



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année 2022

N° 12448C

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

Présentée et soutenue publiquement le : 20 mai 2022

par

Jérémy CHUM

Né le 26 janvier 1997 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

**Communication et organisation du travail en
équipe au cabinet dentaire : facteurs
organisationnels et humains**

Composition du jury :

Président :

Pr Éric MORTIER

Membres :

Dr Céline CLÉMENT

Dr Julie GUILLET-THIBAUT

Dr Caroline GERBER

Directeur de thèse :

Dr Céline CLÉMENT

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

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Docteur Kazutoyo YASUKAWA

Vice-Doyens : Dr Charlène KICHENBRAND – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Marin VINCENT

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

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme JAGER Stéphanie	Maître de conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de conférences *
	M. HAINOT Raphaël	Assistant
	Mme HILT Léa	Assistante
	Mme HOMBOURGER Morgane	Assistante
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	M. VANDE VANNET Bart	Professeur des universités *
	Mme TRAN Mai-Linh	Assistante
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme CLÉMENT Céline	Maître de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Maître de conférences associé*
	Mme CAIONE Mariette	Assistante
	M. VEYNACHTER Thomas	Assistant *
Département parodontologie Sous-section 57-01	Mme BISSON Catherine	Professeur des universités *
	M. JOSEPH David	Maître de conférences *
	Mme BERBE Ludivine	Assistante
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de conférences
	Mme KICHENBRAND Charlène	Maître de conférences *
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Enseignant univ. – praticien attaché*
	Mme DE VERBIZIER Charlotte	Assistante
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Maître de conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
	M. LOISON-ROBERT Ludwig	Maître de conférences *
	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de conférences *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. MORTIER Éric	Professeur des universités *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M. VINCENT Marin	Maître de conférences*
	M. GIESS Renaud	Enseignant univ. – praticien attaché*
	Mme DAVRIL Jeanne	Assistante *
Département prothèses Sous-section 58-01	M. DE MARCH Pascal	Maître de conférences
	Mme CORNE Pascale	Maître de conférences *
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de conférences *
	M. HIRTZ Pierre	Enseignant universitaire
	Mme GERBER Caroline	Assistante *
	Mme MOUGEL Armande	Assistante
	Mme PRINTZ Elodie	Assistante
	M. SYDA Paul-Marie	Assistant
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de conférences
	Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée

Souigné : [responsable de département](#) * temps plein

Mis à jour le 1^{er} mars 2022

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Éric MORTIER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré en physique-chimie de la matière et des matériaux

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du département de dentisterie restauratrice, endodontie

Chef du service d'odontologie du CHRU de Nancy

Vous nous faites l'honneur de présider le jury d'examen de cette thèse. Nous tenions à vous remercier pour vos qualités pédagogiques et humaines que nous avons pu apprécier tout au long de nos années d'études. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus grande gratitude et de notre plus profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de Conférences – Praticien Hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Chevalier dans l'ordre national du Mérite

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Recevez nos sincères remerciements pour votre disponibilité et votre collaboration tout au long de ce travail. Votre aide nous fut très précieuse, et nous espérons que notre travail sera à la hauteur de la confiance que vous nous avez portée. Veuillez trouver ici l'assurance et le témoignage de toute la gratitude que nous portons à votre égard.

À NOTRE JUGE

Madame la Docteur Julie GUILLET-THIBAUT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Spécialiste qualifié en chirurgie orale

Ancienne interne en odontologie

Maîtres de Conférences – Praticien Hospitalier

Responsable du département de chirurgie orale

*Nous vous remercions d'avoir fait l'honneur d'accepter de
siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre
enseignement de qualité et votre implication clinique auprès
des étudiants. Veuillez trouver ici l'assurance de notre profond
respect.*

À NOTRE JUGE

Madame la Docteur Caroline GERBER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalo-Universitaire – département prothèse

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Lors de notre formation, nous avons apprécié votre pédagogie et votre gentillesse. Veuillez trouver par ce travail l'expression de notre profonde considération.

**Communication et organisation du travail en
équipe au cabinet dentaire : facteurs
organisationnels et humains**

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION

1. ÉTUDE DES PRINCIPES ORGANISATIONNELS POUR OPTIMISER LE TRAVAIL EN EQUIPE
 - 1.1. Le personnel dans un cabinet dentaire
 - 1.2. Missions administratives de l'assistant(e) dentaire
 - 1.3. Temps au fauteuil
 - 1.4. Missions techniques de l'assistant(e)
2. FACTEURS DE COMMUNICATION AVEC LE PERSONNEL
 - 2.1. Les rôles du chirurgien-dentiste en tant que directeur d'équipe
 - 2.2. Gérer la cohésion d'équipe
 - 2.3. Communication interne au cabinet dentaire
3. LE FACTEUR HUMAIN : UN ELEMENT ESSENTIEL A PRENDRE EN COMPTE AU SEIN DE L'EQUIPE
 - 3.1. Définitions et généralités
 - 3.2. Processus cognitifs et facteur humain
 - 3.3. Exemples de biais cognitifs pouvant être rencontrés au cabinet dentaire
 - 3.4. Prendre en mesure le facteur humain

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ELECTRONIQUES

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Protocole de soin pour une anesthésie locale à réaliser au niveau de l'arcade maxillaire (source : document personnel)	24
Tableau 2 : Protocole de soin pour la réalisation d'un coiffage pulpaire avec de la Biodentine® (source : document personnel d'après Bartala, 2020).....	25
Tableau 3 : Transformation des objectifs en objectifs SMART (source : document personnel).....	42
Tableau 4 : Répartition des tâches dans un cabinet dentaire avec deux praticiens et deux assistant(e)s (source : Veurmelen, 2011)	46
Tableau 5 : Exemple de tableau pouvant servir d'outil à la répartition des tâches en fonction de la priorité (source : Vermeulen 2011)	47
Tableau 6 : Critères de réussite d'un débriefing abouti (source : Rudolph, 2007)	61
Tableau 7 : Tableau de synthèse pour comprendre les EIAS (source : HAS, 2021) 78	
Tableau 8 : Reconstitution chronologique de l'événement (source : HAS, 2021)	78
Tableau 9 : Identification des causes profondes de l'EAIS (source : HAS, 2021).....	79
Tableau 10 : Identifications des barrières de sécurité (source : HAS, 2021)	79
Tableau 11 : Proposition de check list pour un cabinet dentaire, adaptée à l'avulsion d'une dent incluse (source : document personnel)	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des cabinets dentaires en fonction de la présence de salariés en 2017 (source : OMPL, 2017)	15
Figure 2 : Répartition des cabinets employeurs en fonction du nombre d'ETP (source : OMPL, 2017)	16
Figure 3 : Exemple de bac de couleurs (source : catalogue GACD)	28
Figure 4 : Posturologie du praticien et de l'aide opératoire pour un travail à quatre mains (source : Fédération dentaire Internationale, 2021)	31
Figure 5 : Les quatre positions de la tête du patient (Skovsgaard, 2001).....	31
Figure 6 : Organigramme des procédures de stérilisation (source : document personnel, d'après Bonne et coll, 2019)	33
Figure 7 : L'utilisation d'un thermo désinfecteur permet de simplifier la procédure (source : document personnel, d'après Veurmalen, 2017)	35
Figure 8 : Le référencement des produits consommables se fait à l'aide d'étiquettes de couleurs rangées avec le matériel (source : Vemeulen, 2014)	36
Figure 9 : Un tableau inspiré de la méthode Kanban pour organiser le stock au cabinet dentaire (source : document personnel).....	37
Figure 10 : Les quatre styles de management selon Likert (source : document personnel).....	39
Figure 11 : Résumé des cinq caractéristiques qui définissent un objectif « smart » (source : https://smart-visibilite.fr , 2020)	41

Figure 12 : La pyramide des besoins selon Maslow (source : https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/)	49
Figure 13 : Facteurs d'hygiène et facteurs moteurs dans la théorie d'Herzberg (source : document personnel, d'après : https://www.manager-go.com)	50
Figure 14 : le concept des « 5 pourquoi » appliqué à une situation au cabinet dentaire (source : document personnel)	54
Figure 15 : Inconfort émotionnel et ajustement lors d'une dissonance cognitive (source : document personnel)	68
Figure 16 : Dissonance cognitive concernant l'hygiène des mains au cabinet dentaire et normalisation de la déviance (source : document personnel)	69
Figure 17 : Représentation de l'effet Dunning-Krueger (source : https://www.cadremploi.fr , 2022)	73
Figure 18 : Le modèle en fromage suisse de James Reason (source : ACPM sur le modèle de James Reason, 2000)	77
Figure 19 : Communication en trois temps en période de stress (changement de longueur d'implant imprévue) (source : document personnel)	82
Figure 20 : Proposition de check-list avant de quitter le cabinet dentaire en fin de journée (source : document personnel)	84

INTRODUCTION

L'évolution technique de la dentisterie, associée à des emplois du temps de plus en plus chargés, amènent les chirurgiens-dentistes à recruter un ou plusieurs salariés pour se décharger du travail administratif ou pour réaliser des soins de meilleure qualité. Dès lors, les praticiens se voient projeter en tant que chefs d'entreprise. Néanmoins, la formation en cursus initial demeure très limitée concernant la gestion d'un cabinet dentaire, d'un point de vue organisationnel et de communication avec son personnel.

À ce jour, les compétences non cliniques en termes d'organisation et de gestion humaine sont bien trop souvent laissées de côté par les praticiens. Cependant, appréhender cet aspect de la profession constitue un puissant axe d'amélioration tant pour les soins réalisés aux patients, que pour le confort et la sérénité de l'équipe soignante.

Dans un premier temps, ce travail s'intéressera à ce qui peut être fait, d'un point de vue organisationnel, pour que les missions réalisées par l'ensemble de l'équipe soient effectuées de manière plus efficiente. Il s'agira ensuite d'étudier les facteurs de communication avec les employés et d'aborder certaines notions de gestion d'équipe. Enfin, la dernière partie s'intéressera plus particulièrement au facteur humain en santé, notamment l'identification des biais cognitifs, et déterminer comment le travail en équipe permet de limiter les erreurs.

1. ÉTUDE DES PRINCIPES ORGANISATIONNELS POUR OPTIMISER LE TRAVAIL EN EQUIPE

1.1. Le personnel dans un cabinet dentaire

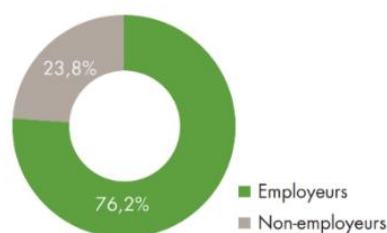
1.1.1. État des lieux

En 2019, l'OMPL (Observatoire des métiers dans les professions libérales) brossait un portrait statistique de l'emploi dans les cabinets dentaires afin de mieux comprendre la structuration de ce milieu professionnel (OMPL, 2019).

Grâce aux récentes données disponibles, on dénombrait 30 536 cabinets dentaires en 2017 et 76 644 actifs. Parmi cette population, on pouvait compter 47% de chirurgiens-dentistes, qu'ils soient en exercice libéral, mixte ou salarié et par conséquent, 40 067 employés hors praticiens. On détermine alors, toujours selon l'OMPL, un rapport de 1,13 employé par chirurgiens-dentistes. Deux caractéristiques majeures sont notables dans cet effectif :

- 96% des salariés dans les cabinets dentaires sont des femmes, expliquant pourquoi le métier d'assistant(e) dentaire est dans la plus grande majorité des cas décliné au féminin (OMPL, 2019).
- La forte proportion de temps partiels : 38% (contre 18,4% dans la population française en 2019) (INSEE, 2020).

Les cabinets dentaires sont donc créateurs d'emploi : en France, on compte « seulement » 23,8% d'entreprises « non-employeuses » (figure 1). Néanmoins celles-ci restent pour la plupart de très petites entreprises car plus des trois quarts emploient strictement moins de 3 ETP (équivalent temps plein) dans leur cabinet (figure 2).



Champ : France métropolitaine.
Sources : Estimations ; Insee, Recensement de la population, 2017 ; Actalians, bases adhérents, 2018 ; DREES, La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELJ), 2018.

Figure 1 : Répartition des cabinets dentaires en fonction de la présence de salariés en 2017 (source : OMPL, 2017)

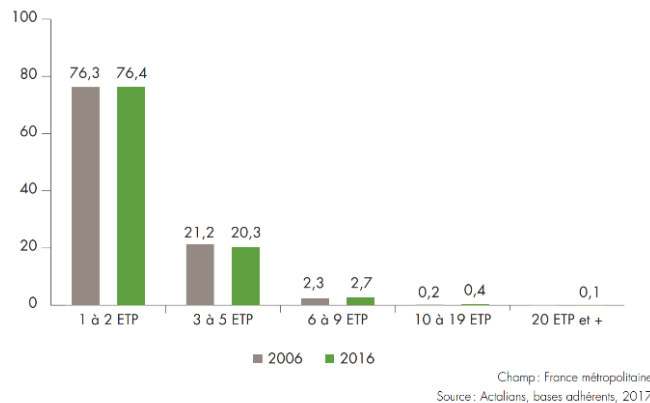


Figure 2 : Répartition des cabinets employeurs en fonction du nombre d'ETP (source : OMPL, 2017)

En suivant cette logique, on arrive donc à la problématique suivante : la profession confronte les jeunes chirurgiens-dentistes à une dimension importante du métier qui est trop peu, voire non-enseignée dans le cursus initial proposé par les facultés. Le chirurgien-dentiste se voit projeter « malgré lui » en tant que cadre ou chef d'équipe. Consciemment ou inconsciemment, il délaisse trop souvent le « *management* » et la gestion de l'entreprise. Nous nous intéresserons donc et dans un premier temps aux fiches de poste des divers salarié(e)s hors praticien pouvant exercer au sein du cabinet dentaire. Le travail n'abordera pas celle du prothésiste dentaire qui exerce majoritairement dans un laboratoire.

1.1.2. Fiche de poste du personnel d'entretien

En général, le personnel d'entretien est le personnel embauché en priorité. Son rôle est d'assurer le nettoyage et l'entretien des locaux (secrétariat, salle d'attente, couloir, salle de soin, salle de stérilisation, toilettes...) (HAS, 2012) et de leurs voies accès. Il a pour mission de nettoyer les sols, les meubles, les portes hors des horaires d'ouverture du cabinet (en début de journée ou en fin de journée).

1.1.3. Fiche de poste du ou de la secrétaire technique option santé

Son emploi consiste à assurer l'accueil des patients dans l'enceinte de l'établissement, aider à la gestion du cabinet, assurer le secrétariat technique et la comptabilité du cabinet. Ses capacités sont définies par la convention nationale des cabinets dentaires. Il/ elle peut par exemple (Legifrance, 2009) :

- Préparer et suivre la facturation et les remboursements,
- Produire les courriers professionnels,
- Créer et suivre les dossiers des patients,
- Gérer l'agenda et les prises de rendez-vous au cabinet,
- Enregistrer les pièces comptables...

Le ou la secrétaire technique option santé est soumise au secret médical.

1.1.4. Fiche de poste de l'aide dentaire

Pour exercer le métier d'aide dentaire, il est nécessaire de posséder un diplôme obtenu après une formation obligatoire d'un an. Elle est d'une durée de 314h, divisée en deux parties : l'une réalisée dans un centre de formation, et l'autre consiste en une formation interne dans un cabinet dentaire.

Les activités principales de l'aide dentaire sont les suivantes (OMPL, 2019) :

- Accueil et communication auprès des patients (accueil, identification des demandes, organisation de l'espace d'accueil),
- Entretien de l'environnement de soins, du matériel lié aux activités et gestion du risque infectieux (entretien de la salle de stérilisation et de soin, traitement des dispositifs médicaux, prise en charge la chaine de stérilisation...),
- Gestion et suivi du dossier patient (encaissement des honoraires, gestion de l'agenda...),
- Recueil, transmission des informations et mise en œuvre de la traçabilité dans le cadre de la structure de soins (contribution à la coordination des patients, préparation de documents à destination d'autres professionnels de santé...)

En aucun cas, l'aide dentaire n'a le droit de travailler avec le chirurgien-dentiste dans la bouche du patient. C'est ce qui la différencie en partie de l'assistant(e) dentaire. Cependant, l'aide dentaire a la possibilité d'obtenir le titre d'assistant(e) dentaire par la formation continue en validant en plus les deux modules de formation « travail à

quatre mains » et « assistance technique aux travaux prothétiques » (Legifrance, 2007).

1.1.5. Fiche de poste de l'assistant(e) dentaire

Depuis une dizaine d'années, la place de l'assistant(e) dentaire a considérablement évolué et aujourd'hui, les grands noms d'aide à la gestion de cabinet s'accordent pour dire qu'elle/il joue un rôle plus que primordial. Il/Elle apparaît comme indispensable dans le bon déroulement de la journée du chirurgien-dentiste : les praticiens prenant conscience de la véritable valeur ajoutée de travailler en étroite collaboration avec eux/elles.

En témoigne cette prise de conscience, les assistant(e)s dentaire sont entré(e)s au code de la santé publique depuis 2016, entraînant un ajustement de leur référentiel d'activités et de compétences (Légifrance, 2016).

La profession d'assistant(e) dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, l'assistant(e) dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire. La liste des activités ou actes que l'assistant(e) dentaire peut se voir confier est déterminée par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (Legifrance, 2016).

Le journal officiel découpe les capacités de l'assistant(e) dentaire en sept points, de la façon suivante :

- Assiste le chirurgien-dentiste dans la réalisation des gestes avant, pendant et après les soins,
- Accueille les patients et gère la communication,
- Éduque et informe les patients concernant la santé bucco-dentaire,
- Gère les dispositifs médicaux et le risque infectieux,
- S'occupe de la gestion et du suivi des dossiers des patients,
- Recueille et transmet des informations dans le cadre de la structure de soins,
- Accompagne les nouveaux arrivants dans la structure et l'amélioration des pratiques professionnelles.

La formation pour devenir assistant(e) dentaire est accessible dès la majorité, après le bac. Elle a une durée de 18 mois et se réalise en contrat de professionnalisation, en formation initiale, ou avec validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE).

Un tournant dans la profession est actuellement sur le point d'avoir lieu. De nouvelles fonctions sont prévues dans le cadre de la création du statut « assistant en médecine bucco-dentaire » (AMBD), après des années de pourparlers entre syndicats et députés (Information dentaire, 2021).

A l'image des hygiénistes, profession déjà existante dans de nombreux pays (Espagne, Canada, Danemark, Royaume Uni...), l'AMBD pourra réaliser des actes prophylactiques tels que l'application de vernis fluoré, la réalisation d'un détartrage et d'un polissage, des actes prothétiques (nettoyage des prothèses). Il leur sera également possible d'être encore plus impliqué(e) dans le suivi des patients en réalisant des contrôles de plaque ou en étant autorisé à réaliser des radiographies intra et extra-orales entre autres.

1.2. Missions administratives de l'assistant(e) dentaire

1.2.1. Accueil du patient

Pour des raisons d'hygiène et de temps, il n'est souvent pas concevable que le chirurgien-dentiste traitant se permette d'aller saluer directement tous les patients qui viennent d'arriver.

Deux possibilités sont alors possibles :

- Le patient est invité à se rendre en salle d'attente par un affichage et ne rencontre aucun membre du personnel.
- Le patient est accueilli par l'assistant(e) dentaire qui peut ensuite l'accompagner en salle d'attente.

Il est désormais acquis que les compétences techniques ne sont plus le seul critère d'un patient pour choisir son chirurgien-dentiste : la communication et l'amabilité sont des critères essentiels à la réussite d'un cabinet dentaire (Abasq, 2017). Ceci nous amène à penser que la deuxième solution est préférable, lorsqu'elle est possible. Le patient demande avant toute chose d'être ménagé et rassuré, et cela commence dès l'entrée dans le cabinet (Ducoffe, 2016). Il est nécessaire dans la relation avec le patient qu'il se sente attendu. Un accueil chaleureux et un(e) assistant(e) avenant(e)

lui apporte bien-être et sécurité. L'expérience patient, qui peut être définie comme l'ensemble des interactions des patients avec le parcours de soin (Beryl Institute, 2014), sera alors améliorée avec un contact direct.

1.2.2. Permanences téléphoniques

La gestion des appels téléphoniques entrants est primordiale pour un cabinet. D'une part, c'est le moyen le plus utilisé par les patients pour le premier contact avec un chirurgien-dentiste et d'autre part, une permanence téléphonique permet de se rendre disponible pour les urgences et de fidéliser la patientèle.

Cependant, il est difficile pour les assistant(e)s de gérer la stérilisation et la préparation du fauteuil, tout en étant constamment interrompu(e)s par le téléphone.

Plusieurs perspectives sont envisageables pour améliorer la gestion du téléphone :

- Différer les permanences téléphoniques des horaires d'ouverture du cabinet. L'ouverture et la fermeture d'un cabinet prennent du temps et il est inutile de surcharger l'assistant(e) dentaire lors de ces tâches. Il est alors envisageable de suspendre la possibilité d'appels téléphoniques pendant les trente premières minutes et la dernière heure de la journée (Veurmelen, 2017).
- D'autres cabinets (notamment de spécialistes) vont même jusqu'à fermer leur permanence téléphonique un jour dans la semaine car le praticien a besoin d'une aide constante au fauteuil. Ils privilégient ici le patient en présentiel plutôt que par téléphone.
- L'utilisation d'un télésecrétariat est une solution de plus en plus privilégiée par nombreuses professions médicales. Elle permettrait aux assistant(e)s d'être plus disponibles. L'externalisation peut être totale ou partielle. Elle est économique et pragmatique (Lestapis-Auroux, 2018) mais présente l'inconvénient suivant : le/la télésecrétaire ne connaît pas le cabinet (puisqu'il/elle n'y est généralement jamais allé(e), et ne saura pas répondre à certaines questions (indiquer la route, envisager la durée du soin à prévoir ou tout autre question sur la politique du cabinet par exemple...).
- L'utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous en ligne. Une enquête menée par Doctolib affirme que soixante-quinze pour cent des chirurgiens-dentistes constatent un gain de temps sur la gestion de leur agenda. Toujours selon

Doctolib, il y aurait en moyenne 400 à 600 appels par mois dont la moitié pourrait être évitée (Doctolib, 2019).

1.2.3. Rappel de rendez-vous

Il appartiendra à chacun, en fonction de sa patientèle et de son emploi du temps de peser la balance bénéfice-temps perdu. Le temps perdu à appeler les patients pour confirmer le rendez-vous est-il rentable ? Permet-il de faire baisser significativement le nombre de rendez-vous manqués ? Ces questions méritent d'être posées et d'y apporter une réponse individuelle après une analyse des comportements des patients qui affluent au cabinet.

La technologie permet maintenant de mettre en place un rappel automatique, sans perte de temps pour l'assistant(e). Il s'agira également de peser la balance bénéfice-coûts engendrés. En médecine générale, près d'un utilisateur de plateforme en ligne sur quatre affirme obtenir une baisse de rendez-vous non honorés (Yraeta, 2020). Plus encore, Doctolib permet d'envoyer un message au patient pour un rendez-vous de contrôle annuel un an après la date du dernier rendez-vous. Cet outil permettrait par ailleurs d'assurer un meilleur suivi bucco-dentaire (Doctolib et USBD, 2021).

1.2.4. Encaissement des honoraires et entente préalable

L'encaissement des honoraires et l'explication des devis est un sujet à débat. E. Binhas révèle que le temps passé à encaisser et télétransmettre un soin est compris dans une fourchette de sept à dix minutes. Pour lui, ce temps reste un temps non productif et par conséquent, devant être délégué.

Néanmoins, nombreux praticiens préfèrent réaliser eux-mêmes les encaissements et les explications de devis, afin de conserver une certaine proximité avec le patient. Bien qu'improductif, ce temps reste nécessaire pour eux afin de préserver une bonne relation entre le praticien et le patient.

A l'heure actuelle, la littérature ne semble pas aborder ce sujet de façon précise, il conviendra donc à chacun de déterminer le mode de fonctionnement qu'il juge le plus adapté à la politique du cabinet dentaire.

1.2.5. Gestion de l'agenda

La gestion de l'agenda peut et doit être déléguée sous certaines conditions. Sur l'organisation générale : l'assistant(e) doit être formé(e) à connaître le temps nécessaire pour le rendez-vous suivant, en fonction du soin prévu. Cela implique la mise en place d'un plan de traitement réalisé et suivi à la ligne par le chirurgien-dentiste (ou explicité s'il est modifié). Cela requiert aussi pour l'assistant(e) de savoir le temps dont le praticien a besoin pour chaque acte. Un rappel écrit peut et devrait être établi et mis à disposition.

La part de l'assistant(e) dans la gestion des rendez-vous non programmés est également très importante et nécessite une mise en accord entre les deux parties. Il sera donné comme mission à l'assistant(e) qui prend l'appel téléphonique d'évaluer le caractère urgent de la demande. La classification peut se faire de la façon suivante (Pegon-Manchat et coll, 2014) :

- Les urgences associées à des signes cliniques. Le patient doit être reçu pour réaliser une ordonnance, associée ou non à un acte clinique. Il faut prévoir pour ce patient un rendez-vous au plus vite.
- Les urgences esthétiques. Son rôle est primordial car le niveau d'urgence est dépendant du patient et est éminemment subjectif à celui-ci. L'entretien téléphonique a donc pour objectif de cerner ses attentes.
- Les urgences fonctionnelles. Là aussi, une écoute attentive de l'assistant(e) au téléphone permettra de discerner le niveau d'urgence.

Au téléphone, l'assistant(e) devra rapidement comprendre la demande du patient, pour pouvoir placer un rendez-vous de la bonne durée afin de réaliser un soin, si celui-ci est nécessaire. Dans le cas contraire, il/elle pourra prodiguer des conseils et des consignes.

Pour faciliter le travail de régulation, la création d'un questionnaire préétabli par le chirurgien-dentiste doit être mis en place (annexes 1 et 2). En fonction de la situation clinique (douleur, prise de médicaments à visée antalgique, etc.), l'assistant(e) pourra, de manière totalement autonome, fixer un rendez-vous de la bonne durée, avec un délai adéquat.

En fonction de ses types d'urgences (implantologiste, pédodontiste) et de son emploi du temps, il conviendra à chaque praticien de réaliser son propre questionnaire afin de pouvoir prendre en charge les patients selon la politique du cabinet.

1.3. Temps au fauteuil

1.3.1. L'importance des protocoles

Étymologiquement, le protocole correspond à la couverture d'un recueil. Il permettra au chirurgien-dentiste et à son équipe de s'assurer du respect des formes. La rédaction d'un protocole clair et précis référencera pour chaque acte la liste du matériel, la chronologie de son utilisation et récapitulera l'ensemble des procédures techniques. Il n'est pas question ici de réinventer le geste, mais d'y réfléchir en vue de l'optimiser afin de le faire mieux fonctionner. La science et les techniques étant en constante évolution, il est nécessaire de se méfier des habitudes et de modifier le protocole en fonction des avancées.

Les protocoles sont très utiles pour communiquer en équipe. Il s'agit d'un mémo de bonnes mesures qui permet de gérer chaque situation, afin de gagner en confort et en sérénité. Chaque acte peut être décrit dans un protocole, que ce soit pour un geste au fauteuil, pour les étapes de désinfection au cabinet ou pour de la communication. Tous les types d'actes, des plus faciles aux plus complexes, doivent être rédigés, permettant d'éliminer toutes les hésitations chronophages ou tous déplacements inutiles (manque de matériel par exemple). Pour chaque acte opératoire, il convient de définir à l'avance le temps moyen de réalisation, le protocole mis en œuvre, l'instrumentation et les matériaux utilisés. Tout doit être pensé plusieurs fois : la nécessité de chaque geste, du temps clinique et paraclinique, le conditionnement, l'utilisation d'un instrument.

Le but de la rédaction des protocoles est un gain d'efficacité et de temps. Le protocole aura pour maître mot l'anticipation (Renouard, 2016). Il répondra aux questions suivantes : Qui fait quoi ? À quel moment ? Dans quel ordre ? Tous les équipements sont-ils prêts ? L'anticipation consiste à « prévoir l'imprévisible pour prévenir l'irréversible » (Maccario, 2016). Il est nécessaire de bannir l'improvisation, éliminant ainsi les contretemps et l'aléatoire pour gagner en efficacité.

Nous présenterons ci-dessous un exemple de protocole « anesthésie au maxillaire et en mandibulaire de 1 à 4 » (tableau 1) et « coiffage pulpaire » (tableau 2)

Tableau 1 : Protocole de soin pour une anesthésie locale à réaliser au niveau de l'arcade maxillaire (source : document personnel)

QUE FAIT LE PRATICIEN	QUE FAIT L'ASSISTANT(E)	REMARQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Fais réaliser un bain de bouche au patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Prépare un gobelet avec une carpule, une compresse et du désinfectant pour l'opercule 	<ul style="list-style-type: none"> - Demander au praticien la concentration de vasoconstricteur
<ul style="list-style-type: none"> - Sèche la gencive 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépose une noisette de gel (anesthésie de contact) sur le plateau et imprègne un coton salivaire ou équivalent 	
<ul style="list-style-type: none"> - Prend le coton salivaire imprégné 	<ul style="list-style-type: none"> - Tend le coton salivaire 	
<ul style="list-style-type: none"> - Met en place le coton + massage avec le gel 	<ul style="list-style-type: none"> - Insère la carpule dans la seringue - Visse l'aiguille d'anesthésie 	
<ul style="list-style-type: none"> - Prend la seringue 	<ul style="list-style-type: none"> - Tend la seringue 	
<ul style="list-style-type: none"> - Effectue l'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspire pour éviter/limiter les « fuites » 	
<ul style="list-style-type: none"> - Tend la seringue 	<ul style="list-style-type: none"> - Prend la seringue 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire attention à ne pas se blesser
<ul style="list-style-type: none"> - Rinçage 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiration 	<ul style="list-style-type: none"> - Éloignement de zone opératoire pour éviter un AES

Tableau 2 : Protocole de soin pour la réalisation d'un coiffage pulpaire avec de la Biodentine® (source : document personnel d'après Bartala, 2020)

QUE FAIT LE PRATICIEN	QUE FAIT L'ASSISTANT(E)	REMARQUES
- Anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> - Voir protocole « Anesthésie » - Perce la feuille de digue 	Voir fiche anesthésie Vigilance si allergie latex Demande au praticien combien de trous doivent être préparés
	- Donne pince à clamer et crampon demandé	
- Mise en place du champ opératoire	- Aide au placement du cadre à digue	
- Curetage de la lésion carieuse	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiration - Aide au changement de fraise 	CA bague rouge + fraise diamantée pour l'émail CA bague bleu + fraise boule en carbure de tungstène pour retrait tissus carieux
- Vérification	- Donne brochettes avec révélateur de carie	
- Hémostase pulpaire	- Donne les boulettes de coton stérile humide	
	- Préparation du biomatériau pour le coiffage	Mettre cinq gouttes dans la capsule à vibrer

- Vérification de l'hémostase	- Capsule mise à vibrer	Attendre le feu vert du praticien
- Enlève le coton	- Donne le biomatériau sur une spatule de bouche	
- Application biomatériau	- Prépare restauration coronaire provisoire	Temps de prise : 10 minutes Sauf si le praticien veut réaliser directement la restauration définitive
- Obturation provisoire	- Donne pince pour retrait digue	

1.3.2. Bacs et cassettes

Il y a déjà plus de quarante ans, Kilpatrick préconisait un système de bac et de cassettes (Kilpatrick, 1972). En plus d'optimiser le temps passé à chercher le matériel (ici c'est le matériel qui vient au chirurgien-dentiste et non l'inverse), il permet au praticien de clarifier les situations et de limiter la fatigue qui s'accumule au fil de la journée.

Le principe est très simple : il consiste à préparer tous les instruments nécessaires à des actes bien précis et bien définis. Séparés en deux, l'un pour les éléments à usage unique et/ou stérilisables, l'autre pour les consommables (Charreteur, 2018).

Le risque de contamination croisée et les erreurs d'asepsie seront limités. D'une part, si le protocole est bien pensé, les praticiens ou assistant(e)s n'ont pas à ouvrir de tiroirs à la recherche de matériel complémentaire. D'autre part, une fois l'acte terminé, l'assistant(e) peut débarrasser le matériel à traiter sans avoir à le toucher, en un minimum de temps (Maccario, 2014).

Pendant l'acte, le praticien disposera devant lui de toute la séquence instrumentale dans l'ordre d'utilisation. Il peut alors se concentrer pleinement sur son acte sans devoir penser à la prochaine étape. Bien évidemment, prévoir en amont tous les instruments que l'on est susceptible d'utiliser lors d'un acte précis nécessite de l'expérience. Pour y parvenir, il est réellement indispensable d'avoir pensé et rédigé le protocole précédemment décrit. Celui-ci doit être explicité à l'assistant(e) dentaire. Il peut même être répété, en l'absence de patient, afin de s'assurer de sa bonne compréhension.

Pour résumer : au début de l'acte, tous les instruments du bac concerné sont posés sur le plan de travail. A la fin du soin, l'élimination de la salle de soin de l'instrumentation réutilisable est effectuée afin d'en réaliser le traitement en unité de stérilisation. Le bac de consommables est évacué quant à lui, après désinfection, en zone de stockage pour y être réapprovisionné.

Il est envisageable de compléter l'usage des bacs avec un code couleur (figure 3). A titre purement d'exemple, un bac de la couleur vert clair « taille inlay-core » peut être associé au vert foncé du bac « prothèse transitoire ». Ainsi, la fonction des bacs peut être identifiée plus facilement.



Figure 3 : Exemple de bac de couleurs (source : catalogue GACD)

Pour les cassettes contenant le matériel réutilisable (donc devant être traité en unité de stérilisation), l'idéal est d'éviter d'y entreposer plus de dix instruments (Maccario, 2014). Les instruments sont inspectés et traités individuellement. Après désinfection, l'assistant(e) devra reconstituer la cassette dans son intégralité. Des photographies pourront être réalisées et affichées pour faciliter son travail (Damien and coll, 2018).

In fine, une très bonne organisation avec des bacs et des cassettes montre son efficacité en libérant le chirurgien-dentiste et l'assistant(e) des contraintes intellectuelles et de concentration et permet de diminuer de façon conséquente mouvements inutiles et risques de contamination.

1.3.3. Travail à quatre mains

Le travail à quatre mains constitue la touche finale de l'optimisation de la gestion du personnel au cabinet dentaire. Contrairement au travail au fauteuil avec une assistant(e) « multi tâche » où l'assistant(e) devra s'occuper de la stérilisation, du téléphone... le travail à 4 mains nécessite une présence quasiment exclusive au fauteuil, d'où la nécessité d'employer une seconde personne (Maccario, 2014).

Un travail de collaboration efficace entre l'assistant(e) et le chirurgien-dentiste est un puit astronomique de performances cachées et n'a que très peu d'inconvénients, si ce n'est la charge salariale augmentée due au personnel supplémentaire, très vite

absorbée par le gain de productivité (Veurmelen, 2017), la nécessité de s'adapter aux absences et aux congés.

Entre outre, le travail avec un(e) assistant(e) permet :

- Un réel gain de confort pour le patient et en termes de qualité de traitement. Par exemple, la rétention de la résine utilisée lors des scellements des puits et fissures est supérieure lorsqu'ils sont réalisés avec un travail à quatre mains (Griffin et coll, 2008).
- Une diminution nette du temps passé au fauteuil pour une grande proportion des traitements auxquels nous sommes confrontés (Holmes et coll, 2009).
- Une réduction du stress et de la fatigue accumulés lors des actes complexes (Younos, 2016).
- La valorisation de l'assistant(e), entraînant une augmentation de son implication. Les assistant(e)s se sentent plus investi(e)s et l'équipe peut alors mieux se structurer (Cochet, 2010).

Dans cette configuration, l'assistant(e) demeure aux côtés du praticien pendant l'intégralité de la durée du soin. Le travail se réalise alors vraiment en binôme. Le rôle de l'assistant(e) étant de maintenir un champ opératoire clair (gestion de l'éclairage, écartement des joues, lèvres ou langue, utilisation de l'aspiration) et d'être en quelque sorte la jonction indispensable entre les cassettes et bacs précédemment décrits, et les mains du praticien. Ce travail requiert donc une communication optimale (verbale et non verbale) entre les deux opérateurs, une organisation sans faille, de l'anticipation de la part de l'assistant(e), que le chirurgien-dentiste doit logiquement estimer autrement que comme une « extension de pompe à salive »

Robert Maccario définit dans son livre les six conditions devant être réunies pour réussir à travailler à quatre mains :

- **L'agencement.** Certains paramètres de base doivent être obligatoirement respectés et l'équipement ergonomique pour garantir un bon travail à 4 mains. Il est en effet inenvisageable de réaliser un travail dans de bonnes conditions sans penser à assurer de la place à l'assistante pour exercer ses tâches par exemple. Les mouvements doivent demander le moins de temps possible et être réduits (en nombre et en amplitude).
- **La distribution.** La distribution transthoracique de l'unit est la plus adaptée et la plus confortable. Elle permet aux deux protagonistes de conserver une

posture ergonomique et de ne pas devoir réaliser des mouvements dangereux pour leur santé.

- **La posturologie de l'assistant(e)** qu'il convient donc de former et sensibiliser régulièrement (figure 4).
- **L'éclairage.** Positionné au-dessus de la tête du praticien plutôt qu'au niveau de son torse. Il permettra à l'assistant(e) de pouvoir ajuster la lumière avec un simple mouvement de bras si nécessaire.
- **L'implication du patient.** Le patient fait partie intégrante de l'équipe et sa mobilisation permet de faciliter la réalisation des soins. Les têtes des fauteuils sont maniables, inclinables en avant, en arrière, à droite et à gauche (figure 5). Cette adaptabilité permet au patient de maintenir des positions qui pourront venir aider l'équipe dentaire à effectuer les soins dans les meilleures conditions.
- **Les protocoles.** Tout(e) nouveau.assistant(e) doit pouvoir appréhender la manière de travailler du praticien, ce qu'il attend et le matériel qu'il compte utiliser pour chaque soin. La préparation commune et concertée des protocoles opératoires permet de préciser les mouvements des deux acteurs (cf. annexe 3). L'assistant(e), s'il/elle connaît les protocoles, n'est pas obligé/e d'attendre les instructions et peut surtout anticiper la préparation du plateau technique. Tout devient harmonie. Les protocoles une fois bien assimilés, le praticien n'est plus obligé de donner les directives à haute voix et il y a moins de perte de temps dues aux incompréhensions.

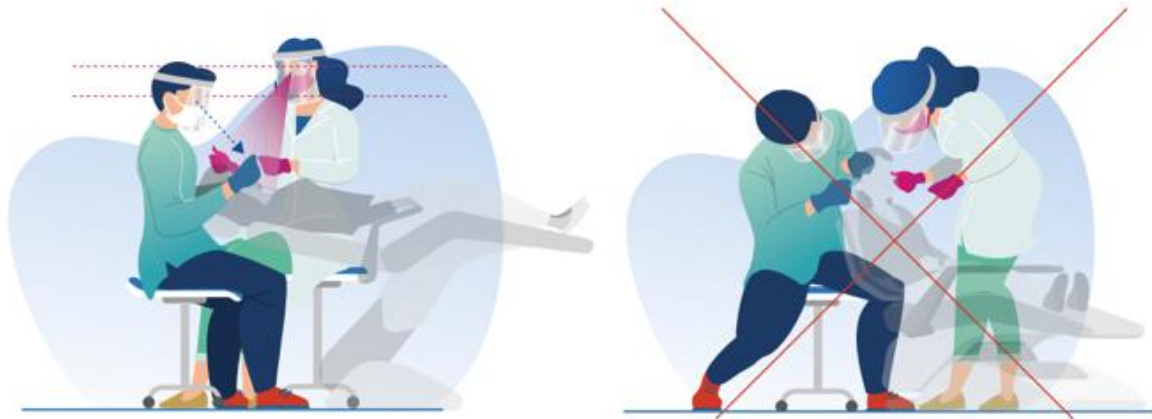


Figure 4 : Posturologie du praticien et de l'aide opératoire pour un travail à quatre mains (source : Fédération dentaire Internationale, 2021)



Figure 5 : Les quatre positions de la tête du patient (Skovsgaard, 2001)

1.3.4. Travailler sur deux fauteuils : est-ce rentable ?

À l'image d'une grande partie des cabinets spécialisés en orthopédie-dento-faciale, le schéma du travail sur deux fauteuils peut-il s'appliquer à l'omnipraticien ?

Travailler sur deux fauteuils implique la présence de plusieurs assistant(e)s pour un seul praticien mais également la possibilité d'absorber une quantité de travail conséquente, puisqu'il ne fera pas une seule pause. Finalement, le gain de temps n'est pas si significatif car la proportion du temps au fauteuil reste quasiment le même. Vermeulen estime que le temps gagné avec ce mode de fonctionnement est de soixante-dix minutes par jour (Vermeulen, 2017). Le modèle de l'orthodontie ne peut s'appliquer ici car l'omnipraticien passe en général plus de temps avec un seul et même patient.

Cependant, un 2^e fauteuil peut être utile pour certains actes courts (levée de suture, contrôle de la cicatrisation, empreinte pour réparation simple de prothèse, ordonnance préopératoire etc.) ou pour anticiper une éventuelle panne du premier fauteuil.

1.4. Missions techniques de l'assistant(e)

1.4.1. La stérilisation

- Rappel

Les étapes de stérilisation sont indispensables dans la vie quotidienne d'un cabinet. Elles sont requises et obligatoires pour prévenir les infections associées aux soins. Pour autant, elles demeurent une activité non productive et il est nécessaire sur cette étape de se poser les bonnes questions sur la manière de les optimiser (Offner et coll, 2018).

Le processus de stérilisation s'orienté de la façon suivante (figure 6) :

- La pré désinfection : permet d'éviter le séchage des souillures sur les dispositifs médicaux et diminue le niveau de contamination. Temps minimum requis : 15 minutes (selon recommandations fabricant de produit détergent-désinfectant).
- Le rinçage : sert à éliminer le biofilm sur les instruments. Temps estimé : 1 minute.
- Le nettoyage (manuel et/ou ultrasonique) : réduit très fortement la population de micro-organismes encore vivants. Temps estimé : 20 minutes.
- Le 2^e rinçage : élimine le produit détergent-désinfectant. Temps estimé : 1 minute.
- Le séchage : nécessaire pour éviter la corrosion des instruments. Temps minimum requis : 15 minutes.
- Le conditionnement, la mise sous sachet. Le but de cette étape est de maintenir l'état stérile jusqu'à la prochaine utilisation de l'instrument. C'est l'étape la plus chronophage en termes de travail pour l'assistant(e).
- Le passage en autoclave (temps de rangement des sachets dans l'autoclave et mise en marche).
- La traçabilité : permet de justifier le suivi de l'instrument d'un cycle valide dans l'autoclave.

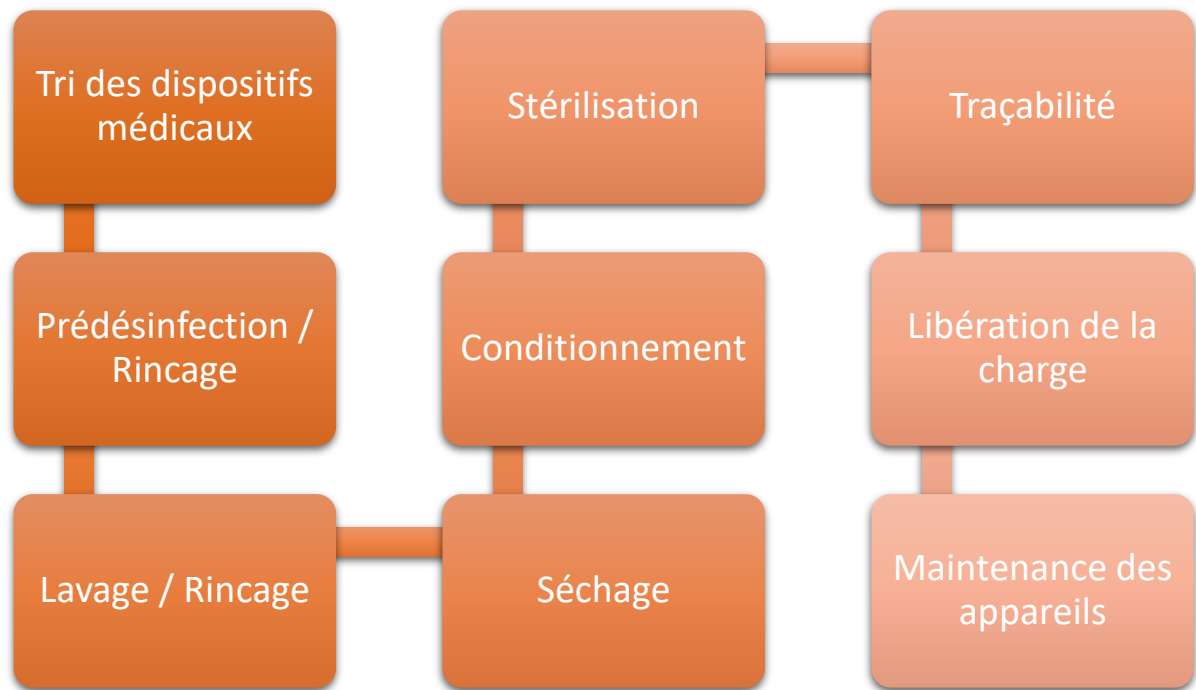


Figure 6 : Organigramme des procédures de stérilisation (source : document personnel, d'après Bonne et coll, 2019)

- Optimiser sa chaîne de stérilisation

Il s'agira par exemple dans un premier temps de limiter le nombre de cycles. Des cycles trop nombreux peuvent s'expliquer de plusieurs manières : un parc instrumental insuffisant, un défaut d'organisation des assistant(e)s ou un problème d'équipement (autoclave trop petit, non adapté au cabinet par exemple).

On peut alors demander aux assistant(e)s de prévoir leurs cycles de stérilisation en fonction du planning. Il sera alors beaucoup plus aisé de réaliser les étapes de stérilisation si elles ne sont pas entrecoupées par les demandes itératives du chirurgien-dentiste.

D'un point de vue de la conception de la salle de stérilisation, il s'agira de répondre aux exigences fonctionnelles et réglementaires. En plus de respecter le principe de la marche en avant, on privilégiera un mobilier compact avec une intégration rationnelle des appareils utilisés. Il est nécessaire de faire attention au surdimensionnement. Une zone de stérilisation trop grande entraînera des déplacements inutiles.

Par ailleurs, pour un processus optimisé, il est préférable de s'orienter vers l'automatisation des tâches.

Prenons comme exemple l'étape de la soudure des sachets de conditionnement. La soudeuse à levier, même si elle reste très fiable et utilisée par une grande proportion des cabinets dentaire. Elle possède quelques inconvénients notables dont :

- Le temps de préchauffage (en moyenne 90 secondes pour les modèles les plus récents) nécessaire avant la soudure.
- Après quelques minutes d'inaction (du fait d'un appel téléphonique ou d'encaissement à réaliser par l'assistant(e)), l'appareil se met en veille et l'opérateur doit de nouveau attendre la préchauffe de l'appareil.
- Sa manipulation reste fastidieuse. L'opérateur doit faire glisser l'amorce du rouleau, couper la gaine à la bonne longueur, actionner le levier et réaliser la première soudure. Mettre l'instrument dans le sachet, et établir un nouvel abaissement du levier pour réaliser la soudure finale dans le temps nécessaire pour que celle-ci soit optimale (et que le sachet ne s'ouvre pas ensuite). Si le temps de pression requis est généralement signalé par un signal sonore, la pression exercée par l'opérateur n'est pas forcément constante ni reproductible.

Les soudeuses automatiques permettent un gain de temps, une reproductibilité exacte de la pression exercée et une diminution des risques d'une mauvaise utilisation qui pourrait amener à une mauvaise fermeture du sachet. Certaines sont en plus équipées d'un dispositif de traçabilité. Malgré leur coût important, le temps gagné pour la mise en conditionnement leurs permet d'être envisagées dans certaines structures avec plusieurs chirurgiens-dentistes.

De la même manière, l'achat d'un thermo désinfecteur peut aider le personnel à réaliser plus rapidement et plus efficacement la chaîne de stérilisation (il peut arriver que l'assistant(e) puisse oublier certaines étapes). La pré-désinfection et le nettoyage s'enchaînent automatiquement sans avoir à sortir l'ensemble du matériel (Brisorgueil, 2017). La réalisation d'un graphique peut nous aider à représenter cela (figure 7).

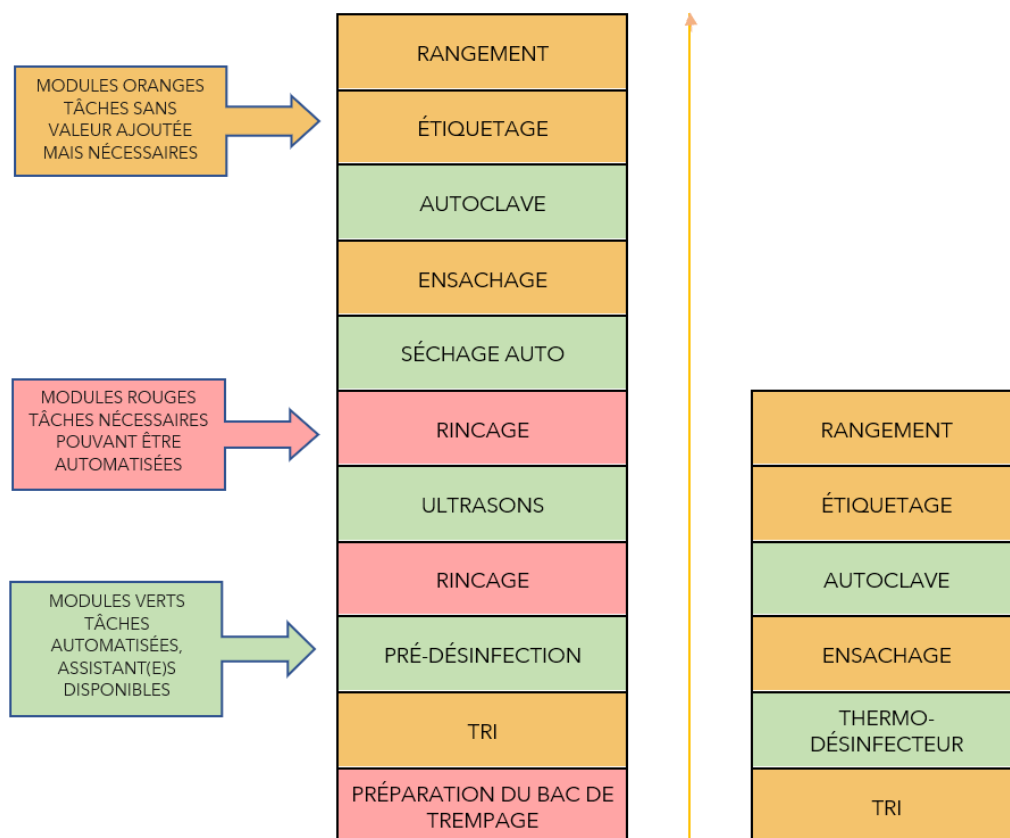


Figure 7 : L'utilisation d'un thermo désinfecteur permet de simplifier la procédure (source : document personnel, d'après Veurmalen, 2017)

1.4.2. Gestion des stocks

Ici, la question n'est pas de déterminer par quel moyen la gestion des stocks et le réapprovisionnement sont les plus efficaces mais de s'intéresser à une méthode parmi d'autres, qui reste beaucoup plus pratique qu'un système sans organisation.

Mis en place dans les années 1950 avec le groupe Toyota, la méthode Kanban est très largement utilisée dans les cabinets médicaux mais également beaucoup employée dans les services hospitaliers (Do Amaral, 2017).

Son fonctionnement est simple : tout le stock d'un produit est séparé en deux bacs. Le premier bac, en avant, constitue le stock opérationnel prêt à être utilisé. Le second, à l'arrière, constitue la réserve. Une étiquette est apposée sur le premier bac (figure 8). Elle peut être affichée à l'aide d'un code barre pour aider au référencement et pour connaître la quantité de consommation au quotidien à l'aide d'un outil informatique (Bonne et coll, 2010).

Une fois le premier bac vide, l'assistante place le deuxième bac en avant (qui passe donc de statut de « réserve » à celui d'« utilisation »). Elle retourne l'étiquette ou la place dans un classeur ou un tableau (figure 9). À intervalles réguliers, l'assistant(e) en charge des commandes n'a plus qu'à lister les étiquettes retournées ou qui sont rangées dans le classeur. On évite alors à chaque commande l'intégralité de l'inventaire chronophage et difficile.

Les avantages de ces fonctionnements sont certains : un gain de temps indéniable pour l'assistant(e) dentaire, une meilleure gestion des stocks en évitant les dates d'expiration (on écoule le stock avec le système du « *first in – first out* » couramment utilisé dès lors qu'il y a durée de conservation limitée). Cette méthode permet aussi une meilleure vision des stocks entraînant une gestion améliorée : les volumes sont bien mieux ajustés (Lanza-Leòn et coll, 2021).



Figure 8 : Le référencement des produits consommables se fait à l'aide d'étiquettes de couleurs rangées avec le matériel (source : Vemeulen, 2014)

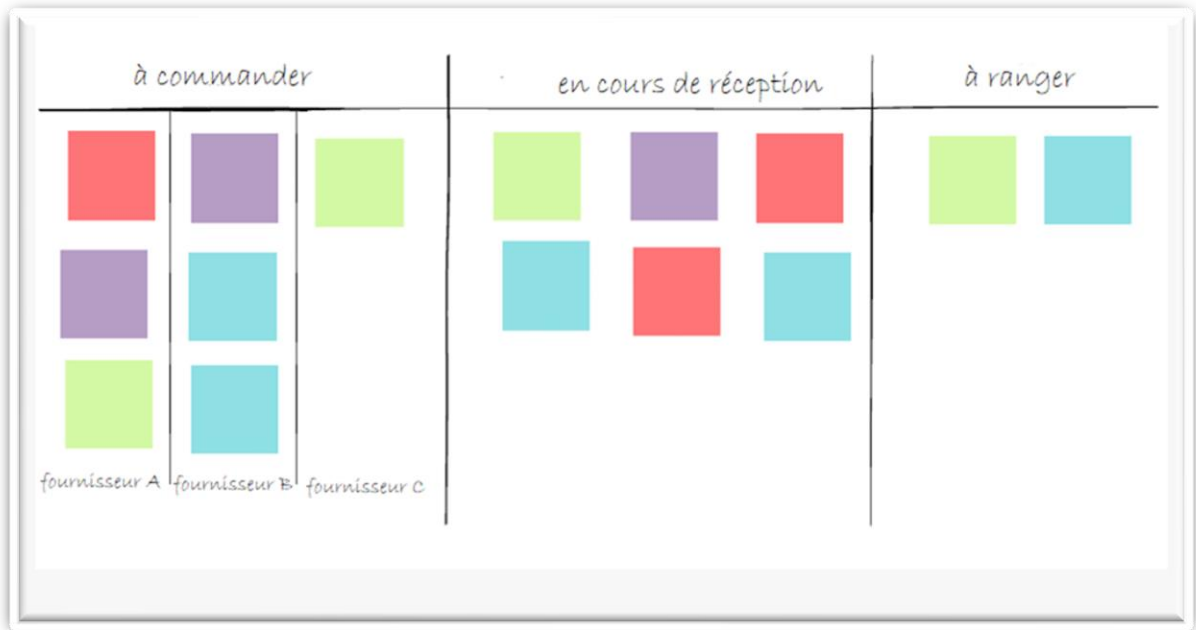


Figure 9 : Un tableau inspiré de la méthode Kanban pour organiser le stock au cabinet dentaire (source : document personnel)

En résumé, la méthode Kanban est constituée d'un tableau pour fiches et d'une fiche par produit. Chaque fiche indique les références, le fournisseur et le numéro de téléphone/coordonnées du site internet. Chaque produit est attaché à sa fiche correspondante. Lorsque l'on prend le dernier ou l'avant dernier (en fonction de l'utilisation), on place la fiche dans le tableau « à commander ». Une fois la commande réalisée, on déplace la fiche dans la case « en commande ». Après avoir été livré, le produit est rangé avec la fiche associée.

2. FACTEURS DE COMMUNICATION AVEC LE PERSONNEL

2.1. Les rôles du chirurgien-dentiste en tant que directeur d'équipe

2.1.1. Les différents styles

Le comportement du chef d'équipe est un élément clé dans le développement de toutes les entreprises et a un impact majeur sur le travail des collaborateurs et des employés (Cochet, 2005). Le cabinet dentaire étant une petite entreprise, il ne déroge pas à la règle.

Dans l'industrie managériale, il est fréquent de distinguer quatre grands styles. Le style de management se fait traditionnellement selon deux grands axes (Blake et Mouton, 1982) :

- L'axe des résultats. C'est cet axe qui nous pousse à prendre des décisions, donner des directions et les buts à accomplir.
- L'axe de la relation. Celui-ci correspond plus à la sensibilité, à l'ambiance, aux relations au sein de l'équipe. La motivation des individus apparaît comme l'objectif à atteindre.

Le psychologue américain Lickert R. a repris le modèle de Blake et Mouton et en fait découler quatre grands styles de management (figure 10) en prenant en compte l'implication du dirigeant.

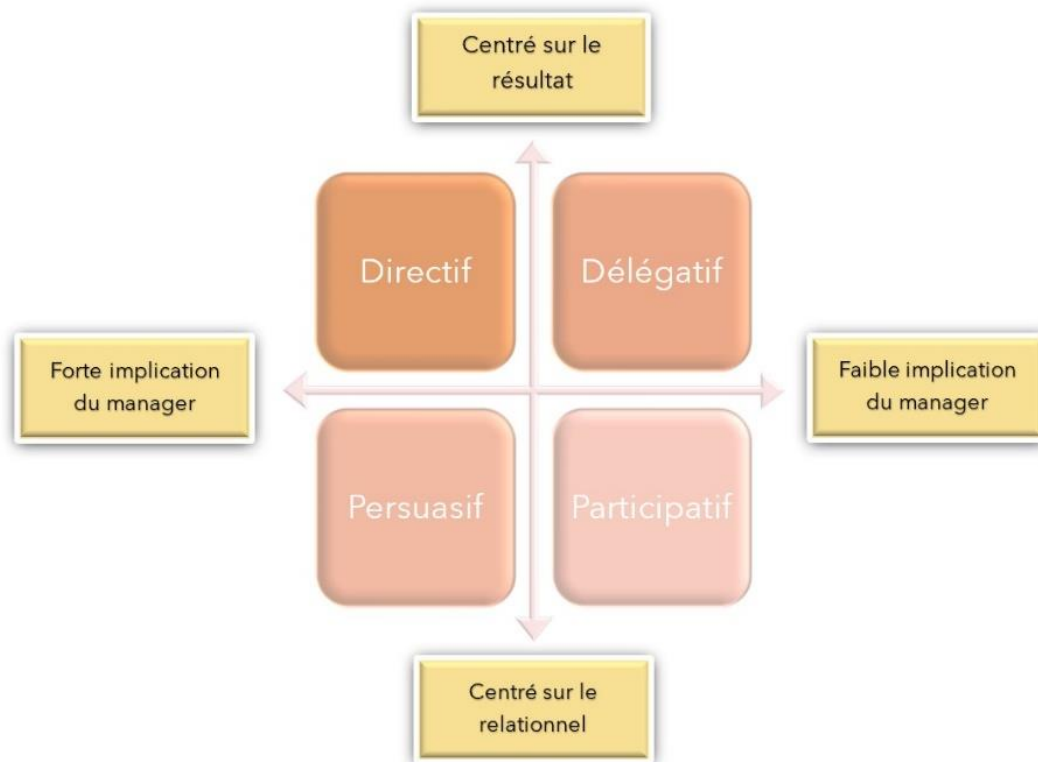


Figure 10 : Les quatre styles de management selon Likert (source : document personnel)

Le manager autoritaire (ou directif) donne des objectifs aux employés du cabinet dentaire, sans les questionner, ni les sonder. Avec cette gestion, la communication apparaît unidirectionnelle et les décisions sont prises par une seule personne. Le personnel est alors motivé par un système de balance sanction/récompense.

Le manager autoritaire analyse toujours par son regard les besoins de ses employés afin de désamorcer les conflits et les temps contre-productifs.

C'est un style de management tourné vers le résultat. Son efficacité est reconnue, mais le risque de démotivation reste néanmoins assez important.

Le manager délégitif est également très tourné vers le résultat. La mobilisation des employés se fait ici encore par un système assez simple de récompense/sanction. La différence avec le manager autoritaire se fait dans la responsabilité des décisions qui est en partie attribuée aux employés. Ceci amène une responsabilisation, source de motivation mais également une plus grande pression. Les employés laissés avec plus

d'indépendance développent un sens de la responsabilité et la communication se réalise plus aisément. Mais là aussi le risque de démotivation due à une surcharge de pression est important.

Le manager persuasif se caractérise par une grande implication qui assume l'intégralité de la responsabilité mais prend en compte les avis des autres. L'avis de chacun est ici pris en considération, la communication est possible entre le chirurgien-dentiste et ses employés. Une fois prises, les décisions sont expliquées et discutées avec le personnel. La relation entre le manager et les collaborateurs est bonne, ils se sentent intégrés dans l'entreprise, ce qui permet un renforcement de leur loyauté.

Le manager participatif se caractérise par l'accord d'une plus grande place à tous les membres de l'équipe dans les décisions et l'organisation du travail, tout en les accompagnant. Bien qu'il naisse dans ce système un sentiment d'appartenance et de cohésion, un risque de désorganisation existe.

Quel que soit le type de management, le bon manager est celui qui sait recruter, former, motiver, contrôler, récompenser et fidéliser ses subordonnés. On arrive alors à la définition du manager situationnel (Hersey et Blanchard, 1977). Pour ces auteurs, il n'y pas de bon ou mauvais style de management. Le manager, plutôt que d'avoir un seul style, doit savoir jongler et échanger les différentes casquettes, en fonction de la situation et de ses interlocuteurs.

2.1.2. Savoir fixer les objectifs

Le management par objectifs, créé par P. Drucker, est une approche de gestion de performance. Dans ce système, le manager fixe avec l'accord de l'équipe des objectifs de performance précis. Les résultats sont alors régulièrement analysés par le manager qui fournit un retour d'informations. Le but n'est pas de contrôler systématiquement, mais plutôt d'agir sur la motivation des membres de l'équipe. Dans ce style de management, il s'agit de développer les compétences et d'optimiser les performances individuelles par objectifs de réalisation personnelle, en appliquant des stratégies de motivation, de communication interne, et de médiation experte.

Fixer des objectifs ambitieux mais qui restent réalisables est le meilleur moyen d'accroître la motivation ainsi que la responsabilisation des employés (Bjerke et coll, 2017). Néanmoins, Drucker liste un certain nombre de prérequis à remplir pour ces

objectifs. Il développe alors le concept **d'objectifs « smart »** qui se caractérisent de la façon suivante (figure 11) :

- Spécifique. L'objectif doit être clairement défini et précisé. Chaque personne sait ce qu'il doit faire pour accomplir le but voulu.
- Mesurable. Il est nécessaire que l'objectif soit quantifiable et chiffrable.
- Atteignable et accepté. Il est nécessaire pour conserver la motivation de tous que les objectifs soient réalisables et que les moyens mis en œuvre soient en accord avec le but recherché.
- Réaliste. Parfois confondu avec atteignable, il s'agit de savoir si l'objectif est adéquat.
- Temporellement défini. La nécessité d'avoir une date limite est indispensable.



Figure 11 : Résumé des cinq caractéristiques qui définissent un objectif « smart » (source : <https://smart-visibilite.fr>, 2020)

Nous décrivons par exemple la transformation d'objectifs flous en objectifs « smart » (tableau 3)

Tableau 3 : Transformation des objectifs en objectifs SMART (source : document personnel)

Objectifs	Objectifs SMART
<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser de meilleurs soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir plus de 80% de scellements de puits et fissures encore totalement présents après 2 ans - Revoir moins d'un patient par an pour un composite qui « n'a pas tenu »
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer le nombre de rendez-vous non honorés 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir l'année prochaine moins d'un rendez-vous non honoré par semaine

2.1.3. Leadership

- Différence entre leader et manager

Souvent confondus, ces deux termes amènent rapidement à la confusion. Pour être un bon chef d'entreprise, il est important pour le chirurgien-dentiste de revêtir les deux facettes pour mener à bien le fonctionnement du cabinet (Barrow, 2016).

Le manager est un élément indispensable dans une entreprise : sa principale tâche est de garantir une organisation globale efficace, de gérer les équipes dans le but d'arriver à remplir les objectifs (en l'occurrence au cabinet, soigner correctement les patients en étant productif). Le pouvoir du manager vient de son statut : c'est sa position dans l'organigramme qui lui donne son autorité.

Le leader quant à lui, obtient son autorité des personnes qui le reconnaissent. Il est plus centré sur les personnes et son pouvoir vient des liens qu'il noue avec son équipe. Il est donc le centre et le moteur dans un groupe. Sa mission est de motiver le groupe et de rechercher de nouvelles solutions innovantes qui permettent d'offrir de nouvelles perspectives (Khoshhal et Guraya, 2016).

Un bon manager est indispensable pour conserver une certaine rigueur dans l'organisation afin d'être efficace dans l'activité du cabinet dentaire. Un bon leader se verra également très utile pour entraîner et inciter les équipes, susciter la créativité et

les motiver. Leurs qualités servent de point d'appui pour le reste du groupe. Un bon leader génère un dynamisme qui s'associe à une véritable plus-value dans une équipe. Le manager et le leader sont deux entités nécessaires à la bonne gestion d'une entreprise. Ce sont des entités qui se complètent (Algahtani, 2014).

- Être un bon leader

Dans l'objectif d'être le plus efficace, Binhas identifie trois points clés qui semblent indispensables pour remplir ce rôle (Binhas, 2013).

- **Prendre conscience de ces nouvelles exigences.** Le métier de chirurgien-dentiste requiert, en plus des capacités techniques, des compétences dans le domaine de la gestion et du *management*. Ne pas les prendre en compte et assumer cette facette de la profession, amène sans nul doute des soucis relationnels dans la structure.
- **Se mettre en méta-position.** Il s'agit d'un processus critique où le leader prend de la distance et de la hauteur pour observer les actions passées, en vérifier la cohérence pour se redonner des objectifs. Savoir prendre le recul nécessaire permet de mieux analyser une situation. Le rythme soutenu rend difficile cette phase mais il est important d'arriver à se dégager du temps pour planifier ce moment de réflexion.
- **Établir un projet motivant.** Un projet professionnel motivant est la base d'une bonne dynamique d'équipe. Les valeurs essentielles du cabinet, les actions quotidiennes, peuvent faire tendre l'équipe vers un sentiment d'utilité, de plénitude.

2.1.4. Savoir déléguer efficacement

Les obstacles à la délégation sont nombreux. Il est souvent possible de penser qu'un travail personnel est plus rapide et mieux réalisé par soi-même. Par ailleurs l'assistant(e) peut percevoir cette délégation comme une surcharge de travail qu'il/elle ne consent pas car refuse de prendre des responsabilités. Malgré cela, les avantages de la délégation sont nombreux.

Lorsque l'on liste les tâches du chirurgien-dentiste, les seules tâches qu'il lui sont impossibles de déléguer sont en rapport avec ses compétences techniques à savoir les soins dentaires. **Déléguer c'est optimiser son temps et être plus productif, se décharger des tâches dites « improductives » pour se concentrer sur l'activité la plus prolifique** au cabinet : le temps au fauteuil.

Il est cependant nécessaire de respecter le cadre strict des compétences établies par le Journal Officiel (Legifrance, 2016).

Avant de laisser autonome un collaborateur, il convient de le former correctement. Il devra alors maîtriser pleinement le mode opératoire, et en assumer la responsabilité. Il faut également définir des critères d'évaluation et obtenir son adhésion. La totale autonomie est désirable, elle amène de la responsabilisation de la part de l'employé. Néanmoins, le suivi et le contrôle par le praticien sont essentiels pour garantir une qualité constante (Lewin 2012).

A intervalles réguliers, un contrôle interne permettra de vérifier la conformité au protocole défini, réajuster si nécessaire, éviter les oublis, mesurer l'amélioration des compétences, essayer d'explorer de nouvelles possibilités dans le protocole pour gagner en performance (Rozenzweig, 2014). Si une imperfection est détectée, il s'agira d'en réaliser le constat puis de mener des explications précises afin d'empêcher les répétitions.

Pour faciliter la bonne délégation des tâches dans une équipe soignante, il est préconisé de bien marquer les quatre étapes suivantes (Lewin, 2012) :

- Une définition des missions,
- Une description des fonctions,
- Une répartition des rôles (tableau 5),
- Une visibilité des objectifs.

Très logiquement, il est possible de mettre en place un texte écrit qui résumerait à qui incombe chaque tâche (tableau 4) et son niveau de priorité (tableau 5). Ceci afin de limiter les malentendus. Il peut s'agir d'un document très simplifié, qui peut être enrichi au fil du temps pour devenir un véritable outil de travail.

Tableau 4 : Répartition des tâches dans un cabinet dentaire avec deux praticiens et deux assistant(e)s (source : Veurmelen, 2011).

RÉPARTITION DES TACHES : QUI FAIT QUOI ?					
Liste des tâches à déléguer	Attribution des délégations				
Charte de poste	Assistant(e) A	Assistant(e) B	Chirurgien- dentiste 1	Chirurgien- dentiste 2	Notes
Allumer les postes informatiques	X				
Allumer compresseur		X			
Ecouter répondeur		X			
Réaliser les commandes		X			
S'occuper des factures du prothésiste	X				
Réceptionner les appels	X	X			
Donner premier rdv	X	X			
Accueillir les patients	X	X			
Installer patients	X	X	(X)	(X)	
Renseigner les schémas dentaires			X	X	
Concevoir les plans de traitement			X	X	
Remettre au propre les plans de traitement	X	X	(X)	(X)	
Présenter devis			X	X	
Expliquer facilité de paiement	X	X			

Tableau 5 : Exemple de tableau pouvant servir d'outil à la répartition des tâches en fonction de la priorité (source : Vermeulen 2011)

		Priorité		
Taches à déléguer	Attribution	Haute	Moyenne	Basse
Accueil	Secrétaire	H		
Téléphone	Secrétaire	H		
Gestion agenda	Secrétaire	H		
Encaissement	Secrétaire	H		
Rappel patient	Secrétaire		M	
Préparer ordonnance	Secrétaire		M	
Stérilisation	Assistant(e)	H		
Installation patient	Assistant(e)			B
Désinstallation patient	Assistant(e)		M	
Commandes	Assistant(e)	H		

2.2. Gérer la cohésion d'équipe

Savoir bien travailler en équipe est un enjeu crucial dans les nouvelles structures de santé. Une bonne cohésion d'équipe permet d'obtenir un cadre de travail plus sain et serein, et ainsi d'avoir une qualité de travail satisfaisante. Le chirurgien-dentiste doit porter une attention toute particulière à la manière d'organiser et de dynamiser son équipe afin de pouvoir garantir des soins de qualité.

L'équipe dentaire va évoluer vers un objectif commun : répondre aux besoins des patients affluant au cabinet. Les fonctions de chacun sont complémentaires.

Cependant, comme le souligne Roger Mucchielli dans ses ouvrages sur la question, « *le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique, qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe* » (Mucchielli, 2016).

2.2.1. Leviers de motivation

- La pyramide des besoins (Maslow, 1943)

Comment réussir à garder motivé(e) l'assistant(e) après plusieurs années ? C'est une question à laquelle sont confrontés tous les chirurgiens-dentistes employeurs et dont la réponse reste très difficile à trouver. À la différence d'autres employés dans d'autres types d'entreprise, l'assistant(e) dentaire ne possède pas de perspective d'évolution majeure (impossible pour lui/elle de reprendre le cabinet). Il est néanmoins important, voire indispensable de garder un personnel enthousiaste. Il se peut qu'après un certain temps, l'assistant(e) puisse apparaître fatigué(e) puis démotivé(e).

Maslow en 1940 réalisait une représentation pyramidale de la hiérarchie des besoins qui se cachent derrière la motivation (figure 12). Il définit alors cinq besoins, rangés dans le sens croissant :

- **Les besoins physiologiques ou biologiques.** Il s'agit ici de la satisfaction des besoins primaires d'un être humain, à savoir manger et dormir. La première motivation d'un(e) assistant(e) dentaire reste la survie grâce à la rémunération.

Si celle-ci n'est pas suffisante pour remplir ses besoins vitaux, il/elle ne pourra pas répondre totalement aux demandes de son employeur.

- **Les besoins de sécurité.** Un niveau supérieur des besoins physiologiques. Les besoins de sécurité concernent la stabilité à plus ou long terme. Il s'agit ici par exemple d'épargne ou la sécurité de l'emploi.
- **Les besoins d'appartenance.** En dehors du facteur « salaire », les besoins d'appartenance peuvent se définir comme l'envie de faire partie d'une équipe ou d'une entité. Cet inestimable sentiment d'appartenance et d'intégration peut émerger à la condition que la stratégie de communication en interne soit suffisamment développée.
- **Les besoins d'estime.** L'assistant(e) dentaire a besoin de bénéficier de manière régulière de marques d'estime et de reconnaissance de la part du praticien.
- **Les besoins d'accomplissement.** Cette partie possède plusieurs formes selon les individus. Ils symbolisent les besoins de se réaliser, d'exploiter et mettre en valeur son potentiel.



Figure 12 : La pyramide des besoins selon Maslow (source : <https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/>)

- Les facteurs de motivation : la théorie de Herzberg

Dans son ouvrage, Herzberg distingue les facteurs d'hygiène des facteurs de motivation (Herzberg, 1959).

Les facteurs d'hygiène sont aussi appelés facteur de démotivation. Leur absence entraîne frustration et insatisfaction (figure 13). Mais leur présence n'est pas forcément motivante. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un employé n'a aucune raison d'être insatisfait, qu'il sera pour autant réellement motivé dans son travail.

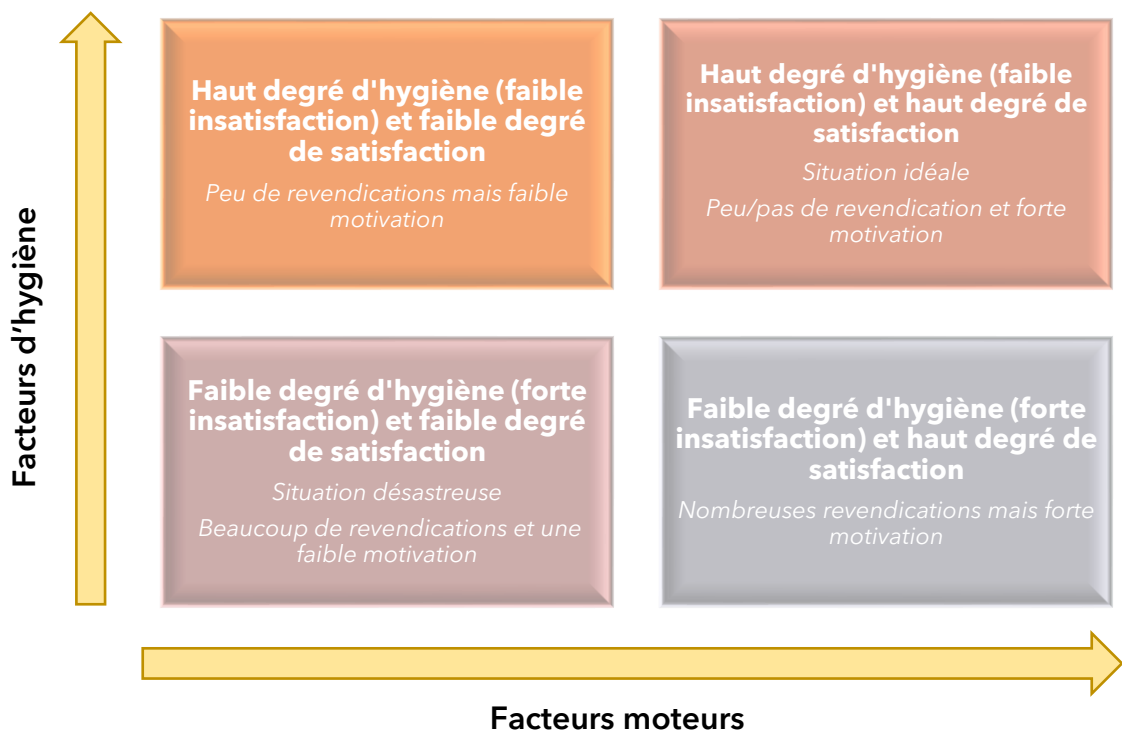


Figure 13 : Facteurs d'hygiène et facteurs moteurs dans la théorie d'Herzberg (source : document personnel, d'après : <https://www.manager-go.com>)

Ainsi, le salaire, l'emploi du temps, la sécurité ne sont que des facteurs de motivation illusoires, et ne permettent aucunement l'épanouissement total dans le cadre de la vie professionnelle (Alwhari et coll, 2020).

A l'inverse, les facteurs de motivation (ou intrinsèques) incarnent les besoins de l'individu. Pour l'auteur les personnes vraiment motivées dans leur travail sont plutôt

stimulées par des facteurs intrinsèques tels que l'autonomie ou la réussite de projets, autrement dit liés à l'accomplissement de soi.

Une étude menée auprès d'assistantes dentaires allemandes en 2016 a défini comme critères majeurs de satisfaction « la responsabilité au sein de l'équipe » (Goetz, 2016). En effet un(e) assistant(e) dentaire qui se sentira absolument garant(e) d'une tâche, sera plus à même de déployer toutes les ressources personnelles dont il/elle dispose (Cochet, 2005).

A l'inverse, le revenu est jugé comme un critère de satisfaction faible dans la même étude, ainsi que dans une autre réalisée auprès des assistant(e)s brésilien(ne)s (Loretto et coll, 2013).

Par ailleurs prétendre à une formation ou à un développement personnel, en interne ou en externe, se rendre à l'ADF ou à la journée nationale annuelle des assistant(e)s (JNAD) en compagnie de ses assistant(e)s peut être très motivant pour eux/elles. Ce n'est pas forcément le contenu qui va les impacter, surtout s'ils/elles sont expérimenté(e)s, mais il conduira à installer un profond sentiment d'appartenance à la communauté scientifique et médicale (Cochet, 2010). De même, en interne, il s'agira de remettre à niveau de façon assez régulière les connaissances et les protocoles de façon pédagogique.

2.2.2. Politique salariale

La question du salaire est importante tant pour les employés que pour le manager. En reprenant les travaux sur la motivation que nous avons précédemment étudiés, il nous est apparu que la rémunération n'est pas un facteur important de performance. Si un salaire trop faible (ou considéré comme tel par le salarié) est une source puissante d'insatisfaction et peut donner lieu à une forte démotivation, une fois jugé comme satisfaisant, l'argent supplémentaire n'aurait qu'un impact très faible voire inexistant sur sa motivation. C'est plutôt la nature du poste, le style de management et les conditions de travail qui vont lui apporter un supplément de motivation (Cochet, 2014).

Qu'en est-il des primes ? Pour motiver des collaborateurs, il est courant d'instaurer une part variable au niveau de la rémunération. En chirurgie dentaire, beaucoup de praticiens mettent donc en place un système de primes pour motiver leur personnel. Cependant, pour garder une efficacité optimale, il est important de savoir choisir les bons critères.

Tout d'abord, selon Yvonne Garbers et Udo Konradt, qu'elles soient collectives ou individuelles, les deux types d'incitation financière ont un impact positif sur la performance (Garbers et Konradt, 2014). La prime collective reste toutefois supérieure en termes d'efficacité. Cependant, l'efficacité des deux types d'incitations financières dépend de la difficulté des activités sur lesquelles elles portent. Lorsque les objectifs sont trop facilement réalisables, il n'y a aucune raison d'accorder des primes. Les objectifs seront atteints quoi qu'il arrive. De même, une prime donnée de façon informelle aléatoirement en fin d'année est également inutile. En l'absence d'objectifs prédéterminés, le salarié la jugera souvent insuffisante et elle peut même générer de la frustration.

2.2.3. Gérer les écarts

- Définitions

Selon la définition officielle du Larousse, un écart correspond à l'« action de se détourner, de s'éloigner de la ligne de conduite ». À partir de cette définition, il est important de bien cerner les différences entre l'erreur et la faute, qui sont des termes très souvent mésusés. L'utilisation des notions « d'erreur » et de « faute » est souvent confondue, alors que les mécanismes sous-jacents sont clairement différents.

Par « erreur », on entend un écart par rapport à ce qui a été prévu, mais qui n'est pas fait de manière « volontaire ». C'est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine. « *C'est lorsque que quelqu'un fait mal en essayant de faire bien* » (Runciman, 2007).

Pour la « faute », l'écart par rapport au protocole est le plus souvent volontaire, ou est considéré comme tel. Elle relève du domaine de la morale et de la justice, et implique la responsabilité de son auteur.

- Pourquoi mener une politique d'erreur ?

Quel que soit le niveau de performance de l'équipe soignante, avec l'accumulation de la fatigue et le rythme soutenu, l'apparition d'erreurs est inévitable. Pour beaucoup, la tentation de minimiser la difficulté est grande, le nombre d'arguments en faveur d'une non-résolution étant nombreux. Tous les membres du groupe peuvent se mettre inconsciemment à fermer les yeux sur le(s) problème(s), avec sans doute la peur de découvrir les véritables faiblesses de leur système, ou par crainte de sanctions. L'incident finit donc par être oublié, perdant aussi l'occasion d'améliorer le processus.

Dans la plupart des entreprises, une carence est plus facilement remarquable qu'une réussite, considérée comme allant de soi. Nous avons vite tendance à exprimer nos remarques à la suite d'un manque, par crainte d'oublier de le signaler plus tard. Il se peut que ce mode de fonctionnement puisse parfois blesser et même jusqu'à démotiver le personnel, alors qu'il pourrait amener à une puissante volonté de perfectionnement.

En suivant les principes d'une démarche qualité, il est possible de prendre le schéma d'un autre point de vue et lier la correction des erreurs à une notion d'enseignement qui va profiter à l'ensemble de l'équipe. Il s'agit alors d'effacer totalement la vision « négative » des manquements et d'aborder le problème d'un autre angle en l'approchant plutôt comme une résolution de problème et non plus comme une chose à sanctionner.

Aider les consciences à prendre en considération et accepter les erreurs amène plus de liberté et de sérénité à chacun (Leonard et coll, 2004).

- Méthodologie

L'idéal est de répertorier les erreurs ou les manquements sur un document. Sinon ces éléments sont très vite omis et ne pourront pas amener la pédagogie voulue en apportant des mesures de correction et prévention.

Il est également nécessaire de savoir montrer l'exemple, savoir avouer ses propres erreurs. Il est important pour un manager de respecter à la lettre les valeurs qu'il va demander aux autres membres de l'équipe. Accepter ses revers permet d'exercer une

influence constructive et pédagogique dans ces conditions précises. L'analyse commune et sans jugement de la formation de l'erreur est le meilleur moyen de régler le problème et d'éviter son renouvellement.

Une fois l'erreur identifiée, il existe plusieurs méthodes pour analyser et corriger les sources profondes. L'une d'elle est l'utilisation du concept des « 5 pourquoi » (Patel, 2021).

Cette méthode consiste à se poser la question « pourquoi » dès lors qu'un problème a été mis en évidence. La cause racine du dysfonctionnement est alors plus facilement identifiée et des corrections du système peuvent être réalisées pour que la situation ne se réitère pas.

Prenons comme exemple un problème qui peut arriver dans les cabinets dentaires : l'absence d'une teinte de résine composite (figure 14).

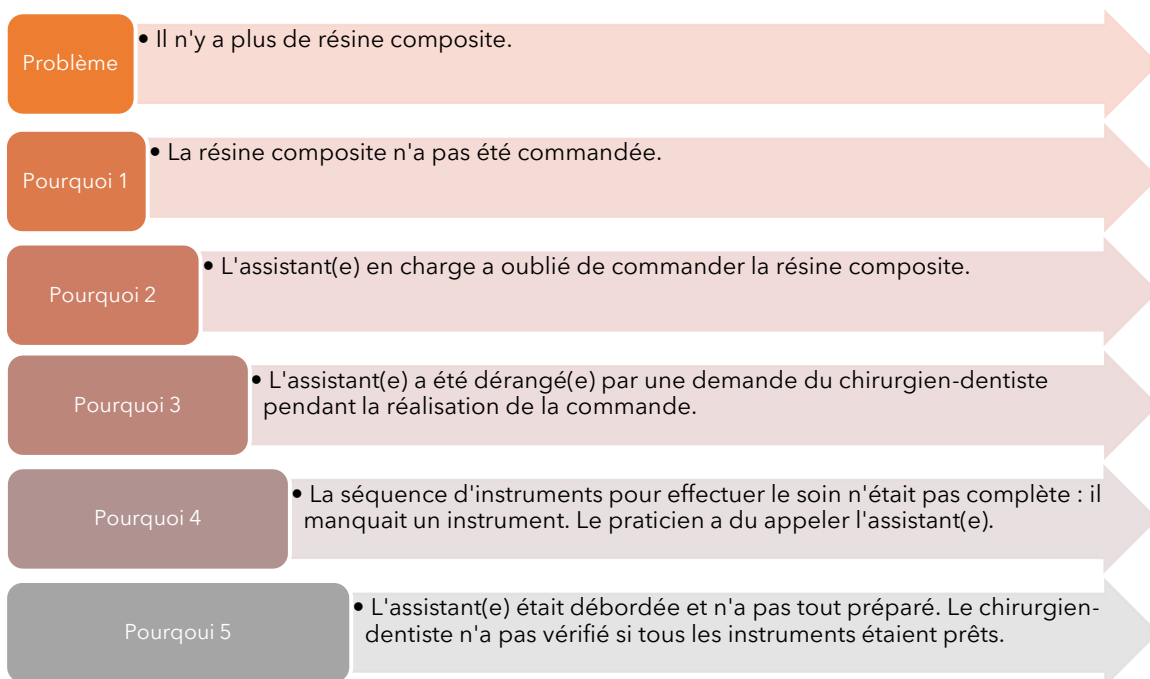


Figure 14 : le concept des « 5 pourquoi » appliqué à une situation au cabinet dentaire (source : document personnel)

- Recadrer sans démotiver ?

Recadrer ses employés est un acte de management fort. Dans la vie de l'entreprise, il se peut qu'il soit nécessaire de rappeler certaines règles et les objectifs de l'équipe. Cela reste un exercice complexe pour les managers, qui désirent préserver une bonne ambiance en esquivant certains conflits.

Ne pas exprimer les critiques négatives pendant l'action est la règle d'or. Il convient de ne pas formuler les reproches devant un autre membre du personnel ou encore pire, devant un patient. Toute attitude similaire (tels des soupirs ou des gestes d'agacement) est aussi à proscrire. Le faire serait contre-productif, et pourrait amener l'employé à se braquer (Dentaire365, 2012).

Il est préconisé de réaliser un entretien de recadrage, dont le but n'est pas la sanction, mais une démarche visant à modifier un comportement inadapté. Lors de cet entretien, un climat de confiance doit être créé. Il est nécessaire de laisser du temps de parole au collaborateur (Benoit, 2021).

Cinq étapes peuvent dicter le bon déroulement de cet entretien de recadrage (Dentaire365, 2012).

- Préciser le comportement inadéquat. Il ne s'agit pas de critique sur la personne. Il conviendra d'appuyer les conséquences, notamment sur les autres membres de l'équipe.
- Explication de nos ressentiments.
- Proposition de trouver ensemble des solutions concrètes qui permettraient d'agir efficacement.
- En vérifier la faisabilité et s'assurer de l'accord des deux parties
- Expliquer les conséquences bénéfiques et réciproques

« *Si le manager parvient à donner du sens à sa demande, le collaborateur aura toutes les raisons de comprendre la démarche, et donc de corriger son attitude* » (Benoit, 2021).

- Gestion des conflits

Dès lors qu'une équipe est formée, l'apparition de conflits semble inévitable. Le domaine de la santé ne fait pas exception. Il est parfaitement possible en revanche de les empêcher de croître et de les laisser affecter négativement notre pratique (Cochet, 2005).

La gestion des conflits figure dans les compétences managériales essentielles dans la gestion d'une équipe. Qu'ils se situent entre assistant(e)s, praticien(s) ou mêlant les deux, il est important de savoir les reconnaître, les anticiper et de les désamorcer.

On décrit classiquement quatre phases successives par lesquelles se construisent un conflit (Covey, 1989) :

- Phase une : un stimulus se crée et occasionne de la frustration chez l'une ou les deux parties.
- Phase deux : une attribution de la cause est trouvée. Cette conceptualisation est en générale rapide mais peut être erronée.
- Phase trois : cette phase concerne les réactions. Cette cause entraîne des réponses comportementales
- Phase quatre : une fois mis en place, le conflit nous amène à une situation où les performances ne sont plus optimales.

Les causes principales des conflits au cabinet sont réparties en trois catégories (Cochet, 2005).

- Les **divergences communicationnelles**, résultant d'un défaut dans la gestion de la communication interpersonnelle. Une communication intense mais mal canalisée associée à des malentendus, ou alors un réel déficit de communication dont la cause est souvent plus ancrée dans la définition des rôles de chacun, des objectifs assignés et des problèmes de personnalité.
- Les **problèmes structurels**. Proviennent de la difficulté d'intégrer le personnel à la vision du cabinet. Ils entraînent généralement un conflit latent qui durent plusieurs années.
- Les **divergences personnelles**. Parfois, les conflits naissent des singularités entre deux caractères. Une mauvaise alchimie entre deux assistant(e)s peut créer de gros problèmes dans la gestion du cabinet.

Pour prévenir le conflit, il est important d'établir une philosophie de pratique avant que celui-ci n'éclate. Le chirurgien-dentiste doit aborder régulièrement les enjeux d'un bon travail d'équipe et rappeler qu'une bonne communication est indispensable pour travailler de manière efficace. L'intérêt de cette étape est que les membres de l'équipe ne seront pas surpris et offensés si le chirurgien-dentiste intervient pour régler un conflit à l'avenir (Levin, 2014).

Si un conflit éclate, il s'agira alors de prendre conscience et d'identifier le conflit. Le chirurgien-dentiste doit pouvoir identifier les causes ainsi que les différents partis. Il est nécessaire de savoir reconnaître les signes précoces d'un conflit. Même s'ils ne sont pas forcément faciles à détecter, quelques attitudes très significatives peuvent nous amener à nous mettre en alerte, si elles se produisent de façon répétée (Cochet, 2005).

- Les accusations, les ressentiments
- La paralysie par l'analyse : l'assistante se questionne sur l'objectif de certains changements, et cela amène à une non-action
- L'attentisme : habitude à ralentir et à repousser les échéances
- L'amplification : « tout allait bien avant »
- La dédramatisation : le personnel dentaire feint l'indifférence ou tourne en dérision
- Le pourrissement : construction d'une ambiance malsaine en se concentrant seulement sur les difficultés
- La persécution : dénigrement d'une personne en la désignant comme responsable du dysfonctionnement du cabinet

Une fois identifié, le chirurgien-dentiste devra rencontrer individuellement chaque membre de l'équipe impliqué afin de tenter de comprendre la genèse du conflit. Ensuite il s'agira d'organiser une réunion pour remédier à la situation. Il est important de veiller à ne pas prendre parti mais à être concentré sur les solutions. Si un membre de l'équipe pense que le chirurgien-dentiste prend parti, il s'attendra à ce que l'autre partie admette sa faute et résolve la situation.

2.2.4. *Burn out* ou épuisement professionnel

- Définition

L'épuisement professionnel est défini un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » (Schaufeli, 2001).

Maslach a conçu un modèle à partir de trois dimensions qui caractérisent cette dégradation du rapport de l'individu avec le travail (Maslach, 1997) :

- L'épuisement émotionnel,
- Le cynisme ou dépersonnalisation,
- La diminution de l'accomplissement personnel et la réduction de l'efficacité.

Peu d'études ont abordé l'épuisement professionnel du personnel dentaire en France. A l'international, une étude israélienne a montré que 8% des assistants dentaires israéliens souffraient d'un niveau très élevé d'épuisement professionnel et 25% présentaient un niveau élevé (Uziel, 2019). Le critère le plus stressant étant le revenu alors qu'il est jugé comme faiblement motivant par le personnel allemand (Goetz et coll, 2016) et canadien (Locker et coll, 1989). Cela est peut-être dû au fait que soixante pour cent des assistant(e)s dentaires exerçant en Israël continuent leurs études et la profession n'est en général que transitoire. Une autre étude réalisée en Irlande du Nord affirme que vingt-six pour cent du personnel dentaire interrogé (chirurgiens-dentistes compris) possède un niveau élevé d'épuisement professionnel (Gorter, 2011).

- Agir efficacement

Non pris en charge efficacement, le stress peut vite s'accumuler et se propager au milieu de l'équipe dentaire et peut causer une grosse perte d'efficacité individuelle voir collective, affecter la motivation et la cohésion au sein de l'entreprise. Il est alors **important** pour le *manager*, s'il veut conserver la dynamique de son équipe de gérer une véritable politique contre le stress (Zawieja, 2015). Dans sa mission de chef d'entreprise, il convient au chirurgien-dentiste d'être vigoureusement attentif à tout changement de comportement ou symptômes : anxiété (Koutsimani et coll, 2019), dépression (Ahola et coll, 2006), dysfonctionnements somatiques tels que des

problèmes de peau ou des maux de têtes (Chakravorty, 2021) qui pourraient révéler un stress anormal.

En prenant en considération les facteurs de risque d'épuisement professionnel, le manager peut proposer un soutien à ses employés en aidant à identifier et à modifier les facteurs et les comportements qui maintiennent un épuisement professionnel, facilitant ainsi la récupération (Almén, 2021).

2.3. Communication interne au cabinet dentaire

Obtenir une véritable stratégie de communication à l'intérieur du cabinet dentaire est indispensable et capital dans la croissance de l'entreprise (Rozencweig et coll, 2014). L'objectif est de motiver et fidéliser son personnel. Plusieurs moyens sont disponibles pour parvenir à atteindre cet objectif.

2.3.1. Briefing

Le « **briefing** », ou son homologue français « la réunion préparatoire » est un petit temps favorisé, au tout début de la journée avant le premier patient, qui donne l'occasion à l'équipe de décomposer la totalité des actes de la journée qui nécessitent des explications. Pendant ce court moment (5 à 10 minutes), l'objectif est de tenter de prévenir et anticiper tous les moments qui pourraient créer un désordre au bon déroulement de la journée (Thompson et coll, 2005). Il conviendra par exemple de revoir ensemble des protocoles cliniques qui ne sont pas fait régulièrement, ou préparer un moment de forte activité due à un rendez-vous non programmé par exemple. Finalement il permettra de gérer d'éventuels bouleversements ou des modifications intempestives et de chasser l'improvisation.

Attention, ce moment ne doit pas tourner au monologue ou s'assimiler à un « cours » pour l'assistant(e). Pour que ce temps soit optimisé, il est possible de demander à l'assistant(e) de préparer la réunion préparatoire. En accordant du temps de parole aux employés, ce petit moment consacré leur apportera valorisation et motivation. C'est également un excellent moyen de développer son autonomie intellectuelle, pratique et sa confiance en soi (Kim et coll, 2019).

2.3.2. Debriefing

En fin de journée, le but de cette réunion est de pointer du doigt les insuffisances qui ont pu se manifester pendant la journée (clinique ou administrative). Il permettra d'identifier les problèmes mineurs qui auraient pu être mieux gérés s'ils avaient été mieux identifiés en amont : un moment de stress mal géré, une inattention ou un oubli. On peut également y référer des insatisfactions d'un patient, la détection d'une

insuffisance professionnelle ou un manque de coordination par exemple (Kessler et coll, 2015 ; Magill et coll, 2017).

Cependant il est utopique en fin de journée d'espérer de la motivation et de l'engouement quand les membres de l'équipe désirent finir leur journée au plus vite. Dans cet optique, beaucoup de cabinets optent pour le débriefing/briefing. Cette organisation est aussi efficace et elle a le mérite de donner en plus la possibilité de ne pas traiter les problèmes à chaud. Le débriefing est alors dit « à froid » (Ha, 2021).

Dans les deux cas, l'approche du débriefing doit se faire sans jugement, pour permettre une libre communication, sans quoi il serait totalement inefficace, voir même délétère pour les membres de l'équipe. On définit un débriefing abouti et productif par cinq critères essentiels (tableau 6), dont l'absence peut impacter négativement les protagonistes (Rudolph et coll, 2007).

Tableau 6 : Critères de réussite d'un débriefing abouti (source : Rudolph, 2007)

Animateur expérimenté et formé	Un débriefing nécessite un organisateur instruit qui guide le processus d'échange
Environnement	L'atmosphère et la sécurité psychologique du personnel impliqué est vitale et encourage l'échange
Éducation	Les comptes rendus améliorent les connaissances des membres de l'équipe et aident à la clarification des interventions
Évaluation	En projection d'amélioration, des objectifs peuvent être mis en place.
Émotion	Les <i>debriefings</i> peuvent apporter des bénéfices psychologiques, un soutien moral

2.3.3. Réunion mensuelle

Dans cette réunion, beaucoup plus longue, il conviendra de mobiliser l'ensemble des ressources humaines afin de faire le point sur la situation organisationnelle et managériale du cabinet. C'est un moment de haute réflexion dans l'optique de donner le plus d'idées et de suggestions, de propositions de solutions, dans le but d'optimiser la structure. Il adviendra également de soulever tous les problèmes qui ont pu être soulevés au moment des débriefing et qui n'ont pu être traités.

Tiré de l'anglais « *brainstorming* », ces réunions remue-méninges sont une méthode de travail en groupe dont la finalité est de concevoir le plus de propositions individuelles de façon désordonnée, puis de les entrecouper afin de créer la solution la plus aboutie (Beeder, 2017). Les valeurs d'or de ce genre de réunions résident dans l'égalité de tous les intervenants, accompagnée de l'absence totale de préjugés et de moqueries. Le dialogue doit relancer le débat pour chaque problème. Le travail d'équipe et la solidarité sont renforcés.

2.3.4. Évènement convivial périodique

Les réunions conviviales regroupant tous les membres du personnel pour certaines occasions, permettent de faire grandir ce climat favorable à un bon travail d'équipe. Ils permettent également d'augmenter le sentiment d'appartenance, favorisant la motivation et la fidélisation. On peut noter parmi eux un repas, une activité ludique ou des attentions pour les anniversaires. Toutes ces situations sont utiles pour la cohésion et la communication dans l'équipe et facilitent grandement l'intégration des nouvelles recrues (Yi, 2016).

2.3.5. Tutoiement ou vouvoiement ?

Toute la richesse, mais également la complexité de notre langue se fait à travers ce genre de détails. La question entre tutoiement et vouvoiement se pose régulièrement dès qu'une échelle hiérarchique est mise en place dans une structure, médicale ou non. Alex Alber, sociologue et maître de conférences à l'université de Tours a tenté de répondre à cette vaste problématique dans le domaine du travail.

Il en tire des conclusions et des règles qui ne sont pas forcément applicables au cabinet dentaire. Les femmes tutoient moins leur(s) cadre(s). Cette mesure est difficilement transposable à nos cabinets quand on sait que la majorité du poste d'assistant(e) dentaire est féminin. Par ailleurs il conclut également que le tutoiement est plus utilisé envers ses supérieurs lorsque l'on est soi-même élevé hiérarchiquement (Alber, 2019). Le cabinet dentaire appartenant en grande majorité aux très petites entreprises (TPE), la pyramide hiérarchique ne comporte en général que deux niveaux.

Finalement, il n'apparaît pas de règles très claires. Si le tutoiement fait gage de modernité avec la nouvelle gestion des *start-up* dites « familiales », et permet une certaine proximité, il peut entraîner une moindre réceptivité à la critique, engendrant des conflits difficiles à désamorcer (Cochet, 2007).

Maintenant que nous avons vu certains points d'organisation et de communication afin d'optimiser le travail en équipe au cabinet dentaire, voyons maintenant les éléments particuliers peut-être moins connus dans notre discipline, que l'on appelle facteurs humains pouvant être à l'origine non seulement d'évènements indésirables mais également générateurs de dissonances ou de stress au sein de l'équipe.

Nous aborderons les raisons de l'erreur médicale qui est souvent liée à un excès de stress ou de sur confiance. Ensuite, nous tenterons de proposer quelques solutions pratiques d'organisation des procédures avec comme objectif de réduire au maximum le risque de complications au quotidien pour un fonctionnement optimal et sécurisé au sein du cabinet.

3. LE FACTEUR HUMAIN : UN ELEMENT ESSENTIEL A PRENDRE EN COMPTE AU SEIN DE L'EQUIPE

3.1. Définitions et généralités

3.1.1. EIAS

La HAS a défini les EIAS (événements indésirables associés aux soins) de la façon suivante : tout événement ou toute circonstance associée au soin qui aurait pu ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas (HAS, 2014). La survenue de ce genre d'évènement peut entraîner des conséquences plus ou moins graves pour le patient, mais aussi pour les soignants qui peuvent voir apparaître une profonde remise en cause professionnelle et personnelle (Bourdeaut, 2012).

Il est nécessaire de bien distinguer les EIAS des erreurs humaines. L'EIAS s'intègre dans une perspective systémique bien plus grande, et dans laquelle l'erreur n'est qu'une composante parmi les autres.

Si l'on prend l'exemple de l'imagerie médicale, des collages ou des implants dentaires, la dentisterie a vécu une révolution technologique très importante ces dernières années. Mais de façon surprenante, le nombre de problèmes et de complications ne semble pas diminuer parallèlement à cette évolution. Cet état de fait a été bien connu et étudié dans le monde de l'aéronautique.

3.1.2. Facteurs humains

- **Généralités**

Les facteurs humains peuvent être décrits comme la contribution humaine impliquée dans un évènement, incluant l'erreur humaine. Ils peuvent être appliqués dans tous les domaines professionnels, dès lors qu'une intervention humaine apparaît. Les facteurs humains étudient les relations entre chaque personne et l'environnement avec lequel ils interagissent (HAS, 2015).

Pour *l'International Ergonomics Association* (2010), le facteur humain n'est autre que « la discipline scientifique qui s'intéresse à la compréhension des interactions entre les humains et les autres éléments d'un système, et la profession qui applique la théorie, les principes, les données et les autres méthodes à la conception afin d'optimiser le bien-être humain et la performance globale du système ».

On le définit comme un large champ d'étude multidisciplinaire au croisement de plusieurs éléments tels que l'ergonomie, l'ingénierie, la psychologie, la sécurité, et le design. C'est une discipline scientifique vraiment à part entière qui permet de comprendre et d'améliorer la performance. L'Homme, aussi compétent soit-il, demeure imparfait et ses actions ou ses prises de décisions peuvent largement être troublées par des distractions, des biais cognitifs, du stress ou de la fatigue (ACPM, 2014).

- Catastrophe de Tenerife et application en aéronautique

Pour mieux illustrer nos propos, prenons l'exemple de l'univers de l'aéronautique qui a très vite compris le rôle des facteurs humains et a été le premier domaine à s'en préoccuper. Au début des années 50, la sécurité aérienne a atteint un plateau. Les avions étaient techniquement plus sûrs, mais le taux d'accident continuait à être important. Petit à petit la notion de facteurs humains est apparue avec comme corollaire que 80% des accidents d'avions étaient liés à une erreur humaine (Sockeel et coll, 2009 ; Kelly et Efthymiou, 2019). En témoigne cette prise de conscience, les compagnies aériennes ont investi beaucoup pour réduire des risques liés à l'humain et un modèle d'étude dédié aux facteurs humains est très largement instruit lors la formation des pilotes amateurs et professionnels (Sefa, 2001).

La catastrophe de Ténérife (une collision entre deux avions sur la piste de décollage de l'aéroport de « Los Rodeos », sur l'île de Ténérife en Espagne causant 583 morts en 1977) permet de comprendre l'absolue nécessité de l'étude des facteurs humains en aviation (McCreary et Pollard, 1998). La mise en situation et l'enquête révèle une multitude d'erreurs et d'inexactitudes entre les deux équipages et la tour de contrôle.

L'enchaînement des causes et des facteurs aggravants s'est fait de la façon suivante :

- Une situation inhabituelle et stressante avec un volume d'avion trop important par rapport à l'échelle de l'aéroport, non destiné à gérer un tel trafic
- Un manque de visibilité certainement dû aux nappes de brouillard, associé à la non-présence de radar au sol
- Une maîtrise approximative de la langue (des termes anglais ont porté le doute « the third one »)
- Une mauvaise communication entre les équipages et les contrôleurs
- La précipitation de l'avion de la KLM qui voulait refaire son retard

- Un mauvais choix (involontaire ou non) de l'avion de la Pan Am sur le choix de la bretelle à prendre.

Cet accident a énormément changé le domaine de l'aviation : plusieurs recommandations ont vu le jour, notamment par les autorités internationales (un vocabulaire plus adapté, la répétition systématique entre les pilotes et la tour de contrôle, et surtout des procédures de « *cockpit management* » avec un contrôle mutuel largement normalisé entre pilote et co-pilote.

- Application en santé

Des études montrent des résultats similaires en chirurgie et en médecine. L'erreur de diagnostic s'impose comme étant la première cause de décès à l'hôpital. En odontologie le constat est le même. La sécurisation de la pratique requiert donc de s'intéresser au 80% de causes de l'échec qui ont été laissées de côté, à savoir l'influence du comportement humain et de l'attitude des cliniciens et de leurs équipes sur les taux d'échecs.

En santé, les facteurs humains sont destinés à analyser et à prendre en compte l'humain. Celui-ci présente des caractéristiques spécifiques dans ses capacités qui influent sur la façon dont il perçoit le milieu et les événements. L'étude de ces facteurs est destinée à nous aider à comprendre de façon détaillée la survenue des événements indésirables associés aux soins, dans l'objectif de concevoir des meilleurs systèmes pour empêcher ou diminuer les préjudices (Berveiller et coll, 2019).

Pour la HAS, la pleine mesure de ces facteurs humains est essentielle car ils contribuent très largement à la survenue des EIAS, dont les conséquences peuvent être très graves. En admettant que le risque d'erreur existe et en mettant en place des stratégies et des systèmes (à partir des analyses d'expériences vécues), il est possible de limiter la survenue et les conséquences des EIAS dans l'objectif de créer des systèmes de soins plus surs (HAS, 2015).

3.2. Processus cognitifs et facteur humain

3.2.1. Heuristique

Une heuristique est une stratégie cognitive simplifiée (raccourci cognitif), utilisée par tout individu, pour économiser du temps et faciliter la prise de décision (Yachanin, 1982). Elles peuvent ainsi permettre de se substituer à un raisonnement analytique global, en établissant des inférences acceptables pour l'individu (réduction de la complexité) (Sherman et coll, 1984). Néanmoins, elles peuvent aussi s'avérer fausses d'un point de vue logico-déductif et sont donc susceptibles de générer des biais dans l'esprit des décideurs. Ces jugements rapides sont donc en soi utiles mais aussi à la base de jugements erronés typiques (Matteo, 2018). De ce fait, les heuristiques peuvent être considérées comme des sources potentielles de biais, qu'il convient de repérer et analyser.

3.2.2. Biais cognitifs

Comme vu dans les paragraphes précédents, les heuristiques ne sont pas totalement fiables. Dès lors, elles peuvent nous amener à réaliser des erreurs, ce sont les biais cognitifs (Tversky et Kahneman, 1974). Le concept de biais cognitifs prend naissance au milieu des années 1970 grâce à deux économistes qui s'intéressent aux décisions irrationnelles lors des financements de projets. Ils en concluent que les biais cognitifs sont finalement une distorsion dans le traitement d'une information, une déviation systématique de la pensée logique et rationnelle par rapport à la réalité.

Un biais cognitif résulte donc d'une opération mentale, rapide et intuitive que l'humain ne définit pas comme simplifiée. Le cerveau reste convaincu d'avoir réalisé un cheminement logique et rationnel. Un biais cognitif provient donc d'« *un raisonnement implicite [...] amenant, dans des circonstances particulières, une déviation systématique de la réponse comportementale par rapport à une réponse attendue ou considérée comme correcte* » (Dyèvre, 2015).

Par définition, le biais cognitif arrive à s'échapper de notre contrôle. Il caractérise intrinsèquement la nature humaine et peut déformer de manière inconsciente la perception de l'environnement de l'individu (Toscani, 2019).

3.2.3. Dissonance cognitive et normalisation de la déviance

Théorisée par Festinger, elle traduit un conflit dans une personne entre ses valeurs et ses croyances d'une part, et ses actions d'autre part (Festinger, 1962). Pour être plus simple, la dissonance cognitive intervient dès lors qu'il apparaît une inconsistance entre deux éléments, l'individu se retrouve alors dans une zone d'inconfort émotionnel. Animé par un désir de retrouver un état plus stable, il réduira sa dissonance par un changement d'attitude ou un ajustement de ses valeurs (figure 15) :

On distingue trois phases successives (Fointiat et coll, 2013) :

- **L'éveil de la dissonance.** Il se crée dès lors qu'il co-existe dans l'individu deux cognitions qui ne s'entendent pas. Cette inconsistance peut s'intéresser à des attitudes, des opinions ou même des décisions.
- **L'inconfort émotionnel.** A la suite de l'étape précédente, on peut la quantifier à l'aide de mesures des émotions auto rapportées. Cet inconfort émotionnel est la source de tension/réduction, susceptible d'entraîner une modification du comportement initial (changement d'attitude).
- **La réduction de la dissonance :** une fois la dissonance et l'inconfort émotionnel éveillés, l'individu va explorer une voie de réduction. Et ce travail de réduction peut amener à des actions contre-intuitives.

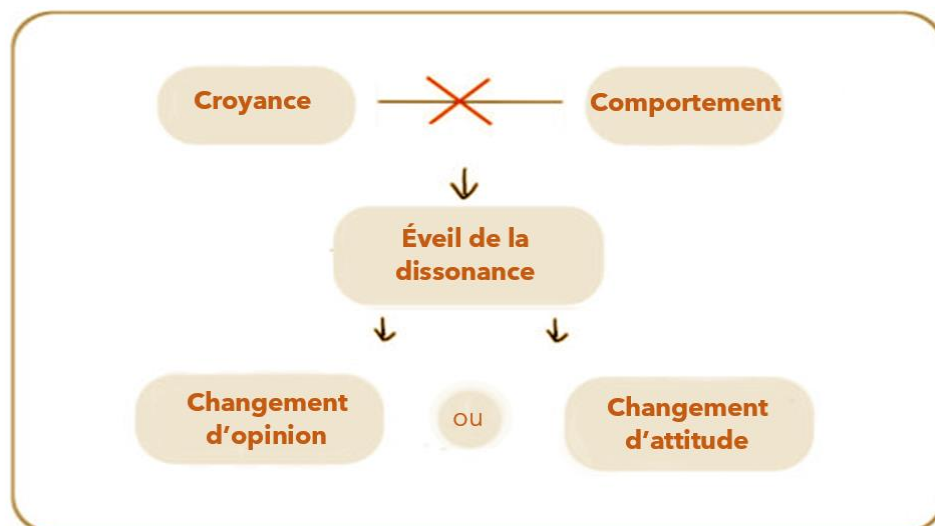


Figure 15 : Inconfort émotionnel et ajustement lors d'une dissonance cognitive (source : document personnel)

Le thérapeute peut être exposé à cette dissonance cognitive dans certaines situations (figure 16). Afin de réduire ce conflit, il va alors changer son comportement, pouvant être amené à abaisser son système d'exigence. C'est ce qu'on appelle le **processus de normalisation de la déviance**.

La normalisation de la déviance peut se définir de la façon suivante : « *La normalisation de la déviance signifie que les gens au sein d'une organisation deviennent tellement habitués à des comportements déviants qu'ils ne les considèrent plus comme déviants, malgré le fait qu'ils outrepassent largement leurs propres règles de sécurité élémentaire* » (Vaughan, 1996).

La normalisation de la déviance explique comment des équipes peuvent avoir des circonstances, des actions, des comportements qui s'écartent des bonnes pratiques. On va répéter ces écarts, jusqu'à avoir une perception erronée du risque, appelée aussi **désensibilisation du risque**.

Elle explique par exemple comment certaines équipes normalisent de travailler en sous-effectif ou de travailler avec un appareil défectueux. La pression temporelle et de production sont aussi des facteurs qui peuvent amener des équipes à contourner ou raccourcir des procédures (Vaughan, 1996).



Figure 16 : Dissonance cognitive concernant l'hygiène des mains au cabinet dentaire et normalisation de la déviance (source : document personnel)

3.3. Exemples de biais cognitifs pouvant être rencontrés au cabinet dentaire

Biais d'ancrage : la première impression est un processus tout à fait normal. On peut parler de biais d'ancrage lorsque l'on n'arrive pas à se détacher de cette première idée malgré l'apparition de nouvelles données. L'individu s'accroche à la première idée qui lui a été donnée (Lieder et coll, 2018).

Exemple : James Montier, spécialiste en finance comportementale, a réalisé une expérience en questionnant les candidats à trois reprises (Montier, 2009) :

- Quels étaient les quatre derniers chiffres de leur numéro de téléphone ?
- Est-ce que le nombre de médecins à Londres était inférieur ou supérieur à ce chiffre ?
- Quelle est leur estimation du nombre de médecins à Londres ?

Les personnes dont les quatre derniers chiffres du numéro de téléphone étaient au-dessus de 70.00 ont répondu environ 8000 médecins. Ceux dont le numéro de téléphone se terminait par des chiffres inférieurs à 30.00 ont répondu environ 4000.

Exemple : un patient arrive au cabinet pour des douleurs qu'il localise en haut à droite. Le chirurgien-dentiste va effectuer tous les tests au niveau de cette zone, en passant totalement à côté du secteur antagoniste, qui peut être la vraie cause du problème.

Absence de feed back : assimiler l'absence de retour comme un retour positif.

Exemple : aucune plainte n'ayant été reçue, considérer que son traitement n'entraîne jamais de problème.

Coûts irrécupérables : être réticent à abandonner après la prise d'une décision, surtout si du temps ou des ressources ont déjà été dépensés. L'égo peut aussi jouer un rôle important dans ce biais (Ott et coll, 2022).

Exemple : aller jusqu'à la fin d'un spectacle qui ne nous plaît pas, sous prétexte qu'il a déjà été payé. Alors que l'on pourrait faire d'autres choses plus intéressantes à la place.

Exemple : penser que l'on peut extraire une dent sans réaliser une alvéolectomie. Une fois l'acte commencé, le praticien peut avoir du mal à renoncer et tenter de l'effectuer avec du matériel supplémentaire (initialement non prévu).

Biais viscéral : nos patients sont des individus avec une personnalité, des besoins différents. En fonction des situations, il est possible que ceux-ci possèdent un impact sur les diagnostics en fonction des interactions que l'on possède. Les informations subjectives prennent d'avantage de poids face aux informations objectives, avec une forte influence de l'affectif et de l'émotionnel.

Exemple : certains patients peuvent être catalogués par le praticien pour diverses raisons (racisme, poly-addictions, note sur le dossier médical) pouvant conduire à une sous investigation des signes cliniques qui peuvent mener à des erreurs diagnostiques.

Biais de confirmation : chercher ou reconnaître seulement les signes qui confirment notre premier diagnostic. Le soignant accepte de façon sélective les données cliniques qui soutiennent l'hypothèse envisagée et va plus ou moins ignorer celles qui ne vont pas en cette faveur. La plupart du temps, ce biais est accompagné d'une erreur d'ancrage, on va utiliser les données de confirmation pour soutenir l'hypothèse ancrée même lorsque les preuves contradictoires sont également disponibles.

Exemple : lors des élections présidentielles aux États-Unis 2012, Valdis Krebs a analysé les achats sur Amazon. Ceux qui avaient voté en faveur d'Obama achetaient des livres sur lui-même, et ceux qui avaient déjà voté contre, achetaient des livres en faveur de l'opposition. Comme pour les journaux, on n'achète pas des livres pour l'information, mais pour la confirmation.

Exemple : un patient se présente au cabinet avec une forte douleur à la mastication sur la dent 17 et une sensibilité au chaud. Dès le questionnaire, le praticien s'oriente vers une lésion péri-apicale. Cependant, lors de la réalisation du test thermique (application de froid), la dent répond positivement. Le chirurgien-dentiste va alors réaliser le test thermique à plusieurs reprises pour s'assurer du résultat. Il ne l'aurait pas fait si la réponse au test avait confirmé sa première hypothèse.

Fermeture ou conclusion prématurée : accepter un diagnostic prématurément sans considérer les éventuel autres diagnostics. On arrête alors les recherches dans notre processus décisionnel, bien avant d'avoir récolté toutes les informations disponibles

Exemple : une patiente se présente pour la première fois au cabinet pour des saignements au niveau de la gencive. Lors du questionnaire médical, la patiente nous

informe qu'elle est enceinte. Le praticien va alors directement mettre en lien les saignements sur cette information (gingivite gravidique), sans examen clinique.

Erreur fondamentale d'attribution ou biais de correspondance : on est amené à privilégier les caractéristiques internes aux conditions environnementales, en sous-estimant les causes situationnelles et les facteurs externes.

Exemple : Une voiture est mal garée sur un parking et n'est pas centrée sur sa place. On se gare difficilement sur la place d'à côté en estimant que l'autre conducteur n'est pas respectueux des règles, pas rigoureux ou égoïste. Sans imaginer que ce conducteur s'est mal garé car une voiture à côté de lui était elle aussi mal garée.

Exemple : considérer une mère de famille irresponsable car donne un biberon la nuit à son enfant. Finalement, elle est menacée d'expulsion car son bébé fait trop de bruit la nuit.

Heuristique de disponibilité : préférence à privilégier et surestimer des informations immédiatement disponibles en mémoire, en refusant de partir à la quête d'autres renseignements qui pourraient nous aider à prendre le problème d'un autre point de vue. Les diagnostics récents ou frappants chez les patients reviennent plus facilement en mémoire et sont surestimés pour établir le diagnostic.

Exemple : Tversky et Kahneman ont réalisé une expérience qu'on pourrait transposer de la façon suivante. Ils ont demandé aux individus, si dans la langue française, il y avait plus de mots commençant par la lettre R que de mots avec la lettre R en 3^{ème} position. La plus grande partie des répondants a choisi, à tort, la première option. On privilégie la recherche d'exemples facilement récupérables, ou disponibles en mémoire, pour juger de la probabilité d'un événement. Il est plus facile de trouver des mots ayant la lettre « r » en première position qu'en troisième.

Exemple : un patient consulte à la suite d'un traumatisme sur une des incisives centrales car une fracture coronaire est objectivable. Le chirurgien-dentiste soigne la dent car il s'est focalisé sur la demande esthétique en oubliant de tester la vitalité.

Effet Dunning-Krueger : également appelé effet de sur confiance. C'est un biais cognitif dans lequel les moins qualifiés dans un domaine surestiment leurs compétences (Roya, 2019) (figure 17). A l'inverse, les personnes qualifiées ont tendance à sous-estimer leur niveau de compétences.

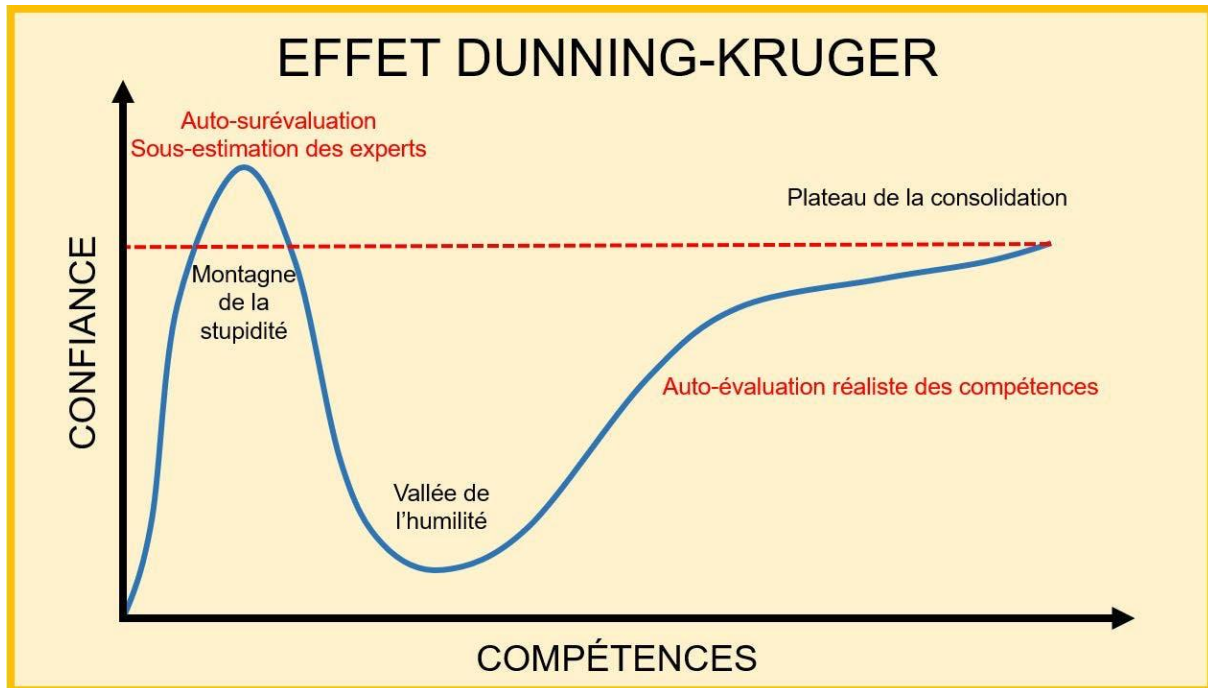


Figure 17 : Représentation de l'effet Dunning-Krueger (source : <https://www.cadremploi.fr>, 2022)

Exemple : ne pas adresser un patient alors que l'on n'est pas qualifié pour le prendre en charge.

En d'autres mots, l'effet Dunning-Krueger peut se résumer de cette façon : un individu incompetent à tendance à surestimer son niveau, ne parvient pas à se rendre compte de son degré d'inaptitude et ne reconnaît pas la qualification de ceux qui la possèdent vraiment. Cependant, après améliorations des compétences, l'individu peut reconnaître et accepter ses lacunes antérieures.

La gestion d'un collaborateur victime du syndrome de Dunning-Krueger est compliquée. En effet, ce type de profil n'a pas conscience d'être incompetent et va

sans cesse essayer de trouver des excuses à son manque de performances (ou compétences). L'employé va éprouver beaucoup de difficultés à se remettre en question.

Effet tunnel : L'effet tunnel correspond à un dysfonctionnement psychique qui nous dirige vers un résultat attendu, entraînant l'apparition de potentielles erreurs en nous empêchant de prendre en considération chaque élément à notre disposition (Berveiller, 2019). Il peut se résumer comme « l'allocation de toute l'attention sur une certaine information, sur une hypothèse particulière, sur une tâche unique, ceci pendant une durée qui dépasse l'optimal, ce qui entraîne la négligence des autres informations, et l'échec d'autres tâches à effectuer » (Wickens, 2005). L'attention et le raisonnement du praticien se focalisent tous les deux vers un seul objectif, occultant l'environnement plus large de la situation. L'objectif rend le praticien complètement imperméable aux autres *stimuli*. Cette caractéristique peut amener le soignant à un manque de discernement qui peut amener le soin à être réalisé dans de mauvaises conditions.

Exemple : être concentré sur une avulsion en ne mesurant pas les signes de douleur ressentie par le patient.

Une communication solide entre l'assistant(e) et le praticien permet de limiter cet effet. Elle sera abordée dans une partie suivante.

3.4. Prendre en mesure le facteur humain

3.4.1. Identifier les risques

- Situations associées à un risque accru d'erreur (OMS, 2015)

Manque d'expérience. Les étudiants, plus largement les apprenants et les débutants sont particulièrement assujettis aux erreurs. En revanche, l'expérience accumulée peut, elle aussi amener le soignant ou l'assistant(e) dentaire vers d'autres types d'erreurs, telles que des erreurs de sur-confiance ou de routine.

Par ailleurs, la vision des débutants ou des apprenants qu'ils ont d'eux-mêmes et de l'organisation hiérarchique peut les freiner à réaliser un appel à l'aide. Pour beaucoup, cette action peut constituer un défi à part entière (Bushuven et coll, 2019). De cette façon, leur faculté à avouer leurs limites peut être modifiée. Un manque de confiance

peut être considéré comme un facteur essentiel. Apprendre à demander de l'aide est une compétence indispensable pour tous les apprenants et les débutants.

Manque de temps. Les contraintes de temps peuvent rapidement mettre en péril l'équilibre d'un cabinet dentaire. Un acte difficilement réalisé ou un acte non prévu initialement peut engendrer un stress conséquent à l'équipe dentaire, qui peut alors être amenée à prendre des raccourcis ou à réduire certaines phases des protocoles (hygiène des mains, pressions plus importantes, moindres points d'appuis...)

Une étude menée auprès de médecins généralistes a montré que (Turron, 2018) :

- Sur l'aspect qualitatif : parmi les médecins qui modifient leur attitude en cas de retard
 - o 34% des médecins estiment être moins à l'écoute
 - o 24% sont moins empathiques avec les patients suivants.
- Sur les compétences techniques, parmi les médecins qui modifient leur attitude en cas de retard
 - o 44% laissent de côté la prévention
 - o 15% sont moins vigilants dans la vérification des interactions médicamenteuses.
- Sur l'aspect quantitatif : parmi les médecins qui modifient leur attitude en cas de retard
 - o 45% des médecins réduisent le temps de parole laissé aux patients
 - o 43% cherchent à écourter les consultations suivantes.

Vérification inappropriée. Une simple vérification peut éviter beaucoup d'erreurs. Elle est un processus simple que les soignants peuvent mettre en pratique dès leur arrivée dans un environnement clinique ou un milieu de soins communautaire. On pense notamment aux radiographies après un soin qui permettent d'en contrôler l'étanchéité.

Procédures défectueuses. Plusieurs facteurs peuvent intervenir : un manque de préparation ou un manque d'attention envers un cas spécifique.

Information inadéquate. Des informations erronées ou incomplètes peuvent être à l'origine de facteurs contributifs aux EIAS.

- Facteurs individuels qui prédisposent aux erreurs

Capacité de mémorisation limitée. La quantité d'informations dont le personnel de santé est tenu de maîtriser excède de loin notre capacité de mémorisation. Les soignants ne devraient pas compter sur leur seul cerveau pour mémoriser toutes les informations. Il est nécessaire de s'appuyer sur des outils afin d'éviter les erreurs de prise en charge, notamment lors des prises en charge complexes concernant certains patients.

Fatigue. Reconnue comme un facteur causal des erreurs, la fatigue affecte non seulement la mémoire, mais également les autres facultés mentales et manuelles (Olson, 2009). Un manque de sommeil ou un sommeil de mauvaise qualité peut donner lieu à des altérations de performances similaires à la consommation d'alcool (Dawson et Reid, 1997).

Stress (Renouard, 2016), faim et maladie (HAS, 2015). Le stress, la faim, et la maladie sont tous les trois des facteurs importants dans la survenue d'évènements indésirables. Il est important pour le soignant et ses aidants de garder une bonne santé pour pouvoir garantir la qualité de ses soins.

3.4.2. Identifier les causes des erreurs

Entre l'apparition d'un risque et la survenue d'un accident, plusieurs barrières de sécurité existent et peuvent être rajoutées ou optimisées. Cependant, aucune barrière n'est parfaite et chacune présente des failles. James Reason compare ces barrières de sécurité à des tranches de gruyère, avec des trous qui symbolisent les failles de sécurité (figure 18). L'accident survient quand les trous sont alignés, que plusieurs barrières en série sont défailantes (Larouzée et coll, 2014).

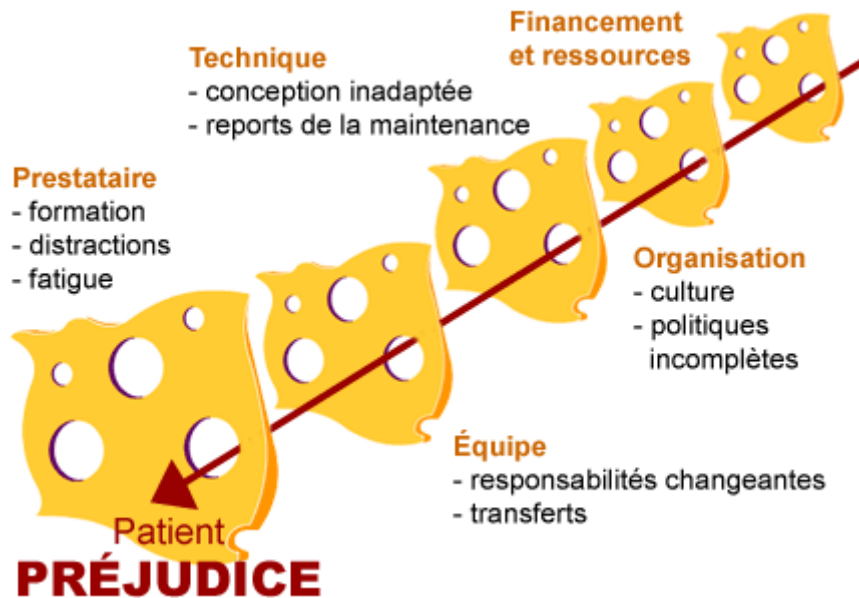


Figure 18 : Le modèle en fromage suisse de James Reason (source : ACPM sur le modèle de James Reason, 2000)

James Reason fait évoluer la gestion de ces risques vers une analyse un peu plus poussée des EIAS (Reason, 1990). En prenant en compte tout l'aspect organisationnel et technique, il délivre une approche moins culpabilisante en ouvrant ainsi la perspective de pouvoir apprendre et agir sur les erreurs qui surviennent. Une analyse systémique à l'aide d'une grille de questionnement permet aux équipes de ne pas s'arrêter à une analyse superficielle, centrée sur la cause immédiate mais d'investiguer les causes profondes qui ont contribué à cette situation.

En suivant ce modèle, la Haute Autorité de Santé a élaboré un guide permettant d'améliorer la qualité des analyses d'EIAS (HAS,2018) (tableaux 6, 7, 8, 9).

Tableau 7 : Tableau de synthèse pour comprendre les EIAS (source : HAS, 2021)

Étape	Objectif	Comment le faire
Reconstitution de la chronologie de l'événement	Bien comprendre ce qui s'est passé	Tableau 7
Recherche des causes de l'évènement	Savoir comment et pourquoi cela est arrivé ?	Méthode alarm Tableau 8
Analyse des barrières de sécurité	Identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter cet évènement et évaluer ce qui a fonctionné	Tableau 9

Tableau 8 : Reconstitution chronologique de l'événement (source : HAS, 2021)

Que s'est-il passé ?				
	Quand ?	Qui est intervenu/concerné ?	Quelle action ?	Comment ?
1				
2				
3				

Tableau 9 : Identification des causes profondes de l'EAIS (source : HAS, 2021)

Identifications des causes profondes	
	Cause immédiate identifiée
1 – Facteurs liés au patient	
2 – Facteurs liés aux tâches à accomplir	
3 – Facteurs liés à l'individu (professionnel)	
4 – Facteurs liés à l'équipe	
5 – Facteurs liés à l'organisation et au management	
6 – Facteurs liés à l'environnement de travail	
7 – Facteurs liés au contexte institutionnel	

Tableau 10 : Identifications des barrières de sécurité (source : HAS, 2021)

Identification des barrières de sécurité				
Barrière	Type	Existence	Si la barrière était existante	
			Où ? Quand ? Comment ?	Efficacité ?
	Prévention / Protection	Oui / Non		
	Prévention / Protection	Oui / Non		

3.4.3. Outils de diminution des EIAS au cabinet dentaire et similitude dans l'aviation

La littérature prenant en compte le facteur humain dans la diminution des EIAS en odontologie reste assez pauvre, notamment dans les cabinets libéraux, contrairement à d'autres professions médicales comme en anesthésie-réanimation par exemple (Cros, 2021). Certains outils, notamment tirés de l'aviation, peuvent néanmoins nous permettre d'envisager des solutions afin d'augmenter la sécurité des patients se présentant dans les cabinets dentaires, préservant ainsi la santé mentale de l'équipe soignante (Renouard et Charrier, 2011).

- Formation

Un grand axe d'amélioration peut être effectué si le soignant arrive à prendre conscience de ses propres limites (Saliceti, 1017). Il doit se résoudre à être un des maillons les plus faibles dans la chaîne de soin, si ce n'est le plus. L'humilité et la sagesse apparaissent alors nécessaires pour pouvoir prétendre à améliorer le processus dans le cabinet.

Ceci ne doit pas conduire à une remise en question permanente, processus qui pourrait se voir même nuisible. Cette prise de conscience doit plutôt nous aider à entamer une analyse objective de l'exercice en équipe en reconnaissant les situations les plus propices au stress et aux erreurs (Norman et Monterio, 2016).

- Notifier les erreurs

L'expérience individuelle à elle seule n'est pas suffisante pour identifier tous les risques. D'où l'intérêt des CREX (comité de retours d'expériences) qui, s'ils sont bien menés, permettent d'apprendre également des erreurs des autres. C'est pourquoi, au cabinet dentaire, encourager la déclaration des événements indésirables (et non pas la sanctionner), est un élément important pour instaurer une « culture positive de l'erreur ».

- Cockpit stérile et interruption de tâches

En aéronautique, la règle du cockpit stérile exige que lors des phases critiques de vol (décollage, atterrissage, urgences), seules les activités liées à l'exploitation de l'avion sont autorisées. Toute autre activité est formellement interdite, comprenant également toutes les conversations non essentielles. Cette règle a été mise en place après avoir déterminé qu'une certaine série d'accidents avait été causée par la distraction de l'équipage qui entamait des conversations. Le but étant d'éviter que la prise de décision ne soit parasitée par des informations inutiles (Fore et coll, 2013).

Il est illusoire d'affirmer que notre cerveau peut composer plusieurs idées en même temps. Les informations sont traitées une par une, et le reste est filtré jusqu'à le réduire à un bruit de fond. Il faut savoir que l'environnement sonore du cabinet dentaire peut atteindre 85dB (Da Chunha et coll, 2017) soit le bruit d'un camion roulant à 50km/h à 20 mètres (JNA, 2018).

Dès lors que le praticien est interrompu par le téléphone ou l'assistant(e), il doit retrouver des ressources supplémentaires pour comprendre la nouvelle information et prend le risque d'altérer sa concentration sur le geste qu'il réalisait. Cela peut amener à un oubli dans le protocole. Le chirurgien-dentiste doit savoir définir, fixer des périodes pendant lesquelles aucune interruption n'est tolérée (sauf réelle urgence). L'assistant(e) dentaire doit apprendre et savoir les respecter : la sécurité s'en verra nettement améliorée. Si le praticien est interrompu, il doit mettre en œuvre une « minute d'arrêt » durant laquelle il doit analyser le moment précis de l'interruption, reprendre l'identification complète des éléments en sa possession et reprendre au moment précis de l'interruption.

De même, il convient de ne pas déranger un(e) assistant(e) qui est en train de préparer le matériel pour une opération importante, au risque de générer des oublis et perturber le processus correct du soin à venir.

- « *No go* » et « *speaking up* »

En aéronautique, l'expression « *no go* » est utilisée dès lors que toutes les conditions nécessaires au bon déroulement du décollage ne sont pas réunies, entraînant un arrêt immédiat de la procédure. En santé, il s'agit de l'arrêt d'un acte si les éléments indispensables ne sont pas validés (HAS, 2018).

Au cabinet dentaire, une procédure de « *no-go* » pourrait être déclenchée par le praticien s'il sent qu'il ne maîtrise plus la situation, ou par l'assistant(e) si elle juge que le chirurgien-dentiste ne dispose plus des ressources nécessaires pour faire face à la situation. Bien que non souhaitable, cette alarme permet d'éviter la tunnelisation mentale précédemment décrite lors de certains actes. Autoriser la remise en question permet une meilleure sécurité pour le patient, préservant ainsi la santé mentale de l'équipe soignante.

Le « *speaking-up* » ou « oser dire », favorise les échanges, car il autorise les soignants à formuler à voix haute leurs préoccupations, en ne se souciant pas des liens hiérarchiques qui pourraient exister. Créer une atmosphère saine et imprégnée de la culture de la communication permet à l'assistant(e) de pouvoir exprimer ses craintes et peut désamorcer énormément d'erreurs (Alingh et coll, 2018).

- Communication

Au cabinet dentaire, le faisceau de communication est important. La communication doit être simple, en évitant la pollution faite par les formules d'usage lorsque la situation commence à être stressante. En amont, il s'agira de s'assurer de la compréhension de la démarche par l'ensemble de l'équipe pour ne pas confondre instructions claires et mauvaise humeur du praticien.

Lors des soins, il sera utile de privilégier un système de communication en trois temps (figure 19). Il est une nouvelle fois inspiré du modèle aéronautique où il est demandé de collationner (vérification faite entre deux textes), en demandant de répéter l'information afin de s'assurer de sa bonne compréhension (Fuzier, 2020).

- **Pouvez-vous sortir un implant de diamètre 4mm et de longueur 7mm ?**
- **Un implant de diamètre 4 et de longueur 7 ?**
- **Oui, c'est bien ça.**

Figure 19 : Communication en trois temps en période de stress (changement de longueur d'implant imprévue) (source : document personnel)

- « *Check list* »

Traduction littérale d'une « liste de vérification », c'est un document établi et pensé par l'équipe soignante afin de libérer l'esprit dans le but de limiter les oublis.

La check list a d'abord été utilisée par les équipages des avions qui devaient réaliser successivement des manœuvres lors d'un décollage ou d'un atterrissage. Elle est devenue obligatoire dans les blocs opératoires récapitulant les standards de sécurités qui doivent être contrôlés avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Au cabinet dentaire, l'utilisation de *check-list* soulage considérablement la charge mentale de l'équipe et permet de limiter les erreurs (Samana, 2018). Par ailleurs, les listes ne doivent pas excéder dix éléments. Si ce nombre est dépassé, le contrôle devient plus fastidieux et le risque de passer outre les mesures de vérification est grandement augmenté (Renouard et Amalberti, 2017).

Nous proposons des modèles de *check-list* utilisables au cabinet dentaire, que ce soit pour les soins (tableau 10) ou l'organisation (figure 20).

Tableau 11 : Proposition de check list pour un cabinet dentaire, adaptée à l'avulsion d'une dent incluse (source : document personnel)

Consultation préopératoire	Avant l'intervention	Après l'intervention
Vérification du consentement éclairé	Confirmation de la prise de médication préopératoire	Le patient ne présente pas de signes anormaux (saignements, vertiges)
Si adressé, vérification de l'identité du patient et de la dent à avulser	Contrôle des radiographies	Compressees retirées
Vérification du questionnaire médical (contre-indications, nécessité d'une médication préopératoire)	Matériel préparé	Ordonnance délivrée
Vérification des structures anatomiques	Contrôles radiographiques/CBCT ?	Téléphone 24h après

Check-list pour partir du cabinet sereinement
Télétransmission
Télécollecte sur les terminaux de paiements
Sauvegarde effectuée sur disque dur
Ordinateurs éteints
Lampe à polymériser mise à charger
Tube radiogène éteint
Purges des tubulures réalisées
Désinfection des systèmes d'aspiration de l'unit
Compresseur éteint
Autoclave lancé
Volets fermés
Lumière éteinte

Figure 20 : Proposition de check-list avant de quitter le cabinet dentaire en fin de journée (source : document personnel)

CONCLUSION

Trop souvent, le facteur humain est délaissé dans la gestion d'un cabinet dentaire. Pourtant, prendre en mesure ses nouvelles responsabilités en tant que chef d'entreprise permet d'apporter une grande valeur ajoutée au personnel. Bien que les principes de gestion du facteur humain commencent à être enseignés dans les études universitaires, certaines lacunes entraînent inévitablement des impacts délétères sur l'équipe en général, et de fait dans la prise en charge du patient. Pour ces raisons, il est nécessaire de se former et d'accepter sa nouvelle position.

Beaucoup d'outils ont déjà prouvé leur efficacité dans le monde de l'industrie et de l'aviation. Importés dans le monde de la santé, certains principes peuvent s'appliquer dans nos cabinets libéraux permettant un abord plus serein de la gestion de cabinet. Ils permettent alors au personnel d'agir de façon plus efficace afin qu'ils puissent s'occuper au mieux des patients.

Cette thèse n'a pas la prétention de donner la règle de conduite à adopter pour être un meilleur chef d'équipe en tant que chirurgien-dentiste. Ce travail aura plutôt pour vocation de donner aux praticiens certaines clés et certaines notions qui pourraient leur permettre d'élargir leurs compétences non-techniques, notamment sur l'intégration du facteur humain dans le travail en équipe au cabinet dentaire, que ce soit pour optimiser la prise en charge des patients que dans le management du personnel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abasq N. Critère de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes [Thèse d'exercice]. [Brest] : Université de Bretagne Occidentale. Faculté d'odontologie de Brest ; 2017. 118 p.
2. Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, et coll. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med.* 2006; 48(10): 1023-30.
3. Alber A. Tutoyer son chef. Entre rapports sociaux et logiques managériales. *Sociol trav.* 2019 ; 61(1) : 1-29.
4. Algahtani A. Are Leadership and Management Different? A Review. *Journal of Management policies and practices.* 2014; 2(3): 71-82.
5. Alingh CW, Wijngaarden JDH van, Voorde K van de, Paauwe J, Huijsman R. Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Qual Saf.* 2019; 28(1): 39-48.
6. Almén N. A Cognitive Behavioral Model Proposing That Clinical Burnout May Maintain Itself. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(7): 34-46.
7. Alrawahi S, Sellgren SF, Altouby S, Alwahaibi N, Brommels M. The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals. *Heliyon.* 2020; 6(9): e04829.
8. Barrow C. Leadership and management of orthodontic teams: Global perspectives and principles that never fail. *Semin Orthod.* 2016 ; 22(4): 251-61.
9. Bartala M, Brousseau J, Bertrand C, Borteele C, Cheylan JM, Arbonneau et coll. Les gestes du chirurgien-dentiste : optimiser le travail en équipe. Paris : Espace ID ; 2020. 279p.
10. Benoit C. Recadrer sans démotiver. 5^e édition. Le Mans : Gereso éditions ; 2021. 137 p.
11. Berveiller P, Rousseau A, Tastard M, Raynal P. Republication de : Introduction aux facteurs humains : de l'aéronautique à l'obstétrique. *Rev Sage-Femme.* 2019 ; 18(5) : 253-62.
12. Berveiller P, Rousseau A, Tastard M, Raynal P. Republication de : Introduction aux facteurs humains : de l'aéronautique à l'obstétrique. *Rev Sage-Femme.* 2019 ; 18(5) : 253-62.

13. Binhas E, Ginisty J, Sigismond P. La gestion globale du cabinet dentaire : Volume 2 : organisation interne, management et ergonomie. Paris : Editions CdP ; 2013. 153 p.
14. Bjerke MB, Renger R. Being smart about writing SMART objectives. Eval Program Plann. 2017; 61: 125-7.
15. Blake RR, Mouton JS. A comparative analysis of situationalism and 9,9 management by principle. Organ Dyn. 1982; 10(4): 20-43.
16. Bonnafous F, Dietchi D, Veyrat M. Bien organiser son cabinet dentaire. Paris : Quintessence International ; 2014. 195 p.
17. Bonne P, Seckler I, Metz M. Mise en place de la démarche qualité raisonnée dans un cabinet d'implantologie. Implant. 2010 ; 25(3) : 2-10.
18. Bourdeaut F. Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale. Laennec. 2012 ; 60(3) : 24-38.
19. Brisorgeuil A. Recommandations pour l'hygiène : Stérilisation instrumentale au cabinet dentaire en 2017 [Thèse d'exercice]. [Rennes] : Université Bretagne et Loire. Faculté d'odontologie de Rennes ; 2017. 46 p.
20. Bushuven S, Weidenbusch M, Mohr S, Delis A, Fischer MR, Juenger J, et coll. Cognitive bias in professional hand hygiene and feedback: A national online-survey on overconfidence in Germany. Infect Control Hosp Epidemiol. 2019; 40(8): 943-946.
21. Chakravorty A, Singh P. Correlates of burnout among Indian primary school teachers. Int. j. organ. anal. 2021; 30(2): 589-605.
22. Charreteur A, Comment optimiser le travail en cassette ? Inf. dent. 2018 ; 35 : 38-40.
23. Cochet R, Arnaud M, Lacroix M. Le manuel du chirurgien-dentiste manager : les clés d'une équipe gagnante. Créteil : le Fil dentaire ; 2005. 188 p.
24. Cochet R. Facteurs d'ambiance et de motivation du personnel dentaire. Inf dent. 2010 ; 2(0) : 38-40.
25. Cochet R. Je tutoie mes assistantes... Bien ou mal ? Inf. dent. 2007 ; (41) : 27-28.
26. Covey S. The 7 Habits of Highly Effective People. New York : Simon & Schuster Ltd; 1989. 464 p

27. Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. *Anesthésie & Réanimation*. 2021 ; 7(3) : 218-29.
28. Alrawahi S, Sellgren SF, Altouby S, Alwahaibi N, Brommels M. The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals. *Heliyon*. 2020; 6(9): e04829-e04829.
29. Offner D, Wurtz A, Foresti C, Musset AM. Optimiser sa chaîne de stérilisation selon les recommandations actuelles : des clés pour relever le défi. *La lettre de Stomaologie*. 2018 ; 9 : 35-44.
30. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*. 1997; 388(6639): 235.
31. Ducoffe M. Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste ? [Thèse d'exercice]. [Strasbourg] : Université de Strasbourg. Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg ; 2016. 98 p.
32. Dyèvre A. Renseignement, facteur humain et biais cognitifs. *Rev. Déf. natl.* 2015 ; 776(1) : 80-86.
33. Festinger L. Cognitive dissonance. *Sci Am*. 1962; 207: 93-102.
34. Fointiat V, Girandola F, Gosling P. La dissonance cognitive : quand les actes changent les idées. Paris : Armand Colin ; 2013. 240 p.
35. Fore AM, Sculli GL, Albee D, Neily J. Improving patient safety using the sterile cockpit principle during medication administration: a collaborative, unit-based project. *J Nurs Manag*. 2013; 21(1): 106-111.
36. Garbers Y, Konradt U. The effect of financial incentives on performance: A quantitative review of individual and team-based financial incentives. *J Occup Organ Psychol*. 2014; 87(1): 102-137.
37. Goetz K, Hasse P, Campbell SM, Berger S, Dörfer CE, Hahn K, et coll. Evaluation of job satisfaction and working atmosphere of dental nurses in Germany. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016; 44(1): 24-31.
38. Gorter RC, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(1): 87-95.
39. Griffin S, Jones K, Gray SK, Malvitz DM, Gooch BF. Exploring four-handed delivery and retention of resin-based sealants. *J Am Dent Assoc*. 2008; 139(3): 281-289.

40. Ha E-H. Effects of hot and cold debriefing in simulation with case-based learning. *Jpn J Nurs Sci.* 2021; e12410.
41. Harlez R, Cadiat A-C. *Le management par objectifs de Peter Drucker : comment fixer des objectifs pour booster la productivité ?*. Paris : 50 minutes ; 2015. 32 p.
42. Hersey P, Blanchard, K. H. *Management of Organizational Behavior*. 3e édition. New Jersey: Prentice Hall; 1977. 201 p.
43. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. *The motivation to work*. New York: John Wiley & Sons; 1959. 180 p.
44. Holmes DC, Squire LJ, Arneson SK, Doering JV. Comparison of student productivity in four-handed clinic and regular unassisted clinic. *J Dent Educ.* 2009; 73(9): 1083-1089.
45. Kelly D, Efthymiou M. An analysis of human factors in fifty controlled flight into terrain aviation accidents from 2007 to 2017. *J Safety Res.* 2019; 69: 155-165.
46. Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Ann Emerg Med.* 2015; 65(6): 690-698.
47. Khoshhal KI, Guraya SY. Leaders produce leaders and managers produce followers. *Saudi Med J.* 2016; 37(10): 1061-1067.
48. Kilpatrick C, Harold C, Kaqueler JC. *Simplification du travail dans la pratique dentaire : études appliquées de temps et de mouvements*. 2e édition. Paris : J. Prélat ; 1972. 732 p.
49. Kim H-K, Ryu S, Jang K-S. Effect of structured pre-simulation preparation and briefing on student's self-confidence, clinical judgment, and clinical decision-making in simulation. *Contemp Nurse.* 2019; 55(5): 317-329.
50. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2019; 10: 284.
51. Lanza-León P, Sanchez-Ruiz L, Cantarero-Prieto D. Kanban system applications in healthcare services: A literature review. *Int J Health Plann Manage.* 2021; 36(6): 2062-2078.
52. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13(1): 85-90.

53. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès de secrétaires [Thèse d'exercice]. [Poitiers] : Université de Poitiers. Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers ; 2018. 134 p.
54. Levin RP. Making delegation work. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(9): 1033-1034.
55. Levin RP. When the dental team experiences conflict. *J Am Dent Assoc.* 2014; 145(7): 766-767.
56. Lieder F, Griffiths TL, M Huys QJ, Goodman ND. The anchoring bias reflects rational use of cognitive resources. *Psychon Bull Rev.* 2018; 25(1): 322-349.
57. Locker D, Burman D, Otchere D. Work-related stress and its predictors among Canadian dental assistants. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989; 17(5): 263-236.
58. Loretto NRM, Caldas Jr A de F, Coelho Junior LGT de M. Job satisfaction among dental assistants in Brazil. *Braz Dent J.* 2013; 24(1): 53-8.
59. Maccario R. L'organisation du cabinet dentaire. Les Ulis : EDP sciences ; 2014. 200 p.
60. Magill ST, Wang DD, Rutledge WC, Lau D, Berger MS, Sankaran S, et coll. Changing Operating Room Culture: Implementation of a Postoperative Debrief and Improved Safety Culture. *World Neurosurg.* 2017; 107: 597-603.
61. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Dans: Auteurs. *Evaluating stress: A book of resources.* 3e édition. London: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
62. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943; 50(4): 370-396.
63. Matteo M. Aspect cognitifs de l'erreur en médecine. *Swiss Medical Forum.* 2018 ; 18(1314) : 304-307.
64. McCreary J, Pollard M. Human factors: tenerife revisited. *J Air Transport World Wide.* 1998; 3(1): 23–32.
65. Mer G, Cochet R. Gestion du cabinet dentaire : l'avènement du management scientifique et adaptatif. *Rev. orthop. Dento-fac.* 2018 ; 52(3) : 261-7.
66. Meunier O. Le mémo hygiène au cabinet dentaire. 2e édition. Malakoff : Éditions CdP ; 2019. 92 p.
67. Montier J. *Behavioural Investing: A Practitioner's Guide to Applying Behavioural Finance.* New Jersey: John Wiley & Sons; 2009. 893 p.

68. Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Paris : ESF éditeur ; 2016. 208 p.
69. Norman GR, Monteiro SD. The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits and dual process thinking. Acad Med. 2016; 92(1): 23-30.
70. Olson EJ, Drage LA, Auger RR. Sleep Deprivation, Physician Performance, and Patient Safety. Chest. 2009; 136(5): 1389-1396.
71. Ott T, Masset P, Gouvêa TS, Kepecs A. Apparent sunk cost effect in rational agents. Sci Adv. 2022; 8(6): eabi7004.
72. Patel K, Jenkyn I. An introduction to clinical governance in dentistry. Br Dent J. 2021; 230(8): 539-543.
73. Pegon-Machat E, Decerle N, Tubert-Jeannin S. Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique. Santé publique. 2014 ; 27(1) : 79-88
74. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 1990; 327(1241): 475-84.
75. Reeder G. Take a « sticky » note on brainstorming. Nurs Manage. 2017; 48(1): 32-37.
76. Renouard F, Amalberti R, Renouard E. Are "Human Factors" the Primary Cause of Complications in the Field of Implant Dentistry? Int J Oral Maxillofac Implants. 2017; 32(2): e55-e61.
77. Renouard F, Charrier JG. À la recherche du maillon faible : initiation aux facteurs humains. Châtillon : Ewenn Editions ; 2011. 221 p.
78. Renouard F, Labeyrie L. Le stress : anticiper et gérer. Paris : Éditions Espace ID ; 2016. 64 p.
79. Roka YB. The Dunning-Krueger effect in Neurosurgery. Nepal J Neurosci. 2019; 16(2): 1-2.
80. Rozenzweig D, Knellesen C, Dubois C. Les mots pour réussir au cabinet dentaire : conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation. Paris : Quintessence international ; 2014. 268 p.

81. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiol Clin*. 2007; 25(2): 361-76.
82. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd; 2007. 360 p.
83. Saliceti F. Qu'en est-il du facteur humain dans le monde médical ? [Thèse d'exercice]. [Paris] : Université Sorbonne Paris Cité. Faculté d'odontologie Paris Descartes ; 2017. 94 p.
84. Samama M, Goudot P, Sabin P, Astagneau P, Bouaoud J. Bloc opératoire d'implantologie : hygiène, asepsie et traçabilité. *EMC - Médecine buccale*. 2018 ; 13(4) : 1-9.
85. *Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. Psychol Health*. 2001; 16(5): 501-510.
86. Sherman SJ, Corty E. Cognitive heuristics: Handbook of social cognition, Vol 1. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1984. 286 p.
87. Sockeel P, Chatelain E, Massoure M-P, David P, Chapellier X, Buffat S. Les chirurgiens peuvent apprendre des pilotes : place du facteur humain en chirurgie. *Journal de chirurgie viscérale*. 2009 ; 146(3) : 250-255.
88. Thompson D, Holzmueller C, Hunt D, Cafeo C, Sexton B, Pronovost P. A morning briefing: setting the stage for a clinically and operationally good day. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005; 31(8): 476-9.
89. Toscani P. Les biais cognitifs : entre nécessité et danger. *Futuribles*. 2019 ; 428(1) : 73-80.
90. Turron Lacarieu S. Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : impact du retard sur la qualité des soins primaires [Thèse d'exercice]. [Toulouse] : Université Paul Sabatier. Faculté de médecine ; 2018. 44 p.
91. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*. 1974; 185(4157): 1124-1131.
92. Uziel N, Meyerson J, Birenzweig Y, Eli I. Professional burnout and work stress among Israeli dental assistants. *Psychol Health Med*. 2019; 24(1): 59-67.
93. Vaughan D. The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA. Chicago: University of Chicago Press; 1996. 600 p.

94. Vermeulen J, Missika P. Organisation quotidienne du cabinet dentaire. 2e édition. Malakoff : Éditions CdP ; 2017. 130 p.
95. Wickens C. Attentional Tunneling and Task Management. International Symposium on Aviation Psychology; 2005; Wright State University. p. 812-817.
96. Wolf J, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela S. Defining Patient Experience. Patient Exp J. 2014; 1(1):7-19.
97. Yachanin, S. A., Tweney. The effect of the thematic content on cognitive strategies in the four-card selection task. Bull Psychon Soc. 1982; 19(2): 87-90.
98. Yi YJ. Effects of team-building on communication and teamwork among nursing students. Int Nurs Rev. 2016; 63(1): 33-40.
99. Younos B. Le travail à quatre mains : Intérêt et mise en pratique [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université Henri Poincaré. Faculté d'odontologie de Nancy. 2016. 170 p.
100. Yraeta A. Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne : utilisations et appréciations en 2020 [Thèse d'exercice]. [Strasbourg] : Université de Strasbourg. Faculté de médecine de Strasbourg ; 2020. 122 p.
101. Zawieja P. Le burn out. Paris : Presses Universitaires de France ; 2015. 128 p.

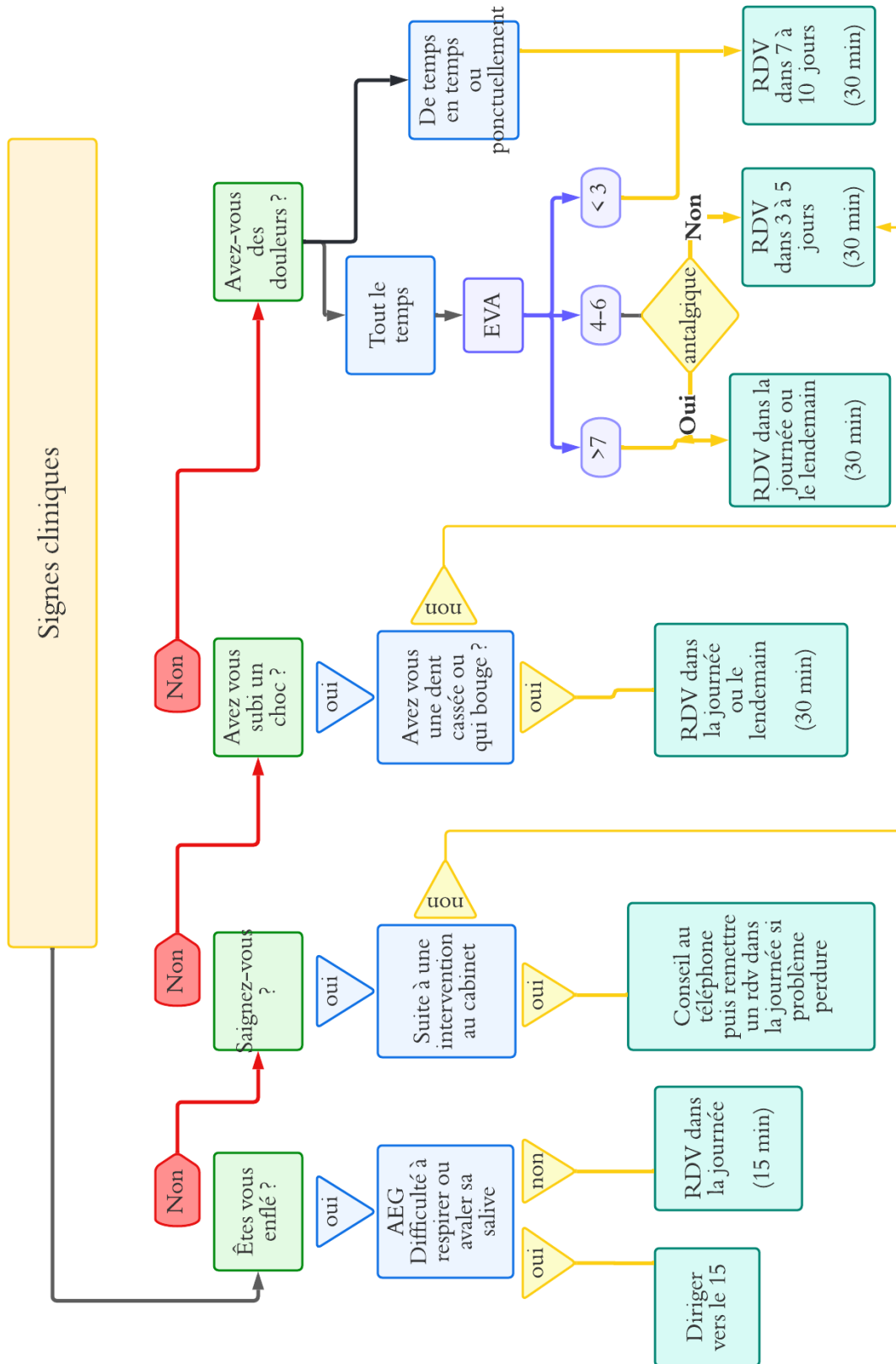
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ELECTRONIQUES

1. ACPM (Association Canadienne de Protection Médicale). Qu'entend-on par facteurs humains ? [Internet]. 2014 [consulté le 07 mars 2021]. Disponible sur : https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/human_factors/Defining_human_factors/what_is_meant_by_human_factors-f.html
2. Binhas E. L'assistante dentaire : une alliée indispensable ? [Internet]. 2010 [consulté le 25 février 2022]. Disponible sur : <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/l-assistante-dentaire-une-alliee-indispensable/>
3. CNQAOS (Comité National de Qualification des Assistant en Odontostomatologie). Formation aide dentaire [Internet]. [consulté le 03 décembre 2021]. Disponible sur : <https://cnqaos.fr/formation-aide-dentaire>
4. Cochet R. Adopter une politique salariale pertinente. Indépendantaire [Internet]. 2014 [consulté le 19 octobre 2020]; (121): 41. Disponible sur : <https://www.rh-dentaire.com/assets/uploads/strategie-assistante-dentaire-salaire-grille-independantaire-rodolphe-cochet.pdf>
5. Code de santé publique. Article L4393-8 modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 120 [Internet]. 2016 [consulté le 01 février 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000031920783/
6. Dentaire365. Lui faire des reproches sans la vexer [Internet]. 2012 [consulté le 09 février 2022] Disponible sur : <https://www.dentaire365.fr/articles/management/lui-faire-des-reproches-sans-la-vexer/>
7. Do Amaral Cordeiro M. Étude comparative des systèmes de stockage de matériel entre le système « classique » de rangement et le système Kanban dans le cadre d'un service de soins intensif [mémoire]. [Louvain] : université catholique de Louvain. Faculté de santé publique ; 2019 [consulté le 31 janvier 2021]. Disponible sur : https://dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A19829&databstream=PDF_01&cover=cover-mem

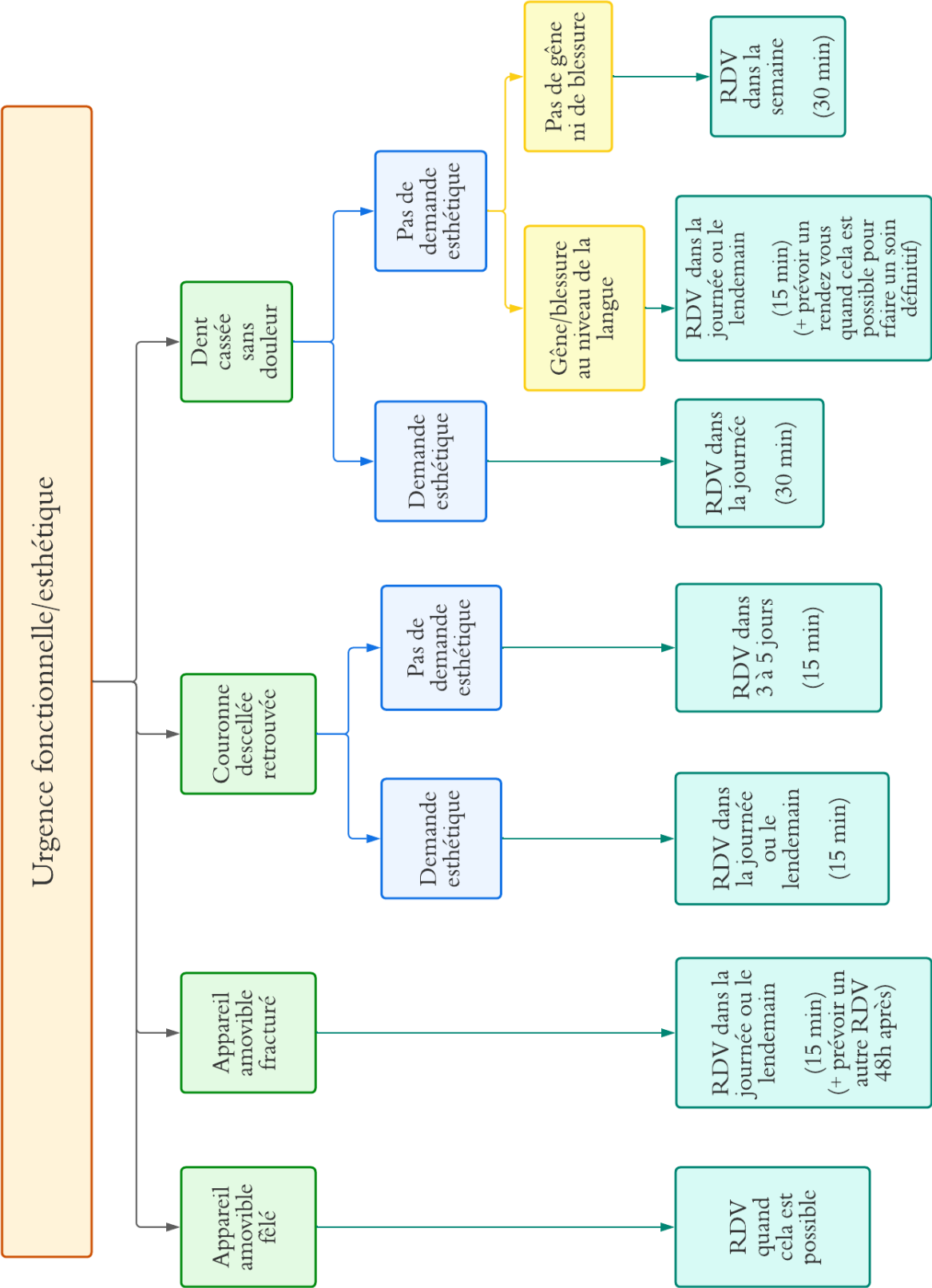
8. Doctolib, USBD. Comment la prise de rendez-vous en ligne facilite l'accès à la santé dentaire [Internet]. 2019 [consulté le 25 février 2022]. Disponible sur : <https://www.dentalespace.com/praticien/actualites/doctolib-ufsb-d-devoient-resultats-etude-inedite/>
9. Doctolib. Chirurgiens-dentistes : 3 conseils pour gagner du temps au quotidien [Internet]. 2021 [consulté le 02 février 2021]. Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/blog/chirurgiens-dentistes-3-conseils-pour-gagner-du-temps-au-quotidien/>
10. Fuzier R. Les cahiers du facteur : La communication a 3 temps [Internet]. 2020. [consulté le 01 février 2022]. Disponible sur : <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2021/01/Cahiers-du-Facteur.-Communication-3-temps.pdf>
11. HAS (Haute Autorité de Santé). Apprendre à partir des erreurs [Internet]. 2015 [consulté le 12 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_5.pdf
12. HAS (Haute Autorité de Santé). Évènement indésirable associé aux soins [Internet]. 2014 [consulté le 02 mars 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1777618/fr/brochure-evenement-indesirable-associe-aux-soins-eias
13. HAS (Haute Autorité de Santé). L'analyse des évènements indésirables associés aux soins : mode d'emploi [Internet]. 2021 [consulté le 04 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf
14. HAS (Haute Autorité de Santé). No Go au bloc opératoire. Comment renforcer les barrières de sécurité [Internet]. 2018. [consulté le 09 février 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/1._ssp_no_go.pdf
15. HAS (Haute Autorité de Santé). Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients ? [Internet]. 2015 [consulté le 08 avril 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2583224/fr/cours-module-

22. Journal Du Net. FIFO [Internet]. 2017 [consulté le 22 décembre 2020]. Disponible sur : <http://www.journaldunet.com/business/dictionnaire-economiqueet-financier/1198733-fifo-definition-traduction/>
23. Larouzée J, Guiarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason [Internet]. 2014 [consulté le 05 décembre 2021]. Disponible sur : <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01102402/document>
24. OMPL (Observation des Métiers dans les Professions Libérales). Aide dentaire. [Internet]. 2019 [consulté le 02 février 2022]. Disponible sur : <https://www.ompl.fr/metiers/metier/aide-dentaire.html>
25. OMPL (Observatoire des métiers dans les professions libérales). Cabinets dentaires : portraits statistiques [Internet]. 2019 [consulté le 03 février 2021]. Disponible sur : https://www.ompl.fr/images/Publications/EtudesBranches/sante/Dentaire/2019-etude_dentaire-portrait_statistique.pdf
26. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multi professionnelle [Internet]. 2015 [consulté le 03 janvier 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2584207/fr/guide-pedagogique-pour-la-securite-des-patients-guide-complet
27. SEFA (Service d'Exploitation la Formation Aéronautique). Guide : facteurs humains pour l'instructeur [Internet]. 2001 [consulté le 02 mars 2022]. Disponible sur : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/Guide_facteurs_humains.pdf
28. SFCD (Syndicat Femmes Chirugiens-Dentistes). Les assistants dentaires au code de la santé publique [Internet]. 2016 [consulté le 02 février 2022]. Disponible sur : <https://sfcd.fr/actualites/les-assistants-dentaires-au-code-de-la-sante-publique>
29. Touraine M, Valls M. Décret n°2016-1646 relatif aux modalités d'exercice de la profession d'assistant dentaire. Journal officiel [Internet]. 2016 [consulté le 14 avril 2022] ; (281). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033519363>

ANNEXE 1 : EXEMPLE D'OUTIL POUVANT AIDER LA REGULATION DES URGENCES AVEC SIGNES CLINIQUES AU CABINET DENTAIRE (source : document personnel, d'après Pegon-Manchat et coll, 2014)


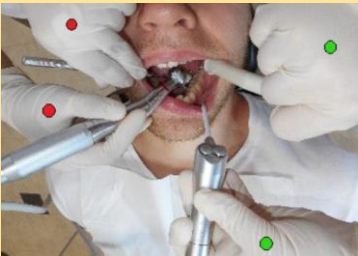


ANNEXE 2 : EXEMPLE D'OUTIL POUVANT AIDER LA REGULATION DES URGENCES ESTHETIQUES ET FONCTIONNELLES AU CABINET DENTAIRE (source : document personnel, d'après Pegon-Manchat et coll, 2014)





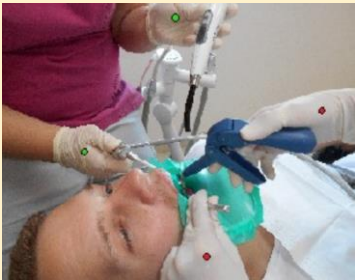
ANNEXE 3 : PROTOCOLE DE LA REALISATION D'UN COMPOSITE A QUATRE MAINS (source : B Younos, 2016)

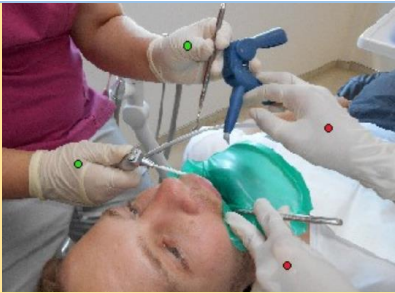


Les mains du dentiste sont marquées d'un point rouge.
 Les mains de l'assistant(e) sont marquées d'un point vert.
 Le praticien est droitier.
 Composite sur la dent n°34 pour une cavité une face occlusale.

ACTIONS DU CHIRURGIEN-DENTISTE	ACTIONS COMMUNES DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE L'ASSISTANTE	ACTIONS DE L'ASSISTANTE
	L'assistante transfère le miroir et le contre-angle rouge au praticien. 	
		L'assistante place l'aspiration et la seringue à air/eau pour aspirer, écarter les tissus mous et parfois sécher le miroir avec la seringue à air.
Le praticien commence l'éviction carieuse.		L'assistante aspire et écarte la joue et la lèvre.

	L'assistante récupère le contre-angle rouge et transfert le contre-angle bleu.	
Le praticien continue l'éviction carieuse.		L'assistante aspire et écarte la joue et la lèvre.
		L'assistante rince et sèche la cavité.
	L'assistante récupère le contre-angle bleu et transfert la sonde.	
Le praticien vérifie avec la sonde qu'il ne reste plus de tissus cariés.		
	Le chirurgien-dentiste indique qu'il ne reste plus de tissu carié.	
	L'assistante récupère la sonde et le miroir.	
	Transfert de la pince à crampon avec la digue déjà préparée.	
		

<p>Le praticien place le crampon sur la dent.</p>		<p>L'assistante retient la feuille de digue pour une meilleure visibilité.</p>
	<p>Le praticien et l'assistante fixent ensemble la feuille de digue sur son cadran à digue.</p> 	
	<p>Transfert du miroir et de l'etching/adhésif 2 en 1 au praticien.</p> 	
		<p>L'assistante sèche la cavité.</p>
<p>Le praticien applique l'etching/adhésif 2 en 1</p>		
		<p>L'assistante sèche la cavité.</p>

	<p>Récupération de la microbrush et transfert de la lampe à photopolymériser</p> 	
<p>Le praticien polymérise l'etching/adhésif 2 en 1.</p>		<p>L'assistante saisit le pistolet à composite de la tablette porte instruments.</p>
	<p>Récupération de la lampe à photopolymériser et transfert du pistolet à composite</p> 	
		<p>L'assistante diminue l'intensité du scialytique.</p>
<p>Le praticien dépose du composite dans la cavité</p>		<p>L'assistante repose la lampe à photopolymériser et saisit un fouloir de la tablette porte-instruments.</p>
	<p>Récupération du pistolet à composite et transfert du fouloir.</p>	

		
<p>Le praticien foule le composite</p>		<p>L'assistante pose le pistolet à composite et saisit la lampe à photopolymériser de la tablette porte instruments.</p>
	<p>Récupération du fouloir et transfert de la lampe à photopolymériser.</p> 	
<p>Le praticien photopolymérise le composite.</p>		<p>L'assistante repose le fouloir et saisit le pistolet à composite.</p>
	<p>L'assistante récupère la lampe à photopolymériser et transfère le pistolet à composite.</p> 	
	<p>Le praticien met en place le composite par plusieurs incréments</p>	


	Mise en place du composite terminée	
Le praticien retire la digue		
	Récupération de la pince à crampon et de la digue	
		L'assistante repose la pince à crampon et la digue et saisit la pince de Miller
	Transfert de la pince de Miller avec le papier à articuler	
		
Le praticien vérifie l'occlusion		
		L'assistante repositionne l'aspiration en bouche
	Transfert du contre-angle rouge	
Le praticien corrige l'occlusion		

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES.....	12
INTRODUCTION.....	14
1. ÉTUDE DES PRINCIPES ORGANISATIONNELS POUR OPTIMISER LE TRAVAIL EN EQUIPE.....	15
1.1. Le personnel dans un cabinet dentaire	15
1.1.1. État des lieux	15
1.1.2. Fiche de poste du personnel d'entretien	16
1.1.3. Fiche de poste du ou de la secrétaire technique option santé	17
1.1.4. Fiche de poste de l'aide dentaire	17
1.1.5. Fiche de poste de l'assistant(e) dentaire.....	18
1.2. Missions administratives de l'assistant(e) dentaire	19
1.2.1. Accueil du patient.....	19
1.2.2. Permanences téléphoniques	20
1.2.3. Rappel de rendez-vous	21
1.2.4. Encaissement des honoraires et entente préalable.....	21
1.2.5. Gestion de l'agenda.....	22
1.3. Temps au fauteuil.....	23
1.3.1. L'importance des protocoles	23
1.3.2. Bacs et cassettes.....	27
1.3.3. Travail à quatre mains	28
1.3.4. Travailler sur deux fauteuils : est-ce rentable ?	31
1.4. Missions techniques de l'assistant(e).....	32
1.4.1. La stérilisation.....	32
1.4.2. Gestion des stocks	35
2. FACTEURS DE COMMUNICATION AVEC LE PERSONNEL	38
2.1. Les rôles du chirurgien-dentiste en tant que directeur d'équipe	38
2.1.1. Les différents styles	38
2.1.2. Savoir fixer les objectifs.....	40
2.1.3. Leadership	42
2.1.4. Savoir déléguer efficacement.....	44
2.2. Gérer la cohésion d'équipe	48
2.2.1. Leviers de motivation	48
2.2.2. Politique salariale	51

2.2.3.	Gérer les écarts.....	52
2.2.4.	<i>Burn out</i> ou épuisement professionnel.....	58
2.3.	Communication interne au cabinet dentaire	60
2.3.1.	<i>Briefing</i>	60
2.3.2.	<i>Debriefing</i>	60
2.3.3.	Réunion mensuelle.....	62
2.3.4.	Évènement convivial périodique	62
2.3.5.	Tutoiement ou vouvoiement ?.....	62
3.	LE FACTEUR HUMAIN : UN ELEMENT ESSENTIEL A PRENDRE EN COMPTE AU SEIN DE L'EQUIPE	64
3.1.	Définitions et généralités	64
3.1.1.	EIAS.....	64
3.1.2.	Facteurs humains	64
3.2.	Processus cognitifs et facteur humain	67
3.2.1.	Heuristique	67
3.2.2.	Biais cognitifs.....	67
3.2.3.	Dissonance cognitive et normalisation de la déviance	68
3.3.	Exemples de biais cognitifs pouvant être rencontrés au cabinet dentaire.....	70
3.4.	Prendre en mesure le facteur humain	74
3.4.1.	Identifier les risques	74
3.4.2.	Identifier les causes des erreurs.....	76
3.4.3.	Outils de diminution des EIAS au cabinet dentaire et similitude dans l'aviation.....	80
	CONCLUSION.....	85
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ELECTRONIQUES.....	94
	ANNEXE 1 : EXEMPLE D'OUTIL POUVANT AIDER LA REGULATION DES URGENCES AVEC SIGNES CLINIQUES AU CABINET DENTAIRE (source : document personnel, d'après Pegon-Manchat et coll, 2014).....	98
	ANNEXE 2 : EXEMPLE D'OUTIL POUVANT AIDER LA REGULATION DES URGENCES ESTHETIQUES ET FONCTIONNELLES AU CABINET DENTAIRE (source : document personnel, d'après Pegon-Manchat et coll, 2014)	99
	ANNEXE 3 : PROTOCOLE DE LA REALISATION D'UN COMPOSITE A QUATRE MAINS (source : B Younos, 2016).....	100
	TABLE DES MATIERES	106

CHUM JérémY – : Communication et organisation du travail en équipe au cabinet dentaire : facteur organisationnel et humain

Nancy 2022 : 108 pages, 20 figures, 11 tableaux

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2022

Mots-clefs :

- human factors engineering
- dental office
- management team

Résumé

Certaines compétences non techniques, telles que l'organisation et la communication avec le personnel, sont trop peu, voir non enseignées dans le cursus initial des jeunes chirurgiens-dentistes. Une fois diplômés, les praticiens se retrouvent donc à la tête d'une équipe, sans avoir suffisamment de notions quant à certaines caractéristiques managériales de la profession.

De même, malgré des compétences techniques indéniables, le travail de chirurgien-dentiste n'en reste pas moins humain donc faillible, et cet aspect doit être pris en compte. Ainsi, malgré les avancées technologiques, les innovations permanentes pour accomplir les soins, les « facteurs humains » peuvent être source de nombreux échecs. A l'image de l'aviation, il est essentiel de prendre en compte ces facteurs pour garantir un exercice plus sûr et de meilleure qualité.

Ce travail a pour but d'offrir des pistes de réflexion, voir quelques clés pour gérer son exercice libéral avec sérénité et efficacité. Humilité et sagesse apparaissent nécessaires pour pouvoir prétendre améliorer les processus de bon fonctionnement en équipe au cabinet dentaire.

Jury :

Président :

Pr Éric MORTIER

Membres :

Dr Céline CLÉMENT
Dr Julie GUILLET-THIBAUT
Dr Caroline GERBER

Directeur de thèse :

Dr Céline CLÉMENT

Adresse de l'auteur :

CHUM JérémY
14 rue Sonnini
54000 Nancy