

The background is a vibrant blue field filled with various sizes of gears and analog clocks. Some gears are light blue, some are dark blue, and one prominent gear in the center-right is white. A man in a red cape and dark pants stands at the bottom right, reaching up to touch the white gear. The overall theme is mechanical, organizational, and time-related.

***L'urgence
dentaire
un désordre
à organiser***

Gérer les demandes de prise en charge immédiate relève souvent du casse-tête, mais ce n'est pas une fatalité. En établissant un protocole, vous serez en mesure de les intégrer plus facilement à l'agenda. Car il ne faudrait pas qu'urgence rime avec souffrance...

Avec Rodolphe Cochet



« L'urgence n'est pas inintéressante, elle est juste désorganisatrice de l'agenda ! », observe Robert Maccario. Depuis vingt ans qu'il accompagne les chirurgiens-dentistes, le consultant en organisation des cabinets dentaires et fondateur du groupe Efficence dentaire s'étonne toujours de voir les praticiens « déstabilisés » par ces grains de sable dans leur mécanisme bien rodé, tant ces éléments contestataires de l'ordre établi sont prévisibles. Les « urgences dentaires font partie intégrante du métier », rappelle-t-il. Alors autant composer avec, dans la mesure du possible. Voici un protocole en trois étapes pour mieux les absorber.

1 **Étape n°1 : Étudiez leur potentiel perturbateur** **Construisez un référentiel de priorités**

Toutes les demandes d'urgences dentaires ne se valent pas. Pour juger de leur potentiel désorganisateur, « il est impératif de les classer par ordre de priorité », explique →

Chacun d'entre vous construira son propre référentiel de priorités, mais il est important d'en avoir un.

Puis-je refuser des urgences ?

Ce que disent les textes : vos obligations en la matière sont encadrées notamment par le Code de déontologie dentaire. L'article R.4 127-232 dispose que : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition [...] » Autrement dit, les chirurgiens-dentistes doivent obligatoirement prendre en charge l'urgence.

Ce qui se passe en pratique : Certains praticiens sont amenés à ne pas prendre 100 % des urgences. Discutable déontologiquement, mais parfois impératif selon eux pour des questions organisationnelles et même pour des questions de sécurité des soins. C'est le cas surtout dans les zones sous-dotées. Pour y remédier, des acteurs de la profession appellent les autorités à trouver des solutions pour rendre plus attractifs certains territoires.

Comment composer ? Vous ne pouvez pas proposer de rendez-vous au patient, mais cela ne vous empêche pas de l'accompagner. D'abord en proposant des solutions alternatives : adresser à un confrère, à un centre mutualiste, indiquer le numéro des urgences hospitalières, de SOS Dentaire... Mais parfois, vous serez démuni : de solution vous n'aurez point. Votre accompagnement doit être aussi psychologique : évitez les « non », brutaux, qui génèrent de la violence, préférez les formules qui montrent que vous êtes à l'écoute, comme « *Je comprends, ce que vous devriez faire, c'est...* »

Rodolphe Cochet, consultant, coach et enseignant en gestion des cabinets dentaires. Plus elles sont prioritaires, plus elles sont perturbantes.

• **Premier critère de priorisation :** selon le caractère même de l'urgence. Parmi les demandes reçues, les urgences sont parfois réelles ou relatives, mais elles peuvent aussi être infondées. Les urgences réelles et relatives équivalent pour Rodolphe Cochet, également auteur de portails Web de la branche dentaire, « *quasiment à un passe-droit* », en ce qu'elles « *justifient de recevoir le patient en priorité le jour même de l'appel* ». Le Dr Rémi Theodory, consultant et fondateur de Stradent, distingue parmi elles deux niveaux.

Au niveau 1, il regroupe les urgences « *non-protocolables* » comme les urgences traumatiques ; les abcès, « *un peu plus gérables* » mais pour lesquels « *on ne peut pas prendre le risque de donner un rendez-vous planifié* » ; et les urgences de SAV, qui « *mettent en jeu la crédibilité du praticien* ». Au niveau 2, il inscrit les douleurs dentaires, les urgences esthétiques qui « *touchent à une question de dignité* » et les fractures d'appareil, « *qui empêchent de manger* ». Les demandes de rendez-vous d'urgence ne rentrant pas dans ces cases sont quant à elles infondées. Elles feront l'objet d'une consultation planifiée.

• **Deuxième critère, moins avouable même si légitime :** souvent, priorité est donnée au patient interne. « *En l'absence de place, autant on peut être amené à refuser les urgences externes, juge Robert Maccario. Autant une urgence interne, c'est difficile de la refuser.* » Chacun d'entre vous construira son propre référentiel de priorités, mais il est important d'en avoir un. →



Seule une entrevue minutieuse vous permettra de qualifier le patient et sa demande.

Qualifiez le patient et sa demande

Ces priorités en tête, vous pouvez désormais accueillir la demande du patient. Si vous exercez en solo, vous le ferez vous-même, sinon votre assistant(e) ou votre secrétaire s'en chargera. C'est une grande responsabilité, car c'est à ce moment-là qu'on décèle si c'est une vraie urgence - qui nécessite de caler rapidement un rendez-vous -, ou une « fausse » urgence, qui ne justifie pas de recevoir le patient le jour même.

Votre assistante est censée maîtriser cet exercice. Néanmoins, « pour déceler la véritable urgence dentaire, il est impératif que l'assistante ou la secrétaire dentaire bénéficie d'un support d'entretien ou d'un script de prédiagnostic validé en amont par le praticien, avise **Rodolphe Cochet**. Tous les chirurgiens-dentistes n'ont pas le même curseur ». Pour l'expert, il est essentiel de « respecter formellement le script ou le protocole établi par le praticien en obligeant le patient à répondre à toutes les questions préliminaires sur

le site de la douleur, son intensité, la survenance de la douleur, la prise ou non d'antalgiques... ».

Pour éviter tout oubli dans le recueil des informations, toute approximation, et gagner du temps, n'hésitez pas à troquer le post-it et le crayon pour les fiches de prédiagnostic fournies par les logiciels métiers, qui contiennent des « phrases-types sur les typologies les plus fréquentes », incite Robert Maccario.

Seule cette entrevue minutieuse vous permettra de qualifier le patient et sa demande. De juger de la motivation du patient, de détecter ses éventuelles manipulations, et de décider, ou non, de lui donner un rendez-vous d'urgence. Un tel questionnaire a aussi l'avantage d'en décourager certains : « En règle générale, le patient qui appelle tous les praticiens du quartier avec une demande infondée finira par raccrocher avant la fin de l'interrogatoire », raconte **Rodolphe Cochet**.

2 Étape n°2. Calez le rendez-vous Choisissez des emplacements

Le qualificatif d'urgence est posé ? Bien, il vous faut désormais trouver un créneau. Mais avant, deux préalables : 1) Ne laissez pas les patients vous déposséder de la maîtrise du carnet de rendez-vous. Comme le rappelle **Rodolphe Cochet**, qui accompagne nombre de praticiens comme **Charles Churie et Cécile Nicolas (lire encadrés p. 38 et 40)**, « il est impératif de se donner les moyens de piloter et de gérer son agenda sans dépendre des impératifs organisationnels des patients ». 2) Il vous sera plus évident de caler des urgences si vous êtes organisé en rendez-vous longs, préconise le Dr Theodory. Pour lui, regroupement des actes - avec des actes fusibles comme les détartrages - et quart d'heure volontairement rajouté au temps initial du rendez-vous, sont les secrets d'un planning qui roule. Maintenant qu'on a dit ça, où caler le rendez-vous d'urgence ? →

Entre deux patients ? Possible, mais il y a des risques : que le patient croie que son problème ne mérite pas mieux que d'être géré entre deux portes, que cela écourte le rendez-vous précédent ou retarde le suivant. Faut-il alors placer l'urgence après le dernier rendez-vous de la matinée ou après le dernier du soir ? Non, au risque d'empiéter sur votre temps personnel, et de générer à la longue fatigue, agacement.

Reste une solution : les créneaux réservés. « En moyenne, il est recommandé de préprogrammer deux créneaux d'urgence par jour et par praticien, de 10 à 15 minutes », présente **Rodolphe Cochet**. Ces créneaux peuvent être fixes ou flottants. Avantage : l'agenda n'est pas secoué. Inconvénient : cela exige de la rigueur. Pour que ça fonctionne, « un créneau d'urgence ne doit pas être remplacé ni écrasé par un créneau de soin, sinon c'est le meilleur moyen de ne plus avoir de créneaux d'urgence disponibles sur toute la semaine », avertit **Rodolphe Cochet**.

Le créneau d'urgence doit être, avant tout, dédié au diagnostic et au traitement du symptôme.

Limitez au traitement du symptôme

Si vous deviez à chaque fois vous occuper, dans le même créneau d'urgence, tant du diagnostic que du traitement dans son intégralité (effets + causes), clairement, vous ne vous en sortiriez pas. Il est donc important, affirme Robert Maccario « de séparer le diagnostic du traitement ».

Le créneau d'urgence doit être, avant tout, dédié au diagnostic et au traitement du symptôme. Concernant le diagnostic, entre une et cinq minutes suffisent, juge le



professionnel de l'organisation des cabinets dentaires, à déterminer le besoin réel du patient. C'est le temps de réaliser l'anamnèse, les examens endobuccal et exobuccal, et ce si possible « dans une salle dédiée ». « Deux fois sur trois, analyse Robert Maccario, cela aboutira à une ordonnance, ou à l'ouverture d'une chambre, qui ne prendra que quelques minutes. On va soulager le patient et mettre un pansement. » Et c'est tout ! Le quart d'heure prévu initialement, assez facile à caler, sera suffisant.

« Une fois sur trois - seulement ! -, poursuit-il, le diagnostic va conduire à un devis et, si celui-ci est accepté, à programmer la suite des soins. » Vous pourrez vous pencher sur les causes du problème. Cette fois-ci, vous aurez la possibilité de planifier avec davantage de marge de manœuvre. Si, à l'issue du diagnostic, vous avez estimé que le temps nécessaire au traitement est de 45 minutes à 1 h, alors vous y consacrerez 45 minutes à 1 h. « C'est vous qui devez donner la temporisation, et, en fonction de vos instructions, votre assistante procèdera à un travail de bouleversement de l'agenda », détaille le fondateur du groupe Efficience dentaire.

3 Étape n°3 : Gérez l'après rendez-vous d'urgence

Envisagez une (éventuelle) fidélisation

Le rendez-vous d'urgence a eu lieu et il s'est bien déroulé. Le patient interne va reprendre le cours de son traitement, mais quid du patient externe ? Pour l'inviter à rester des vôtres après cet épisode, « prenez soin de programmer, dans la semaine qui suit idéalement, un rendez-vous de première consultation ou de soin, afin d'intégrer le patient dans le protocole de soins du cabinet ou dans le cadre de sa démarche diagnostique et thérapeutique globale », propose [Rodolphe Cochet](#).

Il arrive que certains patients, suite à ce passage imprévu à votre cabinet, décident de prendre enfin soin de leur santé bucco-dentaire.

Il arrive en effet que certains patients, suite à ce passage imprévu à votre cabinet, décident de prendre enfin soin de leur santé bucco-dentaire. « Certains rendez-vous d'urgence, en fonction de l'accueil téléphonique initial réservé au patient, de la qualité de l'encadrement du praticien, peuvent déboucher sur la qualification d'un nouveau patient du cabinet à "fidéliser", se réjouit le spécialiste. Certains patients en profitent parfois pour changer de dentiste traitant », sourit-il.

Mais pour que vous perceviez ce nouveau patient comme une aubaine, encore faut-il que vous ayez les moyens de le →

Depuis 1969

TRIHAWK 50

Tous les musiciens n'ont pas le talent d'un premier violon, mais tous les dentistes peuvent utiliser la transmétal Talon de Tri Hawk, la stradivarius des fraises transmétal !

2+1 Gratuit
Rouleaux de 50 fraises
soit €2.86* la fraise.



Commandez directement chez Tri Hawk

+352 20 99 23 28
europesales@trihawk.com
www.trihawk.com

OU
Chez votre fournisseur habituel

*TTC, frais de ports supplémentaires.

Dental RC



Dr Cécile Nicolas

OMNIPRATICIENNE

« Aucun rendez-vous d'urgence n'est donné dans l'immédiat »

Si l'organisation et la planification de la prise en charge des urgences n'est pas bien établie, ça peut être un calvaire. C'est pourquoi nous avons instauré une règle très stricte : aucun rendez-vous d'urgence n'est donné dans l'immédiat. Quand une personne appelle ou vient dans cette optique, mon assistant dentaire temporise en interrogeant le patient, en vue de compléter intégralement la fiche de prédiagnostic. Il ne juge pas, il recueille les informations et les répertorie. Cette temporisation permet en outre de diminuer le stress du patient. À l'issue de cet interrogatoire, il ne donne pas de rendez-vous. Il assure néanmoins à la personne qu'elle sera rappelée, sans faute. Ensuite, lui et moi, nous débriefons.

Les vraies urgences (pulpites, gonflements, urgences esthétiques), vont être vues dans la journée. Elles représentent moins de 5 % des appels. Reste qu'il faut les caler. Comme nous travaillons avec le Cerec, nous avons des séances longues avec une partie d'usinage. Pendant ce temps d'usinage, je peux placer une urgence. Et si je n'ai pas d'urgence, je peux en profiter pour m'atteler à l'administratif ou préparer mes plans de traitement. Autre possibilité : caler une urgence entre deux séances pouvant éventuellement être réduites. Il m'arrive aussi de différer quelqu'un, pour mettre une urgence à sa place. Les patients sont compréhensifs.

Pour ce qui est des demandes ne nécessitant pas d'être vues dans la journée, on explique bien au patient, lorsqu'on le rappelle, que ce n'est pas vraiment une urgence. On lui fait comprendre qu'on entend bien son souci, qu'on va essayer de mettre un rendez-vous rapidement, mais que celui-ci sera différé une-deux-trois semaines plus tard. Et puis on le rassure en lui disant de nous tenir au courant si quelque chose change, s'aggrave, car à ce moment-là, on pourra revoir la prise en charge. Mais 95 % du temps, ça n'évolue pas vers une urgence ultime.

Pour que vous perceviez le nouveau patient comme une aubaine, encore faut-il que vous ayez les moyens de le recevoir.

recevoir. Or ce n'est pas le cas des cabinets de la moitié de l'Hexagone, regrette le Dr Rémi Theodory. « Dans les zones géographiques assez dotées en praticiens - au maximum 1 500 habitants par chirurgien-dentiste -, je leur dis "ouvrez toutes les portes pour les urgences car ce sont de nouveaux patients". Dans les zones peu dotées en revanche - plus de 1 500 habitants par chirurgien-dentiste, c'est une autre histoire », note le consultant.

Faites un suivi des urgences

« Ce n'est pas anodin d'avoir des urgences, signale Robert Maccario. D'où l'importance de les surveiller. » Comment ? Via les tableaux de bord des logiciels-métiers. « Si c'est bien paramétré, vous pouvez obtenir une multitude d'informations, qui vous serviront à améliorer l'organisation », loue le formateur. Typologie des urgences, récurrence, nombre - crucial pour voir si vous dépassez le quota d'urgences acceptables, qui est en moyenne de deux patients par jour et par praticien -, évolution des urgences, transformation en nouveaux patients.... Les statistiques disponibles sont une mine d'or.

En les analysant - régulièrement, mais pas de façon obsessionnelle non plus -, vous pourrez tirer des enseignements et effectuer les ajustements nécessaires. Ce travail est « extrêmement important pour la gestion de l'agenda », confirme Rémi Theodory. Voici une illustration : →

Quid de l'urgence pour sauver les praticiens dans certains départements ?

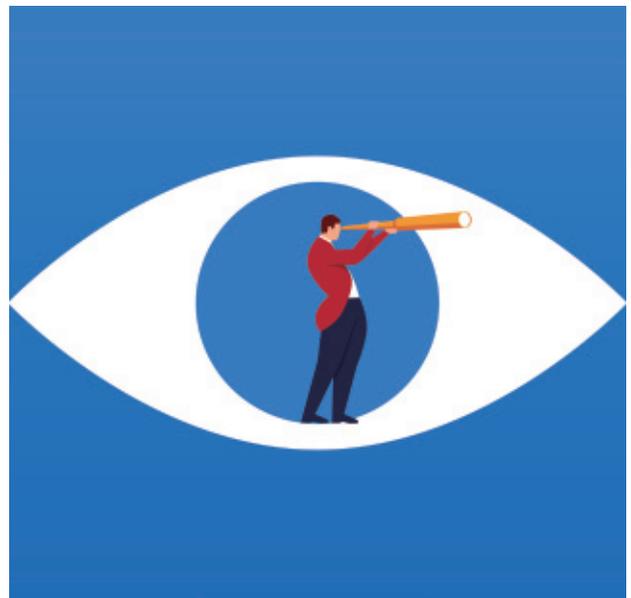


Dr Charles Churie

OMNIPRATICIEN

« Nous prévoyons deux plages »

L'enjeu, c'est de soulager le patient, de lui rendre service, tout en perturbant le moins possible ma journée de travail. C'est mon assistante qui accueille la demande. Pour poser le prédiagnostic, elle s'appuie sur un questionnaire. Quand le patient aura répondu à l'intégralité des questions, l'assistante est à même de proposer, ou non, un rendez-vous. Pour les patients internes, on fait un effort. En revanche, il nous arrive de refuser des patients externes, tout en proposant une solution. Ensuite, l'assistante cale l'urgence. Nous prévoyons deux plages horaires quotidiennes : un créneau le matin, et un l'après-midi. À chaque fois d'un quart d'heure. Comme on travaille quatre jours par semaine, ça nous fait potentiellement huit créneaux. Quand une troisième urgence se rajoute - c'est rare -, on s'adapte. À l'inverse, quand les créneaux sont vides, on en profite pour faire des papiers ou faire une pause. Nous partons du principe que, si on propose un rendez-vous, il doit être accepté. Si le patient a vraiment mal, il se libérera. Lors du rendez-vous, je vais faire le diagnostic et aviser. Si c'est un abcès, je fais une prescription d'antibiotiques. Si c'est une pulpite, j'ouvre la chambre, mets un pansement provisoire, puis je redonne rendez-vous. À l'issue de ce processus, nous fidélisons parfois des patients externes : ça peut être une opportunité si ce sont de « bons » patients, mais on peut tout aussi bien tomber sur un patient qui rate tout le temps ses rendez-vous !



trop de « fausses urgences » ont réussi à passer le filtre du prédiagnostic ? « Il convient alors d'analyser tous les "ratés" de l'entretien téléphonique, en réunion, et réviser le cas échéant le contenu et la forme des scripts », pour **Rodolphe Cochet**.

« Normalement, les praticiens qui mettent en place ce dispositif sont sereins dans la gestion des urgences, assure Rémi Theodory. Mais il nuance : ce protocole est plus ou moins applicable en fonction de l'affluence des patients. Dans les zones géographiques où il y a plus de 1 500 habitants par chirurgien-dentiste, c'est compliqué. Certains praticiens ont plus de dix demandes par jour et cette situation les pousse souvent à faire des choix comme travailler plus, prendre davantage de patients. Mais malgré tout, ils n'ont pas le temps de satisfaire 100 % des demandes. Résultat : ils se sentent coupables. Or le cocktail culpabilité chronique et fatigue chronique conduit malheureusement souvent au burnout. » Le consultant s'interroge : « Parler de l'urgence pour sauver les patients, c'est bien. Mais quid de l'urgence pour sauver les praticiens dans certains départements ? » ●