



HAL
open science

Étude auprès des chirurgiens-dentistes sur l'approche globale en omnipratique : caractéristiques et intérêts

Damien Rolland

► **To cite this version:**

Damien Rolland. Étude auprès des chirurgiens-dentistes sur l'approche globale en omnipratique : caractéristiques et intérêts. Chirurgie. 2014. dumas-01063392

HAL Id: dumas-01063392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063392>

Submitted on 12 Sep 2014

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

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

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2014

Thèse N°43

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Damien ROLLAND

Né le 01 Janvier 1987 à Châteaurenard

Le 09 Septembre 2014

**Etude auprès des chirurgiens-dentistes sur l'approche globale en
omnipratique : caractéristiques et intérêts**

Directeur de thèse

Docteur Odile Laviole

Membres du Jury

Président

Mme V. DUPUIS

Professeur des Universités

Directeur

Mme O. LAVIOLE

Maître de Conférences des Universités

Rapporteur

M. T. BARSBY

Assistant Hospitalier Universitaire

Assesseur

Melle E. ARRIVE

Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Président

M. Manuel TUNON de LARA

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Directeur	M. Jean-François PELI	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Formation initiale	M. Yves DELBOS	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. Jean-Christophe FRICAIN	57-02
Directeur Adjoint - Chargé des Relations Internationales	M. Jean-François LASSERRE	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mlle Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean	DAVID	Prothèse dentaire	58-02
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. J-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Melle Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mlle Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M. Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

M. Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Aurélie	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
Mme Mélanie	BOES-HULLMAN	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Aurélie	DUARTE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mlle Geraldine	FERRERO-MOURGUES	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Melle Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Melle Amandine	LAVAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
Melle Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Melle Maria-Gabriela	MARC	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Melle Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M. Cyril	VIDAL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

MAJ 01/04/2014

A notre Président de thèse,

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier Universitaire

Diplôme d'études et de recherche en Sciences Odontologiques

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur d'état en Odontologie

Chef de pôle d'Odontologie et de Santé Buccale du CHU de Bordeaux

Je vous remercie du très grand honneur que vous me faite en acceptant la présidence de cette thèse.

Veillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Odile LAVIOLE

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

CES Prothèse dentaire : Option Prothèse adjointe complète

CES Prothèse adjointe : Option prothèse adjointe partielle

CES Prothèse dentaire : Option prothèse scellée

CES Parodontologie

CES Odontologie légale

Master Droit de l'expertise appliqué à l'odonto-stomatologie Paris 8

*Je me souviendrais de la qualité de
l'enseignement théorique et clinique que vous
nous avez prodigués pendant nos années
d'études.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression
de mon profond respect.*

A notre rapporteur,

Monsieur le Docteur Terence BARSBY

Assistant Hospitalier Universitaire

Praticien hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

CES biologie buccale option anatomie - physiologie

CES Odontologie conservatrice endodontie

Master 1 Initiation à la recherche

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A notre assesseur,

Mademoiselle le Docteur Elise ARRIVE

Maître de conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Doctorat de l'Université Bordeaux 2

Docteur en Chirurgie Dentaire

DU Prise en charge du VIH et des Hépatites virales – Santé communautaire

DEA Epidémiologie

DESS Projets de santé en situation de développement

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'avoir guidé dans la rédaction de la partie statistique.

A travers ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE - L'approche globale : organisation du cabinet et organisation clinique	12
1 L'approche globale.....	13
1.1 Qu'est-ce que l'approche globale ?.....	13
1.2 Pourquoi mettre en place une prise en charge globale en omnipratique ?	15
1.2.1 Evolution du statut de patient	15
1.2.2 Evolution de la profession de chirurgien-dentiste.....	16
1.2.3 Evolution de la demande et de la santé bucco-dentaire.....	16
1.3 Comment mettre en place une approche globale dans nos cabinets ?.....	17
1.3.1 L'organisation et la gestion du cabinet	17
1.3.2 L'assistant(e) dentaire	19
1.3.3 La formation continue	21
1.4 Comment amener nos patients vers une prise en charge globale ?.....	22
1.4.1 Les patients prévento-conscients.....	22
1.4.2 Les patients curato-conscients	23
1.4.3 Les patients exclus des soins dentaires	24
2 La première consultation, le bilan global.....	24
2.1 L'entretien.....	24
2.1.1 Définition.....	24
2.1.2 L'historique médical.....	25
2.1.3 Le motif de consultation	26
2.1.4 La communication et la relation praticien-patient.....	26
2.1.5 L'intérêt d'une relation de confiance	27
2.2 L'examen clinique [69].....	28
2.2.1 L'examen clinique primaire	28
2.2.2 L'examen clinique de complément	30
2.2.3 La communication au fauteuil.....	32
2.3 La diagnostic.....	33
2.3.1 Définitions	33
2.3.2 Le processus [6]	34
2.3.3 Interprétation et résolution du problème [54], [12], [52].....	35
3 La planification thérapeutique	37
3.1 Le projet de traitement.....	37
3.1.1 Du plan de traitement à la planification thérapeutique.....	37
3.1.2 La collecte d'information [55].....	37
3.1.3 La réflexion et la décision thérapeutique [55].....	38
3.2 La prise de décision.....	40
3.2.1 La méthodologie dans la prise de décision.....	41
3.2.2 Les facteurs influençant la décision clinique.....	42
3.2.3 La variabilité et l'incertain dans la prise de décision.....	45
3.3 Les phases de traitement	46
3.3.1 La mise en condition tissulaire.....	46
3.3.2 La modification tissulaire.....	47

3.3.3	La stabilisation.....	48
3.3.4	La maintenance	48
4	La présentation du traitement au patient.....	48
4.1	Le devis n'est pas le plan de traitement	49
4.2	La communication et la motivation	50
4.3	Le traitement idéal et le compromis thérapeutique	51
4.4	Le consentement éclairé.....	53
SECONDE PARTIE - Etude prospective sur l'approche globale auprès de		
chirurgiens-dentistes français.....		
1	Matériel.....	55
1.1	Population cible et critère d'exclusion.....	55
1.2	Présentation du questionnaire (annexe 1).....	55
2	Méthodes	56
2.1	Recueil de données.....	56
2.2	Caractéristiques de l'approche globale et hypothèses.....	57
2.3	Critères du score pour l'approche globale	59
3	Résultats	60
3.1	Statistiques descriptives	60
3.1.1	Caractéristiques démographiques	60
3.1.2	Organisation du cabinet.....	60
3.1.3	Organisation clinique.....	61
3.1.4	Perception de l'évolution de la profession	63
3.1.5	Mise en œuvre de l'approche globale	64
3.1.6	Approche traditionnelle	65
3.2	Analyse des scores.....	66
3.2.1	Calcul du score vis-à-vis des critères d'approche globale	66
3.2.2	Evaluation de l'attente des patients	67
3.3	Analyse des caractéristiques associées au choix de mise en œuvre d'une approche globale	67
4	Discussion	71
•	Caractéristiques démographiques.....	71
•	Organisation du cabinet.....	72
•	Organisation clinique	74
•	Perception de l'évolution de la profession.....	75
•	Choix d'une prise en charge globale	75
•	Choix d'une approche traditionnelle.....	76
•	Limites de l'étude.....	77
CONCLUSION.....		
78		
BIBLIOGRAPHIE		
79		
ANNEXE :		
84		

**Etude auprès des chirurgiens-dentistes
sur l'approche globale en omnipratique :
caractéristiques et intérêts**

INTRODUCTION

Le domaine de l'odontologie a fortement évolué ces dernières décennies. Les nouvelles technologies permettent de proposer à nos patients une prise en charge différente, en mettant en valeur la prévention et les thérapeutiques les moins invasives possibles.

En parallèle, le statut de nos patients a évolué à partir de la loi Kouchner de Mars 2002, en renforçant les droits des malades et la qualité du système de santé.

De ce constat, il nous a semblé important de s'intéresser à une possible évolution de la prise en charge dans les cabinets dentaires afin de répondre aux attentes de nos patients.

L'approche globale nous semble être la meilleure réponse à cette problématique, et ce travail nous a permis d'étudier ses caractéristiques et les critères de mise en place.

Nous avons élaboré ce manuscrit en deux parties :

Dans la première partie, après avoir définie l'approche globale, nous avons cherché à comprendre les moyens permettant de la mettre en place en omnipratique, à la fois en terme d'organisation du cabinet que d'organisation clinique.

Dans la seconde partie, nous avons réalisés une étude prospective auprès de chirurgiens-dentistes français. Nous avons ensuite analysés les résultats afin de mettre en relief les principaux critères de réussite à la mise en place d'une approche globale au cabinet.

Malgré des conclusions intéressantes que nous exposerons par la suite, ce travail reste néanmoins une étude préliminaire.

**PREMIERE PARTIE - L'approche globale : organisation du
cabinet et organisation clinique**

1 L'approche globale

1.1 Qu'est-ce que l'approche globale ?

L'objectif de tout traitement dentaire est de rétablir ou de maintenir une santé orale optimale. Selon Dawson, un examen dentaire est « imparfait s'il ne s'inscrit pas dans un plan de traitement global qui envisage le maintien de la santé de la denture et de ses tissus de soutien, en harmonie avec les muscles, les os, les articulations et les ligaments ».[29]

Le métier de chirurgien-dentiste a évolué ces dernières années en devenant une profession médicale à part entière. La santé bucco-dentaire est abordée dans un contexte de santé générale, et le chirurgien-dentiste doit prendre en charge le patient avec une approche globale. Le patient doit être informé de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire ainsi que des interactions possibles entre le corps et la bouche. [38], [68]

Même si elle reste délaissée par les organismes de remboursement, la prévention a une place de plus en plus importante dans notre exercice. L'exigence de nos patients « n'est plus d'être bien soigné mais surtout de ne pas tomber malade » [38]. Sans identifier et évaluer les différents facteurs de risques pouvant altérer la santé orale, toute prévention est impossible. Seule une approche globale du patient permet de mettre en place une prévention efficace, en prenant en compte ces facteurs de risques. [39]

L'avancée des recherches sur la maladie carieuse permet une prise en charge différente des patients. Pendant longtemps, nous avons soigné les conséquences de cette maladie carieuse, sans pouvoir réellement avoir un impact sur la maladie en elle-même. Aujourd'hui, les chirurgiens-dentistes peuvent agir directement sur l'évolution de la maladie carieuse, en intégrant les patients dans un programme de prévention et de maintenance.

De ce fait, que doit proposer un chirurgien-dentiste : des soins ou de la santé ? La réponse peut sembler évidente pourtant la réalité est différente. Les bouches de nos patients ressemblent souvent à des « patchworks », conséquence le plus souvent de soins réalisés en urgence. Il est important de faire la différence entre un traitement localisé en réponse à une demande immédiate, et un traitement établi grâce une stratégie thérapeutique sur du long terme, dans le respect des structures dento-articulaires. [53]

Un traitement, du plus simple au plus complexe, doit adopter une vision globale du patient, en le considérant comme un individu, et non comme « une bouche à traiter » ou un « trou à reboucher ». La réussite de ce traitement est souvent guidée par une connaissance suffisante et des compétences cliniques, mais aussi grâce à la communication et à la qualité de la relation mise en place avec le patient.

Depuis la loi de Mars 2002, les droits du patient ont considérablement évolué. L'obligation d'information fait maintenant partie de nos thérapeutiques et devient essentielle pour obtenir le consentement du patient face aux différentes solutions thérapeutiques qui peuvent lui être proposées. L'approche globale permet, par son investigation, de mettre en place une relation praticien-patient basée sur le respect et la confiance mutuelle, relation dans laquelle le patient peut réellement s'investir pour devenir véritablement acteur de sa propre santé.

En résumé, selon M RUEL-KELLERMAN, la prise en charge globale « devrait conduire à l'adoption d'une solution thérapeutique en réponse à la demande et aux besoins d'un patient donné. De l'anamnèse et de l'observation clinique dépend le diagnostic, lesquelles ne peuvent, en aucun cas, se passer de l'écoute du patient, lui accordant le temps d'exprimer sa demande, ses attentes, ses craintes. A l'indispensable bilan bio-médico-odontologique fortement recommandé par l'ANAES doit s'associer l'appréciation du potentiel de défense et d'adaptation, l'évaluation de la capacité de compréhension, de motivation et de coopération du patient. Ces appréciations constituent la prise en compte individuelle et permettent une prise en charge ajustée à ses besoins. C'est dans cette optique que le praticien s'estimera engagé dans un contrat avec un patient devenu capable d'adhérer pleinement au traitement. »
[59]

Il s'agit d'abord d'effectuer un bilan de l'état de santé initial du patient afin d'expliquer les examens et investigations nécessaires à l'établissement du diagnostic, pour pouvoir exposer le déroulement de la thérapeutique et les alternatives possibles. Les objectifs du traitement doivent être précisés, et permettre d'apporter une solution durable dans le temps. Les conséquences ainsi que les risques éventuels des différentes solutions thérapeutiques doivent être abordés avec le patient, pour qu'il puisse choisir en tout état de cause, et ce dans le respect du consentement éclairé.

1.2 Pourquoi mettre en place une prise en charge globale en omnipratique ?

Durant ces vingt dernières années, la dentisterie a connu de profonds changements dans différents domaines.

La pratique actuelle se doit de prendre en compte ces changements, pour répondre aux attentes de nos patients.

1.2.1 Evolution du statut de patient

Depuis la mise en vigueur de la loi du 4 mars 2002, la relation entre le patient et le praticien a évolué, passant d'un modèle paternaliste à un modèle d'autonomie. [54] [27] Le patient se trouve au centre des thérapeutiques en devenant actif et en prenant les décisions concernant sa propre santé.

Cette loi a amené des droits nouveaux qui impliquent que le patient ne peut donner son accord à une thérapeutique qu'après avoir été informé, selon l'Association Dentaire Française :

- de son état de santé actuel
- des examens et investigations nécessaires à la détermination exacte de la pathologie ;
- de l'objectif des soins et du bénéfices escompté ;
- du coût à prévoir
- des conséquences et inconvénients du traitement ainsi que des risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

L'information de nos patients devient très importante, puisque sans elle, il semble illusoire d'obtenir un consentement libre et éclairé, nécessaire pour commencer tout traitement.

Avec l'évolution d'internet, les informations se retrouvent en masse et à disposition du plus grand nombre. Nos patients sont de plus en plus informés sur l'évolution des technologies et de ce fait, sur ce que nous pouvons leur proposer.

Les patients n'hésitent plus à venir consulter avec, non plus une demande de santé, mais un véritable traitement prédéfini. Cela peut entraîner des difficultés dans la relation praticien-patient car certains de ces traitements n'ont parfois pas de réelle indication clinique, et il devient alors difficile d'expliquer à nos patients les raisons d'un refus de traitement. [33]

Devenant de plus en plus exigeant concernant les résultats cliniques, le coût, l'asepsie, il n'est pas rare que des conflits apparaissent. On observe une judiciarisation de plus en plus

importante de la relation praticien-patient. En effet, lorsqu'un patient se retrouve dans une situation qu'il juge insatisfaisante, il n'hésite plus à menacer le praticien de déposer plainte auprès de la Sécurité Sociale ou du Conseil de l'Ordre. [30], [14]

Cette autonomisation a pour conséquence l'évolution du statut du patient vers celui d'un consommateur de soins. Le patient actif prend les décisions qu'il juge adaptées à ses attentes, tout en ayant une exigence de qualité et une volonté de sécurité maximum dans les soins. [57], [5], [4]

1.2.2 Evolution de la profession de chirurgien-dentiste

Selon l'étude de l'Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales en 2012 [70], ces évolutions sont définies par trois caractéristiques :

- actes plus simples à réaliser ;
- optimisation du temps de soins ;
- alternatives possibles à la résolution du problème dentaire du patient ;

Nous pouvons proposer un éventail de thérapeutiques beaucoup plus important qu'auparavant, et les moyens diagnostiques sont plus performants.

Notre rôle de professionnel de santé nous engage à apporter les meilleures thérapeutiques possibles à nos patients. Cela nécessite la mise en place d'une prise en charge différente, pour amener nos patients vers une prévention plus fréquente, des soins esthétiques et fonctionnels, consolidés par un programme de maintenance.

1.2.3 Evolution de la demande et de la santé bucco-dentaire

La mise en place de programmes de prévention a permis d'améliorer la santé bucco-dentaire. En effet, pour preuve, le CAO est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 chez l'enfant de 12 ans. Cette baisse amène à penser que nous allons vers une baisse des besoins en soins. Cependant, les problèmes dentaires chez l'enfant se rencontrent en majeure partie chez une faible part de la population, souvent dans une situation socio-économique défavorable. [31]

En contre partie, selon une étude IFOP d'Octobre 2013, les français sont de plus en plus concernés par la santé et l'esthétique de leur bouche. Cette étude démontre de même que les français accordent beaucoup d'importance (94%) à la relation avec leurs praticiens, ainsi que les conseils et explications qu'ils peuvent en attendre. [71]

Les besoins en terme de soins tendent à diminuer à l'exception des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées, alors que les demandes en santé et en soins esthétiques tendent à augmenter.

Etant donné que les coûts de la santé liés à la technologie augmentent, on peut se demander si le système en place ne tend pas à la création d'une santé à deux vitesses.

1.3 Comment mettre en place une approche globale dans nos cabinets ?

1.3.1 L'organisation et la gestion du cabinet

En comparaison avec tous les ouvrages cliniques disponibles, ceux portant sur la gestion et l'organisation du cabinet sont rares. Pourtant, les nombreuses évolutions technologiques et économiques dans les cabinets dentaires nécessitent l'apprentissage et la mise en place d'une nouvelle organisation.

1.3.1.1 Evolution des technologies et du mode d'exercice

Avec l'évolution toujours plus rapide des technologies et des avantages qu'elles peuvent apporter, le plateau technique des cabinets dentaires ne cesse de se diversifier. Ces investissements, même lorsqu'ils sont mis en place après une période de réflexion et de préparation, représentent un coût important. On observe de plus en plus la création de structures permettant un exercice de groupe, avec une mutualisation des différents équipements, ce qui permet de réduire leurs coûts. [70]

Même s'il paraît difficile de faire une transposition avec le fonctionnement du monde de l'entreprise étant donné que l'on parle de professions de santé, il devient évident à l'heure actuelle de considérer nos cabinets comme de réelles entreprises.

Le succès ne repose désormais plus seulement sur les compétences cliniques. Même si elles restent capitales, il faut s'assurer d'être aussi efficace en gestion. [17]

1.3.1.2 L'augmentation des contraintes

Le métier de chirurgien-dentiste se retrouve aujourd'hui cerné par des contraintes de plus en plus nombreuses, et cela de différentes façons.

Les technologies et les techniques ont évolué de manière exponentielle ces dernières années, alors que la nomenclature de la Sécurité Sociale n'a pas connu d'évolution depuis 40 ans.

Face à cela, il devient de plus en plus complexe pour les praticiens de maintenir un exercice de qualité. [30]

En même temps, le fonctionnement des cabinets a aussi évolué vers une norme « qualité » incontournable avec l'apparition de la traçabilité, de normes d'hygiène de plus en plus strictes ou encore le traitement des déchets. [30] [20] [70]

Si on ajoute à cela l'augmentation des charges de gestion administrative et comptable, il devient obligatoire pour le praticien, véritable homme-orchestre, de mettre en place une organisation efficiente lui permettant de maintenir le bon fonctionnement de son cabinet sans être détourné de son rôle principal, le soin des patients, en limitant au maximum les activités chronophages non purement médicales. [70]

1.3.1.3 Les bénéfices d'une organisation et d'une gestion efficiente

L'évolution des cabinets dentaires en entreprise de santé ne signifie pas nécessairement la recherche de profits, mais plutôt l'optimisation des ressources mise en œuvre pour parvenir à des résultats prédéfinis. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place une planification financière, pour permettre un contrôle des coûts, des dépenses mais aussi des recettes. [17]

Il est important d'orienter notre exercice vers une rentabilité organisée [30], et ne pas fonctionner en roue libre sans avoir de maîtrise sur le futur de nos cabinets dentaires, qui rappelons-le, sont avant tout l'outil de travail principal de notre exercice.

Lors de la mise en place d'une telle organisation, le patient doit être au cœur du système. En effet, la priorité essentielle de l'organisation doit être d'améliorer la qualité des traitements mais aussi la relation praticien-patient. Cependant, « les cabinets dentaires sont souvent à la pointe des technologies, mais l'approche relationnelle reste encore perfectible ». [17]

Les bénéfices d'une telle organisation pour nos patients semblent être : [20]

- une meilleure qualité de soins
- un meilleur service
- une meilleure relation praticien-patient

Cependant, comme nous l'avons souligné précédemment, il semble impossible pour le praticien de gérer seul l'organisation et la gestion du cabinet dentaire. C'est pourquoi il est essentiel aujourd'hui pour le praticien d'apprendre à déléguer certaines de ces tâches, en s'entourant de personnes qualifiées pour former une véritable équipe de soins. Devenir chef d'orchestre à la place d'homme orchestre.

1.3.2 L'assistant(e) dentaire

Ce métier est accessible aux hommes et aux femmes mais on remarque qu'il est quasi-exclusivement exercé par des femmes. [70] Le métier d'assistant(e) dentaire est le seul permettant d'aider le praticien au fauteuil en présence du patient, ce qui en fait son principal collaborateur (trice). Malgré une résistance persistante de la part de certains praticiens, notamment pour des raisons économiques, l'assistant(e) dentaire est devenu(e) une réelle nécessité dans notre exercice quotidien et nous allons en aborder les principales raisons.

1.3.2.1 Pourquoi choisir de travailler avec un(e) assistant(e) dentaire ?

Comme nous l'avons détaillé précédemment, l'apparition et l'augmentation de normes « qualité » dans nos cabinets ont augmenté le nombre de tâches non cliniques.

La présence d'un(e) assistant(e) dentaire permet au praticien de déléguer un certain nombre de ces tâches, pour lui permettre d'augmenter le temps passé au fauteuil [7] [15] [19] [60]. Selon Binhas, la présence d'un(e) assistant(e) dentaire permet de passer de 50% à 30% le temps passé hors fauteuil, et donc de se consacrer pleinement au traitement des patients. [15]

Le gain de temps réservé aux traitements des patients est un argument de poids, mais il est loin d'être le seul. En effet, la présence de l'assistant(e) dentaire permet une meilleure gestion de ces tâches non cliniques. On pense ici à la gestion de la chaîne de stérilisation, mais aussi à toutes les tâches administratives allant de la prise de rendez-vous jusqu'à la gestion des stocks. Cela permet de soulager le praticien et de diminuer le stress que peut engendrer une journée au cabinet dentaire.

Cette gestion permet d'optimiser l'entreprise dentaire, d'augmenter les services aux patients et, par conséquent, d'augmenter de manière générale la qualité des soins. [15]

1.3.2.2 Le rôle de l'assistant(e) dentaire

Le rôle de l'assistant(e) dentaire a évolué ces dernières années, et dépasse le cadre technique, ou celui de « porte-canule », pour devenir un(e) véritable allié(e) et partenaire en formant une équipe de soin avec le praticien. [19]

- **Accueil et relation avec le patient**

C'est une étape importante, et souvent peu mise en valeur dans le rôle de l'assistant(e). Très souvent, c'est la première personne avec laquelle le patient prend contact, que ce soit par téléphone ou à l'accueil du cabinet. La relation du patient avec l'équipe de soins débute avec l'assistant(e), et cette relation a une importance capitale dans la poursuite des soins.

On remarque que l'assistant(e) développe un fort relationnel avec les patients. En effet, il est souvent plus facile pour eux de se confier ou d'évoquer des angoisses avec l'assistant(e) plutôt qu'avec le praticien, ce qui permet, grâce à un travail d'équipe, une meilleure prise en charge.

De plus, l'information du patient va avoir un rôle déterminant. L'assistant(e) peut apporter des réponses aux questions que le patient n'a pas osé poser au praticien, en lui donnant des informations sur les nouvelles thérapeutiques, mais aussi sur les conseils d'hygiène bucco-dentaire ou post-opératoires.

Cet aspect du travail de l'assistant(e) permet d'améliorer le service de soins auprès du patient, tout en permettant au praticien de se consacrer aux soins au fauteuil.

- **La gestion des tâches administratives**

Ces tâches sont nombreuses et chronophages, mais elles sont aussi essentielles au bon fonctionnement du cabinet. La plupart du temps, elles sont réalisées par l'assistant(e) dentaire, bien que certaines structures aient fait le choix de travailler avec une secrétaire.

Parmi ces tâches, on retrouve :

- la gestion du planning et la prise de rendez-vous,
- la gestion du dossier médical du patient
- la gestion des travaux prothétiques
- la gestion des stocks

- **L'aide au fauteuil et préparation du matériel**

L'assistant(e) dentaire, après avoir reçu le patient, l'installe généralement sur le fauteuil dentaire. Le matériel nécessaire lors des soins est mis en évidence pour que le praticien puisse débiter le traitement sans avoir à chercher le matériel dans les tiroirs.

Lors des soins, l'assistant(e) permet de travailler à quatre mains, ce qui facilite le travail du praticien et diminue le stress de certaines thérapeutiques.

Une fois les soins réalisés, le matériel utilisé suit la chaîne de stérilisation, qui est gérée par l'assistant(e). Les règles d'asepsie étant de plus en plus rigoureuses, cela permet au praticien de ne se consacrer qu'à la partie clinique.

1.3.3 La formation continue

Depuis le décret du 2 Juin 2006, la formation continue est devenue obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre. Ces formations sont contrôlées par la profession par le CNFCO (Conseil National de la Formation Continue Odontologique), sous la forme de crédits. Chaque praticien doit obtenir 800 crédits de formation sur 5 ans, avec au moins 150 crédits par an, ce qui représente environ 2 jours et demi de formation annuelle.

L'approche globale nécessite des compétences cliniques de haut niveau, surtout au niveau du diagnostic. En effet, pour réaliser un bilan bucco-dentaire complet de nos patients, il est nécessaire de pouvoir réaliser un diagnostic précis dans de nombreux domaines, que ce soit au niveau des troubles de l'occlusion, de la parodontie ou de la prévention. Seule une formation continue dans de nombreux domaines permet de mettre en place une telle prise en charge, permettant d'établir un pacte de soins. [37]

De plus, l'organisation et la gestion du cabinet nécessitent des connaissances et des compétences qui ne sont pas toujours délivrées dans les universités. De nombreux organismes de formation proposent des formations orientées vers l'acquisition de ces compétences, qui nous l'avons vu sont primordiales.

Cependant, il faut savoir que toute formation à de nouvelles techniques, peu importe le domaine, est soumise à ce qu'on appelle la « J courbe ». Toute mise en place d'une nouvelle technique est caractérisée par une diminution de la productivité dans sa phase initiale. Cette période correspond au temps d'adaptation et d'apprentissage de cette nouvelle technique. [17]

Ce phénomène est souvent la principale raison de l'abandon de nouveaux modes de fonctionnement par les praticiens.

Cependant, passé cette phase, la productivité augmente rapidement jusqu'à dépasser en terme de productivité l'activité précédente.

1.4 Comment amener nos patients vers une prise en charge globale ?

L'augmentation du niveau de santé général et l'attention plus soutenue portée au corps ont modifié la demande de soins. [70]

Comme nous l'avons décrit précédemment, les évolutions dans le domaine dentaire ont apporté de nouvelles techniques et une nouvelle vision de la prise en charge (implantologie, prothèses céramiques, parodontie)

Cependant, cette demande de soins reste hétérogène. Selon le Dr HESCOT, cité dans le rapport de l'ONPDS [30], on distingue actuellement trois catégories de patients :

- Les prévento-conscients
- Les curato-conscients
- Les exclus des soins dentaires

L'intérêt d'une prise en charge globale ne va pas être une évidence pour chacun de ces patients, et il va donc être plus ou moins complexe pour le praticien d'amener ces patients vers une prise en charge différente de celle à laquelle ils sont habitués.

En effet, notre système de santé actuel et la dépendance de notre activité à la nomenclature imposée ont pour conséquence de nombreuses années de soins réalisés de manière ponctuelle, en apportant une solution immédiate aux problèmes, mais sans vision sur le long terme de la santé bucco-dentaire.

Nous allons étudier les différentes approches à réaliser en fonction des types de patients, même si encore une fois, la communication et la relation praticien-patient restent la clé du succès.

1.4.1 Les patients prévento-conscients

Ces patients représentent environ un tiers de la population, soit plus de 25 millions de Français. Ils sont concernés et attentifs à leur santé générale et bucco-dentaire et consultent de préférence pour rester en bonne santé, afin de prévenir tout problème.

L'approche globale correspond parfaitement à leurs attentes en terme de prise en charge. Le praticien peut amener ces patients vers des traitements comprenant de la prévention, des soins esthétiques, mais aussi un programme de maintenance, permettant de réaliser des soins efficaces et durables.

1.4.2 Les patients curato-conscients

Ils correspondent au deuxième tiers, et consultent essentiellement pour se faire soigner. Il recherche chez le praticien une compétence « technique » leur permettant de trouver la solution à un problème plus ou moins grave.

Ces patients consultent le plus souvent dans un contexte d'urgence (relative ou véritable) et sont donc habitués à des soins ponctuels, réalisés de manière désordonnée dans le temps en fonction de la survenue de leurs problèmes.

Pour modifier ce comportement établi, le praticien doit proposer un bilan complet au patient, après avoir bien sûr répondu à la demande immédiate. Ce bilan global doit être motivé par le praticien par de simples explications, permettant au patient de prendre conscience de l'importance d'une prise en charge durable, pour sortir de ce contexte de suivi ponctuel dans le cadre de l'urgence.

Une bonne gestion des urgences peut représenter de véritables opportunités pour les cabinets dentaires. La gestion du planning et des créneaux d'urgence par l'assistant(e) dentaire doit permettre la prise en charge de ces nouveaux patients dans les meilleures conditions possibles. Cela peut amener le patient à s'ouvrir à une approche différente, et par la suite de consulter pour un bilan global. [10]

De nombreux patients ne se doutent pas qu'une prise en charge différente existe ni surtout de ce qu'elle pourrait leur apporter. La maladie carieuse reste encore pour certain une fatalité, conséquence de leur « mauvaise qualité dentaire ». Le rôle du praticien est d'apporter les informations nécessaires en terme de prévention, pour que le patient prenne conscience des facteurs de risques liés à cette maladie et des solutions thérapeutiques auxquelles il peut avoir accès.

Une fois informé, le patient a le libre choix de refuser une telle prise en charge, mais le praticien a rempli son rôle de professionnel de santé.

1.4.3 Les patients exclus des soins dentaires

Enfin, le dernier tiers des Français correspond à ceux qui, malheureusement, fréquentent trop peu, voire pas du tout, les cabinets dentaires.

Les principales raisons à cette absence de suivi sont :

- L'anxiété
- Les problèmes financiers
- Un désintérêt ou une négligence de leur santé générale

Ces patients sont les plus complexes à amener vers une prise en charge différente car ils sont souvent fermés à tout dialogue. La plupart sont exclus des soins à leur insu, parfois même avec un sentiment de culpabilité. Le rôle du praticien est ici aussi d'essayer de créer une connexion avec ces patients, d'informer sur l'évolution des techniques, sur la gestion de la douleur ou le stress. Seul un patient en confiance peut s'ouvrir à de nouvelles méthodes. La communication de l'équipe de soin a une importance capitale dans ce genre de situation, pour permettre à ces patients de réintégrer progressivement un programme de soins.

2 La première consultation, le bilan global

2.1 L'entretien

2.1.1 Définition

L'entretien permet, à partir d'un recueil d'informations, d'établir à la fois un diagnostic clinique et un diagnostic de la personnalité du patient. [61]

L'objectif est d'aider le patient à préciser son motif de consultation ainsi que l'histoire passée et présente de son ou ses symptômes. [62]

Un entretien réussi passe par une connexion entre le praticien et le patient. Comme le précise Charon, « l'entretien tournera court, si, dans la bouche ouverte, on a introduit miroir, sonde, ... ». En ce sens, il faut comprendre que, pour faciliter cette connexion, l'entretien ne peut être mené sur le fauteuil dentaire, trop souvent relié à de mauvais souvenirs, et mettant le patient dans une position inconfortable. Il est donc préférable de réaliser l'entretien au bureau, ce qui permet au patient et au praticien de se retrouver à hauteur égale et à bonne distance, pour entreprendre un dialogue. [25] [54] [61]

De plus, durant l'entretien, le contact entre le praticien et le patient ne doit pas être interrompu. Les bruits extérieurs, le téléphone ou l'intervention inappropriée de l'assistante, doivent être maîtrisés.

2.1.2 L'historique médical

Il est aujourd'hui admis que l'état de santé général du patient peut avoir des conséquences au niveau bucco-dentaire, et inversement. Nous avons de ce fait une responsabilité médicale vis à vis de nos patients. [35] [48]

Le vieillissement de la population et l'augmentation de maladies chroniques nous amènent à recevoir dans notre cabinet de plus en plus de patients polymédiqués.

Le questionnaire médical est une nécessité juridique et constitue un élément principal du dossier médical. Pour cela, il doit répertorier les antécédents médicaux, les traitements en cours et les allergies connues. [49]

Pour diminuer les risques médicaux durant les traitements, le praticien doit évaluer les différents risques potentiellement présents chez le patient, qui peuvent être des :

- risques allergiques
- risques infectieux
- risques hémorragiques

Ainsi que les complications possibles qui peuvent être dues :

- au stress
- aux pathologies existantes actuelles ou anciennes
- aux interactions médicamenteuses

Pour des raisons de gain de temps, le questionnaire est souvent rempli par le patient en salle d'attente. Cependant, on recommande de le reprendre avec le patient durant l'entretien. Cela permet de créer un premier contact, en vérifiant en même temps que le questionnaire a été rempli entièrement. [17]

Une fois ce dernier validé, il doit être daté et signé par le patient, et ajouté à son dossier médical.

2.1.3 Le motif de consultation

Lors de la consultation, le praticien est à la recherche d'éléments objectifs et subjectifs lui permettant de réaliser un diagnostic quant à la situation du patient. Ce dernier se présente le plus souvent avec un motif de consultation plus ou moins précis. [62]

L'entretien doit permettre de recueillir ces éléments subjectifs, et le praticien tente d'évaluer au mieux la demande et les attentes du patient, qui peuvent être parfois éloignés de ses besoins en terme de santé bucco-dentaire [61]. Chaque individu a sa propre réaction face à la maladie et à l'atteinte de son intégrité, et n'exprime pas ses symptômes avec les mêmes mots que le praticien.

L'entretien permet de définir la réaction du patient face à sa pathologie. Celle-ci sera différente en fonction de sa personnalité, de sa représentation imaginaire et collective de la maladie. [2]

Le motif de consultation renseigne sur la capacité de compréhension du patient et sur la conception qu'il a de son état bucco-dentaire. Pour le guider, il peut être judicieux de lui demander comment il perçoit globalement sa bouche et ses dents. [54]

2.1.4 La communication et la relation praticien-patient

La prise en charge globale renvoie à la notion d'approche, au sens d'aller à la rencontre de quelqu'un. La qualité de cette rencontre influence, plus qu'on ne peut le croire, la justesse du diagnostic et la pertinence de la décision thérapeutique. Comme le souligne Valentin [62], le succès comme l'échec d'un traitement reposent ainsi sur la relation établie dès l'entretien, et ce, indépendamment de la banalité ou de la difficulté des actes réalisés.

Cette rencontre repose en grande partie sur la communication. Elle s'impose désormais depuis les dernières directives aux lois de mars 2002 qui soumettent les professions de santé à l'information du patient, ce dernier devenant un partenaire à part entière lors de la décision thérapeutique. [2] [59]

Le défi pour le chirurgien-dentiste est de mettre en œuvre à la fois des compétences techniques et des compétences relationnelles. Le savoir-dire du praticien s'appuie sur l'acquisition de compétences en communication médicale. [2] [25] [54] [62]

Cependant, durant le cursus universitaire, l'enseignement technique et théorique est souvent mis en valeur au détriment des notions de communication. [16] Selon Woelberg et al. [63], ces notions sont essentielles et doivent être intégrées à la formation des chirurgiens-dentistes

Sans entrer dans les détails, il existe des notions clés de communication qui permettent d'entrer en contact avec le patient lors de l'entretien :

- **les questions ouvertes** : elles permettent aux patients, par un entretien directif, de discuter de leurs préoccupations librement. Selon le Japanese group of research on the medical interview, la quantité d'informations obtenues de la part des patients est positivement corrélée à l'utilisation de questions ouvertes. [2]
- **l'empathie** : Elle se définit par la capacité d'un individu à se mettre mentalement à la place d'un autre. Elle est garante d'une bonne distance thérapeutique, ce qui permet d'aboutir à une compréhension de ce que le patient exprime, et de comprendre ses sentiments et ses émotions en se mettant à sa place. [1] [2] [12] [54] [59]
- **l'écoute active** : Elle permet de recueillir des données en plaçant le patient au centre de l'entretien. En l'encourageant à parler, le praticien va l'aider à préciser et expliquer la nature de son problème. Cela suppose la maîtrise du questionnement (question ouverte) et du silence. [1] [2] [54]
- **les réponses de reflet** : C'est l'aptitude à reformuler le message émis par le patient. L'utilisation de la paraphrase permet de montrer au patient que l'on est attentif, tout en clarifiant ses propos si besoin. De plus, cela permet d'éviter au praticien les erreurs de compréhension, car la reformulation permet de vérifier si les informations données par le patient ont bien été comprises. [54]

Il faut garder à l'esprit que les patients recherchent surtout un vocabulaire accessible à tous. Il est important de choisir les mots justes et de rester le plus simple possible, en évitant ceux qui peuvent porter à confusion, « dévitaliser, tailler, lambeau, tire-nerf... ». [54] [59]

2.1.5 L'intérêt d'une relation de confiance

La communication ne s'invente pas et il est devenu primordial que le chirurgien-dentiste devienne un bon communicant. De cette communication va dépendre la relation patient-praticien, véritable partenariat dans la thérapeutique et la confiance mutuelle.

Comme le détaille YAMALIK [64], [65], la relation de confiance qui va s'établir est très importante et aura un impact sur la pratique clinique. Il observe :

- une satisfaction des patients
- une réduction de l'anxiété des patients
- un meilleur suivi dans le programme de maintenance
- une réduction des conflits
- une récompense professionnelle pour le praticien

2.2 L'examen clinique [69]

Un recueil des éléments objectifs, avec l'aide de l'entretien, permettra d'établir un pré diagnostic ou un diagnostic dans les cas les plus simples. [17] [47] [53] [61]

Nous allons décrire ici les différentes phases cliniques qui sont par ordre chronologique :

- l'examen clinique primaire
- les examens cliniques de complément

Dans la dernière partie, il sera question, en continuité avec l'entretien, de l'importance de la communication pendant l'examen clinique.

2.2.1 L'examen clinique primaire

L'examen clinique doit permettre d'identifier à la fois les facteurs directement responsables de la détérioration de la santé orale du patient et ceux susceptibles d'y contribuer. [29]

Il se déroule au fauteuil, en position assise ou allongée, en suivant un plan général conducteur, avec dans un premier temps l'examen extra-oral, suivi de l'examen intra-oral. [47]

2.2.1.1 L'examen extra-oral

L'inspection de la face peut être réalisée très rapidement durant l'entretien, et permet d'apprécier :

- une éventuelle malformation
- un œdème
- la symétrie et l'équilibre du visage
- la dynamique du sourire

La palpation va ensuite permettre de mettre en évidence :

- une pathologie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire
- la présence d'adénopathies cervico-faciales.

2.2.1.2 L'examen intra-oral

Il doit être systématique et prendre en compte toutes les régions de la cavité buccale. Durant cette étape, l'utilisation du miroir, d'une sonde (6 ou 17) [29], ainsi que d'une sonde parodontale est préconisée. Toutes les informations relevées doivent être notées dans le dossier médical du patient. [67]

- **L'examen des muqueuses**

L'inspection et la palpation des muqueuses doivent porter sur les différentes zones de la cavité buccale :

- les lèvres
- la face interne des joues
- la langue et le plancher buccal
- la voûte palatine et le voile du palais.

Cet examen permet de mettre en évidence la présence de lésions dermatologiques, ainsi que de possibles pathologies des glandes salivaires.

- **L'examen dentaire**

L'inspection permet de déterminer la formule dentaire du patient en relevant :

- les dents manquantes suites à une avulsion ou à une agénésie
- les dents surnuméraires
- les restaurations présentes
- les lésions carieuses actives et initiales
- les dents délabrées
- les facettes d'usure

- les dyschromies
- l'hygiène

- **L'examen du parodonte**

L'inspection et la palpation permettent de relever :

- l'aspect général gingival
- la présence de plaque et de tarte dentaire
- des mobilités dentaires
- des migrations dentaires
- des saignements provoqués ou spontanés
- des suppurations
- les récessions

- **L'examen de l'occlusion**

On réalise un bilan de l'occlusion qui nous permet d'évaluer :

- le trajet et l'amplitude de l'ouverture buccale
- l'existence ou l'absence d'un centrage, d'un calage et d'un guidage
- l'étude des différentes fonctions masticatoires (incisive, canine, triturante)
- l'existence de parafonctions
- la perte de dimension verticale d'occlusion

2.2.2 L'examen clinique de complément

Dans la majeure partie du temps, l'entretien et l'examen clinique permettent d'établir un diagnostic global. Cependant, même s'ils ne doivent pas être systématiques, les différents examens complémentaires permettent d'affiner et de confirmer ce diagnostic.

Tous ces éléments complémentaires doivent être classés dans le dossier du patient. [67]

2.2.2.1 Les examens radiologiques

La radiographie panoramique possède de nombreux intérêts, en effet elle permet :

- d'avoir une vision globale de l'état bucco-dentaire
- de détecter des foyers infectieux chroniques et d'éventuelles pathologies osseuses
- de visualiser la présence et l'importance de lyses osseuses d'origine parodontale
- d'avoir un élément de preuve légale de l'état du patient au début de sa prise en charge
- d'obtenir un support de communication pour expliquer les différentes problématiques au patient

Les radiographies rétrocoronaires et rétroalvéolaires sont utilisées pour évaluer des problèmes localisés :

- status à visée diagnostique dans le cadre d'une maladie carieuse
- status à visée diagnostique dans le cadre d'une maladie parodontale
- lésions d'origine endodontique

L'évolution des techniques en radiographie permet l'utilisation d'imagerie en trois dimensions (cone beam). Mais l'indication lors de l'examen clinique est limitée et trouve sa place lors de consultations spécialisées (implantologie, endodontie)

2.2.2.2 Les modèles d'étude

Les modèles d'étude sont obtenus grâce à la réalisation d'empreintes à l'alginat des arcades du patient et leur réalisation permet :

- d'obtenir un élément de preuve légale de l'état du patient au début de sa prise en charge
- de réaliser une analyse occlusale grâce au montage sur articulateur semi-adaptable
- d'obtenir un support de communication pour expliquer les différentes problématiques au patient.

2.2.2.3 Les analyses biologiques

Dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire, nous pouvons être amenés à prescrire des analyses biologiques (numération formule sanguine), et parfois à les réaliser directement au cabinet (prélèvement bactérien).

Ces examens permettent à la fois d'effectuer un dépistage général et de confirmer un diagnostic.

Il est important, lorsque l'on adresse le patient, de conserver la correspondance et les résultats dans le dossier médical.

2.2.3 La communication au fauteuil

Durant l'examen clinique, le patient se trouve le plus souvent en position allongée sur le fauteuil, bouche ouverte. La communication semble alors compromise.

Il est pourtant important de ne pas laisser le patient isolé avec l'appréhension de ce qui va être découvert.

Lors de l'examen du patient, chacune de nos observations doit être suivie d'une courte explication.

2.2.3.1 Les moyens de communication

- **Les examens complémentaires**

Les examens complémentaires ont une double fonction. En plus de leur rôle dans le diagnostic, ils servent de support de communication.

La radiographie panoramique doit être décrite et expliquée avec le patient. Il est plus simple pour ce dernier de comprendre et visualiser un problème parodontal avec l'aide de la radiographie.

Il est cependant important de ne pas utiliser ces examens uniquement pour améliorer la communication, au risque que le patient n'en comprenne pas l'utilité clinique.

- **La caméra endo-buccale**

Cet outil permet de réaliser l'inspection clinique avec la participation du patient, en projetant l'image de sa bouche sur écran.

L'utilisation de la caméra participe à l'établissement de la confiance entre le praticien et son patient. Celui-ci peut voir et donc comprendre les éléments qui participent à la détérioration de son état bucco-dentaire. Comme le précise Goldstein, dans certains cas, la caméra permet

au patient de réaliser lui même un diagnostic simple lors de la visualisation de sa cavité buccale [22] [34].

- **Le révélateur de plaque**

L'application de révélateur permet au patient de prendre conscience de son défaut de brossage. Il n'est pas toujours évident de motiver un patient et de lui dire que ses méthodes de brossage peuvent être améliorées.

De la même manière que la caméra, l'impact visuel permet au patient de découvrir les différentes zones où le brossage doit être amélioré, et de justifier les différents protocoles de brossage qui peuvent lui être prescrit.

- **La photographie numérique**

Même si la documentation photographique ne fait pas partie, à proprement parler de l'enquête diagnostique, elle présente de nombreux avantages :

- Preuve clinique en cas de conflit ;
- Lors de la présentation du plan de traitement ;
- A la fin du traitement, pour montrer les résultats ;

2.2.3.2 L'intérêt de la communication au fauteuil

En plus de son rôle majeur dans l'établissement d'un diagnostic, l'examen clinique doit être utilisé pour informer et rassurer le patient.

Les patients qui n'ont pas compris les différents éléments relevés durant l'examen clinique ne peuvent pas adhérer en toute confiance au traitement qui leur sera proposé.

Il est important de transformer la phase d'examen en processus d'éducation, ce qui permet de mettre en place une approche préventive. [11]

2.3 La diagnostic

2.3.1 Définitions

Le diagnostic consiste à « rechercher les caractéristiques et les origines de l'affection odontologique dont souffre le patient » [36]. Il est donc question d'identifier à la fois les manifestations cliniques d'une pathologie, mais aussi les facteurs déclenchants. [29]

Dans cette définition, le verbe « souffrir » ne doit pas être associé à une notion de douleur (« mes dents me font mal » LAROUSSE), mais au sens de posséder et subir une maladie. Certaines pathologies chroniques, comme par exemple la maladie parodontale, se développent souvent sans douleur. Le patient n'en a pas nécessairement conscience mais il souffre pourtant de cette maladie. Dans ce cas précis, la communication lors de la présentation du diagnostic permet au patient de prendre conscience de l'intérêt d'une mise en place d'un traitement.

Le diagnostic représente l'acte le plus important car il conditionne l'ensemble du traitement futur, et il se révèle être un vrai challenge quotidien dans nos cabinets.

2.3.2 Le processus [6]

Le diagnostic correspond à la première étape de l'approche intellectuelle de la pathologie bucco-dentaire. De ce fait, la responsabilité du chirurgien-dentiste est susceptible d'être engagée.

Il est établi à la suite de l'entretien, de l'examen clinique ainsi que des examens complémentaires. Regroupant l'investigation clinique et l'approche psycho-sociale du patient, les données recueillies doivent être analysées et ce processus est complexe.

On retrouve deux approches méthodologiques : l'approche analytique et l'approche heuristique.

- **L'approche analytique** correspond à un raisonnement par l'analyse, avec l'aide d'arbres décisionnels et parfois de données statistiques. C'est une méthode efficace et précise qui permet de réduire les erreurs de diagnostic. Cependant, elle prend du temps et reste fastidieuse à mettre en place dans notre exercice quotidien ;
- **L'approche heuristique** est fondée sur l'utilisation de l'expérience, que l'on peut définir comme un outil intellectuel favorisant l'art de découvrir (du grec ancien eurisko). Cette méthode ne doit pas être considérée comme une méthode non scientifique ou peu sophistiquée. Elle a l'avantage d'être rapide, intuitive voire inconsciente. Cependant, le chemin entrepris jusqu'à la solution n'est pas nécessairement optimal, et les erreurs diagnostiques sont inévitables, même chez des praticiens expérimentés.

Avec leurs avantages et défauts, seule une combinaison de ces deux approches correspond à l'approche diagnostique optimale.

2.3.3 Interprétation et résolution du problème [54], [12], [52]

Lors de la dernière étape de la consultation, le praticien regroupe les éléments identifiés de manière cohérente, pour présenter aux patients le diagnostic initial. L'entretien est centré sur le patient, mais durant le diagnostic, les connaissances et les compétences du praticien sont mises en avant afin de décrire et de proposer sa méthode de travail. Ceci est important pour amener un patient habitué à une prise en charge « traditionnelle » vers un traitement global.

- L'interprétation du problème :

Selon Brammer en 1975, cité dans la communication en odonto-stomatologie (Nossintchouk [54]), « l'interprétation consiste à exposer au patient une hypothèse sur la signification ou la relation des différents éléments présentés ». Son but est d'aider le patient à prendre conscience de son problème et de le motiver à le résoudre en adoptant de nouveaux comportements.

- La résolution du problème :

Après avoir informé le patient, il faut amener des solutions pour résoudre son problème. Différents auteurs (Dworkin, 1978 ; Ergon, 1975) cités par Nossintchouk [54], décrivent une méthodologie permettant d'aider le patient en décrivant les techniques dites de « résolution des problèmes » (problem solving) :

1. Identifier et clarifier le problème du patient ;
2. S'assurer avant tout que le patient a bien assimilé les étapes précédentes visant à la bonne compréhension du problème et qu'il dispose des ressources mentales pour y remédier ;
3. S'assurer que le patient décide réellement de prendre en charge son traitement ;
4. Faire en sorte qu'il pose le problème concrètement et le décompose en unités pouvant être résolues ou acceptables.

Par exemple, lors d'un traitement parodontal :

- identification des symptômes : saignements, mobilités...
- cette maladie nécessite une prise en charge
- cela va prendre du temps
- cela demandera de la patience et un partenariat praticien-patient
- cela engagera des frais

Cette méthode permet d'impliquer le patient dans son traitement. Le processus de diagnostic se transforme en une méthode d'éducation permettant de mieux comprendre la nécessité de le réaliser.

Lors de la présentation du diagnostic, il est préférable que les étapes techniques ne soient pas abordées. Le praticien doit utiliser un langage simple, en insistant sur les solutions à apporter pour améliorer la santé bucco-dentaire du patient :

- conseils d'hygiène bucco-dentaire,
- modification des comportements (alimentation, tabac)

L'étude de Misra et al. [52] montre en effet que suite à la consultation, le patient garde en mémoire les techniques cliniques employées, en occultant les conseils de santé bucco-dentaire, pourtant essentiels.

En réponse à cela, une simple description de la maladie est suffisante, et elle peut être complétée par des supports d'information (papier, site internet), permettant au patient de reprendre les informations délivrées.

Cependant, les grandes étapes du traitement doivent être précisées, et sont dans la grande majorité des cas :

1. Stopper la maladie et rétablir des conditions favorables
2. Réparer les dégâts
3. Maintenir la situation dans le temps

Il est important que le praticien explique au patient que la planification thérapeutique nécessite un temps de réflexion, durant lequel les différents examens réalisés lors de la consultation seront analysés.

Suite à cela, un programme de soins lui sera présenté, comportant le plan de traitement détaillé ainsi que le devis.

3 La planification thérapeutique

3.1 Le projet de traitement

« La simplicité est la sophistication suprême » Léonard de Vinci (rasoir d'Occam)

3.1.1 Du plan de traitement à la planification thérapeutique

Orthlieb différencie la simple liste d'étapes du processus intellectuel de réflexion autour du programme de soins. [56], [55]

Le terme « plan » comporte une ambiguïté. Selon le Larousse, il consiste en « une suite ordonnée d'opérations prévue pour atteindre un but ». On se doit donc de différencier ici la planification thérapeutique, du plan de traitement. Selon Orthlieb, « un traitement est d'abord une entreprise intellectuelle avant d'être manuelle ».

Trop souvent, le plan de traitement se résume à une simple liste d'étapes définies par le devis. Par exemple, dans le cas d'une couronne à réaliser :

- Couronne provisoire
- Reconstitution corono-radiculaire
- Couronne

Le devis est une obligation juridique dans le cadre du contrat de soins, mais en aucun cas il ne remplace le processus de réflexion nécessaire à la planification thérapeutique. [6]

La planification thérapeutique consiste en une réflexion intellectuelle permettant de « définir les différentes options de traitement appropriées et raisonnables » [51].

Elle se déroule en deux étapes, une collecte d'information puis une réflexion.

3.1.2 La collecte d'information [55]

La collecte d'information correspond à l'organisation et au classement des différents éléments recueillis durant la première consultation. Elle comprend donc :

- les informations notées lors de l'entretien avec le patient
- les éléments observés lors de l'examen clinique
- les examens de complément (radiographie, photographie, modèle d'étude, etc...)

Ces éléments sont la base de travail du processus de réflexion qui permettra de définir des options thérapeutiques, d'où l'importance de mettre en place une organisation de classement afin d'éviter les oublis source d'erreur.

3.1.3 La réflexion et la décision thérapeutique [55]

Cette phase correspond à une analyse sans patient. Certains [56], [17], recommandent de prévoir un créneau horaire uniquement consacré à cette étape. Il peut être intéressant pour certains cas plus complexes de s'entourer des conseils de confrères, afin de réaliser cette étape à plusieurs.

Durant la décision thérapeutique, le praticien doit suivre un protocole identique à chaque situation clinique :

- Etablir un diagnostic
- Identifier les objectifs de traitement et les problèmes-clés
- Définir les propositions thérapeutiques

3.1.3.1 Le diagnostic

Dans la majorité des cas, le diagnostic est réalisé de manière rapide à la suite de l'examen clinique. Ce diagnostic initial peut être confirmé ou remis en question durant la phase de réflexion sans le patient.

Cependant, dans certains cas, plusieurs diagnostics sont établis : « Chaque ensemble structurel fait l'objet d'un diagnostic indépendant (aspects squelettiques, dentaires, parodontaux, implantaires, occlusaux, musculo-articulaires, comportementaux, psycho-sociaux etc...). [56] Dans une approche globale, l'ensemble de ces diagnostics doit être mis en relation pour définir des objectifs globaux.

3.1.3.2 Les objectifs de traitement

Comme un pilote d'avion et son plan de route, l'objectif correspond au point d'arrivée du traitement. Dans une pratique moderne, les objectifs de traitement doivent être évalués en accord avec les objectifs propres au patient.

Du point de vue du praticien, l'objectif de tout traitement est de maintenir ou de rétablir une santé bucco-dentaire optimale.

Selon Martignoni 1990, on peut définir une priorité dans les objectifs prothétiques : [50]

- La fonction
- La résistance
- L'esthétique

Cependant, on observe souvent chez le patient un intérêt inverse. En effet, l'esthétique se retrouve souvent comme l'objectif principal au détriment de la fonction ou de la résistance.

Si les objectifs ne sont pas déterminés des deux côtés, le résultat final peut parfois, même s'il est réalisé à la perfection sur le plan technique, se solder par un échec car il ne répond pas aux attentes du patient.

En contre partie, le praticien est en droit de refuser les attentes d'un patient s'il juge que les objectifs sont, dans le cas précis, irréalisables ou non indiqués.

3.1.3.3 Traitement simple versus traitement complexe

Après la collecte des informations et le processus de réflexion, certaines situations cliniques se trouvent être plus complexes.

On peut définir une situation complexe « lorsque plusieurs disciplines sont concernées et où les problèmes de santé dentaire et parodontale sont compliqués de problèmes esthétiques et fonctionnels. » [46]

Selon Orthlieb, « pour les patients nécessitant un traitement prothétique complexe, il sera prudent de fractionner la mise en place des éléments prothétiques permanents. »

On peut rattacher ici le concept KISS pour « Keep It Short & Simple », ce qui rejoint l'adage « Pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple ? ».

Le principe KISS indique que la simplicité devrait être un objectif clé dans la conception et que la complexité inutile devrait être évitée.

3.1.3.4 Les choix thérapeutiques

Une fois les objectifs établis, le praticien est en mesure de définir les moyens de mise en œuvre pour y répondre.

Cependant, pour une même situation clinique, on retrouve plusieurs solutions thérapeutiques répondant aux objectifs. Par exemple, dans une situation d'édentement unitaire :

- la mise en place d'un implant
- un bridge collé
- un bridge conventionnel
- une prothèse amovible

- l'abstention

Chacune de ces solutions contient des avantages et des inconvénients, mais le vrai critère de décision reste le pronostic.

- **Pronostic et efficience**

Le pronostic est la prédiction de l'évolution d'une maladie et l'évaluation des chances de succès de la thérapeutique. Selon Thoma, cité par Labille et al [46], « le pronostic est l'art de dire à l'avance la durée, le résultat et la fin d'une maladie ».

Le pronostic permet de déterminer une balance thérapeutique, rapport entre le coût (physique, émotionnel, financier) et le pronostic de gain.

La décision thérapeutique ne doit pas seulement permettre d'obtenir des résultats efficaces à long terme, mais cette efficacité doit être atteinte à moindre coût.

Selon Orthlieb [55], « l'efficience thérapeutique se résume ainsi : durabilité, simplicité :

- optimisation fonctionnelle durable, économe des moyens ;
- fractionnement des étapes pour simplifier les actes. (cas complexes notamment) »

- **Critères de décision**

Pour répondre à cette situation clinique, le praticien doit prendre en compte des critères de décision comme :

- le coût
- l'économie tissulaire
- l'esthétique (surtout lors d'un édentement antérieur)
- la motivation du patient
- la santé générale du patient
- etc.

La complexité du processus de choix thérapeutique entraîne, pour une situation identique, des traitements différents entre chaque patient, mais aussi entre plusieurs praticiens.

3.2 La prise de décision

« La première cause d'échec n'est pas la qualité de la réalisation, mais la qualité de la décision » (Okeson, 2003) [55]

Dans leur étude sur le rôle des patients dans la prise de décision, Chapple et al. [24] expliquent que de plus en plus de patients souhaitent participer au processus de prise de décision, bien que certains s'en remettent encore au choix de leur praticien (souvent dans un contexte d'urgence).

3.2.1 La méthodologie dans la prise de décision

Le processus de prise de décision s'appuie sur :

- l'intuition ;
- l'expérience ;
- le savoir scientifique fondé sur les preuves.

3.2.1.1 La pratique fondée sur les preuves

Comme le soulignent Labille et al. [46], lorsqu'un patient se présente dans nos cabinets, il souhaite que nos connaissances reflètent l'état actuel de la science. Cependant, il existe des différences entre l'état actuel des connaissances et la prise en charge d'un patient avec ses fluctuations individuelles. Se pose alors la question : Comment utiliser la pratique fondée sur les preuves ?

La pratique fondée sur les preuves nécessite une méthodologie [53] :

- Définir le problème du patient
- Rechercher les données pouvant répondre aux problèmes
- Evaluer la pertinence de preuve en fonction des besoins du patient.

3.2.1.2 L'intuition et l'expérience

L'expérience et l'intuition ne doivent pas être considérées comme une méthode non sophistiquée. [36]

Dans toute prise de décision, des facteurs humains, comme l'expérience et l'intuition, font partie du processus psychologique qui s'oppose à l'idée même d'une objectivité professionnelle. De par leur subjectivité, l'utilisation de l'expérience et de l'intuition comprend des biais cognitifs. [46] [44]

En effet, l'expérience étant rattachée à la mémoire, on se retrouve avec deux types de biais [44] :

- La surestimation des risques
- La sous-estimation des risques

La **surestimation des risques** est la conséquence d'événements surprenants ou pénibles, qui vont rester en mémoire. Par exemple, un échec endodontique peut avoir des conséquences sur la prise de décision lors d'une situation clinique similaire ultérieure.

La **sous-estimation des risques** ou « EGO BIAS », à l'inverse, correspond à une mauvaise évaluation des risques suite à un succès à court terme. Par exemple, un praticien peut trouver inutile d'utiliser la digue dentaire pour des soins d'endodontie car il ne rencontre pas d'échec à court terme.

3.2.2 Les facteurs influençant la décision clinique

Comme le soulignent AVILA et al [3], idéalement la pratique dentaire doit être fondée sur des concepts cliniques dictés par la pratique fondée sur les preuves. Cependant, il existe certains facteurs qui, de par leur nature, ne peuvent être mesurés objectivement, mais ont une importance cruciale dans la conception du plan de traitement.

Dans notre travail, seuls ces facteurs seront décrits car ils répondent à la problématique posée. Concernant les facteurs objectifs, on trouve dans la littérature de nombreux articles décrivant les conduites à tenir (par exemple la stratégie thérapeutique concernant l'extraction ou la conservation des dents) [66], [3], [40].

On trouve deux points de vue lors de la prise de décision, nous allons donc aborder les facteurs influençant le patient puis ceux influençant le praticien. Pour terminer nous décrirons les facteurs liés à la fois au patient et au praticien.

3.2.2.1 Les facteurs liés au patient

- Sexe, Age et Personnalité

Ces facteurs généraux influent sur la perception et le comportement du patient face à la santé. [32]

- La demande et les attentes

La prise en compte des choix du patient avant de prendre une décision clinique est primordiale, et permet d'être en adéquation avec la satisfaction du patient. [45]

Selon Avila [3], c'est le facteur le plus important dans la conception du projet thérapeutique, et même si d'autres facteurs cliniques entrent en jeu, la volonté du patient doit être le facteur majeur.

La demande et les attentes du patient sont déterminées par ses croyances et son attitude face aux soins dentaires ainsi que ses expériences passées. [53]

Dans son étude sur les facteurs influençant les choix de traitement par les praticiens, Brennan [23] observe que ce critère, bien qu'essentiel, n'arrive qu'en second plan la plupart du temps.

- L'observance

Elle correspond à la capacité d'un patient à adhérer et coopérer à un traitement. Lors de la prise de décision, il est important de savoir si le patient [53] :

- Comprend pleinement le traitement
- Peut supporter ce traitement (séance longue, durée de traitement)
- Adhère au traitement
- Se montre motivé et assidu

- Le coût

Le montant des honoraires ne peut être laissé en dehors du processus de planification du plan de traitement [3] [41] [53]. Cependant, son intérêt dans la prise de décision se trouve lors du choix de la solution par le patient.

Le praticien ne doit pas choisir en amont si une solution lui semble trop importante financièrement pour le patient.

Selon Brennan [23], le critère financier et le coût des traitements se trouve être le critère le plus important pour les praticiens, lorsque des solutions moins chères existent. Cela sous-entend que le praticien a tendance à choisir la solution en fonction des honoraires, ce qui peut créer un conflit d'intérêt entre le praticien et son patient.

Cependant, ces résultats sont à nuancer car l'étude est australienne, et le système de santé étant différent, il est difficile de transposer ses résultats dans notre pays.

3.2.2.2 Les facteurs liés au praticien

- Compétences et plateau technique

L'activité d'un praticien est limitée par ses compétences et son plateau technique. Par exemple, un praticien ne maîtrisant pas l'implantologie est dans l'obligation d'adresser son patient à un confrère compétent, et donc de travailler avec des correspondants. [53] [32] [41]

On peut aussi penser qu'un praticien ne pratiquant pas l'implantologie peut éventuellement ne pas proposer cette solution à ses patients.

Il est donc important de faire le choix de la formation et de l'amélioration de son plateau technique si l'on souhaite répondre à la demande de nos patients. Sinon, il faut travailler avec une équipe de correspondants permettant au patient de recevoir les meilleurs traitements possibles.

En ce qui concerne l'expérience, il n'y a pas de lien entre l'âge du praticien et les facteurs de décision comme le précise Brennan [23] dans son étude et on observe très tôt la mise en place d'une routine dans le processus de prise de décision.

3.2.2.3 Les facteurs praticien-patient

- La relation praticien-patient [53] [32] [41]

De nombreux auteurs s'accordent sur l'importance de cette relation lors de la prise de décision. Elle permet de déterminer les facteurs liés au patient comme ses attentes, son observance ou encore sa capacité financière.

- L'attitude face au risque [41] [44]

Lors du processus de décision, le praticien établit la probabilité de succès de chaque solution thérapeutique.

Cependant, chaque être humain se comporte différemment face au risque. Des études ont démontré (Tversky et Kahnemann) que face à un risque similaire, mais présenté de différentes façons, on ne réagit pas de la même manière.

Par exemple, dans une situation où la probabilité de conservation d'une dent est donnée à 75% par la littérature, on peut présenter au patient :

- que cette solution permettra de conserver sa dent dans 75% des cas
- que cette solution entraînera l'extraction dans 25% des cas.
- que cette solution permettra de conserver la dent dans 3/4 des cas
- que cette solution entraînera l'extraction dans 1/4 des cas

La solution choisie par le patient va dépendre de son attitude face au risque et de son expérience passée avec les soins dentaires.

Il est donc important d'évaluer l'attitude du patient face au risque afin de lui présenter de la meilleure façon.

3.2.3 La variabilité et l'incertain dans la prise de décision

La complexité du processus de décision et la subjectivité des différents facteurs ne permettent pas une standardisation de la prise de décision. Il paraît de ce fait normal de retrouver des choix de traitement différents entre plusieurs patients, mais aussi entre plusieurs praticiens pour un même patient.

La variation dans la prise de décision et donc dans les traitements proposés ne doit pas être considérée comme une erreur. Au contraire, cette variation confirme que les traitements sont réalisés en fonction des particularités propres au patient, ce qui est un signe de qualité. [42] [43]

L'incertain fait partie du domaine scientifique. Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera pas dans dix ans. Comme le note Labille [46], on considère que le savoir médical double tous les 10 à 15 ans. L'état actuel des connaissances est donc mouvant. Labille considère que « de nos jours, le savoir médical est un produit, et le praticien un consommateur. On assiste à un double jeu contradictoire d'imitation et de distinction » : le praticien essaie à la fois de marquer sa conformité au groupe de référence, et à l'intérieur de son propre groupe, d'affirmer son identité par son originalité. »

L'incertain se retrouve aussi dans l'utilisation des connaissances. Chaque praticien interprète différemment une même information. La sélection sera différente, et fonction de ce qui correspond le mieux à ce que désire le praticien.

3.3 Les phases de traitement

Une fois le projet de traitement réalisé, le praticien doit organiser les différentes étapes cliniques permettant d'obtenir les résultats établis. En fonction du cas clinique, de légères modifications peuvent exister, mais le programme de traitement suit le plus souvent l'organisation présentée ci-dessous.

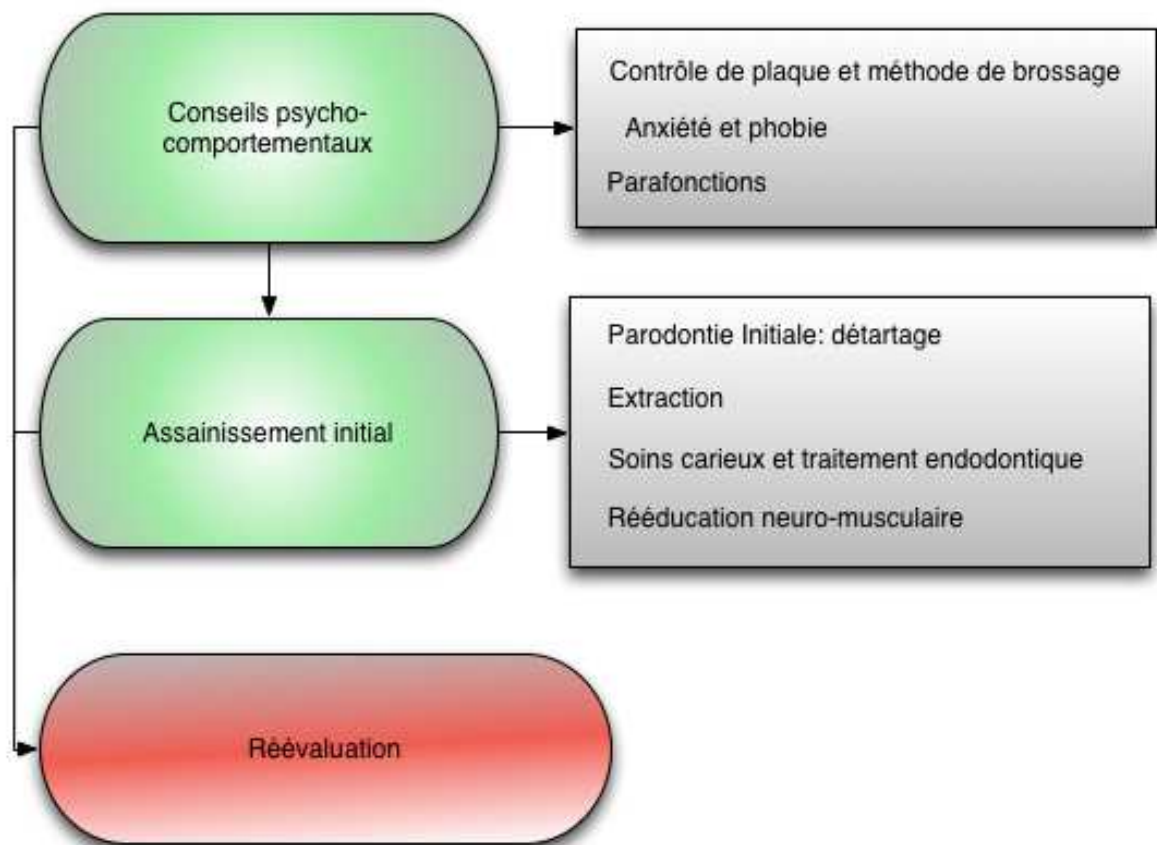
3.3.1 La mise en condition tissulaire

Cette phase de traitement permet de stabiliser les structures sur le plan biologique, sur le plan mécanique, mais aussi sur le plan psycho-comportemental.

En fonction des facteurs de risque du patient, les programmes de prévention sont mis en place. Cet assainissement permet de rétablir des conditions biologiques nécessaires à la poursuite de tout traitement.

De plus, cette phase permet d'apprécier la motivation du patient, ainsi que la compréhension des informations transmises.

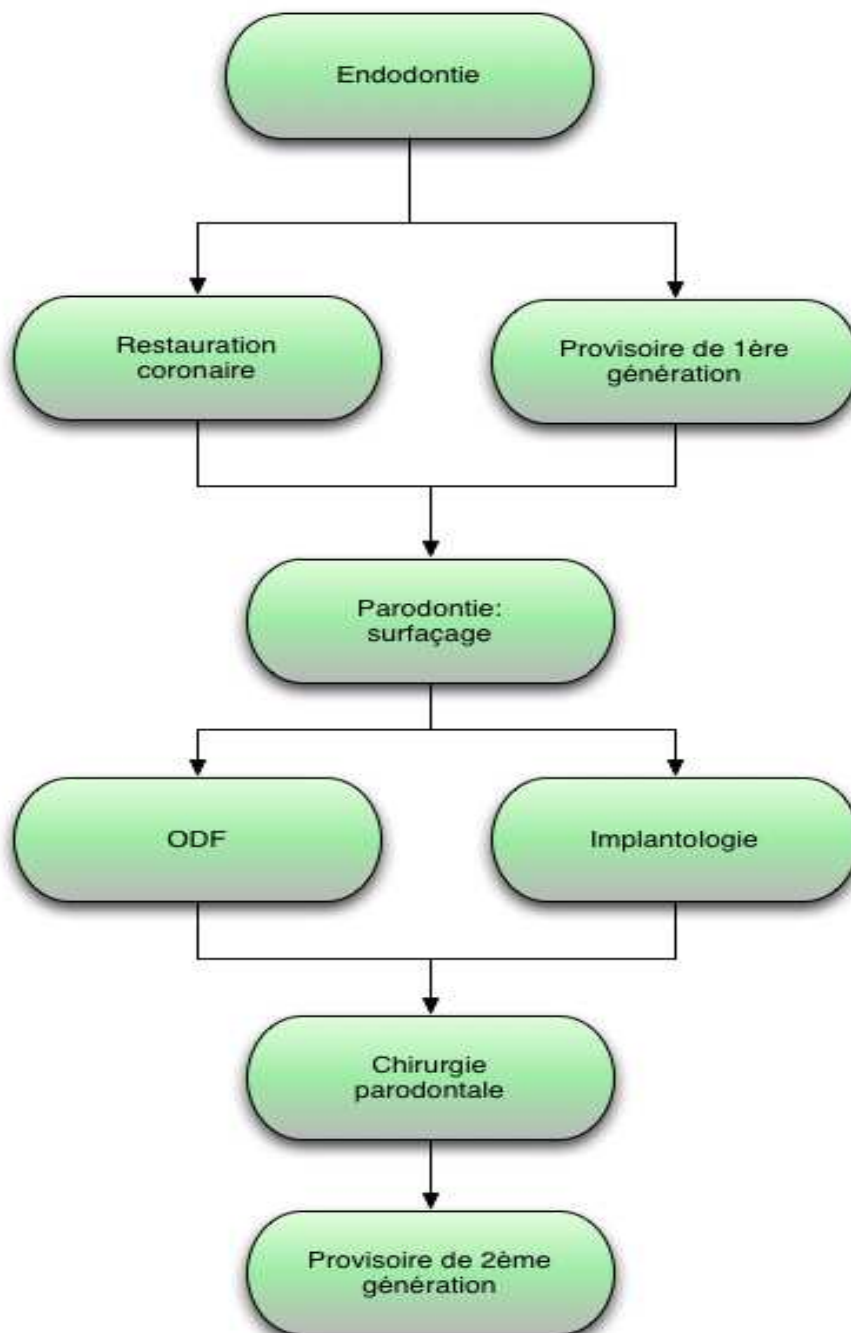
A ce stade, toute réévaluation peut être entreprise sur le traitement mis en place.



3.3.2 La modification tissulaire

Une fois l'assainissement et le programme de prévention mis en place, la modification tissulaire permet de traiter les séquelles des différentes pathologies.

Pendant les traitements prothétiques, l'utilisation de matériaux provisoires permet d'évaluer le projet de traitement mis en place, et si nécessaire de le modifier en fonction des demandes du patient.



3.3.3 La stabilisation

Durant cette phase, les travaux prothétiques définitifs sont mis en place. C'est essentiellement une phase d'empreinte, d'essayage et d'assemblage.

Elle comprend aussi les finitions orthodontiques, l'équilibration occlusale grâce au meulage sélectif ou collage, et la finition prothétique.

3.3.4 La maintenance

La maintenance est essentielle à la réussite de tout traitement. Elle doit faire l'objet d'une forme de contrat établi avec le patient. Le praticien met en place un programme de maintenance en accord avec la thérapeutique mise en place, ainsi que les facteurs de risque du patient. Il comprend l'ensemble des soins destinés à maintenir la situation, en suivant un planning prédéfini :

- contrôle de l'hygiène bucco-dentaire
- contrôle des parafonctions
- contrôle des signes musculo-articulaires
- contrôle radiographique

La programmation de visite de contrôle varie entre 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans en fonction des cas.

4 La présentation du traitement au patient

Après avoir pris le temps de réflexion, le praticien est en mesure de proposer plusieurs choix thérapeutiques pour atteindre les objectifs prédéfinis.

Cette étape n'est pas la plus évidente dans notre exercice quotidien, et amène parfois des malentendus des deux côtés. Le patient peut se sentir incompris si le traitement ne répond pas à ses attentes, et le praticien insatisfait si le patient n'adhère pas à la solution qui lui semble idéale.

C'est pourquoi il est préférable de ne jamais présenter les solutions thérapeutiques au patient avant d'avoir instauré une relation de qualité et de confiance [21]. Les attentes et objectifs du patient doivent être compris et respectés.

4.1 Le devis n'est pas le plan de traitement

On rencontre souvent cette confusion dans les cabinets dentaires. Pourtant, ils correspondent à deux étapes bien distinctes de la planification thérapeutiques. Le projet thérapeutique fait suite à un processus de réflexion et de décision, le devis, bien qu'étant une obligation légale, ne correspond qu'à l'évaluation des honoraires. [18]

En confondant les deux, le patient est naturellement guidé par le montant des honoraires, en occultant les divers avantages et inconvénients de chacune des solutions proposées. Il est évident que le coût d'un traitement a une grande importance dans les choix du patient, mais tout traitement semblera trop cher s'il n'est pas compris. [9]

Les solutions doivent être proposées en laissant en suspens le montant des honoraires pour que le patient puisse choisir en tout état de cause la solution qui lui convient sur le plan médical. L'évaluation de la faisabilité financière de la solution choisie par le patient intervient dans un deuxième temps et peut aboutir à une modification du plan de traitement proposé et choisi initialement, tout en restant dans le cadre des solutions prescrites par le praticien.

Le montant des honoraires peut par la suite être aménagé pour permettre au patient d'accéder à la solution qu'il désire. Selon l'enquête IFOP d'Octobre 2013, une grande majorité des patients (70%) aurait pu évité un renoncement aux soins dentaires grâce à un plan de financement. [71]

Le traitement doit être détaillé, précisé par ordre chronologique, avec si possible la durée moyenne de chacune des séances. Ceci permet au patient et au praticien de mettre en place le traitement sereinement. Le second avantage se trouve dans la justification des honoraires.

Alain Amzalag explique dans son ouvrage que « dans l'imaginaire de beaucoup de patients, les couronnes ont été inventées pour enrichir les dentistes. » En réponse à cela, il préconise de présenter aux patients non pas un simple devis de couronne, mais de détailler toutes les phases opératoires. [1]

En effet, le montant des honoraires paraîtra toujours plus élevé si le plan de traitement ne détaille pas toutes les étapes cliniques :

- Assainissement initial
- Empreinte et montage sur articulateur
- Traitement endodontique
- Préparation périphérique
- Provisoire

- Empreinte
- Prise de teinte
- Essayage
- Pose
- Contrôle

Pour une réalisation et des honoraires identiques, il est important de détailler les phases opératoires car elles permettent de justifier le montant des honoraires, et évitent les raccourcis concernant notre métier qui sont encore présents dans l'inconscient collectif.

4.2 La communication et la motivation

Comme lors de l'entretien, la présentation du traitement se déroule préférablement au bureau, en prenant soin de ne pas être dérangé. Les informations à transmettre au patient sont souvent nombreuses et parfois complexes. Un vocabulaire simplifié est préférable, ainsi que l'utilisation de moyens de communication comme :

- la radiographie panoramique
- les photographies
- les modèles d'étude
- les cires de diagnostic
- des maquettes de présentation
- un logiciel ou des vidéos 3D

Souvent un schéma ou un modèle permettent une meilleure compréhension que des explications, ainsi que de visualiser concrètement les actes qui vont être réalisés. [21]

Le traitement doit être présenté en expliquant l'importance de la prise en charge globale. Les informations délivrées s'attachent à répondre aux attentes du patient sur du long terme, dans un cadre de santé et non seulement de soins [13]. Certains patients se retrouvent surpris par l'importance des actes à réaliser, car ils ont le plus souvent été soignés en réponse à une demande immédiate.

Il est important de présenter au patient les avantages et inconvénients des différentes solutions. Les détails techniques n'ont pas besoin d'être précisés, sauf bien sûr si le patient en demande. [13]

On retrouve dans certain ouvrage [58], des méthodes de présentation de plan de traitement ressemblant à des artifices commerciaux.

Ces méthodes sont condamnées par d'autres auteurs [1], qui eux préconisent une alliance thérapeutique, sans forcer la décision par une quelconque manipulation. Seule l'information peut permettre au patient d'adhérer pleinement au plan de traitement.

Dans tous les cas, un temps de réflexion est nécessaire après la présentation du plan de traitement et des honoraires. Le détachement du praticien doit permettre au patient de comprendre que personne ne lui force la main, qu'il a le droit de refuser la thérapeutique proposée et qu'il peut donc être serein dans sa prise de décision. [1] [8]

4.3 Le traitement idéal et le compromis thérapeutique

En tant que professionnel de santé, il est de notre devoir de présenter les différentes solutions thérapeutiques possibles pour le patient. Cependant, une fois les attentes et les objectifs du patient définis, un traitement peut sembler être « la solution idéale ». [21] [26]

Certaines situations peuvent amener au contraire des surtraitements. En effet, un praticien peut proposer un traitement en désaccord avec la demande du patient ; mais à l'inverse, un praticien peut céder aux exigences déraisonnables du patient, et réaliser un traitement non adéquat.

Il est important de cibler la demande du patient en terme de besoin et de nécessité, mais cela ne permet pas nécessairement d'éviter des surtraitements.

Le compromis thérapeutique se retrouve dans la plupart des planifications thérapeutiques. On peut définir deux sortes de compromis :

- réversibles ;
- irréversibles.

Par exemple, si une solution amovible est préférée à une solution implantaire, on se trouve dans un compromis réversible. Rien n'empêche le patient de choisir dans le futur de remplacer sa prothèse amovible par des implants.

Par contre, certains compromis entraînent des mutilations lors de préparation de dents saines, de dépulpage, ou d'extraction. Cependant, les principes actuels tendent vers une économie tissulaire et donc de non mutilation. Il n'est pas rare de se retrouver dans des situations difficiles en terme de compromis. En effet dans certain cas, des actes mutilants peuvent correspondre à une solution de compromis avec le patient, mais il est de ce fait important que le patient choisisse une solution de compromis en connaissance des inconvénients ou séquelles éventuels, car la responsabilité du praticien se retrouve mise en jeu.

Comme le précise Rozencweig [58], « si le patient n'applique pas la meilleure solution parce qu'il est contraint à un compromis, il portera plus tard la responsabilité de la solution exécutée ». Le praticien est responsable des thérapeutiques entreprises, il est donc en droit de refuser un compromis, s'il juge que la balance bénéfice-risque est défavorable pour le patient.

	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Solution idéale	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction du patient immédiate et à long terme ; - Pérennité des dents et du parodonte ; - Rendu esthétique - Intégration bio-fonctionnelle et phonétique - Satisfaction du praticien 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépense importante - Durée de traitement prolongée - Difficulté d'exécution - Nécessité d'un bon laboratoire
Solution de compromis	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité d'exécution - Dépense modérée 	<ul style="list-style-type: none"> - Danger pour les dents et le parodonte - Rendu esthétique - Fonction perturbée - Insatisfaction du praticien - Réclamations du patient impossibles à satisfaire.

D'après Des clés pour réussir au Cabinet dentaire, ROZENCWEIG [58]

4.4 Le consentement éclairé

Il correspond à l'acte volontaire de recevoir un traitement par un patient ayant la capacité de consentir l'intervention en question. Elle est fondée sur une connaissance suffisante de ce traitement :

- Sa nature
- La probabilité de succès et d'échecs
- Les risques
- Les alternatives de traitement

Pour être valable, le consentement doit être donné volontairement et librement, sans pression ou influence exercées sur le patient. [28]

Du point de vue du praticien selon l'article 26 du code de déontologie, « hors le cas de l'urgence et où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

- de ne jamais nuire, de ce fait, à son patient ;
- de s'assurer de la continuité des soins et de fournir, à cet effet, tous renseignements utiles... »

L'alliance thérapeutique, consentements du praticien et du patient réunis, permet de débiter la thérapeutique en toute sérénité.

**SECONDE PARTIE - Etude prospective sur l'approche globale
auprès de chirurgiens-dentistes français**

L'objectif principal de cette enquête est d'évaluer les critères de mise en place d'une prise en charge globale en omnipratique chez les chirurgiens-dentistes en France.

1 Matériel

1.1 Population cible et critère d'exclusion

Nous avons réalisé une étude transversale auprès de chirurgiens dentistes français avec un recueil de données par auto-questionnaire.

Le questionnaire a été réalisé à partir du support web GOOGLE DRIVE©. Ce questionnaire interactif a été envoyé à 210 chirurgiens-dentistes exerçant en France métropolitaine, et possédant un site internet professionnel durant la période du 7 Novembre 2013 au 6 décembre 2013.

Le questionnaire envoyé par courrier électronique était accompagné d'une description de l'étude informant sur l'objectif du questionnaire, la garantie de confidentialité et leur participation à un travail de thèse d'exercice.

Nous avons retenu comme critères d'exclusion :

- les praticiens exerçant une activité de spécialiste : orthopédie dento-faciale et chirurgie buccale ;
- les étudiants en chirurgie-dentaire

Les omnipraticiens ayant un exercice orienté vers une spécialité, comme par exemple l'implantologie, mais conservant une pratique générale, ont été inclus.

1.2 Présentation du questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire comporte 37 items organisés en quatre catégories.

- Item 1 à 3 : ils renseignent sur l'âge, le sexe et le lieu d'exercice ;
- Item 4 à 12 : ils permettent d'évaluer l'organisation du cabinet ;
- Item 13 à 24 : ils évaluent l'organisation clinique ;
- Item 25 à 28 : ces items interrogent les praticiens sur l'évolution de la profession ;
- Item 29 : cet item commun permet d'estimer la proportion des participants qui pensent avoir mis en place une approche globale dans leur cabinet. Les items suivants sont fonction de la réponse à l'item 29.

- Item 30 à 33 : ces items permettent de cerner les raisons qui ont motivé le choix des praticiens pour une approche globale, mais aussi les difficultés rencontrées et les limites de cette prise en charge.
- Item 34 à 37 : De la même manière, ces items permettent d'identifier les raisons qui ont découragé les praticiens à mettre en place une approche globale dans leur cabinet. Ils sont interrogés sur leur volonté à la mettre en place dans le futur.

2 Méthodes

2.1 Recueil de données

Les données ont été recueillies dans un fichier Excel puis recodées en valeur numérique (par exemple, les hommes ont été codés 0 et les femmes 1).

L'item 29 du questionnaire a permis d'établir deux échantillons :

- ceux pensant avoir mis en place une approche globale au cabinet (AGO) ;
- ceux ne pensant pas l'avoir fait (AGN).

Ces deux échantillons ont été par la suite comparés en fonction de caractéristiques prédéfinies afin d'évaluer la présence ou l'absence de liens avec l'approche globale.

Dans certains cas, les réponses ont été regroupées afin de réduire les modalités de réponses pour chaque item, et éviter d'obtenir des échantillons trop faibles : item 2, 3, 6, 8, 13, 15 et 16.

Pour certains items, nous avons recodé les résultats dans le but de définir des caractéristiques répondant à l'approche globale :

Item 9 - les équipements du cabinet : nous avons déterminé deux types d'équipements visant à améliorer :

- le diagnostic (Panoramique, Cone beam, Lunette loupes, Microscope optique à visée diagnostique)
- la communication (CFAO, Appareil photographique, caméra-endobuccale)

→ La présence ou l'absence de ces deux types d'équipements détermine la polyvalence des équipements.

- Item 14 - l'organisation de la première consultation : nous avons défini deux types de consultation :
 - La consultation globale (Entretien, Examen clinique, Examen complémentaire, Motivation à l'hygiène)
 - La consultation non globale (Sans entretien et/ou avec des soins à la remise d'un devis)

- Item 17 - le délai pour recevoir une urgence : nous avons défini la présence d'un créneau d'urgence dans le planning quotidien du cabinet :
 - Créneau d'urgence (le jour même)
 - Pas de créneau d'urgence (le lendemain, dans la semaine, plusieurs semaines)

- Item 19, 20, 22 - Réalisation, Rédaction et Information du plan de traitement : nous avons assimilé la réponse « uniquement pour les cas complexes » à la réponse « non ».

- Item 24 - La définition du plan de traitement : nous avons défini deux types de définition :
 - Le plan de traitement global (exclusion de la réponse « réaliser un devis »)
 - Le plan de traitement global (associé à la réponse « réaliser un devis »)

2.2 Caractéristiques de l'approche globale et hypothèses

Le questionnaire nous a permis de définir 19 caractéristiques et hypothèses afin de pouvoir comparer nos deux échantillons AGO et AGN.

Les tests statistiques ont été réalisés grâce au test exact de Fisher (bilatéral) avec le logiciel SPSS Statistics d'IBM, afin de déterminer la présence ou l'absence de liens avec l'approche globale.

Les hypothèses de départ concernant ces caractéristiques sont :

- Le sexe : ce critère ne semble a priori pas déterminant dans la mise en place d'une approche globale.
- L'âge : on peut considérer qu'un praticien plus jeune est plus susceptible d'aller vers une approche globale en raison d'une formation universitaire récente.

- Le lieu : il est intéressant de déterminer si l'approche globale est plus souvent mise en place en milieu urbain ou rural, ou s'il n'existe pas de lien avec le lieu d'exercice.
- La spécialisation : la formation post-universitaire et les compétences cliniques pourraient expliquer un lien avec l'approche globale.
- Le type d'exercice : le regroupement des praticiens permettrait de varier les spécialités proposées et donc de proposer une approche globale.
- Le nombre de salariés : la présence d'aide dentaire ou d'assistante permettrait de libérer le praticien des tâches administratives afin d'améliorer la communication avec le patient.
- Le type d'équipement : on souhaite mettre en évidence un lien entre la polyvalence de l'équipement et l'approche globale.
- Les formations de management/coaching : lors de ces formations, la mise en place d'une approche globale est conseillée, il semblerait donc exister un lien avec l'approche globale.
- La durée de la consultation : il n'existe pas de règle concernant la durée de la première consultation, mais elle devrait être suffisamment longue pour permettre la mise en place d'une relation praticien-patient.
- L'organisation d'une première consultation : l'entretien semble aussi essentiel que l'examen clinique. La réalisation de soins et de devis (honoraires) lors d'une première consultation nous semble prématurée.
- Le nombre de patients par jour : en prenant une journée classique de 8 heures, un praticien reçoit 15 patients, soit 1 toutes les 32 minutes en moyenne. On considère qu'il est impossible de réaliser une approche globale avec des séances de moins de 30 minutes.
- Le nombre d'urgences par jour : on peut penser qu'il existe un lien entre le nombre d'urgences à la mise en place d'une AG.
- Le créneau d'urgence : la mise en place d'un créneau d'urgence dans le planning quotidien permet une meilleure organisation des soins au service du patient.
- Le créneau de plan de traitement : le plan de traitement est un outil de travail pour le praticien, et l'organisation d'un créneau dans le planning permet de l'inclure à l'activité du cabinet.
- Le plan de traitement – réalisation/rédaction/définition : On considère qu'il doit être systématique pour tous les patients, et rédigé pour des raisons médico-légales. Le plan

de traitement n'est pas à associer directement avec le devis (montant des honoraires), mais on considère que ce dernier en découle.

- L'information des patients : on considère qu'elle doit être systématique, dans le respect des lois de Mars 2002 et des droits du patient (consentement éclairé), mais aussi pour une qualité de relation entre le praticien et le patient.

2.3 Critères du score pour l'approche globale

Parmi les précédentes caractéristiques, nous avons choisi 10 critères qui nous semblaient correspondre aux conditions de mise en place de l'approche globale (Tableau 1).

Ils ont été définis en suivant les travaux du groupe Binhas, ainsi que notre propre avis sur le sujet, car il n'existe pas de consensus.

Ces critères nous ont permis d'obtenir pour chaque praticien un score sur 10 points permettant d'évaluer la mise en place de l'approche globale dans leur cabinet.

Les médianes du score obtenu par les groupes AGO et AGN ont été comparées à l'aide du test non-paramétrique de Kruskal-Wallis, afin de valider la pertinence de ces deux échantillons. En effet, le choix de l'approche globale étant une question ouverte (item 29), ce score nous a permis de vérifier l'honnêteté des réponses des participants.

	Critères Idéaux de la prise en charge globale
Nombre de salariés	Au moins un salarié
Durée de la première consultation	30 minutes et plus
Contenu de la consultation	Entretien, Examen clinique, Examens complémentaire, Motivation à l'hygiène
Nombre de patients par jour	Moins de 15
Créneau d'urgence	Oui
Créneau plan de traitement	Oui
Plan de traitement systématique	Oui
Rédaction des plans de traitement	Oui
Explication des traitements aux patients	Oui
Définition du plan de traitement	Organiser les actes et définir leur durée

Tableau 1 : Critères définis pour l'approche globale

3 Résultats

3.1 Statistiques descriptives

3.1.1 Caractéristiques démographiques

Cinquante deux personnes sur 210 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 25%. Notre échantillon comprenait 70% d'hommes, 67% déclaraient avoir plus de 40 ans et 56% exerçaient en cabinet rural

3.1.2 Organisation du cabinet

En majorité, les praticiens déclaraient ne pas avoir de pratique orientée vers une spécialité (67%) et travailler :

- En groupe (60%) ;
- 4 à 5 jours par semaine (90%) ;
- Avec au moins un employé (figure 1) ;
- Avec un plateau technique polyvalent (figure 2).

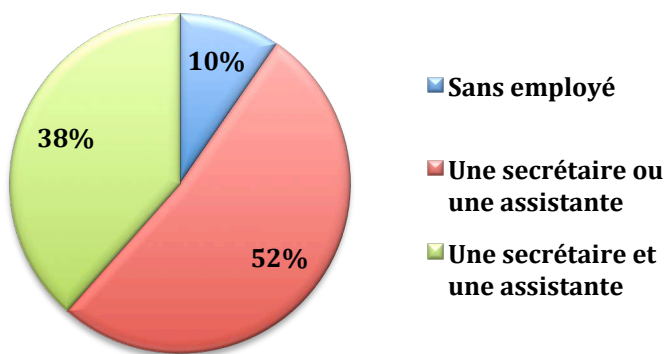


Figure 1 : Salariés du cabinet

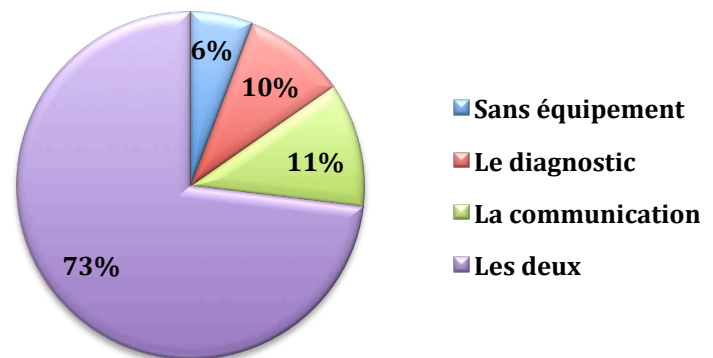


Figure 2: Equipements visant à améliorer

Concernant les formations (figure 3 et 4), les praticiens ont déclaré privilégier la parodontologie et l'implantologie, ainsi que l'esthétique et la prothèse, lors majoritairement, de congrès nationaux ou de formations locales.

Les formations de coaching ou de management ont été suivies par 40% des participants.

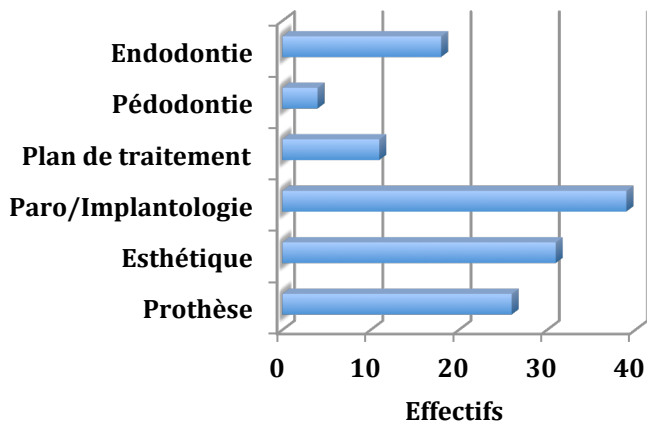


Figure 3: Formations continues privilégiées

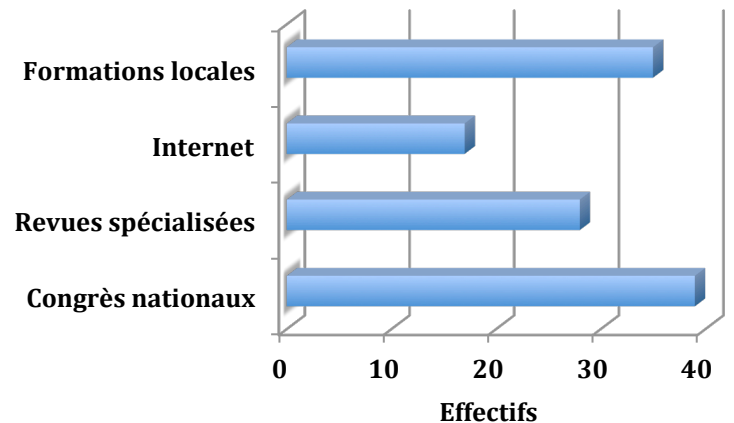


Figure 4: Supports de formation privilégiés

3.1.3 Organisation clinique

La première consultation a une durée d'au moins 30 minutes en majorité (figure 5), et comprend des soins ou la remise de devis pour 65% des praticiens, en plus de l'examen clinique.

Le nombre de patients reçus par jour était supérieur à 15 pour 54% des praticiens interrogés.

On observe que 38% des praticiens possèdent un créneau d'urgence dans la journée, et que 50% reçoivent plus de deux patients en urgence par jour.

Concernant la réalisation des plans de traitement :

- 62% des praticiens ne possèdent pas de créneau dans leur planning, permettant l'élaboration de leur plan de traitement ;
- 48% des praticiens ne réalisent pas systématiquement de plan de traitement ;
- 48% des praticiens rédigent leur plan de traitement, sur support papier ou informatique (figure 6) ;
- 65% des praticiens expliquent en détail le plan de traitement au patient ;
- il est associé au montant des honoraires (devis) par 33% des praticiens.

Concernant les critères de décision permettant de réaliser ces plans de traitement, les praticiens interrogés ont globalement sélectionné à part égale les différents critères proposés (figure7).

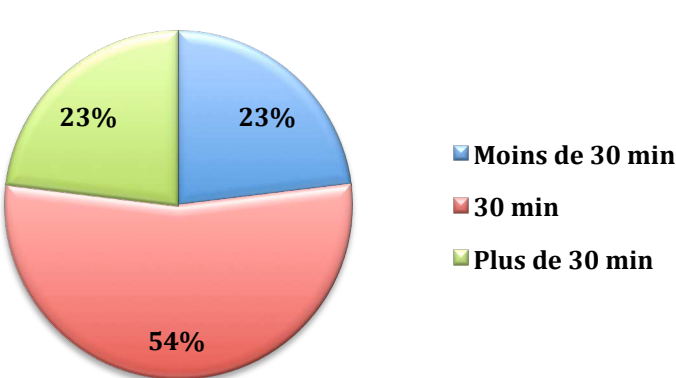


Figure 5 : Durée de la 1^{ère} consultation

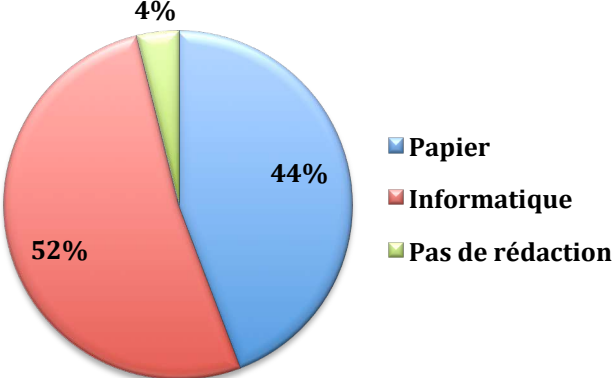


Figure 6 : Support de rédaction des plans de traitement

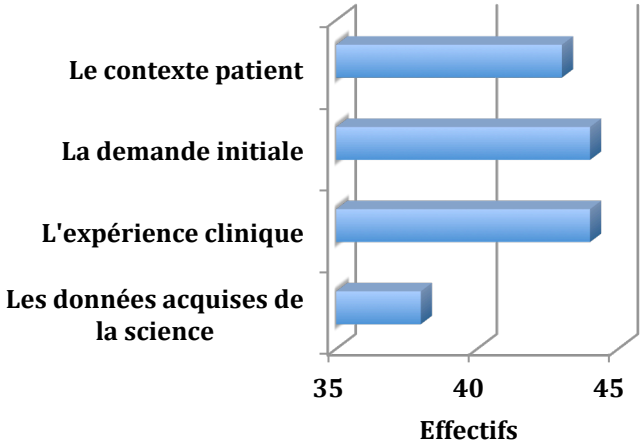


Figure 7 : Critères de décisions

3.1.4 Perception de l'évolution de la profession

Les praticiens interrogés ont observé une évolution du comportement des patients, concernant notamment (figure 8):

- l'évolution du statut de patient vers un consommateur de santé
- l'obligation de résultats et une exigence plus importante
- l'augmentation de la demande esthétique

De même, ils décrivent une évolution des thérapeutiques grâce aux avancées technologiques (figure 9), majoritairement au niveau de la communication et de l'approche clinique (prévention, soins a minima, implantologie).

Pour les praticiens interrogés, la prise en charge globale est associée majoritairement (figure 10) aux notions de diagnostic et d'information, de pronostic, et de traitements adaptés au patient.

On observe que 79% des praticiens interrogés répondent avoir mis en place dans leurs cabinets ce qu'ils considèrent comme une prise en charge globale.

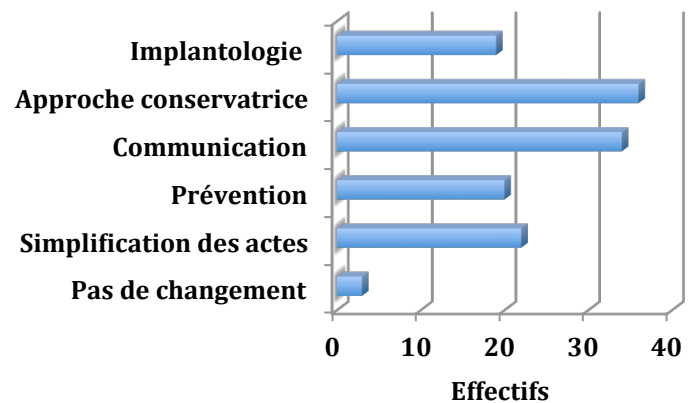
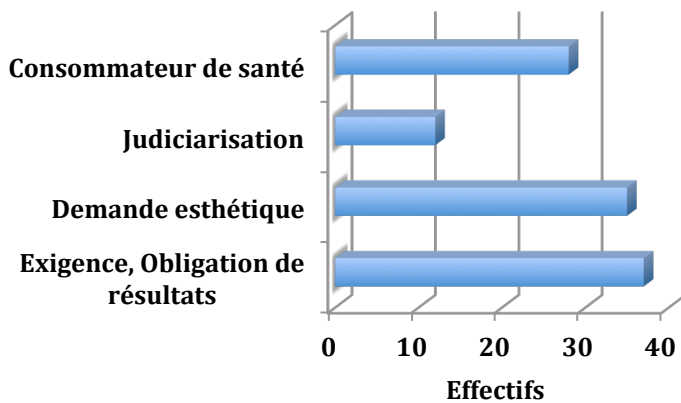


Figure 8 : Evolution du comportement des patients

Figure 9 : Conséquences de l'évolution technologique

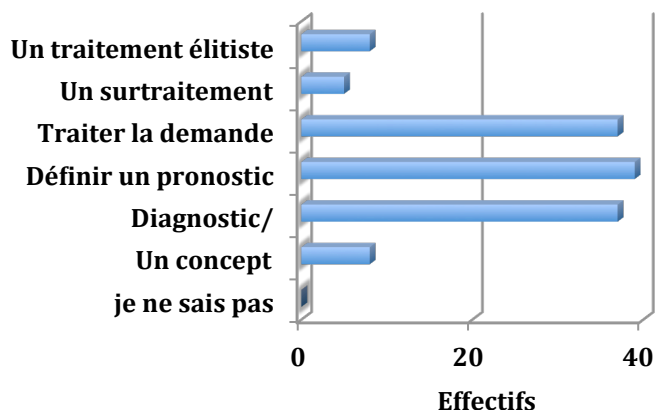


Figure 10 : Définition de l'approche globale

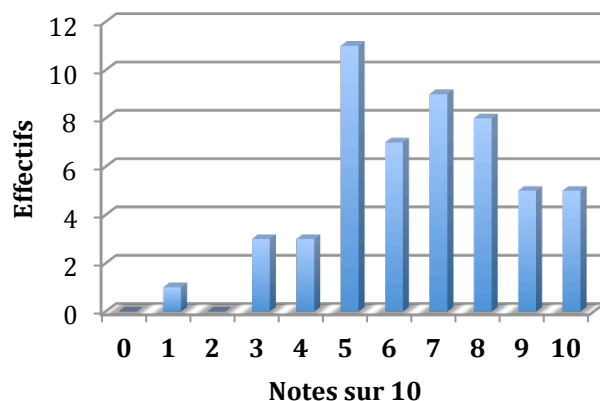


Figure 11 : Evaluation de la demande des patients en terme d'approche globale

3.1.5 Mise en œuvre de l'approche globale

Quarante et un praticiens (79%) ont donc déclaré avoir mis en place une approche globale pour leurs patients.

Les principales raisons de ce choix concernent l'amélioration des soins et de la relation avec le patient.

Les difficultés rencontrées concernent majoritairement l'organisation du cabinet (figure 13).

Les praticiens considèrent comme principale limite à cette prise en charge le risque de renoncement aux soins (car plans de traitement trop long, trop complexe, trop chers, en inadéquation avec leur demande) (figure 14).

On observe que, parmi ces praticiens réalisant une approche globale, 85% admettent ne pas pouvoir revenir en arrière.

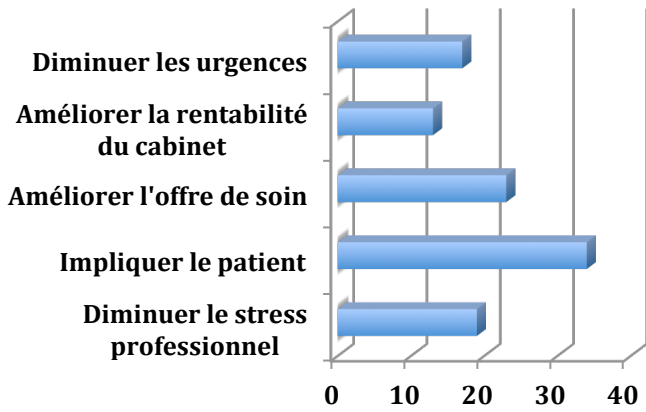


Figure 12 : Causes de la mise en place de l'approche globale

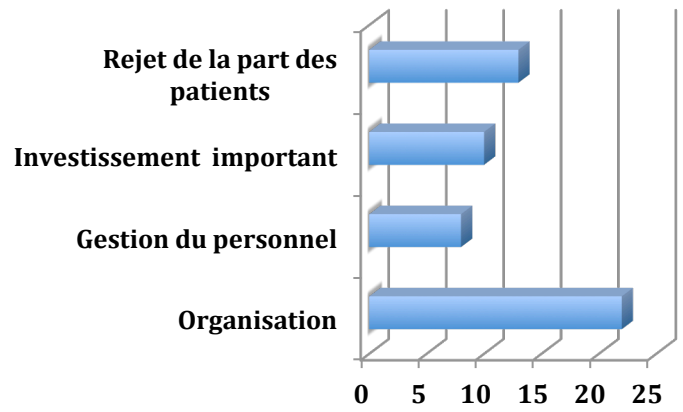


Figure 13: Les difficultés de cette mise en place

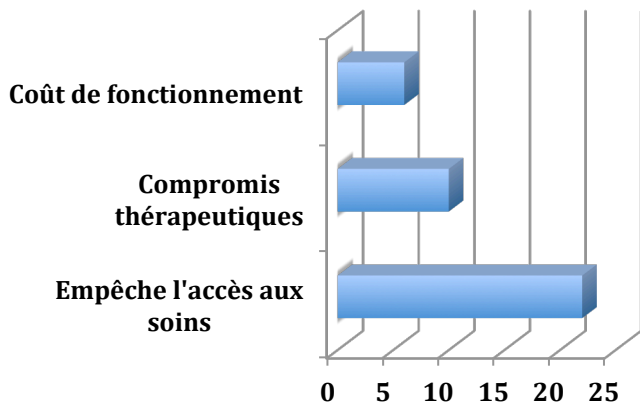


Figure 14: Les limites de l'approche globale

3.1.6 Approche traditionnelle

Chez les praticiens déclarant ne pas avoir mis en place une approche globale (n=11) dans leur cabinet, 55% ont déclaré y avoir déjà pensé.

Concernant les urgences, 82% des praticiens interrogés ne pensent pas que l'approche globale pourrait leur permettre de les réduire.

Les principaux freins à cette mise en place sont décrits par (figure 15) :

- une organisation trop complexe à mettre en place ;
- un manque de temps pour l'organiser ;
- la crainte de perdre des patients.

La mise en place de l'approche globale n'est pas envisagée par l'ensemble de cet échantillon (100%) dans le futur.

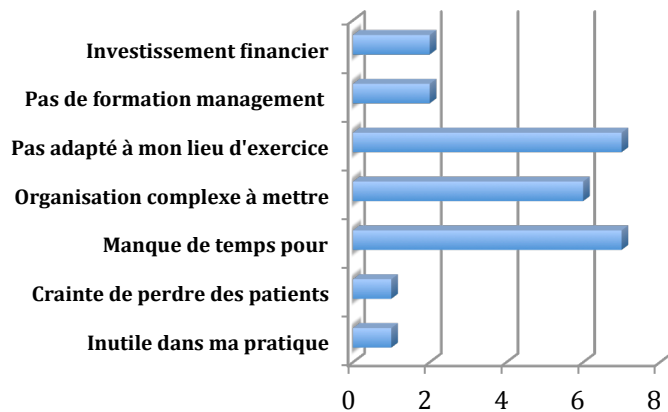


Figure 15: Principaux freins à l'approche globale

3.2 Analyse des scores

3.2.1 Calcul du score vis-à-vis des critères d'approche globale

Grâce aux dix critères établis précédemment (tableau 1), nous avons obtenu un score sur 10 points pour chaque praticien (tableau 2).

Approche globale	Effectif	Note médiane	Rang interquartile	Min	Max
Oui	41	6	3	2	10
Non	11	4	0,92	2	5

Tableau 2 : Le score vis-à-vis des critères d'approche globale

Il existe une différence statistiquement significative de note entre le groupe AGO et AGN ($p < 10^{-4}$).

3.2.2 Evaluation de l'attente des patients

Les praticiens ont été interrogés sur la demande des patients en terme de prise en charge globale, qu'ils ont évalué avec une note comprise entre 0 et 10.

Approche globale	Effectif	Note médiane	Rang interquartile	Min	Max
Oui	41	7	2	3	10
Non	11	5	2	1	7

Tableau 3 : Evaluation de la demande des patients

Les résultats montrent que le score moyen du groupe AGO est significativement plus important que celui du groupe AGN ($p < 0,001$). Il semble que le groupe AGO considère que les patients sont plus en attente d'une prise en charge globale que le groupe AGN.

3.3 Analyse des caractéristiques associées au choix de mise en œuvre d'une approche globale

Les résultats (tableau 4) montrent qu'il semble exister un lien entre la mise en place d'une approche globale au cabinet et l'organisation clinique :

- la durée de la 1^{ère} consultation
- la réalisation systématique d'un plan de traitement
- la rédaction du plan de traitement
- l'information des patients sur le traitement

Caractéristiques	Approche Globale n=41		Approche non Globale n=11		Total n=52		P-value
	n	P	N	%	n	%	
Homme	26	63%	9	82%	35	67%	0,3040
Age – de 40 ans	16	39%	2	18%	18	35%	0,2205
Urbain	24	59%	5	45%	29	56%	0,4667
Spécialisé	15	37%	2	18%	17	33%	0,2761
4-5 jours/semaine	37	90%	10	91%	47	90%	0,9947
Regroupement	24	59%	7	64%	31	60%	0,7818
Salariés>1	36	88%	11	100%	48	92%	0,3741
Equipement polyvalent	30	73%	8	73%	38	73%	0,9552
Coaching	19	46%	2	18%	21	40%	0,1037
C>30min	36	88%	4	36%	40	77%	0,0013
Consultation globale	16	39%	2	18%	18	35%	0,2205
Patients/jrs<15	19	46%	4	36%	23	44%	0,5808
Nombre d'urgence	20	49%	6	55%	26	50%	0,7493
Créneau urgence	25	61%	5	45%	30	58%	0,3816
Créneau plan de traitement	18	44%	2	18%	20	38%	0,1352
Réalisation du plan de traitement	26	63%	1	9%	27	52%	0,0016
Rédaction du plan de traitement	24	59%	1	9%	25	48%	0,0039
Information sur le traitement	31	76%	3	27%	34	65%	0,0053
Définition du plan de traitement	29	71%	6	55%	35	67%	0,3388

Tableau 4 : Evaluation des critères

Il semble que l'approche globale soit caractérisée par une première consultation plus longue, par la réalisation et la rédaction d'un plan de traitement systématique, et par une information des patients sur les traitements proposés.

En parallèle de cette analyse, nous avons étudié certaines caractéristiques dont l'absence de lien avec l'approche globale nous a interpellé :

Formation de coaching : tableau 5

Les résultats montrent plusieurs liens statistiquement significatifs entre la formation en coaching et l'organisation clinique.

		Formation de coaching		Total	P-value
		Oui	Non		
Durée de la 1^{ère} consultation	≤ 30min	11	29	40	0,0009
	> 30min	10	2	12	
Total		21	31	52	
Créneau de plan de traitement	Oui	14	6	21	0,0015
	Non	7	25	31	
Total		21	32	52	
Nombre de patients par jour	<15	14	9	23	0,0160
	>15	7	22	29	
Total		21	31	52	

Tableau 5 : Les formations en coaching

Nombre de salariés vs nombre de patients par jour : tableau 6

Les résultats montrent un lien significatif. Le nombre de patients reçus par jour augmente en fonction du nombre de salariés du cabinet.

		Nombre de salariés			Total	P-value
		0	1	2		
Nombre de patients par jour	< 15	4	13	6	23	0,041
	> 15	1	14	14	29	
Total		5	27	20	52	

Tableau 6 : Le nombre de salariés

Les raisons de revenir en arrière : tableau 7

Parmi les praticiens pensant avoir mis en place une approche globale (n=41), six praticiens (15%) reconnaissent pouvoir revenir en arrière. Ces praticiens ne réalisent pas de consultation globale ($p < 0,034$) et ne possèdent pas de créneau de plan de traitement dans leur planning ($p < 0,045$).

		Revenir en arrière		Total	P-value
		Oui	Non		
Nombre de patients par jours	<15	0	19	19	0,023
	>15	6	16	22	
Total		6	35	41	
Créneau de plan de traitement	Oui	0	18	18	0,045
	Non	6	17	23	
Total		6	35	41	
Consultation globale	Oui	0	16	16	0,034
	Non	6	19	25	
Total		6	35	41	

Tableau 7 : caractéristiques des praticiens pouvant revenir en arrière

4 Discussion

Cette étude a permis d'établir dans notre population (n=52) deux échantillons :

- 41 praticiens (79%) pensant avoir mis en place une approche globale dans leurs cabinets (AGO) ;
- 11 praticiens (21%) ne pensant pas avoir mis une telle approche en place (AGN).

Ce résultat nous semble important par rapport à la réalité des cabinets dentaires et peut être expliqué par le choix d'une sélection de praticiens possédant un site internet professionnel. De plus, les praticiens ayant pris la peine de répondre au questionnaire sont forcément des praticiens intéressés par cette approche (et ce, même s'ils ne la pratiquent pas).

Cependant, les résultats obtenus grâce au test non-paramétrique de Kruskal-Wallis ont permis de valider ces deux échantillons AGO et AGN, en comparant les médianes des scores de l'approche globale ($p < 10^{-4}$) et de l'évaluation de la demande des patients ($p < 0,001$)

Nous n'avons pas trouvé de corrélations statistiques entre l'organisation du cabinet et la mise en place d'une approche globale. Cela semble contradictoire avec les travaux du groupe Binhas, selon lequel une approche globale est indissociable d'une organisation adéquate du cabinet.

Cependant, l'évaluation des critères cliniques de l'approche globale montre des significations statistiques. L'approche globale est caractérisée par une 1^{ère} consultation d'au moins 30 minutes ($p < 0,0013$), la réalisation ($p < 0,0016$) et la rédaction ($p < 0,0039$) d'un plan de traitement pour chaque patient, et les explications sur ces traitements ($p < 0,0053$).

L'approche globale semble être rattachée au temps consacré par le praticien à établir une relation de confiance avec le patient (durée de la 1^{ère} consultation, information sur les traitements), et à la réflexion thérapeutique pour pouvoir proposer des solutions adaptées (réalisation et rédaction du plan de traitement).

• **Caractéristiques démographiques**

On retrouve des proportions proches des données nationales dans notre échantillon (selon DREES 2013), mais il n'existe pas de liens significatifs entre le sexe, l'âge ou le lieu d'exercice, et le choix du praticien de mettre en place une approche globale au cabinet.

De par l'évolution de la formation universitaire, on aurait pu penser que les praticiens récemment diplômés soient plus facilement amenés à mettre en place une approche globale. On peut penser que la mise en place de la formation continue obligatoire permet au praticien de rester au plus proche de la formation délivrée en faculté.

De même, on aurait pu penser qu'il existe un lien entre le lieu d'exercice et la mise en place d'une approche globale.

L'approche globale ne dépendant ni du sexe ou de l'âge du praticien, ni du lieu d'exercice, il semble à ce niveau ne pas y avoir de limite à la mise en place d'une approche globale.

- **Organisation du cabinet**

Nous n'avons pas trouvé de corrélations statistiques entre l'organisation du cabinet et la mise en place d'une approche globale. Cela semble contradictoire avec les travaux du groupe Binhas, selon lesquels une approche globale est indissociable d'une organisation adéquate du cabinet.

Spécialisation de l'exercice : Il semble ne pas exister de lien entre un exercice spécialisé et l'approche globale, malgré les compétences cliniques et les formations postuniversitaires nécessaires pour un tel exercice. Cependant, l'approche globale et l'exercice spécialisé sont en contradiction ce qui pourrait expliquer cette observation. En effet, le champ de vision du spécialiste n'est souvent réduit qu'à sa compétence alors que l'approche globale nécessite une vision la plus large possible.

Type d'exercice : Il semble ne pas exister de lien entre l'exercice en groupe et la polyvalence du plateau technique (équipement polyvalent) ou le nombre de salariés, alors que le regroupement de praticien est souvent associé à une réduction des dépenses grâce à la mise en commun d'investissement. [30]

Nombre de jours par semaine : Une grande majorité (90%) des praticiens interrogés travaillent au moins 35 heures par semaine.

Nombre de salariés : 90% des praticiens interrogés avouent travailler avec au moins un salarié (assistante ou secrétaire). Cela démontre l'importance du travail à plusieurs dans le cabinet, avec une répartition des tâches non cliniques.

Nombre de patients par jour : 45% des praticiens interrogés semblent recevoir moins de 15 patients par jour. La moitié des praticiens reçoivent donc des patients en moyenne toutes les 30 minutes ou moins, ce qui semble insuffisant pour réaliser un acte thérapeutique. Cependant, il existe un lien entre le nombre de patients reçus par jour et le nombre de salariés présents au cabinet : plus le cabinet comporte de salariés, plus le praticien reçoit de patients par jour. Cela peut s'expliquer par la réduction du temps non clinique (tâches administratives ou paracliniques) grâce à la présence d'une secrétaire ou d'une assistante dentaire, et donc une durée de rendez-vous entièrement consacrée à la clinique.

Équipement : 73% des praticiens semblent posséder un plateau technique polyvalent (équipements visant à améliorer le diagnostic et la communication). Les évolutions technologiques permettent aux praticiens d'utiliser des équipements pour améliorer la communication avec le patient. La présence d'équipements polyvalents ne paraît pas significative pour une prise en charge globale, notamment car ils ne sont que des outils visant à améliorer le diagnostic ou la communication, mais ils ne peuvent remplacer le praticien et sa philosophie professionnelle.

Les formations : Les formations cliniques privilégiées sont logiquement la parodontologie et l'implantologie, ainsi que l'esthétique et la prothèse. Cela correspond aux tendances actuelles. On ne trouve pas de lien entre la formation continue et l'approche globale, car les formations étant continue, elles ne peuvent être significatives.

Concernant les formations en management ou de coaching, 40% des praticiens y ont déjà eu recours. Ce chiffre nous semble élevé, mais peut être expliqué par la sélection d'une population de chirurgien-dentiste possédant un site internet. Il existe un lien entre le fait d'avoir suivi une formation de management et :

- La durée de consultation (> à 30min) ;
- Le nombre de patients par jours (<15 par jours) ;
- La présence d'un créneau de plan de traitement.

Ces tendances sont en accord avec l'enseignement délivré lors de ces formations en management. On peut donc en conclure que les praticiens ayant suivi ces formations appliquent leurs recommandations.

- **Organisation clinique**

Nous avons observé un lien significatif entre le choix d'une mise en place d'une approche globale et l'organisation clinique du cabinet, notamment au niveau de :

- La durée de la première consultation ;
- La réalisation systématique d'un plan de traitement ;
- La rédaction de ces plans de traitement ;
- L'information au patient sur le plan de traitement.

La première consultation : 77% des praticiens réalisent une consultation d'au moins 30 minutes. Cependant cette consultation ne comporte les critères de la consultation globale (entretien, examen clinique, examens complémentaires) que pour 35% des praticiens. La durée est pour la plupart suffisamment longue mais l'organisation de la première consultation comporte majoritairement des soins, la remise de devis ou l'absence d'entretien.

On ne retrouve pas de recommandation précise pour la durée d'une première consultation dans la littérature. Cependant, on considère que le temps doit être pris car l'importance de la première consultation est souvent sous-évaluée par les praticiens.

La gestion des urgences : Les résultats concernant les urgences et leur gestion ne possèdent que peu d'intérêt car les items manquaient de précision. En effet, les urgences internes, c'est à dire celles de patients déjà en soins au cabinet, semblaient les plus pertinentes. Cependant, la présence d'un créneau d'urgence dans le planning journalier du cabinet (38%) montre une meilleure organisation du cabinet, permettant de recevoir une urgence sans contrainte.

Le plan de traitement : 52 % des praticiens semblent établir un plan de traitement pour chaque patient, et 48 % les rédigent. Ce résultat est faible et reflète le manque d'intérêt des praticiens pour les plans de traitement. Cependant, ces résultats doivent être nuancés par notre choix de ne pas inclure les réponses « uniquement pour les cas complexes » parmi les réponses positives.

Le créneau réservé à l'élaboration des plans de traitement est présent chez seulement 38 % des praticiens. Il existe un lien entre la présence de ce créneau dans le planning du cabinet et l'élaboration ainsi que la rédaction des plans de traitement. En effet, il semble logique que les praticiens qui ont pris l'initiative de consacrer du temps au plan de traitement en réalisent plus

systématiquement que les autres. Cela met en relief l'importance de prendre du temps, même s'il peut sembler improductif, pour la phase de réflexion thérapeutique.

Les critères de décision : Les résultats ne permettent pas de conclure s'il existe une préférence particulière chez les chirurgiens-dentistes parmi les différents critères proposés. Il aurait pourtant été intéressant d'évaluer ces préférences, notamment entre l'expérience et la pratique fondée sur la preuve.

Explication des plans de traitement aux patients : 65% des praticiens interrogés semblent informer les patients sur les plans de traitement. La recherche du consentement éclairé n'est donc pas établie de manière systématique, ce que nous imposent pourtant les droits du patient depuis Mars 2002.

- **Perception de l'évolution de la profession**

Selon les praticiens, le comportement des patients a évolué vers celui d'un consommateur de santé, avec des exigences et une demande esthétique plus forte.

Concernant l'évolution des thérapeutiques, on retrouve le concept de l'approche a minima, conséquence des progrès réalisés sur l'adhésion, mais aussi en implantologie et en parodontologie. La prévention est aussi mise en avant par les résultats, même si les organismes de remboursement ne permettent pour l'instant pas à tous les patients d'y accéder.

- **Choix d'une prise en charge globale**

Selon les praticiens pensant avoir mis en place une approche globale au cabinet, la raison principale à ce choix est l'amélioration de l'offre de soin, notamment en impliquant le patient dans son traitement. Le patient ressort comme la raison principale à ce changement d'organisation.

La difficulté principale semble se trouver au niveau de l'organisation de la structure, bien qu'un certain nombre de praticiens interrogés semblent rencontrer un rejet de la part des patients.

Les limites de cette approche semblent concerner l'accès inégal aux soins et les difficultés à réaliser des compromis.

L'approche globale, grâce à l'investigation clinique et à la communication avec le patient, permet en effet de rompre la relation paternaliste dans laquelle le patient se retrouvait passif, en plaçant le patient au centre des thérapeutiques.

Cependant, pour permettre des soins de qualité les cabinets dentaires doivent évoluer, et le praticien se transformer en chef d'entreprise. Les difficultés rencontrées lors de l'organisation du cabinet s'expliquent par un manque de formation aux notions de gestion et de management des praticiens. Les formations de coaching rencontrent un succès car elles permettent justement d'accompagner les praticiens dans cette évolution.

L'accès aux soins ne devrait pas être problématique, même si parfois certains patients se retrouvent après des années de soins occasionnels avec des plans de traitements conséquents sur le plan technique et financier. Malgré le dialogue avec le patient, certaines situations peuvent nécessiter des compromis rendant l'approche globale compliquée.

Parmi les praticiens pensant avoir mis en place une approche globale, 15% semblent pouvoir revenir en arrière, et revenir à une approche classique. On retrouve plusieurs corrélations statistiques entre le choix de pouvoir revenir en arrière et l'organisation clinique de ces praticiens. En effet, ces praticiens ne réalisent ni consultation globale ni plan de traitement, et reçoivent en moyenne plus de 15 patients par jour. On peut s'interroger sur ces résultats statistiques, soit ces praticiens pensent à tort avoir mis en place une approche globale, soit des difficultés d'organisation clinique pourraient expliquer ce choix de retour en arrière.

- **Choix d'une approche traditionnelle**

Parmi ces praticiens ne pensant pas avoir mis en place une approche globale, plus de la moitié semble avoir déjà pensé à la mettre en place, mais l'organisation et le temps nécessaire pour la mettre en place semblent être les raisons principales à ce choix.

Cependant, une majorité de praticiens semble penser que l'approche globale ne correspond pas à leur lieu d'exercice. Nous n'avons pas trouvé de lien entre le choix d'une mise en place de l'approche globale et le lieu d'exercice, mais il semble pourtant qu'une partie des praticiens associent l'approche globale et un exercice spécifique qui ne leur correspond pas. Il paraît pourtant essentiel que tous les patients aient accès aux mêmes offres de soins, et que l'approche globale ne soit pas réservée à une patientèle particulière.

Le nombre d'urgences reçues par jour ne semble pas pouvoir être diminué grâce à une prise en charge globale.

On note que parmi ces praticiens ne pensant pas avoir mis en place une approche globale, la totalité n'envisage pas de la mettre en place dans le futur.

- **Limites de l'étude**

Les conclusions suites aux résultats de notre étude sont à prendre avec précaution étant donné le choix de la population composé de praticiens possédant un site internet professionnel. On ne peut donc pas extrapoler ces résultats à la population nationale des chirurgiens-dentistes.

Ce choix est justifié par la volonté d'interroger des praticiens sensibles à la communication de leur cabinet pour évaluer les critères de mise en place de l'approche globale. Le fort pourcentage de praticiens (79%) ayant mis en place une prise en charge globale dans leurs cabinets était recherché, afin d'obtenir un échantillon suffisamment important (n=41) pour mener à bien cette étude.

Cependant, il serait intéressant d'établir une étude avec un échantillon plus important et représentatif de la population nationale de chirurgiens-dentistes, afin d'évaluer la répartition et l'intérêt des praticiens pour l'approche globale.

CONCLUSION

Les résultats des dernières études concernant les attentes des patients en terme de santé bucco-dentaire sont unanimes et il est devenu nécessaire de faire évoluer la prise en charge des patients dans les cabinets dentaires.

Ce travail a consisté à étudier l'intérêt et les caractéristiques de l'approche globale en omnipratique afin de répondre à ces attentes.

Notre étude auprès de chirurgiens-dentistes nous permet de montrer que l'approche globale est caractérisée principalement par une évolution de l'organisation clinique au service du patient, afin d'améliorer la communication et l'information.

Le domaine de la dentisterie est en permanente évolution technologique, et les cabinets dentaires se transforment en clinique high-tech. Cependant, il faut garder à l'esprit que l'attente principale des patients se trouve dans la qualité de la relation avec le praticien [71].

BIBLIOGRAPHIE

1. Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Elsevier Masson; 2007. 140 p.
2. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. Consulter en odontologie: la relation praticien patient. Wolters Kluwer France; 2006. 132 p.
3. Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang H-L. A novel decision-making process for tooth retention or extraction. J Periodontol. 2009 Mar;80(3):476–91.
4. BATAILLE P. Usager, citoyen ou consommateur ? Actualité et dossier en santé publique. 2001 Sep;(36):24–5.
5. BATIFOULIER P, BIENCOURT O, DOMIN J-P, GADREAU M. La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché [Internet]. 2006. Available from: http://economix.fr/docs/94/version_finale_JEFS.pdf
6. Béry A. Le contrat de soins. Paris: Ed. S.I.D; 1997.
7. BINHAS E. L'évolution du métier d'assistante. Clinic. 2008 Avril;29.
8. BINHAS E. Planification stratégique des plans de traitement. Clinic. 2008 Nov;29.
9. BINHAS E. Ne pas confondre le devis et le plan de traitement. Clinic. 2008 Dec;29.
10. BINHAS E. Gestion des urgences : de réelles opportunités. Le Fil Dentaire. 2009 Avril;(42):32–3.
11. BINHAS E. Optimiser la communication au fauteuil. Le Fil Dentaire. 2009 Jan;(69):26–30.
12. BINHAS E. Première consultation: faire du diagnostic une méthode d'éducation. Le Fil Dentaire. 2009 Feb;(40):30–1.
13. BINHAS E. Gestion des plans de traitement : 4 façons d'augmenter votre taux d'acceptation. Le Fil Dentaire. 2009 May;(43).
14. BINHAS E. Judiciarisation croissante de la relation praticien/patient. Clinic. 2009 Jul;30:10.
15. BINHAS E. Comment et pourquoi travailler avec une assistante dentaire ? Le point belge. 2009 Nov;(217).
16. BINHAS E. Relation patients : quels sont les facteurs de réussite ? Le Fil

- Dentaire. 2010 Jun;(54).
17. BINHAS E. La gestion globale du cabinet dentaire. Rueil-Malmaison: Éditions CDP; 2011.
 18. BINHAS E. Projets de traitement : pour un abord pluridisciplinaire et une approche thérapeutique globale. Le Fil Dentaire. 2011 Mar;(61):46–7.
 19. BINHAS E. PRATICIEN - ASSISTANTE : Les clés d’une collaboration réussie. Le Fil Dentaire. 2011 Sep;(65).
 20. BINHAS E. La « Gestion globale de cabinet® » dentaire : concepts. Le Fil Dentaire. 2011 Nov;(67).
 21. BINHAS E. Présentation des plans de traitement: étapes clés du rendez-vous d’explication. Le Fil Dentaire. 2013 Mar;(81).
 22. BINHAS E. La caméra endo-buccale : Une aide à l’acceptation des plans de traitement [Internet]. Le fil dentaire. Available from: <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/500-la-camera-endo-buccale-une-aide-a-lacceptation-des-plans-de-traitement#.UsreAmRCzB4>
 23. Brennan DS, Spencer AJ. Longitudinal comparison of factors influencing choice of dental treatment by private general practitioners. Aust Dent J. 2006 Jun;51(2):117–23.
 24. Chapple H, Shah S, Caress A-L, Kay EJ. Exploring dental patients’ preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. Br Dent J. 2003 Mar 22;194(6):321–327; discussion 317.
 25. Charon J, Joachim F. Service patient, service gagnant. Wolters Kluwer France; 1995. 124 p.
 26. Christensen GJ. Helping patients understand and accept the best treatment plans. J Am Dent Assoc. 2011 Feb;142(2):197–200.
 27. CORMIER M. Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002. Actualité et dossier en santé publique. 2002 Sep;(40).
 28. D’Cruz L. Risk management in clinical practice. Part 2. Getting to “yes”--the matter of consent. Br Dent J. 2010 Jul 24;209(2):69–72.
 29. Dawson PE. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems. Mosby; 1989. 676 p.
 30. Elsa RIGAL, MICHEAU J. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative. ONDPS; 2007 Sep.
 31. France, Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité, Direction de la recherche des études, de l’évaluation et des statistiques, Salines E, Danet S. L’état de santé de la population en France: indicateurs associés à la loi

relative à la politique de santé publique : rapport 2007. Paris: la Documentation française; 2008.

32. Fukai K, Yoshino K, Ohyama A, Takaesu Y. Dental patient preferences and choice in clinical decision-making. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2012;53(2):59–66.
33. Glick M. The Internet-informed patient: opportunities for patient-centered care. *J Am Dent Assoc.* 2013 Mar;144(3):239–40.
34. Goldstein RE. Intraoral camera helps predict and prevent tooth loss. *Tex Dent J.* 2001 Apr;118(3):235–8.
35. Gorin C, Dridi S-M, Wierzba C-B, Ejeil A-L. Le questionnaire médical en odontostomatologie : nécessité, applications, obligations. *Actualités Odonto-Stomatologiques.* 2011 Mar 22;(253):19–37.
36. Gowda D, Lamster IB. The Diagnostic Process. *Dental Clinics of North America.* 2011 Jan;55(1):1–14.
37. HESCOT P, POMPIGNOLI M. Le contrat de santé dentaire dans le cadre d'une démarche qualité [Internet]. Association Dentaire Française. Available from: <http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/publications/quintessence/detail/395?view=quintessence>
38. HESCOT P. Le chirurgien-dentiste aujourd'hui : une vision globale du patient [Internet]. Association Dentaire Française. 2007. Available from: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/dossiers-de-presse/file/14-le-chirurgien-dentiste-aujourd'hui-une-vision-globale-du-patient>
39. JAMET F. Le rôle de l'équipe dentaire dans la prise en charge globale du patient [Internet]. Association Dentaire Française. 2003. Available from: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/dossiers-de-presse/file/102-le-role-de-lequipe-dentaire-dans-la-prise-en-charge-globale-du-patient>
40. Kao RT. Strategic extraction: a paradigm shift that is changing our profession. *J Periodontol.* 2008 Jun;79(6):971–7.
41. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making--an art or a science? Part I: An introduction. *Br Dent J.* 1995 Jan 21;178(2):76–8.
42. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making--an art or a science? Part II: Making sense of treatment decisions. *Br Dent J.* 1995 Feb 11;178(3):113–6.
43. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making--an art or a science? Part III: To treat or not to treat? *Br Dent J.* 1995 Feb 25;178(4):153–5.
44. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making--an art or a science? Part IV: Assessing risks and probabilities. *Br Dent J.* 1995 Mar 11;178(5):190–3.

45. Kay E, Nuttall N. Clinical decision making--an art or a science? Part V: Patient preferences and their influence on decision making. *Br Dent J.* 1995 Mar 25;178(6):229–33.
46. LABILLE P, JUILLARD J, TAILLANDIER C, STRUB V, D'AGROSA J-M. L'incertain en pratique dentaire: La démarche de prise de décision. *Réalités Cliniques.* 1995;6(1):107–28.
47. Le Breton G. *Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique.* Velizy (France): Editions Cdp; 1997.
48. Lockhart PB, Hong CHL, van Diermen DE. The influence of systemic diseases on the diagnosis of oral diseases: a problem-based approach. *Dent Clin North Am.* 2011 Jan;55(1):15–28.
49. Malamed SF. Knowing your patients. *J Am Dent Assoc.* 2010 May;141 Suppl 1:3S–7S.
50. Martignoni M, Schönenberger A. *Precision fixed prosthodontics: clinical and laboratory aspects.* Quintessence Pub. Co.; 1990. 590 p.
51. Mills EJ. A clinical method for the diagnosis and treatment planning of restorative dental patients. *J Oral Implantol.* 2002;28(3):122–7.
52. Misra S, Daly B, Dunne S, Millar B, Packer M, Asimakopoulou K. Dentist-patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:543–9.
53. Newsome P, Smales R, Yip K. Oral diagnosis and treatment planning: part 1. Introduction. *Br Dent J.* 2012 Jul 14;213(1):15–9.
54. Nossintchouk R, Bert M. *Communiquer en odonto-stomatologie: obligations et stratégies.* Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2003.
55. Orthlieb J-D. *Gnathologie fonctionnelle. Volume 2, Volume 2,.* Rueil Malmaison: Éditions CdP; 2011.
56. Orthlieb J-D. Le plan de traitement et les 8 critères occlusaux de reconstruction (OCTA). *Synergie prothétique.* 2011 Apr;3(2):87–97.
57. ROUSSET G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ? [Internet]. Available from: <http://s2.e-monsite.com/2010/01/11/11/1-Rousset.pdf>
58. Rozenzweig D. *Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Communication - Organisation - Gestion.* Paris (11 bis rue d'Aguesseau, 75008): Quintessence International; 2000. 294 p.
59. RUEL-KELLERMANN M. Les bonnes pratiques générales et particulières de

l'approche globale du patient. [Internet]. Association Dentaire Française. Available from: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/communiqués-de-presse/dossiers-de-presse/file/103-les-bonnes-pratiques-générales-et-particulières-de-l'approche-globale-du-patient?start=20>

60. Schittly RR, P. Rousseau, M. Bégin, P. Barthélémy, E. Bonte, D. Couchat, F. Decup, A. Irsa, M. Pompignoli, E., Roig R, Rousseau P, Barthélémy P, Bégin M. Guide de l'assistante dentaire: des principes fondamentaux au travail en salle de soins. Wolters Kluwer France; 2009. 322 p.
61. TIGRID D. Les conseils de Deborah: Organiser la première consultation en omnipratique. [Internet]. Le fil dentaire. Available from: <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/les-conseils-de/76-conseils-de-deborah-organiser-la-premiere-consultation-en-omnipratique#.UrG4s2RCzB4>
62. Valentin C. La consultation en odontologie. S.N.P.M.D.; 1984. 146 p.
63. Woelber JP, Deimling D, Langenbach D, Ratka-Krüger P. The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. Eur J Dent Educ. 2012 Feb;16(1):e200–204.
64. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. Int Dent J. 2005 Apr;55(2):110–2.
65. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust. Int Dent J. 2005 Jun;55(3):168–70.
66. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. J Prosthet Dent. 2010 Aug;104(2):80–91.
67. Le Dossier du patient en odontologie. Haute Autorité de Santé; 2000 May.
68. Enquête sur la médecine bucco-dentaire auprès du grand public. TNS Sofres; 2004 Nov.
69. Examen de la face et de la cavité buccale. Université Nantes; 2010.
70. Cabinets dentaires - De l'état des lieux à la prospective. Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales; 2012 Juillet.
71. Quels sont les nouveaux comportements des patients en 2014. Institut Français d'opinion publique; 2013 Oct.

ANNEXE :

Le questionnaire

Evolution de la prise en charge des patients dans un cabinet dentaire en 2013

Chers confrères, chères consoeurs,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en chirurgie dentaire, je réalise un questionnaire sur l'évolution de la prise en charge des patients en omnipratique en 2013.

L'objectif de ce questionnaire est double :

- Réaliser un état des lieux de la pratique dentaire en 2013
- Etudier l'évolution de la prise en charge des patients

Je vous remercie de participer à l'élaboration de ce travail universitaire en répondant à tous les items avec la plus grande honnêteté.

Ce questionnaire est anonyme et ne prendra que 5 minutes de votre temps.

***Obligatoire**

INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Entre 20 et 30 ans
 Entre 30 et 40 ans
 Entre 40 et 50 ans
 Plus de 50 ans

3. Lieu d'exercice : *

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Semi-urbain
 Rural

VOTRE CABINET

4. Votre omnipratique est-elle orientée vers une spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Si oui, laquelle ?

Une seule réponse possible.

- Endodontie
 Pédiodontie
 Implantologie
 Parodontologie
 Esthétique-Prothèse-Occlusodontie
 Prise en charge globale

6. Combien de jours travaillez-vous par semaine ? *

Une seule réponse possible.

- 2-3
 4-5
 5 et plus

7. Type d'exercice *

Une seule réponse possible.

- Exercice seul
 Exercice en groupe
 Universitaire

8. Vous travaillez avec : *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Un(e) assistant(e) dentaire exclusivement au fauteuil
 Un(e) assistant(e) polyvalent(e)
 Un(e) secrétaire en charge de la gestion du planning et du suivi des patients
 Sans employé(e)

9. Quel(s) équipement(s) possédez-vous au cabinet ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- CFAO
- Panoramique dentaire
- Cone Beam
- Appareil photographique
- Caméra endobuccale
- Lunettes loupes/Microscope opératoire
- Microscope optique à visée diagnostique
- Aucun parmi ces choix

10. Quelle(s) type(s) de formation(s) continue(s) privilégiez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Prothèse/Occlusodontie
- Esthétique/Dentisterie à minima
- Parodontologie/Implantologie
- Diagnostic/Plan de traitement
- Pédodontie
- Endodontie

11. Quels supports de formation privilégiez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Congrès nationaux ou internationaux
- Revues spécialisées
- Internet
- Formations locales type ONFOC
- Autre :

12. Avez-vous participé à des formations de coaching ou de management ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

VOTRE EXERCICE

13. Quelle est la durée habituelle d'une première consultation dans votre cabinet ? *

Une seule réponse possible.

- 10 min
- 20 min
- 30 min
- 40 min
- Plus de 40 min

14. Que comprend cette première consultation ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Entretien au bureau
- Examen clinique
- Examen Complémentaire: Radiographie, Photographie etc
- Soins/Détartage
- Remise des devis
- Motivation à l'hygiène

15. Combien de patients recevez-vous, en moyenne, par jour ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10
- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Plus de 20

16. Combien d'urgence recevez-vous, en moyenne, par jour ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 et plus

17. En général, combien de temps vous faut-il pour recevoir une urgence? *

Une seule réponse possible.

- Le jours même
- Le lendemain
- Dans la semaine
- Plusieurs semaines

18. **Y a t-il dans votre planning un créneau horaire dédié à l'élaboration de vos plans de traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. **Faites-vous des plans de traitement pour chaque patient ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
 Uniquement pour les cas complexes
 Non

20. **Rédigez-vous ces plans de traitement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
 Uniquement pour les cas complexes
 Non

21. **Sur quel support votre plan de traitement est-il établi? ***

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Sur du papier
 Sur un fichier informatique type Word, Excel ou Powerpoint
 Sur un logiciel professionnel
 Autre :

22. **Vos plans de traitement sont-ils expliqués en détails aux patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
 Uniquement pour les cas complexes
 Non

23. **En fonction de quels critères de décisions vos plans de traitement sont-ils planifiés? ***

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Les données acquises de la science
 Votre expérience clinique
 La demande initiale du patient
 Le contexte patient (âge, motivation, finance, psychologie...)

24. Selon vous, que signifie établir un plan de traitement? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Réaliser un devis
- Réaliser un devis "global", comprenant les soins
- Détailler les actes séance par séance
- Etablir la durée de chaque séance

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE

25. Selon vous, en quoi le comportement des patients a-t-il évolué ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Exigence, Obligation de résultats
- Augmentation de la demande esthétique
- De plus en plus procédurier
- Evolution du statut de patient vers un consommateur de santé
- Autre :

26. Selon vous, en quoi les évolutions technologiques ont-elles modifié nos thérapeutiques ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne vois pas de changement
- La simplification des soins et un gain de temps
- La prévention est au centre des thérapeutiques
- L'émergence de nouveaux moyens de communication
- Une approche plus conservatrice
- La parodontologie et l'implantologie dirigent nos thérapeutiques
- Autre :

27. **Selon vous, à quelles notions correspond la prise en charge globale du patient ? ***

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'en avais jamais entendu parler auparavant
- Un concept Marketing
- Etablir un diagnostic et en informer le patient
- Prévoir l'évolution des pathologies pour y apporter des solutions durables
- Traiter la demande en présentant un projet thérapeutique adapté
- Une cause de surtraitement
- Un traitement élitiste non-applicable à tous les patients
- Autre :

28. **Pensez-vous qu'aujourd'hui les patients attendent une telle prise en charge ? ***

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Evidemment

29. **Pensez-vous avoir mis en place une telle approche dans votre pratique quotidienne ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 30.*
- Non *Passez à la question 34.*

La prise en charge globale

30. **Pour quelles raisons l'avez-vous mise en place ? ***

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Diminuer le stress professionnel / Alléger un agenda surchargé
- Impliquer le patient dans son traitement
- Améliorer l'offre de soin
- Améliorer la rentabilité de son cabinet
- Diminuer le nombre d'urgences dans votre cabinet
- Autre :

31. Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Organisation de la structure
- Gestion du personnel
- Investissement financier important
- Rejet de la part des patients
- Autre :

32. Quelles en sont selon vous les limites ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Empêche l'accès aux soins à certains patients
- Impossibilité à faire des compromis thérapeutiques
- Entraîne un coût de fonctionnement important
- Autre :

33. Pourriez-vous revenir en arrière ? **Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

*Passez à "Merci de votre participation".***La prise en charge globale****34. Avez-vous pensé à la mettre en place ? ****Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

35. Pour quelles raisons ne pas l'avoir fait ? *

Plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Inutile dans ma pratique
- Crainte de perdre des patients
- Manque de temps pour l'organiser
- Organisation complexe à mettre en place
- Non adapté à mon lieu d'exercice
- Pas assez de formation managériale dans le cursus universitaire
- Investissement financier trop lourd
- Autre :

36. **Pensez-vous qu'une approche globale pourrait diminuer le nombre d'urgences dans votre cabinet ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

37. **Envisagez-vous de la mettre en place dans le futur ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Passez à "Merci de votre participation".

Merci de votre participation

Fourni par
 Google Forms

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, le Directeur de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux ,

Date, Signature :