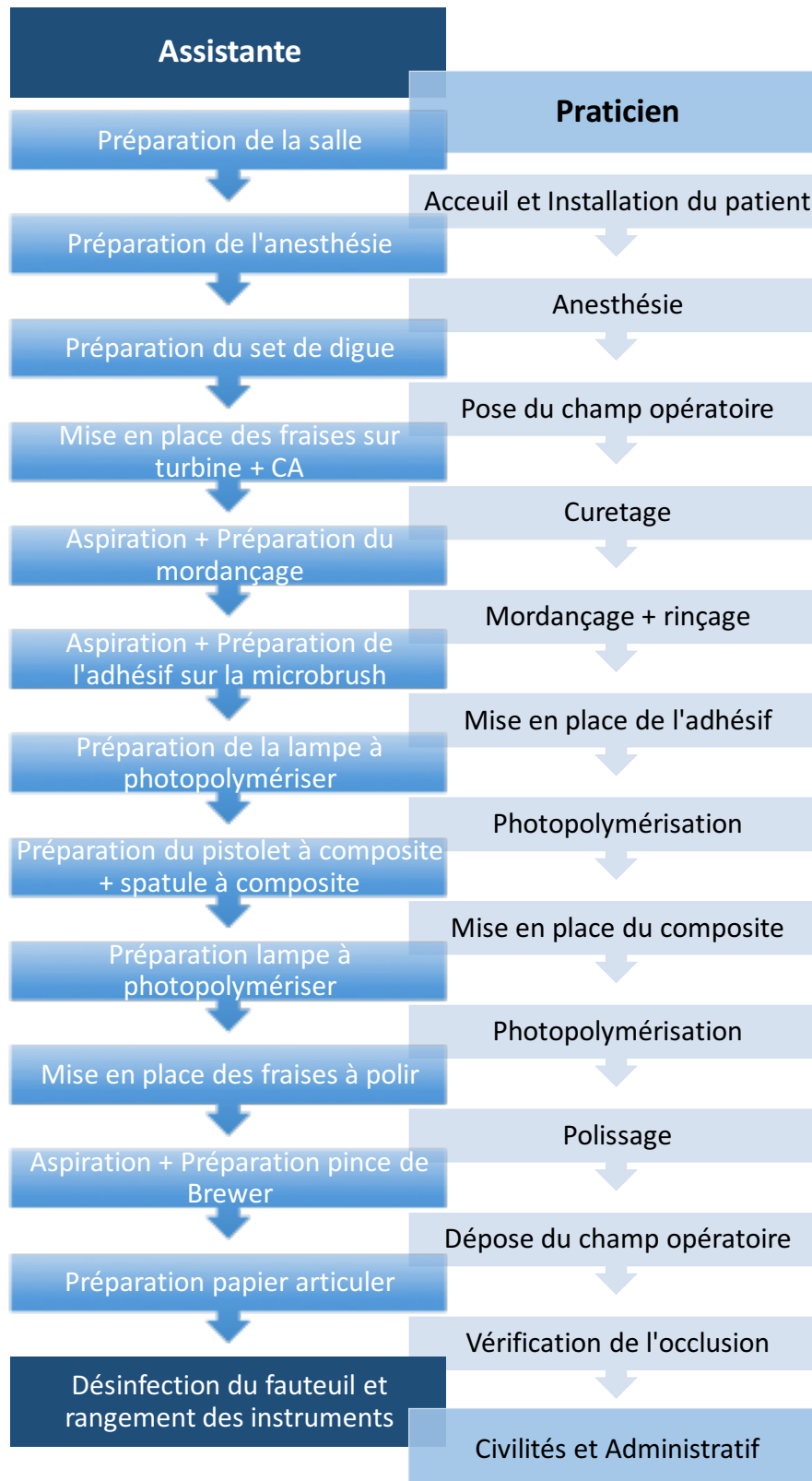


Figure 12 : Déroulement de la séance et interactions praticien-assistante

2.3 Introduction des bacs et cassettes

La plupart du temps lors de la réalisation d'un acte, on a recours aux mêmes instruments et produits. Cette démarche va donc s'inclure dans notre organisation afin de rationaliser et simplifier notre travail au fauteuil.

Grâce à ce fonctionnement, ce n'est plus l'utilisateur qui vient au produit mais l'inverse. Il évite d'avoir à ouvrir les différents tiroirs pendant l'acte, ce qui en plus d'accroître la productivité permet de respecter les normes d'hygiène en évitant les contaminations croisées.

2.3.1 Les cassettes

Le concept est simple, il s'agit de regrouper les instruments nécessaires à un acte opératoire, puis de les placer dans une cassette selon l'ordre chronologique d'utilisation **(10)**.

Cahier des charges des cassettes (11)

Elles doivent être :

- Perforées ou ajourées et peuvent être en métal ou en plastique autoclavable afin d'être stérilisées.
- D'une taille permettant son insertion dans l'autoclave tout en étant suffisante pour accueillir tous les instruments requis à la réalisation d'un acte.
- Les supports des instruments doivent être souples afin d'éviter le bruit lors de leur pose. Ils doivent également les maintenir de façon ferme afin d'éviter leur désorganisation lors du déplacement de la cassette depuis son lieu de stockage.

On viendra ajouter en complément un code couleur. Une bague colorée indiquera à quelle cassette appartient l'instrument, et une bague d'une autre couleur sera insérée et viendra préciser son emplacement dans celle-ci. Ces dernières bagues devront former une diagonale dans la cassette afin que l'instrument soit repérable.

Cela aura pour but de faciliter leur temps de recherche et ainsi le travail de l'assistante.

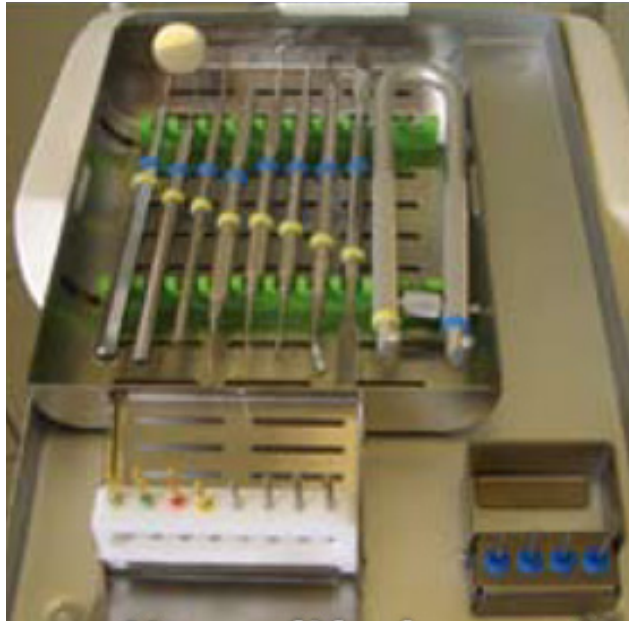


Figure 13 : Modèle de cassette (10)

2.3.2 Les bacs

Les bacs eux, compléments indispensables aux cassettes, comporteront tout le consommable utile au soin.

On les privilégiera en plastique de couleur ou en métal, et compartimentés à l'intérieur. Ils ne nécessitent pas d'être stérilisés car ils ne contiennent aucun instrument allant directement en bouche.



Figure 14 : Modèle de bac (10)

Grâce à ce fonctionnement, ce n'est plus l'utilisateur qui vient au produit mais l'inverse. Il évite d'avoir à ouvrir les différents tiroirs pendant l'acte, car tout est préparé en amont, ce qui en plus d'accroître la productivité permet de respecter les normes d'hygiène en évitant les contaminations croisées.

2.4 Le travail à quatre mains

2.4.1 Généralités

L'assistante peut être multitâches. C'est à dire qu'en plus de son rôle d'aide opératoire, elle va intervenir sur différents points de la vie du cabinet, comme par exemple l'accueil, la gestion des absences, les aspects humains et certaines tâches administratives.

Dans le cas du travail à quatre mains, l'assistante est exclusivement au fauteuil. Elle est le partenaire du praticien au moment de l'acte, et est le lien entre les instruments et la main du praticien.

La collaboration entre ces deux opérateurs ne doit pas être aléatoire. L'interaction entre ces deux acteurs doit être souple et doit être accompagnée des outils vus précédemment (protocoles, cassettes).

Plusieurs points clés paraissent importants dans ce type d'organisation :

- Une relation de confiance entre les deux parties
- Les compétences propres de l'assistante
- Une bonne communication
- Une organisation solide
- Valoriser son assistante, et ne pas la réduire à une « porte instrument » **(4)**

2.4.2 Mise en place

On va déterminer quatre zones, avec pour repère un cadran horaire en cercle autour du fauteuil, avec la tête du patient à 12h :

- La zone de l'opérateur : de 7 à 12h
- La zone de transfert : de 4 à 7h
- La zone de l'assistante : de 2 à 4h
- La zone statique : de 2 à 12h

Dans les faits, les avant-bras du praticien restent fixes, son regard et son attention sont focalisés sur la bouche du patient. L'assistante maintient un champ opératoire clair et transfère l'instrument de façon efficace dans la main ouverte du dentiste, selon ses besoins, en suivant l'ordre établi par le protocole.

Le transfert d'instruments doit être pratique. Pour une bonne prise en main, on privilégiera les prises « stylo », « paume » et la prise « pouce paume ». On présentera pour les secteurs

mandibulaires, les parties travaillantes des instruments vers le bas, et vers le haut pour les secteurs maxillaires.

L'aspiration chirurgicale sera portée par la main droite de l'assistante afin de libérer la bouche des différents débris, de la salive et du sang. La main gauche sera dédiée au transfert des instruments (annulaire et auriculaire collectent les instruments utilisés, les autres placent le nouvel instrument dans la main du chirurgien) **(12)**.

Lien vidéo : https://www.youtube.com/watch?v=86_9ODRkLfU **(13)**

« Longue séance », « groupement des actes » et « travail à quatre mains » sont indissociables afin que le rendez-vous soit fluide et que les participants soient sereins. De plus, un « ballet » bien rodé impressionne toujours et peut avoir un impact positif envers le patient.

3 Intérêt du groupement des actes

3.1 Temps de travail effectif

3.1.1 Les quatre modules

Au cabinet dentaire, chaque rendez-vous planifié à partir du plan de traitement sélectionné peut être divisé en 4 phases :

- Phase 1 : l'accueil, les civilités, la préparation de la salle et l'installation au fauteuil.
- Phase 2 : L'anesthésie (optionnelle)
- Phase 3 : Les soins à proprement dit
- Phase 4 : La désinstallation, les démarches administratives et la détermination du rendez-vous suivant

3.1.2 Optimisation du temps de travail

Sur les quatre modules décrits précédemment, les phases 1 et 4 sont incompressibles. Quelque soit la durée des soins, les deux autres prendront donc toujours le même temps soit environ dix minutes, en étant efficace et en respectant les normes d'hygiène.

Exemple 1 : Un composite 2 faces

- Cinq minutes pour l'installation du patient
- Quinze minutes pour le soin
- Cinq minutes pour la désinstallation et les civilités

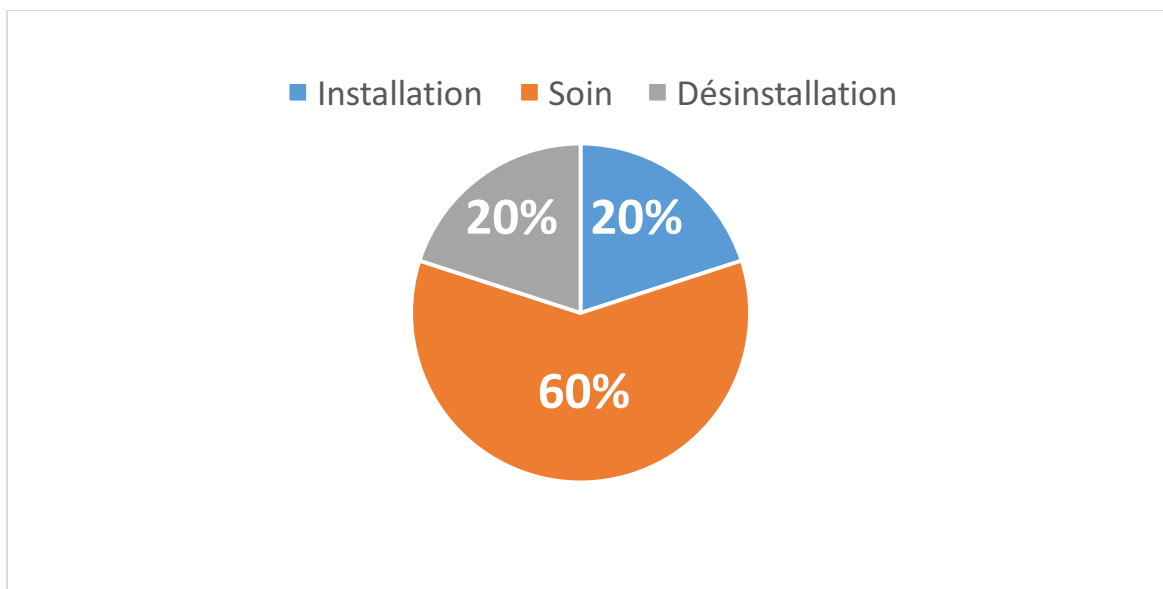


Figure 15 : Répartition du temps pour la réalisation d'un composite 2 faces

Soit un temps de travail effectif de 60% sur la séance.

Exemple 2 : Deux composites 2 faces

- Cinq minutes pour l'installation du patient
- Quinze minutes + Quinze minutes pour les soins
- Cinq minutes pour la désinstallation et les civilités

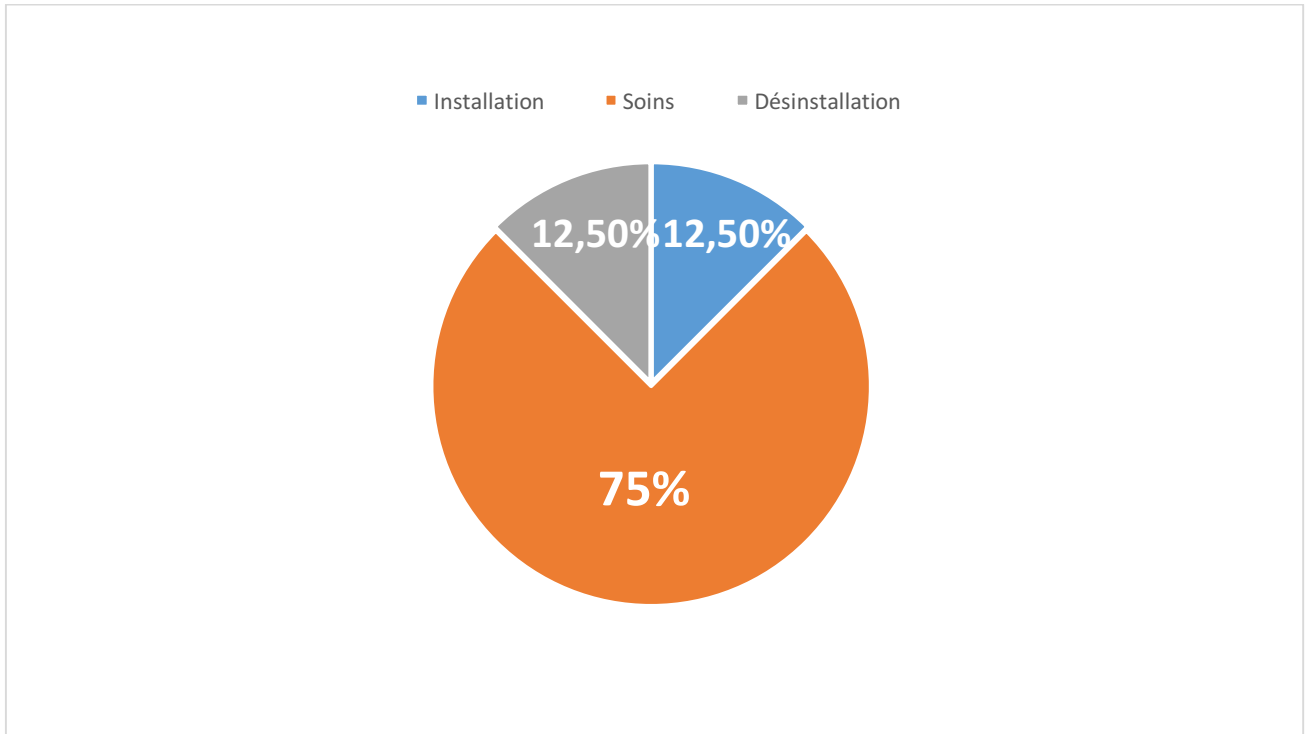


Figure 16 : Répartition du temps pour la réalisation de deux composites 2 faces

Soit un temps de travail effectif de 75% sur la séance.

Les temps morts incompressibles définis précédemment permettent de mettre en avant la limite d'efficacité (capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâches) du praticien **(14)**.

Nombre de RV/journées de travail de 8h	Total des temps morts/jour	% des temps morts/jour	% de temps de travail/jour
10	100 min = 1h40	20,8%	79,2%
15	150 min = 2h30	31,2%	68,8%
Limite de l'efficience			
20	200 min = 3h20	41,6%	58,4%
25	250 min = 4h10	52%	48%

Figure 17 : Limite de l'efficience en fonction du nombre de patients reçus par jour

Par conséquent, si l'on donne vingt rendez-vous par jour on aura :
 10 minutes x 20 patients = 200 minutes, soit 3 heures 20 d'installation-désinstallation des patients. Soit sur une journée de 8heures, cela représente 41,6% de la journée, hors anesthésie.

Ces différentes étapes ont pour conséquences qu'au-delà de vingt patients par jour, les temps morts sont plus importants que le temps de travail au fauteuil.

En revanche, si l'on réduit le nombre de patients reçus à dix par jour, on s'aperçoit que le temps de travail effectif est 20,8% plus important que si l'on en reçoit vingt **(15) (16)**.

3.2 Chiffre d'affaire

Le groupement d'actes a donc un impact sur le temps de travail au fauteuil, et va donc se répercuter sur le chiffre d'affaire.

Jacques VERMEULEN s'est appuyé sur l'exemple d'un plan traitement simple afin d'exposer les conséquences de l'organisation des séances sur le chiffre d'affaire.

Plan de traitement :

Dent n°16

- Une pulpectomie
- Un inlay-core
- La pose d'une couronne céramo-métallique
- Une phase de couronne provisoire

Dent n°21

- Deux composites 1 face

Dent n°45

- Un composite 2 faces

Nature des actes	Nombre de rendez-vous			
	6	3	2	1 *
	Temps en minutes			
Installation/ désinstallation	10	10	10	10
Obturation radiculaire	40	40	40	40
Radiographie numérique	5	5	5	5
Installation/ désinstallation	10			
Prise d'empreinte inlay core	20	15	30	30
Provisoire	20	20	20	
Installation/ désinstallation	10	10	10	
Pose inlay core	10	10	10	
Provisoire	20	20		
Installation/ désinstallation	10			
Prise d'empreinte couronne	20	20		
Installation/ désinstallation	10	10		
Pose couronne	20	20	20	20
Installation/ désinstallation	10			
Composite 1 face	10	10	10	10
Composite 2 faces	20	20	20	20
	245	210	175	135
Gain de temps		35min	1h10min	1h50min

1 Nécessite l'utilisation de la CFAO*

Figure 18 : Tableau décrivant le gain de temps produit en fonction du nombre de séances choisies pour la réalisation d'un même plan de traitement (17)

Avec la méthode des actes groupés, on obtient donc pour un même plan de traitement, et donc un même revenu, un gain temporel d'1 heure 50 minutes.

Sachant qu'en France, la moyenne des heures réalisées par les dentistes se situe autour de 1760 heures/an, nous pouvons exploiter les résultats précédents et simuler un chiffre d'affaire en fonction du nombre de séances.

Cas étudié précédemment	Nombre d'heures/an	CA maxi réalisable
835.58 € En 245 min	x 1760 h x 60 min = CA Max	362 000 €
835.58 € En 210 min	x 1760 h x 60 min = CA ↑↑	422 000 €
835.58 € En 175 min	x 1760 h x 60 min = CA ↑↑	506 000 €
835.58 € En 145 min	x 1760 h x 60 min = CA ↑↑↑	611 000 €

Figure 19 : Le chiffre d'affaire annuel est une conséquence de l'organisation

Il s'agit ici de mettre en évidence ce que peut apporter ce type d'organisation à l'aide d'un exemple simple. Il est évident que cet exemple est non exclusif car nos actes sont différents d'une heure à l'autre.

Prenons cette fois-ci l'exemple de la réalisation de 4 composites. Nous prenons ici en compte, uniquement les consommables qu'il nous est impossible de réutiliser d'une séance à l'autre.

Matériel à usage unique	Cout par patient
Gant x100 = 9€50	2 = 0€19
Masque x50 = 13€50	1 = 0€27
Serviette patient x3000 = 49€40	1 = 0€05
Coton salivaire x1000 = 9€90	2 = 0€02
Gobelet x3000 = 69€80	1 = 0€02
Pompe a salive x100 = 3€65	1 = 0€04
Plateau jetable x400 = 58€90	1 = 0€15
Embout air/eau x200 = 42€90	1 = 0€21
Aiguille usage unique x 100 = 12€	1 = 0€12
Feuille de digue x 36 = 13€20	1 = 0€40
Microbrush x100 = 21€50	1 = 0€22
Coin de bois x 100 = 16€40	1 = 0€16
Total	1€85

Figure 20: Estimation des prix des consommables à usage unique, nécessaire à la réalisation d'un composite

Si l'on décide de réaliser 4 composites en 4 séances distinctes nous atteindrons une dépense liée aux consommables à usage unique de 7€40.

Si l'on décide de réaliser ces 4 composites lors d'une seule séance, la dépense liée à ces consommables sera de 1€85.

Cet exemple simple ne permet pas de généraliser ce résultat à tout les actes, mais il suggère que pour les mêmes actes effectués, l'organisation peut avoir une incidence importante sur les finances du cabinet.

3.3 Gestion du matériel

Le calcul est simple, en recevant moins de patient par jour, et en effectuant plus d'actes au cours de la séance le bilan matériel quotidien s'en ressentira.

Prenons un exemple issu du blog « la gestion du cabinet dentaire » pour illustrer cette situation **(15)**.

Un patient présente des caries occlusales sur chacune de ses premières molaires. L'option choisie est de réaliser des composites.

Si l'on prévoit d'en faire un par rendez-vous, soit quatre de 15 minutes, nous allons devoir sortir quatre fois le plateau technique à composite qui est notamment composé par :

- Plateau d'examen
- Seringue anesthésie
- Champ opératoire
- Turbine et contre-angle bague verte + fraises
- Spatules à composite

Il y aura aussi les différents consommables tels que les gants, les champs de protection pour les patients, les cotons salivaires, les microbrush etc.

Cela va donc avoir pour conséquence directe de réduire la fréquence d'utilisation du matériel mais également de désengorger la chaîne de stérilisation et ainsi de libérer du temps à l'assistante pour qu'elle effectue d'autres tâches grâce au temps gagné **(15)**.

3.4 Les intérêts pour le praticien

3.4.1 Réduction du stress

Le chirurgien-dentiste exerce un métier où le stress est omniprésent (responsabilité, santé du patient, équilibre financier etc.) **(15)**.

Les facteurs intrinsèques de stress peuvent être entre autres la mauvaise gestion du temps, la perfection technique, la succession d'actes techniques difficiles, ou encore un manque de délégation **(18)**.

Le groupement des actes aura pour conséquence directe l'allongement des séances et donc la réduction du nombre de patients reçus par jour.

Ainsi, en recevant par exemple 10 patients de moins par jours, le chirurgien-dentiste sera dix fois moins confronté à des situations potentiellement stressantes (retard, satisfaction de la demande du patient, aléas thérapeutique...) **(15)**.

Ce type d'organisation clinique a donc un impact sur plusieurs des facteurs cités précédemment et peut donc potentiellement avoir un effet positif sur la réduction du stress.

3.4.1.1 Anticiper les actes

Pour ce type pratique, il est fortement recommandé d'avoir une estimation de la durée nécessaire à la réalisation de chaque type d'acte.

Si des actes difficiles sont à prévoir, le praticien peut donc anticiper et ainsi ajouter du temps pour déterminer la durée du rendez-vous.

Cela sera plus amplement développé dans une prochaine partie.

3.4.1.2 La gestion du temps

3.4.1.2.1 L'agenda

L'introduction des séances longues au cabinet est directement liée à l'organisation de l'agenda. Les rendez-vous de 20 à 30 minutes ont tendance à polluer le carnet de rendez-vous **(3)**.

3.4.1.2.2 Éviter les rendez-vous de courte durée

De plus si l'on reprend l'exemple des quatre caries occlusales effectuées en quatre rendez-vous de 15 minutes **(15)**, il est possible d'imaginer que le praticien ait une fois 5 minutes de retard, soit déjà 1/3 du temps qui était prévu pour l'acte, ce qui est générateur de stress.

Sur un rendez-vous plus long, par exemple 45 minutes, les 5 minutes de retard ne représentent qu'à peine 10% du temps total. Cela garantit donc un stress inférieur.

Ces deux facteurs de stress sont donc largement réduits grâce à ce type d'organisation.

3.5 Les intérêts pour le patient

Si l'on propose à ses patients de rester des heures sur notre fauteuil, leur première réaction risque d'être le rejet ou la crainte. En effet, dans la population générale, l'idée de ce rendez-vous fait plutôt allusion à un moment « douloureux », de « souffrance » et souvent « onéreux » **(15)**. De plus, ce type d'exercice n'est pas courant, et donc peu connu.

Cependant, si l'on multiplie le nombre d'actes, et que par conséquent on allonge la durée des séances, le traitement sera étalé sur moins de rendez-vous et l'objectif sera atteint plus rapidement.

Cela peut également avoir une incidence directe sur sa vie privée et professionnelle :

- Moins de jours de disponibilité à obtenir
- Moins de trajets et d'organisation
- Moins d'appréhensions et d'angoisses préalables à chaque rendez-vous

Affecter des plages horaires importantes et dédiées à un seul patient permet de réduire le nombre de rendez-vous dédiés à la réalisation d'un même plan de traitement **(15)**.

Pour atteindre la même finalité, le patient passera également par moins d'étapes intermédiaires, notamment les phases de provisoires qui ne sont pas les périodes les plus confortables pour eux.

Cela a également pour effet d'augmenter la communication et ainsi de renforcer le sentiment de confiance du patient avec l'équipe soignante. Cela valorise également la disponibilité et la ponctualité du praticien **(15)**.

3.6 Les intérêts pour l'assistante

3.6.1 Qualification et rôle de l'assistante

Une assistante dentaire est qualifiée du diplôme d'assistante qualifiée en odontostomatologie **(19)**. Seule l'assistante dentaire qualifiée peut assister le praticien au fauteuil pour réaliser le travail à quatre mains.

Son rôle est polyvalent car elle est également chargée de la désinfection du fauteuil entre chaque patient, de la préparation du fauteuil, de la gestion du cycle de stérilisation, du rangement des instruments etc.

Lorsqu'il n'y a pas de secrétaire, l'assistante va intervenir au niveau administratif notamment dans la tenue de l'agenda, gestion du fichier patient, courrier, facturation, comptabilité...

Un binôme praticien-assistante réussi optimise les protocoles cliniques mais participe également à la satisfaction du patient ainsi qu'au climat de confiance qui règne dans le cabinet **(19)**.

3.6.2 Quelques chiffres

3.6.2.1 L'emploi au cabinet dentaire

37 000 chirurgiens-dentistes libéraux environ

46 000 salariés (non chirurgiens-dentistes), soit 1,89 emploi par praticien employeur

- Assistantes dentaires : 36% (48,7% à temps plein)
- Personnels d'entretien : 34%
- Réceptionnistes : 6%
- Cadres : 6%
- Secrétaires comptables : 5%

Source : enquête OPCA-PL 2009 **(20)**

3.6.2.2 *Présence d'une assistante et rentabilité au travail*

Woehler a fait une étude sur la rentabilité du travail en cabinet dentaire en fonction de la présence ou non d'une assistante. Cette étude porte sur une période de 8 heures de travail. Voici un résumé succinct des résultats de cette étude **(21)** :

- Un poste de travail et aucune assistante
 - Temps productif : 3h30min
 - Temps improductif : 4h30min
- Un poste de travail et une assistante :
 - Temps productif : 5h45min
 - Temps improductif : 2h45min

Dans le cadre du groupement des actes où la durée des séances est allongée, cela réduit la fréquence de ses tâches annexes. Elle peut donc être plus présente au fauteuil, et ainsi remplir son rôle d'aide opératoire.

4 Les limites au groupement des actes

Le groupement des actes n'est pas la réponse parfaite et exclusive à l'organisation des rendez-vous au cabinet. La première raison évidente est que tous les cas ne s'y prêtent pas (une simple carie ou un détartrage par exemple). Ce système comporte également des inconvénients qu'il faut prendre en compte afin que ce potentiel de confort et de rentabilité ne se transforme en une nouvelle source de désorganisation et de stress.

4.1 Limites liées au praticien

4.1.1 Attention, concentration et biorythme

Exercer de neuf heures à dix-neuf heures de cette façon, tout en conservant une qualité de travail uniforme semble difficilement applicable.

Par exemple recevoir deux patients consécutifs, ayant besoin chacun de 4 pulpectomies pourrait être relativement éprouvant pour le praticien, car cet acte précis et minutieux fait appel à une concentration constante.

En effet, comme chacun, nous sommes également soumis à une variation de la concentration au sein d'une même journée.

Il va être alors important d'organiser son agenda en fonction de notre biorythme, afin de mobiliser et d'optimiser nos capacités tout au long de la journée.

4.1.1.1 Le biorythme

Le biorythme est un phénomène naturel et physiologique qui peut être perturbé ou modifié par l'alimentation, les cycles du sommeil ou certains comportements.

Il est important de maîtriser son agenda afin de prendre en compte le biorythme du praticien **(22)**. Par exemple, en postprandiale il sera préférable de privilégier des rendez-vous plus courts.

4.1.1.2 L'attention

L'attention est un processus quasi-automatique décrivant la faculté de l'esprit de se consacrer à un sujet **(23)**.

Elle peut être facilement détournée **(24)** par :

- Des facteurs externes :
 - Nos sens : vue, ouïe etc.
 - Informations attrayantes : stimulation auditive, visuelle etc.

- Des facteurs internes :
 - Nos propres pensées

On peut donc imaginer que lors d'une séance de plusieurs heures, une multitude d'éléments perturbateurs peuvent ainsi affecter l'attention du praticien.

4.1.1.3 La concentration

La concentration est l'action de focaliser son esprit sur un sujet particulier **(25)**.

Elle est complémentaire à l'attention et parfois en est un précurseur en fournissant de l'énergie pour faire les tâches correctement. Contrairement à l'attention, la concentration n'est pas automatique. Il s'agit d'une action consciente qui nous demande plus de ressources.

Notre capacité de concentration est limitée. L'apparition de la fatigue sera praticien-dépendant. En effet, elle varie d'une personne à l'autre, dépend de la réserve d'énergie disponible et est fonction de la difficulté de la tâche exécutée.

La concentration peut entraîner une fatigue mentale et être également un facteur de stress et d'anxiété **(24)**.

4.1.1.4 Les outils pour pallier à la fatigue

Lors d'une séance longue, on peut être amené à « décrocher ». Dans ce cas il semblera impossible pour le praticien de mettre un terme à une séance qui prend un tel créneau sur son agenda. Il faudra donc soit se remobiliser, soit mettre en œuvre un système de pauses.

4.1.1.4.1 Les pauses

Des pauses régulières, à savoir 10minutes par heure de travail soutenu sont souhaitables pour l'assimilation et la récupération intellectuelle du praticien. Elles seront également nécessaires après un effort de concentration particulier.

4.1.1.4.2 L'organisation

Les points clés d'une bonne organisation vu dans la Partie III de ce document (gestion de l'agenda, élaboration de protocoles, système de bacs et cassettes, travail à quatre mains) sont des outils permettant de créer un environnement favorable. Ils peuvent ainsi favoriser le déroulement fluide de la séance tout en minimisant les dépenses d'énergie relatives à l'effort de concentration.

4.1.2 Troubles musculo-squelettiques

4.1.2.1 Généralités

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) touchent les structures autour des articulations et surviennent le plus souvent au niveau du dos ou des membres supérieurs. Ces affections touchent les muscles, les tendons, les nerfs... plusieurs facteurs, notamment professionnels favorisent ces TMS (26).

Ces troubles sont liés à plusieurs contraintes qui se retrouvent souvent combinées dans un même poste. Un ou plusieurs facteurs peut être présent et leur association augmente le niveau de risque des lésions.

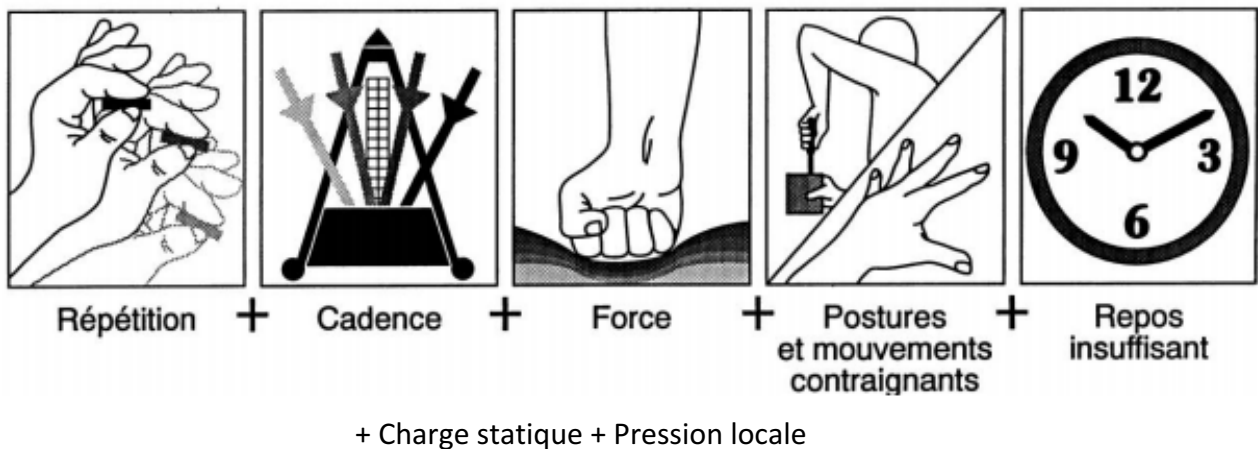


Figure 21 : Combinaison des facteurs pouvant causer des TMS (27)

Lors des séances longues, on cumule ainsi plusieurs de ces facteurs. Les postures statiques, la durée du rendez-vous et les temps de repos étant forcément impactés par rapport à des séances classiques d'une trentaine de minutes.

4.1.2.2 Application aux séances longues

4.1.2.2.1 Durée de l'effort

L'effort exercé contre la gravité pour stabiliser les postures empruntées dans notre exercice n'implique pas nécessairement un mouvement. La durée du maintien de ces postures est alors un facteur plus important que la répétition et constitue un problème important.

4.1.2.2.2 Fatigue musculaire

Un long traitement sans arrêt peut causer une fatigue qui s'installe pour le reste de la journée et parfois pour la semaine.

Il est indispensable de prévoir des micro-pauses afin de permettre aux muscles de récupérer, car les différents efforts et la répétition des mouvements sont des facteurs de risque au développement des TMS **(28)**.

4.1.2.2.3 Accumuler les actes = accumuler stress

Le groupement des actes a également pour contrainte le fait de potentiellement cumuler les mauvaises surprises et les aléas thérapeutiques au cours d'une même séance. Le stress engendré face à ces imprévus, peut conduire à un mécanisme de défense. Ce dernier aura pour conséquence de réduire les ressources de l'individu et dans ce cas, la possibilité de TMS augmente **(29)**.

Pour conclure si l'on prend en compte uniquement le risque de développer des TMS il est recommandé :

- De diviser les longs traitements en plusieurs rendez-vous.
- D'éviter les longues périodes de travail sans interruption
- D'introduire un arrêt minimal de 15 minutes dans les demi-journées de 5 heures
- Alternier les cas complexes avec des plus simples **(28)**

Or les deux premiers points cités précédemment ne sont pas en accord avec la technique du groupement des actes.

4.1.3 Fatigue visuelle

La fatigue visuelle correspond à une altération temporaire du fonctionnement de l'œil **(30)**. On la retrouve dans certaines professions très minutieuses, où l'importance de la précision du travail est impérative comme les soins chirurgicaux par exemple. L'œil n'est pas adapté pour une accommodation permanente et les muscles se fatiguent après des efforts prolongés. De plus des variations fréquentes de l'intensité lumineuse peuvent également entraîner une saturation ressentie comme une fatigue visuelle. Cette fatigue se traduit par la vue qui se trouble au fur et à mesure de l'effort, des picotements oculaires, des maux de tête **(31)**.

Dans le cadre des séances longues, l'œil du praticien est focalisé durant un temps important dans la cavité buccale du patient. Afin de prévenir la fatigue visuelle, il semble indiqué d'effectuer des pauses, mais aussi d'avoir un éclairage de la zone de travail adapté.

4.2 Limites liées au patient

Cette technique de prise en charge est indéniablement dépendante du patient.

Cela sera fonction de sa coopération mais pas seulement. Certains facteurs somatiques ou psychologiques sont à prendre en compte.

Il est également important de faire comprendre au patient la valeur de notre temps et de le responsabiliser afin d'éviter un maximum l'oubli ou l'annulation du rendez-vous **(32)**.

4.2.1 Le patient algique

Il conviendra à tous de dire qu'un patient souffrant de pathologies articulaires ou musculaires par exemple n'est pas le candidat idéal.

En effet, le fait de rester immobile durant des heures sans pouvoir bouger, en position allongée ou semi-assise paraît particulièrement inconfortable pour lui **(15)**.

4.2.2 Le patient atteint de pathologies psychologiques ou psychiatriques

Il est déjà assez difficile pour des personnes saines d'aller chez son praticien. Les angoisses et le stress des patients atteints de ces pathologies est amplifié et ce type de traitement peut être particulièrement anxiogène et éprouvant pour elles. Il faudra donc les exclure des séances longues **(15)**.

4.2.3 Les autres patients

Les patients atteints de handicap (autisme...), les enfants et les personnes âgées ne semblent pas non plus être les meilleurs candidats pour le groupement des actes.

4.2.4 Manquement du rendez-vous et annulation

Il s'agit du point le plus redouté par le chirurgien-dentiste **(15)**. En effet, un patient qui n'honore pas son rendez-vous de 15 minutes ne perturbe pas de façon importante la journée du praticien. En revanche, s'il s'agit d'un créneau de 4 heures, cela représente un vrai manque à gagner ; on ne produit aucune rentrée d'argent, et le cabinet continue de nous en coûter.

Pour conclure ce chapitre, les séances longues conviendront uniquement aux patients conciliants et motivés. Par conséquent nous devons sélectionner ceux qui nous semblent éligibles à ce type de pratique, afin que tout le monde y trouve son compte. Dans le cas contraire, on risque d'être témoin d'un arrêt prématuré de la séance, ce qui créerait premièrement un vide important dans notre agenda, et surtout une perte de confiance de la part du patient en question. De plus, pour pallier au désagrément que constitue le manquement d'un rendez-vous d'une telle durée, et qu'il soit le plus rare possible, il semble indispensable de mettre en place une politique d'évitement comme la confirmation et le rappel des rendez-vous en amont par exemple.

OUVERTURE : Exemples des questionnaires

Questionnaire Praticien

1. Pratiquez-vous le groupement des actes similaires au cours d'une même séance ?

- Oui
- Non

2. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

3. Vous avez :

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Plus de 50 ans

4. En quelle année avez-vous été diplômé.

5. De quelle université êtes-vous diplômé

6. Nombre de praticien(s) au sein de votre cabinet

7. Nombre d'assistante(s) par praticien

8. Depuis combien de temps utilisez-vous ce type d'organisation clinique ?

- Depuis le début de mon exercice
- Après une expérience <5ans
- Après une expérience entre 5 et 10ans
- Après une expérience >10ans

9. Pourquoi ?

- Confort d'exercice
- Raisons économiques
- Autres : Précisez.

10. Comment ?

- Par des formations de coaching
- Par mimétisme ou expérience acquise dans d'autres cabinets
- Autre : précisez.

11. Ressenti Avantage(s)/Inconvénient(s)

Avantage(s) :

-
-
-
-
-
-

Inconvénient(s) :

-
-
-
-
-
-

Figure 22 : Questionnaire Praticien

Questionnaire Patient

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Vous avez :

- Moins de 18ans
- Entre 18 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Entre 60 et 70 ans
- Plus de 70 ans

3. Avez-vous déjà été candidat à des séances longues au cabinet (+ de 90 minutes) lors desquelles plusieurs soins ont été effectués ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous trouvé des avantages à ce type de rendez-vous

- Facilité d'organisation (moins d'aller-retours au cabinet)
- Résultats atteints plus rapidement
- Renforcement du sentiment de confiance avec le praticien
- Aucun
- Autre : précisez

5. Avez-vous trouvé des inconvénients à ce type de rendez-vous

- Inconfort
- Douleur
- Autre : Précisez

6. Recommenceriez-vous ce type de séance ?

- Oui
- Non

Figure 23 : Questionnaire Patient

CONCLUSION

L'objet de cette thèse a été d'amener une réflexion à propos de l'organisation que l'on peut adopter au cabinet.

Au cours de nos études, nous sommes amenés à fréquenter des cabinets au cours de deux stages. Lors du premier, le « stage découverte » en 2^{ème} année, l'aspect organisationnel n'est que très peu abordé car le but de ce stage est de nous plonger dans l'univers de notre futur métier. Durant le « stage actif » de dernière année, nous participons à la vie du cabinet, mais uniquement selon l'organisation établie par notre maître de stage.

On peut aussi considérer que l'organisation dans l'environnement hospitalier, que l'on côtoie de la 3^{ème} à la 6^{ème} année, est très différent de celui retrouvé dans les cabinets libéraux car d'une part la durée des rendez-vous est fixe et ne dépend ni des actes à effectuer, ni des patients et d'autre part, la notion de rentabilité et de chiffre d'affaire ne rentre pas dans nos prérogatives.

En 5^{ème} année, un de mes professeurs m'a parlé des séances où il passait « plusieurs heures » au fauteuil avec ses patients, et au cours desquelles il réalisait un nombre important d'actes. Cette discussion m'a permis de m'interroger sur un sujet que je ne connaissais pas. Cela explique pourquoi j'ai trouvé intéressant de développer cette question ici. De nos jours, en plus de notre obligation de délivrer des soins de qualité à nos patients, il me semble qu'il est important d'avoir une réflexion concernant l'organisation de notre cabinet.

Nous avons précédemment illustré qu'en restructurant notre modèle d'exercice ainsi que notre organisation, il était possible d'optimiser la prise en charge de nos patients en diminuant le nombre de séances nécessaires à la réalisation de leur traitement, tout en trouvant des avantages certains pour le praticien et son équipe .

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Le dossier du patient en odontologie, 2000.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier_patient_en_odontologie_2000.pdf

2. L'INTERNAUTE.

Dictionnaire Français.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/temporisation/>

3. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 16.

4. MACCARIO R.

L'organisation du cabinet dentaire. EDP Santé, 2015.

<https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/synthese-de-lorganisation-cabinet-dentaire-de-robert-maccario/>

5. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 24.

6. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 27.

7. LAROUSSE.

Dictionnaire.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/normalisation/54997>

8. L'INTERNAUTE.

Dictionnaire français.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/standardisation/>

9. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 30.

10. BINHAS E.

Simplification du travail dans la pratique dentaire, Le fil dentaire, 2010.

<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/simplification-du-travail-dans-la-pratique-dentaire-quotidienne/>

11. BINHAS E.

Dossier simplification du travail au cabinet dentaire. Fil dent, 2010 ; 50

12. BINHAS E.

La gestion globale du cabinet dentaire. Volume 1 : l'organisation technique. CdP, 2011.

13. MACCARIO R.

YouTube, 2016.

https://www.youtube.com/watch?v=86_9ODRkLfU

14. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 40.

15. SALOMON G.

La réduction du nombre de séances de traitement par le rallongement des durées,
La gestion du cabinet dentaire, 2019

http://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/la-reduction-du-nombre-de-seances-de-traitement-par-le-rallongement-des-durees/?doing_wp_cron=1570283454.2683598995208740234375

16. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 39.

17. VERMEULEN, J.

Organisation quotidienne du cabinet dentaire. CdP, 2017 : 42.

18. BINHAS E.

La gestion globale du cabinet dentaire. Volume 2 : Organisation interne, management et ergonomie, CdP, 2013.

19. DELZANGLES B.

Convergences, 2013 ; 11 : 16-17.

https://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2014/03/CONVERGENCES_UJCD_112.pdf

20. BRUCHIER J.

Convergences, 2012 ; 10 : 25.

https://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2015/04/CONVERGENCES_UJCD_10.pdf

21. SALOMON G.

La gestion du temps et l'optimisation des dispositifs instrumentaux.

La gestion du cabinet dentaire, 2019.

https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/la-gestion-du-temps-et-loptimisation-des-dispositifs-instrumentaux/?doing_wp_cron=1560420481.3447558879852294921875

22. PILLOU J.F.

Santé-médecine, Journal des femmes, 2013.

<https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/17550-biorythme-definition>

23. WIKIPEDIA.

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Attention>

24. LANDRY F.

Concentration, mémoire et attention, 2009.

<http://www.savie.qc.ca/CampusVirtuel/Upload/Repertoire/2275.pdf>

25. L'INTERNAUTE.

Dictionnaire français.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/concentration/>

26. ASSURANCE MALADIE.

Troubles musculo-squelettiques, 2019.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>

27. PROTEAU R.A.

ASSTSAS, Guide de prévention des troubles musculo-squelettiques en clinique dentaire, Edition révisée, 2007 : 47-63.

https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Dep/ GP50_TMS_cliniques_dentaires.pdf

28. PROTEAU R.A.

ASSTSAS, Guide de prévention des troubles musculo-squelettiques en clinique dentaire, Edition révisée, 2007 : 181.

https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Dep/ GP50_TMS_cliniques_dentaires.pdf

29. INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ.

Sécurité au travail, Troubles musculo-squelettiques, 2019.

<http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/facteurs-risque.html>

30. PASSEPORT SANTE.

La fatigue des yeux, 2015.

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=fatigue-yeux-symptome>

31. OFFICIEL PREVENTION.

La prévention des troubles visuels au travail, 2011.

http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/ergonomie-au-poste-de-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=164&dossid=322

32. BINHAS E.

Le fil dentaire, rendez-vous manqués et rendez-vous changés = baisse de productivité, 2011.

<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/rendez-vous-manques-et-rendez-vous-change-baisse-de-productivite/>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Examen exo-buccal Patient X	13
Figure 2 : Examen endo-buccal Patient X	13
Figure 3 : Radiographie panoramique Patient X	14
Figure 4 : Radiographie rétro-alvéolaires Patient X	14
Figure 5 : Réalisation du plan de traitement : méthode classique	16
Figure 6 : Réalisation du plan de traitement : en regroupant les actes	16
Figure 7 : Représentation des deux méthodes sous la forme de frises chronologiques	17
Figure 8 : Tableau permettant de calculer son temps moyen par acte (9)	19
Figure 9 : Exemple d'un protocole pré-opératoire à la réalisation d'un composite	20
Figure 10 : Exemple d'un protocole per-opératoire à la réalisation d'un composite	21
Figure 11 : Exemple d'un protocole post-opératoire à la réalisation d'un composite	22
Figure 12 : Déroulement de la séance et interactions praticien-assistante	23
Figure 13 : Modèle de cassette (10)	25
Figure 14 : Modèle de bac (10)	25
Figure 15 : Répartition du temps pour la réalisation d'un composite 2 faces	28
Figure 16 : Répartition du temps pour la réalisation de deux composites 2 faces	29
Figure 17 : Limite de l'efficience en fonction du nombre de patients reçus par jour	30
Figure 18 : Tableau décrivant le gain de temps produit en fonction du nombre de séances choisies pour la réalisation d'un même plan de traitement (17)	31
Figure 19 : Le chiffre d'affaire annuel est une conséquence de l'organisation	32
Figure 20: Estimation des prix des consommables à usage unique, nécessaire à la réalisation d'un composite	32
Figure 21 : Combinaison des facteurs pouvant causer des TMS (27)	39
Figure 22 : Questionnaire Praticien	43
Figure 23 : Questionnaire Patient	44

BAUDET (Jérémy) - Intérêt du groupement des actes en omnipratique. – 50 f. ; ill. ; tabl. ; 32 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2020)

Résumé :

De nos jours, au-delà de la formation théorique reçue lors de nos études, il paraît important de s'intéresser à la façon d'organiser notre travail car en plus d'être des soignants, nous sommes également des chefs d'entreprise.

Il existe plusieurs leviers permettant d'optimiser ou de rendre le travail au cabinet dentaire plus efficient. Le groupement des actes est une piste évidente qui est finalement peu pratiquée.

Ce travail avait pour objectif de définir le groupement des actes au cabinet dentaire, d'exposer ses intérêts cliniques, économiques et humains sans omettre les limites et faiblesses inhérentes à cette proposition d'organisation.

Nous avons également proposé lors de ce travail de thèse de donner des clés afin de mettre en place cette méthode d'organisation clinique.

Enfin, nous avons proposé un questionnaire pour évaluer le ressenti des praticiens et des patients suite à une organisation où les actes dentaires seraient groupés sous forme de séances longues.

Rubrique de classement : Cabinet dentaire

Mots clés - Mesh :

Cabinets dentaires - Dental offices

Rendez-vous et plannings - appointments and schedules

Gestion des soins aux patients - Patient care management

Jury :

Président : Professeur AMOURIQ Yves

Directeur de thèse : Docteur GAUDIN Alexis

Assesseur : Docteur BODIC François

Assesseur : Docteur GUIAS Charles