



**HAL**  
open science

# Enquête sur la qualité et sécurité des soins dans les services d'odontologie hospitalo-universitaire en France

Pierre Hervy

► **To cite this version:**

Pierre Hervy. Enquête sur la qualité et sécurité des soins dans les services d'odontologie hospitalo-universitaire en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. <dumas-04638809>

**HAL Id: dumas-04638809**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04638809v1>**

Submitted on 8 Jul 2024

**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.



HAL Authorization

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2024

N°

**Enquête sur la qualité et sécurité des soins dans les  
services d'odontologie hospitalo-universitaire en France**

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

*Présentée et soutenue publiquement par*

**HERVY Pierre**



*Le 9 avril 2024 devant le jury ci-dessous*

Président : Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : Professeur Laurent LE GUEHENNEC

Directeur de thèse : Professeur Anne-Gaëlle CHAUX

	<b>Présidente</b> Pr. BERNAULT Carine
	<b>Doyen</b> Pr. SOUEIDAN Assem
	<b>Vice-Doyens</b> Pr GAUDIN Alexis (1 <sup>er</sup> vice-doyen) Pr LE GUEHENNEC Laurent (Pédagogie) Pr LESCLOUS Philippe (Recherche)

<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers ( x11)</b>	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

<b>Professeur des Universités (x1)</b>
BOULER Jean-Michel

<b>Maitre de conférences (x1)</b>
VINATIER Claire

<b>Professeur Emérite (x1)</b>
GIUMELLI Bernard

<b>Enseignants Associés (x3)</b>	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistante Associée)

<b>Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (x20)</b>	<b>Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux des (x14)</b>
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUDAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HASCOET Emilie HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne MAITRE Yoann NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLOU Xavier VERNER Christian	BECHINA Camille BLEU Oriane CETINKAYA Volkan EVRARD Lucas HEMMING Cécile IBN ATTYA Zakarie LEROY Camille LIEPPE Thibault LUCAS Juliette MORCEL Marion PREVOT Diane QUEMARD Valentin QUINSAT Victoire Eugenie REMAUD Thomas

<b>Praticiens Hospitaliers Universitaires</b>
CLOUET Roselyne

<b>Praticiens Hospitaliers</b>	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

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

## Remerciements

**A Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de l'Université de Nantes, habilité à diriger les recherches

Département de Prothèses

Chef du Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale

- NANTES –

*Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.  
Merci de la qualité de votre enseignement durant mes années à la faculté.  
Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.*

**A Madame le Professeur CHAUX Anne-Gaëlle**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de l'université de Lyon

Département de Chirurgie Orale

- NANTES –

*Vous êtes à l'origine de ce travail, merci d'avoir accepté de me diriger dans ma thèse.  
Je vous remercie pour votre soutien, votre écoute, votre disponibilité et le temps que vous  
avez pris pour m'aider à réaliser ce travail.  
Je vous remercie également pour vos enseignements.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.*

**A Monsieur le Professeur Laurent LE GUEHENNEC**

Professeur des Universités

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

Docteur de l'Université de Nantes habilité à diriger les recherches

Chef du Département de Prothèses

- NANTES –

*Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse en tant qu'assesseur.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.*

**A Madame le Professeur Fabienne PEREZ**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de l'Université de Toulouse 3

Chef du département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

Chef du service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

- NANTES –

*Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse en tant qu'assesseur.  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.*

## **TABLE DES MATIERE**

Table des matières .....	8
<b><u>1) PLACE DE LA SECURITE DES PATIENTS ET DE LA DEMARCHE QUALITE EN ODONTOLOGIE</u></b> .....	10
1.1 Notion de sécurité des patients.....	10
1.1.1 Généralité.....	10
1.1.2 Définition.....	11
1.1.3 Les déterminants de la sécurité des patients.....	11
1.2 Notion de qualité des soins.....	12
1.2.1 Généralité.....	12
1.2.2 Définition.....	12
1.3 En Odontologie.....	12
1.3.1 Les événements qui ne devraient jamais arriver ( <i>never event</i> ).....	13
1.3.2 Les événements indésirables ( <i>adverse event</i> ).....	14
1.3.3 Considération dans notre pratique.....	15
<b><u>2) ENQUETE NATIONALE SUR LA SECURITE DES PATIENTS ET PERCEPTION DE LA QUALITE DANS LES CHU DE FRANCE</u></b> .....	16
2.1 Introduction.....	16
2.2 Matériel & méthode.....	17
2.2.1 Design de l'enquête et population cible.....	17
2.2.2 Approbation, consentement éclairé et protection des données.....	19
2.2.3 Développement du questionnaire.....	19
2.2.4 Distribution et accès au questionnaire.....	19
2.2.5 Administration du questionnaire.....	20
2.2.6 Analyse statistique.....	21
2.3 Résultats.....	22
2.3.1 Villes participantes.....	22
2.3.2 Participants.....	23
2.3.3 Implication dans les structures de qualité des soins.....	25

2.3.4 Informations et formation sur la sécurité des patients.....	25
2.3.5 Déclaration individuelle des événements indésirables.....	25
2.3.6 Perception de la culture de sécurité des patients dans les services d'Odontologie.....	26
2.3.7 Déclaration des événements indésirables dans les services.....	26
2.3.8 Survenue des événements indésirables.....	27
2.3.9 Travailler dans le service.....	27
2.3.10 Communication au sein du service.....	30
2.3.11 Communication avec d'autres services/à l'extérieur de l'hôpital.....	30
2.3.12 Propositions pour améliorer la sécurité du patient dans le service.....	30
2.4 Discussion.....	31
2.4.1 Taux de participation.....	31
2.4.2 Implication dans les structures de qualité des soins.....	31
2.4.3 Informations et formation sur la sécurité des patients.....	31
2.4.4 Déclaration individuelle des événements indésirables.....	32
2.4.5 Perception de la culture de sécurité des patients dans les services d'Odontologie.....	33
2.4.6 Report des événements indésirables dans les services.....	33
2.4.7 Survenue des événements indésirables.....	33
2.4.8 Travailler dans le service.....	33
2.4.9 Communication au sein du service.....	34
2.4.10 Communication avec d'autres services/à l'extérieur de l'hôpital.....	35
2.4.11 Propositions pour améliorer la sécurité du patient dans le service.....	35
2.5 Conclusion.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	38
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	43
TABLE DES TABLEAUX.....	43
ANNEXE.....	44

# **1) PLACE DE LA SECURITE DES PATIENTS ET DE LA DEMARCHE QUALITE EN ODONTOLOGIE**

## **1.1 Notion de sécurité des patients**

### **1.1.1 Généralité**

La culture de sécurité est une notion qui s'est à l'origine largement développée dans les domaines de l'ingénierie nucléaire, la marine et dans l'aéronautique. Globalement elle s'est imposée dans toutes les industries dans lesquelles des risques doivent être gérés.

Dans le domaine de la santé, la notion de sécurité des patients est un aspect fondamental de la qualité de tout établissement de soins. Au cours des dernières décennies, la culture de la sécurité des patients est passée d'un concept inventé par quelques professionnels de santé à un terme générique de grande envergure, qui fait maintenant partie intégrante de l'ensemble du personnel de soin et des usagers du système de santé. Certains documents clés ont été publiés au cours de cette période qui contribuent à expliquer l'importance de la sécurité des patients. L'étude ENEIS (Enquête Nationale des Evénements Indésirables associés aux Soins) (1) menée de 2009 à 2019 dans les hôpitaux de France a notamment montré la survenue fréquentes d'évènements indésirables graves associés aux soins dont la moitié aurait pu être évitée.

Un événement indésirable (EI) est un événement ou un effet non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne. Les EI peuvent être liés à la manipulation ou à la consommation d'un produit, d'une substance ou faire suite à un acte de soins à but diagnostic, thérapeutique ou préventif effectué par un professionnel de santé (2).

Ainsi depuis quelques années de nombreuses enquêtes et études sur la sécurité des patients ont été lancées permettant d'identifier les points clés de la sécurité des patients en établissements de santé. Une grande partie des travaux réalisés à ce jour s'appuie sur l'expertise de la médecine, de la psychologie et des sciences sociales, les facteurs humains ayant un rôle majeur dans la survenue des EI.

### **1.1.2 Définition**

Plusieurs définitions de la culture sécurité existent, une des plus connues a été adoptée en 2006 par la société européenne pour la qualité des soins (*European Society for Quality in Health Care*) qui la présente comme « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. » (3)

La Haute Autorité de Santé (HAS), la définit la sécurité des patients comme « la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient. Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner. »

### **1.1.3 Les déterminants de la sécurité des patients**

De nombreux outils dans la littérature ont été utilisés pour mesurer la culture de sécurité des patients. L'HAS vise notamment à la développer autour des 10 axes suivants (adapté de l'Hospital Survey On Patient Safety Culture) (3) :

- La perception globale de la sécurité
- La fréquence de signalement des événements indésirables
- Les attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins
- L'organisation apprenante et l'amélioration continue
- Le travail d'équipe dans le service
- La liberté d'expression
- La réponse non punitive à l'erreur
- Les ressources humaines
- Le soutien du management pour la sécurité des soins
- Le travail d'équipe entre les services de l'établissement

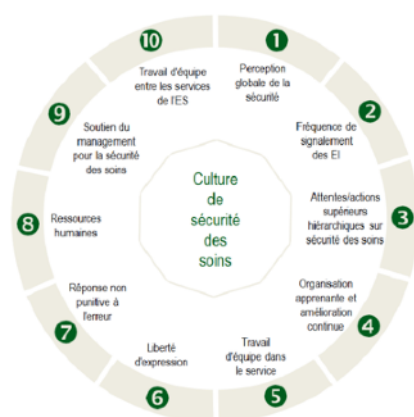


Figure 1 : Les 10 dimensions de la culture sécurité. HAS (3)

## **1.2. Notion de qualité des soins**

### **1.2.1 Généralités**

On ne peut parler de sécurité des patients sans aborder la notion de qualité. La qualité tire ses origines du monde de l'entreprise avec pour but d'en optimiser et d'améliorer les performances.

Les progrès récents en matière de soins de santé ont conduit à une situation dans laquelle la médecine, qui était autrefois considérée comme simple et relativement sûre, est désormais perçue comme complexe et potentiellement dangereuse. La notion de qualité des soins a alors fait son apparition dans le domaine de la santé. Aujourd'hui la qualité a son importance dans la pratique quotidienne, elle améliore la sécurité du patient, notamment en permettant d'établir le bon diagnostic, de prévenir les erreurs et d'assurer une prise en charge appropriée (4).

### **1.2.2 Définition**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définissait en 1987 la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir, à chaque patient, l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (5).

## **1.3 En Odontologie**

L'odontologie, comme les autres spécialités médicales, a également bénéficié des évolutions technologiques des dernières années. Le chirurgien-dentiste, que ce soit en milieu hospitalier ou en libéral, réalise quotidiennement des procédures hautement techniques et parfois risquées dans des environnements complexes, il exerce au sein d'une équipe soignante et utilise une multitude d'appareils, d'instruments et d'outils.

La discipline n'est pas épargnée par la survenue d'évènements indésirables (EI), ils sont potentiellement nombreux dans la pratique et impliquent des domaines variées, expliquant qu'il n'y ait pendant longtemps pas eu de classification officielle les mentionnant.

Leur survenue est en partie due à la complexité de l'activité de soins qui associe aujourd'hui l'utilisation de technologies de pointe, une organisation importante de la structure de soins (cabinet ou service hospitalier) et des compétences humaines variées tout en prenant en compte la prise en charge individuelle des patients. En odontologie on peut distinguer « les événements qui ne devraient jamais arriver » (*never event*) et les événements indésirables (*adverse event*).

### **1.3.1 Les événements qui ne devraient jamais arriver (*never event*)**

« Les événements qui ne devraient jamais arriver » (*never event*) correspondent à des incidents graves et largement évitables liés à la sécurité des patients qui ne devraient pas se produire si les mesures préventives disponibles ont été mises en œuvre. (6)

L'étude e-Delphi17 (6) publiée en 2018 propose une liste « d'événements qui ne devraient jamais arriver » classés selon le stade de prise en charge du patient :

- En consultation : le non-enregistrement des antécédents d'allergies médicamenteuses du patient, non-orientation du patient vers un bilan si les lésions de la muqueuse buccale ne cicatrisent pas après 2 semaines de traitement, non-mise en œuvre d'un dépistage du cancer de la sphère oropharyngée dans le cadre d'une consultation de contrôle.
- Durant la phase pré-opératoire : traitement dispensé à un mauvais patient, non-vérification de l'identité du patient avant de mettre en œuvre une intervention, non-stérilisation des instruments réutilisables.
- Pendant la phase per-opératoire : extraction d'une mauvaise dent, utilisation d'instruments réutilisables non stérilisés, blessure à l'œil du patient en raison de l'omission d'utiliser une protection oculaire appropriée, administration d'une carpule d'anesthésique local non marquée, fracture de la mâchoire lors de la pose de l'implant en raison d'une planification ou d'un placement incorrect, projection d'hypochlorite de sodium dans les structures environnantes pendant le traitement endodontique d'une dent, utilisation de matériaux chez un patient ayant des antécédents connus d'allergie aux matériaux utilisés, réutilisation d'articles à usage unique, ingestion ou inhalation de corps étrangers, utilisation de matériel non désinfecté, réutilisation de limes endodontiques endommagées, injection d'une mauvaise solution anesthésique.

- Durant la phase post-opératoire : prescription d'un médicament à une patiente présentant une allergie connue au médicament, prescription d'un médicament tératogène à une patiente dont on sait qu'elle est enceinte, présence d'un corps étranger retenu après une intervention chirurgicale (hors intervention canalaire), mauvaise médication prescrite en pédiatrie.

On retrouve également en santé les notions de « quasi-accidents » et « d'incidents sans préjudice » qui sont des d'évènements qui auraient pu porter préjudice au patient mais qui ont pu être évités (7). Il peut s'agir par exemple d'une erreur de médicament rattrapée avant son administration ou d'une erreur dans le dossier du patient récupérée avant une intervention. Ces évènements, qui ne sont généralement pas signalés car ils n'ont aucune conséquence pour le patient, doivent également être identifiés et analysés car leurs causes pourraient être similaires.

### **1.3.2 Les événements indésirables (*adverse event*)**

Les EI correspondent à tout incident préjudiciable à un patient. Ils peuvent être liés à la manipulation ou à la consommation d'un produit, d'une substance ou faire suite à un acte de soins à but diagnostic, thérapeutique ou préventif effectué par un professionnel de santé (8).

En 2016, Marmaldi (9) propose dans le cadre d'une étude, une classification en 12 catégories des EI en odontologie : allergie, toxicité ou réponse à un corps étranger ; ingestion ou inhalation d'un corps étranger ; infection ; erreur de site, de patient ou erreur de procédure de traitement ; saignement; douleur; lésions des tissus durs ; blessure des tissus mous; lésion nerveuse; complications systémiques ; autre préjudice ; problèmes de qualité des soins.

Il existe peu d'étude en France concernant la survenue d'EI en odontologie. Selon une base de données nationale sur les EI en Angleterre et au Pays de Galles, les incidents les plus fréquemment signalés en odontologie sont des erreurs de matériels (36%), des blessures de patients (10%), les urgences médicales (6%), l'ingestion ou l'inhalation accidentelle d'un dispositif médicale (4 %), des effets indésirables (4 %) et mauvaise extraction dentaire (2%) (10). Une étude rétrospective de 10 ans basée sur des réclamations juridiques en Espagne a révélé que l'implantologie (25 %), l'endodontie (21 %) et la chirurgie buccale (20 %) étaient les spécialités présentant la plus grande fréquence d'EI ayant conduit à des poursuites judiciaires (11).

### **1.3.3 Considération dans notre pratique**

Le monde de la médecine et de l'odontologie a longtemps délaissé l'importance de ces EI. Leur accumulation chaque année a abouti à une prise de conscience et une mobilisation des instances de santé via le développement de la culture sécurité par la HAS.

Aujourd'hui l'odontologie présente un certain retard par rapport à la médecine en matière de prévention des EI, la discipline a donc tout à gagner à intégrer ces principes de culture sécurité et de démarche qualité afin de la rendre sur sûr. C'est d'autant plus un défi de par l'exercice majoritairement libéral en cabinet dentaire de la profession.

## **2) Enquête nationale sur la sécurité des patients et perception de la qualité dans les CHU de France**

### **2.1 Introduction**

La sécurité des soins et des patients est un domaine de santé qui a émergé avec la complexité croissante des systèmes de santé et la hausse des préjudices causés aux patients au sein des établissements de santé. La sécurité des patients consiste à prévenir et à éviter les blessures des patients, les effets indésirables (EI) ou les erreurs résultant d'une procédure médicale en établissant des valeurs, des procédures et une gestion rigoureuse (12,13). La culture de la sécurité désigne un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation des soins (équipes, établissements, structures de ville, etc.) et plus largement par la société (14). Elle améliore la qualité des soins et facilite à la fois la sécurité du patient et celle du professionnel de santé. La sécurité des soins et des patients apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique, et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande d'introduire le concept de culture de sécurité des soins durant la formation des étudiants en santé (15,17).

En dentisterie, malgré une amélioration au cours des dernières années, la culture de la sécurité des soins et des patients semble peu développée (12,18,19). Les facteurs explicatifs sont multiples. Bien que des complications graves puissent survenir en cabinet dentaire (12), telles que des chocs anaphylactiques, l'inhalation d'un dispositif médical ou une mauvaise extraction dentaire (20), les événements indésirables (EI) peuvent apparaître moins graves qu'en médecine ou en chirurgie. La dentisterie concerne principalement la pratique individuelle et privée, avec une large couverture géographique.

De plus, seuls quelques services d'odontologie ont intégré la sécurité des patients et la démarche qualité dans leurs programmes académiques (21) et la plupart des publications sur la sécurité des patients en dentisterie datent des 10 dernières années (22,23). Ainsi, la majorité des praticiens ne sont ni formés ni sensibilisés à ce sujet crucial, ce qui constitue un obstacle majeur à l'amélioration de la sécurité des patients en dentisterie.

À ce jour, il existe peu d'études européennes sur le comportement des étudiants ou des professionnels en chirurgie-dentaire (24). De plus, la plupart des études se sont concentrées sur une catégorie professionnelle, à savoir les étudiants ou les professionnels, alors que la sécurité des patients est une culture globale dans une équipe, impliquant tout le personnel du service.

Il était donc crucial de faire le point sur la situation en France afin d'identifier les moyens d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.

L'objectif de cette étude était d'étudier le niveau de culture concernant la sécurité des patients dans les services d'odontologie des Centres Hospitalo-Universitaire (CHU) de France afin d'améliorer la sécurité des patients ainsi que la culture de sécurité par le biais de groupes de travail nationaux.

## **2.2 Matériel & méthode**

Une enquête nationale a été réalisée entre février et juin 2023 au sein des CHU au travers d'un questionnaire électronique. Le rapport du questionnaire suivait la checklist CHERRIES (25).

### **2.2.1 Design de l'enquête et population cible**

Le questionnaire a été soumis aux Centres Hospitalo-Universitaire (CHU) possédant un service d'odontologie et qui ont accepté de répondre au questionnaire, grâce au logiciel SPHINX Version 8.5.2: Logiciel développé par la Société Le Sphinx, situé à Chavanod (74) en France, utilisé pour les enquêtes sécurisées par le CHU de Nantes.

Tout professionnel du service d'odontologie travaillant auprès des patients pouvait y répondre, c'est-à-dire les enseignants et praticiens : PU-PH, MCU-PH, AHU, PH, les étudiants en chirurgie-dentaire de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année, les internes de toute spécialité travaillant dans les services d'odontologie (Chirurgie Orale, Médecine Bucco-Dentaire, Orthopédie Dento-Faciale), le personnel paramédical : infirmier diplômé d'Etat, Aides-Soignants, Assistants dentaires.

Le personnel non médical ou non paramédical des services d'odontologie, le personnel administratif et les étudiants en chirurgie-dentaire de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année n'ont pas été inclus dans l'enquête.



Figure 2 : Carte des facultés de chirurgie dentaire en France en 2021 (31)

Le questionnaire (disponible en annexe 1) a été divisé en 4 parties : la première partie concernait le répondant (âge, profession, durée d'activité au sein du service, ...) et son implication institutionnelle dans la sécurité des patients. Les connaissances sur la déclaration des événements indésirables et leur survenue dans le service ont également été évalués. La deuxième partie concernait la qualité de vie au travail avec un retour d'expérience du travail dans le service, le sentiment de solidarité et de respect entre professionnels. La troisième partie concernait la communication dans le service et la quatrième partie la communication hors du service (avec les laboratoires, autres services ou spécialistes...). Enfin, une question ouverte sur la manière dont la sécurité des patients pourrait être améliorée dans les services a clôturé le questionnaire.

Pour les questions concernant la qualité de vie au travail et la communication, l'évaluation a été réalisée grâce à une échelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). L'échelle de Lickert, parfois appelée « échelle de satisfaction » ou « échelle d'attitude », est un outil de mesure permettant d'évaluer l'opinion ou la perception d'un individu concernant un sujet de manière plus nuancée qu'une simple réponse binaire « Oui/Non » (26).

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Figure 3 : échelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

### **2.2.2 Approbation, consentement éclairé et protection des données**

L'enquête a été approuvée par le comité d'éthique du CHU de Nantes, et préalablement présentée à la Conférence Nationale des Chefs de Service en Odontologie avant le début de la collecte des données.

Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête et que la durée estimée pour répondre à l'enquête était de 8 minutes avant de compléter le questionnaire.

Concernant les données des participants, le questionnaire était anonyme mais le recueil des informations générales sur les répondants étaient obligatoire pour l'analyse.

### **2.2.3 Développement du questionnaire**

Le questionnaire a été rédigé en français et est adapté de 3 questionnaires différents utilisés en évaluation de la qualité : le Medical Office Survey on Patient Safety Culture, le Safety Attitudes Questionnaire -Intensive Care Unit (version française) et l'AHRQ (version française) (27,28,29).

Le questionnaire obtenu a été testé par un panel de 20 volontaires, parmi lesquels d'anciens étudiants et internes des services qui ont été exclus de l'enquête, afin de valider le fonctionnement et l'interprétation des questions, puis le questionnaire a été modifié en fonction de leurs retours. Une deuxième version a été soumise et approuvée par le même processus.

### **2.2.4 Distribution et accès au questionnaire**

L'information concernant l'enquête a été donnée par mail et par des affiches dans les services.

Le questionnaire était un questionnaire fermé, il a été distribué sur invitation uniquement avec un lien unique envoyé par courrier électronique à la population cible. Un code QR a été créé pour faciliter la participation par smartphones.

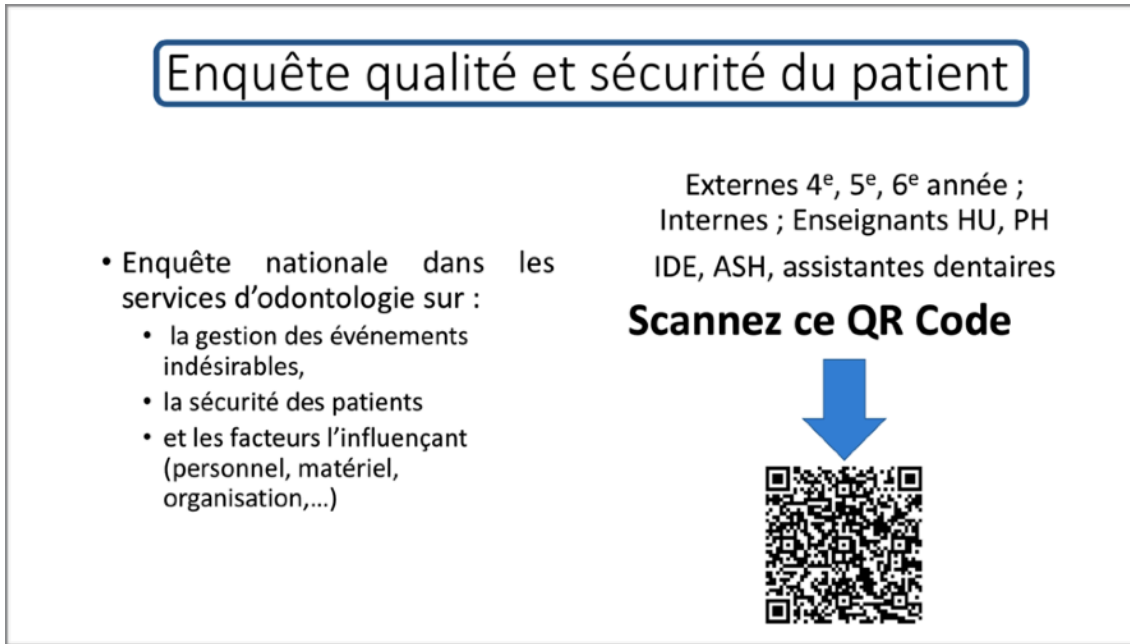


Figure 4 : Affiche de diffusion de l'enquête et accès au questionnaire par QR Code

### **2.2.5 Administration du questionnaire**

Les données ont été collectées entre février et juin 2023. Le questionnaire était un questionnaire basé sur le volontariat, aucune incitation ou compensation financière n'a été offerte en l'échange de réponses au questionnaire.

Le questionnaire était constitué d'une page d'introduction et de 40 questions ce qui nécessitait 17 pages web, avec un maximum de 7 questions par page (pour les questions simples). Pour les questions complexes, seulement une question était affichée sur chaque page

L'ordre des questions du questionnaires n'a pas été randomisé. Un questionnement adaptatif c'est-à-dire certains items affichés de manière conditionnelle en fonction des réponses à d'autres items a été utilisé pour certaines questions.

Les répondants étaient autorisés à revenir en arrière dans le questionnaire. Si un répondant n'avait pas répondu à une question, un message d'erreur s'affichait et le répondant n'était pas autorisé à passer à la question suivante sans avoir répondu de manière appropriée à la question actuelle. Les répondants n'avaient pas de limite de temps pour terminer le questionnaire et seul les questionnaires complets soumis ont été analysés. Les cookies n'ont pas été utilisés et l'adresse IP de l'ordinateur du répondant n'était pas vérifiée.

### **2.2.6 Analyse statistique**

Les réponses à l'enquête ont été collectées dans le logiciel SPHINX et analysées via SHINX-IQ3, par le Département Interventionnel de Santé Publique du CHU de Nantes.

Pour la première partie du questionnaire, des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de base des données. Un test de Khi-2 a été utilisé pour comparer les résultats obtenus entre les différents groupes. Une valeur  $P$  inférieure à 0,05 était considérée comme un niveau significatif.

Pour la deuxième partie du questionnaire concernant la qualité de vie au travail, une analyse en composantes principales (ACP) a montré que les 15 questions de la partie pouvaient être synthétisées en 3 variables. La première concernait « le respect et l'esprit d'équipe » ; la deuxième concernait « l'adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels, et la troisième concernait « l'organisation des tâches ».

Chacune des questions était présentée avec ses pourcentages de réponses « Très négatives », « Négatives », « Neutre », « Positives », « Très positives ». Un pourcentage de réponses « Positives », « Très positives » a été calculé. Pour chacune des 3 variables on obtenait une « score global » en faisant la moyenne de pourcentage des réponses « Positives et Très positives ».

Des scores ont également été calculés pour les 5 questions concernant la « communication au sein du service ».

Selon la HAS (30), un pourcentage inférieur ou égal à 50 % montrerait une dimension à améliorer et à prioriser. Un pourcentage supérieur à 75% montrerait une dimension très développée.

## 2.3 Résultats

### 2.3.1 Villes participantes

Sur les 17 les services d'odontologie des CHU en France, 15 ont accepté de répondre au questionnaire, parmi lesquels 12 ont apporté des réponses. Parmi ces 12 services d'odontologie des CHU, 8 ont apporté plus de 40 réponses. Quarante réponses minimum étaient nécessaires pour permettre secondairement une analyse individuelle du service.

Le pourcentage de répondants par ville est indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1

#### **Répartition des réponses par ville ( $n = 681$ ).**

<b>Ville du service</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bordeaux	16.3% (111 sur 681)
Nice	15.3% (104 sur 681)
Nantes	13.2% (90 sur 681)
Nancy	12.5% (85 sur 681)
Lyon	11.5% (78 sur 681)
Rennes	7.0% (48 sur 681)
Paris	6.6% (45 sur 681)
Brest	6.2% (42 sur 681)
Toulouse	4.0% (27 sur 681)
Strasbourg	3.8% (26 sur 681)
Aix-Marseille	3.5% (24 sur 681)
Reims	0.1% (1 sur 681)
Clermont Ferrand	0.0% (0 sur 681)
Lille	0.0% (0 sur 681)
Montpellier	0.0% (0 sur 681)

### **2.3.2 Participants**

L'enquête a permis de recueillir un total de 681 réponses au questionnaire. Comme le montre le Tableau 2, la majorité des répondants étaient des étudiants 65,9%, 26,9% étaient des enseignants ou des praticiens diplômés, 3,7% étaient du personnel paramédical, 3,5% des internes. 71,1% des répondant avaient moins de 30 ans, 13,5% avaient entre 31 et 39 ans, 7,8% avaient entre 40 et 49 ans et 7,6% avaient plus de 50 ans.

Concernant les enseignants ou praticiens seniors, 49,7% avaient leur diplôme depuis plus de 10 ans ; 51% étaient des spécialistes. 59% travaillaient dans le service depuis plus de 5 ans, 32% depuis 1 à 5 ans et 9% depuis moins d'un an.

Les étudiants étaient pour 26% en 4<sup>ème</sup> année, 42% en 5<sup>ème</sup> année et 32% en 6<sup>ème</sup> année. Les internes étaient répartis entre les 3 spécialités : 16% de chirurgie buccale, 38% de médecine bucco-dentaire, 46% d'orthopédie dento-faciale.

52% des infirmiers et paramédicaux travaillaient dans les services depuis plus de cinq ans et 40% depuis 1 à 5 ans.

**Tableau 2** Caractéristique démographique des répondants (*n* = 681).

Caractéristiques générales de la population	Professionnels de santé interrogés ( <i>n</i> = 681).	
	No.	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Homme	224	33
Femme	457	67
<b>Âge (années)</b>		
< 30	484	71.1
30-39	92	13.5
40-49	53	7.8
50 ≥	52	7.6
<b>Statut</b>		
Etudiant	449	65.9
Chirurgien-dentiste ou médecin	183	26.9
Personnel paramédical	25	3.7
Interne	24	3.5
Caractéristiques des étudiants	Etudiants en chirurgie-dentaire interrogés ( <i>n</i> = 449).	
	No.	Pourcentage (%)
<b>Année d'étude</b>		
4 <sup>ème</sup> année	117	26
5 <sup>ème</sup> année	187	42
6 <sup>ème</sup> année	145	32
Caractéristiques des enseignants/séniors	Enseignants/séniors interrogés ( <i>n</i> = 183).	
	No.	Pourcentage (%)
<b>Diplômé depuis</b>		
1-5 ans	56	30.7
5-10 ans	36	19.6
> 10 ans	91	49.7
<b>Discipline</b>		
Spécialité	94	51
Omnipratique	89	49
<b>Ancienneté dans le service</b>		
< 1 an	17	9
1-5 ans	58	32
> 5ans	108	59
Caractéristiques des internes	Internes interrogés ( <i>n</i> = 24).	
	No.	Pourcentage (%)
<b>Spécialité</b>		
DESMBD	9	38
DESCO	4	16
DESODF	11	46
Caractéristiques du personnel paramédical	Personnel paramédical interrogés ( <i>n</i> = 25).	
	No.	Pourcentage (%)
<b>Ancienneté dans le service</b>		
< 1 an	2	8
1-5 ans	10	40
> 5ans	13	52

### **2.3.3 Implication dans les structures de qualité des soins**

8,8 % des répondants avaient déjà participé à une structure ou des comités concernant la sécurité des patients ou la qualité des soins, majoritairement à des réunions qualité (43,3%).

25% connaissaient les structures qualité existant dans leur hôpital, mais 53% ne savaient pas ce qui existait.

### **2.3.4 Informations et formation sur la sécurité des patients**

44 % des répondants avaient bénéficié de formations ou d'informations sur la sécurité des patients au cours de leur cursus, dont 56% pendant 2 heures ou moins. Parmi ceux qui avaient bénéficié d'une formation ou une information, 71% l'avaient reçue en formation initiale.

### **2.3.5 Déclaration individuelle des événements indésirables**

Concernant la déclaration individuelle des événements indésirables 58% des répondants connaissaient la procédure en place dans leur service, avec une différence significative ( $P$  value : 0.01) entre les infirmiers et paramédicaux (92,0%), les seniors ou enseignants (68,9%) et les étudiants (52,1%) ou internes (41,7%). Pour les seniors et les enseignants, il existait une différence significative ( $P$  value : 0.01) entre les praticiens travaillant dans les services depuis plus de 5 ans et ceux récemment intégrés (81,5% contre 35,3%). Aucune différence statistique n'a été observée entre les étudiants de 4, 5 ou 6<sup>ème</sup> année.

Parmi les répondants, 28 % avaient déjà déclaré un événement indésirable dans leur carrière ou leur cursus, avec une différence très significative ( $P$  value : 0.001) entre les infirmiers et paramédicaux (76,0%), les seniors ou enseignants (51,4%) et les étudiants (16,7%) ou interne (16,7%). Pour les seniors et les enseignants, il existait une différence significative ( $P$  value : 0.002) entre les praticiens travaillant dans les services depuis plus de 5 ans et ceux récemment intégrés (60,2% contre 17,6%). Aucune différence statistique n'a été observée entre les étudiants de 4, 5 ou 6<sup>ème</sup> année.

68 % ont signalé 1 ou 2 EI au cours des 12 derniers mois, 21 % 2 à 5 et 6 % plus de 5 EI.

Les types d’EI signalés sont présentés dans la figure 5.

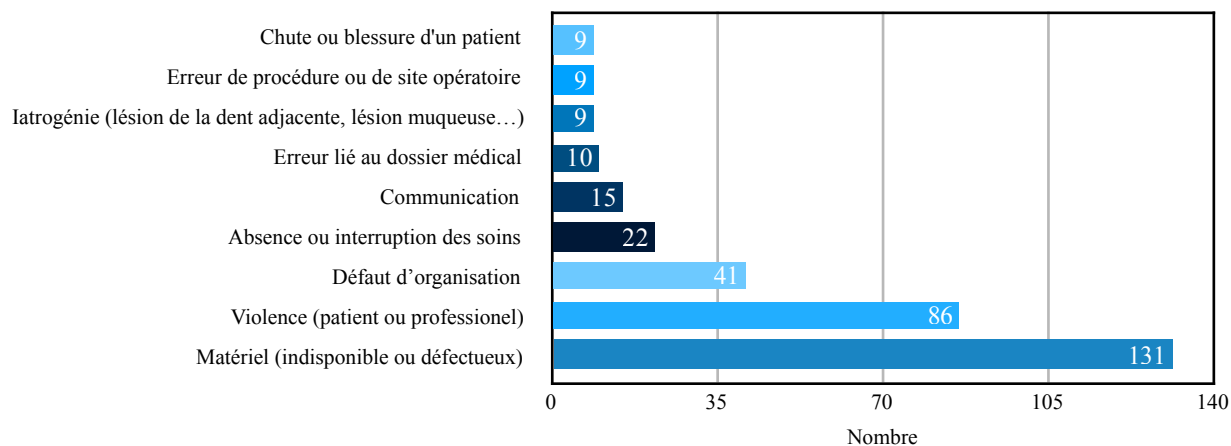


Figure 5 : Principaux types d'événements indésirables signalés par les participants au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Certains types d’EI ont été signalés uniquement par les enseignants ou les séniors, comme l’ingestion ou l’inhalation de corps étrangers, une erreur dans le dossier médical, une erreur de site ou de procédure ou une mauvaise décision médicale. Le manque d'organisation était significativement plus signalé par les étudiants de 6<sup>ème</sup> année que par les étudiants de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année.

### **2.3.6 Perception de la culture de sécurité des patients dans les services d’Odontologie**

32 % percevaient un niveau de sécurité des patients très bon à excellent dans leur service. Aucune différence statistique n'était constatée entre les professionnels, l'année d'études et l'ancienneté, avec un score légèrement meilleur pour les seniors récemment arrivés (52,9% pour les seniors de moins de 1 an contre 30,6% pour les seniors de plus de 5 ans).

### **2.3.7 Déclaration des événements indésirables dans les services**

Lorsqu'un EI avait un impact sur le patient, il était toujours ou majoritairement rapporté dans 41,1% des cas, parfois dans 30 %, et jamais ou presque jamais dans 28,9 %.

Lorsqu’il n’avait eu aucun retentissement, il était signalé « toujours ou majoritairement » dans 36,1 % des cas, « parfois » dans 25,4 %, et « jamais ou presque jamais » dans 38,5 %.

### **2.3.8 Survenue des événements indésirables**

Cette partie visait à évaluer la survenue d'EI, indépendamment de leur signalement. Certains EI survenaient de manière quotidienne ou hebdomadaire, comme les problèmes avec le matériel (68%), des erreurs de prescription (mauvais patient, mauvais examen, mauvais médicament/dosage/durée ...) (28%), problème d'accès aux soins (35,7%), erreur de diagnostic (22,2%), erreur liée au dossier ou aux documents médicaux (20,8%), erreur liée à l'identité du patient (10,4%)

### **2.3.9 Travailler dans le service**

Selon l'ACP, 3 scores globaux ont été calculés pour les 3 variables.

L'esprit d'équipe et le sentiment de respect étaient bons (58,6%) avec un très bon score pour la solidarité et l'entraide dans le service (75,2%). Il y avait des différences significatives ( $P$  value : 0.014) en termes de d'esprit d'équipe et de sentiment de respect entre les enseignants ou les séniors (68,5%), les internes (63,3%), le personnel paramédical (57,7%) et les étudiants (54,3%). Les scores les plus faibles ont été obtenus pour « les professionnels sont traités avec respect » (44,5%) et « valorisation du travail et de l'esprit d'équipe » (38,3%).

Le score global pour « adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels » était faible : 26,9 %. Le score le plus faible a été obtenu pour « adéquation avec le nombre de patients traités » : 15 %. Il y avait une différence significative ( $P$  value : 0.017) pour « suffisamment de professionnels dans les services » en ce qui concerne l'ancienneté avec une note de 45,9 % pour les professionnels nouvellement arrivés contre 16,9 % pour les professionnels du service sur 5 ans.

Le score global pour « organisation des tâches » était faible : 31,9 %, avec une note de 20,9 % pour « organisation du service ».

Tableau 4

**Résultats pour les variables « Esprit d'équipe et respect », « Adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels », « Organisation des tâches » évaluant la qualité de vie au travail**

<b>Esprit d'équipe et respect</b>	<b>No.</b>	<b>Pourcentage de réponses « Positives et Très positives » (%)</b>
Solidarité et entraide dans le service	677	75.2%
Bonne ambiance dans le service	678	71.1%
Facilité à poser des questions	676	63.8%
Sentiment d'être respecté	677	44.5%
Valorisation du travail et de l'esprit d'équipe	674	38.3%
<b>Score global « Esprit d'équipe et respect »</b>	-	<b>58.6%</b>
<b>Adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels</b>	<b>No.</b>	<b>Pourcentage de réponses « Positives et Très positives » (%)</b>
Nb praticiens suffisants / Nb de patients	677	33.5%
Personnel suffisant dans le service	674	25.2%
Flux de patients dans le service	674	15.0%
Nb patients correct pour pec correct	675	30.7%
Sentiment de ne pas être débordé	677	21.9%
<b>Score global « Adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels »</b>	-	<b>26.9%</b>
<b>Organisation des tâches</b>	<b>No.</b>	<b>Pourcentage de réponses « Positives et Très positives » (%)</b>
Formation pour assurer ses tâches	678	33.8%
Organisation du service	675	20.9%
Tâche relevant uniquement du poste	678	29.1%
Procédure pour vérifier les tâches	676	27.8%
Procédure standardisées suivies par l'équipe	674	48.1%
<b>Score global « Organisation des tâches »</b>	-	<b>31.9%</b>

Tableau 5		Estimation des 3 scores selon le métier				
	Score « Esprit d'équipe/Respect »	<i>p</i>	Score « Personnel en nb suffisant »	<i>p</i>	Score « Organisation des tâches »	<i>p</i>
Chirurgien-dentiste ( <i>n</i> = 183)	68.5 %		21.1 %		29.8 %	
Etudiant ( <i>n</i> = 449)	54.3 %	0.014 *	26.9 %	NS	32.2 %	NS
Interne ( <i>n</i> = 24)	63.3 %		27.5 %		30.0 %	
Personnel paramédical (IDE, assistante dentaire, aide- soignant(e)) ( <i>n</i> = 24)	57.7 %		13.3 %		36.6 %	

Tableau 6		Estimation des 3 scores selon l'ancienneté (concernant les enseignants/séniors)				
	Score « Esprit d'équipe/Respect »	<i>p</i>	Score « Personnel en nb suffisant »	<i>p</i>	Score « Organisation des tâches »	<i>p</i>
<1 an ( <i>n</i> = 17)	78.8 %		45.9 %		51.8 %	
De 1 à 5 ans ( <i>n</i> = 58)	69.1 %	NS	21.8 %	0.017 *	27.7 %	NS
> 5 ans ( <i>n</i> = 108)	66.5 %		16.9 %		27.4 %	

### **2.3.10 Communication au sein du service**

Le score pour la communication interne au service était faible : 26%. Il y avait une différence significative ( $P$  value : 0.0019) entre les étudiants (21 %), les enseignants ou sénior (34 %) et les infirmières ou le personnel paramédical (41 %). Les scores les plus faibles ont été obtenus concernant le fait de pouvoir remettre en cause les décisions/actions des séniors (16,7 %) et les informations sur les actions mises en place après la déclaration des EI (19,2 %). L'information sur les EI survenant dans le service a été notée 20,9 %.

### **2.3.11 Communication avec d'autres services/à l'extérieur de l'hôpital**

Les problèmes de communication en dehors du service surviennent majoritairement avec le prothésiste (46,6 %). Ces problèmes surviennent également avec d'autres spécialités de l'hôpital ou à l'extérieur avec des cabinets libéraux (respectivement 27,9% ou 14,6%).

### **2.3.12 Propositions pour améliorer la sécurité du patient dans le service**

54 participants ont répondu à la dernière question ouverte « que pourriez-vous proposer pour améliorer la culture de sécurité des patients dans le service ? ».

Les participants ont pour la plupart signalé un besoin d'améliorer la communication, le retour après un signalement d'EI et plus de bienveillance dans les relations (en particulier pour les étudiants). Les participants ont également signalé un sentiment d'inutilité de signaler les EI car ils n'avaient aucun retour. Le besoin de davantage de personnel paramédical et d'enseignants/séniors a également été largement signalé. Cela conduit à un sentiment d'insécurité dans les tâches (9 étudiants) et à une répartition inadéquate des tâches, car les étudiants devaient effectuer des tâches ne relevant pas de leur futur métier ou poste (quelques appels téléphoniques, ménage, vérification du matériel...).

Une amélioration de la quantité de matériel disponible, un besoin de plus de sécurité pour les professionnels (notamment aux urgences) ont également été signalés. Le besoin de lieux et de temps pour se rencontrer et échanger sur la démarche qualité, la sécurité des patients, les procédures et les checklists a été signalé par un tiers des répondants.

## **2.4 Discussion**

Il convient de noter que les études concernant la sécurité des patients en chirurgie-dentaire, et en particulier les études concernant les étudiants non diplômés et les établissements de formation de chirurgie-dentaire, proviennent principalement d'Asie, des États-Unis, du Royaume-Uni et du Moyen-Orient (32-34). Il existe peu d'études européennes sur le comportement des étudiants ou des professionnels en chirurgie-dentaire (35).

### **2.4.1 Taux de participation**

Le taux de réponse a été assez faible : une estimation de l'ensemble des professionnels travaillant dans les services d'odontologie des CHU pourrait être d'environ 4 500, ce qui signifie un taux de réponse global de 14,2 %, mais les proportions sont représentatives du ratio étudiants/enseignants ou seniors. Durant cet intervalle de temps, le nombre d'étudiants de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année pourrait être estimé à 3500, ce qui signifie un taux de participation de 12,8% ; le nombre de seniors/enseignants pourrait être estimé à 906, ce qui signifie un taux de participation de 20,2%. Les internes, infirmiers ou paramédicaux étaient largement sous-représentés dans l'enquête.

### **2.4.2 Implication dans les structures de qualité des soins**

Seuls 8,8 % des participants étaient ou ont déjà été impliqués dans des équipes qualité. Il faut contrebalancer cette situation par le fait qu'il y avait un taux élevé d'étudiants parmi les participants et que les étudiants sont rarement impliqués dans de telles structures. Par ailleurs, plus de la moitié des participants n'avaient pas connaissance des structures qualité existantes dans leur service. Ainsi, l'information et la communication concernant les dispositifs existants devraient être améliorées.

### **2.4.3 Informations et formation sur la sécurité des patients**

Dans la littérature, 35,7 % ont suivi une formation sur la sécurité des patients au cours de leur cursus (33). Dans cette enquête, 44 % étaient informés sur la sécurité des patients, mais la durée du cours était courte (56 % de 2 heures ou moins), ce qui est probablement insuffisant pour rester impliqué au quotidien. Parmi les participants ayant suivi des cours, 22 % ont consacré plus de 6 heures à l'enseignement de la sécurité des patients.

#### **2.4.4 Déclaration individuelle des événements indésirables**

58 % des participants connaissaient la procédure de déclaration des EI. Il n'est pas surprenant que les infirmières et les paramédicaux soient plus conscients de la sécurité du patient et signalent plus souvent les EI. Pour les seniors et les enseignants, cela augmente avec l'ancienneté, ce qui corrobore une enquête chinoise qui montrait qu'être dans un établissement pendant plus de 10 ans augmentait les attitudes positives en matière de sécurité, et qui montre le rôle de l'expérience (34). Dans cette enquête, il n'y avait pas de différence statistique entre les étudiants français de 4, 5 ou 6<sup>ème</sup> année, ce qui diffère d'une autre étude qui faisait état d'une augmentation de la culture de sécurité de la quatrième année d'étude à l'internat (14). Le faible taux (16,7%) d'étudiants ou d'internes déclarant un EI pourrait s'expliquer par le fait que lorsqu'un EI survient, le senior ou l'enseignant est informé et signale généralement l'événement lui-même, l'étudiant étant sous sa responsabilité. Il est à noter que l'ingestion ou l'inhalation de corps étrangers, les erreurs dans le rapport clinique, un mauvais site d'intervention, une mauvaise procédure ou une mauvaise décision médicale, qui ont été signalés exclusivement par des enseignants ou seniors, pourraient être considérés comme des EI graves.

Le manque d'organisation n'a été signalé que par les seniors ou par les étudiants de 6<sup>ème</sup> année, probablement parce qu'ils connaissent parfaitement le service et qu'ils commençaient déjà à exercer en cabinet libéral lors du stage actif ; ils ont ainsi pu comparer l'exercice hospitalier et l'exercice libéral. Le stage actif correspond à un stage auprès d'un chirurgien-dentiste permettant à l'étudiant de mettre en pratique, de manière autonome sous supervision, les connaissances théoriques, pratiques et cliniques acquises au cours de ses études.

Les différents types d'EI signalés peuvent être séparés en 2 groupes : les EI qui pourraient être résolus par des procédures internes et les EI qui nécessitent l'intervention d'autres services ou ressources (c'est-à-dire le service financier, les ressources administratives...). La plupart des EI signalés concernaient la deuxième catégorie : les problèmes avec le matériel (indisponible, cassé, non stérile) ou les violences envers les professionnels étaient les plus rapportés. Ces plaintes pourraient être résolues en achetant du nouveau matériel, en améliorant la maintenance, en optimisant le circuit de stérilisation (en réduisant l'intervalle de temps du processus) et en cas de violence, en employant un agent de sécurité et en formant les professionnels.

Néanmoins, d'autres EI (manque d'organisation, interruption des soins, erreur dans le rapport clinique, erreur de site ou de procédure, plaie iatrogène, inhalation ou ingestion de corps étranger et manque de communication) pourraient être résolus par la mise en place de procédures et des changements internes.

#### **2.4.5 Perception de la culture de sécurité des patients dans les services d'Odontologie**

Un tiers des participants considéraient la culture de la sécurité des patients dans leur service comme très bonne ou excellente, tandis que 17 % la considéraient comme faible et insuffisante. Le score diminuait avec l'ancienneté dans la structure, probablement du fait d'une meilleure connaissance de celle-ci au fil du temps et donc une perception accrue des éventuels dysfonctionnements ou défauts.

#### **2.4.6 Report des événements indésirables dans les services**

Il n'est pas surprenant que les EI ne soient généralement pas signalés lorsqu'ils ne sont pas susceptibles de nuire au patient. Les EI sont également sous-estimés dans la littérature puisque la déclaration des EI n'est pas la norme lorsque l'événement ne nuit pas au patient (36). Les événements dits inoffensifs ou « quasi-accidents » (*near event*) ne sont généralement pas considérés comme dangereux et ne sont généralement pas signalés. Néanmoins, ils pourraient être considérés comme des événements sentinelles et devraient également être analysés via une méthode d'analyse des causes premières (*Root Causes Analysis*) (37).

#### **2.4.7 Survenue des événements indésirables**

La survenue quotidienne ou hebdomadaire des EI a mis en évidence le taux élevé de sous-déclaration des EI dans les services. La déclaration systématique des EI est pourtant indispensable pour permettre leur analyse et la mise en place de mesures préventives.

#### **2.4.8 Travailler dans le service**

Le score pour « l'esprit d'équipe et le sentiment de respect » est bon (58,6 %) puisque les professionnels obtiennent un score élevé pour l'entraide (75,2 %). Cela est important dans la mesure où les groupes d'entraide ou le compagnonnage, basés sur le soutien réciproque des pairs, offrent un type de ressource précieux qui aide à surmonter les défis (38).

Le score pour « l'adéquation entre les tâches et le nombre de patients » était sans surprise faible. Il existe une forte perception selon laquelle le nombre de patients traités est trop important par rapport au nombre de professionnels. En France, il existe un projet de loi (1er février 2023) concernant le nombre minimal d'aidants en fonction du nombre de patients hospitalisés (ou en ambulatoires) (39). La différence concernant l'ancienneté pourrait s'expliquer par une plus grande responsabilité lorsque l'ancienneté augmente et par une meilleure analyse des différentes tâches à accomplir. Une certaine « naïveté » pourrait aussi influencer la perception des professionnels nouvellement arrivés.

Le score « organisation des tâches » est également faible, notamment pour l'organisation globale du service (20,9 %). Seul un tiers des participants considéraient qu'ils accomplissaient uniquement des tâches relevant de leur poste. L'absence de procédures existantes a également été signalée, malgré le rôle majeur de celles-ci dans la sécurité patient (40).

#### **2.4.9 Communication au sein du service**

Le score pour la communication interne du service était faible (26%), notamment pour les étudiants. Il semble que ce manque de communication entraîne un manque de confiance et un risque accru d'EI. Les étudiants sont très conscients de l'importance de la communication (41). La culture du « sans reproche » n'est pas toujours une évidence, et la responsabilité individuelle reste une préoccupation (42). Par ailleurs, près de 70 % des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête ont souligné qu'elles craignaient que le signalement de leurs erreurs soit conservé dans leur dossier personnel par leur hiérarchie (12). Dans les services, les rapports entre étudiants et enseignants peuvent parfois être difficiles, il en ressort un manque d'ouverture de communication et la peur d'une réponse punitive qui sont de puissants obstacles à l'adhésion des étudiants (43,44). Ce point devrait être amélioré dans les services hospitalo-universitaires, car l'expérience de l'équipe et les interactions informelles jouent également un rôle important dans la formation des étudiants (14). La communication permet en effet d'améliorer le travail d'équipe, la confiance, et diminue le risque d'erreur (45). Une bonne communication avec les collègues semble diminuer le risque d'un mauvais diagnostic et donc d'un mauvais traitement. Ceci est parfois difficile à réaliser en hospitalo-universitaire, car les étudiants ne se sentent pas au même niveau de légitimité que les seniors/enseignants.

#### **2.4.10 Communication avec d'autres services/à l'extérieur de l'hôpital**

La plupart des problèmes de communication sont survenus avec les prothésistes dentaire et les techniciens de laboratoire, qui constituent les deux catégories professionnelles les plus sollicitées par les chirurgiens-dentistes en général. Le prothésiste est sollicité au quotidien pour permettre la fabrication et l'adaptation de dispositifs médicaux sur mesure qui nécessitent plusieurs étapes. Par conséquent, chaque professionnel doit veiller à être aussi clair que possible dans sa communication et la transmission des informations. Les stratégies pour améliorer les compétences en communication comprennent une forte collaboration, un rapport clair et bien formaté, avec des photographies si nécessaire, une formation aux compétences en communication et aux soins centrés sur le patient (46,47).

#### **2.4.11 Propositions pour améliorer la sécurité du patient dans le service**

Le manque de retour sur la déclaration des EI, évalué à 19,2 % dans cette enquête, a découragé les participants à signaler les EI, et les avantages de la déclaration sont généralement restés flous (48). La moitié des étudiants (52,1%) ne savaient pas comment le report de l'événement était analysé ni quelle procédure il suivait. Différents outils peuvent être proposés afin d'améliorer la sécurité des soins et la qualité dans les services d'odontologie.

Les checklists contribuent à une meilleure préparation de l'intervention et permettent de recouper toutes les étapes impliquées avant de réaliser l'intervention. L'utilisation de checklists dans les services d'odontologie réduit le risque de chirurgie sur un mauvais site de 0,026 % ou 0,047 % à 0 % (49,50). Par exemple, Saksena a proposé une checklist adaptée de la liste de contrôle de l'OMS pour la chirurgie orale sous anesthésie locale (51). Diaz Flores-Garcia a également proposé une checklist de 21 éléments en chirurgie et en endodontie (52), et Christman a introduit une checklist avant le traitement implantaire (53). Néanmoins, les checklists ne suffisent pas pour éviter les EI (21). On peut se demander si la multiplication des checklists spécifiques à une spécialité ou à un traitement (chirurgie/endodontie/implants) pourrait être source d'erreur car relativement longue à mettre en œuvre, et donc une checklist dentaire unique, éventuellement plus simple, devrait être préférée.

L'OMS, en collaboration avec le conseil de l'American Dental Association sur la pratique dentaire et la division des affaires juridiques, ont proposé une checklist dentaire comprenant cinq étapes : briefing avant le rendez-vous, avant la procédure, durant la procédure, avant le départ, après le départ du patient (54).

Un formulaire de référence avec des cases à cocher, inspiré de la checklist de l'OMS, peut être proposé pour la plupart des interventions dentaires telles que la chirurgie, l'endodontie, la dentisterie restauratrice ou la préparation prothétique. (55,56)

L'enquête a mis en évidence la nécessité de cours et de réunions sur la sécurité des patients tout au long du cursus. Enseigner la culture sécurité en petits groupes semble être bénéfique pour enseigner la méthode d'analyse des causes profondes à travers des cas cliniques (37). On trouve la méthode ALARM (57) (disponible en annexe 2) qui est actuellement la référence pour l'analyse systématique des EI. Elle permet d'éviter la récurrence en identifiant les facteurs ayant favorisé leur survenue à travers 7 catégories de facteurs, selon qu'ils sont liés au patient, aux individus, à la tâche au cours de laquelle survient le défaut de soin, au fonctionnement de l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et à l'encadrement, au fonctionnement de l'institution.

Simuler une situation difficile pendant la formation des étudiants peut augmenter leur capacité clinique en matière de gestion du stress et de la distraction (58), puisqu'il a été prouvé que la distraction et le stress augmentent le risque d'EI (59). Ainsi, des mises en situation sous la forme de « serious games » pourraient être proposées aux étudiants et à tous les professionnels. Tussardi suggère d'incorporer la notion de culture sécurité dans le programme des étudiants en chirurgie dentaire et en médecine afin de promouvoir leur implication active dans la sécurité du patient. La question de savoir quand elle doit être enseignée (dans les premières années ou plus tard, lors d'un stage) demeure, mais les auteurs semblent recommander un enseignement précoce afin que cette culture devienne une seconde nature (41). Ainsi, cela garantira à l'avenir des praticiens compétents et sûrs (60).

## **2.5 Conclusion**

Bien que la culture de sécurité des patients ne semble être que partiellement institutionnalisée en dentisterie, cette enquête a fait état d'une bonne attitude des prestataires de soins dentaires (enseignants et étudiants) à l'égard de celle-ci. Le manque de moyens matériels et de ressources humaines semble être un point clé pour améliorer la sécurité dans les services hospitalo-universitaires.

La communication a également été perçue comme très importante et pourrait être améliorée sans surcoût et par des solutions internes. L'enseignement de la sécurité des patients concerne principalement le signalement des incidents et, dans une moindre mesure, la prévention et la détection des EI (61).

Les facteurs humains représentant des facteurs d'erreur clés, les EI peuvent être contournés grâce à cinq outils : réduire la complexité (c'est-à-dire le nombre d'étapes d'une procédure), optimiser le traitement de l'information grâce à l'utilisation de checklist, favoriser l'automatisation avec des logiciels judicieux lorsque cela est possible, utiliser des contraintes et atténuer les effets indésirables liés aux changements (62).

Dans les facultés de chirurgie-dentaire en particulier, l'encadrement joue un rôle clé dans l'intégration de la culture sécurité. En raison du taux élevé d'EI au cours des études dentaires, les services hospitalo-universitaires ont pour challenge identifier les « points clé » de la sécurité des patients et proposer des stratégies pour inculquer cette culture aux praticiens et aux étudiants (63). Les bénéfices d'une culture sécurité forte sont multiples, tant pour le patient que pour le professionnel, et combinent connaissances, soft skills et savoir-faire. Un management bienveillant des équipes médicales devrait être appliqué et enseigné aux étudiants en chirurgie-dentaire afin d'améliorer leur professionnalisme et d'augmenter l'efficacité de l'organisation (64,65).

Les services hospitalo-universitaires doivent faire face à un défi de taille : combiner soins centrés sur le patient et éducation centrée sur l'étudiant. De nouveaux outils pédagogiques tels que des plateformes interactives sont actuellement développés dans le monde entier et pourraient contribuer à promouvoir cette éducation. Enfin évaluer la culture de sécurité présente en soi un intérêt pédagogique fort et permet déjà de la faire progresser par une prise de conscience de son existence.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>
2. Qu'est-ce qu'un événement sanitaire indésirable ? [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/qu-est-ce-qu-un-evenement-sanitaire-indesirable>
3. Culture de sécurité des soins. Haute Autorité de Santé. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1497866/fr/culture-de-securite-des-soins-comprendre-et-mesurer](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-de-securite-des-soins-comprendre-et-mesurer)
4. Campbell S, Tickle M. What is quality primary dental care? Br Dent J. août 2013;215(3):135–9.
5. Qualité des soins. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
6. Ensaldo-Carrasco E, Carson-Stevens A, Cresswell K, Bedi R, Sheikh A. Developing agreement on never events in primary care dentistry: an international eDelphi study. Br Dent J 2018;224(9):733-40.
7. Sécurité du patient. Haute Autorité de Santé. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins)
8. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Haute Autorité de Santé. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante)
9. Maramaldi P, Walji MF, White J, Etolue J, Kahn M, Vaderhobli R, Kwatra J, Delattre VF, Hebballi NB, Stewart D, Kent K, Yansane A, Ramoni RB, Kalenderian E. How dental team members describe adverse events. J Am Dent Assoc. 2016 Oct;147(10):803-11.
10. Thusu, S., Panesar, S., Bedi, R., 2012. Patient safety in dentistry - state of play as revealed by a national database of errors. Br. Dent. J. 213 (3). <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.669> [E3].
11. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014 Sep 1;19 (5):e500-5.

12. Al Sweleh FS, Al Saedan AM, Al Dayel OA. Patient safety culture perceptions in the college of dentistry. *Medicine* 2018;97(2):e9570.
13. Al-Surimi K, AlAyadi H, Salam M. Female dental students' perceptions of patient safety culture: a cross sectional study at a middle eastern setting. *BMC Med Educ.* 2018 Dec 10;18(1):301. doi: 10.1186/s12909-018-1415-8.PMID: 30526570
14. Tussardi IT, Francesca Moretti F, Capasso M, Niero V, Visentin D, Dalla Barba L, Tardivon S. Improving the culture of safety among healthcare workers: Integration of different instruments to gain major insights and drive effective changes. *Int J Health Plann Mgmt.* 2021;1–23.
15. Walton M, Woodward H, Van Staaldunin S, Lemer C, Greaves F, Noble D, Ellis B, Donaldson L, Barraclough B; Expert Group convened by the World Alliance of Patient Safety, as Expert Lead for the Sub-Programme. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Qual Saf Health Care.* 2010 Dec;19(6):542-6.
16. World Health Organization. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011.
17. World Health Organization. WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2009.
18. Yansane A, Lee JH, Hebballi N, Obadan-Udoh E, White J, Walji M, Easterday C, Rindal B, Worley D, Kalenderian E. Assessing the Patient Safety Culture in Dentistry. *JDR Clin Trans Res.* 2020 Oct;5(4):399-408.
19. Ramoni RB, Walji MF, Tavares A, et al. Open Wide: Looking into the Safety Culture of Dental School Clinics. *Journal of Dental Education.* 2014; 78(5):745–756. [PubMed: 24789834]
20. Al-Nomay SA, Ashi A , Al-Hargan A , Alshalhoub A , Masuad E. Attitudes of dental professional staff and auxiliaries in Riyadh, Saudi Arabia, toward disclosure of medical errors. *The Saudi Dental Journal* 2017;29:59-65.
21. Kiersma ME, Plake KS, Darbishire PL. Patient safety instruction in US health professions education. *Am J Pharm Educ.* 2011 Oct 10;75(8):162
22. Ramoni RB, Walji MF, White J, et al. From good to better: toward a patient safety initiative in dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2012; 143(9):956–960. [PubMed: 22942131] 24.
23. Pemberton MN. Developing patient safety in dentistry. *Br Dent J* 2014; 217: 335–337. 76.
24. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014 Sep 1;19 (5):e500-5.

25. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res* 2004;6(3):e34
26. Rensis Likert, « A Technique for the Measurement of Attitudes », *Archives of Psychology*, vol. 140, 1932, p. 1–55
27. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey On Patient Safety™ (SOPS™) Questionnaire. Available at : <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
28. Thiolliere F, Ledochowski S, Reynaud B, Wallet F, Schaff B, Bohe J, Piriou V, Lepape A . Mesure de la culture sécurité : utilisation du Safety Attitudes Questionnaire en réanimation (SAQ-ICU). *Anesth Reanim*. 2016; 2: 146–154
29. Haute Autorité de Santé. American Agency for Healthcare Research and Quality Questionnaire, translated and validated by the CCECQA (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle-Aquitaine). Available at: [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/2\\_cs\\_mode\\_emploi\\_questionnaire.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/2_cs_mode_emploi_questionnaire.pdf)
30. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé. Campagnes, résultats et développements des indicateurs. Update: 13 Jul. 2023. Available at: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_970481/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_970481/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante).
31. Conférence des Doyens d'Odontologie. Conférence des Doyens d'Odontologie. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <http://cdo.unistra.fr/>
32. Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H. Attitudes toward patient safety standards in US dental schools: a pilot study. *J Dent Educ*. 2008;72:431-7.
33. Al Olayan R, Alahmad A, Buali D, Alonaizan F, Alhareky M, Alhumaid J, Ashraf Nazir M. Patient safety culture amongst dental students and interns in Dammam, Saudi Arabia. *Eur J Dent Educ*. 2021;25(1):175-182. doi: 10.1111/eje.12588.
34. Cheng HC, Yen AM, Lee YH. Factors affecting patient safety culture among dental healthcare workers: A nationwide cross-sectional survey. *J Dent Sci*. 2019 Sep;14(3): 263-268.
35. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Sep 1;19 (5):e500-5.
36. AlBlaihed RM, AlSaeed MI, Abuabat AA, Ahsan SH. Incident reporting in dentistry: Clinical supervisor's awareness, practice and perceived barriers. *Eur J Dent Educ*. 2018;22(3):e408-e418. doi: 10.1111/eje.12319. Epub 2017 Dec 21.
37. Chen TC, Schein OD, Miller JW. Sentinel Events, Serious Reportable Events, and Root Cause Analysis. *JAMA Ophthalmol*. 2015 Jun;133(6):631-2.

38. Munn-Giddings C, McVicar A. Self-help groups as mutual support: What do carers value? *Health Soc Care* 207;15(1):26-34.
39. Robb G, Stolarek I, Wells S, Bohm G. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. *N Z Med J*. 2017 Oct 27;130(1464):13-24.
40. Carlo A. Effective policies and procedures play important role in patient safety. *Mater Manag Health Care*. 2007. PMID: 17439063
41. Palmer JC, Blanchard JR, Jones J, Bailey E. Attitudes of dental undergraduate students towards patient safety in a UK dental school. *Eur J Dent Educ*. 2019 May;23(2):127-134
42. Robb G, Stolarek I, Wells S, Bohm G. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. *N Z Med J*. 2017 Oct 27;130(1464):13-24.
43. Wetzel AP, Dow AW, Mazmanian PE. Patient safety attitudes and behaviors of graduating medical students. *Eval Health Prof*. 2012 Jun;35(2):221-38.
44. Vohra PD, Johnson JK, Daugherty CK, Wen M, Barach P. Housestaff and medical student attitudes toward medical errors and adverse events. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007 Aug; 33(8):493-501
45. Nikdel C, Nikdel K, Ibarra-Noriega A, Kalenderian E, Walji MF. Clinical Dental Faculty Members' Perceptions of Diagnostic Errors and How to Avoid Them. *J Dent Educ* 2018; 82(4) : 340-48.
46. Pérez-DE-Oliveira ME, Heerden WV, Motta ACF, Rodrigues-Fernandes CI, Romañach MJ, Agostini M, Gueiros LAM, Vargas PA, Lopes MA, Ribeiro ACP, Brandão TB, Almeida OP, Khurram SA, Santos-Silva AR. The need for communication between clinicians and pathologists in the context of oral and maxillofacial diseases. *Braz Oral Res*. 2022 Jan 14;36:e008.
47. Finkel S, Pizzi P. Dentist-Ceramist Communication: Protocols for an Effective Esthetic Team. *Dent Clin North Am*. 2020 Oct;64(4):697-708.
48. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand*. 2013; 71(6):1370–1377. [PubMed: 23351166]
49. Lee J S, Curley A W. Prevention of wrong site tooth extraction: clinical guidelines. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65: 1793–1799. 28.
50. Dargue A, Fyfe E, French K, Ali K, Bailey E, Bell A, Bolt R, Bulsara Y, Carey J, Emanuel C, Green R, Khawaja N, Kushnerev E, Patel N, Shepherd S, Smart B, Smyth J, Taylor K, Varma Datla K. The impact of wrong-site surgery on dental undergraduate teaching: a survey of UK dental schools. *Eur J Dent Educ*. 2021 Nov;25(4):670-678.

51. Saksena A, Pemberton M N, Shaw A, Dickson S, Ashley M P. Preventing wrong tooth extraction: experience in development and implementation of an outpatient safety checklist. *Br Dent J* 2014;217(7):357-62.
52. Diaz-Flores-Garcia V, Perea-Perez B, Labajo-Gonzalez E et al. Proposal of a 'Checklist' for endodontic treatment. *J Clin Exp Dent* 2014; 6: e104–e109.
53. Christman A, Schrader S, John V et al. Designing a safety checklist for dental implant placement: a Delphi study. *J Am Med Assoc* 2014; 145: 131–140.
54. Pinsky HM, Taichman RS, Sarment DP. Adaptation of airline crew resource management principles to dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2010 Aug;141(8):1010-8.
55. Pemberton M N, Ashley M P, Saksena A, Dickson S. Wrong tooth extraction: an examination of 'Never Event' data. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2017; 55:187-188.
56. Perea-Perez B, Santiago-Saez A, Garcia-Marin F, Labajo Gonzalez E. Proposal for a 'surgical checklist' for ambulatory oral surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40: 949–954. 26.
57. Grille ALARM. Haute Autorité de Santé. [cité 30 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm)
58. Thomas I, Nicol L, Regan L, Cleland J, Maliepaard D, Clark L, Walker K, Duncan J. Driven to distraction: a prospective controlled study of a simulated ward round experience to improve patient safety teaching for medical students. *BMJ Qual Saf* 2015 ;24(2) :154-61
59. Kirch DG, Boysen PG. Changing the culture in medical education to teach patient safety. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Sep;29(9):1600-4.
60. Dargue A. Patient safety: Complication or never event? *Br Dent J.* 2016 Nov 18;221(10):597.
61. Robb G, Stolarek I, Wells S, Bohm G. The state of quality improvement and patient safety teaching in health professional education in New Zealand. *N Z Med J.* 2017 Oct 27;130(1464):13-24.
62. Bailey E, Tickle M, Campbell S. Patient safety in primary care dentistry: where are we now? *Br Dent J* 2014; 217: 339–344.
63. Osegueda-Espinosa A A, Sánchez-Pérez L, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Acosta-Gio A E. Dentists Survey on Adverse Events During Their Clinical Training. *J Patient Saf* 2020;16(4):e240-e244.
64. Aoun M, Hasnan N, Al-Aaraj H. Relationship between lean practices, soft total quality management and innovation skills in Lebanese hospitals. *EMHJ* 2018; 24(3):269-276.
65. Robinson FG, Cunningham LL, Turner SP, Lindroth J, Ray D, Khan T, Yates A. Improving a Dental School's Clinic Operations Using Lean Process Improvement. *J Dent Education* 2016;80(10): 1170-79.

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1 : Les 10 dimensions de la culture sécurité. HAS (2)

Figure 2 : Carte des facultés de chirurgie dentaire en France en 2021 (21)

Figure 3 : Echelle de Lickert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

Figure 4 : Affiche de diffusion de l'enquête et accès au questionnaire par QR Code

Figure 5 : Principaux types d'événements indésirables signalés par les participants au cours des 12 mois précédant l'enquête.

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition des réponses par ville

Tableau 2 : Caractéristique démographique des répondants


Tableau 3 : Résultats pour les variables « Esprit d'équipe et respect », « Adéquation entre les tâches et le nombre de professionnels », « Organisation des tâches » évaluant la qualité de vie au travail

Tableau 5 : Estimation des 3 scores selon le métier

Tableau 6 : Estimation des 3 scores selon l'ancienneté (concernant les enseignants/séniors)

# ANNEXES

## Annexe 1 : Grille ALARM. HAS (57)

 <span style="float: right;"><b>Grille ALARM Commentée</b></span>	
<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<p><b>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura la plus directe influence sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être important car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un évènement</b></p> <p><b>Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</b></p>	
<b>1,1 Antécédents</b>	
Exemples	Médicaux habitus
Questions	Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'évènement ?
<b>1,2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité Personnes vulnérables: personnes âgées, enfants, personnes handicapées...
Questions	Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet évènement ? Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
<b>1,3 Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement...)
Questions	Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'évènement (ex : un traitement particulier) ?
<b>1,4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier Personnes démunies, personnes détenues
Questions	Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ? La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ? Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'évènement ? Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
<b>1,5 Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements: agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins
Questions	Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ? Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, ..) ?
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<p><b>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</b></p>	
<b>2,1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels...)
Questions	Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'évènement ? Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?
<b>2,2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...) Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient) Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)
Questions	Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ? Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?

## Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête nationale sur la sécurité des patients et perception de la qualité dans les CHU de France



### Enquête nationale dans les services d'odontologie des CHU (ex-CSERD) : évaluation des pratiques professionnelles en culture qualité et sécurité des soins

Cette enquête a pour ambition de faire un état des lieux national du niveau de **culture sécurité** dans les **services d'odontologie** des CHU adossés à des UFR d'odontologie. L'enquête est effectuée dans le cadre d'une **thèse** pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, dirigée par le Professeur Anne-Gaëlle Chaux (Nantes), en collaboration avec l'équipe de Santé Publique Interventionnelle du CHU de Nantes.

L'objectif est le recueil des données en termes de **connaissance des instances** existantes dans les CHU, de la **perception de la qualité**, de la **gestion des événements indésirables** et des **facteurs pouvant influencer** celle-ci. Après l'analyse des résultats, des pistes d'amélioration pourront être élaborées (par exemple sous forme de groupes de travail au niveau national), ainsi que des outils pédagogiques à l'usage de tous. Ce travail s'inscrit donc dans un projet plus vaste d'amélioration des pratiques et de la sécurité des patients dans les services d'odontologie des CHU.

Le questionnaire est anonyme ; le temps estimé de remplissage est d'environ 8 minutes. Merci d'avance de votre participation.

← Précédent

Suivant →

## Informations générales

### Profil du répondant et de son environnement

Quelle est la ville de votre CHU de rattachement ?

Quel âge avez-vous ?

- moins de 30 ans     30 à 39 ans     40 à 49 ans     50 ans et plus

Quel est votre sexe ?

- Homme     Femme     Autre

Vous êtes

- Chirurgien-dentiste ou médecin     Etudiant     Interne     Personnel paramédical (IDE, assistante dentaire, aide-soignant(e))

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé (thèse pour le diplôme d'état) ?

- 0 - 5 ans     5 - 10 ans     > 10 ans

Etes-vous spécialisé ?

- Oui     Non

Si oui, depuis combien de temps ?

- 0 - 5 ans     5 - 10 ans     > 10 ans

← Précédent

Suivant →

## Informations générales

### Quelle est votre discipline clinique de rattachement ?

- Odontologie Conservatrice-Endodontie
- Prothèses
- Chirurgie orale
- Parodontologie
- Orthopédie dento-faciale
- Odontologie pédiatrique
- Autre

Si 'Autre' précisez :

### Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?

- < 1 an
- 1 à 5 ans
- plus de 5 ans

### Vous travaillez dans ce service (en équivalent temps plein) ?

- Moins de 50% de votre temps de travail
- 50% ou plus de votre temps de travail

### Vous êtes étudiant en ?

- 4ème année
- 5ème année
- 6ème année

### Vous êtes interne en ?

- DESMBD
- DESCO
- DESODF

### Vous êtes interne en quel semestre ?

- 1er
- 2ème
- 3ème
- 4ème
- 5ème
- 6ème
- 7ème
- 8ème

← Précédent

Suivant →

## Informations générales

### Depuis combien d'années exercez-vous dans le service d'odontologie ?

- < 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 ans et plus

### Vous travaillez dans ce service (en équivalent temps plein) ?

- 50% ou moins de votre temps de travail
- Plus de 50% de votre temps de travail

### Signalement des évènements indésirables / Implication culture sécurité

Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement (CHU) à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigilances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc...)

- Oui
- Non

### Laquelle/Lesquelles ?

- Comité de Retour d'Expérience (REX, RETEX)
- Réunion Morbi-Mortalité (RMM)
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Vigilances (matéριοvigilance...)
- Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)
- Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS)
- Cellule qualité
- Réunions d'analyse d'Evènements Indésirables (ex: Cellule d'Analyse d'Evènements Indésirables (CAFEI))
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent

Suivant →

## Informations générales

Dans votre service (service d'odontologie), existe-t-il ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Des réunions qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des réunions d'analyse des évènements indésirables (RMM, CREX, REMED...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu une formation ou une information sur la démarche qualité et la gestion des évènements indésirables liés aux soins ?

- Oui  Non

Si oui, était-ce ?

- En formation initiale  En formation continue

Nombre d'heures (approximatif)

Connaissez-vous la procédure de signalement des évènements indésirables dans votre établissement ?

- Oui  Non

Avez-vous déjà déclaré un évènement indésirable ?

- Oui  Non



Si oui, au cours des 12 derniers mois, combien de signalements d'évènements indésirables avez-vous effectué ?

- 1 à 2  3 à 5  6 à 10  > 10



## Informations générales

Si vous avez déjà rempli une (ou des) fiche(s) de signalement, quelle(s) en étai(en)t la(les) thématique(s) ?

- Matériel indisponible ou défectueux - matériovigilance
- Violence patient ou personnel
- Erreur de procédure ou de site opératoire
- Erreur de décision médicale
- Non réalisation de soins
- Problème lié au dossier (remplissage incomplet, données médicales insuffisamment complètes...)
- Inhalation ou ingestion de corps étranger
- Identitovigilance (mauvais patient)
- Iatrogénie (lésion de la dent adjacente, lésion muqueuse...)
- Défaut d'organisation
- Communication
- Rupture continuité des soins
- Chute ou blessure d'un patient
- Autre

Si 'Autre' précisez :

### Niveau de sécurité des soins

← Précédent  Suivant →

A quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ?

- Excellent       Très bon       Acceptable       Faible       Défaillant

← Précédent  Suivant →

## Informations générales

### Fréquence des évènements indésirables

	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Rarement	Jamais	Ne sait pas
Quand des erreurs surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou votre unité fonctionnelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand un dysfonctionnement ou une erreur survient, mais est détecté et corrigé avant d'avoir affecté le patient, il est signalé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand un dysfonctionnement ou une erreur survient, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, il est signalé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand un dysfonctionnement ou une erreur survient, et qu'il pourrait nuire au patient, mais qu'il n'a finalement pas d'effet, il est signalé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Dans le dossier patient de votre service, existe-t-il un formulaire de recueil standardisé des antécédents médicaux du patient ?

Oui  Non  Ne sait pas

### Consultez-vous le dossier médical général (logiciel CHU) informatisé des patients ?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais  Non concerné

← Précédent  Suivant →

## Informations générales

### Survenue des évènements indésirables

Les items suivants décrivent des événements qui peuvent survenir dans les services ou les UF et qui peuvent affecter la sécurité des patients et la qualité des soins. **Selon vous, combien de fois ces événements sont-ils survenus dans votre service lors des 12 derniers mois ?**

#### Accès aux soins

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Un patient a été dans l'impossibilité d'obtenir un rdv dans les 48h pour un problème urgent ou grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Identification du patient

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Le mauvais dossier a été utilisé pour un patient ou des informations médicales ont été enregistrées dans un mauvais dossier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

← Précédent  Suivant →

## Informations générales

### Dossiers et documents médicaux

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Un document médical n'était pas disponible lorsque cela était nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Matériel médical

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Le matériel médical ne fonctionnait pas ou n'était pas disponible lorsque cela était nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Informations générales

### Prescriptions médicamenteuses

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Une pharmacie a contacté le service pour clarifier ou modifier une prescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les antécédents médicaux ou patient n'ont pas été remis à jour régulièrement lors des consultations ou étaient incomplets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une erreur de prescription (prescription inadaptée, patient allergique, dose insuffisante...) était constatée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Diagnostics et examens

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Jamais au cours des 12 derniers mois	Ne sait pas
Les résultats radiologiques ou de laboratoire n'étaient pas disponibles lorsque nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des résultats biologiques anormaux sont passés inaperçus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Travailler dans le service

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les propositions suivantes ?

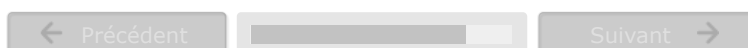
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Lorsque quelqu'un est débordé, les autres collègues l'aident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a une bonne ambiance dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est facile pour le personnel/les étudiants de poser des questions quand il y a quelque chose qu'ils ne comprennent pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On se sent souvent débordé lorsqu'on prend en charge des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chaque professionnel est traité avec respect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous recevons trop de patients par rapport au nombre de praticiens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chacun reçoit la formation dont il a besoin pour assurer ses tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le service est plus désorganisé qu'il ne devrait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous avons des procédures pour vérifier que les tâches sont effectuées correctement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On demande au personnel d'effectuer des tâches qui ne relèvent pas de leur poste ou compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Travailler dans le service

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les propositions suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Nous avons assez de personnel pour prendre en charge les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous avons des problèmes de flux de patients dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'esprit d'équipe et le travail d'équipe sont valorisés dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a trop de patients pour qu'ils soient pris en charge correctement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'équipe suit des procédures standardisées pour la réalisation des tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Communication au sein du service ou de l'UF

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les propositions suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans le service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous discutons des moyens à mettre en oeuvre afin que les erreurs ne se reproduisent pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Communication et échange d'informations en dehors de l'UF

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois un professionnel de votre UF a eu des problèmes de communication avec d'autres professionnels intra- ou extrahospitaliers ?

Avec des professionnels des services ou UF intra-hospitaliers

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Aucun problème au cours des 12 derniers mois	N/A ou Ne sait pas
Autres ufs du service d'odontologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres services de l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoire de prothèse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Communication et échange d'informations en dehors de l'UF

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois un professionnel de votre UF a eu des problèmes de communication avec d'autres professionnels intra- ou extrahospitaliers ?

Avec des professionnels hors centre hospitalier

	Tous les jours	Chaque semaine	Chaque mois	Au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois	Une ou 2 fois au cours des 12 derniers mois	Aucun problème au cours des 12 derniers mois	N/A ou Ne sait pas
D'autres spécialités médicales ou des praticiens libéraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des pharmacies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des laboratoires d'analyse extérieurs / centre d'imagerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du laboratoire de prothèse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous des commentaires ou propositions pour améliorer la sécurité des soins au Centre de Soins Dentaires ?

Tapez votre texte ici

← Précédent

✓ Enregistrer

**NANTES UNIVERSITÉ**  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

---

**Vu le Président du Jury,**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Vu le Doyen,**

**Pr Assem SOUEIDAN**

**HERVY (Pierre) – Enquête sur la qualité et sécurité des soins dans les services d’odontologie hospitalo-universitaire en France – 53 f. ; 5 ill. ; 6 tabl. ; 65 ref. ; 30 cm**  
(Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2024)

**RESUME :**

Chaque année, plusieurs milliers d’évènements indésirables graves se produisent en France dans les établissements de santé, dont une grande partie est jugé évitable et imputable aux erreurs humaines. L’odontologie n’est pas épargnée et présente également un fort taux de complications évitables. Les facteurs à l’origines de ceux-ci sont multifactoriels, humains et techniques.

Cette prise de conscience dans le domaine de la santé a abouti à l’émergence d’une culture de sécurité qui tire ses origines des domaines de haute technicité tel que le nucléaire et l’aéronautique. Depuis quelques années ce modèle de culture sécurité est intégré avec réussite en médecine avec des soins suivant les principes de la démarche qualité.

Aujourd’hui, l’odontologie présente un certain retard par rapport à la médecine en matière de prévention des évènements indésirables, c’est d’autant plus un défi de par la faible formation lors des études et de l’exercice majoritairement libéral en cabinet dentaire de la profession.

Après avoir défini des notions et des termes techniques, nous détaillerons l’étude transversale, menée dans les services d’odontologie des Centres Hospitalo-Universitaire (CHU) de France, visant à évaluer le niveau de culture concernant la sécurité des patients pour l’ensemble des catégories professionnelles impliquées dans ces établissements.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :** Santé publique

**MOTS CLES MESH**

Dentistes – Dentists

Étudiant dentisterie – Dental student

Évènements indésirables – Adverse effect

Démarche qualité – Quality culture

Prévention – Prevention

**JURY :**

Président : Professeur Yves AMOURIQ.

Directeur : Professeur Anne-Gaëlle CHAUX

Assesseur : Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : Professeur Laurent LE GUEHENNEC