

Le Management par la Qualité en Stomatologie

Le Centre Massilien de la Face, cabinet spécialisé en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, se situe à Marseille, à deux pas de la place Castellane, centre névralgique de la cité phocéenne. Regroupant maintenant cinq praticiens aux compétences complémentaires qui travaillent en étroite collaboration avec de nombreux dentistes omnipraticiens, le Centre a traité en 2007 près de 10 000 patients, avec un panel de gestes allant de l'extraction « simple » à la chirurgie orthognatique la plus complexe.



Rodolphe COCHET

■ Consultant
en Management
Odontologique

Le parcours initiatique du Docteur Charles Levy

Le Docteur Charles Levy, après sept ans d'études médicales à la faculté de Paris VI, intègre le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Pr. Lachard, à Marseille. Durant deux ans, il acquiert l'éventail des connaissances de la spécialité, tant en prothèse qu'en ODF et en chirurgie. Plutôt attiré par la partie chirurgicale, il a la chance d'assister durant deux ans le Dr Alain Nerini au centre hospitalier de Manosque. Après l'obtention de son diplôme, il prend naturellement sa succession. Mais, pour des raisons familiales, il décide pendant 12 ans de s'appuyer sur cette activité publique pour s'installer finalement en 1988 à Marseille, au 24 avenue du Prado, qui n'était à l'époque qu'un simple local de consultation au sein d'un cabinet de groupe multidisciplinaire.

C. Levy : « Après des débuts que nous qualifierons de « laborieux » (normal pour un parisien principalement formé à Manosque !), mon activité a commencé à se développer après mon accession à la présidence de l'association Alpha Oméga de Marseille. Cette association dentaire, très dynamique, soucieuse d'excellence et de fraternité m'a ainsi servi de « vitrine », facilitant une reconnaissance par mes pairs de mes compétences professionnelles. J'intégrais ainsi une grande famille de chirurgiens-dentistes de tous âges et de toutes spécialités mais toujours à la pointe des techniques et des idées. Aussi, à cette époque, la démographie dentaire n'était pas très favorable, les charges augmentaient de façon constante, et l'ensemble des actes étaient sous cotés : les praticiens devaient s'émanciper de cette obligation sociale inconsciente de devoir pratiquer pareillement tous les actes de la dentisterie. »

Dr Claude Smadja : « Dans les années 90, l'arrivée des nouvelles technologies d'une part, des obligations légales grandissantes d'autre part, ont rendu notre exercice professionnel « périlleux » au niveau financier. Les tarifs de prothèse (entre autres) qui compensaient le manque à gagner des tarifs opposables, atteignaient des limites difficilement franchissables. De ce fait, les actes aux cotations les plus mutilés (résections apicales, extractions dentaires incluses ou non) et demandant un plateau technique particulier et coûteux devaient être systématiquement référés à des spécialistes. »

Les débuts de l'implantologie : la controverse

C. Levy : « La fin des années 80 voyait en France le début de l'implantologie alors très controversée. Dans

le service de stomatologie, c'est à peine si le terme était employé, et à la faculté dentaire, aucun service ne souhaitait l'intégrer dans sa spécialité. Pour les « early birds », la connaissance et la pratique se faisaient sinon dans le secret, en tout cas dans la discrétion. En 1987, j'ai eu l'occasion de rencontrer un grand Monsieur en la personne de André Benhamou (concepteur des implants T.B.R.), et de participer à l'un des séminaires de formation qu'il organisait à l'époque dans son cabinet à Toulouse afin d'ajouter à mon arc cette nouvelle corde non universitaire. Son objectif était de lever ce tabou chirurgical de l'implantologie afin de permettre aux omnipraticiens de prendre leurs patients totalement en charge, de l'implant à la prothèse. Mais, pour certains chirurgiens-dentistes, le « tabou » est encore très fort et l'hyperspécialisation de rigueur, aussi il reste une large place pour les implantologistes. Par ailleurs, la multiplication des intervenants a un coût, qui limite les indications de certains praticiens ou les possibilités de certains patients, et qui se fait malheureusement au détriment du porte-monnaie du patient. »

Le constat : l'heure de la remise en question

C. Levy : « Après quelques années d'exercice, il était évident que j'étais désorganisé, débordé et peu productif, le volume d'activité compensant mal la sous cotation des actes chirurgicaux. D'autre part, j'étais loin d'exercer avec la qualité « environnementale » que mes correspondants étaient en droit d'exiger pour leurs patients. D'un point de vue organisationnel, la situation s'est améliorée grâce à :

1. l'implication des équipes soignantes et en particulier des anesthésistes (« de l'intérêt d'en avoir épousé une... ! »), permettant une hospitalisation courte (ambulatoire) et un turnover rapide des patients au bloc opératoire ;
2. des établissements de santé, mettant à disposition deux salles d'intervention à chaque vacation.

Dans l'optique d'une démarche Qualité totale, il était clair qu'il fallait :

- dans un premier temps, en finir avec les pseudos techniques d'« économies de bout de chandelle » (intercaler une locale au milieu d'un programme opératoire



en clinique, ou au milieu d'une vacation de consultations) ;

► dans un second temps, mieux communiquer à la fois avec les patients mais aussi avec leurs dentistes traitants. »

La nécessité d'un changement s'imposait : il fallait développer la communication aussi bien avec les patients qu'avec les correspondants et leur assistantes.

S'associer : envie et nécessité

C. Levy : « J'avais, en 1998, mille bonnes raisons pour justifier une association : l'important développement de l'activité, le désir de lever le pied pour faire du caritatif, celui de m'hyper-spécialiser en implantologie, l'impossibilité de pouvoir assurer la permanence des soins pendant mes congés, voire quelques fois l'impossibilité de partir loin ou longtemps. Derrière ces « bonnes raisons », en réalité un objectif : ne plus être seul dans mon cabinet, interné volontaire ! »

Alexandre Braticevic, interne parisien rencontré en congrès à Montpellier en 1997 et attiré par le mode d'exercice de Charles Levy, le rejoint en 1998, donnant ainsi l'élan et l'énergie nécessaires à la restructuration du cabinet.

Investissement et sécurité : on ne joue pas avec les règles fondamentales d'hygiène et d'asepsie

Ensemble, ils créent une salle d'intervention et une unité de stérilisation répondant aux mêmes contraintes d'asepsie, hygiène et sécurité qu'en bloc opératoire. Dans le même temps, ils aménagent un secrétariat dédié à la stomatologie au sein du centre de spécialistes.

C. Levy : « Ces investissements qui m'avaient au départ paru risqués, se sont révélés être un point d'appel très porteur, nos correspondants appréciant particulièrement pour leurs patients une prise en charge souvent immédiate, et dans des conditions moins stressantes qu'en environnement hospitalier. Il faut savoir en effet que Marseille a cette spécificité nationale de voir pratiquer la majeure partie des actes de stomatologie sous anesthésie générale. De ce fait, et pour un côté pratique autant que financier, aucun confrère de la région ne jugeait utile ce

genre d'investissement. Pour Alexandre, qui arrivait de Rouen où l'accès aux blocs opératoires était peu évident, une autonomie était nécessaire. Par ailleurs, notre plateau technique était mis à la disposition des praticiens correspondants désirant pratiquer certains actes (en particulier implantaires) dans de meilleures conditions d'asepsie qu'à leur cabinet. »

L'apport de la chirurgie maxillo-faciale : expertise et fédération des compétences cliniques

C'est en 2000 que les compétences d'un praticien plus spécialisé ont été nécessaires. À l'époque, pour ce qui était de la chirurgie maxillo-faciale, le secteur privé de Marseille ne répondait pas aux attentes des dentistes. Les Docteurs C. Levy et A. Braticevic se sont donc rapprochés du Docteur Alain Aldegheri, jeune chef de clinique, qui est venu étoffer l'équipe. Ses compétences, liées à une forte demande des correspondants orthodontistes (en chirurgie orthognatique) et implantologistes (en chirurgie pré-implantaire) lui ont permis de développer, dans le privé, un secteur d'activités dans lequel il devient un acteur majeur de la région. C'est à lui que revient l'idée de finaliser leur désir de travail en équipe par la création en 2002 du *Centre Massilien de la Face*.

Dr Alain Londner & Dr Eric Haddad : « Depuis bientôt 15 ans que nous adressons des patients au Centre Massilien de la Face, nous avons pu apprécier :

- une joignabilité permanente et une réactivité immédiate,
- un grand professionnalisme,
- une approche conviviale jamais démentie,
- un suivi des relations avec nous ET avec nos patients (téléphone, courriers...),
- pour des omnipraticiens comme nous, ils sont une vraie locomotive post-universitaire. »

Le développement du Centre Massilien de la Face

Savoir-faire et faire-savoir : animer le réseau des correspondants

L'objectif initial du cabinet de stomatologie était de rendre le meilleur service aux patients de leurs correspondants.

Le Centre Massilien de la Face y associait l'ambition de diffuser et partager la connaissance : « savoir faire et faire savoir ». Le cabinet a été réaménagé : agrandi, avec de nouveaux locaux de consultation ; modernisé, avec en particulier la possibilité de retransmettre en direct des

Fig. 1 à 5 :

LES PRATICIENS

Fig. 1 : Dr ALDEGHERI Alain, Docteur en médecine, chirurgien maxillo-facial (chirurgies pré-implantaires et orthognatiques)

Fig. 2 : Dr BRATICEVIC Alexandre, Docteur en médecine, stomatologiste (pathologies multiples et maladies rares)

Fig. 3 : Dr LEVY Charles, Docteur en médecine, stomatologie généraliste

Fig. 4 : Dr CAMPANA Fabrice, Docteur en chirurgie dentaire, chirurgien buccal (patients à risque hémorragique sous anti-agrégants et anti-coagulants)

Fig. 5 : Dr TAILLAN Thierry, Docteur en médecine, stomatologiste (chirurgie dermatologique)

Fig. 6 à 8 :

LES ASSISTANTES DENTAIRES

Fig. 6 : Gaëlle

Fig. 7 : Magali

Fig. 8 : Nathalie

Fig. 9 à 11 :

LES SECRÉTAIRES

Fig. 9 : Cathy

Fig. 10 : Joëlle

Fig. 11 : Maguy



interventions du bloc opératoire du cabinet (et bientôt de la clinique) dans un cabinet transformé, si nécessaire, en salle de conférence. Une « lettre » de liaison avec les correspondants est mise en place, abordant bimestriellement un sujet dentaire. Une « journée » de formation organisée annuellement dans un lieu attractif et pittoresque de la région permettra également de fidéliser le réseau. Un site Internet est créé : <http://www.centremassiliendelaface.com>. C'est le dynamisme de l'équipe et le partage nécessaire des compétences qui ont amené le Docteur Thierry Taillan à quitter son exercice solitaire libéral de 20 ans pour rejoindre le Centre Massilien en 2004. Il a apporté pour sa part son expertise en stomatologie, en chirurgie cutanée ainsi qu'un nouveau réseau de correspondants à Marseille, Istres et autour de l'étang de Berre. La constitution progressive du groupe Centre Massilien de la Face a donc permis :

- d'étendre son domaine d'expertise à l'ensemble des facettes de la spécialité afin d'améliorer la prise en charge des patients des correspondants ;
- de diffuser et de partager l'information médicale par l'utilisation de supports variés (mais aussi par l'intervention au cabinet des correspondants en « soutien » pour certains gestes) ;
- grâce à la communication entre les praticiens du groupe, de faire progresser chacun dans le domaine d'expertise de l'autre, sous la forme d'une véritable synergie ;
- en permettant une permanence des soins (numéro d'urgence disponible pour tous les patients opérés), la constitution de l'équipe a permis à chacun de libérer du temps pour sa formation et son perfectionnement, seule voie possible vers l'excellence prônée par le CMF.

La transition : de la croissance à la mise au point

Par un effet boule de neige, l'activité du groupe a connu une croissance exponentielle.

A. Aldegheri : « Pour notre développement, nous avons alors été confrontés à un double problème de démographie médicale et de compétence¹. Devant ce constat de santé publique, les facultés d'odontologie ont répondu en permettant la formation en chirurgie buccale (via l'internat dentaire). C'est cette voie qu'a choisie notre cinquième associé, le docteur Fabrice Campana, qui nous a rejoints début 2007. Si le groupe de médecins n'a pas rencontré de difficultés particulières pour intégrer un chirurgien-dentiste, cela a été un peu plus compliqué du côté des dentistes eux-mêmes :

• Au niveau de l'ordre tout d'abord : quel contrat valider pour un type d'association tout à fait inhabituel ?

• Au niveau de nos correspondants ensuite, la spécialité de chirurgie buccale n'étant pas encore reconnue.

Le temps aidant, la communication du groupe, et surtout l'expertise de Fabrice Campana dans des sujets où il avait largement fait ses preuves lorsqu'il était hospitalier à Bordeaux et à Libourne (dermatologie buccale, prise en charge des patients sous traitements anticoagulants) ont permis de régler ces faux problèmes, ouvrant certainement la porte à de futurs « chirurgiens buccaux » qui devraient naturellement remplacer les stomatologistes, la spécialité en tant que telle disparaissant peu à peu.»

Perspectives d'avenir : le sens du partage

Le Centre Massilien de la Face, soucieux de rester en permanence à la pointe des données acquises de la science et des techniques de la spécialité afin de les diffuser au plus grand nombre, a deux projets phare de développement.

1. Projet clinique :

- Création d'un second bloc (interventions sous anesthésie locale) ;
- Dépistage des lésions buccales à risque en partenariat avec les associations de dermatologues
- Introduction massive de la robotique tant pour la mise en place des implants que pour la réalisation des prothèses immédiates par le dentiste traitant ;
- Application des différentes techniques les plus récentes avec réalisation d'études cliniques de suivi.

2. Projet épistémologique :

- Publications et communications dans les revues et sociétés savantes ;
- Organisations de cours, formations et perfectionnements, particulièrement en chirurgie pré-implantaire et implantologie avec chirurgies en direct, dissections et travaux pratiques ;
- Partenariat avec les fabricants afin de mettre au point et de développer de nouveaux outils.

Gestion des Ressources Humaines : la voie royale du management

C. Lévy : « Alors que la passion s'émoussillait un peu, c'est la « découverte » des pratiques normatives du management odontologique et de la gestion d'une équipe en particulier, qui sont venus relancer notre dynamique. L'objectif, c'est maintenant de mettre en place une véritable politique de management. »

Finis les errements du Management intuitif : des coups d'essai à la transformation

Les praticiens du CMF ont rapidement compris qu'il était temps d'en finir avec les errements d'un mode de « management intuitif » pourtant encore trop largement répandu dans les structures de soins dentaires : polyvalence à gogo, réunions à-tout-va et à n'en plus finir (doublées de l'effusion de l'émotionnel et de l'affectif dans la sphère professionnelle) ou (ce qui revient au même) communication quasi-nulle voire dans certains cas conflictuelle, politique salariale inepte, formation interne inexistante, leviers de motivation du personnel inexploités, alternative rétrograde manage-

Fig. 12 : Le Dr Alexandre Braticевич parfaitement assisté



ment directif/participatif², recrutements par oui-dire et connaissances diverses et variées.

A. Braticevic : « On peut dire que notre groupe a évolué naturellement, mais surtout de manière empirique : embauche de l'une qui connaissait l'autre, qui avait croisé l'ami d'un ami, des entretiens d'embauche déconstruits et tenus plus par obligation sociale que par démarche professionnelle. Il faut bien admettre que c'est plus la bonne volonté des assistantes qui ont permis au système non pas de fonctionner, c'était trop banal, mais de durer, jusqu'à ce que nous prenions tous les cinq conscience de la nécessité de conduire le changement.

Rares sont les praticiens qui ont une prédisposition naturelle au management : organisation, communication interne et externe, vision à long terme, gestion et développement des compétences, gestion financière, gestion des conflits... Si le management c'est la solution pour optimiser le potentiel de chacun, il fallait d'abord optimiser les compétences des praticiens en gestion de cabinet et d'équipe, d'où la nécessité d'effectuer en amont un bilan de compétences managériales. Il est ensuite bien plus aisé de redéfinir les chartes de poste de chacune des filles, en conciliant compétences, affinités, ambitions et projets d'évolution. »

Du fait de leur exercice éclaté, la difficulté tenait également à la disponibilité des cinq praticiens pour l'organisation régulière des réunions d'équipe et comités de direction³, fondamentaux pour la bonne marche du CMF. Les résultats sont désormais à la hauteur de leur investissement en temps.

Le sens du management adaptatif : les intérêts collectifs au service absolu du patient

Evidemment, le passage en 10 ans d'un stomatologue isolé à un groupe soudé de cinq praticiens n'a pu se faire sans l'abandon par chacun de ses ambitions personnelles au profit de perspectives communes de développement. Ce mode d'exercice ne permet pas l'individualisme et la rétention du savoir. Il n'a pu non plus se constituer sans une équipe de secrétaires et d'assistantes dentaires compétentes, efficaces et dévouées qui s'est construite progressivement. Ce sont actuellement trois assistantes dentaires Nathalie F., Magali N., Gaëlle L., qui interviennent auprès des praticiens, en salle d'intervention du cabinet ou au bloc opératoire. Trois secrétaires : Maguy A., Cathy S., et Joëlle C., se partagent la gestion administrative du Centre.

T. Taillan : « L'organisation d'un cabinet de stomatologie comme le nôtre est différente de celle d'un cabinet dentaire d'omnipraticien ou de spécialité.

- la consultation tout d'abord, qui nécessite plutôt un soutien administratif que clinique ;
- le bloc opératoire ensuite : l'assistante dentaire doit avoir acquis une compétence spécifique « bloc » validée par la DRASS ;
- et pour compliquer l'organisation, il faut ajouter les six établissements dans lesquels nous interve-

nons, les filles devant courir de l'un à l'autre en passant parfois par la case cabinet. »

Gestion prévisionnelle des compétences (GPEC) : rationalisation et spécialisation des tâches

F. Campana : « L'activité étant plus cadrée, le travail et les relations entre tous les membres de l'équipe deviennent plus fluides, les filles s'en trouvant gratifiées et motivées. Plus spécialisée aussi, chaque équipe soignante peut donner le maximum de ses compétences en se concentrant sur le clinique sans être parasitée par les problèmes administratifs mieux pris en charge par les secrétaires. »

Toujours pour libérer du temps soignant et administratif de base (secrétariat standard), il s'agira rapidement de lancer le recrutement d'une **assistante de communication**⁴. Elle aura pour mission de :

- gérer les relations avec les patients (débriefing de la consultation du chirurgien, établissement des devis, suivi pré et post-opératoire...);
- fidéliser le réseau des correspondants, en particulier en mesurant l'impact des différentes actions de communication externe ;
- harmoniser les relations de l'équipe en préparant les réunions de développement et les comités de direction ; éditer les comptes-rendus ;
- Créer, aménager et optimiser les supports de communication externe sur logiciels dédiés (ex. : Illustrator, Photoshop, Fireworks...).

Le Centre Massilien de la Face est en passe d'atteindre ses objectifs de développement managérial. En tout cas aujourd'hui, l'édifice paraît solide : il convient désormais de pérenniser les acquis. ◆

¹ Les jeunes chefs de clinique de chirurgie maxillo-faciale préfèrent s'orienter vers une activité de chirurgie esthétique et rechignent à exercer la stomatologie générale.

² Le mode de Management fonctionnel en cabinet dentaire est le MANAGEMENT dit ADAPTATIF. Directif, participatif, délégatif ou persuasif, le mode de management d'un praticien doit différer selon le profil de compétences de chacun des membres du personnel.

³ F. Campana : « Les réunions du comité de direction se faisaient rarement à cinq et plutôt autour d'une pizza que devant un bureau. »

⁴ Une assistante de communication n'est pas une assistante dentaire. C'est une candidate ayant un profil de formation équivalent à un BTS Communication des Entreprises, ou BAC+3/+4 en Communication/Relations publiques.



Fig. 13 : Dr Charles Levy et son assistante clinique, Nathalie, durant un acte opératoire.

AUTEUR

Rodolphe Cochet

Conseil en stratégies de Management Odontologique
- Développement et accompagnement managérial
- Conférences, formations & ateliers pratiques
7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris
Tél. : 01 43 31 12 67 - Email : info@rh-dentaire.com
www.rh-dentaire.com