



HAL
open science

Apprendre de ses erreurs. Création d'un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en odontologie : étude d'acceptabilité auprès des chirurgiens-dentistes

Cédric Falla

► To cite this version:

Cédric Falla. Apprendre de ses erreurs. Création d'un outil d'évaluation des pratiques professionnelles en odontologie : étude d'acceptabilité auprès des chirurgiens-dentistes. Chirurgie. 2015. dumas-01134534

HAL Id: dumas-01134534

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01134534>

Submitted on 23 Mar 2015

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 2015

N°25

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

Présentée et soutenue publiquement

Par **Cédric FALLA**

Né le 7 mai 1988 à Gonesse (95)

Le 06 mars 2015

**Apprendre de ses erreurs
Création d'un outil d'Évaluation des Pratiques
Professionnelles en odontologie
Étude d'acceptabilité auprès des chirurgiens-dentistes**

Directrice de thèse :

Mme Hélène DENOST

Membres du Jury

Présidente	Mme C. BERTRAND	Professeur des Universités
Directrice	Mme H.DENOST	Assistante Hospitalo-Universitaire
Rapporteur	Mme D. ORIEZ	Maître de Conférence des Universités
Assesseur	M. C. BOU	Maître de Conférence des Universités
Assesseur	M. M. BARTALA	Maître de Conférence des Universités
Invitée	Mme F. SAILLOUR-GLENISSON	Praticien Hospitalier

Table des matières

INTRODUCTION	10
1. PRÉSENTATION DES CONCEPTS : L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES	12
1.1 L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	13
1.1.1 Histoire de l'évaluation médicale.....	13
1.1.2 Cadre légal de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	14
1.1.2.1 Ordonnance du 24 avril 1996	14
1.1.2.2 Décret du 14 avril 2005.....	14
1.1.2.3 Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009.....	14
1.1.3 Concept de l'évaluation des pratiques professionnelles développé par l'HAS.....	15
1.1.3.1 Définition de l'EPP par l'HAS.....	15
1.1.3.2 Bases des méthodes établies par la HAS.....	15
1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS.....	16
1.1.4 L'évaluation des pratiques professionnelles en odontologie.....	17
1.1.4.1 Décret du 30 décembre 2011	17
1.1.4.2 Bilan des actions d'EPP faites en odontologie.....	17
1.2 LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES.....	20
1.2.1 Bases fondamentales sur les événements indésirables	20
1.2.1.1 Définitions.....	20
1.2.1.2 Intérêt pour les événements indésirables.....	20
1.2.1.3 Analyse des événements indésirables : notions de gestion de risques	21
1.2.1.4 Le fromage suisse de James Reason.....	21
1.2.2 Travaux entrepris en France sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables.....	22
1.2.2.1 Loi, applications et limites.....	22
1.2.2.2 L'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS).....	23
1.2.3 Déclaration des événements indésirables en odontologie	23
1.2.3.1 État des lieux.....	23
1.2.3.2 Les raisons du retard.....	23
1.2.3.3 Des volontés d'actions.....	24
1.2.3.4 Les études internationales sur la déclaration des événements indésirables en odontologie.....	24

2. CONCEPTION THÉORIQUE D'UN SYSTÈME DE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POUR LES SOINS D'ENDODONTIE 25

2.1	PRÉAMBULE À L'ÉLABORATION DU CAHIER DES CHARGES.....	26
2.1.1	Introduction sur les systèmes de signalement des événements indésirables.....	26
2.1.1.1	Définition	26
2.1.1.2	Intérêt de la déclaration des événements indésirables à travers un système de signalement.....	26
2.1.1.3	Intérêt de l'analyse des événements indésirables à travers un système de signalement.....	27
2.1.2	Choix de la définition des événements à déclarer	27
2.1.2.1	Définitions des événements indésirables dans les études existantes.....	27
2.1.2.2	Création de la définition.....	28
2.1.3	Choix de la discipline test.....	29
2.1.3.1	Justification de la discipline.....	29
2.1.3.2	Création d'une liste des événements imprévus en endodontie	29
2.1.4	Choix de la classification	29
2.1.4.1	Bases de classification.....	29
2.1.4.2	Les classifications d'événements indésirables dentaires existant dans les études	30
2.1.4.3	Justification de notre choix de classification.....	31
2.2	CONSTRUCTION DU CAHIER DES CHARGES : ASPECT FONCTIONNEL	32
2.2.1	Rédaction du cahier des charges.....	32
2.2.1.1	Objectif du système de signalement.....	32
2.2.1.2	Informations délivrées par le système de signalement.....	32
2.2.1.3	Choix du type de système de signalement : volontaire ou obligatoire	32
2.2.1.4	Confidentialité des données recueillies dans le système de signalement.....	33
2.2.1.5	Fonctionnement du système de signalement	33
2.2.1.6	Sécurisation des données du système de signalement.....	33
2.2.1.7	Infrastructure du système de signalement	33
2.2.1.8	Approche pour la classification.....	33
2.2.1.9	Approche pour l'analyse	34
2.2.1.10	Réponses du système de signalement.....	35
2.2.1.11	Ressources du système de signalement	35
2.2.2	Récapitulatif du cahier des charges fonctionnel.....	36

3	. ENQUÊTE QUALITATIVE SUR LE DPC, L'EPP, LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES EN ODONTOLOGIE ET LA PRÉSENTATION DE L'OUTIL	37
3.1	OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE	38
3.2	MÉTHODOLOGIE.....	38
3.2.1	L'échantillonnage	38
3.2.2	Le guide d'entretien	39
3.2.3	Déroulement des entretiens.....	39
3.2.4	Analyse des entretiens.....	39
3.3	RÉSULTATS	40
3.3.1	Cartographies de l'échantillonnage.....	40
3.3.2	Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème du DPC	42
3.3.2.1	Connaissance du DPC	42
3.3.2.2	Définition du DPC.....	42
3.3.2.3	Intérêt et inscription au DPC.....	43
3.3.2.4	Opinions et représentations du DPC.....	43
3.3.3	Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème de l'EPP.....	44
3.3.3.1	Connaissance de l'EPP	44
3.3.3.2	Définition de l'EPP	45
3.3.3.3	Bilan sur la réalisation d'EPP	45
3.3.3.4	Outils et méthodes d' EPP.....	46
3.3.3.5	EPP et formation initiale.....	48
3.3.3.6	Source de l'auto-évaluation et du questionnement sur sa pratique	49
3.3.3.7	Opinions et représentations de l'EPP	49
3.3.4	Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème des événements indésirables. 50	
3.3.4.1	Définition des événements indésirables	50
3.3.4.2	Exemples d'événements indésirables	50
3.3.4.3	Opinions et représentations des événements indésirables.....	51
3.3.5	Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème de la présentation de l'outil.....	52
3.3.5.1	Intérêt et utilisation de l'outil	52
3.3.5.2	Fonctionnalité la plus intéressante de l'outil.....	53
3.3.5.3	Opinions sur l'outil et idées de développement.....	53

4	. DISCUSSION	55
4.1	MÉTHODOLOGIE	56
4.1.1	L'échantillon	56
4.1.2	Le guide d'entretien	56
4.1.3	Déroulement des entretiens	57
4.1.4	L'analyse	57
4.2	RÉSULTATS	58
4.2.1	Thème du DPC	58
4.2.1.1	Connaissance du DPC	58
4.2.1.2	Définition du DPC	58
4.2.1.3	Intérêt et inscription au DPC	59
4.2.1.4	Opinions et représentations du DPC	59
4.2.2	Thème de l'EPP	59
4.2.2.1	Connaissance de l'EPP	59
4.2.2.2	Définition de l'EPP	60
4.2.2.3	Bilan sur la réalisation d'EPP	60
4.2.2.4	Outils et méthodes d'EPP	60
4.2.2.5	EPP et formation initiale	61
4.2.2.6	Source de l'auto-évaluation et du questionnaire sur sa pratique	61
4.2.2.7	Opinions et représentations de l'EPP	61
4.2.3	Thème des événements indésirables	62
4.2.3.1	Définition des événements indésirables	62
4.2.3.2	Exemples d'événements indésirables	63
4.2.3.3	Opinions et représentations des événements indésirables	63
4.2.4	Thème de la présentation de l'outil	64
4.2.4.1	Intérêt et utilisation de l'outil	64
4.2.4.2	Fonctionnalité la plus intéressante de l'outil	65
4.2.4.3	Opinions sur l'outil et idées de développement	65
	CONCLUSION	68
	BIBLIOGRAPHIE	70

ANNEXES	77
Annexe 1 : Classification des événements imprévus en endodontie	78
Annexe 2 : Principales causes immédiates des événements imprévus en endodontie	79
Annexe 3 : Liste des événements imprévus en endodontie retenus pour une analyse des facteurs latents	84
Annexe 4 : Questionnaire d'analyse des facteurs latents pour les événements imprévus en odontologie	85
Annexe 5 : Guide d'entretien pour l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil.....	86
Annexe 6 : Grille d'analyse de l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil.....	87

Liste des figures et des tableaux

<i>Tableau 1 : Méthodes d'analyse des pratiques validées par l'HAS(20)</i>	16
<i>Figure 1 : Gestion systémique des risques : le modèle du fromage suisse</i>	22
<i>Tableau 2 : Création de la définition d'un événement imprévu en odontologie</i>	28
<i>Tableau 3 : Classification par type d'incident des événements indésirables dentaires ; étude britannique(4)</i>	30
<i>Tableau 4 : Cahier des charges fonctionnelles du système de signalement</i>	36
<i>Tableau 5: Critères d'inclusion et d'exclusion des praticiens sélectionnés dans l'échantillon pour l'enquête qualitative</i>	38
<i>Tableau 6: Cartographie de l'échantillonnage : données générales</i>	40
<i>Tableau 7: Cartographie de l'échantillonnage : données complémentaires</i>	41
<i>Tableau 8: Répartition par âge des praticiens</i>	41
<i>Tableau 9 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « connaissance du DPC »</i>	42
<i>Tableau 10: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition du DPC »</i>	42
<i>Tableau 11: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « intérêt et inscription au DPC »</i>	43
<i>Tableau 12 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations du DPC »</i>	43
<i>Tableau 13: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « connaissance de l'EPP »</i>	44
<i>Tableau 14 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition de l'EPP »</i>	45
<i>Tableau 15: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « bilan sur la réalisation d'EPP »</i>	45
<i>Tableau 16: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « outils et méthodes d'EPP [1] »</i>	46
<i>Tableau 17: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « outils et méthodes d'EPP [2] »</i>	47
<i>Tableau 18: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « EPP et formation initiale »</i>	48
<i>Tableau 19 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « source de l'auto-évaluation et du questionnaire sur sa pratique »</i>	49

<i>Tableau 20: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations de l'EPP »</i>	49
<i>Tableau 21: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition des événements indésirables »</i>	50
<i>Tableau 22: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « exemples d'événements indésirables »</i>	50
<i>Tableau 23: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations des événements indésirables »</i>	51
<i>Tableau 24: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « intérêt et utilisation de l'outil »</i>	52
<i>Tableau 25 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « fonctionnalité la plus intéressante » de l'outil</i>	53
<i>Tableau 26 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions sur l'outil et idées de développement »</i>	53

Les figures et tableaux utilisés dans cette thèse ont reçu une autorisation de reproduction.

Liste des abréviations et des acronymes

- ADA : American Dental Association
- ADF : Association Dentaire Française
- ALARM: Association of Litigation And Risk Management
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCLIN : Centre de Lutte Contre les Infections Nosocomiales
- CED : Council of European Dentists
- CISP : Classification Internationale des Soins Primaires
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COME : Centre Odontologique de Médiométrie et d'Évaluation
- DPC : Développement Professionnel Continu
- EIG : Événement Indésirable Grave
- EIO : Événements Imprévus en Odontologie
- ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins
- EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles.
- FDI : World Dental Federation
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- NPSA : National Patient Safety Agency
- NRLS: National Reporting and Learning System
- OGDPC : Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les soins bucco-dentaires sont majoritairement dispensés en pratique libérale où le chirurgien-dentiste a généralement la responsabilité individuelle et complète sur l'ensemble des procédures de soins. Ainsi, la gestion des cas cliniques, le matériel, la sécurité générale, la communication (vers les patients, confrères ou autres organismes), la prévention, la gestion des stocks ou l'élimination des déchets sont autant d'activités pouvant présenter des dangers (1,2).

De plus, l'évolution des plateaux techniques et les moyens thérapeutiques mis à la disposition des patients rendent la pratique de la dentisterie actuelle complexe(1,3-5).

Ces deux faits suffisent à considérer ces lieux d'exercice comme des environnements potentiellement à haut risque(1). Cependant, même à l'échelle internationale, les traitements odontologiques ne font l'objet que de rares publications en termes de sécurité des soins (1,3,6,7).

Pourtant depuis le rapport « *To err is human* »(8) publié en 2000 par l'institut de médecine de Washington, l'engouement pour la sécurité des soins s'était étendu à l'ensemble des spécialités médicales(3,4,6,7). Ce rapport souligne que l'erreur médicale doit être une source d'apprentissage pour les praticiens afin qu'ils améliorent la qualité de leurs soins.

L'amélioration de la qualité des soins est d'ailleurs la finalité des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)(9). Introduite depuis décembre 2011 à travers le décret relatif au Développement Professionnel Continu (DPC) des chirurgiens-dentistes, l'obligation d'EPP n'a inspiré que peu de travaux. Pourtant, bien avant la promulgation de la loi, la Haute Autorité de Santé (HAS), instance garante de l'élaboration et de la validation des méthodes d'EPP, avait collaboré avec des chirurgiens-dentistes pour la promotion d'outils d'auto-évaluations(10).

Ces outils sont aujourd'hui méconnus et on ne sait que peu de choses sur la pratique des EPP en odontologie.

L'objectif de ce travail est de voir d'une part s'il est possible de construire un outil pédagogique permettant aux chirurgiens-dentistes d'apprendre de leurs erreurs, tout en respectant les exigences de l'HAS en termes de méthodologie pour l'élaboration d'outils d'EPP ; et d'évaluer d'autre part, l'intérêt que pourrait susciter un tel outil auprès de praticiens exerçant en libéral.

Dans une première partie nous exposerons les concepts clés liés à la pédagogie de l'erreur. Pour cela nous nous intéresserons à l'évaluation des pratiques professionnelles et ferons un bilan des avancées dans notre domaine. Le second concept exposé sera celui des événements indésirables, nous en profiterons pour aborder des notions de gestion de risque. Ensuite, nous élaborerons le cahier des charges fonctionnel de l'outil pédagogique. Enfin, nous étudierons à travers une enquête qualitative, le ressenti des patients sur l'opportunité d'utiliser un tel outil et tenterons de comprendre les raisons du défaut de pratique des EPP.

**1. PRÉSENTATION DES CONCEPTS :
L'ÉVALUATION DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES ET
LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES**

1. PRÉSENTATION DES CONCEPTS : L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

La présentation des concepts d'EPP et d'événements indésirables a nécessité une revue et une synthèse de la bibliographie.

Pour le concept d'EPP, notre principale source d'information a été le site internet de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'étude de référentiels et de rapports publiés par l'instance nous a orienté vers des articles et textes de lois ayant contribué à notre appropriation de la notion d'EPP.

Pour le concept d'événements indésirables, nous avons interrogé des bases de données informatisées comme Pubmed et Google Scholar à l'aide des mots clés *Adverse event* et *Dentistry*. Les informations recueillies dans les articles ont été corrélées à celles trouvées lors de la recherche sur les EPP.

La synthèse bibliographique présentée a permis d'identifier les éléments à retenir pour l'élaboration du cahier des charges de l'outil et d'appréhender les représentations des chirurgiens-dentistes sur la notion d'évaluation médicale.

1.1. L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

1.1.1. Histoire de l'évaluation médicale (11)

L'évaluation médicale est apparue en France dans les années quatre-vingt. Initialement instaurée pour réduire les dépenses de santé, elle a, depuis, identifié ses principaux objectifs, à savoir la réalisation d'audits, l'établissement de recommandations pratiques, la fixation d'objectifs collectifs, la mesure de l'activité médicale et la réflexion sur la prévention et les risques médicaux. La mise en place d'une cellule d'évaluation des pratiques médicales a nécessité la confluence de nombreux acteurs d'origines diverses : des médecins, des épidémiologistes, des politiques, des experts et des économistes.

La divergence des objectifs des différents intervenants a constitué un premier frein à la mise en place de l'évaluation médicale. De plus, l'évaluation médicale était ressentie comme un nouveau moyen de contrôle des professionnels de santé. Ce regard externe sur la profession est alors mal perçu, d'autant plus que certains y voient une menace de l'autonomie fondatrice du statut du professionnel de santé et un moyen de contrôler les comportements médicaux avec une vision de réduction des coûts.

Malgré les difficultés rencontrées, la première institution nationale voit le jour en septembre 1989. Il s'agit de l'Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation Médicale (ANDEM). Ses objectifs sont d'initier et de promouvoir la démarche évaluative. Elle diffuse alors les

conférences de consensus et les recommandations de bonnes pratiques élaborées par les sociétés savantes. En 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) succède à l'ANDEM. Elle ajoute à la mission d'évaluation celle de l'accréditation des établissements de santé. Enfin, la loi du 13 août 2004 crée une autorité publique indépendante à caractère scientifique : la Haute Autorité de Santé qui reprend les fonctions de l'ANAES et de l'ANDEM. L'évaluation médicale est, à ce jour, une des deux activités principales de l'HAS.

1.1.2. Cadre légal de l'évaluation des pratiques professionnelles

1.1.2.1 Ordonnance du 24 avril 1996 (12,13)

Le terme d'évaluation des pratiques professionnelles apparaît pour la première fois dans cette ordonnance. Cette même ordonnance crée l'ANAES et rend officielle l'obligation de la Formation Médicale Continue (FMC). Les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens doivent au cours de leur carrière mettre à jour leurs connaissances et développer leurs compétences professionnelles. Le texte précise qu'un des moyens d'assurer une FMC est de mettre en place une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

1.1.2.2 Décret du 14 avril 2005 (14,15)

Ce décret est issu de la loi du 13 août 2004 ayant créé l'HAS. Il ajoute à l'obligation de FMC, le devoir d'EPP pour les médecins. C'est dans ce décret que l'on retrouve la définition de l'EPP. Elle « *a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par le praticien. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement de la santé publique dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue* ».

1.1.2.3 Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (16)

Cette loi crée le Développement Professionnel Continu (DPC) qui combine les obligations d'EPP et de FMC(17). En associant les devoirs d'EPP et de FMC, l'objectif est d'améliorer d'une part la qualité des soins et d'autre part la prise en charge des patients. Les approches de la FMC et de l'EPP sont différentes et complémentaires. La FMC a une orientation pédagogique, elle est axée sur l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances et compétences. L'EPP a une approche plus clinique, elle est fondée sur l'analyse des données de l'activité(18).

C'est l'HAS qui est garante des méthodes permettant la validation d'une EPP.

1.1.3. Concept de l'évaluation des pratiques professionnelles développé par l'HAS

1.1.3.1 Définition de l'EPP par l'HAS

L'HAS définit les EPP comme « *des activités qui conduisent les médecins à porter un regard critique sur leurs pratiques pour les améliorer en se fondant sur les recommandations de bonnes pratiques* »(14).

En clair, une EPP consiste à comparer une situation clinique vécue par un praticien aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur (situation théorique). Après confrontation des situations (clinique versus théorique), le praticien doit identifier les écarts de conduite. Il construit alors un plan d'amélioration contenant les changements à opérer pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. Enfin, il assure le suivi des changements apportés à sa pratique(9,18).

1.1.3.2 Bases des méthodes établies par la HAS

L'HAS développe ses méthodes selon les principes d'un concept anglo-saxon appelé « *formative assessment* »(19). Elle s'est détachée du cadre légal afin que la démarche d'évaluation soit volontaire (et non obligatoire). Elle propose une évaluation formative basée sur une auto-évaluation des praticiens.

Les méthodes ne sont pas « sanctionnantes » et sont intégrées à la pratique pour éviter une surcharge de travail(18). L'HAS propose des méthodes diversifiées dans le but que les praticiens en choisissent une adaptée à leur pratique.

Chaque méthode proposée par l'HAS intègre une des deux dimensions suivantes :

- *L'échange sur les pratiques en groupe, entre pairs. Il est admis que de tels échanges dès lors qu'ils sont plus ou moins structurés, se traduisent par une amélioration des pratiques ;*
- *La mesure de la pratique. Il est également admis, dès lors que le médecin s'astreint à mesurer certains indicateurs de sa pratique et qu'il bénéficie en retour d'une analyse de ces données (confrontation à une norme), que les pratiques mesurées s'en trouvent améliorées(14).*

1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l’HAS

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1. Gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> • revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...) 	<p>À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/de la recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser • soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2. Revue de dossiers et analyse de cas	<ul style="list-style-type: none"> • groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence 	
2.3. Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique 	
2.4. Analyse des parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> • chemin clinique • patients traceurs 	
2.5. Analyse de parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • bilan de compétences 	

Tableau 1 : *Méthodes d'analyse des pratiques validées par l’HAS(20)*

Gestion des risques

La gestion des risques consiste à analyser en groupe pluridisciplinaire et pluriprofessionnel des situations dangereuses. Il peut s'agir de risques potentiels dans les méthodes d'analyse à priori, ou encore d'erreurs avérées ou évitées de justesse dans les méthodes d'analyse à posteriori.

L'analyse de ces scénarios catastrophes permet d'identifier les défaillances ou lacunes des intervenants. La correction de ces facteurs conditionnant l'erreur permet une amélioration de la pratique (21).

Revue de dossiers et analyse de cas

Ces analyses de cas réels se présentent sous la forme de réunion de concertation entre pairs, en équipe de soins ou encore en équipe pluridisciplinaire. Elles consistent à favoriser la pratique réflexive des intervenants qui exposent des cas rencontrés dans leur pratique. A travers l'échange, le professionnel peut se remettre en question et peaufiner ses connaissances(22).

Quand ces réunions ont pour but de juger de l'indication ou non d'une intervention, il s'agit de revue de pertinence. (23).

Indicateurs

Un indicateur est un critère d'évaluation apprécié dans une situation clinique et ayant un impact sur la qualité du soin(24). Il permet d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps.

Les méthodes utilisant les indicateurs (l'audit clinique...) consistent à collecter des données en rapport avec l'indicateur. Ces données permettent de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée. L'analyse de ces données oriente le praticien sur les changements à opérer pour améliorer la qualité des soins(25,26).

Analyse des parcours de soins

Les méthodes de parcours de soins sont adaptées à un exercice en établissement de santé. Le principe fondamental est l'échange interdisciplinaire et interprofessionnel. Les méthodes du chemin clinique et celle du patient traceur permettent une analyse du parcours de soins.

Le chemin clinique est centré sur la pathologie. Il analyse la prise en charge du patient dès son entrée et ce jusqu'à sa sortie. Il permet de réaliser un protocole destiné à la prise en charge d'autres patients ayant des problèmes de santé comparables(27). La méthode du patient traceur est une analyse rétrospective, orientée vers l'organisation et le processus de soins. Parmi les données recueillies et analysées, on retrouve les impressions du patient(28).

Analyse de parcours professionnel

Les bilans de compétences sont des outils mis à la disposition des professionnels de santé leur permettant de réaliser une réflexion, une analyse de leurs parcours et de leurs pratiques professionnelles. Ils peuvent ainsi, à l'issue de l'analyse, élaborer un projet d'évolution professionnelle et/ou de formation adaptée à leurs besoins et leurs aspirations(29).

Les méthodes sont aujourd'hui connues, mais les outils sont encore à développer. Bien qu'elle ait fait de l'évaluation médicale une de ses priorités, l'HAS reconnaît une difficulté à construire des dispositifs(14).

1.1.4 L'évaluation des pratiques professionnelles en odontologie

1.1.4.1 Décret du 30 décembre 2011 (30)

Le concept d'EPP est récent pour les odontologistes. Bien qu'il soit obligatoire pour les médecins depuis 2005(15), ce n'est qu'en décembre 2011 que le décret relatif au DPC des chirurgiens-dentistes fait de l'EPP une obligation légale pour la profession : « *Le développement professionnel continu comporte, conformément à l'article L. 4143-1, l'analyse, par les chirurgiens-dentistes, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente. Cette obligation s'impose aux chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre ainsi qu'à tous les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L. 4112-6...* ». (30)

Si l'obligation de FMC (approfondissement de connaissances ou de compétences) n'est pas une nouveauté pour les chirurgiens-dentistes (31), il en est tout autre pour l'EPP.

1.1.4.2 Bilan des actions d'EPP faites en odontologie

En odontologie le terme d'EPP est parfois utilisé de façon inappropriée, notamment dans les travaux universitaires. Le terme désigne dans ce cas, des enquêtes sur les tendances globales

des chirurgiens-dentistes. Il ne s'agit donc pas du concept d'EPP élaboré par l'HAS. En effet, ces études ne s'intéressent pas à la pratique réflexive et à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Pourtant, bien avant l'obligation d'EPP, notre profession s'était engagée dans des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires. En 1995, une réflexion autour d'un projet de qualité pour l'ensemble de la profession avait débuté. Les premières recommandations d'hygiène et d'asepsie au cabinet dentaire sont établies en 1996. En 1997, un outil d'amélioration et d'évaluation de la santé bucco-dentaire est proposé par le COME (Centre Odontologique de Médicométrie et d'Évaluation)(10). En 2001, l'ADF (Association Dentaire Française) propose sur son site internet un outil d'auto-évaluation ainsi que les six premières recommandations de la pratique dentaire.

Depuis 2004, l'HAS et l'ADF ont signé une convention de coopération afin d'œuvrer à la promotion de la qualité des soins dentaires. Les méthodes ont depuis été définies. Voici une revue des travaux réalisés en termes d'EPP en odontologie.

Gestion des risques

Il n'y a eu, à ce jour, aucune publication sur le thème de la gestion des risques dans notre discipline en France. Il faut entendre par « gestion des risques » l'utilisation d'une méthode d'analyse des scénarios catastrophes (cf. 1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS).

Revue de dossiers et analyse de cas

Il est certain que de tels groupes existent dans notre domaine mais la littérature est encore discrète à ce sujet.

Indicateurs

En 2000, l'HAS établit un guide sur le dossier du patient en odontologie. En 2004, l'ADF propose trois référentiels. Le premier traite de l'information et du consentement du patient, le second a pour thème le dépistage d'anomalies orthodontiques et le troisième aborde la stérilisation des dispositifs médicaux. Ces trois documents et celui proposé par l'HAS se basent sur la méthode des indicateurs (et plus précisément sur la méthode des audits cliniques) pour favoriser une amélioration des pratiques.

Analyse des parcours de soins

La thèse du Docteur Romain OTTAVIOLI intitulée « *Evaluation des pratiques professionnelles et odontologie: Application au sein de l'unité fonctionnelle Gaston Berger* » (18) est la seule ayant abordé l'analyse du parcours de soins en odontologie. On y trouve deux fiches pédagogiques, l'une traitant de la consultation d'urgence et l'autre des conseils d'hygiène bucco-dentaire. Ces fiches peuvent être considérées comme des protocoles écrits issus de la méthode du chemin clinique.

Analyse de parcours professionnel

En 2010, le conseil de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) en collaboration avec le ministère de la santé et des sports émet un document de travail intitulé « *Référentiel métier et compétences des chirurgiens-dentistes* ». Ce document propose des bilans de compétence en illustrant onze situations cliniques fréquemment rencontrées lors de l'exercice(32).

Les bilans de « compétences » se sont développés dans notre profession avec l'avènement du DPC. Il s'agit de questionnaires pré et post formation qui permettraient une évaluation des compétences et/ou connaissances des chirurgiens-dentistes. Les organismes de formation se sont emparés de cet outil pour faire valider les parcours DPC.

Avant même les contraintes réglementaires d'EPP, notre discipline s'était déjà préoccupée de l'amélioration de la qualité des soins. Pourtant les chirurgiens-dentistes ne semblent pas avoir intégré ces outils d'évaluation à leur pratique.

La gestion des risques est un domaine qui n'a pas inspiré de travaux en France. Pourtant, la déclaration et l'analyse des scénarios « catastrophes » est une méthode particulière et privilégiée d'évaluation(14). Peut-être, que cette approche d'évaluation inciterait plus les praticiens à mettre en place une pratique réflexive.

1.2. LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

1.2.1. Bases fondamentales sur les événements indésirables

1.2.1.1 Définitions

Définition internationale d'un événement indésirable

An adverse event is an injury related to medical management, in contrast to complications of disease. Medical management includes all aspects of care, including diagnosis and treatment, failure to diagnose or treat, and the systems and equipment used to deliver care. Adverse events may be preventable or non-preventable (33).

Définition française d'un événement indésirable (Décret 2010-1408)

Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement (34).

Définition d'un événement indésirable grave (EIG)

Un événement indésirable est défini comme grave quand il est associé à un décès ou à une menace vitale, quand il est susceptible d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour ou un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation(35).

Définition d'un événement évité de justesse

Un événement évité de justesse est une grave erreur ou un accident ayant le potentiel de causer un événement indésirable, mais ne l'ayant pas causé du fait du hasard ou du fait de son interception(33).

Définition d'un événement indésirable évitable

Un événement indésirable évitable est un événement indésirable qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'événement indésirable(35).

1.2.1.2 Intérêt pour les événements indésirables

Depuis une dizaine d'années est née une volonté internationale de déclarer les événements indésirables liés soins médicaux(3,33).

La survenue d'un événement indésirable est toujours vécue comme une mauvaise expérience que subit le patient. Qu'il s'agisse d'une infection nosocomiale, de la persistance de séquelles ou encore de la mort, le patient est une victime directe.

De récentes publications reconnaissent, aujourd'hui, que l'équipe soignante constitue une « seconde victime ». De tels événements peuvent affecter les pratiques futures des praticiens et de leurs équipes(36).

L'intérêt pour les événements indésirables est né de la volonté que la mauvaise expérience subie par un patient soit une source d'apprentissage, afin d'éviter la réédition de cet événement(33). Cette curiosité pour les événements indésirables a évolué quand les pays développés ont commencé à se préoccuper de la qualité des soins. Un événement indésirable est un indicateur en termes de qualité des soins. Il peut être le reflet de lacunes dans les connaissances ou dans les capacités du soignant et/ou un moyen de mettre en évidence les défaillances existant au sein d'une équipe de soin (manque de personnel, manque de matériel, surcharge de travail...)(37).

L'analyse de ces événements indésirables devient alors primordiale afin de faire émerger les causes directes ou indirectes ayant contribué à leur survenue.

1.2.1.3 Analyse des événements indésirables : notions de gestion de risques

Le risque est défini comme l'exposition souhaitée ou non à un danger. Le danger et la prise de risque font partie intégrante de l'activité humaine. Le domaine médical n'échappe donc pas à l'apparition de situations dangereuses.

La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'évènements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise (34).

La démarche de gestion de risque vise donc à concilier la prise de risque et la maîtrise du danger qui l'accompagne.

Quelle que soit la discipline médicale, la sécurité des soins repose sur la connaissance du risque, sur l'élimination ou la réduction de certains risques, sur la prévention et la protection vis-à-vis des risques à prendre pour la prise en charge des patients(3,5,7,38,39).

1.2.1.4 Le fromage suisse de James Reason

Le modèle le plus connu utilisé pour la gestion systémique des risques est celui du « fromage suisse » développé par James Reason. Le postulat de base est que le système de soins est complexe car il met en jeu des acteurs et des ressources doués de forces et de faiblesses en termes de sécurité. L'erreur étant le plus souvent la conséquence de l'alignement de défaillances, le principe repose sur la rupture de ces alignements par l'interposition successive de plaques d'acteurs. Le risque peut ainsi être maîtrisé et évité. Le modèle distingue ainsi trois types d'acteurs et trois types d'erreurs :

- Les acteurs de l'organisation, de la conception, du management : ils sont responsables d'erreurs latentes car ne touchent pas directement le patient
- Les acteurs soignants ou professionnels de santé dont les erreurs sont caractérisées de patentes
- Les barrières de sécurité ou défenses en profondeur du système. Elles permettent de bloquer ou récupérer les erreurs patentes (exemple : pharmacien contrôlant une ordonnance, ou check-list au bloc opératoire)(38). Il s'agit d'erreurs évitées de justesse.

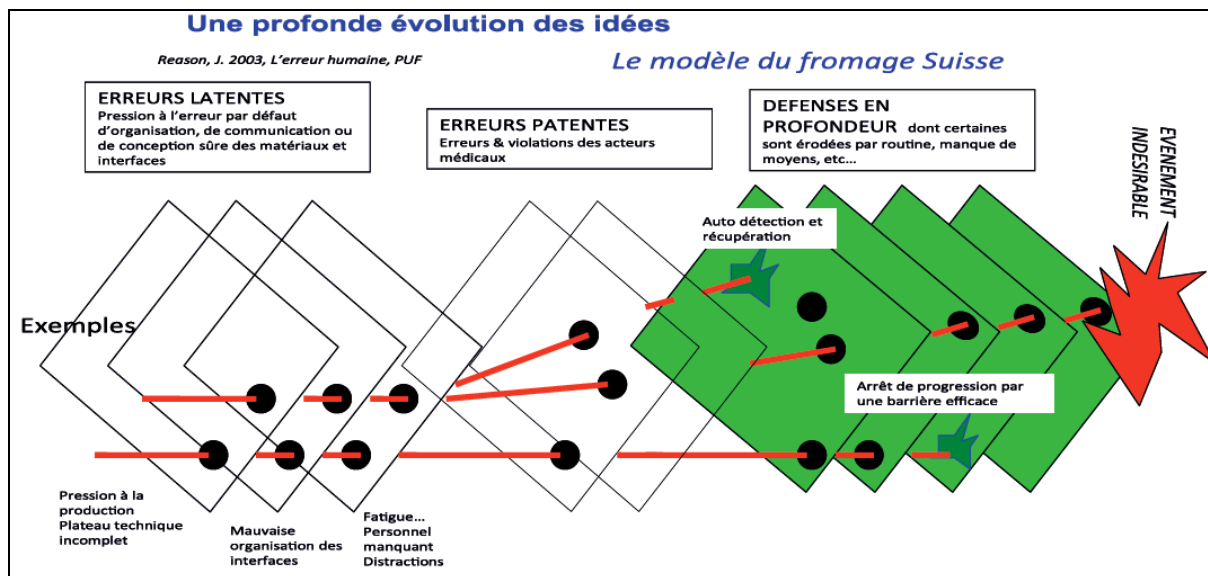


Figure 1 : Gestion systémique des risques : le modèle du fromage suisse(38)

D'une façon moins théorique, la sécurité des soins consiste en la mise en place de certaines actions : formation des professionnels sur la sécurité des soins, visite hiérarchique de sécurité dans les unités de soins ou encore analyse de scénarios cliniques d'événements indésirables. Afin d'observer l'amélioration de la qualité des soins grâce à ces mesures, il faudrait qu'elles soient maintenues dans le temps (39).

1.2.2. Travaux entrepris en France sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables

1.2.2.1 Loi, applications et limites

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, énonce à travers l'article L.1413-14 un principe général de déclaration : « *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente*»(40).

En France, il existe plusieurs systèmes nationaux de déclaration d'événements indésirables. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) coordonne les déclarations pour huit vigilances : la matériovigilance, la cosmétovigilance, la pharmacovigilance, l'addictovigilance, la biovigilance, la réactovigilance, l'hémovigilance et la vigilance des produits de tatouage. Pour le signalement des infections nosocomiales, c'est le Centre de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) et les Agences Régionales de Santé (ARS) qui collectent les déclarations (41).

Ces systèmes de déclaration ne sont utilisés que par les établissements de santé. Le dispositif créé en France n'a pas été étendu aux soins primaires alors qu'une majorité des soins est dispensée en ambulatoire(42,43). Par exemple, un médecin généraliste exerçant en ville et désirant déclarer un événement indésirable n'a à ce jour aucun système national de recueil et

d'analyse des événements indésirables adapté à sa pratique(42,43). La déclaration des événements indésirables souffre donc d'une « sous-évaluation » et les données actuelles fournies par les hôpitaux sont biaisées(42).

1.2.2.2 L'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS)

L'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) permet de faire en 2004 un premier état des lieux de la sécurité des soins en France. L'enquête révèle que sur 1 000 journées d'hospitalisation 6,2 événements indésirables graves liés aux soins surviennent dont un tiers serait évitable(35,44). Ces chiffres démontrent que les organisations de santé ne font pas partie des activités humaines les plus sûres. En effet, des domaines comme l'industrie nucléaire ou encore l'aviation civile font preuve d'une plus grande sûreté(5,39).

Des résultats similaires ont été recueillis dans les autres pays développés(39,42).

Le renouvellement de cette enquête en 2009 a montré des résultats comparables(35). Améliorer la sécurité des soins est donc un enjeu pour les systèmes de santé.

1.2.3. Déclaration des événements indésirables en odontologie

1.2.3.1 État des lieux

Les soins bucco-dentaires sont référencés comme soins essentiels et de première nécessité selon la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Pourtant, ils ne font l'objet que de rares publications en terme de sécurité des soins (1,3,6,7).

En France, les chirurgiens-dentistes n'ont actuellement aucun système de signalement des événements indésirables. La sécurité des soins odontologiques ne semble pour le moment pas être une préoccupation majeure. D'ailleurs, après l'ENEIS, une analyse approfondie de quarante-cinq événements indésirables graves a été réalisée. Les auteurs avaient délibérément exclu des domaines comme la stomatologie(45)

1.2.3.2 Les raisons du retard

L'insuffisance d'études s'expliquerait par une difficulté d'associer la discipline odontologique aux événements indésirables graves(1). En effet, les soins bucco-dentaires engagent rarement un pronostic vital. Ils ont une proportion de préjudice moindre par rapport à la chirurgie ambulatoire(1,3-5). Ils se limitent, le plus souvent, à la cavité buccale, sont peu invasifs et le risque infectieux pour le patient semble être maîtrisé. De plus, ils sont principalement dispensés en ville, là où la préoccupation pour les événements indésirables est moindre par rapport à un établissement de santé soumis à des évaluations. Enfin, ces soins sont dispersés, ce qui rend difficile la collecte de données (3).

1.2.3.3 Des volontés d'actions

En 2008, le Conseil des Dentistes Européens (CED), en accord avec les directives de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) affirme son engagement sur la promotion d'une culture de sécurité et émet un rapport sur cette thématique.

Le rapport souligne que la qualité des soins bucco-dentaires ne peut être promue par la force ou la sanction. Sa mise en place ne doit pas constituer une surcharge bureaucratique attribuée aux praticiens.

Des moyens sont alors proposés dans le rapport : la formation continue, la création de groupes d'études pour apprendre de l'expérience des autres, la déclaration des événements indésirables dentaires, la gestion des déchets, la traçabilité et les mesures d'asepsie(2,5). La plupart de ces moyens sont déjà mis en place dans les cabinets, mais ne font l'objet que de rares évaluations.

En réponse à ce rapport l'Espagne propose en 2011 un « *plan de prévention pour les risques liés aux soins de santé en odontologie* »(3).

1.2.3.4 Les études internationales sur la déclaration des événements indésirables en odontologie

Parmi les quelques travaux effectués, on peut citer ceux réalisés par le NRLS (National Reporting and Learning System). Mis en place depuis 2003 en Angleterre et aux Pays de Galles, ce système de rapport d'incidents promu par l'Agence Nationale de la Sécurité des Patients (NPSA) a, dès sa création, intégré toutes les disciplines médicales.

Une enquête réalisée en 2012 révèle que les trois domaines médicaux émettant le moins d'incidents sont la chirurgie dentaire, l'orthodontie et l'odontologie pédiatrique. L'enquête interprète la faible participation de ces disciplines à la méconnaissance du système de déclaration par les praticiens libéraux.

Elle prévoit alors deux actions phares à savoir, d'une part la sensibilisation auprès des professionnels de santé et d'autre part la réaffirmation des garanties d'anonymat afin de préserver la réputation des cabinets (4).

En 2013, l'université d'Helsinki effectue une étude sur douze mois auprès des chirurgiens-dentistes Finlandais. Elle leur propose de déclarer volontairement les incidents survenant dans leurs cabinets. Les chirurgiens-dentistes avaient la garantie du maintien de leur anonymat et de l'absence de poursuite. L'étude conclut que les événements indésirables dentaires et événements évités de justesse sont moindres par rapport aux autres disciplines médicales et que ces enquêtes gagneraient à être réitérées(1).

En France, les soins primaires ne bénéficient pas d'outils de signalement des événements indésirables. Les auteurs des études menées à ce jour, la Fédération Dentaire Internationale et l'HAS, sont en accord pour la promotion de la qualité des soins. Ils favorisent des démarches non punitives et intégrées à la pratique. La conception d'outils de signalement pour les soins primaires doit donc tenir compte de ces exigences.

2. CONCEPTION THÉORIQUE D'UN SYSTÈME DE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POUR LES SOINS D'ENDODONTIE

2. CONCEPTION THÉORIQUE D'UN SYSTÈME DE SIGNALLEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES POUR LES SOINS D'ENDODONTIE

2.1. PRÉAMBULE À L'ÉLABORATION DU CAHIER DES CHARGES

2.1.1. Introduction sur les systèmes de signalement des événements indésirables

2.1.1.1 Définition

Un système de signalement est un outil permettant d'identifier, d'analyser et de réduire le risque de survenue des événements indésirables. Ces outils sont jugés *indispensables pour développer une approche cohérente de la sécurité des patients* (33,46,47). Depuis 1999, il y a eu une augmentation de l'intérêt pour ces outils et leur développement est actuellement en cours. Ils sont fondés sur un principe d'apprentissage à partir des erreurs afin que la mauvaise expérience vécue par un patient ne se renouvelle pas. Ils permettent le recueil des erreurs, des fautes, des aléas thérapeutiques, des événements indésirables, des événements évités de justesse, des événements non dommageables pour les patients, des défaillances de processus et des autres dangers(46).

Ces outils ont deux fonctions essentielles à savoir la déclaration d'une part et l'analyse des événements indésirables d'autre part.

2.1.1.2 Intérêt de la déclaration des événements indésirables à travers un système de signalement

Les outils de signalement permettent tout d'abord de satisfaire à la loi du 4 mars 2002 imposant aux praticiens exerçant en ville et à l'hôpital de déclarer les événements indésirables survenant au cours de leur pratique (cf. 1.2.2.1 Loi, applications et limites). Le recueil de ces déclarations est primordial pour identifier les problèmes courants et inacceptables, rechercher les solutions et transmettre les recommandations de bonnes pratiques(48).

Il s'agit en plus d'outils d'évaluation des pratiques très performants. La déclaration des événements indésirables constitue une des étapes préliminaires à la pratique réflexive. Ses intérêts sont d'une part de permettre le suivi de cas et d'autre part de confronter le praticien à une norme.

Le suivi de cas

Les systèmes de signalement des événements indésirables permettent de déclarer des événements allant au-delà de la définition des événements indésirables (cf. 1.2.1.1 Définitions). La déclaration d'un événement « inhabituel » au cours d'un soin, ayant ou non un préjudice pour

le patient peut s'avérer être utile. En effet, dans le cas où d'autres événements viendraient à se manifester dans le futur, leur compréhension serait éclairée par la déclaration de l'événement « inhabituel » primaire. La déclaration permet ainsi de se souvenir et de mettre en relation les événements (33).

Illustrons l'intérêt du suivi de cas par un exemple. Au cours de la phase d'obturation d'un traitement endodontique, un séchage complet de l'endodonte doit être réalisé. Les contraintes de pratique en cabinet et l'expérience des praticiens engendrent des prises de risques. Il peut arriver que, malgré la persistance d'un suintement, le praticien décide d'obturer. La persistance du suintement n'est pas un événement indésirable car elle ne crée aucun préjudice immédiat pour le patient. Pourtant, elle peut être à l'origine d'autres événements comme l'apparition future d'une lésion péri-apicale d'origine endodontique.

La confrontation à la norme

Le recensement par un praticien des événements indésirables survenant au cours des soins qu'il a prodigués lui permet de calculer la fréquence de survenue de ces événements. En collectant les données de plusieurs praticiens, on peut établir une norme. Les praticiens se positionnant « sous » la norme pourront s'y confronter pour tenter d'améliorer la qualité de leurs soins(33). Prenons l'exemple d'un praticien ayant une fréquence de fracture d'instruments rotatifs égale à 8%. En discutant avec un confrère, il découvre que ce dernier est à 4% de casse d'instruments rotatifs. Il casse donc deux fois plus d'instruments que son confrère. En comparant ses résultats à ceux du confrère (ou à une norme établie), les statistiques lui auraient permis de situer sa pratique et l'auraient éventuellement encouragé à améliorer sa pratique en recherchant les causes de sa fréquence supérieure à la norme.

2.1.1.3 Intérêt de l'analyse des événements indésirables à travers un système de signalement

L'analyse proposée par les systèmes de signalement est la fonction la plus attendue par les utilisateurs. Elle doit faire émerger d'une situation initialement péjorative, les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les pratiques (33,43). Les analyses sont construites pour la plupart sur le modèle du fromage suisse de James Reason (cf.1.2.1.4 Le fromage suisse de James Reason). Les systèmes de signalement des événements indésirables doivent proposer une analyse des facteurs « humains » (ou patents) et une analyse des facteurs « organisationnels » (ou latents) afin d'orienter les praticiens et leurs équipes sur les corrections à mettre en place (1,3,4).

2.1.2. Choix de la définition des événements à déclarer

2.1.2.1 Définitions des événements indésirables dans les études existantes

La majorité des travaux réalisés sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables en odontologie se sont calqués pour le recueil des données sur les définitions internationales des événements indésirables et/ou des événements évités de justesse (cf.1.2.1.1 Définitions) (1,4,6,7).

Le problème de ces définitions et notamment de celle des événements indésirables en France (cf.1.2.1.1 Définitions) est qu'elles sont réductrices pour une spécialité comme l'odontologie. En effet, elles sont centrées sur le dommage causé au patient. Or, les études réalisées ont montré que les préjudices en odontologie étaient moindres pour les patients (1,3-5). Pour bénéficier des apports des événements indésirables en termes d'évaluation des pratiques professionnelles, il faut donc s'écarter des définitions actuellement connues.

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude n'ayant pas retenu la définition internationale des événements indésirables. Il s'agit de travaux présentés par l'ADA (American Dental Association). Les auteurs ont démontré qu'un système de signalement pour les soins dentaires était plus efficace pour recenser les événements indésirables que la méthode visant à rechercher des événements indésirables dans les dossiers médicaux. Ils définissent trois « déclencheurs » pour désigner les événements à collecter. Il s'agissait de la visite multiple d'un patient en cours de soins, du développement d'une infection et de l'échec d'une procédure complexe (47). Certains événements relatés dans l'étude comme la perte d'une couronne provisoire ou l'échec d'une restauration définitive ne sont pas assimilables à la définition d'événement indésirable. Ils peuvent être décrits comme des situations gênantes pour le patient mais ne sont pas dommageables. Cependant, de tels événements sont tout de même porteurs d'informations sur la pratique.

La définition idéale pour un système de signalement des événements indésirables visant à réaliser une évaluation des pratiques professionnelles devrait être centrée sur les événements ayant une incidence sur les pratiques et non pas sur ceux préjudiciables pour le patient. Nous avons décidé de créer une définition afin de regrouper les situations ayant un impact sur les pratiques. Nous les appellerons les Événements Imprévus en Odontologie (EIO).

2.1.2.2 Création de la définition

Nous sommes partis de la définition des événements indésirables reconnue en France (cf. 1.2.1.1). Nous avons dressé dans un tableau les points que nous souhaitions retirer et ceux que nous voulions ajouter.

Idées à retirer de la définition des EIO	Idées à ajouter à la définition des EIO
<ul style="list-style-type: none"> - Les événements sont préjudiciables pour le patient - Les événements concernent les patients hospitalisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Les événements peuvent survenir au cours des soins ou à la suite des soins. - Les événements ne créent pas forcément un préjudice immédiat au patient - Les événements concernent les actes dentaires

Tableau 2 : Création de la définition d'un événement imprévu en odontologie

Définition des événements imprévus en odontologie

Il s'agit de situations qui s'écartent des procédures cliniques habituelles lors d'un traitement ou de résultats inattendus immédiats ou différés consécutifs à un acte en odontologie.

2.1.3 Choix de la discipline test

Ce projet étant novateur dans notre domaine, nous avons pris la précaution de vouloir réaliser un test sur une discipline.

2.1.3.1 Justification de la discipline

Nous avons choisi l'endodontie pour imaginer notre prototype de système de signalement. Acte du quotidien, l'endodontie est perçue comme la discipline fondamentale de la dentisterie car la réussite d'un traitement conditionne le pronostic d'autres thérapeutiques(49). De plus, il s'agit d'un acte technique, omnipraticien-dépendant (50,51) dont les « mauvaises » habitudes semblent difficiles à changer.

2.1.3.2 Création d'une liste des événements imprévus en endodontie

Il n'existe, à ce jour, aucune liste répertoriant des événements se rapprochant de la définition des événements imprévus en odontologie, a fortiori en endodontie.

La création d'une liste d'événements s'est faite en associant des termes appartenant au champ lexical de l'erreur médicale : *événement indésirable, insuccès, faute ou accident ou aléa thérapeutique, dommages aux patients, problèmes, échec...* à d'autres relatifs à notre discipline : *odontologie, stomatologie, dentisterie ou endodontie*. Tous ces termes ont été traduits en anglais et ont été intégrés à des bases de recherches de données comme Pubmed, Sudoc ou Google Scholar. Les documents antérieurs à 2000 n'ont pas été retenus. Lors de la récurrence de titres, le document publié le plus récemment a été sélectionné. Ainsi des articles de revues, des thèses, des ouvrages juridiques ont aidé à la conception de la liste. Certains témoignages de praticiens et l'expérience personnelle ont également fait émerger certaines situations convenant à la définition d'événements imprévus en endodontie.

Avec la définition que nous avons retenue, nous avons recensé trente-huit événements. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive. Les événements sont présentés avec leur classification (cf. annexe 1)(4,6,7,52-59).

2.1.4 Choix de la classification

2.1.4.1 Bases de classification

La classification des événements est une étape incontournable afin d'en permettre une analyse ultérieure(33). En fonction des objectifs du système, la classification des événements peut se faire selon le type d'erreur (erreur diagnostique, erreur matérielle...), selon l'incidence sur les patients (niveau de dommage de zéro à la mort), selon des facteurs (environnementaux, organisationnels...). Généralement, on retrouve trois grandes catégories : les classements par type d'événement, les classements par risque ou encore les classements par causalité(60).

2.1.4.2 Les classifications d'événements indésirables dentaires existant dans les études

Deux classifications ont été retrouvées dans la bibliographie : il s'agit d'une étude finlandaise et d'une étude britannique.

L'étude finlandaise (1) a choisi une classification par causalité. Elle définit huit catégories. Les événements indésirables dentaires peuvent être liés : à un diagnostic, à un traitement dentaire, aux appareils ou équipements dentaires, à une infection, à des médicaments, à des problèmes de communication, à l'environnement de travail ou à toutes autres causes.

L'étude britannique (4) choisit également une classification par causalité. Elle définit treize causes d'événements indésirables dentaires. Ces événements peuvent être liés : à un traitement dentaire, à une erreur para clinique, à un problème de communication, à la défaillance d'un équipement, à l'environnement de travail, à une infection, à une inhalation, à une blessure directe du patient, à une erreur d'organisation, à une erreur médicale, à la blessure d'un soignant, à des problèmes d'ordre radiographique ou à un problème de site. La définition de chaque type de cause est présentée dans le tableau suivant issu de l'étude.

Table 2 Classifications of patient safety incidents	
Adverse reaction	Patient experienced an adverse reaction due to procedure
Clerical	PSI due to wrong notes/cancellations/delayed procedures/wrong name tags but no harm
Communication	PSI due to poor/lack of communication between healthcare professionals + poor/lack of communication with patient
Equipment failure	Use of medical/dental equipment that failed to work leading to potential of patient harm but not resulting in actual harm
Fall	Injury due to patient's fault or external environment not related to treatment or clinical environment
Infection control	Harm or potential of harm due to poor infection control
Inhalation	Procedure or treatment leading to patient inhaling foreign objects
Injury	Treatment/procedure leading to direct injury to patient
Management	PSI due to poor clinical management
Medical	Incident due to underlying medical condition not exacerbated by procedure or treatment
Operator injury	Accidental injury to the dentist or member of the dental team eg needlestick injury to dentist
Radiographs	Avoidable repeated exposure to radiation due (very relevant to dentists as they take their own radiographs and report on them, similar to radiologists and radiographers)
Wrong site extraction	Wrong site extraction (NB not extractions resulting in new injury)

Tableau 3 : *Classification par type d'incident des événements indésirables dentaires ; étude britannique(4)*

2.1.4.3 Justification de notre choix de classification

Bien que les classements par causalité (ou type d'incident) aient été utilisés dans les études présentées, nous avons préféré suivre les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon leur rapport « *Conceptual framework for the international classification for patient safety* », les classifications par type d'événements sont les plus appropriées pour le domaine médical spécialisé(60). Nous avons donc choisi ce type de classification (cf. annexe 1).

2.2 CONSTRUCTION DU CAHIER DES CHARGES : ASPECT FONCTIONNEL

2.2.1 Rédaction du cahier des charges

Pour établir le cahier des charges, nous avons choisi de suivre les recommandations énoncées par un document de travail de l'OMS(33). En 2005, l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients (une sous-section de l'OMS) établit un projet de ligne directrice relatif à la déclaration des événements indésirables et des systèmes d'apprentissage des erreurs. Il propose ainsi de répondre à onze questions pour développer un outil de signalement d'événements indésirables.

2.2.1.1 Objectif du système de signalement

Quel est l'objectif principal?

L'outil que nous désirons créer a pour but d'aider le praticien à évaluer ses pratiques professionnelles. Il convient donc de dire que son objectif principal sera de permettre aux praticiens de s'améliorer à partir de situations péjoratives. L'événement imprévu devient alors un outil pédagogique.

L'absence de lien avec le législateur ne fait pas de cet outil un dispositif contribuant à l'application de la loi de 2002 sur l'obligation de déclaration des événements indésirables. Il n'existe à ce jour en France aucun protocole de déclaration d'incident pour les soins primaires(43).

2.2.1.2 Informations délivrées par le système de signalement

Quels types d'information prioritaire apportera l'outil?

L'outil permettra de développer une culture de sécurité dans les cabinets dentaires, d'identifier de nouveaux événements imprévus en odontologie. Il contribuera à analyser les défaillances existant dans les pratiques notamment en identifiant des facteurs contributifs. Il ne permettra ni une analyse des tendances (car il est individuel), ni l'établissement de recommandations de bonnes pratiques. Il favorisera l'auto-analyse de situations. Utilisé à bon escient, il pourra initier une pratique réflexive sur la sécurité des soins par l'équipe soignante(61), mettre en évidence les failles d'un système(61) ou encore appréhender la complexité existant entre la cause et l'effet.

2.2.1.3 Choix du type de système de signalement : volontaire ou obligatoire

L'outil s'inscrit-il dans une démarche volontaire ou obligatoire ?

Les systèmes obligatoires sont imposés par le législateur. Nous nous positionnons donc dans une démarche volontaire. Ce travail d'expérimentation conviendra à des praticiens désireux d'analyser leurs pratiques et pourrait s'inscrire dans le cadre d'un parcours DPC, si l'outil est validé par l'HAS. Les systèmes volontaires présentent un double avantage : d'une part ils sont non sanctionnants pour les praticiens, et d'autre part ils s'intéressent à un panel d'événements

contrairement aux systèmes obligatoires qui cibleraient des événements à risques élevés pour les patients(33). Ils conviennent donc à l'analyse de la pratique.

2.2.1.4 Confidentialité des données recueillies dans le système de signalement

Les données recueillies seront-elles confidentielles ou publiques ?

La confidentialité est plus appropriée car l'analyse de la pratique est un travail avant tout personnel (12). De plus, les systèmes de signalement confidentiels seraient plus efficaces. En effet, ils améliorent la participation des praticiens qui ne ressentent pas le risque de voir leurs erreurs divulguées (33).

2.2.1.5 Fonctionnement du système de signalement

Quel est le processus pour le système d'information ?

Un événement imprévu en endodontie se produit ou est constaté par le praticien. Il l'identifie dans la base de données (cf. annexe 1) et accède à la fiche de saisie. Sur cette fiche, il mentionne des éléments comme le numéro de dossier, la date et la dent concernée. Pour les événements imprévus en endodontie, deux précisions supplémentaires sont à apporter : le canal concerné et s'il s'agit d'un traitement initial ou d'un retraitement. Il valide sa déclaration et débute immédiatement l'analyse de l'incident. Un praticien ne peut déclarer et analyser que les événements vécus personnellement.

2.2.1.6 Sécurisation des données du système de signalement

L'information est elle contenue dans un lieu sécurisé ?

La confidentialité des données du patient est maintenue car seul le numéro de dossier figurera dans le rapport. Une demande d'autorisation à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) doit être faite afin de mener à bien le projet dans le respect des lois relatives aux libertés individuelles.

2.2.1.7 Infrastructure du système de signalement

Quelle est l'infrastructure des données ?

Nous avons rapidement écarté l'idée de la création d'un site internet pour héberger la déclaration et l'analyse des incidents. En effet, un sentiment d'insécurité de la confidentialité des données est ressenti quand on interroge des praticiens. Nous avons alors proposé un logiciel sur ordinateur. La majorité des cabinets dentaires étant aujourd'hui informatisés et fonctionnant pour la plus part avec un système d'exploitation PC(62), l'installation d'un logiciel semble être un outil adapté.

2.2.1.8 Approche pour la classification

Quelle est l'approche pour la classification ?

La classification par type d'événement est celle qui a été retenue. Un acte se décomposant en une succession d'étapes, l'erreur peut se produire à tout moment. L'approche par type d'événement

permettra d'identifier les étapes nécessitant la plus grande attention de l'équipe soignante et d'anticiper les risques les plus fréquents. Ce comportement sécuritaire est très utilisé dans le domaine de l'aviation (63).

2.2.1.9 Approche pour l'analyse

Quelle est l'approche de l'analyse ?

L'analyse se veut simple, rapide mais complète afin d'éviter de décourager les praticiens(2). Nous avons voulu respecter l'approche de gestion de risque de Reason (cf.1.2.1.4 Le fromage suisse de James Reason). Nous avons donc scindé l'analyse en deux.

Analyse du versant humain

L'analyse débute pour tous les événements par l'identification des causes immédiates. Il s'agit des facteurs patents du schéma de Reason. Une cause immédiate est une omission ou une violation dans un protocole conduisant à la survenue d'un événement indésirable(64). Cette étape vise à mettre en lumière la part de responsabilité du praticien et à amorcer sa pratique réflexive. Pour chaque événement imprévu d'endodontie, nous avons donc recherché les principales causes immédiates dans la littérature (cf. annexe 2)(49,56-59,65-71).

Analyse du versant organisationnel

L'analyse ne se poursuit que pour certains événements. En effet, le versant organisationnel ne peut pas être appréhendé à travers tous les événements imprévus. Le praticien se voit alors proposé pour vingt-quatre événements (cf. annexe 3) un questionnaire fermé ayant pour objectif de faire émerger les facteurs ayant contribué à la survenue de l'événement. Il s'agit des facteurs latents du schéma de Reason. Nous avons donc créé un questionnaire commun à tous les événements porteurs d'information sur les défaillances du système.

Ce questionnaire été inspiré de la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management). La méthode ALARM a été développée à la suite des travaux de Reason. Ce protocole d'enquête définit sept familles de facteurs influençant la survenue des erreurs (38,64).

Il s'agit des :

- Facteurs liés au patient (état de santé, personnalité, langage, vulnérabilité)
- Facteurs liés à la tâche à accomplir (définition et planification de la procédure)
- Facteurs liés au soignant (connaissance, qualification, expérience)
- Facteurs liés à l'équipe (communication, entente, organisation)
- Facteurs liés à l'environnement de travail (locaux, ressources humaines qualifiées)
- Facteurs liés à l'organisation et au management (personnel intérimaire)
- Facteurs liés au contexte institutionnel (réglementation, contexte économique)

Le questionnaire a été adapté au contexte de soins odontologiques (cf. annexe 4). Le praticien aura la possibilité de répondre « OUI », « NON » ou encore « NSP (Ne Sais Pas) » dans le cas où il ne souhaiterait pas répondre à la question. L'utilisation d'un protocole formalisé comme celui proposé garantit une enquête systémique exhaustive et efficace(38,64).

Les versants organisationnels et humains ayant été abordés, le praticien peut conclure sa déclaration et son analyse par un commentaire libre qu'il pourra consulter a posteriori.

2.2.1.10 Réponses du système de signalement

Comment les réponses seront-elles générées et diffusées ?

Le logiciel prévoit deux types de réponses. Des réponses immédiates avec, à la fin d'une analyse organisationnelle, un rapport d'analyse et des réponses tardives.

Les réponses tardives se feront à l'aide d'un système de notification et par un « retour d'expérience ».

Le système de notification

Après avoir mentionné un certain nombre de fois un facteur contribuant à la survenue d'une erreur à travers le questionnaire ALARM, le logiciel informera le praticien de la récurrence de ce facteur contributif. Il pourra alors mettre en place des actions visant à corriger l'élément perturbateur.

Le « retour d'expérience »

A tout moment le praticien pourra également accéder à tous les rapports émis lui permettant d'avoir une vision globale de sa pratique. En se remémorant les facteurs ayant contribué à la survenue de l'événement et à ses commentaires, il pourra augmenter sa vigilance si les situations venaient à se répéter.

Comme il s'agit d'une auto-analyse, l'outil ne prévoit pas de réponse directe ou la publication de recommandations de bonnes pratiques. Cependant, il doit prévoir une récupération des données statistiques avec l'accord du praticien utilisateur. Cette fonctionnalité doit maintenir les principes d'anonymat et de confidentialité des données. Les données statistiques recueillies pourraient faire l'objet d'études sur la prévalence de certains événements, permettre une analyse des tendances et la promotion de recommandations.

2.2.1.11 Ressources du système de signalement

Y a-t-il suffisamment de ressources ?

L'outil prévoit la saisie de nouveaux événements non répertoriés et proposera un commentaire pour analyse. Tous les incidents pourront faire ainsi l'objet d'une analyse car ils apportent une information soit sur leur potentiel de gravité soit sur la défaillance de l'organisation (72).

2.2.2 Récapitulatif du cahier des charges fonctionnel

Fonctionnalités ou aspects fonctionnels souhaités	Modalités techniques à mettre en œuvre
Déclarer des événements imprévus	<ul style="list-style-type: none"> - Rappeler qu'il s'agit d'une démarche volontaire - Rappeler la définition d'un événement imprévu en odontologie - Identifier rapidement dans la classification l'événement imprévu à déclarer - Autoriser la saisie d'un nouvel événement imprévu - Proposer une fiche de saisie simple, ergonomique et intuitive.
Analyser des événements imprévus	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer pour tous les événements une analyse des causes immédiates - Proposer en option une analyse des défaillances pour certains événements - Générer une réponse en cas d'analyse des défaillances (rapport d'analyse)
Gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre le recueil des données par un tiers avec l'autorisation du praticien déclarant - Pouvoir accéder à toutes les fiches de saisie déclarées et aux analyses faites - Apprécier statistiquement les événements les plus déclarés - Apprécier statistiquement les facteurs contributifs les plus déclarés
Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> - Réglementer l'accès au logiciel (identifiant et mot de passe du déclarant) - Stockage des données dans un lieu sécurisé - Rappeler le caractère confidentiel et non punitif des déclarations
Ergonomie	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une interface simple d'utilisation et intuitive
Disponibilité du système	<ul style="list-style-type: none"> - Logiciel pour Windows

Tableau 4 : *Cahier des charges fonctionnelles du système de signalement*

L'établissement du cahier des charges a permis d'appréhender la complexité de la construction de cet outil. L'objectif principal est de permettre aux chirurgiens-dentistes de réaliser une évaluation de leurs pratiques afin de s'améliorer.

De plus, afin d'intéresser le plus grand nombre de praticiens, l'outil doit satisfaire aux exigences de ces derniers. Il n'était donc pas possible de démarrer la phase de réalisation logistique sans avoir recueilli les impressions et opinions des futurs utilisateurs.

Nous avons donc décidé de réaliser une enquête sur le système de signalement des événements indésirables que nous nous proposons de construire pour l'odontologie. Nous avons profité de cette étude auprès des chirurgiens-dentistes pour faire un état des lieux de leurs connaissances sur les thèmes encadrant l'évaluation des pratiques professionnelles.

**3. ENQUÊTE QUALITATIVE SUR LE DPC,
L'EPP, LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES
EN ODONTOLOGIE
ET LA PRÉSENTATION DE L'OUTIL**

3. ENQUÊTE QUALITATIVE SUR LE DPC, L'EPP, LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES EN ODONTOLOGIE ET LA PRÉSENTATION DE L'OUTIL

3.1 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Pour garantir le succès d'un outil, il faut s'assurer que le projet soit réalisable. L'enquête avait donc pour objectif principal de recueillir auprès des praticiens leurs opinions sur l'analyse de leurs pratiques à travers un système de signalement des événements indésirables. Cependant au fil de nos recherches, nous nous sommes rendu compte qu'il existait des notions méconnues et des préjugés sur les thèmes encadrant la notion d'évaluation des pratiques professionnelles. Afin de faire le bilan, nous avons élargi les objectifs de l'enquête.

Notre enquête aura pour objectifs de :

- Recueillir les opinions des chirurgiens-dentistes sur l'élaboration d'un outil de signalement des événements indésirables pour les soins en odontologie et sur l'intérêt d'une évaluation intégrée à leurs pratiques.
- Dresser un état des lieux des connaissances des chirurgiens-dentistes sur les thèmes du DPC et des EPP trois ans après la promulgation de la loi.
- Apprécier l'acceptabilité du cahier des charges établi.

Cette enquête étant inédite, nous nous sommes orientés vers une étude qualitative afin de favoriser la richesse des informations collectées. Les objectifs de l'enquête nous ont dirigés vers des entretiens face à face, propices à la liberté d'expression. Les entretiens semi-directifs ayant pour vocation de concilier un cadre strict à une liberté de parole, c'est ce type d'entretiens que nous avons mené.

3.2 MÉTHODOLOGIE

3.2.1 L'échantillonnage

Les enquêtes qualitatives (par opposition aux enquêtes quantitatives) ne nécessitent pas un grand échantillonnage. Il a alors été décidé que nous interrogerions entre huit et douze praticiens sélectionnés en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Praticiens exerçant en cabinet libéral- Etudiants non thésés ayant validé leur sixième année d'études- Praticiens de tout âge, homme ou femme exerçant en France (métropole ou outre-mer)	<ul style="list-style-type: none">- Les proches- Les étudiants sans expérience de la pratique en cabinet libéral- Praticiens exerçant en centre de soins ou à l'hôpital- Les spécialistes et les professeurs d'université

Tableau 5: *Critères d'inclusion et d'exclusion des praticiens sélectionnés dans l'échantillon pour l'enquête qualitative*

Avant les interviews, les praticiens ne connaissaient pas les thématiques de la thèse. Les seules informations en leur possession étaient que l'enquête visait à recueillir leurs impressions sur un outil leur permettant d'évaluer leurs pratiques. Aucun des praticiens sélectionnés n'a refusé de répondre à l'enquête. Les entretiens ont été menés en Guyane française et en Gironde en fonction des disponibilités lors de la période de recueil qui s'est étalée du 20 juin au 9 août 2014.

3.2.2 Le guide d'entretien (73)

Le guide d'entretien (cf. annexe 5) est un outil indispensable lors des enquêtes de terrain. Il synthétise les thèmes et questions à aborder lors des entretiens. Les objectifs de l'enquête ont servi à réaliser un guide d'entretien « primaire ». Les deux premiers praticiens interrogés nous ont permis de tester le guide d'entretien. Au cours de ces entretiens, nous avons abordé tous les thèmes de la grille. A l'issue de ces tests, deux aspects de l'enquête ont été sujets à modification. Premièrement, nous avons voulu savoir si le questionnement sur sa propre pratique faisait partie du cursus initial. Nous avons donc intégré une question en ce sens dans la grille et avons interrogé les praticiens « tests » a posteriori sur cette thématique. Deuxièmement, nous nous sommes rendu compte que face à la multitude d'informations apportées lors de la présentation de l'outil, il fallait délivrer un discours structuré afin de présenter les avantages du projet.

3.2.3 Déroulement des entretiens

La plupart des entretiens ont eu lieu dans le cabinet où exerçait le praticien interrogé. Tous étaient d'accord pour que l'entretien soit enregistré. Les entretiens ont duré en moyenne vingt minutes. Les documents présents lors des entretiens étaient le guide d'entretien (cf. annexe 5), les causes immédiates de chaque événement imprévu en endodontie (cf. annexe 2) et le questionnaire ALARM pour les soins en odontologie (cf. annexe 4). Après chaque entretien, un débriefing rapide a été réalisé pour garder les idées phares apportées par l'interviewé.

3.2.4 Analyse des entretiens (74)

Après le dixième entretien semi-directif, la phase de recueil de données a été interrompue. Les débriefings post-entretien avaient permis d'appréhender une saturation au niveau des réponses. Cette saturation des réponses est la base des enquêtes qualitatives. Elle permet de valider des hypothèses.

L'analyse a débuté après la retranscription de tous les entretiens. Les entretiens ont été retranscrits fidèlement afin de permettre une analyse en double aveugle.

Chaque praticien interrogé a été identifié par un numéro allant de un à dix (en chiffre romain), correspondant à l'ordre de passage des interviews. Chaque entretien retranscrit a été divisé en cinq parties :

- La présentation du praticien
- Le thème DPC
- Le thème de l'EPP
- Le thème des événements indésirables
- Le thème de la présentation de l'outil

Les extraits ont ensuite été regroupés par unité thématique.

Des sous-thèmes ont été constitués dans chaque unité afin de construire la grille d'analyse (cf. annexe 6). Des relectures attentives ont permis d'isoler les idées qu'elles soient récurrentes ou non de chaque discours. Ces idées ont ensuite été intégrées aux sous-thèmes de la grille d'analyse.

Chaque sous-thème a donné lieu à la construction d'un tableau regroupant dans les colonnes les idées et dans les lignes le numéro du praticien. Le logiciel tableur utilisé pour la gestion des données a été Microsoft Excel.

Les résultats obtenus par les deux enquêteurs ont été confrontés. La synthèse de leur analyse est présentée dans les résultats.

3.3 RÉSULTATS

3.3.1 Cartographies de l'échantillonnage

La cartographie de l'échantillonnage est le premier résultat à présenter dans une enquête qualitative. Elle permet d'apprécier les différents profils des praticiens interrogés.

Dans le but de simplifier la lecture, nous avons réalisé deux cartographies pour présenter notre échantillon.

Variables Praticiens	Genre	Âge	Durée d'exercice	Département d'exercice	Faculté d'origine
I	F	34	10 ans	Guyane	Paris V
II	M	42	16 ans	Gironde	Bordeaux
III	M	37	11 ans	Paris	Bordeaux
IV	F	55	31 ans	Gironde	Bordeaux
V	F	24	6 mois	Gironde	Bordeaux
VI	M	71	30 ans	Guyane	Bordeaux
VII	M	43	18 ans	Guyane	Iasi (Roumanie)
VIII	F	56	32 ans	Guyane	Sao Paulo (Brésil)
IX	F	33	9 ans	Gironde	Bordeaux
X	M	25	1 mois	Gironde	Bordeaux

Tableau 6: Cartographie de l'échantillonnage : données générales

Variables Praticiens	Statut actuel et mode d'exercice	Lieux d'exercice	Travail avec assistante	Parcours professionnel	Type d'exercice
I	Associée	Métropole Guyane	Oui	Internat Salariat Libéral	Omnipratique Pédodontie
II	Associé	Métropole	Oui	Libéral	Omnipratique Implantologie
III	Seul en libéral	Métropole	Oui	Libéral Formateur	Omnipratique Implantologie
IV	Seule en libéral	Métropole	Non	Libéral	Omnipratique
V	Collaboratrice/ remplaçante	Métropole	Fonction du lieu	Libéral	Omnipratique
VI	Associé	Métropole Outre-mer	Oui	Libéral	Omnipratique Implantologie
VII	Collaborateur/ remplaçant	Roumanie USA, Guyane Métropole	Fonction du lieu	Assistanat Libéral	Omnipratique Chirurgie
VIII	Collaboratrice/ remplaçante	Brésil Portugal Guyane	Oui	Libéral	Omnipratique
IX	Seule en libéral	Gironde	Non	Libéral	Omnipratique
X	Collaborateur/ remplaçant	Gironde Guyane	Fonction du lieu	Libéral	Omnipratique

Tableau 7: *Cartographie de l'échantillonnage : données complémentaires*

L'échantillon a regroupé par hasard autant de femmes que d'hommes. Les praticiens ont été divisés en trois catégories en fonction de leur âge qui a été corrélé au nombre d'années d'exercice.

Catégorie d'âge	Praticiens
Moins de 30 ans (moins de 5 ans d'exercice)	V et X
De 30 à 50 ans (entre 5 et 20 ans d'exercice)	I, II, III, VII et IX
Plus de 50 ans (plus de 20 ans d'exercice)	IV, VI et VIII

Tableau 8: *Répartition par âge des praticiens*

Les praticiens interrogés exercent essentiellement en Gironde et en Guyane, lieux où on été menés les entretiens. Ils sont majoritairement originaires de la faculté de Bordeaux et on retrouve dans l'échantillon deux praticiens ayant un diplôme initial non français. L'échantillon regroupe une diversité de profils de praticiens exerçant dans le libéral.

3.3.2 Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème du DPC

3.3.2.1 Connaissance du DPC

	ont déjà entendu parler du DPC	n'ont jamais entendu parler du DPC; le DPC évoque une mise à jour des connaissances.
I	x	
II	x	
III	x	
IV	x	
V	x	
VI		x
VII	x	
VIII	x	
IX	x	
X	x	

Tableau 9 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « connaissance du DPC »

Sur l'ensemble des praticiens interrogés, un seul a évoqué ne jamais avoir entendu parler du DPC. Il s'agit du praticien VI le plus âgé.

3.3.2.2 Définition du DPC

	ont assimilé le DPC à la FMC	ont différencié le DPC de la FMC « classique » par		ont décrit le DPC comme étant un nouvel organisme de FMC	ont associé le DPC à un système de point, de FMC validante
		son financement différent	la présence de questionnaires d'évaluation avant et après les formations		
I	x				x
II			x	x	x
III		x	x		x
IV			x		
V	x				x
VI	x				
VII	x				x
VIII	x				
IX	x				
X	x			x	

Tableau 10: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition du DPC »

Aucun praticien ne définit le DPC comme étant la combinaison de la FMC et de l'EPP. La majorité des praticiens interviewés affirment qu'il n'existe pas de différence entre la FMC et le DPC et ont tendance à évoquer un système de notation par point. Deux praticiens pensent que le DPC est un organisme de formation privée.

Les trois praticiens interrogés faisant une distinction entre la FMC et le DPC le décrivent comme étant des formations accompagnées de questionnaires d'évaluation. Le praticien II explique : « ...

avant une formation DPC on doit remplir un questionnaire dans lequel on note notre pratique. On fait la formation et après la formation on note ce qu'on a changé dans notre pratique, donc on suit l'évolution des pratiques et des compétences... ».

Le praticien III évoque une différence par rapport au financement des formations DPC.

3.3.2.3 Intérêt et inscription au DPC

	se sont intéressés au DPC	ne se sont pas intéressés au DPC	se sont inscrits à un parcours DPC	ne se sont pas inscrits à un parcours DPC jugeant	
				leur niveau de formation suffisant	le catalogue de formation peu attractif
I		x		x	
II	x		x		
III		x		x	x
IV		x		x	x
V		x			
VI		x			
VII		x			
VIII		x		x	
IX		x		x	
X		x			

Tableau 11: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « intérêt et inscription au DPC »

L'enquête révèle que seul le praticien II s'est inscrit à un parcours DPC. Un sentiment de désintérêt est ressenti quand on interroge les autres praticiens. Ils justifient leur indifférence aux DPC (et aux formations DPC) par la validation de formations « classiques ». Le praticien III déclare « ... je ne me suis pas préoccupé de tout cela ...mon quota de formations est nettement supérieur à ce que l'on peut me demander... ».

Les praticiens III et IV jugent le catalogue de formations peu intéressant et inadapté.

3.3.2.4 Opinions et représentations du DPC

	pensent que le DPC va être supprimé, modifié ou amélioré	ont émis un avis négatif sur le DPC	ont émis un avis positif sur le DPC	n'ont émis aucun avis
I				x
II				x
III	x	x		
IV	x	x		
V				x
VI				x
VII				x
VIII			x	
IX				x
X				x

Tableau 12 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations du DPC »

Peu de praticiens ont exprimé spontanément un avis sur la loi promulguée. Les praticiens ayant jugé le catalogue de formation peu intéressant (praticien III et IV) sont encore du même avis. Ils pensent que le DPC est un concept « *flou et compliqué* » (praticien IV) et que des modifications s'imposent s'il doit être maintenu. Rappelons que ces praticiens identifient le DPC comme étant des formations au cours desquelles les praticiens s'évaluent à l'aide de questionnaires d'évaluation.

Le DPC recueille plus d'avis négatifs que positifs. Le praticien VIII dont le diplôme est étranger n'avait pas fait de distinction entre le DPC et la FMC. Il est favorable à la formation continue et pense que l'obligation de DPC pourrait encourager d'autres praticiens à se former.

Le praticien IV décrit les formations DPC comme une contrainte et les qualifie d' « usine à gaz ».

3.3.3 Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème de l'EPP

3.3.3.1 Connaissance de l'EPP

	ont déjà entendu parler des EPP	n'ont jamais entendu parler des EPP
I		x
II	x	
III	x	
IV	x	
V	x	
VI		x
VII		x
VIII		x
IX		x
X	x	

Tableau 13: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « connaissance de l'EPP »

Le concept de l'EPP est moins connu que celui du DPC. Il y a autant de praticiens qui déclarent en avoir déjà entendu parler que de praticiens qui ignorent l'existence.

Le praticien VI qui ne connaissait pas le DPC, ne connaît pas non plus l'EPP. Les praticiens VII et VIII dont le diplôme est étranger font partie de ceux qui méconnaissent les EPP.

Les jeunes praticiens (praticiens V et X) ont, eux, déjà entendu parler des EPP.

3.3.3.2 Définition de l'EPP

	le terme d'EPP évoque				
	spontanément une auto-évaluation	un organisme d'évaluation	le mode et le type d'exercice	une évaluation au cours de formation	le suivi des modifications mises en place après évaluation
I		x			
II		x		x	x
III		x		x	
IV		x		x	
V	x				
VI		x			
VII		x			
VIII		x			
IX			x		
X	x				

Tableau 14 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition de l'EPP »

Seuls deux praticiens se rapprochent de la définition d'une EPP. Il s'agit des praticiens les plus jeunes (praticiens V et X) qui assimilent spontanément le concept d'EPP à une auto-évaluation de leurs pratiques.

Pour le praticien IX, l'EPP évoque une évaluation des conditions d'exercice (plateau technique, travail avec assistante...). Pour tous les autres praticiens (sept sur les dix interrogés), le terme d'EPP évoque un organisme dédié à l'évaluation de la pratique des chirurgiens-dentistes.

Les praticiens II, III, et IV assimilent le terme EPP aux questionnaires des formations DPC.

Le praticien II est le seul à évoquer le suivi des modifications à apporter lors d'une EPP.

3.3.3.3 Bilan sur la réalisation d'EPP

	après avoir reçu la définition de l'EPP,		
	pensent en réaliser une	ne pensent pas en réaliser	décrivent et réalisent une méthode proche de celle validée par l'HAS
I	x		
II	x		x
III	x		x
IV	x		
V	x		x
VI		x	
VII	x		x
VIII	x		
IX		x	
X	x		

Tableau 15: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « bilan sur la réalisation d'EPP »

Après avoir reçu la définition d'une EPP, tous les praticiens décrivent le concept comme étant une réflexion ou un questionnement réalisé quotidiennement dans la pratique. Majoritairement, ils déclarent qu'ils réalisent une évaluation de leurs pratiques et citent parfois spontanément une méthode ou un outil d'évaluation. Seuls les praticiens VI et VIII répondent qu'ils n'en réalisent pas. Le praticien VI (praticien le plus âgé) reconnaît même ne plus s'interroger sur sa pratique et souligne une tendance à travailler par habitude.

Dans la réalité des faits, sur les huit praticiens pensant réaliser une EPP, aucun n'est réellement inscrit dans une démarche d'EPP comme le conçoit l'HAS. Les praticiens II, III et VII utilisent bien des outils de méthode mais les procédures décrites dans les entretiens sont incomplètes. En effet, bien que leurs actions visent à améliorer la qualité de leurs soins, celles-ci sont présentées comme étant ponctuelles alors que l'HAS prône des démarches permanentes et un suivi des changements opérés dans les pratiques.

Les praticiens II et V pensent que les formations DPC et leurs questionnaires suffisent pour évaluer leurs pratiques. Le praticien III participe à des forums de discussion entre chirurgiens-dentistes et établit des fiches de synthèse pour gérer plus rapidement des cas similaires. Le praticien VII, lui, rédige également des protocoles de soins, et a effectué quotidiennement des réunions de discussions autour de cas lorsqu'il travaillait à l'hôpital de Bucarest. Ces deux derniers praticiens utilisent les outils des méthodes de la revue de cas et du chemin clinique. Ils n'ont d'ailleurs pas attendu la loi DPC pour initier une démarche évaluative de leur pratique et s'accordent à dire que la réalisation d'une EPP est une démarche volontaire plutôt qu'un devoir à réaliser.

3.3.3.4 Outils et méthodes d' EPP

Nous avons répertorié les résultats dans deux tableaux. Le premier tableau présente des méthodes pouvant être assimilées à celles validées par l'HAS. Le second recueille les méthodes et outils ne répondant pas aux principes des EPP validées par l'HAS.

	analyse de cas en groupe	analyse des résultats négatifs	utilisation de protocoles écrits	analyse des compétences avant un cas complexe
I			x	
II		x		x
III	x	x	x	
IV		x		
V		x		
VI	x			
VII	x		x	
VIII		x		x
IX	x	x		x
X	x	x		x

Tableau 16: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « outils et méthodes d'EPP [1] »

Analyse de cas en groupe

L'évaluation à l'aide des confrères apparaît comme une méthode simple à réaliser selon les praticiens. Toutes les catégories d'âge semblent pratiquer une évaluation de ce type. Cependant, ces rencontres entre confrères sont présentées comme informelles et ponctuelles.

Le praticien IX décrit « ... des fois, entre collègues, on discute de nos cas, on prend les avis de chacun... ».

Analyse des résultats négatifs

L'analyse des résultats négatifs est la méthode la plus citée par les praticiens. Cette méthode peut être assimilée à une approche de gestion de risque a posteriori.

Bien que la méthode soit citée majoritairement, on ne retrouve dans les discours aucun outil mis en place par les praticiens leur permettant une évaluation à partir de ces résultats négatifs.

Utilisation de protocoles écrits

Ce sont des outils essentiellement réalisés dans la méthode du chemin clinique et dans les méthodes de gestion de risque (cf.1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS). Trois praticiens évoquent ces « check-list », ils appartiennent à la catégorie des 30-50 ans.

Le praticien VII apporte un commentaire intéressant sur l'évaluation à l'aide des protocoles écrits « ...dans les cabinets que j'ai en Roumanie, on a des protocoles stricts. On suit à la lettre ce qu'on a appris. Malheureusement, on ne peut pas consacrer 1H30 à faire une endo. On a des contraintes économiques mais on essaie de faire au mieux. J'ai écrit sur des feuilles les protocoles pour l'endo comme ça, au cas où si j'oublie le protocole... ».

Analyse de compétences avant un cas complexe

Cette méthode peut se référer à un bilan de compétences. Cependant, les praticiens ne semblent pas utiliser d'outil leur permettant de faire un état des lieux de leurs compétences.

	utilisation de la photographie	auto-observation ou observation de confrères	revue de cas traités antérieurement	formation, abonnement à des revues ...
I				
II			x	x
III	x	x	x	x
IV				
V			x	
VI			x	
VII				
VIII	x		x	
IX				
X				x

Tableau 17: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « outils et méthodes d'EPP [2] »

Utilisation de la photographie

La photographie est un outil cité par les praticiens III et VIII. Seule, la photographie ne peut pas consister en une méthode. Il s'agit d'un outil qui pourrait être intégré à la revue de cas et analyse en groupe.

Auto-observation ou observation de confrères

L'auto-observation par enregistrement vidéo des séances de soin est citée par le praticien III mais soulève un souci déontologique vis-à-vis du patient. L'observation des confrères pourrait être une piste à développer afin de créer une méthode d'évaluation.

Revue de cas traités antérieurement

La moitié des praticiens interrogés évoque comme moyens d'évaluation l'analyse individuelle de leur propre cas traité antérieurement. La probabilité de retraiter le cas de façon similaire étant trop forte, cette méthode ne présente que peu de bénéfice en termes d'auto-évaluation.

Formation, abonnement à des revues ...

La formation, les diplômes universitaires, les certificats d'études supérieures et l'abonnement aux revues scientifiques sont des outils de FMC et non d'EPP.

3.3.3.5 EPP et formation initiale.

	pensent avoir abordé l'analyse de la pratique en cursus initial	pensent que la formation initiale ne prépare pas à une analyse de la pratique
I		x
II		x
III		x
IV		x
V	x	
VI		x
VII		x
VIII		x
IX		x
X	x	

Tableau 18: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « EPP et formation initiale »

Tous les praticiens appartenant aux catégories de 30 à 50 ans et plus de 50 ans pensent ne pas avoir été formés lors de leur cursus initial à une évaluation de leur pratique. Les praticiens III et VII apportent même les justifications du non enseignement de l'évaluation de la pratique. Le praticien VII avance des arguments en défaveur des étudiants dont la priorité en cursus initial serait le passage en année supérieure. Il déclare « ...c'est plus en sortant de la fac que j'ai commencé à me poser des questions... à la fac on apprend tout par cœur, on n'a pas le temps de poser sur sa pratique... ».

Le praticien III, lui, accuse le corps enseignant. Il témoigne « ... on a des enseignants qui ne sont pas trop enclins à l'auto-analyse, donc ce n'est pas enseigné. Tout ce qui est intéressant, je l'ai appris en dehors de la fac à quelques exceptions près. Mais c'est le système qui est comme cela ». Il ajoute que les étudiants sont dans un processus de « glorification » tout au long de leurs études et que l'erreur est un tabou de la profession. Son discours laisse à entendre qu'une auto-évaluation n'est pas réalisable en même temps qu'une évaluation « sanctionnante » (par le biais de la notation).

Les jeunes praticiens (praticiens V et X) pensent différemment. Ils s'accordent à dire que l'enseignement de l'auto-évaluation n'a pas été formel (lors de cours magistraux) mais que l'interrogation sur leur pratique a été encouragée par des enseignants et assistants hospitalo-universitaires.

3.3.3.6 Source de l'auto-évaluation et du questionnement sur sa pratique

	pensent que l'analyse de la pratique			
	est un processus logique qu'effectuent tous les praticiens	est une démarche individuelle liée à la personnalité	débute avec l'expérience, à la sortie de la fac	diminue ou s'arrête en fin d'exercice
I		x		
II	x			
III		x	x	
IV	x		x	
V		x	x	
VI	x			x
VII		x	x	
VIII			x	
IX		x	x	
X	x			

Tableau 19 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « source de l'auto-évaluation et du questionnement sur sa pratique »

Bien qu'une majorité des praticiens s'accordent à dire que l'acquisition de l'expérience est un moteur de la remise en question sur la pratique, on distingue deux profils de praticiens. Certains pensent qu'il s'agit d'un processus logique, naturel qu'effectuent tous les praticiens alors que d'autres mettent en avant leur personnalité comme essence de ce questionnement sur soi.

Le praticien VI (le plus âgé) pense que la remise en question de son travail tend à s'arrêter à la fin de l'exercice, et que l'évaluation des pratiques professionnelles est un concept adapté aux jeunes praticiens.

3.3.3.7 Opinions et représentations de l'EPP

	a émis un avis négatif sur l'EPP	effectue une EPP par peur de représailles judiciaires	n'a émis aucun avis sur l'EPP
I			x
II			x
III	x		
IV	x		
V	x	x	
VI			x
VII			x
VIII			x
IX			x
X			x

Tableau 20: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations de l'EPP »

Le plus jeune praticien (praticien V) évoque une crainte de représailles judiciaires dans le cas où il travaillerait par habitude et n'effectuerait pas une EPP.

Aucun praticien ne parle de l'EPP en des termes positifs.

3.3.4 Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème des événements indésirables

3.3.4.1 Définition des événements indésirables

	le terme d'événement indésirable évoque	
	un effet indésirable lié à la pharmacologie	un accident, un incident, une erreur ou une faute... lié aux soins
I	x	
II		x
III	x	
IV		x
V		x
VI		x
VII		x
VIII		x
IX		x
X		x

Tableau 21: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « définition des événements indésirables »

Dans la majeure partie des cas, les praticiens répondent que les événements indésirables sont des incidents, des erreurs, des fautes... survenant au cours des soins dentaires. Seuls les praticiens I et III font d'abord référence à la pharmacologie quand on leur parle d'événement indésirable. Ils pensent plutôt aux effets indésirables des médicaments et de la déclaration à faire dans le cas de la manifestation d'un de ces effets.

3.3.4.2 Exemples d'événements indésirables

	ont cité comme événement indésirable					
	un événement en chirurgie buccale	un événement en endodontie	un événement en prothèse fixée	un événement en odontologie conservatrice	une urgence médicale	la visite d'un patient en urgence
I	x	x				
II		x				
III	x	x			x	x
IV		x				
V		x				
VI	x	x				
VII		x				
VIII			x	x		
IX		x			x	
X	x	x				x

Tableau 22: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « exemples d'événements indésirables »

La chirurgie buccale

La chirurgie buccale est la seconde discipline à recueillir le plus d'exemples d'événements indésirables. Les événements les plus cités sont le saignement incontrôlé post chirurgie (praticiens I et IV) et l'incapacité d'achever une avulsion (praticiens III et X). Le praticien X cite en plus la communication bucco-sinusienne.

L'endodontie

C'est la discipline qui recueille le plus de réponses. Elle apparaît comme la discipline pourvoyant le plus d'événements indésirables. Parmi les événements les plus cités, la fracture instrumentale apparaît comme l'événement le plus courant, la moitié des praticiens interrogés en parlent. Le second événement est l'absence de traitement d'un canal (citée par les praticiens I et VI). Le praticien X est le seul à citer la perforation. Les praticiens I et IX parlent de « gravité » en citant respectivement la paresthésie du nerf mandibulaire après un dépassement de gutta et l'inhalation d'un instrument endodontique.

L'odontologie conservatrice et la prothèse

Seul le praticien VIII parle de ces deux disciplines. Il cite en odontologie conservatrice la nécrose et la sensibilité post obturation par composite. En prothèse fixée, il cite la récession gingivale.

Urgences médicales et patients en urgence

Les praticiens III et IX évoquent l'allergie et le malaise comme événements indésirables. Les praticiens III et X parlent de la visite en urgence d'un patient. Le motif de cette urgence peut être considéré comme un événement indésirable.

Le praticien III est celui qui cite le plus d'événements indésirables. Il en cite notamment en implantologie. Il fait une classification des événements indésirables en distinguant le clinique du para clinique (rendez-vous manqué, soucis organisationnels).

3.3.4.3 Opinions et représentations des événements indésirables

	pensent que les événements indésirables surviennent majoritairement à cause du matériel utilisé	pensent que les événements indésirables sont de bons indicateurs pour évaluer sa pratique	ne pensent pas que les événements indésirables soient de bons indicateurs pour évaluer sa pratique
I		x	
II			
III		x	
IV			
V			x
VI	x		
VII			x
VIII			x
IX		x	
X			

Tableau 23: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions et représentations des événements indésirables »

Le praticien V pense que l'on ne doit pas analyser sa pratique uniquement avec les événements indésirables car ils ne sont pas révélateurs de la pratique réelle « ... des fois le patient ne revient pas... ».

Le praticien VI soutient que la qualité du matériel utilisé est souvent à l'origine des événements indésirables.

Les praticiens VII et VIII dont le diplôme initial n'est pas français expriment une gêne à parler de leurs échecs.

3.3.5 Résultats de l'analyse des entretiens sur le thème de la présentation de l'outil

3.3.5.1 Intérêt et utilisation de l'outil

	trouvent l'outil intéressant	ne trouvent pas l'outil intéressant	pensent utiliser l'outil une fois créé	ne pensent pas utiliser l'outil une fois créé
I	x		x	
II		x		x
III	x		x	
IV	x			x
V	x		x	
VI	x			x
VII	x		x	
VIII	x			x
IX	x		x	
X	x		x	

Tableau 24: Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « intérêt et utilisation de l'outil »

L'outil avait été présenté aux praticiens selon le discours présenté dans le guide d'entretien (cf. annexe 5).

L'analyse révèle trois profils de praticiens :

Les praticiens trouvant l'outil intéressant et pensant l'utiliser

Les praticiens I, III, V, VII, IX et X déclarent que l'outil est intéressant et qu'ils seraient à même de l'utiliser. Il s'agit exclusivement de praticiens appartenant aux catégories des praticiens de moins de 30 ans et de 30 à 50 ans d'expérience.

Les praticiens trouvant l'outil intéressant mais ne pensant pas l'utiliser

Il s'agit des praticiens IV, VI et VIII. Ces praticiens sont les trois membres de la catégorie des plus de 50 ans. Ils trouvent certes l'outil attirant mais ne pensent pas qu'il leur convienne. Le praticien IV pense qu'il faudrait plutôt inventer un outil permettant de soulager les plannings de cabinet ; cela permettrait de réduire la survenue des événements indésirables.

Les praticiens ne trouvant pas d'intérêt à l'outil

Seul le praticien II appartenant à la catégorie des 30 à 50 ans éprouve un désintérêt pour l'outil. Il évoque que les praticiens connaissent les situations à risque et les facteurs contribuant à la survenue des événements indésirables. Il cite d'ailleurs le retard et l'agacement comme facteurs

influençant sur la survenue d'un événement indésirable. Une augmentation de sa vigilance lors de ces instants lui permettrait de réduire la survenue des imprévus.

3.3.5.2 Fonctionnalité la plus intéressante de l'outil

	utiliserait l'outil pour le suivi de cas	utiliserait l'outil pour la réalisation de statistique	utiliserait l'outil pour l'analyse des incidents
I	x		
II			
III		x	
IV	x		
V			x
VI	x		
VII			x
VIII			x
IX			x
X			x

Tableau 25 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « fonctionnalité la plus intéressante » de l'outil

Les praticiens intéressés par l'outil ont répondu majoritairement que l'analyse des événements indésirables avec une enquête sur les facteurs immédiats et organisationnels était l'aspect le plus intéressant de l'outil proposé.

La possibilité de suivre les cas, de mettre en lien des causes insoupçonnées apparaît en seconde position des aspects séduisants de l'outil. On retrouve d'ailleurs dans les discours des praticiens I et IV un intérêt pour cet outil dans le domaine de la chirurgie buccale, notamment pour l'explication d'événements post-op comme les alvéolites.

Seul le praticien III s'intéresse à l'aspect statistique de l'outil. Convaincu que les statistiques sont une mine d'informations, il propose que les données soient collectées et permettent l'établissement de normes.

3.3.5.3 Opinions sur l'outil et idées de développement

	pensent que l'outil doit être intégré à un logiciel dentaire	évoquent le caractère important de la conception	pensent que l'outil serait plus intéressant pour les jeunes praticiens
I			
II			
III	x	x	
IV	x		
V	x	x	
VI			x
VII			
VIII			x
IX			
X		x	

Tableau 26 : Répartition des réponses des praticiens ; sous-thème « opinions sur l'outil et idées de développement »

Les praticiens III, IV et V émettent l'idée que l'outil devrait être intégré à un logiciel dentaire. Le praticien III justifie son idée : « ... cela permettrait de croiser la survenue de l'événement indésirable avec des données déjà présentes dans les logiciels dentaires (par exemple le nombre de patients dans la journée, le type d'actes, le nombre de rendez-vous manqués de la journée...). De plus, si le logiciel était à part, il constituerait sûrement une surcharge de travail pour les praticiens... ».

Les deux praticiens de la catégorie de moins de 30 ans et le praticien III évoquent la conception et la facilité d'utilisation de l'outil comme critère important pour son succès.

Le praticien III pense que l'outil n'intéressera qu'une minorité de chirurgiens-dentistes car un des pré-requis à l'utilisation est la volonté de gérer les problèmes et de s'améliorer.

Le praticien VI pense qu'il est trop vieux pour utiliser cet outil, il s'accorde d'ailleurs avec le praticien VIII à dire que l'outil conviendrait mieux aux jeunes qui débutent.

Enfin, le praticien VII trouve l'idée très intéressante et émet les réserves sur le développement de l'outil à cause du frein financier. Il pense également que ce type d'outil sera dans le futur obligatoire.

4. DISCUSSION

4. DISCUSSION

Les enquêtes qualitatives ont une approche très différente des enquêtes statistiques et confrontent les auteurs à des biais très différents (75).

Néanmoins, notre discussion suivra un plan classique. Nous commencerons par discuter de la méthodologie puis traiterons les résultats en suivant les thèmes abordés dans notre étude (DPC, EPP, événements indésirables et proposition du système de signalement des événements indésirables en odontologie).

4.1. MÉTHODOLOGIE

4.1.1 L'échantillon

L'échantillon d'une enquête qualitative est restreint. Les hypothèses sont validées par le phénomène de saturation obtenu dans les réponses des interviewés. C'est ce phénomène de saturation qui nous a permis d'arrêter les entretiens au bout du dixième.

A cause de la faiblesse de l'échantillon, il ne peut pas être considéré comme représentatif de la population (les chirurgiens-dentistes exerçant en libéral en France). Notre étude gagnerait à être complétée par une enquête quantitative mobilisant un échantillon représentatif de la population ciblée.

Les praticiens ont été sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Les proches ont été exclus car ils connaissaient déjà le sujet de la thèse et leurs avis auraient été biaisés par notre présence. Ces critères nous ont permis de limiter le biais d'échantillon.

Notre échantillon représente un panel diversifié et hétérogène de professionnels ayant des parcours très différents (cf. tableaux 6 et 7).

La présence de praticiens d'Outre-mer a été enrichissante pour notre enquête. Elle permettait de voir s'il y avait une différence dans l'approche de l'évaluation et de la formation ou encore si l'acceptabilité de l'outil était différente. Les résultats ne montrent pas une telle dissemblance bien que les praticiens exerçant en Guyane se forment tant en France qu'à l'étranger.

4.1.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a permis de structurer le cheminement de l'échange entre l'enquêteur et l'interviewé afin que les données recueillies soient en adéquation avec les objectifs fixés. Il permet ainsi de limiter le biais d'intervention et de collecter pour chaque praticien le même type d'information.

Cependant, après analyse, nous avons jugé ce guide insuffisant.

Tout d'abord dans le thème DPC, une question visant à obtenir l'opinion des chirurgiens-dentistes sur la loi DPC aurait permis de mieux comprendre les représentations des praticiens.

De plus, aucune question n'a été orientée pour recueillir les opinions des chirurgiens-dentistes sur le concept de l'évaluation médicale.

Ensuite, nous aurions dû accentuer nos questions sur les thèmes de la déclaration des événements indésirables et sur l'outil proposé. Pour cela, nous aurions pu demander aux praticiens ce qu'ils pensaient de l'auto-évaluation et de cette intégration de l'évaluation à la pratique. Enfin, le guide nous est paru insuffisant car aucune question n'était orientée sur les facteurs favorisant et les freins qui pousseraient les soignants à utiliser ou non l'outil.

4.1.3 Déroulement des entretiens

La plupart des entretiens se sont déroulés dans le cabinet dentaire où exerçait le praticien interviewé. Seuls les praticiens III et V ont été interrogés à leur domicile puisqu'ils n'exerçaient pas durant la période de recueil. Ces lieux ont été choisis afin de favoriser la liberté de parole des praticiens. Le maintien de leur anonymat leur avait d'ailleurs été garanti.

Ces entretiens se transforment souvent en discussion, l'échange devient alors bénéfique car il permet d'ouvrir des sujets et de mieux comprendre les réponses.

Le seul document nécessaire à l'entretien était le guide d'entretien. En effet, les autres documents en notre possession lors du recueil de données n'ont pas suscité d'intérêt particulier de la part des praticiens interrogés.

D'ailleurs, tous les documents que nous avons créés, c'est à dire : la classification des événements imprévus en endodontie (cf. annexe 1), les principales causes immédiates des événements imprévus en endodontie (cf. annexe 2), le questionnaire d'analyse des facteurs latents pour les événements imprévus en odontologie (cf. annexe 4) et le cahier des charges du système de signalement (cf. tableau 4) n'ont bien évidemment aucune valeur à ce jour, si ce n'est l'investissement personnel. Ils pourront être testés lors de l'élaboration du logiciel et modifiés après enquête sur leur pertinence.

Le cahier des charges est pour le moment incomplet, il ne contient pas les axes logiques et techniques permettant l'élaboration du logiciel. Il aurait été une erreur pour nous de l'utiliser lors des entretiens car l'enquête portait sur l'opportunité d'un outil de ce type et non pas sur sa conception réelle.

4.1.4 L'analyse

Un des problèmes majeurs de ce type d'étude est que l'enquêteur qui fixe les objectifs est aussi celui qui réalise le recueil des données et les analyse. Les enquêtes qualitatives souffrent donc d'un certain préjugé du fait que l'interprétation des données est souvent jugée subjective.

Afin de limiter le biais d'interprétation, nous avons réalisé une analyse en double aveugle avec la même méthodologie (cf.3.2.4 Analyse des entretiens).

Le Docteur Hélène DENOST directrice de cette thèse et moi-même, avons tout d'abord effectué séparément une première analyse. Cette analyse était un simple codage des données. Nous sommes ainsi passés des entretiens semi-directifs retranscrits à des tableaux. Nos analyses ont

ensuite été confrontées pour valider les unités de codage et les sous-catégories. Les résultats sont la synthèse de cette confrontation.

En tant que spécialiste du droit médical et maîtrisant le sujet de l'évaluation médicale, son analyse plus affinée a permis une interprétation plus fidèle des résultats. De plus, en sa qualité d'enseignante universitaire et de formatrice, le Docteur Hélène DENOST a apporté un regard pédagogique sur les notions d'évaluation permettant une meilleure compréhension des représentations décrites par les praticiens.

Le reste de l'analyse du contenu thématique (événements indésirables et proposition de l'outil) n'ont pu bénéficier d'une telle maîtrise. Le caractère inédit d'un tel questionnement joue alors en défaveur de nos résultats qui ne peuvent être comparés à aucune étude.

4.2 RÉSULTATS

4.2.1 Thème du DPC

4.2.1.1 Connaissance du DPC

Le DPC est un dispositif dont la plupart des chirurgiens-dentistes exerçant en France ont entendu parler. Les jeunes praticiens et les praticiens dont le diplôme initial est étranger connaissent également le concept. Un seul praticien n'avait jamais entendu parler du DPC (praticien VI). Nous en avons conclu que son âge (71 ans) et sa situation géographique (Cayenne) étaient les raisons de son ignorance.

4.2.1.2 Définition du DPC

Bien que le dispositif soit connu, aucun praticien ne définit correctement le DPC. Pour beaucoup, il ne s'agit que FMC (cf. tableau 10). Quand il est distingué de la FMC « classique » le concept de DPC est réduit aux formations dites « DPC » avec leur questionnaire de compétences (cf. tableau 10).

Nous avons trouvé deux hypothèses pour expliquer ces résultats. Premièrement, il peut s'agir d'une mauvaise communication des pouvoirs publics sur le DPC. Les praticiens n'auraient pas compris l'association des concepts de la FMC et de l'EPP. Le praticien IV qualifie d'ailleurs le texte du DPC de « flou ». Deuxièmement, il peut être question d'un manque de curiosité des praticiens. C'est vers cette seconde hypothèse que tendent nos résultats suivants.

En tout état de cause, le terme même de DPC « Développement Professionnel Continu » semble contribuer à la confusion. En effet, pour le seul praticien n'ayant pas entendu parler du DPC (praticien VI), il s'agit d'« *une mise à jour du savoir en continu* ». Cette définition du praticien VI correspond à celle de la formation continue et n'intègre pas la notion d'évaluation des pratiques professionnelles.

4.2.1.3 Intérêt et inscription au DPC

Les praticiens avouent facilement ne pas s'être intéressés au DPC (cf. tableau 11). Le praticien III déclare «... *le catalogue de formation n'a pas l'air étendu et peu de mes confrères semblent s'y être intéressés...*». Même le plus jeune praticien (praticien V) porte une réflexion similaire. Il déclare «... *dans les faits, je connais peu de praticiens qui s'y sont intéressés* ».

Sur les dix praticiens interrogés, seul un praticien s'est inscrit à un parcours DPC. Bien que non représentatif, notre échantillon reflète bien la réalité de l'intéressement des chirurgiens-dentistes pour le DPC. Nos résultats sont en accord avec les données de l'OGDPC (Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu) qui attestent en avril 2014 que 10% des praticiens ont satisfaits à leur obligation de DPC en 2013 (76).

4.2.1.4 Opinions et représentations du DPC

Nous avons évoqué précédemment l'insuffisance de notre guide d'entretien concernant l'opinion des chirurgiens-dentistes sur la loi DPC. Néanmoins, avec les réactions spontanées de certains praticiens nous avons pu nous faire une idée du ressenti.

Le praticien IV évoque son agacement immédiatement quand on lui parle du DPC: « *...c'est une usine à gaz ...On n'a pas besoin de passer une journée entière en formation, de passer un mois avant pour valider nos connaissances et le refaire après la journée de formation. J'ai l'impression qu'on veut nous refaire passer un examen. Soit on fait confiance aux praticiens et on dit qu'on est responsable, soit on nous dit clairement que tous les ans il faut repasser notre diplôme sur un thème particulier. Et en plus c'est hyper compliqué...* ». Dans son interview, il y a trois occurrences du mot « imposer » et une du mot « obliger ». On retrouve également dans les discours des praticiens I, II, VI et VIII ces mêmes mots.

L'historique de l'évaluation médicale en France développé dans la première partie de la thèse (cf. 1.1.1 Histoire de l'évaluation médicale) permet de comprendre les représentations du praticien IV. L'évaluation médicale est un concept encadré par la loi. Une loi définit les droits, les devoirs mais aussi les sanctions applicables en cas de non respect. C'est donc à la contrainte et à la sanction que le praticien IV associe l'évaluation médicale.

Dans nos entretiens, l'évaluation médicale est plus souvent perçue négativement que comme une possibilité de situer sa pratique et un moyen de s'améliorer (cf. tableau 12). La promulgation de chaque nouvelle loi serait vécue pour les praticiens comme une occasion supplémentaire de diminuer leur autonomie fondatrice du statut de professionnels de santé.

4.2.2 Thème de l'EPP

4.2.2.1 Connaissance de l'EPP

Le concept d'EPP est moins connu que celui du DPC. Les praticiens ayant entendu parler des EPP ne distinguent pas le concept de celui de la FMC. La confusion entre FMC et DPC est

accentuée par le fait que les chirurgiens-dentistes n'ont pas été sensibilisés à la notion d'évaluation de leur pratique.

4.2.2.2 Définition de l'EPP

Les jeunes praticiens tous deux issus de la faculté de Bordeaux se démarquent. Bien qu'ils ignoraient la définition du DPC, ils assimilent spontanément l'EPP à de l'auto-évaluation. Le concept de l'EPP étant récent pour les odontologistes (cf.1.1.4.1 Décret du 30 décembre 2011), nous en avons déduit qu'il existait une volonté d'enseigner les nouveaux concepts médicaux tels les EPP en formation initiale.

Les autres praticiens assimilent plutôt l'EPP à un organisme d'évaluation externe à la profession qui dicterait la «bonne» pratique (cf. tableau 14).

4.2.2.3 Bilan sur la réalisation d'EPP

La mise en place d'une évaluation de sa pratique n'est pas une démarche facile sans l'utilisation d'outils. Notre profession souffrant d'une faible avancée en matière d'outils d'évaluation de la pratique, nos résultats sont en accord avec l'état des lieux dressé (cf. 1.1.4.2 Bilan des actions d'EPP faites en odontologie).

Aucun praticien n'est réellement inscrit dans un processus d'EPP. Les rares travaux créés pour notre discipline (cf. 1.1.4.2 Bilan des actions d'EPP faites en odontologie) ne semblent pas utilisés à ce jour.

Nous n'avons pas considéré les formations « DPC » comme des outils d'évaluation des pratiques. Notre opinion est que ces formations ne sont en réalité qu'un moyen détourné pour faire appliquer la loi. Basés sur le concept du bilan de compétences (cf. 1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS), les questionnaires d'évaluations proposés n'ont pas véritablement vocation à analyser le parcours et les pratiques des professionnels de santé. Ils semblent se résumer pour la plupart en des questionnaires de connaissances.

4.2.2.4 Outils et méthodes d'EPP

Les méthodes élaborées par l'HAS ont été présentées dans la première partie de la thèse (cf. 1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS). Cette présentation était impérative pour faire l'état des lieux de l'évaluation des pratiques professionnelles en odontologie. Aucune étude à ce jour ne regroupait les avancées de la dentisterie en termes d'évaluation des pratiques professionnelles en France. La raison évidente étant le caractère récent du sujet.

Après avoir défini l'EPP aux praticiens, en leur expliquant le principe d'auto-évaluation, notre échantillon cite quatre des cinq approches validées par l'HAS (cf. tableau 16 et 1.1.3.3 Présentation des méthodes validées par l'HAS). Nous en avons déduit que les méthodes proposées en France convenaient aux praticiens.

Il a été d'ailleurs très difficile de situer les avancées de la France par rapport aux autres pays engagés dans les mêmes démarches. En effet, le terme EPP est français. Traduit en langage

international « Evaluation of Professional Practices », il ne donne aucun résultat dans les moteurs de recherches bibliographiques. La diversité des termes employés par chaque pays engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins a rendu nos recherches compliquées.

4.2.2.5 EPP et formation initiale

Nos résultats tendent à soutenir l'hypothèse selon laquelle les EPP et le questionnement sur les pratiques font partie des notions actuellement enseignées en formation initiale. En effet, les jeunes praticiens qui avaient assimilé l'EPP à l'auto-évaluation sont également les seuls à déclarer qu'ils ont été initiés dans leur cursus initial à un questionnement sur leurs pratiques.

A la question « L'évaluation des pratiques professionnelles vous a-t-elle été enseignée à la fac ? » les praticiens V et X répondent respectivement « ... *pas officiellement, mais certains de nos enseignants nous disaient «... ayez toujours peur quand vous vous lancez dans un truc, ne le faites pas par habitude... »* » et « ... *un peu, pas en cours mais en clinique quand on fait une erreur, on nous aide à trouver pourquoi ...* ».

Ces discours sont des encouragements à la mise en place d'une pratique réflexive, base fondamentale des EPP.

On peut alors penser que les méconnaissances des praticiens diplômés sur les EPP et leur sentiment de ne pas avoir été formés en cursus initial aux EPP ne sont pas du fait d'un oubli, mais bien qu'il existe une modification des programmes en cursus initial.

4.2.2.6 Source de l'auto-évaluation et du questionnement sur sa pratique

Les praticiens interrogés s'accordent à dire que l'auto-évaluation débute avec l'expérience (cf. tableau 19).

Il faut noter qu'en matière de pédagogie médicale, l'auto-évaluation est un sujet polémique. Les études menées sur les étudiants en formation initiale et les professionnels de santé diplômés montrent une faible corrélation sur l'exactitude des résultats des « auto-évaluants » par rapport à des évaluateurs externes. Néanmoins, les auteurs affirment que ces auto-évaluations sont efficaces car elles permettent : l'identification des besoins d'apprentissage, la motivation à la formation continue et donc une augmentation des capacités et des compétences cliniques, suivies d'une amélioration du service rendu au patient (77).

Ces résultats sont en accord avec les attentes de l'HAS qui met des moyens en œuvre pour changer les représentations de l'évaluation.

4.2.2.7 Opinions et représentations de l'EPP

Les EPP souffrent de la même perception négative que le DPC. La méconnaissance du concept semble être à l'origine de ce sentiment. Ayant comme préjugé que l'EPP est réalisée par un organisme externe, le praticien IV témoigne : « ... *l'évaluation des pratiques, je suis très réservée* »

là-dessus. On a chacun notre façon de travailler. On va nous imposer quelqu'un qui va décider quelle est la bonne pratique. A mon sens, c'est un problème. De quel droit une personne, juste parce qu'elle a des diplômes, va décider de la bonne pratique et va nous obliger à travailler d'une certaine façon ! Je ne suis pas du tout d'accord... ».

La « mauvaise » réputation de l'évaluation est confortée par le sentiment qu'elle a pour but le contrôle des pratiques probablement dans un objectif de réduction des coûts de santé.

Les pouvoirs publics français ont rendu obligatoire ce concept d'EPP afin qu'il touche l'ensemble des professionnels de santé. Ils pensaient ainsi améliorer le niveau général de la qualité des soins, véritable enjeu des pays développés (33). Malheureusement, le résultat n'est pas celui escompté. Bien au contraire, la loi DPC introduisant l'obligation d'EPP pour les chirurgiens-dentistes n'a intéressé que peu de praticiens (cf. tableau 11); elle a probablement fait augmenter l'appréciation négative de l'évaluation.

L'HAS a donc eu raison de se désolidariser du caractère « sanctionnant » des lois pour développer les méthodes d'EPP. De plus, elle prône des méthodes d'évaluation intégrées à la pratique clinique. Les premières études montrent une acceptation plus favorable de cette approche par les médecins (14).

L'évaluation des pratiques professionnelles est donc plus facilement acceptée quand elle résulte d'une démarche volontaire. C'est ce que vient confirmer le discours du praticien III. Il déclare «... *l'auto évaluation suppose une volonté de s'auto évaluer... ça marchera pour ceux qui le font déjà et sont dans une démarche de développement personnel et ceux-là n'ont pas attendu le DPC pour se lancer...».*

D'ailleurs, les praticiens III et VII pratiquant des méthodes d'évaluation proches de celles validées par l'HAS, n'ont pas attendu le décret du DPC de décembre 2011 pour s'engager dans leurs démarches d'auto-évaluation.

Dans les entretiens semi-directifs, une fois l'EPP définit, elle recueille des opinions plus favorables. Le praticien VI déclare « *ça m'intéresse de m'évaluer comme ça* ».

4.2.3 Thème des événements indésirables

4.2.3.1 Définition des événements indésirables

Lorsqu'on aborde le thème des événements indésirables, aucun des praticiens interrogés ne fait référence à la loi du 4 mars 2002 (cf. 1.2.2.1 Loi, applications et limites). Nous pensons que la loi est méconnue du fait que les outils permettant de déclarer les événements indésirables pour les soins primaires n'ont pas été créés en France (42,43).

Les praticiens décrivent bien les situations d'événements indésirables. Le praticien VI explique « *... au cours d'un soin ou d'une intervention, il y a un problème quelconque... on se retrouve devant un phénomène imprévu...* ».

Les événements indésirables sont décrits dans les entretiens comme des situations faisant partie de la pratique et arrivant à tout le monde. Alors que certains recherchent immédiatement les causes (praticiens II), d'autres évoquent spontanément la gestion de la situation problématique (praticiens IV et V).

4.2.3.2 Exemples d'événements indésirables

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre le type d'exercice des praticiens et les exemples d'événements indésirables cités (cf. tableaux 7 et 22). Alors que certaines disciplines ne sont que nullement ou très faiblement évoquées (implantologie, orthodontie, pédodontie...), l'endodontie semble être la discipline pourvoyant le plus de situations imprévues.

Ces résultats confortent le choix d'utiliser l'endodontie comme discipline test pour le système de signalement que nous voulons construire.

4.2.3.3 Opinions et représentations des événements indésirables

Le praticien VIII fait partie de ceux qui pensent que les événements indésirables ne sont pas de bons indicateurs de la pratique. Cependant, il pense qu'il s'agit de véritables outils de pédagogie. Il déclare : « ... *les conférenciers font beaucoup de présentations de cas. Ça m'énerve parce qu'apparemment il n'y a jamais de problèmes, alors que les problèmes arrivent tous les jours...* ».

La déclaration et l'analyse des événements indésirables reposent sur le principe que l'erreur est un outil pédagogique. Les sociétés savantes utilisent de plus en plus cette méthode d'enseignement conscientes qu'un praticien apprend plus de ses erreurs que de ses réussites. Cependant, l'apprentissage par la présentation de cas reste la méthode la plus répandue (37).

Le praticien VI évoque comme cause principale des événements indésirables la qualité du matériel utilisé. Il semble en accord avec le praticien III qui déclare « ... *je pense que l'analyse (de Reason) est correcte, mais je ne pense pas que ce soit intégralement organisationnel...* ».

Alors que certains praticiens évoquent les événements indésirables avec gravité (praticiens I et IX) en citant des événements tels la paresthésie du nerf mandibulaire ou l'inhalation d'un instrument, d'autres déculpabilisent les événements indésirables. Dans le discours du praticien VII, il évoque la fracture d'un instrument de préparation endodontique comme une simple « séparation » d'instrument. Il explique « ... *je préfère ce terme séparation comme les Américains. Ça décharge un peu notre responsabilité. Ce n'est pas notre faute mais celle de l'instrument...* ».

De plus en plus les mentalités concernant les erreurs médicales évoluent. Depuis ce fameux rapport « *To err is human* »(8), la totalité de la faute n'incombe plus aux soignants. Les facteurs dits « contributifs » sont recherchés et analysés au même titre que les causes immédiates.

Peu de travaux ont été entrepris en termes de gestion de risque pour le dentaire. Les raisons du retard sont évoquées (cf. 1.2.3.2 Les raisons du retard). Cependant une hypothèse est retrouvée dans le discours du praticien III. Il pense que l'erreur est un tabou dans notre profession et que cela freine la réflexion permettant de résoudre les problèmes. Il déclare : « ... *d'ailleurs à mes débuts, quand j'interrogeais mes confrères sur leurs problèmes, ils n'en avaient jamais ! J'étais le* ».

seul à avoir des alvéolites, des infections, ils n'ont jamais de problèmes, c'est incroyable ; et limite, ils ne te donnent pas de conseils... la qualité la mieux partagée par une très grosse majorité des confrères est celle de ne pas savoir... ».

4.2.4 Thème de la présentation de l'outil

Cette partie de l'enquête doit être vue comme une étude d'acceptabilité. Elle vise à évaluer les chances du lancement de l'outil, appréhender les améliorations à envisager ou les défauts à corriger.

4.2.4.1 Intérêt et utilisation de l'outil

Bien que les enjeux de cet outil soient différents pour l'odontologiste, il n'en est pas pour autant inutile. L'outil imaginé se proposait de répondre à certains besoins des chirurgiens-dentistes.

Premièrement, il permettrait d'initier une culture de sécurité pour les soins bucco-dentaires. En proposant un outil de gestion des risques pédagogique et intégré à la pratique, nous espérons intéresser le plus de praticiens. Les données saisies dans le logiciel pourraient être un complément de celles contenues dans les dossiers médicaux. En effet, les événements indésirables sont signalés plus souvent dans les systèmes de signalement que dans les dossiers médicaux (47). Le logiciel pourrait alors contenir des événements déclarés potentiellement à risque et pouvant expliquer des complications futures. De plus, il aiderait à mettre en lumière les défaillances de l'organisation.

Ensuite, l'outil se proposait de répondre à un devoir d'EPP. Les systèmes de signalement d'événements indésirables contribuent au développement d'une pratique réflexive. Ils peuvent inciter l'interrogation des chirurgiens-dentistes sur leur prise de risques au cours des soins. L'outil permettrait au soignant de situer sa pratique et de se confronter aux normes existantes. En déclarant les événements indésirables, le praticien adopterait un comportement responsable et serait plus enclin à respecter la loi d'obligation de déclaration des événements indésirables une fois les dispositions mises en œuvre.

Enfin, en analysant les circonstances de survenue des événements indésirables, il diminuerait le risque qu'une erreur se reproduise et contribuerait ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

L'outil que nous avons imaginé est innovant pour les soins primaires. Même les travaux ayant aidé à l'élaboration de ce travail n'ont pu atteindre nos objectifs. Les travaux du Docteur Julien DUTEIL (43) intitulés « *Mise en œuvre d'un site internet de déclaration et d'analyse des événements indésirables en médecine générale : conception théorique et mise en œuvre* » se distinguent de notre approche. Dans cette thèse, la gestion de risque ne conduit pas à une évaluation des pratiques professionnelles mais à l'analyse des pratiques collectives en identifiant les comportements et habitudes des médecins généralistes. Notre volonté était de proposer un outil aux chirurgiens-dentistes centré sur leur pratique.

C'est pour toutes ces raisons que l'outil recueille un tel intérêt auprès des praticiens interrogés. Le praticien VII déclare « ... *c'est super intéressant ! Ton travail va amorcer une tendance, un tel*

outil deviendra obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes... Chaque praticien même par curiosité devrait s'y intéresser...».

4.2.4.2 Fonctionnalité la plus intéressante de l'outil

C'est le versant analyse qui recueille le plus d'intérêt par les praticiens trouvant l'outil attrayant. Le praticien V explique : *« ce ne sera pas une solution miracle mais retrouver les facteurs indirects permettant la survenue de l'acte est séduisant ».*

Ce résultat est en accord avec les travaux de l'OMS sur les systèmes de signalement des événements indésirables (33).

Les praticiens faisant référence au suivi de cas sont souvent à la recherche d'événements antérieurs pouvant expliquer des complications. Les praticiens I et IV recherchent les causes survenant en chirurgie buccale. Le praticien I explique : *« ... je pense que pour les extractions cet outil serait très intéressant aussi pour savoir pourquoi on a des retours pour certaines extractions alors que pour d'autres ça se passe bien... ».*

Les statistiques ne semblent intéresser que peu de praticiens. Le praticien II étant le seul à trouver que cette fonctionnalité est la plus attractive, explique : *« ... je casse des instruments mais peut être que c'est normal. Peut-être que tout le monde casse dans 5 % des cas. Avec les statistiques et les normes on peut faire beaucoup de choses... »*

4.2.4.3 Opinions sur l'outil et idées de développement

L'enquête qualitative permet d'appréhender les forces et les freins de l'outil proposé.

Les forces de l'outil

L'outil s'inscrit dans une méthodologie validée par l'HAS (schéma de Reason). De plus, il respecte les principes des méthodes actuellement élaborées. L'outil se veut non « sanctionnant », pédagogique et intégré à la pratique clinique. Même le praticien II, ne trouvant pas l'outil intéressant, le qualifie avec ces termes : *« ... l'utiliser ? Pas sûr. Ce ne serait pas une surcharge mais ce ne serait pas inutile... ».*

L'outil respecte les étapes permettant la validation d'une EPP. La survenue de l'événement indésirable permet d'initier la comparaison entre la pratique réelle et celle attendue. La déclaration et l'analyse permettent ensuite d'identifier les écarts de conduite. Enfin, le rapport concluant l'analyse guide le praticien pour l'établissement de son plan d'amélioration et son suivi.

Les praticiens I, III, VI et IX reconnaissent qu'un tel outil contribuerait à une amélioration de leur pratique. Ils sont curieux de l'approche pédagogique atypique. Le praticien VI explique : *« ... c'est bien. Pour quelqu'un qui a 20 ans d'exercice, tu ne pourras pas le changer. Il a un pli et il ne va pas changer. J'en parle parce que j'y suis, mais les confrères qui commencent, pour un peu qu'ils soient sérieux, c'est un bon outil pour eux ... ».*

Les résultats montrent que l'outil conviendrait principalement aux praticiens débutants (moins de 30 ans) et à ceux de la catégorie de 30 à 50 ans. Il nous est paru alors indispensable d'envisager le développement d'un outil semblable pour les étudiants exerçant à l'hôpital, en formation initiale. Outre l'aspect pédagogique de l'outil, il favoriserait dès le début de l'expérience le développement d'une pratique réflexive. Il faudrait alors se demander si le mode d'évaluation actuellement dispensé dans les universités françaises (validation par la notation) serait compatible avec une auto-évaluation des étudiants. Les discours des praticiens III et VII ne semblent pas en faveur de cette hypothèse (cf. 3.3.3.5 EPP et formation initiale).

Les freins de l'outil

Les premiers freins exprimés par les praticiens sont en rapport avec le concept de « seconde victime » (cf. 1.2.1.2 : Intérêt pour les événements indésirables). Les praticiens VII et VIII évoquent tous deux un sentiment de tristesse lorsqu'ils abordent le sujet de la déclaration d'un événement indésirable. Le praticien VIII explique : *« Ça fait mal de se confronter à un échec. Cela me perturbe et pas besoin de me le rappeler et de le garder en mémoire avec un logiciel ! C'est très intéressant mais il faut aller de l'avant. Après la façon dont tu me l'as présenté, si je l'avais eu il y a 20 ans, oui, je l'aurai utilisé ! Mais à mon âge, je ne pense pas que ce soit intéressant de le faire »*. Le praticien VII, lui, explique plus simplement *« c'est toujours triste de voir un patient revenir »*. L'outil étant basé sur les échecs, cette perception de l'erreur constitue un frein à l'utilisation. De plus, à la suite d'un événement indésirable, les praticiens sont plus enclins à gérer la situation qu'à en chercher les causes, or l'analyse ne doit pas être trop tardive afin qu'aucun élément ne soit oublié.

Nous avons construit notre analyse en partant du fait qu'une erreur était la conséquence de défaillances humaines et organisationnelles (cf.1.2.1.4 Le fromage suisse de James Reason). Les praticiens ayant une autre conception de l'erreur sont moins attirés par l'outil.

Premièrement, le praticien VI attribue la survenue des événements indésirables à la qualité du matériel utilisé.

Ensuite, le praticien VII avance des arguments d'ordre financier. Il explique que pour réduire les erreurs, il faudrait consacrer plus de temps et plus de moyens aux actes. Une revalorisation des actes permettrait d'accroître leur qualité. Ces propos sont les suivants : *« ... c'est de ma faute mais aussi celle du système. Pour réduire les risques, il faudrait travailler moins et avec du meilleur matériel... mais tout cela a un coût. Par exemple en endo, utiliser un instrument unique coûte cher, le microscope aussi. Pour conserver sa dent, le patient devrait payer plus cher 800 euros, le prix d'un implant... »*.

Enfin, le praticien IV évoque des raisons liées à l'intensité de l'activité clinique. Il déclare : *« ... je pense en général que quand on a une pratique détendue, on travaille forcément mieux. On n'est plus dans les protocoles dès qu'on commence à faire vite, on ne fait pas forcément bien. Des fois ça passe et des fois ça casse. C'est bien d'avoir un outil mais je pense que le premier outil ce serait pour nous aider à alléger nos journées, à mon avis. Et après l'outil va nous aider à décrypter. Mais c'est sûr qu'être pressés nous rend moins protocolaires. Je suis sûre que référencer les erreurs peut nous aider sur notre pratique »*.

Notre analyse basée sur la méthode ALARM (cf. 2.2.1.9 Approche pour l'analyse) prend en compte ces variables. En effet, la qualité du matériel utilisé est abordée en cas de fracture dans les principales causes immédiates. La pression financière et l'intensité de l'activité clinique sont elles présentes dans le questionnaire ALARM. Cependant, notre analyse ne valorise aucun critère par rapport à un autre.

Le praticien n'étant pas intéressé par l'outil (praticien II) avance que l'expérience lui révèle ce que l'outil se propose de décrypter. Il explique : « ... *pour ne pas faire d'erreur, j'ai été amené à changer mon état d'esprit. Parce que la plupart du temps les événements indésirables surviennent quand on est pressé ou énervé, quand l'assistante est absente... Quand je suis dans ces situations, j'essaie de prendre plus de temps, d'évacuer, faire abstraction de tout cela pour être dans un bon état d'esprit...* ». L'outil servirait donc à mettre en lumière des facteurs contributifs que nous pourrions identifier sans l'analyse complète que nous avons proposée.

Nous avons poursuivi le raisonnement de ce praticien. Nous en avons conclu qu'une fois les « soucis » organisationnels identifiés et corrigés grâce à l'outil, ce dernier deviendrait obsolète. Le protocole d'enquête étant invariable, il ne révélera plus de nouveauté à l'utilisateur qui s'en écartera.

Le dernier frein à l'utilisation du logiciel est évoqué par le praticien III. En exprimant sa volonté d'intégrer aux logiciels de gestion dentaire un module d'analyse statistique de la pratique, il évoque la surcharge de travail que constituerait un outil « mal » conçu. Il dit à ce sujet : « *Autre difficulté, il faut trouver une façon de l'intégrer à une pratique quotidienne pour que ce ne soit pas une surcharge et ça c'est difficile. Il faut, pour que ce soit significatif, rentrer un certain nombre de données mais en même temps pas trop sinon on n'arrive pas à croiser les données* ». Les deux jeunes praticiens (praticiens V et X) sont en accord avec le praticien III et décrivent la qualité de la conception de l'outil comme primordiale afin d'en assurer le succès.

En résumé, les chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet libéral ne seraient pas opposés à réaliser une évaluation de leurs pratiques. Notre outil mériterait d'être élargi à des praticiens ayant un mode d'exercice différent. Une étude similaire ciblant les praticiens n'exerçant pas en libéral pourrait conforter nos résultats concernant l'appropriation de l'outil et la volonté des praticiens d'améliorer leurs pratiques à travers la déclaration et l'analyse des événements indésirables en odontologie.

Selon nos résultats, les praticiens les plus jeunes semblent avoir eu une approche des EPP lors de leur cursus initial. Ils seraient plus réceptifs à l'analyse de leur pratique malgré les freins évoqués par les praticiens III et VII sur la mise en place de l'auto-évaluation en formation initiale. Le développement d'un outil pour les étudiants exerçant en centre hospitalier permettrait de développer une culture de sécurité pour les soins bucco-dentaires. Une étude complémentaire auprès des enseignants serait alors nécessaire afin de vérifier leur acceptabilité de l'erreur comme source d'apprentissage.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'évaluation des pratiques professionnelles est une obligation récente pour les chirurgiens-dentistes français. Parmi les méthodes validées par l'HAS, la gestion des risques est le domaine qui a inspiré le moins de travaux dans notre discipline. Ce retard est d'ailleurs constaté au niveau international.

L'objectif principal de cette thèse était d'imaginer la conception d'un système de signalement des événements indésirables pour l'odontologie. L'objectif a été atteint et la réflexion a été portée sur l'endodontie.

L'outil que nous proposons est en adéquation avec les exigences de l'HAS. En effet, il a été élaboré selon une approche de gestion des risques qu'elle approuve (le fromage suisse de James Reason). De plus, le système de signalement proposé respecte les valeurs promues par la Fédération Dentaire Internationale concernant l'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires. L'outil se veut pédagogique, non punitif et intégré à la pratique clinique.

L'enquête qualitative nous a permis tout d'abord de faire un bilan des connaissances et des représentations des chirurgiens-dentistes sur les thèmes encadrant l'évaluation médicale. Il existe bel et bien des méconnaissances sur le DPC et des préjugés sur les EPP. Alors que le DPC est réduit à la formation continue, les EPP, elles, sont assimilées à un organisme de contrôle. Ces lacunes et ces idées préconçues pourraient être la conséquence du désintérêt des chirurgiens-dentistes pour la loi DPC. Les EPP sont plus favorablement accueillies une fois qu'elles sont associées au concept d'auto-évaluation.

Ensuite, l'enquête qualitative a permis d'évaluer l'acceptation du cahier des charges. L'opportunité d'utiliser un système de signalement des événements indésirables comme outil de réflexion sur sa pratique, est accueillie favorablement par notre échantillon de dix praticiens. En effet, sur les neuf chirurgiens-dentistes intéressés, six seraient prêts à l'utiliser sous la condition qu'il ne constitue pas une surcharge de travail.

Les résultats de notre étude sont encourageants pour le développement et la mise en place des EPP dans les cabinets dentaires. Cependant, l'outil doit évoluer vers un module qui serait intégré aux logiciels de gestion dentaires existants. Ceci permettrait d'une part d'en faciliter l'accès et d'autre part de coordonner l'ensemble des données du chirurgien-dentiste.

Notre projet est né de la volonté de permettre aux chirurgiens-dentistes exerçant en ville de réaliser une EPP. Nos résultats ont permis d'appréhender le profil des utilisateurs potentiels. Il s'agirait des praticiens débutants et praticiens de moins de vingt ans d'exercice. Notre défi serait alors de le faire accepter par les praticiens de plus de vingt ans d'exercice.

Pour relever ce défi, nous pensons que l'outil devrait être adapté aux étudiants. En instaurant dès la formation initiale un outil d'évaluation des pratiques professionnelles, nous espérons que les futurs praticiens poursuivent tout au long de leur exercice cette réflexion sur leur pratique. Il faudrait alors s'interroger sur la place que pourrait avoir l'auto-évaluation au cours de la formation initiale.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2013; 71 (6): pp.1370 - 1377.
2. Council of European Dentists. CED resolution Patient safety. [Ressource électronique] sous la direction du Dr Orlando Monteiro da Silva. 2008. 4p. CED resolution.; 2008 May p. 4. Disponible sur : www.eudental.eu.
3. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, García-Marín F. Patient safety in dentistry: Dental care risk management plan. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*. 2011; 16: pp. 805–809.
4. Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry – state of play as revealed by a national database of errors. *British Dental Journal*. 2012. 10;213 (3): 8p.
5. Yamalik N, Perea Pérez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *International Dental Journal*. 2012 ; 62 (4): pp. 189–96.
6. Mettes T, Bruers J, Van der Sanden W. Patient safety in dental care: a challenging quality issue? An exploratory cohort study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2013. 71 (6): pp. 1588–1593.
7. Perea-Perez B, Labajo-Gonzalez E, Santiago-Saez A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*. 2014. 19 (5) : pp.500–505.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, Etats-Unis: National academy press; 2000. 287 p.
9. Haute Autorité de Santé. EPP des médecins : mode d’emploi. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2007. 4p. Disponible sur: www.has-sante.fr
10. Gallet J. P. La création du Centre Odontologique de Médicométrie et d’Evaluations (COME) ou la prise en charge de son avenir par une profession. *Le Courrier de L'évaluation*. 1997; 12: pp.15–16.
11. Robelet M. Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l’évaluation médicale en France. *Politix*. 1999; 12(46): pp.71–97.
12. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2006. 13p. Disponible sur: www.has-sante.fr

13. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. 1996.
14. Inspection générale des affaires sociales. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins; [Ressource électronique] 2008. 58p. Disponible sur : www.ladocumentationfrancaise.fr
15. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. 2005-346 avril, 2005.
16. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
17. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Détail de toute l'actualité sur la formation continue [Page Internet]. 2008 [Consulté le 30/01/15]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/formation-continue/toute-lactualite-sur-la-formation-continue/detail-de-toute-lactualite-sur-la-formation-continue.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=290&cHash=b736ae51dd5f17c5d0cab7720a78267e
18. Ottavioli R. Evaluation des pratiques professionnelles et odontologie: Application au sein de l'unité fonctionnelle Gaston Berger. 41p. Th. d'exercice. Santé Publique. Université d'Aix-Marseille II Faculté d'Odontologie; 2009.
19. Haute Autorité de Santé. Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2006. 18p. Disponible sur: www.has-sante.fr
20. Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de DPC. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 4p. Disponible sur: www.has-sante.fr
21. Haute Autorité de Santé. Les revues de mortalité et de morbidité (RMM) - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr
22. Haute Autorité de Santé. Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratique (GAP), les pratiques réflexives sur situations réelles - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr
23. Haute Autorité de Santé. L'analyse et l'amélioration de la pertinence des interventions de santé- fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 4p. Disponible sur: www.has-sante.fr

24. Haute Autorité de Santé. Le suivi d'indicateur de qualité et de sécurité des soins - fiche méthode- Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr.
25. Haute Autorité de Santé. L'audit clinique - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr
26. Haute Autorité de Santé. Le registre des pratiques - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr.
27. Haute Autorité de Santé. Le chemin clinique - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr
28. Haute Autorité de Santé. Le patient traceur - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 4p. Disponible sur: www.has-sante.fr
29. Haute Autorité de Santé. Bilan de compétences - fiche méthode - Développement professionnel continu (DPC). [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2014. 3p. Disponible sur: www.has-sante.fr
30. Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes. 2011-2115 décembre, 2011.
31. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - Article 11. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. 2009.
32. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, Ministère de la santé et des sports. Référentiel métier et compétence du chirurgien-dentiste. [Ressource électronique] 2010. 14p. Disponible sur: www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr
33. World Health Organization WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. WHO press, directed by Donaldson L. 2005. 80p.
34. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. 2010.
35. Michel P, Minodier C, Moty - Monnereau C. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. Drees. 2011; 398 (761): 8p.
36. Wu A. Medical error: the second victim. British Medical Journal. 2000 18; 320 (7237) : pp. 726–727.

37. Wachter RM, Shojania KG, Saint S. Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case-based series on medical errors and patient safety. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 136 (11): pp. 850–852.
38. Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2012. 156p. Disponible sur: www.has-sante.fr;
39. Haute Autorité de Santé. Culture de sécurité des soins: du concept à la pratique. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2010. 16p. Disponible sur: www.has-sante.fr
40. Code de la santé publique - Article L1413-14. Code de la santé publique.
41. Haute Autorité de Santé. Déclaration des événements indésirables [Page Internet].2011 [Consulté le 30/01/15]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098577/fr/declaration-des-evenements-indesirables
42. Keriél-Gascou M. Définition et taxonomie des évènements indésirables en soins primaires: une synthèse de la littérature de 2000 à 2007. 89p. Th. d'exercice. Médecine Générale. Université Claude Bernard Lyon: 2008.
43. Duteil J. Mise en œuvre d'un site internet de déclaration et d'analyse d'évènements indésirables en médecine générale : Conception théorique et mise en œuvre. 109p. Th. d'exercice. Médecine Générale. Faculté de Médecine de Lyon Est: 2011.
44. Michel P et al. Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques); 2006. 102p.
45. Michel P et al. Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques); 2007. 60p.
46. Amalberti R, Gremion C, Auro Y. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Drees*. 2007 (584):8p.
47. Kalenderian E, Walji MF, Tavares A. An adverse event trigger tool in dentistry A new methodology for measuring harm in the dental office. *Journal of American Dental Association*. 2013; 144 (7): 808–814.
48. Roussel P, Moll M-C, Guez P. Etape 3 : Identifier les risques a posteriori. *Risques et Qualité*. 2008 ; 5 (1): pp. 46- 58.
49. Machtou P. Etanchéité apicale versus étanchéité coronaire. *Réalités Cliniques*. 2004; 15 (1): pp. 7–20.

50. Machtou P. Deux décennies d'endodontie. *Réalités Cliniques*. 2010; 21 (1): pp.41–51.
51. Roux C. Evaluation de la pratique endodontique en 2006 (PACA): mise au point d'un protocole. 65p. Th. d'exercice. Endodontie. Université d'Aix-Marseille II; 2008.
52. Missika P, Rahal B, Fortier J-P. Droit et chirurgie dentaire : prévention, expertises et litiges. Rueil-Malmaison, France: Édition CdP; 2006. 91 p.
53. Toledo Arenas R, Descroix V. Urgences odontologiques. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2010. 159 p.
54. Haute Autorité de Santé. Traitement endodontique. Rapport d'évaluation technologique. [Ressource électronique] Saint-Denis. HAS. 2008. 66p. Disponible sur: www.has-sante.fr
55. Simon S, Pertot W-J, Proust J-P. La reprise du traitement endodontique. Paris, France; Quintessence Internationale. 2006. 143 p.
56. Hülsmann M, Schäfer E, Bargholz C. Problems in endodontics: etiology, diagnosis, and treatment. London; Chicago: Quintessence; 2009.
57. This A. Abords préventifs et thérapeutiques des échecs en endodontie. 171p. Th. d'exercice. Endodontie. Université de Nancy; 2005.
58. Guyader V. Accidents per-opératoires iatrogènes en endodontie orthograde. 86p. Th. d'exercice. Endodontie; Université de Nantes. 2011.
59. Odion M. Les échecs en endodontie: causes iatrogènes et solutions. 55p. Th. d'exercice. Université Claude Bernard Lyon; 2008.
60. WHO (World Health Organization). Conceptual framework for the international classification for patient safety. WHO press; 2009. 154p.
61. Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*. 2004; 13 (4): pp. 242–243.
62. Blanc G. Quelques clés pour une informatique "sereine". *Le fil dentaire*. 2014 [En ligne]: <http://www.lefildentaire.com/articles/pratique/ergonomie-materiel/182-quelques-cles-pour-une-informatique-sereine#.UvV57dJ5NIF>. 8p.
63. Pinsky HM, Taichman RS, Sarment DP. Adaptation of airline crew resource management principles to dentistry. *The Journal of the American Dental Association*. 2010 ;141 (8) : pp.1010–1018.
64. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *British Medical Journal*. 2000; 320 (7237): pp.777–781.

65. Foucart J-M, Felizardo R, Bidange G. La radioprotection en odontologie: réglementation française et nouvelles normes européennes. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2007. 126 p.
66. Bronnec F. L'anesthésie en endodontie. *Réalités Cliniques*. 2006; 17 (2): pp. 177–188.
67. Bronnec F, Descroix V, Boucher Y. Prévention et traitement de la douleur postopératoire en endodontie. *Réalités Cliniques*. 2011; 22(4): pp. 345–357.
68. Deveaux E, Gambiez A. Le diagnostic en endodontie II- Les pathologies. *Réalités Cliniques*. 2006; 17(3): pp. 291–306.
69. Basmadjian-Charles CL, Farge P, Bourgeois DM. Factors influencing the long-term results of endodontic treatment: a review of the literature. *International Dental Journal*. 2002; 52(2): pp. 81–86.
70. Jayakodi H, Kailasam S, Kumaravadivel K. Clinical and pharmacological management of endodontic flare-up. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2012 (2): pp.294–298.
71. Briche T, Raynal M, Kossowski M. Relations pathologiques entre les dents et les sinus maxillaires. *Encyclopédie Médico - Chirurgicale*. 2003. Stomatologie 22-038-A-10. 10p
72. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ. A protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. London: University College London/Association of Litigation and Risk Management; 1999 .20p.
73. Revillard A. Aide-mémoire: préparer et réaliser un entretien. [Ressource électronique] 2006. 8p. Disponible sur www.issit.tn
74. Combessie P. L'analyse d'entretiens dans une enquête de terrain. [Ressource électronique] 2006. 2p.
75. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2002. 3 (2): pp.81–90.
76. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Actualités; 4 081 chirurgiens-dentistes ont validé leur DPC en 2013 [Page Internet]. 2008 [Consulté le 30/01/15]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=461&cHash=b34ae80e2288b41e1a3070c816cd62d4
77. Dory V, De Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2009; 10(1): pp.41–53.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : Classification des événements imprévus en endodontie (4,6,7,33,52-60)

Classification des événements imprévus en endodontie

Préopératoire

Traitement de la mauvaise dent
Irradiation multiple du patient pour un cliché radio
Difficulté d'analgésie ou persistance d'une sensibilité apicale
Blessure des tissus mous
Incapacité de mise en place d'un champ opératoire

Cavité d'accès et mise en forme

Perforation coronaire ou du plancher
Création d'une butée, d'une fausse route radiculaire, d'un zipping ou d'un stripping
Création d'un bouchon dentinaire
Perforation radiculaire
Déchirure apicale
Fracture d'un instrument de préparation
Absence de préparation d'un ou plusieurs canaux
Inhalation ou ingestion d'un instrument ou matériau de préparation
Réaction allergique à une solution d'irrigation

Irrigation et séchage

Projection d'une solution endodontique au-delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale, nerf alvéolaire)
Inhalation ou ingestion d'une solution endodontique
Projection hors de la cavité buccale d'une solution endodontique
Emphysème sous-cutané
Persistance d'un suintement ou d'un saignement avant obturation

Obturation

Fracture d'un instrument d'obturation
Absence d'obturation d'un ou plusieurs canaux préparés
Défaut d'obturation dans un ou plusieurs canaux préparés
Dépassement d'un matériau d'obturation dans un ou plusieurs canaux
Projection d'un matériau d'obturation au-delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale...)
Brûlure du patient avec un instrument d'obturation
Inhalation ou ingestion d'un outil ou matériau d'obturation
Projection hors de la cavité buccale d'un matériau d'obturation
Fracture verticale radiculaire

Postopératoire

Persistance ou apparition d'une symptomatologie post-traitement endodontique
Apparition d'une lésion péri-apicale
Non résorption ou évolution d'une lésion péri-apicale
Résorption radiculaire post-traitement endodontique
Flambée infectieuse
Parodontite apicale aiguë post-traitement endodontique
Abscess apical aigu post-traitement endodontique
Abscess parodontal post-traitement endodontique
Cellulite post-traitement endodontique
Sinusite post-traitement endodontique

Annexe 2 : Principales causes immédiates des événements imprévus en endodontie
(49,56-59,65-71)

Principales causes immédiates des événements imprévus en endodontie

- Traitement de la mauvaise dent (57)
 - Erreur de diagnostic liée à l'absence de tests préopératoires
 - Erreur de diagnostic liée à des signes non probants
 - Mise en place du champ sur la mauvaise dent
- Irradiation multiple du patient pour un cliché radio(65)
 - Erreur d'exposition
 - Erreur de position
 - Mouvements incontrôlés du patient
 - Défaut d'équipement
- Difficulté d'analgésie ou persistance d'une sensibilité apicale (56,66)
 - Dose anesthésique insuffisante
 - Type d'anesthésie (locale ou loco régionale) non approprié pour la dent
 - Inflammation aiguë des tissus mous
 - Intervention prématurée avant la diffusion totale du produit
- Blessure des tissus mous
 - Travail sans point d'appui
 - Absence de champ opératoire
 - Défaut d'ajustage d'un crampon
- Incapacité de mise en place d'un champ opératoire (56)
 - Absence de reconstitution pré-endodontique
 - Morphologie dentaire non rétentive
- Perforation coronaire ou du plancher (56,58)
 - Non respect des règles d'orientation des cavités d'accès
 - Non respect des règles de préparation des cavités d'accès
 - Défaut de précaution face à une corne pulpaire calcifiée
 - Défaut de précaution face à une carie profonde
 - Utilisation de fraises inappropriées
- Création d'une butée, d'une fausse route radiculaire, d'un zipping ou d'un stripping (57)
 - Mésusage d'un instrument d'évasement des entrées coronaires
 - Absence de pré-courbure d'un instrument de préparation en acier
 - Perte de contrôle d'un instrument
 - Mauvaise estimation de la direction du canal
 - Non respect de la séquence instrumentale
- Création d'un bouchon dentinaire (57)
 - Défaut d'irrigation
 - Sur-instrumentation
 - Non respect de la séquence opératoire

- Perforation radulaire (56)
 - Non respect de la séquence opératoire
 - Défaut d'évaluation d'une résorption interne
 - Mésusage d'un instrument non dédié à la préparation canalaire
 - Mésusage d'un instrument de préparation canalaire (vitesse/pression excessive)
 - Non utilisation d'un chélateur

- Déchirure apicale (58)
 - Sur-instrumentation
 - Défaut d'évaluation de la fragilité de l'apex

- Fracture d'un instrument de préparation (56,58)
 - Contraintes coronaires, cavité d'accès inadéquate
 - Non respect des recommandations fabricant (nombre de cycles, stérilisation, absence de vérification de l'intégrité de l'instrument avant utilisation...)
 - Défaut d'évaluation de l'anatomie canalaire
 - Mésusage d'un instrument de préparation canalaire (vitesse/pression excessive)

- Absence de préparation d'un ou plusieurs canaux (57)
 - Méconnaissance de l'anatomie canalaire
 - Cavité d'accès inadéquate
 - Présence d'un pulpolithe
 - Complication due à un non respect des principes de préparation fondamentaux

- Inhalation ou ingestion d'un instrument ou matériau de préparation(56-58)
 - Objet non retenu par une cavité d'accès adéquate (reconstitution pré-endodontique)
 - Mouvement du patient non maîtrisé
 - Fuite de l'objet des mains du praticien
 - Non utilisation de parachutes
 - Absence d'utilisation de digue

- Réaction allergique à une solution d'irrigation (58)
 - Interrogatoire médical incomplet
 - Première réaction allergique du patient

- Projection d'une solution endodontique au-delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale, nerf alvéolaire) (56,57)
 - Pression d'injection trop importante
 - Ouverture apicale non évaluée
 - Procidence des structures anatomiques périphérique non évaluée
 - Absence de contrôle de longueur de travail avec la seringue d'irrigation
 - Utilisation d'une seringue et/ou d'une aiguille inadéquate(s)

- Inhalation ou ingestion d'une solution endodontique (58)
 - Absence de reconstitution pré-endodontique
 - Absence de digue
 - Défaut d'aspiration
 - Début ou fin d'irrigation hors du canal

- Projection hors de la cavité buccale d'une solution endodontique
 - Utilisation d'une seringue et/ou d'une aiguille inadéquate(s)
 - Pression d'injection trop importante
 - Début ou fin d'irrigation hors du canal
- Emphysème sous-cutané (56-58)
 - Séchage du canal à l'air comprimé
 - Utilisation de peroxyde d'hydrogène comme irrigant
- Persistance d'un suintement ou d'un saignement avant obturation
 - Sur-instrumentation dans la zone péri-apicale
 - Perforation
 - Séchage insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène type zipping/stripping
- Fracture d'un instrument d'obturation (56,58)
 - Contraintes coronaires, cavité d'accès inadéquate
 - Non respect des recommandations fabricant (nombre de cycles, stérilisation, absence de vérification de l'intégrité de l'instrument avant utilisation...)
 - Défaut d'évaluation de l'anatomie canalaire
 - Mésusage d'un instrument d'obturation canalaire (vitesse/pression excessive)
- Absence d'obturation d'un ou plusieurs canaux préparés (56)
 - Complication due à un accident de préparation
 - Complication due à un accident d'obturation
- Défaut d'obturation dans un ou plusieurs canaux préparés
 - Défaut d'ajustage du maître cône
 - Extrémité apicale non atteinte (courbure, coudure...)
 - Calcification apicale du canal
 - Canal non sec
- Dépassement d'un matériau d'obturation dans un ou plusieurs canaux (56-58)
 - Résorption radiculaire ou ouverture apicale non détectée
 - Défaut d'adaptation du maître cône
 - Ciment trop fluide ou introduit en quantité excessive
 - Technique d'obturation non indiquée
- Projection d'un matériau d'obturation au-delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale, nerf alvéolaire inférieur)(56-58)
 - Résorption radiculaire non détectée
 - Défaut d'adaptation du maître cône
 - Ciment trop fluide ou introduit en quantité excessive
 - Technique d'obturation non indiquée
- Brûlure du patient avec un instrument d'obturation
 - Absence de champ opératoire
 - Absence de reconstitution pré-endodontique
 - Inattention
 - Mouvement involontaire du patient

- Inhalation ou ingestion d'un outil ou matériau d'obturation (56-58)
 - Objet non retenu par une cavité d'accès adéquate (reconstitution pré-endodontique)
 - Mouvement du patient non maîtrisé
 - Fuite de l'objet des mains du praticien
 - Absence de l'utilisation d'une digue
- Projection hors de la cavité buccale d'un matériau d'obturation
 - Mésusage d'un instrument type bourre-pâte
 - Section d'un cône de gutta au moyen d'un instrument rotatif
- Fracture verticale radiculaire (56,59)
 - Sur-instrumentation et sur obturation des parois radiculaires
 - Mésusage d'un fouloir type finger spreader, plugger...
 - Sous-évaluation de la finesse des parois radiculaires
- Persistance ou apparition d'une symptomatologie post-traitement endodontique (67)
 - Desmodontite
 - Irritation chimique ou mécanique d'un matériau d'obturation
- Apparition d'une lésion péri-apicale post-traitement endodontique (49,68,69)
 - Antécédent d'une infection péri-apicale
 - Complication d'une manœuvre iatrogène
 - Traitement endodontique insuffisant
- Non résorption ou évolution d'une lésion péri-apicale (49,68,69)
 - Traitement endodontique insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène
- Résorption radiculaire post-traitement endodontique (56)
 - Evolution d'une résorption initiale malgré le traitement endodontique
 - Traitement endodontique avec préparation et obturation inadéquates
- Flambée infectieuse (70)
 - Extrusion apicale de débris canaux
 - Préparation chimio-mécanique insuffisante
 - Contamination du péri-apex par des bactéries parodontales lors d'une inter-séance
 - Irritation mécanique ou chimique du péri-apex par non respect de la longueur de travail
- Parodontite apicale aiguë post-traitement endodontique (49,68,69)
 - Antécédent d'une infection péri-apicale
 - Traitement endodontique insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène
- Abscessus apical aigu post-traitement endodontique (49,68,69)
 - Antécédent d'une infection péri-apicale
 - Traitement endodontique insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène

- Abscess parodontal post-traitement endodontique (49,68)
 - Traitement endodontique insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène
- Cellulite post-traitement endodontique (49,68,69)
 - Antécédent d'une infection péri-apicale
 - Traitement endodontique insuffisant
 - Complication d'une manœuvre iatrogène
- Sinusite post-traitement endodontique
 - Sinusite persistant après un traitement endodontique
 - Défaut d'obturation d'un canal en rapport avec un sinus initialement sain
 - Excès d'obturation d'un canal en rapport avec un sinus initialement sain

Annexe 3 : Liste des événements imprévus en endodontie retenus pour une analyse des facteurs latents

Liste des événements imprévus en endodontie retenus pour une analyse des facteurs latents

Traitement de la mauvaise dent
Blessure des tissus mous
Perforation coronaire ou du plancher
Création d'une butée, d'une fausse route radiculaire, d'un zipping ou d'un stripping
Création d'un bouchon dentinaire
Perforation radiculaire
Déchirure apicale
Fracture d'un instrument de préparation
Absence de préparation d'un ou plusieurs canaux
Inhalation ou ingestion d'un instrument ou matériau de préparation
Réaction allergique à une solution d'irrigation
Projection d'une solution endodontique au-delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale, nerf alvéolaire)
Inhalation ou ingestion d'une solution endodontique
Projection hors de la cavité buccale d'une solution endodontique
Emphysème sous-cutané
Fracture d'un instrument d'obturation
Absence d'obturation d'un ou plusieurs canaux préparés
Défaut d'obturation dans un ou plusieurs canaux préparés
Dépassement d'un matériau d'obturation dans un ou plusieurs canaux
Projection d'un matériau d'obturation au delà de la zone péri-apicale (sinus, fosse nasale...)
Brûlure du patient avec un instrument d'obturation
Inhalation ou ingestion d'un outil ou matériau d'obturation
Projection hors de la cavité buccale d'un matériau d'obturation
Fracture verticale radiculaire

Annexe 4 : Questionnaire d'analyse des facteurs latents pour les événements imprévus en odontologie (38).

Questionnaire d'analyse des événements imprévus influençant la pratique clinique

Facteurs liés au patient

Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours des événements ?
Le patient était-il vulnérable (enfants, personnes âgées, personnes handicapées...) ?
Le patient était-il coopératif ?
Qualifieriez-vous votre relation de « bonne » avec le patient ?

Facteurs liés aux tâches à accomplir

Le protocole a-t-il été respecté ?
Les examens complémentaires ont-ils été réalisés en temps utile ?
Le risque avait-il été évalué ?
L'acte était-il nécessaire ?
L'acte était-il planifié ?

Facteurs liés au praticien soignant

Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ?
Vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ?
Etiez-vous stressé ?

Facteurs liés à l'équipe

La communication entre vous-même et votre assistante était-elle effective ?
Votre assistante était-elle pleinement disponible ?

Facteurs liés à l'environnement de travail

Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit ...) ?
Votre plateau technique était-il complet ?
Les équipements que vous avez utilisés ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ?
Le matériel utilisé avait-il respecté les recommandations du fabricant ?
Avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ?
Deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?
Etiez-vous en retard sur votre planning ?
Disposiez-vous de suffisamment de temps pour l'intervention ?
Disposiez-vous de suffisamment de temps pour gérer un incident ?
Le manque de visibilité a-t-il contribué à la survenue de l'incident ?

Facteurs liés à l'organisation et au management

Avez-vous suivi une formation récente (moins de 2 ans) pour gérer ce type d'incident ?
Existe-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ?

Facteurs liés au contexte institutionnel

L'événement s'était-il déjà produit auparavant ?

Annexe 5 : Guide d'entretien pour l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil

Guide d'entretien pour l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil

Présentation du praticien : Nom, prénom, âge, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice, parcours et lieu d'obtention du diplôme, mode et type d'exercice.

Le DPC.

Depuis janvier 2012, les chirurgiens-dentistes doivent satisfaire à une obligation de DPC.

En avez-vous déjà entendu parler?

Savez-vous de quoi il s'agit ?

Si vous ne savez pas de quoi il s'agit, de quoi peut-il être question ?

L'EPP.

Le DPC combine la FMC avec l'EPP.

En avez-vous déjà entendu parler ?

Savez-vous de quoi il s'agit ?

Si vous ne savez pas de quoi il s'agit, de quoi peut-il être question ?

Une EPP est une comparaison par un praticien d'une situation théorique à une situation clinique à laquelle il est confronté.

Pensez-vous réaliser une EPP ?

Comment peut-on réaliser une EPP ?

L'évaluation de votre pratique vous a-t-elle été enseignée lors de votre cursus initial ?

Comment vous est venu ce questionnaire sur votre pratique ?

Les événements indésirables.

La déclaration et l'analyse des événements indésirables est un moyen de réaliser une EPP.

Que vous évoque ce terme ?

Avez-vous des exemples ?

Explication du travail de thèse/ Présentation de l'outil.

Le but de la thèse est de créer un outil permettant la déclaration et l'analyse des événements indésirables. L'outil sera testé sur l'endodontie puis sera élargi aux autres disciplines. Le travail a consisté à créer une liste d'événements indésirables afin de les déclarer et pour certains d'analyser les circonstances de leur survenue. La déclaration a deux objectifs :

* Le suivi de cas : un événement indésirable primaire (exemple obturation avec persistance d'un saignement) même sans conséquence pour le patient peut être source d'un événement indésirable secondaire. La déclaration permet de se souvenir et de les mettre en relation. La compréhension des événements secondaires entraîne une modification du comportement pour éviter la survenue des événements primaires.

* L'analyse statistique de la pratique : la réalisation de statistiques sur la survenue de ces événements permettrait une comparaison avec d'autres confrères, l'établissement de référentiel et donc situer sa pratique et chercher à s'améliorer si l'on est loin de la norme.

L'analyse est séparée en deux parties :

- Un versant humain avec une analyse des causes immédiates : actions ou omissions du praticien ayant entraîné la survenue de l'événement

- Un versant organisationnel pour mettre en lumière les systèmes de défaillance

Que pensez-vous de cet outil ? L'utiliserez-vous ? Pourquoi ?

Annexe 6 : Grille d'analyse de l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil

Grille d'analyse de l'enquête qualitative sur le DPC, l'EPP, les événements indésirables en odontologie et la présentation de l'outil

Présentation du praticien

Thème du DPC

Connaissance du DPC
Définition du DPC
Intérêt et inscription au DPC
Opinions et représentations du DPC

Thème de l'EPP

Connaissance de l'EPP
Définition de l'EPP
Bilan sur la réalisation d'EPP
Outils et méthodes d'EPP
EPP et formation initiale
Source de l'auto-évaluation et du questionnement sur sa pratique
Opinions et représentations de l'EPP

Thème des événements indésirables

Définition des événements indésirables
Exemples d'événements indésirables
Opinions et représentations des événements indésirables

Thème de la présentation de l'outil

Intérêt et utilisation de l'outil
Fonctionnalité la plus intéressante de l'outil
Opinions sur l'outil et idées de développement

Prénom Nom: Cédric FALLA,

Le 06 /03/2015

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2015 – n° 25

Discipline: Santé Publique

**Apprendre de ses erreurs
Création d'un outil d'Évaluation des Pratiques
Professionnelles en odontologie
Étude d'acceptabilité auprès des chirurgiens-dentistes**

Résumé:

Depuis le décret du 30 décembre 2011, les chirurgiens-dentistes doivent satisfaire à une obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). À ce jour, on ne dénombre que peu d'outils permettant d'accompagner les praticiens dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins. La déclaration et l'analyse des événements indésirables est l'approche que nous avons choisie pour initier la pratique des auto-évaluations dans les cabinets dentaires. Notre travail a consisté à imaginer la conception d'un outil pédagogique répondant aux exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS). Une enquête qualitative a ensuite permis d'apprécier l'acceptabilité de l'outil et de recueillir les connaissances et les opinions des chirurgiens-dentistes sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Mots-clés:

Odontologie ; Evaluation des Pratiques Professionnelles ; Événements indésirables ; Endodontie ; Système de signalement ; Gestion des risques, Qualité des soins

**Learning from mistakes
Designing a tool for Evaluation of Professional Practices
in dentistry
An acceptability study among dentists**

Summary:

Since the decree of December 30, 2011, dentists must fulfil a required Evaluation of Professional Practices (EPP). Thus far, few tools have been created to help dentists to improve the quality of their care. Reporting and analysis of adverse events is the approach we have chosen to introduce the practice of self-assessment in dental offices. The aim of the study was to come up with a learning tool, which respects the requirements of the French National Authority for Health. Then, a qualitative survey was used to assess the acceptability of the tool and collect the knowledge and opinions of dentists on the Evaluation of Professional Practices.

Key-words:

Dentistry; Evaluation of Professionals Practices; Adverse events; Endodontics; Reporting system; Risk Management; Quality of care

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

16-20 Cours de la Marne

33082 BORDEAUX CEDEX