Université de Bretagne Occidentale

UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2017
Thèse N°: 29034

Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes

Présentée par

NICOLAS ABASQ

Né le 29 septembre 1989 à BREST - Finistère

Thèse soutenue le 12 avril 2017

devant le jury composé de :

Réza ARBAB CHIRANI
Professeur des universités
Président

Hervé FORAY
Maître de conférences des universités
Directeur

Bertrand PIVER
Maître de conférences des universités
Assesseur

Gabrielle LEON
Assistante hospitalière universitaire
Assesseur

David PAIRE
Chirurgien-dentiste
Invité

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

-=-=-=-=-=-=-=-=-

PRESIDENT	Monsieur Matthieu GALLOU
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	Monsieur Dominique BRUNEL

CORPS PROFESSORAL DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE BREST

Année Universitaire 2016-2017

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

DOYEN

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

57-01 Parodontologie	Monsieur Hervé BOUTIGNY-VELLA
57-03 Sciences Biologiques	Monsieur Jacques-Olivier PERS
58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

56-01 Pédodontie	Monsieur Hervé FORAY
56-01 Pédodontie	Madame Frédérique d'ARBONNEAU
56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie Santé, Odonto légale	Monsieur Alain ZERILLI
56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie Santé, Odonto légale	Monsieur Bertrand PIVER
57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et thérapeutique, anesthésio	Madame Sylvie BOISRAME
57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et thérapeutique, anesthésio	Monsieur Guy LE TOUX
57-03 Sciences Biologiques	Mademoiselle Laëtitia LE POTTIER
58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	Madame Valérie CHEVALIER-HERISSET
58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	Madame Karen VALLAEYS
58-02 Prothèses	Monsieur Vincent JARDEL
58-02 Prothèses	Madame Elisabeth LEIZE-ZAL
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques	Madame Céline BODERE

ASSISTANTS

57-01 Parodontologie	Madame Juliette COAT
57-01 Parodontologie	Madame Claire ALBARET
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique	Madame Héloïse HERRY
58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	Madame Anaïs BONNABESSE
58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	Madame Caroline DARBIN
58-02 Prothèses	Monsieur Vincent BERTHELOT
58-02 Prothèses	Madame Gabrielle LEON
58-02 Prothèses	Madame Cécile PONDAVEN

ASSISTANTS ASSOCIES

56-02 Orthopédie Dento Faciale	Madame Kristelle MELONE
57-03 Sciences Biologiques	Madame Kahina AMROUCHE

A Monsieur le Professeur Réza ARBAB CHIRANI.

Professeur des Universités,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury.

Pour vos connaissances, votre accessibilité,

Nous avons apprécié votre compétence et la clarté de votre enseignement.

Veuillez trouver ici la preuve de notre reconnaissance.

A Monsieur Hervé FORAY,

Maître de Conférences des Universités,

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Pour le temps que vous nous avez consacré, votre disponibilité et votre compétence.

Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre reconnaissance ainsi que nos remerciements les plus sincères.

A Monsieur Bertrand Piver,

Maître de Conférences des Universités,

Nous vous remercions d’avoir accepté de siéger dans ce jury.

Nous avons apprécié votre disponibilité, votre dynamisme et votre compétence.

Avec toute notre sympathie.

A Madame Gabrielle LEON,

Assistant Hospitalier Universitaire,

Nous vous remercions d’avoir accepté de siéger dans ce jury.

Pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre compétence.

Avec toute notre sympathie.

A toute ma famille,

Aux petits comme aux grands, toute mon affection.

A tous mes amis,

Pour les bons moments passés ensemble.

Aux enseignants de l'UFR d'odontologie,

Avec toute ma reconnaissance pour cet enseignement de qualité dispensé avec bienveillance.

A tout le personnel de la faculté et du centre de soins dentaires,

Pour leur disponibilité et leur gentillesse, un plaisir de travailler avec eux.

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon propre compte des propos, des citations, des illustrations déjà publiés.

À BREST, le 12 avril 2017

ABASQ Nicolas

Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes

PLAN

Introduction **11**

CHAPITRE 1. CONTEXTE **12**

1.1 Santé et droits de l'homme **12**
1.1.1 Le droit de la santé 12
1.1.1.1 Information 12
1.1.1.2 Consentement 13
1.1.1.3 Dossier médical 13
1.1.1.4 Droits collectifs 14
1.1.1.5 Obligations et responsabilités du patient 14

1.1.2 Le droit à la santé 14
1.1.2.1 Principes 14
1.1.2.2 Limites et enjeux 16
1.1.2.3 Le droit de choisir son chirurgien-dentiste 17

1.2 La relation patient-praticien **18**
1.2.1 Définitions 18
1.2.2 Caractéristiques 18
1.2.3 Évolution et enjeux 19

CHAPITRE 2. DISPARITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ **21**

2.1 Le territoire rural **21**

2.2 La désertification médicale **24**
2.2.1 La lutte contre les déserts médicaux 25
2.2.2 L'efficacité des mesures 28

CHAPITRE 3. ENQUÊTE **32**

3.1 Les étapes de l'enquête **32**
3.1.1 L'élaboration du questionnaire 32
3.1.1.1 Etat civil 32
3.1.1.2 Suivi dentaire 33
3.1.1.3 Critères de choix et revue de la littérature 33
3.1.2 La distribution du questionnaire 36
3.1.2.1 Démographie du Finistère 36
3.1.2.2 Les difficultés rencontrées 41
3.1.3 Le dépouillement 41

3.2 L'étude de l'échantillon **42**
3.2.1 Sexe 42
3.2.2 Âge 42
3.2.3 Catégories socio-professionnelles 45
3.2.4 Lieu de résidence 50

3.3 Le suivi dentaire **53**
3.3.1 Consultations dentaires 54
3.3.1.1 En fonction du sexe 54
3.3.1.2 En fonction de l'âge 56
3.3.1.3 En fonction du statut social 57
3.3.1.4 En fonction du lieu de résidence 58
3.3.2 Motif de la future consultation 59
3.3.3 Les antécédents médicaux 62
3.3.4 Synthèse 63

3.4 Analyse **64**
3.4.1 Le rendez-vous 64
3.4.2 Le cabinet dentaire 70
3.4.2.1 La situation géographique 70
3.4.2.2 Le cadre 73
3.4.2.3 L'importance de la salle de soin 77
3.4.3 Le chirurgien-dentiste 78
3.4.3.1 Le praticien 78
3.4.3.2 Les soins 80
3.4.3.3 L'information 82
3.4.3.3.1 L'information sur les soins 84
3.4.3.3.2 L'information sur le coût 85
3.4.3.3.3 Le vocabulaire utilisé 85
3.4.3.4 La relation patient-praticien 86
3.4.4 Synthèse 88
3.4.4.1 En fonction du sexe 89
3.4.4.2 En fonction de l'âge 89
3.4.4.3 En fonction du statut social 90
3.4.4.4 En fonction du lieu de résidence 90

3.5 Discussion **92**
3.5.1 Limites et biais 92
3.5.2 Motivations et attentes des patients 95

Conclusion **100**

Références bibliographiques **101**

Document annexe **109**

Introduction :

Depuis le milieu du XXe siècle, l'urbanisation et le développement des communications ont favorisé l'exode rural et l'évolution des comportements au sein de notre société. En effet, les besoins et les exigences de la population ont augmenté, non seulement dans leurs activités sociales et familiales quotidiennes, mais aussi au regard de leur santé.

Notre système de protection sociale et de santé a été mis en place en 1945. Il est porté par les valeurs d'égalité et d'universalité. L'objectif est de permettre à tous les citoyens d'accéder à des soins de qualité, partout sur le territoire, et quel que soit leur niveau de revenu. Toute personne doit être soignée conformément aux données actuelles de la science et dans des conditions d'accueil et de prise en charge les plus humaines possibles.

Parallèlement le patient doit être libre de choisir. Les décisions en mesure de soins sont depuis peu (loi Kouchner du 4 mars 2002), partagées avec les patients. Il est indispensable d'obtenir un consentement libre et éclairé pour répondre à leur demande. Toute personne ayant accès aux réseaux de santé ne doit plus être vue comme un usager en consultation mais comme un patient averti et informé sur les soins proposés. Il est devenu acteur et plus exigeant quant à la qualité du service. Il est plus attentif à l'accueil, à l'écoute, au confort, à l'information transmise, et il considère l'accès à la santé comme un droit. Tout à chacun de choisir dans l'alternative qui s'offre à lui. Dans cette mesure, il devient un consommateur de soins et il est donc important de prendre en compte ses attentes pour augmenter la qualité du service de santé.

La satisfaction ressentie résultant des soins ou services effectivement rendus recouvrent plusieurs types de variables. Dans le domaine bucco-dentaire, ces variables peuvent être sociodémographiques indépendantes des services proposés (âge, sexe, etc.), ou relatives à la prise en charge (confort, information, confidentialité, etc.), ou encore chirurgien-dentiste dépendant (à l'écoute, rassurant, compatissant etc.). Au regard de cette diversité, l'exploration des satisfactions et des attentes des patients doit être un objectif majeur pour répondre au mieux à une demande de soins et établir une relation de confiance entre le patient et le praticien.

Actuellement, nous sommes confrontés à un dilemme, celui de l'offre de soin et de la désertification médicale. Dans ce travail, l'enquête que nous avons menée sur le département du Finistère nous permet d'apprécier les critères en fonction desquels les patients choisissent leur chirurgien-dentiste.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE

1.1 Santé et droits de l'homme

1.1.1 Le droit de la santé

La démocratie sanitaire régie par la loi du 4 mars 2002, assure la reconnaissance des droits des malades par les professionnels de santé mais aussi les obligations s'y attachant. Les différents acteurs du système de santé s'associent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé (Castaing, 2014).

1.1.1.1 Information

Le droit à l'information repose sur un principe de transparence. Il est défini dans le code de déontologie médicale et dans le code de la santé publique. Son importance a été démontrée dans l'arrêt de la Cour de cassation du 9 octobre 2001 qui rattache le devoir d'information du médecin à « l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ». Cette obligation d'information est ainsi renforcée par ce devoir indispensable du médecin d'informer le patient (Laude *et al.*, 2012).

La loi du 4 mars 2002 affirme à l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique (CSP) que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». C'est un principe d'autonomie et de dignité humaine qui découle de la Constitution des droits de l'homme. L'information délivrée doit être « loyale, claire et appropriée » sur l'état du patient et dans un entretien individuel. En clair, le médecin s'adapte aux capacités intellectuelles et au niveau socio-culturel de son patient. Dans certaines circonstances, l'information doit être donnée avec tact et mesure. C'est le cas d'une « vérité médicale » qui peut être traumatisante.

Les limites de l'information sont encadrées par le Code de santé publique. En effet, le médecin n'est pas tenu d'informer son patient en cas d'urgence (Art. L. 1111-2 al.2 CSP). En cas d'impossibilité de consentement, l'information est transmise aux proches du malade. Seul le patient a le droit de refuser l'information sans motif de refus sauf s'il y a un risque de transmission (VIH, VHB, VHC). En effet, le médecin peut être jugé pour non-assistance à une personne en danger. Dans cette situation, le patient doit être informé et prévenu des risques. Pour une maladie génétique avérée ou révélée, l'obligation face à ce droit de refus est de transmettre un document explicite des conséquences d'une éventuelle transmission (Laude *et al*., 2012).

La preuve de transmission de l'information revient au médecin et non plus au patient avant la loi du 4 mars 2002.

1.1.1.2 Consentement

Ce qui en découle de l'information, c'est l'obtention du consentement libre et éclairé.
La loi du 4 mars 2002 introduit, à l'article L. 1111-4 al. 3 CSP, le principe que « aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Cette disposition est vraie qu'elle qu'en soit la situation du patient, il peut être incarcéré et ce droit est conservé. On évoque ainsi le principe de respect de la dignité humaine. La personne est en droit d'accepter ou de refuser quel que soit l'acte proposé (Laude *et al*., 2012). Ce consentement peut être retiré expressément prévu à l'article L. 1111-4 al. 3 CSP. Il est obtenu dans un délai de réflexion jugé acceptable. Il est également prévu par la loi des motions particulières pour le consentement d'un mineur ou d'une personne majeure protégée. Il est toujours appliqué dans l'intérêt seul du patient.
Comme pour l'obligation d'information, nous avons des limites de ce droit : l'urgence et l'impossibilité et les actes médicaux imposés. Dans le premier cadre, il faut tout de même consulter un proche ou une personne de confiance. Dans le deuxième cadre, on parle d'injonction de soins prévue par la loi.

1.1.1.3 Dossier médical

Le droit d'accès au dossier médical a été revu dans la loi du 4 mars 2002 et on oublie le terme de dossier médical : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou on fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ». Les ayants droits sont des tiers amenés à consulter le dossier médical. Ils ne sont autorisés quand l'approbation de la personne concernée.
Depuis peu, la loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » a transféré ces dispositions, du Code de la sécurité sociale dans le Code de la santé publique permettant un accès informatisé du « dossier médical personnel et du dossier pharmaceutique ».
On parle aussi de droit à la continuité des soins, nécessitant une permanence de soins (décret du 7 avril 2005) et assuré par la coordination entre les praticiens, qu'il s'agisse d'un médecin hospitalier, d'un médecin généraliste ou spécialiste ou de personnels paramédicaux (Laude *et al.*, 2012).

1.1.1.4 Droits collectifs

Les droits individuels ont beaucoup évolué et ont donné un caractère nécessaire à la participation collective des usagers au fonctionnement du système de santé (Laude *et al*., 2012). Tout d'abord, la reconnaissance de ces droits collectifs s'est faite en milieu hospitalier puis elle s'est généralisée aux associations d'usagers. C'est une fois de plus une façon d'affirmer cette démocratie sanitaire et de rendre acteurs les citoyens.

1.1.1.5 Obligations et responsabilités du patient

Lorsqu'on parle de droits, on sous-entend des devoirs et des responsabilités. Ce réajustement du pouvoir dans la relation praticien-patient implique un respect de certaines dispositions prévues par la loi. En effet, le patient, au moment où il consulte un médecin, il est dans une dimension de collaboration. Le Code civil décrit un contrat bilatéral, c'est-à-dire qu'il fait naître des obligations réciproques et interdépendantes (Art 1102 du Code civil : « le contrat est synallagmatique ou bilatéral lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres »). Le patient a ainsi l'obligation de régler les honoraires demandés à juste titre par le praticien et l'obligation d'observance (Béry, 1997). Cette dernière est bien évidemment dans l'intérêt du patient. Il se voit recevoir des conseils et des prescriptions pour maintenir un bon état de santé. En somme, il est responsabilisé au nom de la loi sinon quoi la relation de confiance n'existerait pas. C'est pourquoi il est important d'insister sur les libertés des usagers notamment dans le choix de leur soignant.

1.1.2 Le droit à la santé

1.1.2.1 Principes

Une approche fondée sur la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1948, a permis de décrire des principes et des normes stricts visant à améliorer l'accès à la santé. Ils sont au nombre de sept :

1. Non-discrimination: Le principe de non-discrimination cherche à garantir que les droits de l'homme seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation comme le handicap, l'âge, la situation matrimoniale et familiale, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle, l'état de santé, le domicile ou la situation économique et sociale.

2. Disponibilité: Les établissements, les biens, les services et les programmes de santé publique et de soins de santé sont en nombre suffisant.

3. Accessibilité: Les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous.

L'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes :

- non-discrimination;
- l'accessibilité physique;
- l'accessibilité économique;
- l'accessibilité de l'information.

4. Acceptabilité: Tous les établissements, les biens et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, et tenir compte des besoins des hommes et des femmes tout au long de la vie.

5. Qualité: La qualité ainsi que le niveau scientifique et médical des établissements, des biens et des services de santé doivent être adaptés.

6. Responsabilisation: Les États et les autres entités responsables doivent rendre compte de la mesure dans laquelle ils respectent les droits de l'homme.

7. Universalité: Les droits de l'homme sont universels et inaliénables. Ils doivent être respectés pour chaque personne, partout dans le monde (décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

La Constitution du 27 octobre 1946 énonce les droits-créances. Ce sont les droits que l'État doit assumer à l'égard des citoyens (Vie Publique, 2006). Il est établi que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain». Ainsi il est inscrit dans le code de santé publique à l'article L. 1110-1 CSP : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

Nous avons le droit, le moment venu, à des soins de qualité, conformes aux actuelles données de la science et indépendamment des conditions de ressources financières.

L'article sur la protection de santé va être complété, le 27 juillet 1999, par la couverture médicale universelle qui « garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais ».

Il en découle des libertés et des droits :

Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps (par exemple les droits sexuels et génésiques), ainsi que le droit à l'intégrité (par exemple le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale) (selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

Les droits comprennent :
- le droit à la prévention
- le droit à l'égal accès aux soins
- le droit à la qualité des soins (loi HPST relatif à la formation continue pour tous professionnels de santé et la loi du 4 mars 2002 sur la qualité du système de Santé)
- le droit au respect de la dignité et du corps humain
- le droit au secret médical
- le droit de choisir le praticien

Mais ces droits sont encadrés par des devoirs. Depuis la loi du 4 mars 2002, la politique de prévention a été renforcée. Cela passe par des campagnes d'informations, de dépistages, des actions de vaccination ou encore depuis la loi HPST, des mesures de prévention des comportements alimentaires et plus particulièrement de l'obésité et du surpoids (Art. L.3231-1 CSP). Donc chaque citoyen a le devoir d'adopter un comportement ou un mode de vie qui ne puisse pas nuire à sa santé (Laude *et al*., 2012).
Dès lors, les relations entre les différents acteurs sont déterminées. Le pouvoir a été donné à toute personne de faire valoir ses droits et d'encourager les décideurs et les prestataires de services à respecter leur obligation de créer des systèmes de santé plus réactifs.

1.1.2.2 Limites et enjeux

En pratique, on peut se rendre compte de l'application de ces droits et de leurs limites. Nous allons pouvoir développer quelques situations problématiques :
- L'accès aux services de santé en fait partie, ainsi que l'accès aux traitements.

Notre système de soins ne cesse de progresser et toute personne bien évidemment souhaite le meilleur pour sa santé. Il est donc sans intérêt de le décrire comme un droit lorsqu'il s'agit d'un devoir pour les professionnels de santé. Mais voilà que, la science offre de nouvelles possibilités de traitement comme les greffes d'organes ou l'assistance à la procréation ! Cette demande est-elle un droit ? Pour qui ? Quelles sont les limites ?
Cette évolution permanente ouvre de nombreux débats auxquelles nous devons souscrire à la

bioéthique pour définir ce que de droits.

- L'obtention du consentement libre et éclairé, est depuis peu inscrite dans le code de déontologie ainsi que la définition de l'accès au dossier médical. Cette obligation de consentement passe par une obligation d'information de la part du praticien. En pratique, cela devient difficile notamment dans l'annonce de certaines maladies et de leur pronostic car il est possible d'émettre une réserve.
- Les médias, Internet, ou d'autres supports numériques : il est compliqué de les contrôler. Toutes personnes ayant accès à ces dispositifs, se voient submerger d'informations plus ou moins fiables. L'autodiagnostic et l'automédication sont devenus courants. Et pourtant le patient a le droit d'être informé sur sa santé.
- Le droit à la sécurité est souvent employé avec le « principe de précaution ». Il a été introduit en droit français par la loi Barnier du 2 février 1995 sur le renforcement de la protection de l'environnement. Il s'agit du principe selon lequel « l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement à un coût économique acceptable ».

Du fait des progrès de la médecine, des améliorations techniques et de l'essor des technologies de pointes, les risques ont augmentés. En conséquence, nous devenons plus exigeant à l'égard du soignant et de son équipe. Dans cette mesure, le « droit à l'erreur médicale » a été redéfini. Néanmoins il faut toujours garder à l'esprit d'établir une relation de confiance entre le patient et le médecin.

Ces différentes situations montrent bien la complexité de respecter ce droit à la santé. On s'en rend compte lorsque nous atteignons les limites de la médecine sur le droit de guérir. En effet, au sujet de l'acharnement thérapeutique, ce droit mis en échec pourrait se retourner en droit à la mort. Nous devons donc constamment faire évoluer ces droits pour le bien du patient.

1.1.2.3 Le droit de choisir son chirurgien-dentiste

Toute personne est libre de choisir son médecin. Ce dernier doit lui permettre de faire valoir ce droit. De plus, quatre principes fondamentaux encadrent l'exercice de tout chirurgien-dentiste (Billaud *et al.*, 2015) :

- libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;
- liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;
- entente directe entre le patient et le chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;
- paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.

Cette liberté de choix tant défendue par les patients est donc inscrite dans le Code de déontologie. On pourrait croire que ce droit est appliqué sans réserve. Cependant, l'apparition des réseaux de soins organisés par les assurances santé vient aujourd'hui nuire à ce principe. Des conventions sont signées entre professionnels de santé et Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM). Ces dernières orientent alors les patients vers les praticiens affiliés à leurs réseaux. Dans les faits, les assurés peuvent encore choisir leur praticien, mais cette liberté est restreinte par les remboursements différenciés. Effectivement, l'assuré peut consulter un chirurgien-dentiste en dehors du réseau proposé par son assurance mais il voit son remboursement minoré. On s'aperçoit donc que le patient applique ce droit de choisir sous une certaine contrainte économique.

Dès 1997, le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes s'est inquiété de cette atteinte au code de déontologie auprès du premier président honoraire de la Cour de cassation Pierre Drai. Jusqu'à ce jour, aucune disposition de jurisprudence n'interdit la création de ces nouveaux réseaux de santé. L'intérêt de pouvoir choisir son chirurgien-dentiste est dans l'établissement d'une relation de confiance.

1.2 La relation patient-praticien

1.2.1 Définitions

La relation patient-praticien est fondée sur une relation d'attente et d'espérance mutuelle nécessitant une construction, un déroulement et une fin. La consultation en odontologie doit permettre d'accéder à chacune de ces étapes par la mise en œuvre des compétences en consultation (Arreto *et al.*, 2006).

Le « colloque singulier » est la « rencontre clinique » entre celui qui a le statut et est revêtu de la dignité de médecin et celui qui, dans sa vulnérabilité, s'est trouvé dans la nécessité de remettre, pour un moment, son corps et sa vie entre ses mains (Vespieren, 2007).
Pour le philosophe Paul Ricœur, on parle aussi bien de « pacte de confidentialité » que de « pacte de confiance ».

1.2.2 Caractéristiques

Selon Arreto *et al*. (2006), la relation praticien-patient est décrite comme :

- inégalitaire et asymétrique puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue ;

- l'objet d'attente et d'espérance mutuelle : le patient attend la guérison et la réhabilitation et le praticien la reconnaissance de son pouvoir réparateur ;
- lieu d'échange : le corps mais la parole a aussi sa place.

Cependant, ce schéma de la relation médicale est en pleine transformation. Notre société souhaite mettre en valeur les droits des individus. On passe alors du modèle « paternaliste » décrit ci-dessus, au concept d' « autonomie » du sujet (Batifoulier *et al.*, 2006).

1.2.3 Evolution et enjeux

Au départ, cette relation praticien-patient, évidemment dissymétrique, entre un être souffrant et un détenteur de savoir et de pouvoir, avait un caractère paternaliste. Aujourd'hui, la remise en cause de ce modèle et du monopole décisionnel des médecins a pour but de replacer le patient au centre des discussions (De Dinechin, 2008). La loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme cette évolution.

La relation de soin est rééquilibrée, plus démocratique, avec l'émergence d'un patient acteur. Ce changement résulte d'une grande mobilisation des malades, particulièrement pendant la pandémie de sida (Bataille, 2001). Au même moment, la bioéthique développait des principes sur la recherche sur le corps humain, au centre desquels elle plaçait « l'autonomie » du sujet. L'émancipation du malade va rapidement faire évoluer le rapport au médecin. Le patient s'adresse directement à lui et exige un libre choix thérapeutique (Batifoulier *et al.*, 2006). Le médecin tient compte des préférences de son interlocuteur. Il y a un échange, une coopération entre les deux parties, le praticien conserve la décision finale mais il doit conseiller, donner une information claire, objective et dans un langage le plus approprié que possible. De plus, l'apparition de nouvelles sources de savoir avec le développement de l'internet, va également modifiée cette relation autrefois réglé par le colloque singulier. En effet, le patient s'informe avant d'aller en consultation pour pouvoir donner son consentement éclairé, émettre des interrogations sur un traitement voire critiquer et faire appel à la justice.

La médecine est chaque jour un peu plus soumise à des règles et des contrôles administratifs, en conséquence des obligations économiques publiques et des revendications sécuritaires des patients. Le contexte du colloque singulier est alors renouvelé.
Tout d'abord, une mise à jour du Code de déontologie en 1995, s'est concentrée sur le droit à l'information et l'obtention du consentement éclairé. L'**article 35** prévoit que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose ». Le Conseil de l'Ordre complète que « cette

information doit être adaptée à la personnalité du patient ». L'**article 36** précise que « le consentement de la personne examinée et soignée doit être recherché dans tous les cas ». Le praticien est soumis à une obligation d'information et obtient le consentement dans le respect de la dignité.

Dans le même temps, la jurisprudence de la Cour de cassation a évolué avec trois arrêts principaux. Le premier dit Hédreul (25 février 1997) précise que « le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient ». L'arrêt dit Guyomar (14 octobre 1997) confirme ce mouvement en inversant la charge de la preuve. Enfin, le troisième arrêt dit Harrichaux (9 octobre 2001) confirme ce devoir d'information et « trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ».

Pour encadrer juridiquement cette évolution, la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner a été voté. Elle établit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » et que « l'information incombe au professionnel de santé et non plus seulement au seul praticien ».

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 maintient le cap de cette transition en « faisant de l'assuré social le gestionnaire de son capital santé » (Batifoulier *et al.*, 2006). Cette réforme sur l'assurance maladie va modifier le comportement du patient qui devient responsable de sa santé. Autant de facteurs qui accroissent l'autonomie du malade à l'inverse du pouvoir des médecins qui diminue en faveur d'une relation médicale plus partagée. On construit une relation de partenariat entre le patient et le praticien (Amzalag, 2011). De plus en plus, le principe de consumérisme est soulevé dans le domaine de la santé. En effet, là où les droits des usagers ne seraient pas assurés en matière de santé, intervient le droit de la consommation. Les textes régissant la loi présentent parfois le patient comme un consommateur de soins. Dans le traité sur l'Union Européenne, l'article 129-A prévoit que « la communauté contribue à la réalisation d'un niveau élevé de protection des consommateurs par : des actions spécifiques qui appuient et complètent la politique menée par les Etats membres en vue de protéger la santé […]». De même, un arrêt de la Cour de cassation envisage que « les personnes avec lesquelles un médecin conclut un contrat médical doivent être considérées, […] comme consommateurs desdits services ». Mais la jurisprudence se contredit dans l'article L. 122-1 Code de la consommation relatives au refus de vente pour les professionnels de santé.

Nous nous retrouvons devant un problème de taille, avec l'application du droit de la consommation et du droit de la concurrence, celui de comparer l'acte médical à une prestation de services. Au malheur de voir une relation de service remplacer une relation de confiance personnalisée et indispensable à la prise de décision partagée (Laude *et al*., 2012).

CHAPITRE 2 : DISPARITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ

Malheureusement, l'accessibilité au système de soins n'est pas toujours une réalité. En effet, outre les délais de rendez-vous, nous sommes confrontés à un problème majeur : l'accès aux soins dans les milieux ruraux dits de « déserts médicaux ».

2.1 Le territoire rural

L'INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques, définit un espace rural « comme étant l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales qui ne sont ni urbains, ni périurbains. » Ce territoire représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine.

Par ailleurs, elle définit une commune ou un ensemble de communes relevant du territoire urbain « lorsque l'on est en présence d'une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.
Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multi-communale. »

La France a connu une forte urbanisation au cours de la dernière décennie. Les trois-quarts de la population vivent désormais en ville. Une évolution marquée par un étalement urbain et une absorption de communes dans de plus grandes unités.

En 2010, 77,5 % de la population française vit en zone urbaine, soit 47,9 millions d'habitants, selon une étude de l'INSEE publiée le 25 août. Les villes occupent désormais 21,8 % du territoire, soit une progression de 19 % en dix ans. Un rythme plus important que lors des dernières décennies, mais proche de celui des années cinquante et soixante. "De nouvelles petites unités urbaines sont apparues et le périmètre de certaines grandes unités urbaines s'est agrandi", résume l'INSEE.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la France rurale s'est transformée. En effet, il ne reste plus que 5 % de la population française à habiter dans des zones dites rurales. Néanmoins, elles constituent un vaste territoire auquel l'Etat se doit de répondre en matière de services publics notamment dans le domaine de la santé.

Aujourd'hui, il est impossible d'appréhender la ruralité d'une manière unique et uniforme. Il existe de

multiples ruralités qui ne connaissent pas les mêmes dynamiques économiques, démographiques ou sociologiques. Les priorités sont diverses et variables suivant les régions. La proximité et l'accès aux zones urbaines influencent leur politique de développement.

La forte croissance démographique, la dynamique d'urbanisation et l'essor du numérique sont autant de points à l'origine de l'évolution des conditions de vie et des attentes des Français.
Dans les faits, si on les regroupe avec les espaces périurbains avec lesquels elles partagent une densité de population relativement faible (< 140 habitants/km²), les campagnes sont fortes de plus de 27,4 millions d'habitants » d'après le site du Gouvernement.

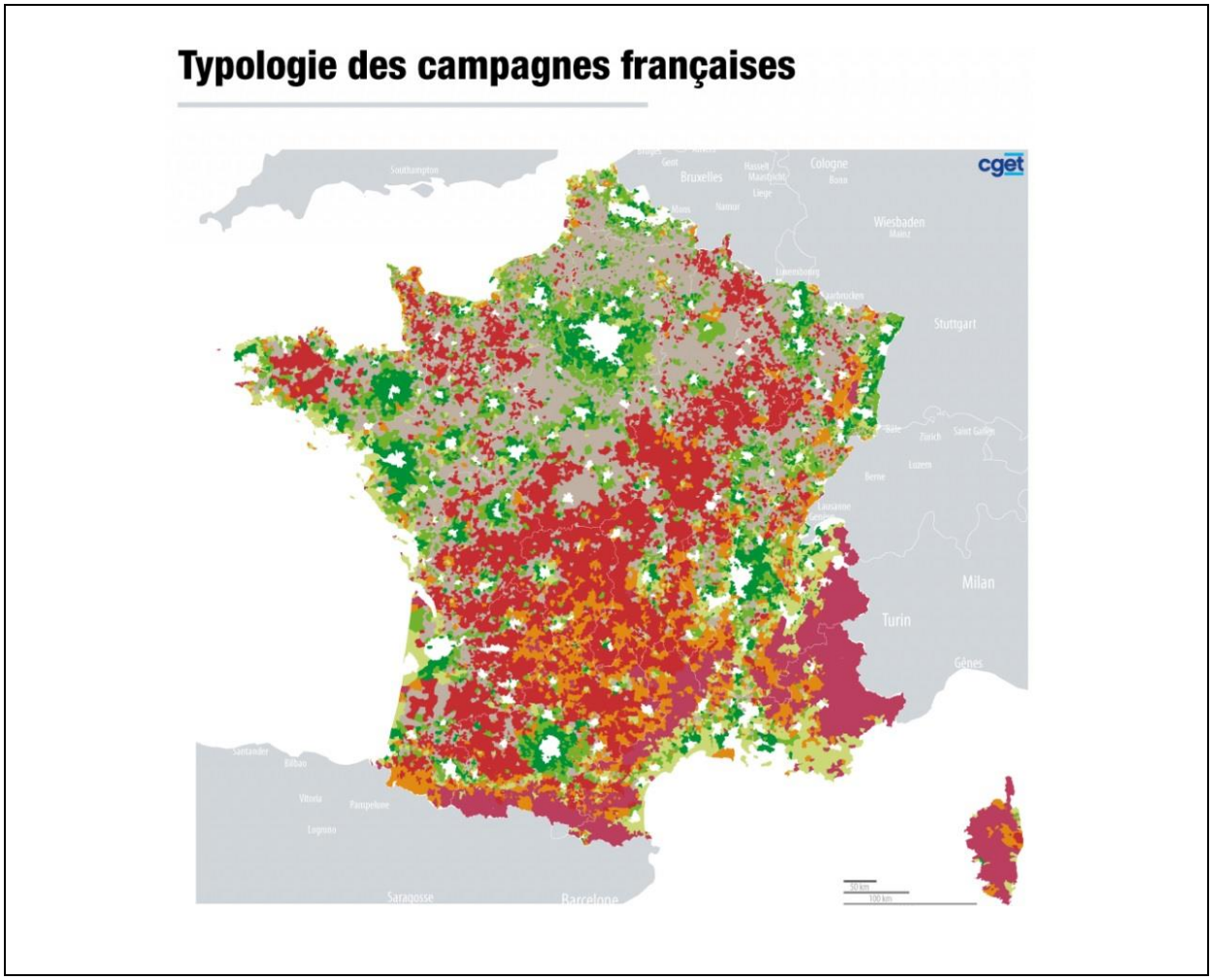


Fig. : 2.1. Les campagnes françaises (Ministère de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, 2014)

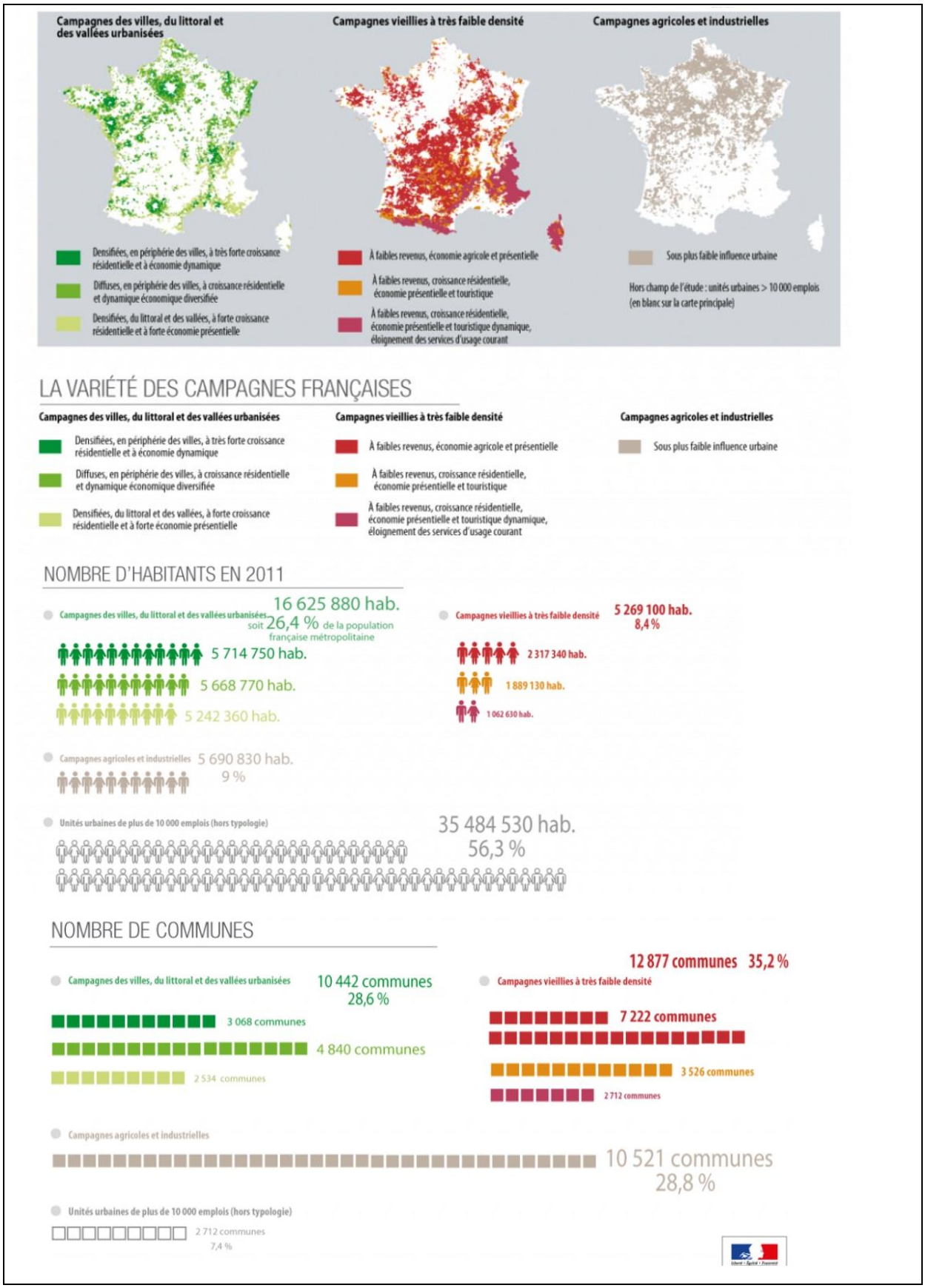


Fig. : 2.2. Les campagnes françaises (Ministère de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, 2014)

2.2 La désertification médicale

De plus en plus de Français connaissent des difficultés pour se faire soigner. C'est le résultat d'une offre de soins qui se raréfie dans certaines régions de France. Et pourtant, le nombre de médecins qui sortent de l'école continue de croître (selon les chiffres du Gouvernement, près de 220 000 aujourd'hui soit deux fois plus qu'en 1980, avec un rapport de 334 praticiens pour 100 000 habitants). Dans les prochaines années, un certain nombre de médecins vont partir à la retraite et cela risque de créer plus de « déserts médicaux ». En effet, ils ne sont pas forcément remplacer dans certaines zones et on note une plus grande disparité entre les départements. A l'heure actuelle, on dénombre 798 médecins pour 100 000 habitants à Paris contre 180 médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure. Pour lutter contre ces inégalités, le Gouvernement a lancé en 2012 le « Pacte territoire-santé ».

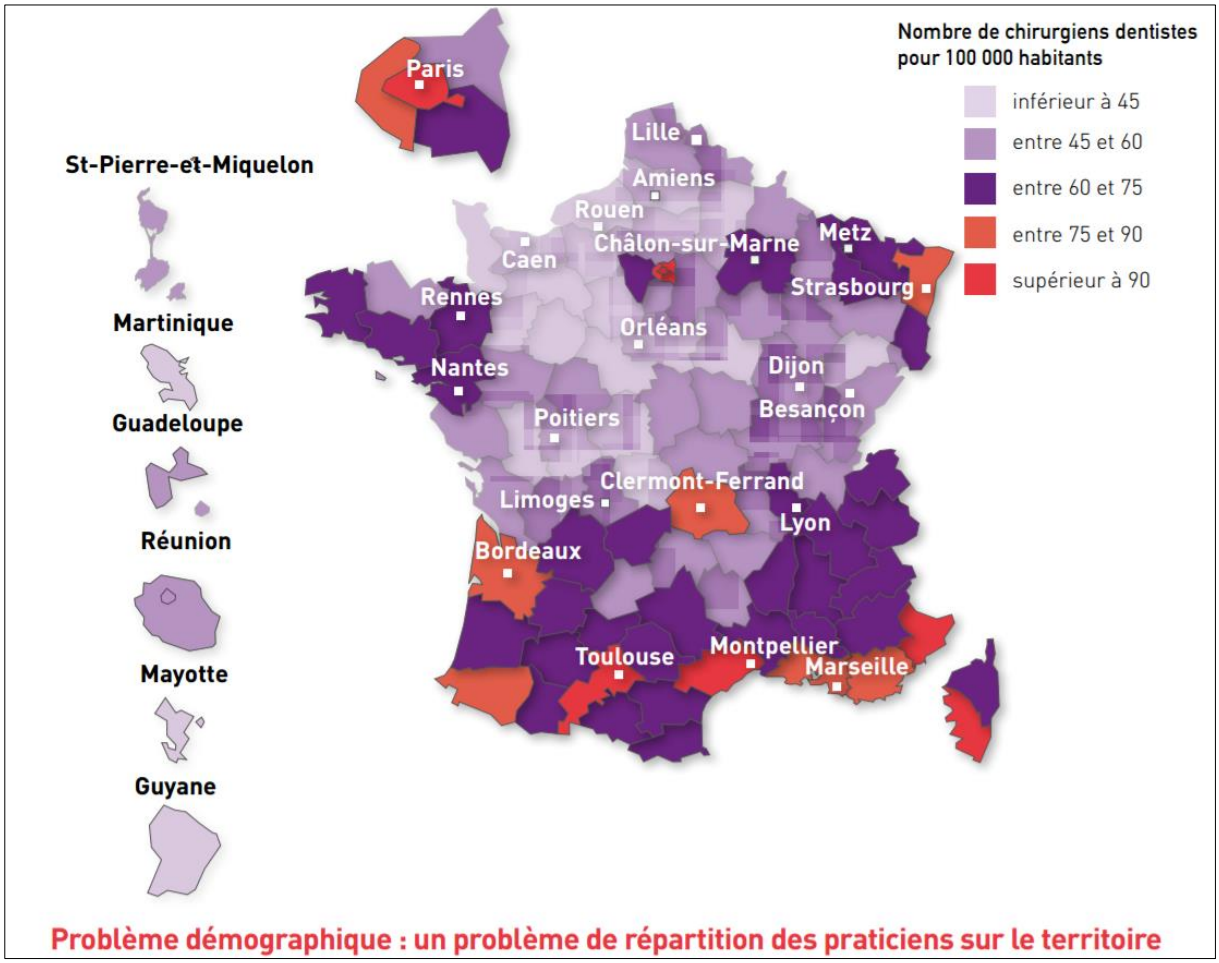


Fig. : Densité démographique des chirurgiens-dentistes de France

2.2.1 La lutte contre les déserts médicaux

Le « Pacte territoire-santé » apporte une solution pour réduire cette désertification médicale. Il a pour but de garantir l'accès aux soins à tous les Français, où qu'ils soient, en incitant les médecins à s'installer dans les régions dites de « déserts médicaux ».

Pour cela, un certain nombre de mesures ont été prises, notamment sur la formation des jeunes médecins et sur leur installation facilitée dans ces zones. Nous allons voir comment !
Pour réduire cette disparité sur le territoire français, le Gouvernement a mis en place des mesures incitatives. Elles sont à deux niveaux :

1- les étudiants : des **Contrats d'Engagements de Service Public (CESP)** sont proposés (l'objectif pour 2017 a été fixé à 1 700 contrats). Qu'est-ce que c'est qu'un CESP ?

D'après les textes du Gouvernement, c'est une bourse de 1 200 euros brut par mois versée aux étudiants volontaires qui décident de s'installer dans une région qui manque de médecins et cela pour une durée égale à celle du versement de la bourse. C'est également une formation individualisée et un soutien lors de l'installation ou de la prise d'activité.
À l'origine, mis en place pour les étudiants en médecine et depuis la rentrée universitaire 2013-2014, ce dispositif a été étendu aux étudiants en odontologie.
Les étudiants intéressés peuvent souscrire à ce contrat dès la 2ème année d'études. Ils s'engagent alors à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur cursus, à titre libéral ou salarié ou mixte dans des zones dites « fragiles » identifiées par les Agences Régionales de Santé (ARS) (décrit sur le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé de Bretagne, PAPS de Bretagne). Cette durée d'engagement est au minimum de 2 ans. Le Centre National de Gestion (CNG) gère cette allocation.

De plus, un stage en médecine générale sont proposé pour 100 % des étudiants en médecine. Pour les étudiants effectuant leur stage dans des zones retirées, ils se voient octroyer une indemnité pour le transport à hauteur de 130 euros par mois. C'est une mesure qui vise à inciter les stages dans des zones déficientes en médecins.

En Bretagne, le directeur général de l'ARS a redéfini, le 10 février 2014, les zones dites « prioritaires ». L'approche est pluri-professionnelle pour répartir les professionnels de santé libéraux, les maisons de santé*, les pôles de santé** et les centres de santé***. Le but est d'équilibrer cette répartition géographique et de coordonner les modes d'exercices.
Le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires bretons identifie 21 territoires en zones prioritaires. Elles sont éligibles à l'application d'aides conventionnelles pour le maintien ou

l'installation des médecins dans ces territoires, et d'exonérations fiscales (d'après le PAPS de Bretagne).

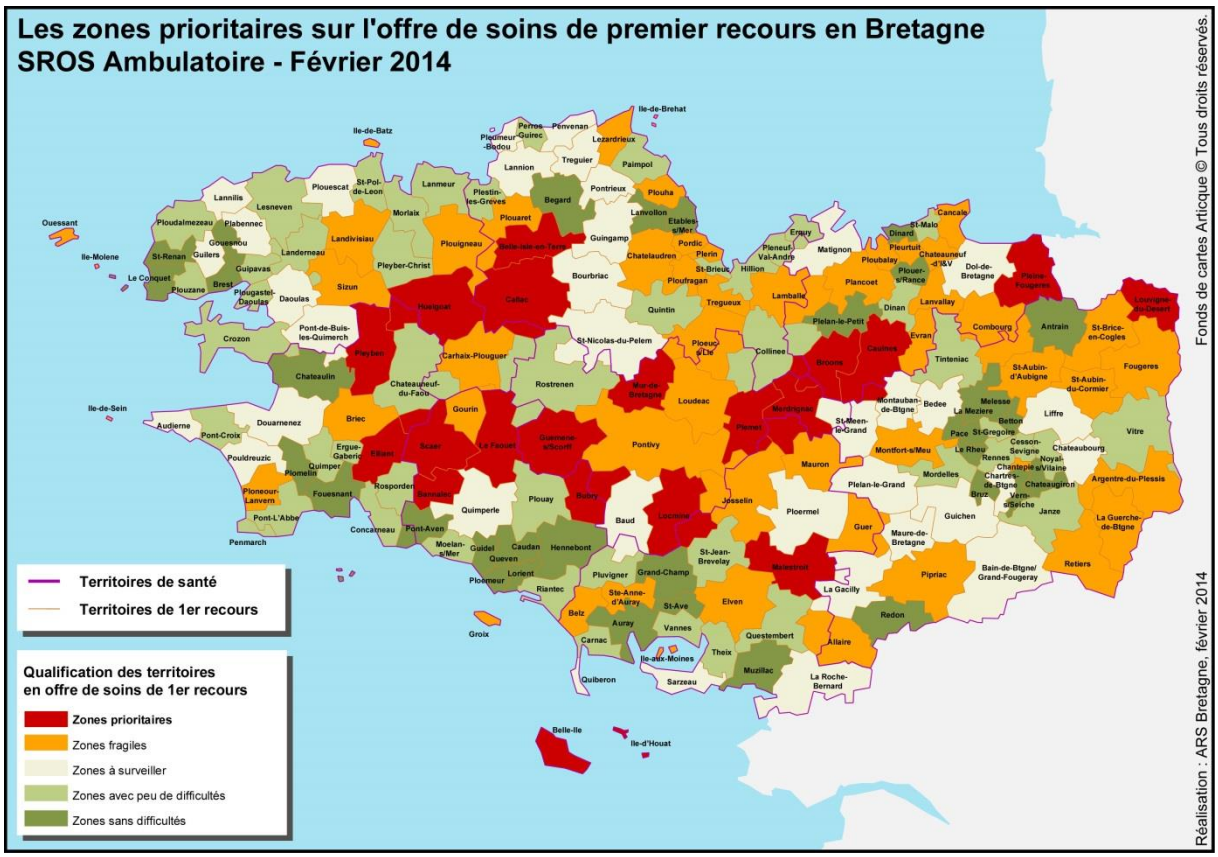


Fig. : 2.4. Les zones prioritaires (ARS Bretagne, 2014)

*Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP): « Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, 2013).

**Pôle de santé : défini par la loi : il est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale » (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, 2013).

***Centres de santé : sont soit mono-professionnels, soit pluri-professionnels. Les professionnels de santé y sont salariés et les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016).

2- les jeunes médecins : depuis septembre 2013, le **contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)** est opérationnel.

Ce contrat garantit aux jeunes médecins, des revenus et une protection sociale améliorée, en sécurisant leurs deux premières années d'installation.
De plus le bénéficiaire perçoit, sous réserve d'un minimum d'activité, un complément de rémunération garantissant un revenu net mensuel de 3 640 euros.
En contrepartie, les médecins s'engagent à exercer dans un territoire manquant de professionnels, dans le respect des tarifs remboursés par la Sécurité Sociale.
Lors de l'installation, les étudiants et les professionnels de santé peuvent contacter un référent installation de l'ARS dans chaque région, pour être renseignés, informés, aidés dans leurs démarches.

Le « Pacte territoire-santé » est donc contraint de transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé. De plus en plus de médecins s'installent ensemble. Leur intérêt est de partager leurs expériences professionnelles et de mutualiser les charges. Pour cela, 4 engagements ont été pris par le Gouvernement :

- **Développer le travail en équipe :**

C'est faciliter la prise en charge complète des patients et créer des conditions d'installation attractives. Cela permet également d'améliorer la qualité de l'offre de soins et de réduire les délais d'attente pour consulter. On parle de structures pluridisciplinaires : les maisons de santé.

- **Rapprocher les maisons de santé des universités :**

C'est d'abord décloisonner les activités cliniques et de recherches. Par ce rapprochement aux universités, les maisons de santé deviendront des lieux de stages formateurs et des lieux de recherche et d'enseignement.

- **Développer la télémédecine :**

Elle ne remplace pas les pratiques médicales actuelles mais elle garantit l'accès aux soins pour tous.

- **Accélérer les transferts de compétences :**

Revoir les conditions d'exercices de la médecine afin de réduire le temps d'accès à certaines spécialités médicales.

Le « Pacte territoire-santé », c'est aussi investir dans les territoires isolés :

- **L'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes :**

Des Médecins Correspondants du SAMU* (MCS) formés à l'urgence ont été déployés dans les

territoires isolés. Dans certaines régions, comme en montagne, leur intervention rapide, parfois en avant-poste des SMUR*, est décisive.

SAMU* : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR* : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

- **Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires.**

De plus en plus de médecins hospitaliers consultent quelques jours par mois dans des cabinets de ville, partout en France.

- **Coopération entre les centres hospitaliers et la médecine de ville :**

Le Gouvernement veut les soutenir et lever les obstacles juridiques et financiers qu'ils rencontrent.

- **Conforter les centres de santé :**

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), remis en juillet 2013, a mis en évidence l'utilité des centres dans l'offre de soins et la nécessité d'adapter leurs modalités de rémunération. Une concertation nationale entre les représentants des centres de santé et le ministère de la Santé a été mise place (d'après le site du Gouvernement).

2.2.2 - <u>L'efficacité des mesures</u>

Selon le Gouvernement :

- **Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants**

Depuis le lancement du Pacte, la proportion des étudiants ayant effectué un stage de médecine générale a augmenté. Ainsi en 2013, 60% des étudiants ont fait un stage en médecine générale. 8 régions n'ont pas attendu 2017 pour atteindre l'objectif de 100%.

- **Les Contrats d'Engagement de Service Public**

Entre 2012 et 2013, le nombre de CESP est passé de 353 à 591, soit déjà 34 % de la cible pour 2017 qui a été fixé à 1 700. Aujourd'hui, on parle d'une augmentation de plus de 275 % depuis 2012 (d'après le site du Gouvernement).

En odontologie, dès son application, en 2013, 76 contrats ont été signés sur 89 à pourvoir, puis 95 l'année universitaire suivante. Le Conseil de l'Ordre s'en réjouit. En effet, il s'est engagé de manière active pour étendre ce programme à notre profession. Son succès ne pourra être effectif, que le jour où nous aurons les premiers retours d'expérience des contractants diplômés et installés dans les zones

prévues par les ARS. Soulignons que le CESP ne rencontre pas un succès uniforme dans les 16 UFR, en particulier à Brest, à Bordeaux et à Montpellier où les étudiants sont plus tièdes (d'après le site du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes).

Le nombre de Contrats d'Engagement de Service Public alloué aux étudiants en odontologie a continué d'augmenter avec 110 postes à pouvoir pour l'année 2015-2016 (Myriam Garnier, secrétaire générale du Conseil national et présidente de la commission Démographie de l'Ordre).

Pour l'année universitaire 2016-2017, l'arrêté fixant le nombre d'étudiants en odontologie autorisés à signer un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) prévoit 112 contrats d'engagements supplémentaires.

Le nombre de CESP par UFR est réparti comme suit :

Paris V : 10
Paris VII : 12
Lorraine : 9
Reims : 14
Strasbourg : 4
Lille II : 10
Clermont-Ferrand I : 10
Lyon I : 3
Aix-Marseille : 5
Nice : 4
Montpellier : 3
Bordeaux II : 4
Toulouse III : 6
Rennes : 8
Nantes : 5
Brest : 5

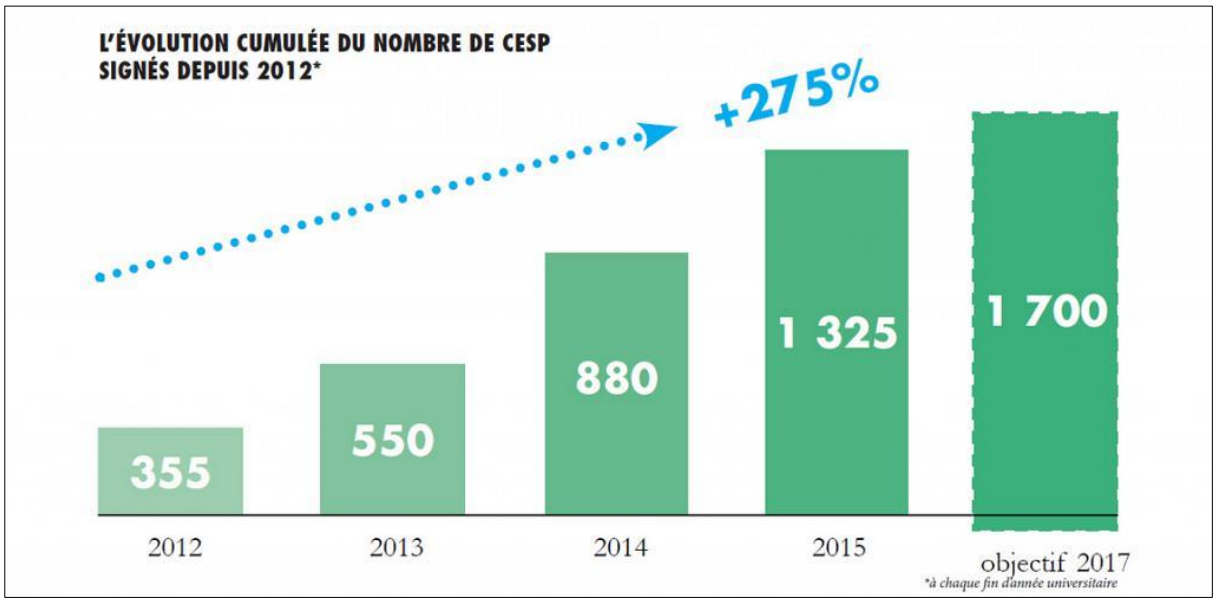


Fig. : 2.5. L'évolution des CESP cumulés en médecine et en odontologie (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017)

- **Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale**

Fin 2013, 180 contrats PTMG ont été signés. Face à ce succès, 200 contrats supplémentaires ont été proposés en 2014. Aujourd'hui, on dénombre plus de 480 PTMG.

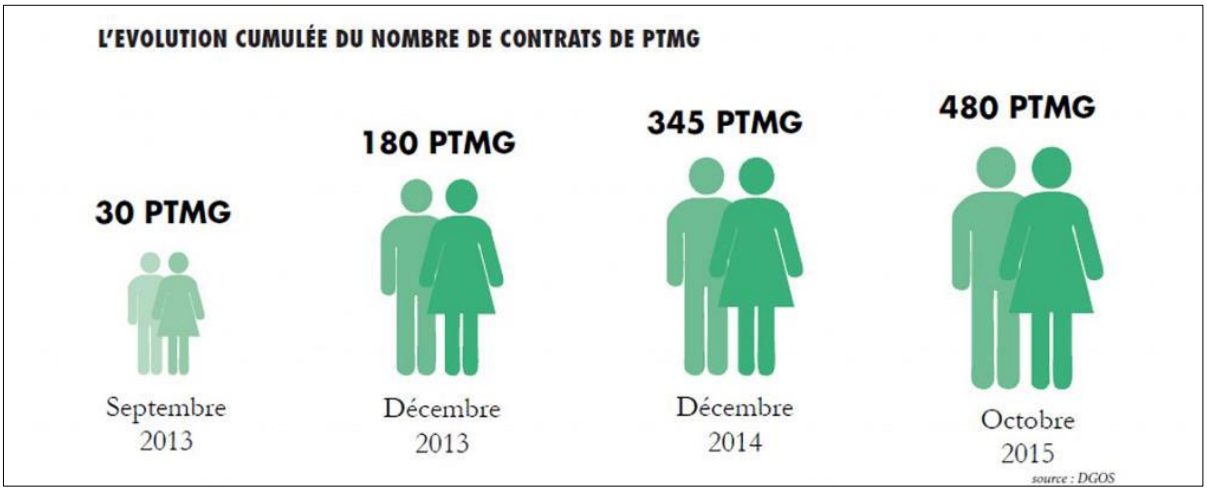


Fig. : 2.6. L'évolution des PTMG (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017)

- **Déploiement des maisons de santé**

En 2012, il y en avait 174. En 2013, elles étaient 370 et 600 en 2014. Le Premier ministre a annoncé le 13 mars 2015 que 200 maisons de santés supplémentaires seraient créées en 2015. Plus de 1 000 maisons de santé seront en services en 2017. Ces maisons pluridisciplinaires de santé seront notamment implantées dans des communes faisant partie du réseau de bourgs-centres (communes de moins de 10.000 habitants, exerçant des fonctions de centralité pour leur bassin de vie et nécessitant un effort de revitalisation).

- **Médecins Correspondants du SAMU (MCS)**

Ces médecins étaient 150 en 2012 et 600 fin 2015.

- **Amélioration de la qualité de la formation et des conditions de travail des internes**

Par ailleurs, depuis 2012, le Gouvernement travaille avec les représentants des internes pour garantir la qualité de leur formation initiale et reconnaître à sa juste valeur leur travail. Ainsi des mesures visant à améliorer la vie étudiante et à renforcer le caractère professionnalisant de la formation, notamment en encourageant les stages ambulatoires, sont entrées en vigueur dès le 1er novembre 2013 :

- revalorisation de 59 euros par mois de l'indemnité de sujétion des internes de première et deuxième années, qui reconnaît l'investissement des internes dès le début de leur troisième cycle ;
- création d'une indemnité forfaitaire de transport de 130 euros par mois pour les internes qui effectuent un stage ambulatoire éloigné de leur domicile et de leur établissement ;

- création d'une prime de responsabilité de 125 euros par mois pour les internes de médecine générale qui effectuent leur Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ;
- doublement du nombre de stages offerts en année de recherche.

L'ensemble de ces mesures a pour objectif de redynamiser les zones rurales dites de « déserts médicaux » afin d'accorder les mêmes droits à tous les citoyens de France.

Le choix du praticien doit être possible pour établir une relation de confiance. Actuellement, ceci n'est pas toujours le cas et nous verrons par le biais du questionnaire, que c'est important aux yeux de la population.

CHAPITRE 3. ENQUÊTE

L'étude de cette thèse repose sur une enquête auprès de la population du Finistère Nord et du Centre. Nous allons voir comment nous y sommes parvenus.

3.1 Les étapes de l'enquête

On peut déterminer trois phases à cette enquête :
1. l'élaboration du questionnaire
2. la distribution du questionnaire
3. l'analyse des questionnaires

3.1.1 L'élaboration du questionnaire

Pour réaliser ce travail sur les critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral, nous avons donc recherché les différents critères qui peuvent influencer le choix du praticien, en essayant d'être le plus exhaustif possible. Le questionnaire comporte trois parties :

- l'état civil
- le suivi dentaire
- les critères de choix

Pour cela nous nous sommes appuyés sur des articles et des travaux de thèses.

3.1.1.1 Etat Civil

La première partie, intitulée Etat Civil, nous permet de composer un échantillon. Les résultats obtenus seront décrits selon des variables choisies : sexe – âge - catégorie socioprofessionnelle (PCS) – lieu de résidence.

Nous avons estimé qu'avant l'âge de 18ans, le choix du praticien incombe de la responsabilité des parents.
La nomenclature PCS 2003 comporte au niveau le plus agrégé, 8 catégories, correspondant au premier chiffre de la PCS. Dans celle-ci, on a répertorié 486 postes d'actifs, et 11 postes supplémentaires pour les personnes sans activité professionnelle.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle.

Il est important de prendre en compte le lieu de résidence dans cette enquête étant donné les disparités territoriales de soins.

3.1.1.2 Suivi Dentaire

Dans la seconde partie, intitulée Suivi Dentaire, nous cherchons à connaître la fréquence des visites chez le chirurgien-dentiste et leur motif ainsi que l'historique dentaire des patients. Le choix du questionnement sur les extractions dentaires, étant l'un des actes le plus « invasif », a eu pour but de déterminer le niveau d'approche des soins dentaires et l'état dentaire (excepté l'extraction des quatre dents de sagesse). L'évaluation du suivi est désignée par l'importance de la sphère orale dans l'esprit des patients. Enfin, le nombre de chirurgiens-dentistes consultés depuis la majorité est un signe de fidélité et à contrario de mobilité.

Nous nous sommes appuyés des articles suivants :
- Influence of patient, visit, and oral health factors on dental service provision (Brennan et Spencer, 2002) ;
- The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services (Brennan et Spencer, 2005).

3.1.1.3 Critères de choix et revue de la littérature

La troisième partie, la plus conséquente, s'intéresse au choix du praticien par les patients. Parmi les critères de choix, nous avons décrit trois sous parties :

- le rendez-vous
- le cabinet dentaire
- le chirurgien-dentiste

Pour cette partie, les questions seront de trois types :

- Les questions ouvertes :

Elles laissent toute liberté à l'interviewé quant au contenu, à la forme et à la longueur de sa réponse.

- Les questions fermées :

Ce sont des questions pour lesquelles on impose à l'interviewé la forme et un nombre limité de réponses possibles. Au sein de cette famille, on distingue 3 groupes :

- les questions dichotomiques : l'interviewé doit choisir 1 réponse parmi 2 possibles.
- les questions à choix multiples et réponse unique : l'interviewé doit choisir une réponse parmi un choix supérieur à 2 modalités.
- les questions à choix multiples et réponses multiples : l'interviewé peut choisir une ou plusieurs réponses parmi un choix supérieur à 2 modalités.

- Les échelles d'attitude :

Ces questions ont pour rôle de mesurer une croyance, une intention, une importance, etc.
Elles peuvent se présenter sous différentes formes, nous avons choisi l'échelle de Lickert. Cette dernière mesure un degré de satisfaction ou d'insatisfaction avec l'énoncé.

Les trois items regroupent 29 questions réparties comme suit :

- 7 pour le rendez-vous
- 6 pour le cabinet dentaire
- 16 pour le chirurgien-dentiste

La rédaction des questions et leur formulation sont importantes dans ce type d'enquête. Nous allons à la rencontre d'un public de divers horizons, le vocabulaire employé doit être compréhensible par tous. Les questions ne doivent pas être trop longues, trop vagues ou abstraites. Nous avons dû reprendre le questionnaire suite aux premières réponses pour préciser certaines questions voire pour surligner certains détails de l'énoncé comme par exemple le nombre de choix possibles.

Pour conclure ce questionnaire, nous avons posé quatre questions à nos passants, en résumé des précédentes afin de faire une ouverture sur la possible fréquentation des cabinets dentaires à l'étranger.

Nos références pour construire cette partie du questionnaire sont :

- pour les critères influençant le choix du praticien :

- Devaux, 1985
- O'Shea *et al.*, 1986
- Lahti *et al.*, 1992
- Clow *et al.*, 1995
- Lahti *et al.*, 1996
- Holt et McHugh, 1997
- Newsome et Wright, 2000
- Brennan et Spencer, 2006a
- Brennan et Spencer, 2009b
- Bowling *et al., 2012*
- Ungureanu et Mocean, 2015

- pour les soins réalisés et le relationnel établi par le chirurgien-dentiste :

- Sakalauskiene *et al.*, 2005
- Sbaraini *et al.*, 2012

- pour l'information et les explications délivrées par le chirurgien-dentiste :

- Lahti *et al.*, 1995
- Association Dentaire Française, 2007

- pour le caractère du chirurgien-dentiste :

- Lahti *et al.*, 1996
- Karydis *et al.*, 2001
- Ayoub *et al.*, 2015

- pour l'évaluation du niveau de satisfaction :

- Koslowsky *et al.*, 1974
- Davies et Ware, 1981

- Corah *et al.*, 1984
- Kress, 1988
- Davies et Ware, 1992
- Hescot, 1996
- Kress et Shulman, 1997
- Newsome et Wright, 1999a
- Newsome et Wright, 1999b
- Mascarenhas, 2001
- Crow *et al.*, 2002
- Joosten *et al.*, 2008
- Riley *et al.*, 2014
- Rova Jakina, 2016

3.1.2 La distribution du questionnaire

Le questionnaire est composé de six pages, il est anonyme pour assurer une sincérité dans les réponses et il est délivré avec une enveloppe timbrée et adressée pour son retour. Le fait de laisser les personnes repartir avec le questionnaire a permis de récolter un maximum de réponses et de respecter l'anonymat.

Nous avons choisi de distribuer les questionnaires sur le département du Finistère dans sa moitié Nord. Les lieux de distribution ont été déterminés de façon aléatoire, en tenant compte tout de même de la notion de ruralité et de la disparité de répartition des praticiens sur le Finistère.

3.1.2.1 Démographie du Finistère

En 2017, les derniers chiffres de l'INSEE sont de **903 921 habitants** dans le Finistère avec une superficie de 6 733 km^2.

Le Finistère compte 281 communes :

- le chef-lieu est Quimper - 63 532 habitants ;
- la plus peuplée est Brest - 139 386 habitants ;
- la plus grande en superficie est Scaër – 117,58 km^2.

Le Finistère est organisé en 27 cantons et 26 intercommunalités dont **1 métropole (Brest)** et 4 communautés d'agglomération (Quimper, Morlaix, Concarneau, Quimperlé).

Le Finistère est formé de 4 Pays :

- au Nord du département, le Pays de Brest et le Pays de Morlaix ;
- au centre, le Centre Ouest Bretagne dit « COB » formé avec également le sud-est des Côtes d'Armor et le nord-ouest du Morbihan ;
- au sud, d'Est en Ouest, le Pays de Cornouaille.

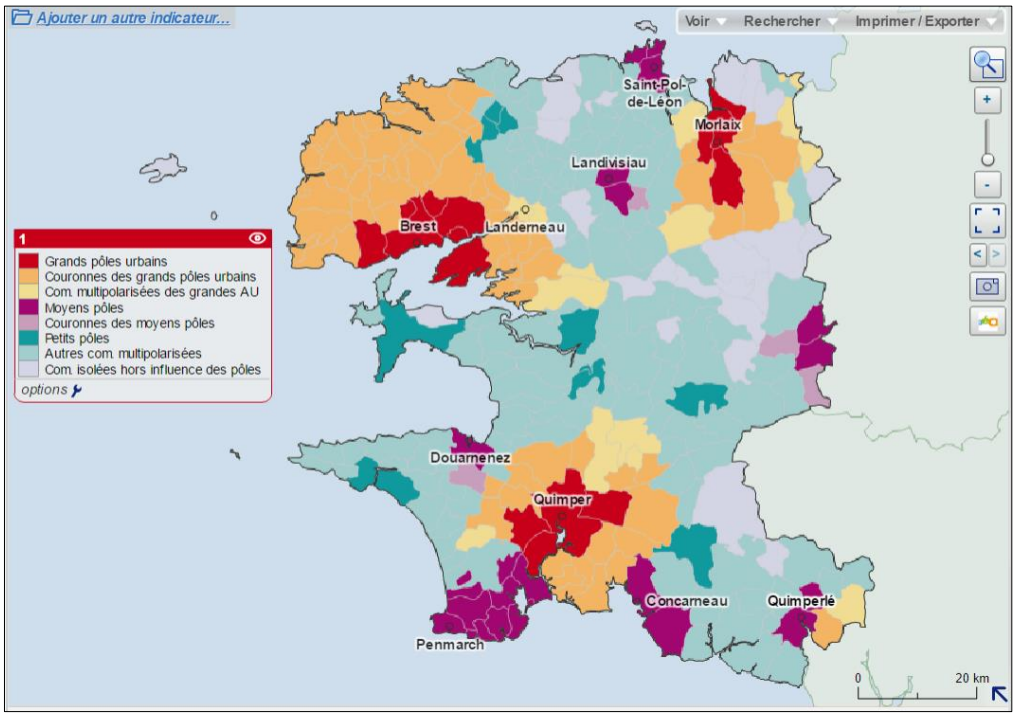


Fig. : 3.1. Zonage des aires urbaines (2010)

La répartition des communes selon la définition de la ruralité (population inférieure à 2000 habitants) :

- Communes rurales : 165 soit 59% des communes
- Communes urbaines : 116 soit 41% des communes

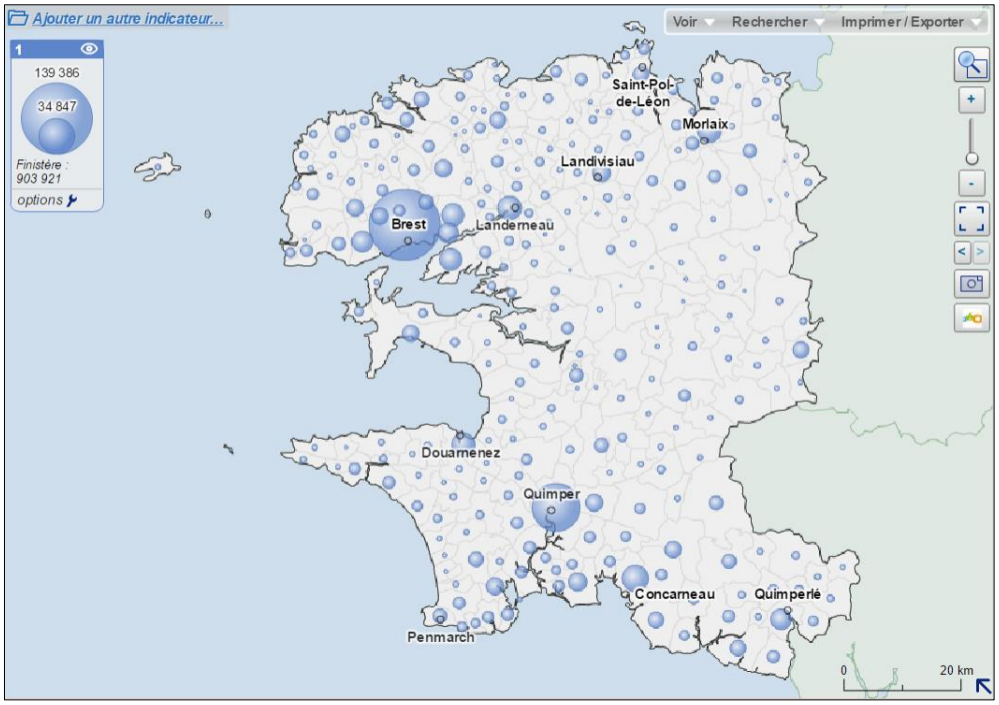


Fig. : 3.2. La répartition de la population du Finistère (2013)

En termes de nombre d'habitants :

- La population rurale représente : 154 436 habitants soit 17 % de la population totale.
- La population urbaine représente : 749 485 habitants soit 83 % de la population totale.

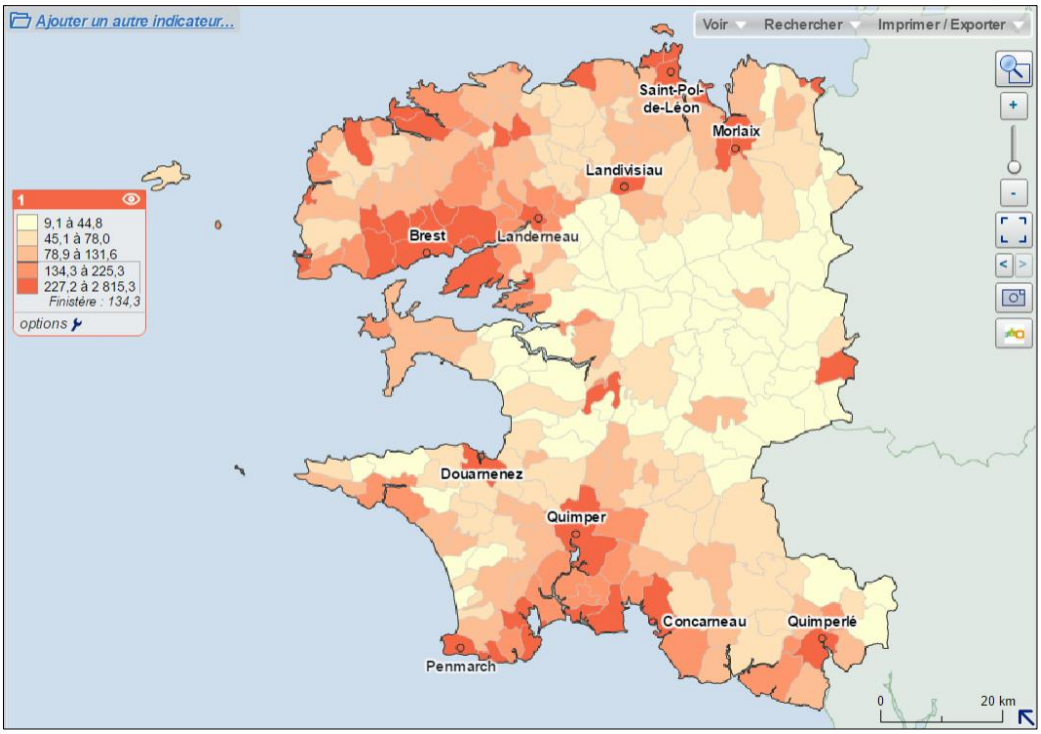


Fig. : 3.3. La densité de population exprimée en nombre d'habitants au km^2 (2013)

On peut constater que la répartition de la population est symétrique entre le Nord et le Sud du Finistère avec une forte concentration autour de Brest, Morlaix, Quimper et Quimperlé.
Ces chiffres ont organisé mon plan de distribution tout en respectant l'opinion de la population rurale minoritaire. Cette dernière est directement concernée par les questions d'accès au système de Santé.

Les communes désignées pour notre enquête sont :

- Plabennec (8 277 habitants)
- Landerneau (15 265 habitants)
- Plougastel-Daoulas (13 080 habitants)
- Lesneven (7 167 habitants)
- Lannilis (5 349 habitants)
- Ploudalmézeau (6 275 habitants)
- Pleyben (3 684 habitants)
- Châteauneuf-du-faou (3 692 habitants)
- Carhaix (7 423 habitants)
- Huelgoat (1 574 habitants)
- Châteaulin (5 181 habitants)
- Guipavas (13 586 habitants)
- Le Relecq-Kerhuon (11 175 habitants)
- Brest (139 676 habitants) :
  - St Marc
  - Centre
  - Les Quatre Moulins
  - Bellevue
  - St Pierre
- Guilers (7 703 habitants)
- Plouzané (12 005 habitants)
- St Renan (7 713 habitants)
- Landivisiau (9 131 habitants)
- Morlaix (15 507 habitants)
- Saint Pol (6 711 habitants)

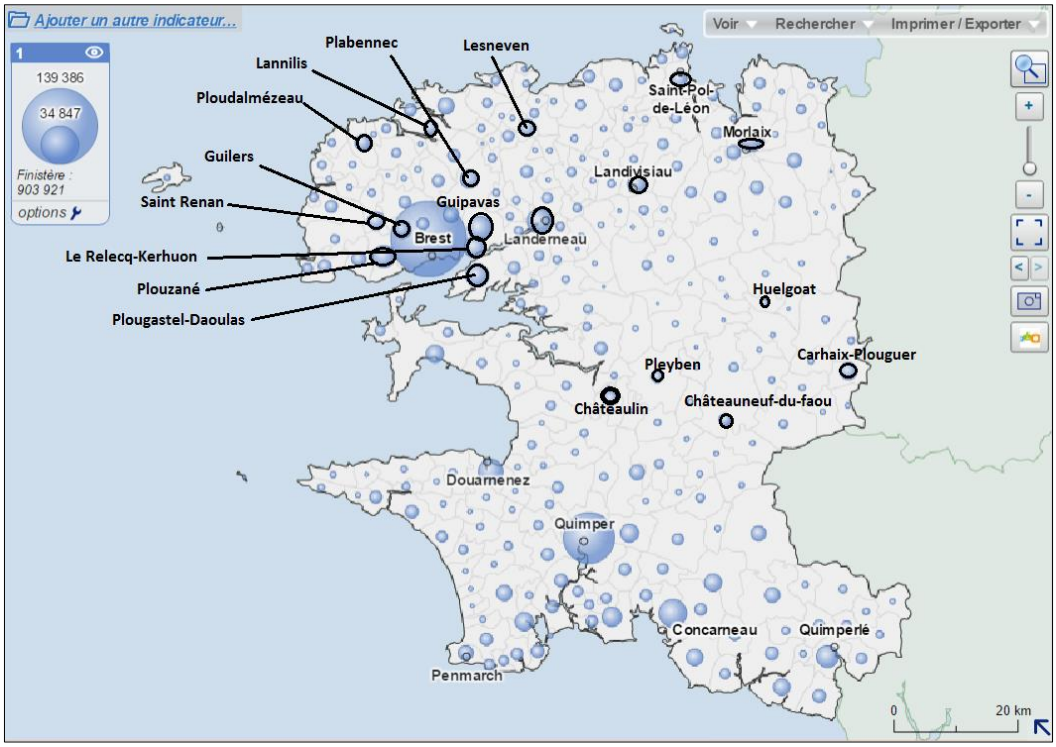


Fig. : 3.4. Les communes désignées pour l'enquête (2013)

Initialement, nous avions projeté de déposer les questionnaires directement dans plusieurs cabinets choisis au hasard. Mais l'enquête risquait d'être biaisée sur plusieurs points :

- la sélection des cabinets
- des réponses similaires dans le même cabinet, choix d'un nombre conséquent de cabinets
- défaut d'anonymat car la distribution et la réception se feraient directement dans le cabinet
- défaut de sincérité

Pour autant de points, nous avons préféré la distribution directement aux personnes présentes dans les lieux publics : la rue, la sortie de grandes surfaces, le marché, le commerce de proximité, à l'entrée d'une piscine publique.

L'enquête s'est déroulée sur une période d'un mois à compter du 20 décembre 2016 jusqu'au 19 janvier 2017. Un sondage est en général réalisé à un « moment donné » et étudié comme tel. C'est ce que l'on appelle un « instantané » dans la chronologie des activités sociales.

Sur cette durée, nous avons distribué 210 questionnaires aléatoirement, et nous avons reçu 158 réponses soit 75 % de taux de réponses. Toutes les catégories d'âge, de sexe et socioprofessionnelles sont représentées. Nous allons pouvoir étudier la population rurale et la population urbaine du Finistère.

3.1.2.2 Les difficultés rencontrées

Au-delà, des moyens techniques et financiers entrepris pour distribuer sur toute la moitié Nord du Finistère, une des principales difficultés rencontrées a été de saisir l'attention des passants. En effet, ils manifestaient un sentiment d'évitement, certains me l'ont exprimé en baissant le regard tout en poursuivant leur chemin, d'autres tout simplement m'ont dit qu'ils pensaient que c'était une banale enquête de satisfaction commerciale. Le fait de remettre le questionnaire dans une enveloppe timbrée et adressée a augmenté le taux de réponses.

D'autre part, pour éviter le biais de l'échantillon, nous avons distribué les questionnaires tous les jours de la semaine et à des horaires différents. L'idée est d'avoir une représentation de toutes les catégories de personnes.
Concernant la distribution à la sortie des grandes surfaces, nous n'avons pas fait le choix d'une enseigne en particulier étant donné les possibles variations de clientèles.

Dans la mesure où l'étude a été menée sur un échantillon avec le moins de biais possibles, les résultats permettent une interprétation correcte.

3.1.3 Le dépouillement

Une fois les réponses recueillies, on doit les mettre en forme en les reliant au sujet formulée au départ : c'est l'étape de l'analyse des questionnaires retournés. Cette analyse permet notamment de faire apparaître l'influence de certaines variables ou de certains facteurs sur le phénomène étudié. Il faut ensuite interpréter ces réponses c'est-à-dire énoncer des conclusions et permettre une ouverture (Tremblay et Perrier, 2006).

Sur les 210 questionnaires distribués initialement, 52 n'ont pas été retournés. Après ouverture des 158 enveloppes reçues, nous avons annulé 1 questionnaire qui était inexploitable et 9 questionnaires dont les auteurs résident dans d'autres départements. Notre analyse portera donc sur un échantillon de 148 personnes adultes habitant dans le Finistère.
Les résultats obtenus statistiquement ne pourront pas s'appliquer à un individu seul mais ils représenteront une moyenne de l'échantillon étudié.

3.2 L'étude de l'échantillon

3.2.1 Sexe

Notre échantillon est composé de 92 femmes (62 %) et de 56 hommes (38 %).

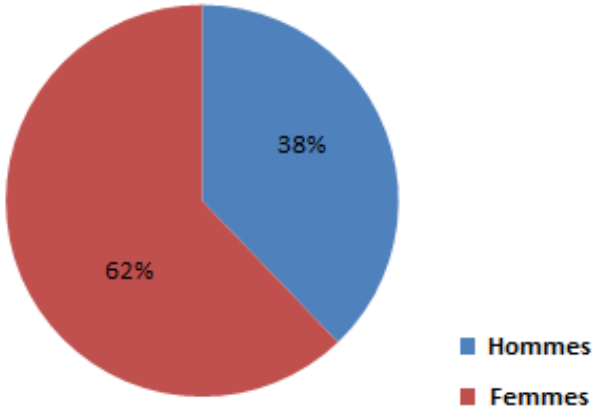


Fig. : 3.5. Echantillon

La population du Finistère compte 903 921 habitants dont 48,6 % sont des hommes et 51,4 % sont des femmes (selon INSEE 2016).

Dans notre échantillon de 148 personnes, nous avons 38 % d'hommes et 62 % de femmes :

Écart type : $e = 1.96\sqrt{\frac{38*(100-38)}{148}} = \mathbf{7.82}$

L'intervalle de confiance avec un risque d'erreur de **5 %** est :

- pour les hommes : [30.2 % ; 45.8 %]
- pour les femmes : [54.2 % ; 69.8 %]

Les valeurs de la population du Finistère ne sont pas comprises dans les intervalles de confiance donc notre échantillon n'est pas représentatif.

3.2.2 Âge

Le plus jeune patient est une femme de 18 ans et le patient le plus âgé est une femme de 86 ans. Toutes les classes d'âges sont représentées. Nous avons défini 13 tranches d'âges.

			Nombre	Pourcentage
[18-25]	18	25	13	9%
[26-30]	26	30	5	3%
[31-35]	31	35	15	10%
[36-40]	36	40	9	6%
[41-45]	41	45	13	9%
[46-50]	46	50	9	6%
[51-55]	51	55	14	9%
[56-60]	56	60	21	14%
[61-65]	61	65	13	9%
[66-70]	66	70	17	11%
[71-75]	71	75	7	5%
[76-80]	76	80	7	5%
[81-100]	81	100	5	3%
		Total	148	100%

Tableau 3.6 : Classes d'âges

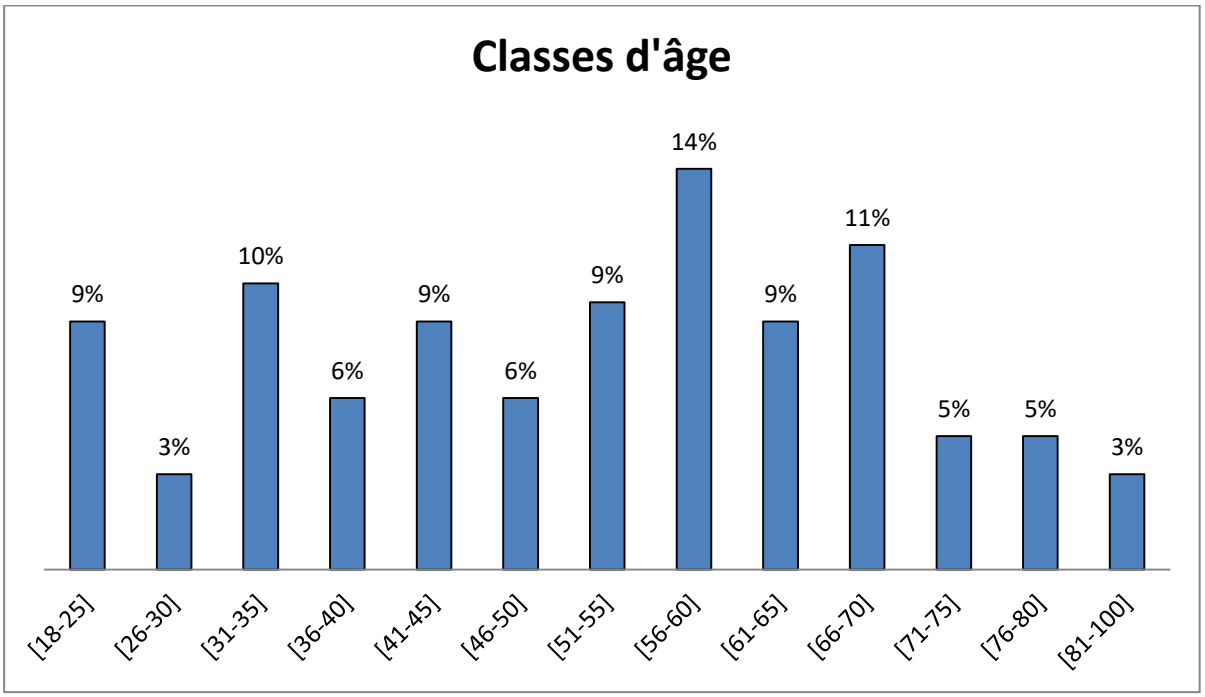


Fig. : 3.7. Classes d'âges (pourcentages)

La classe d'âge la plus représentée est celle de 56 à 60 ans, viennent ensuite celles de 66 à 70 ans et de 31 à 35 ans.

			Femmes		Hommes	
			Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
[18-25]	18	25	9	9,8%	4	7,1%
[26-30]	26	30	3	3,3%	2	3,6%
[31-35]	31	35	10	10,9%	5	8,9%
[36-40]	36	40	7	7,6%	2	3,6%
[41-45]	41	45	6	6,5%	7	12,5%
[46-50]	46	50	6	6,5%	3	5,4%
[51-55]	51	55	9	9,8%	5	8,9%
[56-60]	56	60	13	14,1%	8	14,3%
[61-65]	61	65	9	9,8%	4	7,1%
[66-70]	66	70	10	10,9%	7	12,5%
[71-75]	71	75	5	5,4%	2	3,6%
[76-80]	76	80	3	3,3%	4	7,1%
[81-100]	81	100	2	2,2%	3	5,4%
		Total	92	100%	56	100%

Tableau : 3.8. Répartition des femmes et les hommes en fonction de la classe d'âge

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 51 ans et 7 mois :

- 50 ans et 7 mois pour les femmes
- 53 ans et 4 mois pour les hommes.

	Effectif	Pourcentage	Homme	Pourcentage	Femme	Pourcentage
<=50	64	43%	23	15,5%	41	27,7%
>50	84	57%	33	22,3%	51	34,5%

Tableau : 3.9. Répartition entre les personnes de moins de 50 ans et de plus de 50 ans

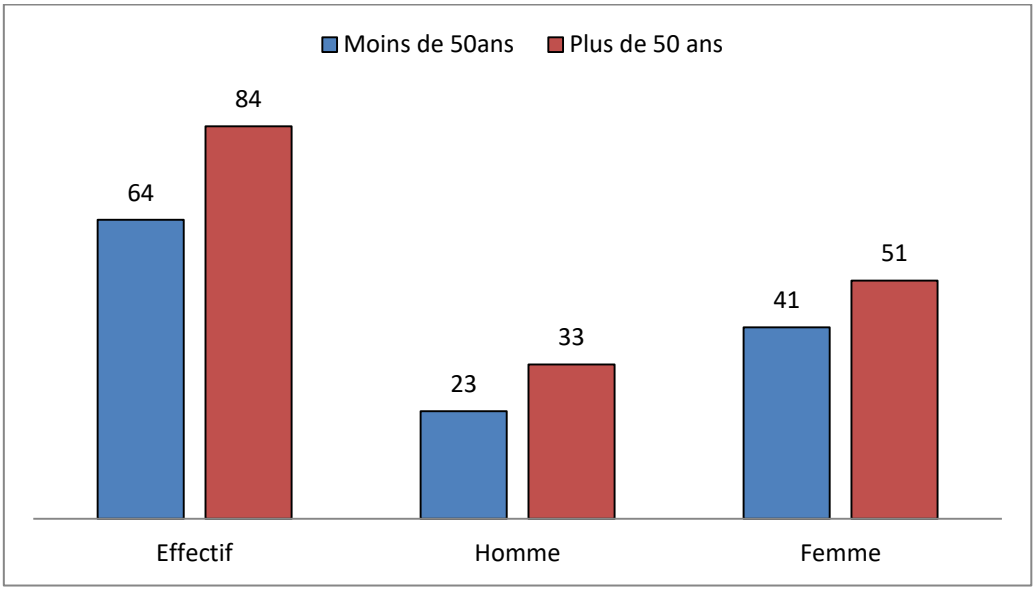


Fig. : 3.10. Répartition en fonction de l'âge

On peut partager notre effectif en deux groupes :

- les moins de 50 ans représentent 43 % de l'échantillon avec 23 hommes et 41 femmes, respectivement 16 % et 28 %

- les plus de 50 ans représentent 57 % de l'échantillon avec 33 hommes et 51 femmes, respectivement 22 % et 35 %.

3.2.3 Catégories socio-professionnelles

L'INSEE définit 8 catégories socio-professionnelles :

1- Agriculteurs exploitants : exclusivement consacré au classement des personnes qui exercent à titre professionnel une activité agricole, soit en qualité de chef d'exploitation, soit en qualité d'associé d'exploitation ou d'aide familial non salarié. Par conséquent, cette activité ne comprend que des indépendants

2- Artisans, commerçants, chefs d'entreprises : regroupent les actifs qui mettent en valeur un capital économique en tant que chef de leur propre entreprise, mais travaillant seul ou n'emploient qu'un petit nombre de salariés, dans un domaine où l'aspect « travail manuel » est important, en dehors de l'agriculture

3- Cadres et professions intellectuelles supérieures : regroupent des professeurs et professions scientifiques salariés qui appliquent directement des connaissances très approfondies dans les domaines des sciences exactes ou humaines, a des activités d'intérêt général de recherche, d'enseignement ou de santé. Des professionnels de l'information des arts et des spectacles dont l'activité est liée aux arts et aux médias. Des cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, salariés qui ont des responsabilités importantes dans la gestion des entreprises. Des ingénieurs et cadres techniques d'entreprise, salariés exerçant des fonctions de responsabilité qui nécessitent des connaissances scientifiques approfondies

4- Professions intermédiaires : deux tiers des membres du groupe occupe effectivement une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ouvriers ou employés.
Les autres sont intermédiaires dans un sens plus figuré. Ils travaillent dans l'enseignement, la santé et le travail social; parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales

5- Employés : on y trouve bien sûr les secrétaires et les agents de bureau, mais aussi les agents hospitaliers, les vendeurs, les pompiers ou les gens de maison. L'unité du groupe des employés repose en fait plus sur ce qu'ils sont que sur ce qu'ils font

6- Ouvriers : le groupe ouvrier est structuré par une série d'oppositions. La qualification instituée dans les conventions collectives, est en étroite corrélation avec de nombreuses variables, comme le sexe, l'origine sociale, la formation ou le salaire. Toutes ces variables permettent d'établir une gradation des métiers ouvriers, des professionnels d'entretien aux ouvriers non qualifiés des industries légères et aux ouvriers agricoles.

7- Retraités : ce groupe comprend les personnes âgées de 53 ans ou plus qui n'ont pas d'emploi et qui ne sont pas au chômage, mais qui ont eu autrefois (éventuellement pendant une durée minimale spécifiée) une activité professionnelle

8- Autres personnes sans activité professionnelle : comprend la population au chômage et la population inactive.

Notre enquête cible toutes les catégories socio-professionnelles sans exception. Nous avons une forte proportion d'employés et de retraités qui représentent 67 % de l'échantillon.

	Nombre	Pourcentage
Agriculteurs exploitants	2	1,4%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	8	5,4%
Cadres et PIS	11	7,4%
Professions intermédiaires	7	4,7%
Employés	49	33,1%
Ouvriers	6	4,1%
Retraités	50	33,8%
Autres personnes sans activité professionnelle	15	10,1%
	148	100,0%

Tableau : 3.11. Catégories socioprofessionnelles

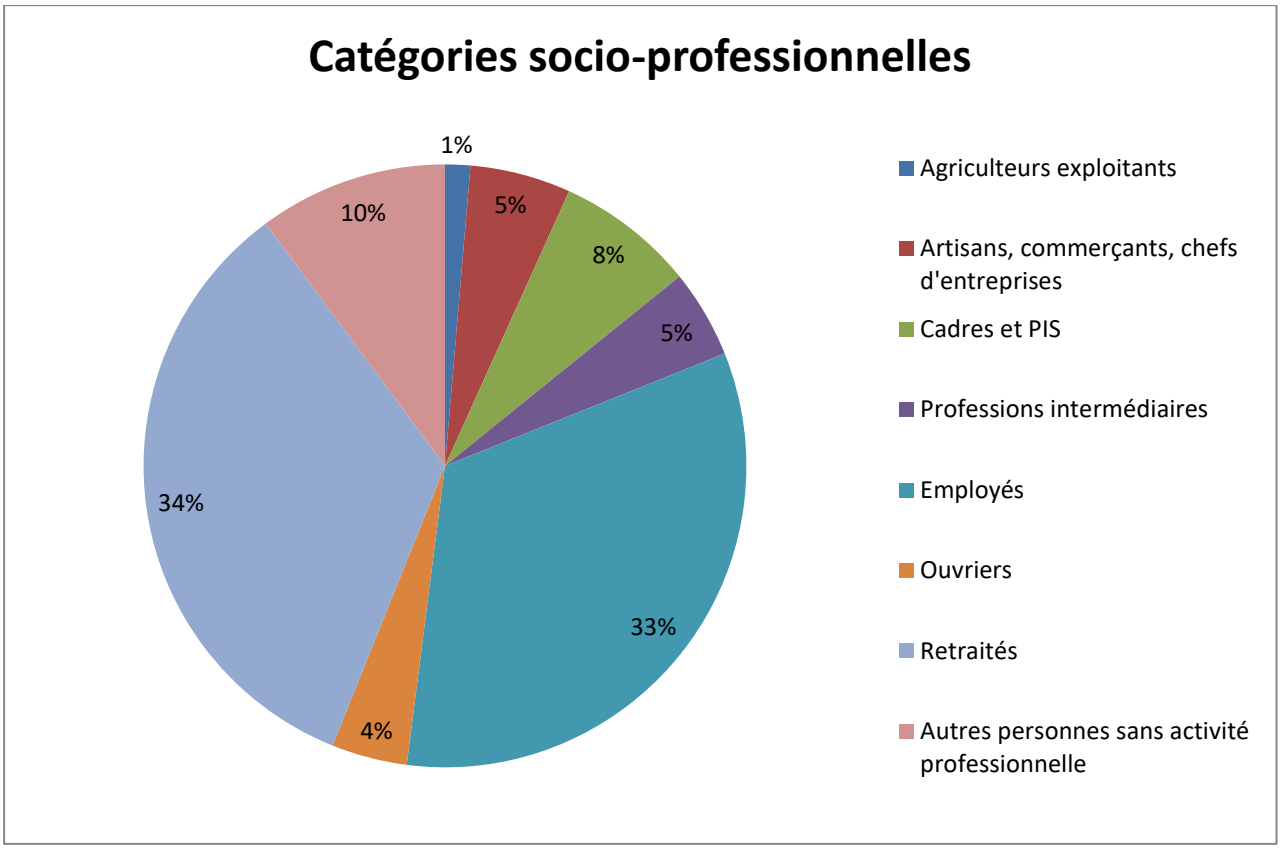


Fig. : 3.12. Représentation des catégories socioprofessionnelles

La classification en fonction du sexe nous donne :

	Hommes	Pourcentage	Femmes	Pourcentage
Agriculteurs exploitants	2	1,4%	0	0,0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	3	2,0%	5	3,4%
Cadres et PIS	6	4,1%	5	3,4%
Professions intermédiaires	3	2,0%	4	2,7%
Employés	13	8,8%	36	24,3%
Ouvriers	4	2,7%	2	1,4%
Retraités	21	14,2%	29	19,6%
Autres personnes sans activité professionnelle	4	2,7%	11	7,4%
	56	37,8%	92	62,2%

Tableau : 3.13. Classification socioprofessionnelle en fonction du sexe

- chez les hommes : 21 retraités (14%), 13 employés (9%), 6 cadres et professions intellectuelles supérieures (4%), 4 ouvriers (3%), 3 professions intermédiaires (2%), 3 artisans, commerçants, chefs d'entreprises (2%), 2 exploitants agricoles (1%) et 4 autres personnes sans activité (3%).

- chez les femmes : 36 employés (24%), 29 retraités (20%), 5 cadres et professions intellectuelles supérieures (3%), 5 artisans, commerçants, chefs d'entreprises (3%), 4 professions intermédiaires (3%), 2 ouvriers (1%) et 11 autres personnes sans activité (7%) mais aucun exploitants agricoles.

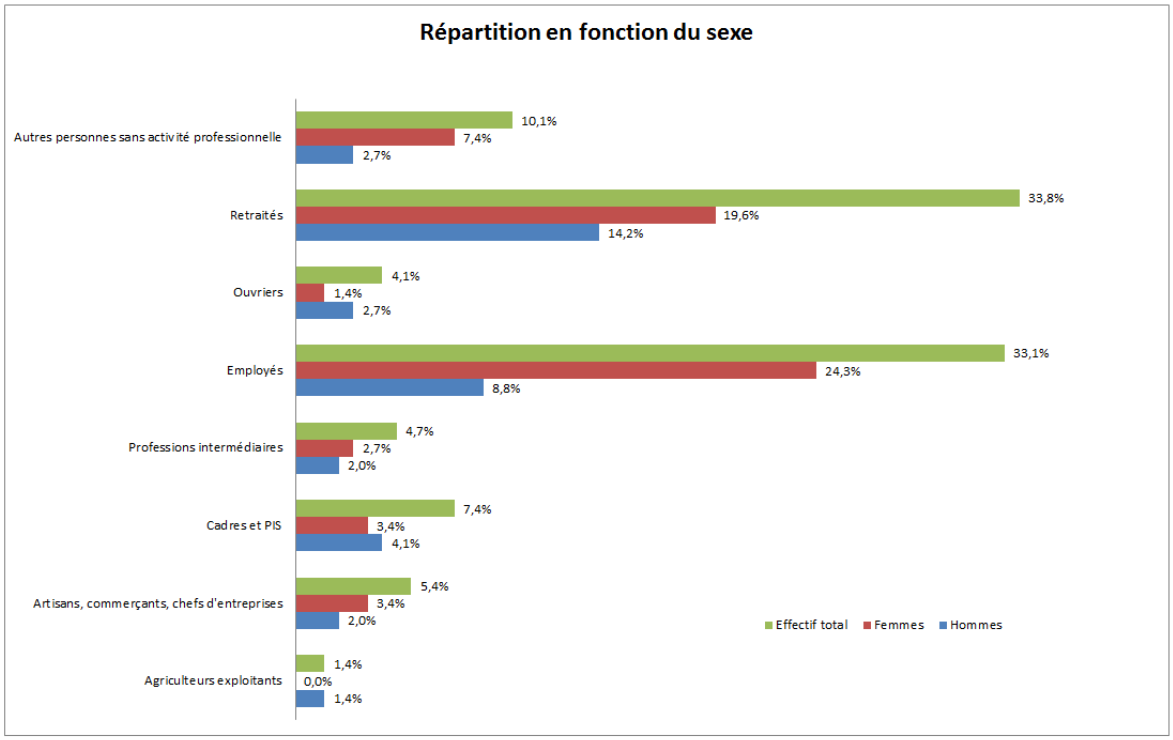


Fig. : 3.14. Répartition socioprofessionnelle en fonction du sexe

Il y a un plus grand nombre de cadres et de professions intellectuelles supérieures chez les hommes de notre échantillon. Il y a aussi plus d'ouvriers et d'exploitants agricoles.

Si nous rapportons ces chiffres aux effectifs d'hommes et de femmes, il existe des différences de proportions pour chaque catégorie socioprofessionnelle sauf pour la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprises.

	Hommes	Pourcentage	Femmes	Pourcentage
Agriculteurs exploitants	2	3,6%	0	0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3	5,4%	5	5,4%
Cadres et PIS	6	10,7%	5	5,4%
Professions intermédiaires	3	5,4%	4	4,3%
Employés	13	23,2%	36	39,1%
Ouvriers	4	7,1%	2	2,2%
Retraités	21	37,5%	29	31,5%
Autres personnes sans activité professionnelle	4	7,1%	11	12,0%
	56	100,0%	92	100,0%

Tableau : 3.15. Pourcentages des catégories socioprofessionnelles en fonction du sexe

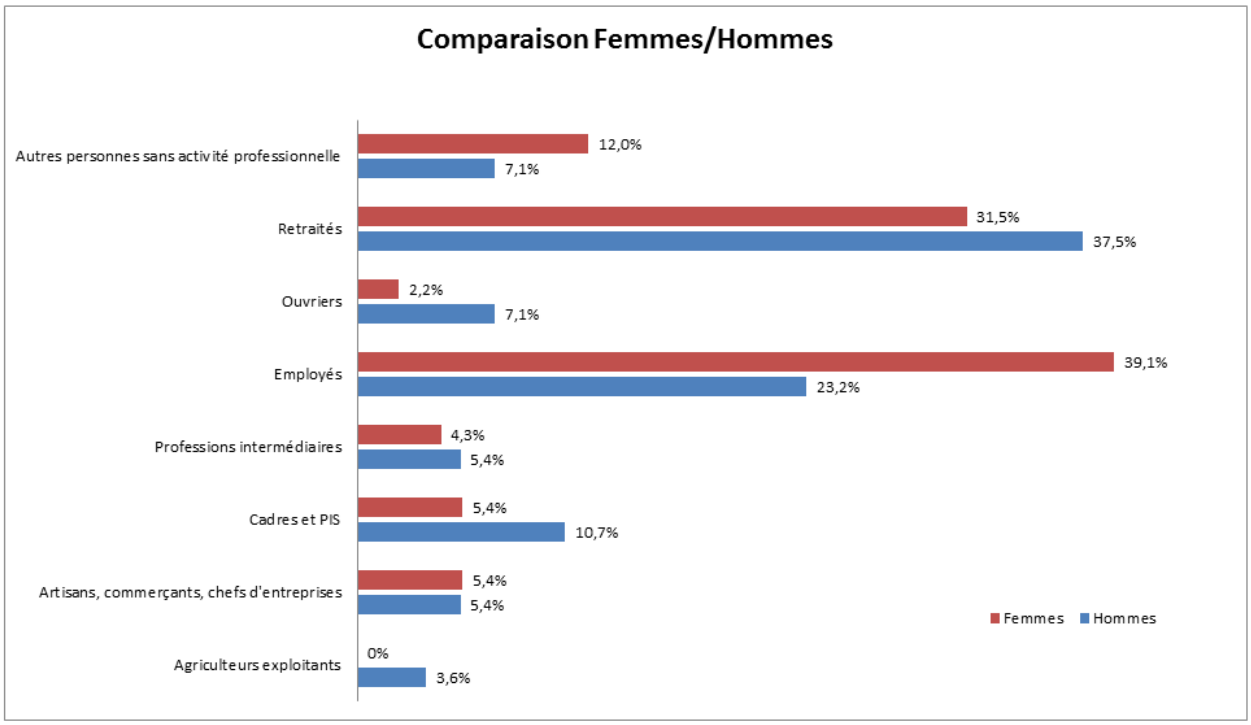


Fig. : 3.16. Comparaison des catégories socioprofessionnelles en fonction du sexe

- chez les femmes : on a **39%** d'employés, **5%** de cadres et de professions intellectuelles supérieures, **5%** d'artisans, commerçants, chefs d'entreprises, **4%** de professions intermédiaires, **2%** d'ouvriers, **32%** de retraités et **12%** de personnes sans activités professionnelles. Il n'y a pas d'exploitants agricoles.

- chez les hommes : on a, **23%** d'employés, **11%** de cadres et professions intellectuelles supérieures, **7%** d'ouvriers, **5%** de professions intermédiaires, **5%** d'artisans, commerçants, chefs d'entreprises, **4%** d'exploitants agricoles, **38%** de retraités et **7%** de personnes sans activité professionnelle.

Les personnes sans activité professionnelle représentent 44% chez les femmes contre 45% chez les hommes.
Les femmes de notre échantillon ont un niveau socioprofessionnel inférieur à noter un nombre plus important d'employés (39% contre 23%) et un nombre inférieur de cadres (5% contre 11%).

Pour permettre l'étude de cette variable catégorie socio-professionnelle, nous avons décidé de définir trois groupes en fonction de l'activité, des responsabilités et des compétences :
- Statut social supérieur : Cadres et professions intellectuelles supérieures et Professions intermédiaires ;
- Statut social inférieur : Agriculteurs exploitants, Artisans, commerçants, chefs d'entreprises, Employés et Ouvriers ;

- Inactifs : Retraités, Autres personnes sans activité professionnelle.

Cette répartition aura une importance dans l'évaluation de l'accès aux soins et de la détermination des attentes en mesure de soins.

3.2.4 Lieu de résidence

À la vue des disparités territoriales d'offre de soins, il est important d'établir une définition de la notion de ruralité. En effet, les zones rurales sont en grande partie dépourvues de chirurgiens-dentistes, on parle de « déserts médicaux ».
On dit d'une commune qu'elle est rurale lorsque sa population est inférieure à 2000 habitants.

- Communes rurales de moins de 2000 habitants :

Hanvec (1 993), **Plouider** (1 972), **Ploumoguer** (1 961), **Pencran** (1 862), **Porspoder** (1 808), **Spézet** (1 798), **Plougoulm** (1 779), **Le Drennec** (1 803), **Cast** (1 636), **Huelgoat** (1 541), **Landunvez** (1 487), **Lanrivoaré** (1 453), **Saint-Divy** (1 444), **Kersaint-Plabennec** (1 357), **Plounévézel** (1 242), **Plounéour-Trez** (1 231), **Coat Méal** (1 080), **Berrien** (982), **Lanildut** (946), **Lampaul-Ploudalmézeau** (827), **Trémaouézen** (546), **Saint-Thois** (714), **Plouyé** (705)
[Porstall faisant partie de Ploudamézeau].

- Communes urbaines de plus de 2000 habitants :

Brest (139 386), **Landerneau** (15 443), **Morlaix** (14 837), **Guipavas** (13 966), **Plougastel Daoulas** (13 101), **Plouzané** (12 263), **Relecq-Kerhuon** (11 295), **Landivisiau** (9 085), **Plabennec** (8 276), **Saint Renan** (8 026), **Guilers** (7 924), **Carhaix-Plouguer** (7 391), **Lesneven** (7 229), **Saint Pol de Léon** (6 607), **Plouguerneau** (6 435), **Ploudalmézeau** (6 307), **Lannilis** (5 422), **Locmaria-Plouzané** (4 923), **Pleyben** (3 828), **Cléder** (3 801), **Châteauneuf-du-Faou** (3 704), **Plouarzel** (3 701), **Ploudaniel** (3 653), **Landéda** (3 590), **Loperhet** (3 588), **Carantec** (3 151), **Pleyber-Christ** (3 082), **Taulé** (2 984), **Plounévez-Lochrist** (2 390), **Dirinon** (2 344), **Kerlouan** (2 251), **Plonévez-du-Faou** (2 131), **Hopital-Camfrout** (2 220), **Guissény** (2 013).

Les communes rurales touchées par l'enquête sont au nombre de 23 tandis que les communes urbaines sont au nombre de 34.
On compte 119 habitants en milieu urbain et 29 habitants en milieu rural soit respectivement 80% et 20% de l'effectif sondé.

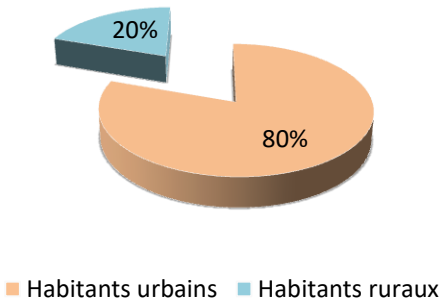


Fig. : 3.17. Populations urbaine et rurale

D'après les chiffres de l'INSEE, la population du Finistère est majoritairement urbaine avec 749 485 habitants (83%) contre 151 808 habitants (17%) dans les communes rurales.
Nous avons donc un échantillon respectant ces proportions.

Communes Urbaines	
Brest	31
Landerneau	3
Morlaix	2
Guipavas	5
Plougastel-Daoulas	11
Plouzané	2
Le Relecq-Kerhuon	4
Landivisiau	2
Plabennec	3
Saint-Renan	1
Guilers	1
Carhaix-Plouguer	1
Lesneven	3
Saint Pol de Léon	1
Plouguerneau	5
Ploudalmézeau	13
Lannilis	5
Locmaria-Plouzané	1
Pleyben	3
Cléder	1
Châteauneuf-du-Faou	2
Plouarzel	2
Ploudaniel	1
Landéda	3
Loperhet	2
Carantec	1
Pleyber-Christ	1
Taulé	1
Plounévez-Lochrist	1
Dirinon	1
Kerlouan	1
Plonévez-du-Faou	1
Hôpital-Camfrout	2
Guissény	2
	119

Communes Rurales	
Hanvec	1
Plouider	2
Ploumoguer	1
Pencran	1
Porspoder	1
Spézet	1
Plougoulm	1
Le Drennec	3
Cast	1
Huelgoat	3
Landunvez	2
Lanrivoaré	1
Saint-Divy	1
Kersaint-Plabennec	1
Plounévézel	1
Plounéour-Trez	1
Coat-Méal	1
Berrien	1
Lanildut	1
Lampaul-Ploudalmézeau	1
Trémaouézan	1
Saint-Thois	1
Plouyé	1
	29

	Nombre	Pourcentage
Population urbaine	119	80,4%
Population rurale	29	19,6%
	148	100,0%

Tableau : 3.18. Répartition de l'échantillon entre communes urbaines et communes rurales

Parmi les communes citées précédemment, on a des communes urbaines avec de nombreux chirurgiens-dentistes installés, essentiellement dans la métropole Brestoise. On a également des communes urbaines et rurales dépourvues de chirurgien-dentiste et des communes rurales présentant un chirurgien-dentiste mais celles-ci restent des exceptions.
La moyenne du Finistère est de 68,7 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants et à l'échelle nationale le chiffre est de 73,2 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

- <u>Communes urbaines avec Chirurgien-Dentiste (CD) :</u>

Brest (100 CD), Morlaix (23 CD), Landerneau (14 CD), Guipavas (12 CD), Plougastel-Daoulas (8 CD), Plouzané (12 CD), Le Relecq-Kerhuon (10 CD), Landivisiau (12 CD), Plabennec (5 CD), Saint Renan (12 CD), Guilers(5 CD), Carhaix-Plouguer (5 CD), Lesneven (5 CD), Saint Pol de Léon (6 CD), Plouguerneau (2 CD), Ploudalmézeau (9 CD), Lannilis (8 CD), Locmaria-Plouzané (1 CD), Pleyben (3 CD), Cléder (1 CD), Châteauneuf-du-Faou (3 CD), Plouarzel (1 CD), Ploudaniel (1 CD), Landéda (1 CD), Loperhet (3 CD), Pleyber-Christ (1 CD), Taulé (1 CD), Plonévez-du-Faou (1 CD), Hôpital-Camfrout (1 CD), Guissény (2 CD) ;

Brest : 139 676 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 396 habitants
Morlaix : 15 507 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 674 habitants
Landerneau : 15 265 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 090 habitants
Guipavas : 13 586 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 132 habitants
Plougastel Daoulas : 13 080 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 635 habitants
Plouzané : 12 005 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 000 habitants
Le Relecq Kerhuon : 11 175 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 117 habitants
Landivisiau : 9 131 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 760 habitants
Plabennec : 8 277 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 655 habitants
Saint Renan : 7 713 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 642 habitants
Guilers : 7 703 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 540 habitants
Carhaix-Plouguer : 7 423 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 485 habitants
Lesneven : 7 167 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 433 habitants
Saint Pol de Léon : 6 711 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 119 habitants
Plouguerneau : 6 352 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 176 habitants
Ploudalmézeau : 6 275 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 697 habitants
Lannilis : 5 422 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 678 habitants
Locmaria-Plouzané : 4 923 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 4 923 habitants
Pleyben : 3 828 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 276 habitants
Cléder : 3 801 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 801 habitants

Châteauneuf-du-Faou : 3 704 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 235 habitants
Plouarzel : 3 701 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 701 habitants
Ploudaniel : 3 644 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 644 habitants
Landéda : 3 590 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 590 habitants
Loperhet : 3 573 habitants ⇒	1 chirurgien-dentiste pour 1 191 habitants
Pleyber-Christ : 3 082 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 3 082 habitants
Taulé : 2 984 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 2 984 habitants
Plonévez-du-Faou : 2 131 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 2 131 habitants
Hôpital-Camfrout : 2 220 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 2 220 habitants
Guissény : 2 013 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 007 habitants

- **Communes urbaines sans Chirurgien-Dentiste :**

Carantec, Plounévez-Lochrist, Dirinon, Kerlouan ;

- **Communes rurales avec Chirurgien-Dentiste :**

Ploumoguer : 1 961 habitants ⇒	1 chirurgien-dentiste pour 1 961 habitants
Huelgoat : 1 541 habitants	1 chirurgien-dentiste pour 1 541 habitants

- **Communes rurales sans Chirurgien-Dentiste :**

Elles sont nombreuses et parfois éloignées des zones urbaines. Les habitants rencontrent alors des difficultés pour accéder au système de Santé sans compter le délai pour avoir un rendez-vous.
Les inégalités se creusent sur le territoire du Finistère, 90% des communes urbaines ont un ou plusieurs chirurgiens-dentistes avec un maximum pour Brest où 100 chirurgiens-dentistes exercent et à l'inverse 90% des communes rurales comptent aucun chirurgien-dentiste.

3.3 Le suivi dentaire

Pour connaître le suivi dentaire des patients et l'importance qu'ils attachent à leur santé bucco-dentaire, nous leurs avons posé des questions sur :
- la régularité des visites
- le motif de la future consultation
- le nombre d'extractions dentaires
- l'importance de la cavité buccale

- le nombre de chirurgiens-dentistes consultés depuis l'âge adulte

3.3.1 Consultations dentaires

Pour étudier les habitudes en mesure de soins dentaires, nous nous sommes intéressés à la fréquence des visites dentaires.

- 43 % de l'échantillon consultent tous les ans
- 36 % de l'échantillon consultent irrégulièrement
- 16 % de l'échantillon consultent tous les 6 mois
- 5 % de l'échantillon consultent tous les 3 mois

Dans l'ensemble des personnes sondées, 64 % vont au moins une fois par an consulter un chirurgien-dentiste. La part des sujets consultant tous les 3 mois est faible, et doit s'expliquer par des soins en cours ou un suivi parodontologique.

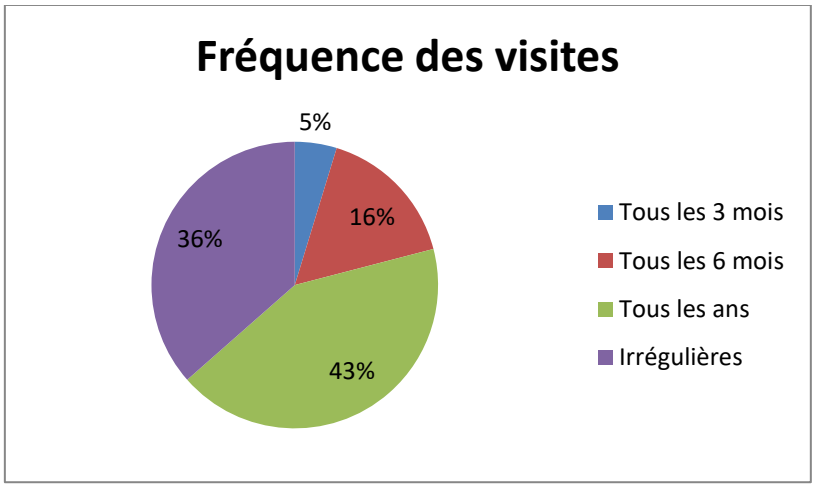


Fig. : 3.19. Fréquence des visites dentaires

3.3.1.1 En fonction du sexe :

	Irrégulières	Pourcentage	Tous les 3 mois	Pourcentage	Tous les 6 mois	Pourcentage	Tous les ans	Pourcentage
Hommes	19	35,2%	4	57,1%	10	41,7%	22	34,9%
Femmes	35	64,8%	3	42,9%	14	58,3%	41	65,1%
	54		7		24		63	
Pourcentage de l'effectif	36,5%		4,7%		16,2%		42,6%	

Tableau : 3.20. Fréquence des visites en fonction du sexe

Parmi les visites irrégulières, on dénombre 35 % d'hommes et 65 % de femmes sur l'échantillon total.
Pour la fréquence « Tous les 3 mois », on a 7 patients dont 3 femmes et 4 hommes.
Pour la fréquence « Tous les 6 mois », les femmes représentent plus de la moitié de cette population.

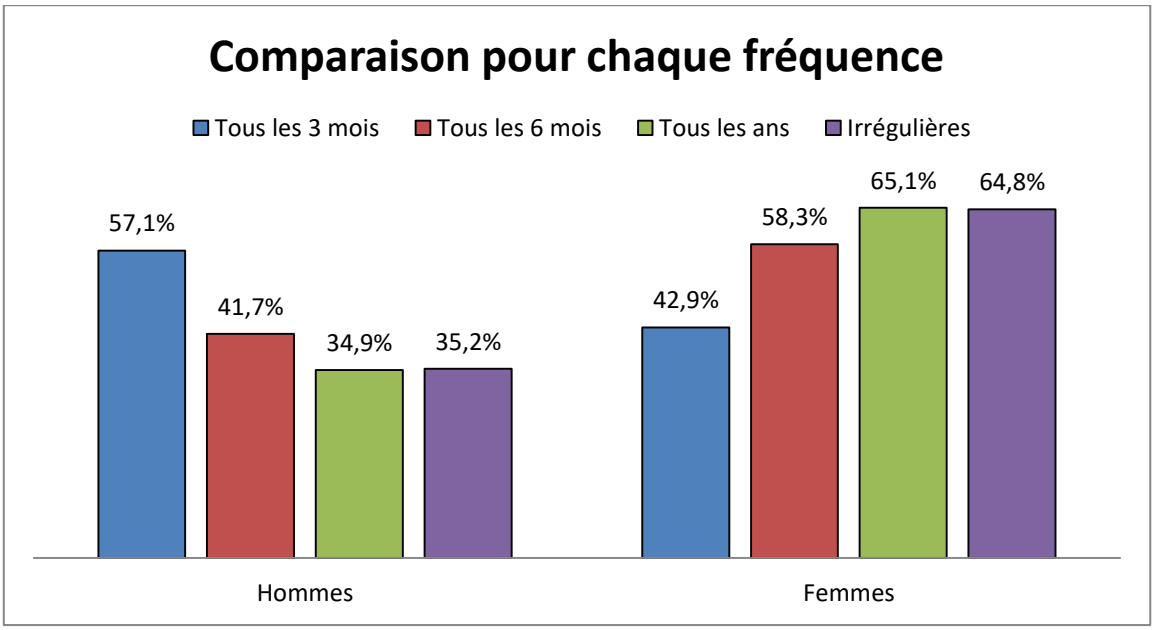


Fig. : 3.21. Fréquence des visites en fonction du sexe

Si on rapporte ces valeurs à chaque effectif, celui des hommes et celui des femmes : les proportions se valent dans l'ensemble sauf pour la fréquence « Tous les 3 mois », elle est doublée pour les hommes par rapport aux femmes.

	Irrégulières	Pourcentage	Tous les 3 mois	Pourcentage	Tous les 6 mois	Pourcentage	Tous les ans	Pourcentage
Hommes	19	33,9%	4	7,1%	10	17,9%	22	39,3%
Femmes	35	38,0%	3	3,3%	14	15,2%	41	44,6%
	54		7		24		63	

Tableau : 3.22. Comparaison de la fréquence des visites en fonction du sexe

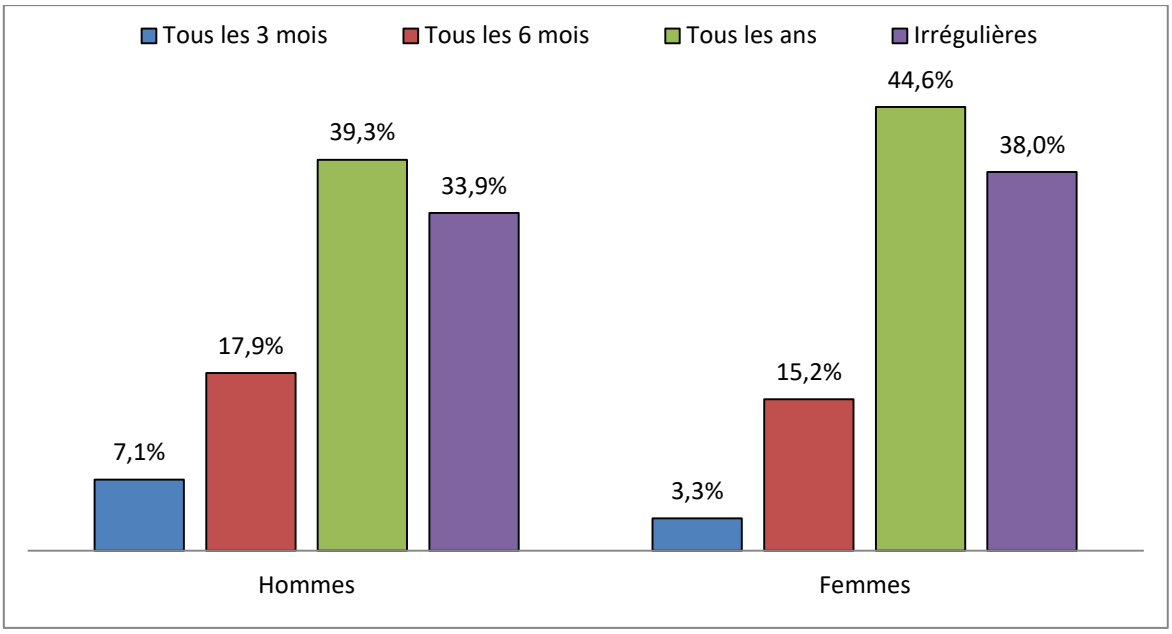


Fig. : 3.23. Comparaison de la fréquence des visites en fonction du sexe

3.3.1.2 En fonction de l'âge

	Irrégulières	Pourcentage	Tous les 3 mois	Pourcentage	Tous les 6 mois	Pourcentage	Tous les ans	Pourcentage
Moins de 50 ans	25	16,9%	3	2,0%	8	5,4%	28	18,9%
Plus de 50 ans	29	19,6%	4	2,7%	16	10,8%	35	23,6%
Effectif	54		7		24		63	

Tableau : 3.24. Fréquence des visites en fonction de l'âge

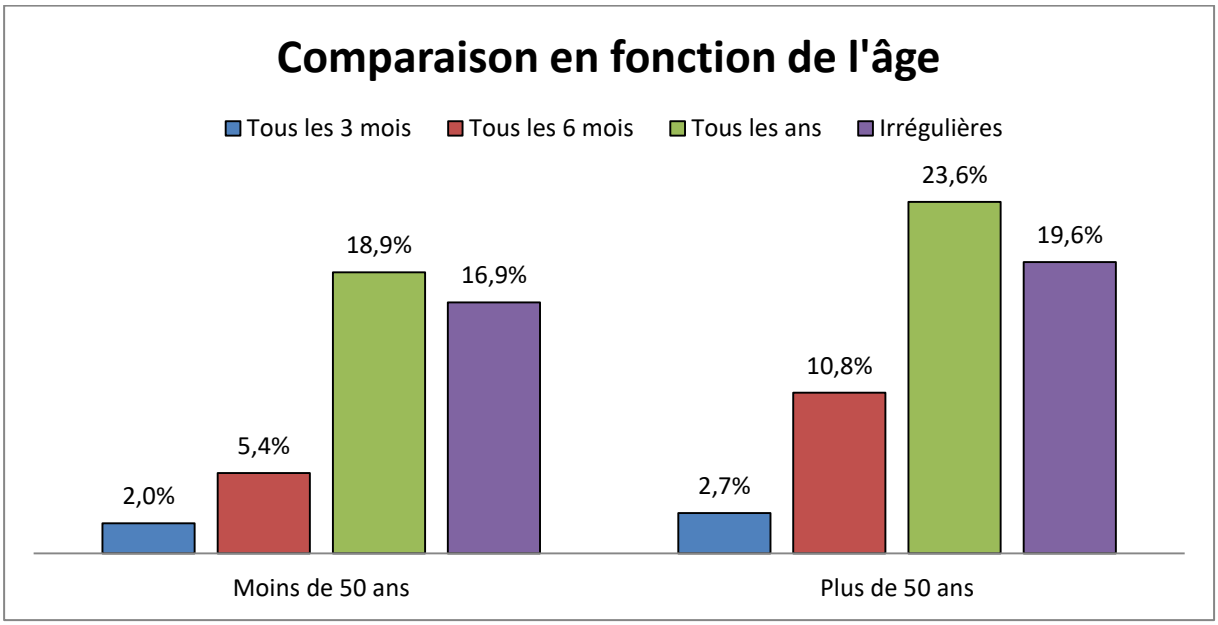


Fig. : 3.25. Fréquence des visites en fonction de l'âge

On n'observe aucune différence significative entre les « Moins de 50 ans » et les « Plus de 50 ans ».

3.3.1.3 En fonction du statut social

	Irrégulières	Pourcentage	Tous les 3 mois	Pourcentage	Tous les 6 mois	Pourcentage	Tous les ans	Pourcentage	Total
Agriculteurs Exploitants	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	4	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	50,0%	8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	9,1%	0	0,0%	2	18,2%	8	72,7%	11
Professions Intermédiaires	2	28,6%	0	0,0%	4	57,1%	1	14,3%	7
Employés	19	38,8%	3	6,1%	5	10,2%	22	44,9%	49
Ouvriers	5	83,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	6
Retraités	16	32,0%	4	8,0%	9	18,0%	21	42,0%	50
Autres personnes sans activité professionnelle	6	40,0%	0	0,0%	3	20,0%	6	40,0%	15
Total	54		7		24		63		148

Tableau : 3.26. Fréquence des visites en fonction du statut social

- Agriculteurs Exploitants : 1 sujet consulte irrégulièrement et 1 autre sujet consulte « Tous les 6 mois » ;
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprises : la moitié consulte irrégulièrement et l'autre moitié consulte « Tous les ans » ;
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 73 % consultent « Tous les ans », 18 % consultent « Tous les 6 mois » et 9 % consultent irrégulièrement ;
- Professions Intermédiaires : 57 % consultent « Tous les 6 mois », 14 % « Tous les ans » et 29 % de façon irrégulière.
- Employés : 45 % consultent « Tous les ans », 10 % « Tous les 6 mois », 6 % « Tous les 3 mois » et 39 % de façon irrégulière ;
- Ouvriers : 83 % consultent irrégulièrement et 17 % consultent « Tous les ans » ;
- Retraités : 42 % consultent « Tous les ans », 18 % « Tous les 6 mois », 8 % « Tous les 3 mois » et 32 % de façon irrégulière ;
- Autres personnes sans activités professionnelles : 40 % consultent « Tous les ans », 20 % « Tous les 6 mois » et 40% de façon irrégulière.

La fréquence « Tous les 3 mois » concerne 3 employés et 4 retraités.
La classe ouvrière est la moins consciencieuse concernant le suivi bucco-dentaire avec 83%.
Les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires consultent dans la grande majorité une fois par an (« Tous les ans » ou « Tous les 6 mois »).
Parmi les personnes sans activité professionnelle, les consultations peuvent être régulières ou irrégulières avec respectivement 60 % et 40 %. C'est comparable aux artisans, commerçants et chefs d'entreprises ainsi que pour les employés.

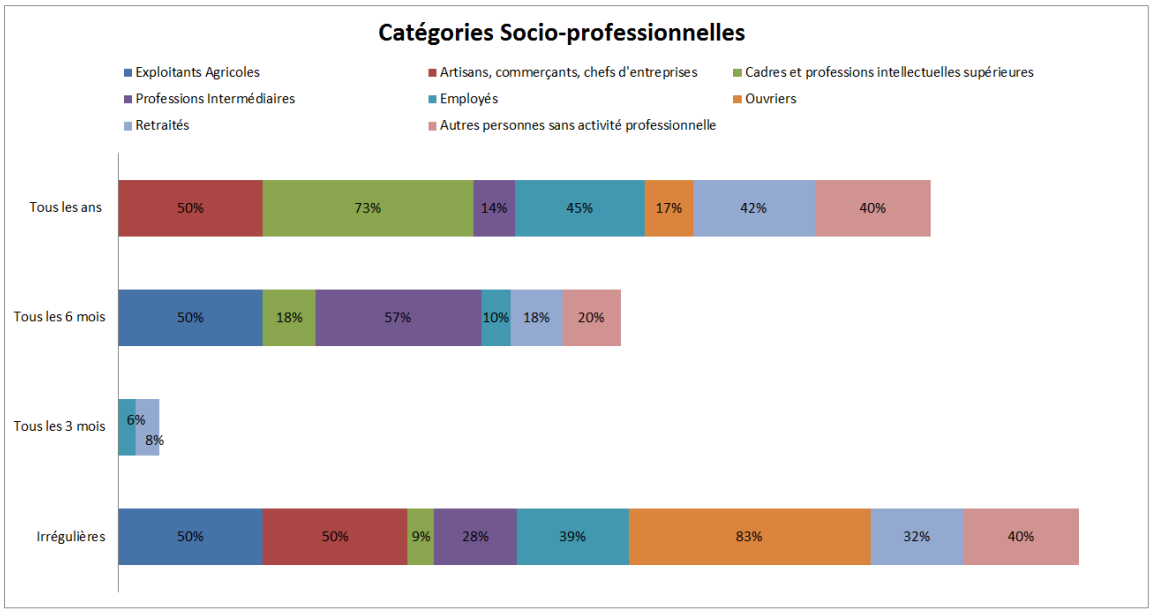


Fig. : 3.27. Comparaison de la fréquence des visites en fonction du statut social

Nous pouvons définir trois classes dans les catégories socio-professionnelles :

- Statut social supérieur : regroupant les cadres et professions intermédiaires supérieures et les professions intermédiaires
- Statut social inférieur : regroupant les agriculteurs exploitants, les artisans, les commerçants, les chefs d'entreprises, les employés et les ouvriers
- Inactifs : les personnes sans activité professionnelle et les retraités

3.3.1.4 <u>En fonction du lieu de résidence</u>

La situation géographique de nos sujets est un facteur très important, en raison des disparités territoriales de Santé.

	Communes Urbaines	Communes Rurales
Irrégulières	36	18
%	**30,3%**	**62,1%**
Tous les 3 mois	5	2
%	**4,2%**	**6,9%**
Tous les 6 mois	22	2
%	**18,5%**	**6,9%**
Tous les ans	56	7
%	**47,1%**	**24,1%**
Total	119	29

Tableau : 3.28. Fréquence des visites en fonction du lieu de résidence

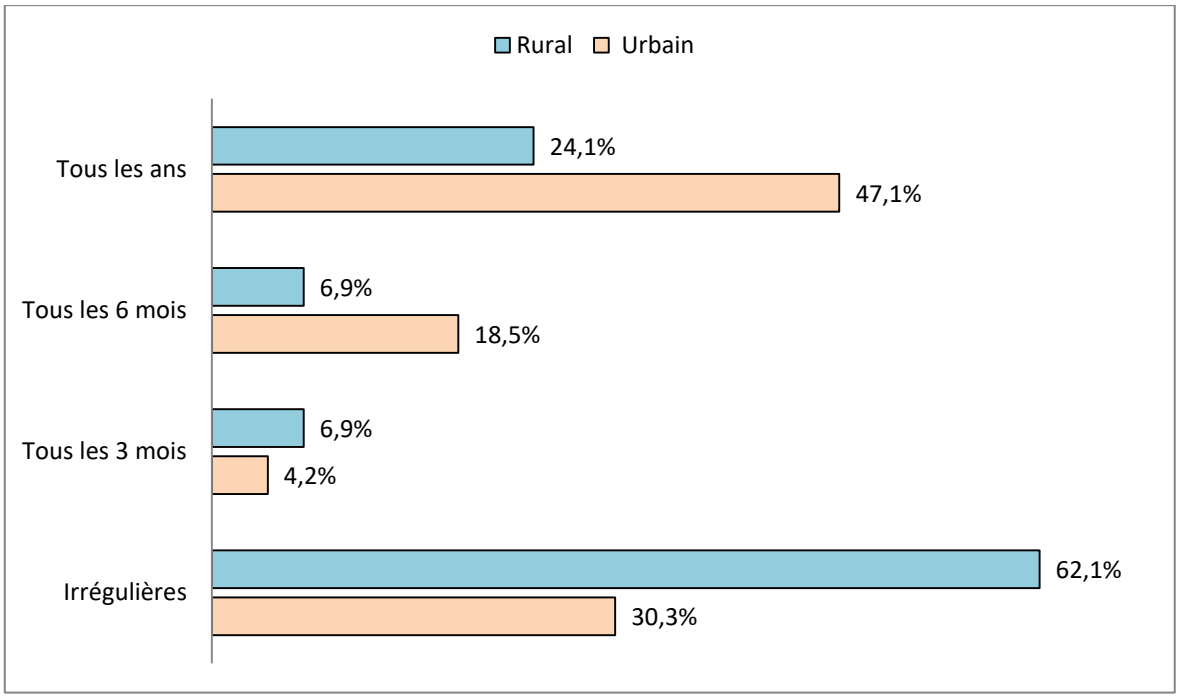


Fig. : 3.29. Fréquence des visites en fonction du lieu de résidence

Comme pressentie, les habitants des communes rurales consultent de manière irrégulière avec 62 % contre 30 % pour les habitants des communes urbaines.

3.3.2 Motif de la future consultation

Le motif de la future consultation est un indicateur de l'état bucco-dentaire et nous permet de connaître un peu mieux les attentes des patients lorsqu'ils consultent un chirurgien-dentiste.

Les réponses ont été classées selon quatre catégories :

- Suite de soins incluant soins de prothèses
- Contrôle et détartrage
- Urgences : douleurs, dent cassée, infection, couronne descellée, réparation de prothèse
- Autres : dents de sagesse, extractions dentaires, esthétique, gencives qui saignent, extrême urgence.

	Suite de soins	Contrôle et détartrage	Urgences	Autres
Nombre	20	99	54	14
%	**13,5%**	**66,9%**	**36,5%**	**9,5%**

Tableau : 3.30. Motif de la future consultation

Le motif de consultation le plus évoqué est le « contrôle et détartrage ». Il représente 67 % des réponses données à la question.

Dans une suite logique, les « urgences » arrivent en deuxième position avec 37 % et les « suites de soins » en troisième position avec 14 %.

La catégorie «autres » concerne 10 % des réponses. Ces dernières pourraient s'inscrire dans une des trois catégories précédemment citées.

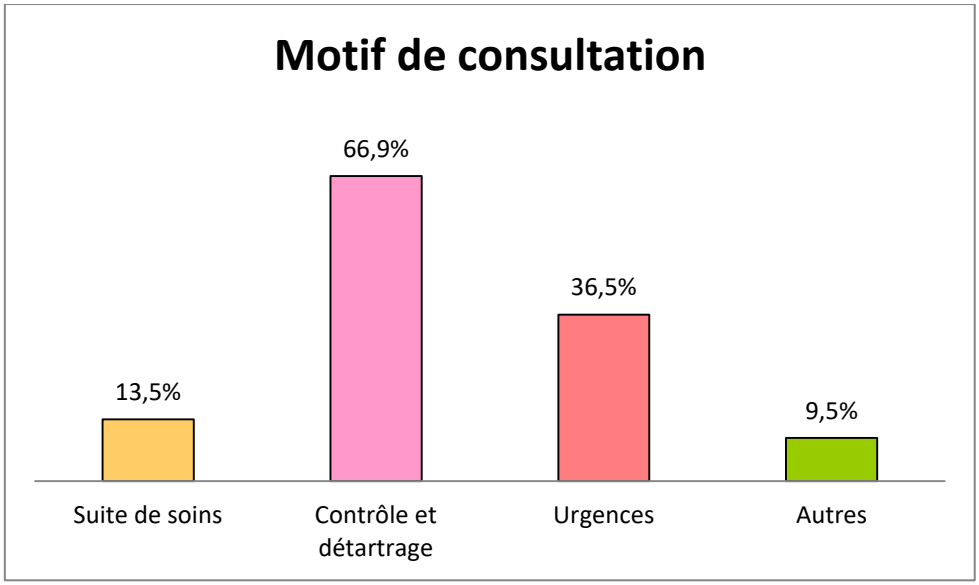


Fig. : 3.31. Motif de la future consultation

Derrière le motif d'urgence, nous avons reçu des indications sur la raison des consultations irrégulières et en urgence.

Les raisons sont de l'ordre :

- **organique** : suite de soins (les soins en cours ne sont pas terminés), douleurs, dent délabrée ou soin défectueux (la question de l'atteinte de l'esthétique peut se poser), infections (« kystes »), couronnes descellées (l'esthétique et la fonction peuvent être modifiés), dents de sagesses douloureuses, réparations des prothèses amovibles, gencives inflammatoires ;
- **psychologique** (les antécédents dentaires ou les idées reçues sur le chirurgien-dentiste) : « je n'aime pas aller chez le chirurgien-dentiste », « j'ai peur d'y aller »;
- **philosophique** (l'intérêt porté sur la santé bucco-dentaire) : je n'y pense pas, le rendez-vous pour un contrôle et un détartrage est ponctuel, les extractions dentaires sont repoussées à l'urgence.

	Organique	Psychologique	Philosophique
Nombre	41	10	25
%	**75,9%**	**18,5%**	**46,3%**

Tableau : 3.32. Caractères de l'urgence

Pour la fréquence « Irrégulières », nous avons eu 54 réponses sur l'échantillon total. Parmi les réponses, 76 % se sont justifiés sur le fait qu'ils n'allaient qu'en urgence consulter un chirurgien-dentiste pour les motifs de soins et de douleurs. D'autres l'ont expliqué par un passif dentaire traumatisant ou par une vision négative de cette spécialité en répondant par « je n'aime pas» ou « j'ai peur d'y aller » dans 19 % des cas. Enfin, certains expriment un désintérêt à l'égard de leur santé bucco-dentaire résumé par « je n'y pense pas » dans 46 % des réponses.
Dans certains questionnaires, plusieurs possibilités de réponses ont été cochées pour exprimer le motif de leur négligence du suivi dentaire.

Existe-t-il un lien de cause à effet entre le motif de consultation et le lieu de résidence ?

Nous avons comparé les réponses à la question sur le motif de consultation entre le milieu rural et le milieu urbain.

	Suite de soins	Contrôle et détartrage	Urgences	Autres	Effectif
Urbain	12,6%	72,3%	32,8%	10,1%	119
Rural	17,2%	44,8%	51,7%	6,9%	29

Tableau : 3.33. Motif de consultation en fonction du lieu de résidence

Dans notre échantillon, la population urbaine est représentée par 119 personnes alors que la population rurale est représentée par 29 personnes. Le motif prédominant pour les habitants urbains est le contrôle et le détartrage. Tandis que la moitié des habitants ruraux interrogés se présentent au cabinet pour un motif d'urgence. Nous pouvons en conclure que face aux difficultés d'accès aux soins, les personnes rurales consultent davantage en urgence.

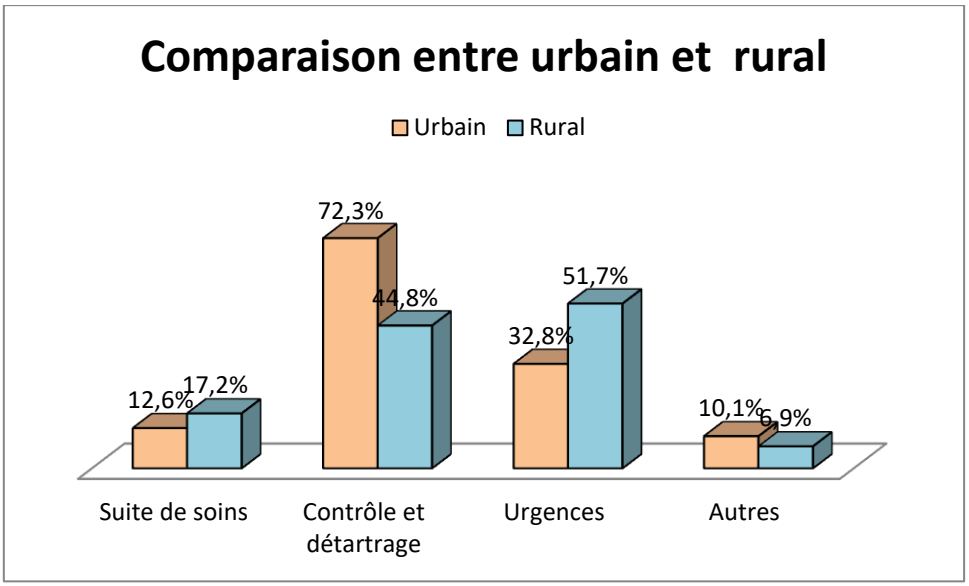


Fig. : 3.34. Comparaison des motifs de consultation en fonction du lieu de résidence

3.3.3 Les antécédents médicaux

A la question « Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ? », sachant que c'est un acte très invasif, nous cherchions à savoir à quel niveau d'expérience dentaire se situe le patient. Nous avons eu seulement une personne qui ne s'est pas prononcée.

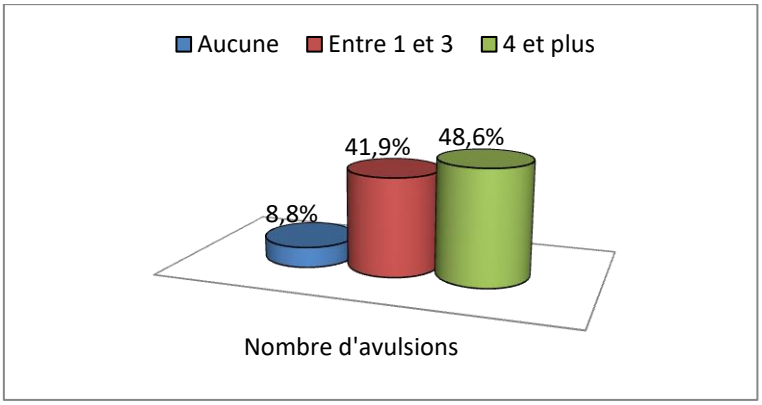


Fig. : 3.35. Avulsions dentaires (pourcentages)

- Les personnes n'ayant subies aucune avulsion représentent 9 % de l'échantillon.
- Les personnes qui ont eu entre 1 et 3 avulsions représentent 42 %.
- Les personnes qui ont eu plus de 4 avulsions représentent 49%.

Pour 91% des personnes interrogées, l'avulsion dentaire fait partie de leur expérience dentaire. Parmi eux, certains ont précisé l'avulsion des dents de sagesses. Cette question formulée ainsi ne permet pas d'évaluer l'état bucco-dentaire.

D’après les réponses précédentes, on en conclut qu’une grande majorité des Finistériens ont déjà rencontré un chirurgien-dentiste au moins une fois dans leur vie. Reste à savoir, si la bouche est une partie importante de leur corps. Sur 145 réponses, 92 % estiment que oui c’est un organe important. Trois personnes n’ont pas d’avis sur la question.

Enfin, nous nous sommes intéressés au nombre de chirurgiens-dentistes consultés depuis l’âge adulte. Nous avons banni la période de l’enfance car le choix et l’intérêt du suivi dentaire relèvent de la responsabilité des parents.

- 12% des patients ont le même chirurgien-dentiste ;
- 42% des patients ont été suivi par deux chirurgiens-dentistes ;
- 57 % des patients ont consulté plus de deux chirurgiens-dentistes.

Nous avons posé la question du « Pourquoi ? » face à « l’infidélité » exprimée à travers les réponses. Cette interrogation est venue bien après les premières distributions de questionnaires. Nous avons pu collecter 41 réponses à ce sujet. Nous nous sommes rassurés sur le fait que le changement de praticiens était dû à un ou plusieurs déménagements (34 réponses) ou bien un départ à la retraite (5 réponses). Nous notons une insatisfaction et une sollicitation de plusieurs praticiens pour des devis.

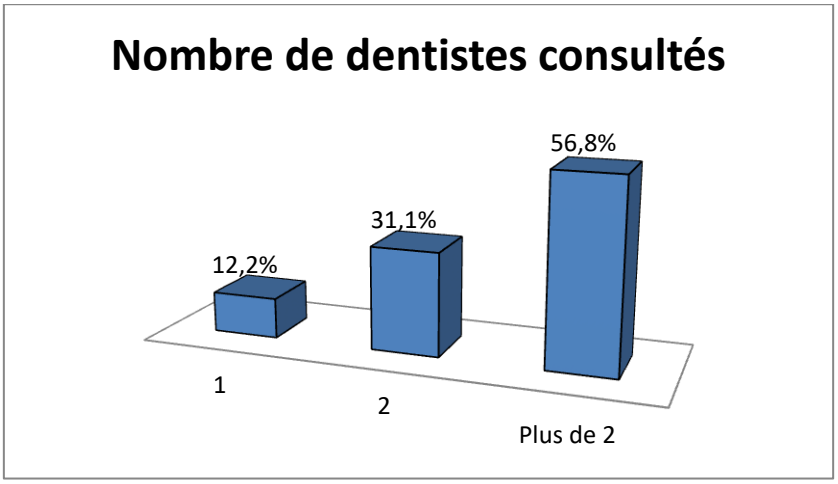


Fig. : 3.36. Proportion en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes consultés

3.3.4 Synthèse

Dans notre échantillon, la quasi-totalité des sondés a déjà vécu une expérience de soin comme l’avulsion dentaire et estiment que la bouche est une partie importante du corps. Ainsi, la majorité consulte au moins une fois par an un chirurgien-dentiste. L’âge n’est pas un facteur influençant contrairement au statut socio-professionnel. En effet, les catégories désignant les cadres et les

professions intellectuelles supérieures, et les professions intermédiaires, consultent régulièrement. La classe ouvrière est la moins consciencieuse. En milieu rural, la fréquence « irrégulière » est majoritaire. Une des raisons peut être le manque de praticiens. Mais on note que les consultations irrégulières sont souvent des consultations en urgence. Certains sujets concernés expriment un désintérêt de leur santé bucco-dentaire. Heureusement, le motif prépondérant de la future consultation est le contrôle et le détartrage.

Nous remarquons une certaine mobilité des patients entre les différents cabinets libéraux.

Le patient est acteur de sa santé et exige une qualité du service de Santé. Il est en droit d'être informé sur son état de santé. Le patient est soucieux de sa prise en charge : de l'accueil, de l'écoute, du confort et du bien-être. Le chirurgien-dentiste doit appréhender de plus en plus le patient comme un consommateur de soins. Il est donc important de connaître leurs motivations et leurs attentes. C'est tout l'objet de ce travail de thèse, de déterminer leurs critères de choix du chirurgien-dentiste.

3.4 Analyse

Dans ce chapitre, nous allons analyser nos résultats en fonction de quatre variables décrites ci-dessus :

- le sexe
- l'âge
- la catégorie socio-professionnelle
- le lieu de résidence.

Nous aborderons chacun des thèmes constituant notre questionnaire, et nous étudierons l'influence de chacun d'eux sur le choix du chirurgien-dentiste, pour chacune des variables.

Les thèmes de notre enquête sont :

- le rendez-vous
- le cabinet dentaire
- le chirurgien-dentiste.

3.4.1 Le rendez-vous

Lorsque nous devons consulter un praticien, nous pouvons nous déplacer au cabinet de celui-ci ou alors prendre un rendez-vous à distance. Le choix du praticien peut être un choix au hasard, ou peut être réfléchi. Dans l'ensemble, cette décision est influencée par le rendez-vous.

Pour le savoir, sept questions ont été posées dont trois mesurent le degré de satisfaction.

- A la première question, parmi les 148 questionnaires exploitables, nous avons 137 réponses sur le délai pour avoir un rendez-vous, 2 réponses expliquant que le rendez-vous est pris à la fin de chaque consultation et 9 sujets n'ont pas donnés de réponses.
  Nous avons classé les résultats en quatre intervalles : [2 :7] ; [8 :15] ; [16 :30] ; [30 : 180]. A noter, le minimum est 2 jours et le maximum est 180 jours.

	Min	Max	Effectif	Pourcentage
Entre 0 et 7 jours	2	7	16	11,7%
Entre 8 et 15 jours	8	15	59	43,1%
Entre 16 et 30 jours	16	30	41	29,9%
Plus de 30 jours	31	180	21	15,3%
			137	100,0%

Tableau : 3.37. Délai de rendez-vous (en jours)

La moyenne du délai entre le moment où vous prenez le rdv et le rdv lui-même est de 29 jours, calculée sur la moyenne de chaque intervalle.
Sur 137 réponses, la médiane se situe à la 69ème valeur entre 0 et 180 c'est-à-dire entre 8 et 15 jours ainsi la moyenne de cet intervalle est la plus représentative du délai pour avoir un rendez-vous avec 12 jours.

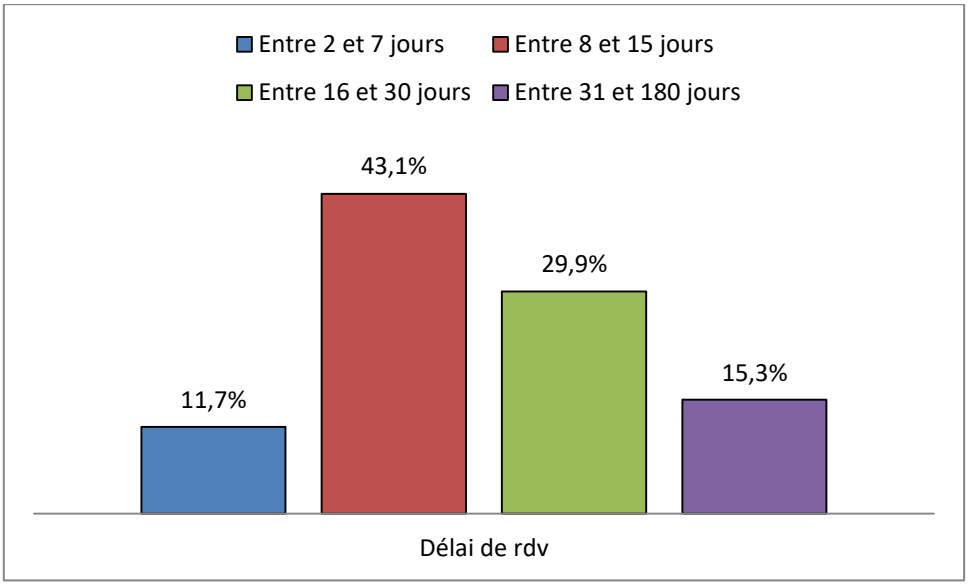


Fig. : 3.38. Délai de rendez-vous (pourcentages)

- 43 % des personnes sondées obtiennent un rendez-vous dans un délai de 8 à 15 jours ;
- 30 % obtiennent un rendez-vous dans le mois ;
- 15 % obtiennent un rendez-vous dans un délai supérieur à 30 jours
- seulement 12 % obtiennent un rendez-vous dans la semaine hors consultation d'urgence.

➢ Le temps d'attente estimé en salle d'attente est de 0 à plus de 15 minutes. Nous avons reçu 144 réponses à cette question.

	0 min	5 min	10 min	15 min	Plus de 15 mir	Aucun avis	Total
Effectif	7	40	52	26	19	4	148
%	4,9%	27,8%	36,1%	18,1%	13,2%		

Tableau : 3.39. Temps d'attente en salle d'attente (en minutes)

- une attente de 10 minutes dans 36 % des cas
- une attente de 5 minutes dans 28 % des cas
- une attente de 15 minutes dans 18 % des cas
- une attente de plus de 15 minutes pour 13% des personnes sondées
- la ponctualité n'est pas au rendez-vous avec seulement 5 % des réponses.

La médiane de l'échantillon pour ce paramètre est 10 min.

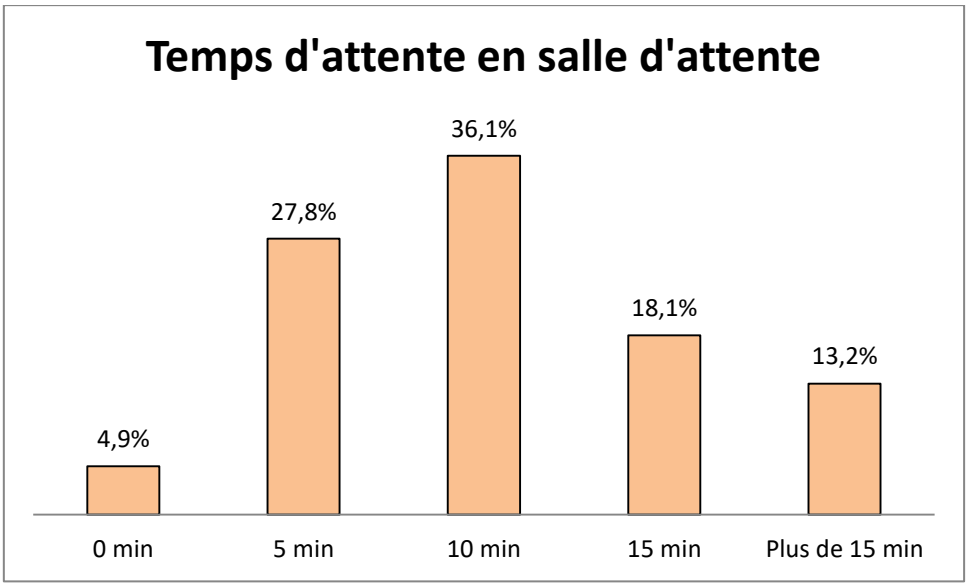


Fig. : 3.40. Temps d'attente sen salle d'attente (pourcentages)

- Deux questions sur la durée d'une consultation :

  - Combien de temps dure une consultation en moyenne ?
  - Quelle est la durée idéale d'une consultation ?

Nous avons défini quatre intervalles : entre 0 min et 15 min ; entre 15 et 30 min ; entre 30 et 60 min ; supérieure à 60 minutes.

Sept personnes n'ont pas d'avis sur la question. Une personne a répondu que cela dépendait des soins en réponse à la question de la durée moyenne d'une consultation et trente-deux personnes ont répondu que cela dépendait des soins, en réponse à la question sur la durée idéale. Une seule personne a répondu que la durée idéale de la consultation doit être la plus faible possible.

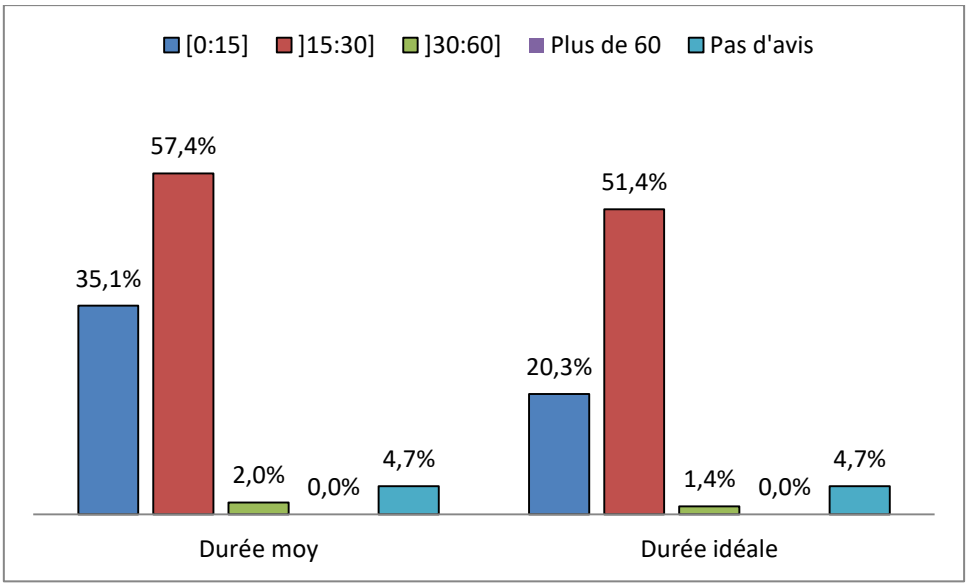


Fig. : 3.41. Durée moyenne de consultation et durée idéale estimée par les patients (pourcentages)

La durée moyenne d'une consultation estimée est dans un intervalle de 15 minutes à 30 minutes pour 57 % des sondés. Cela correspond également à la durée idéale souhaitée pour 51 % des sondés.

Ensuite, dans l'intervalle de 0 à 15 minutes, nous avons la durée idéale souhaitée pour 20 % des sondés. Et cet intervalle s'avère être aussi celui pratiqué en cabinet libéral pour 35 % des patients.

- Si l'on prend en compte le lieu de résidence des personnes sondées pour le délai de rendez-vous, le temps d'attente en salle d'attente et la durée moyenne de consultation, ils varient entre le milieu urbain et le milieu rural.

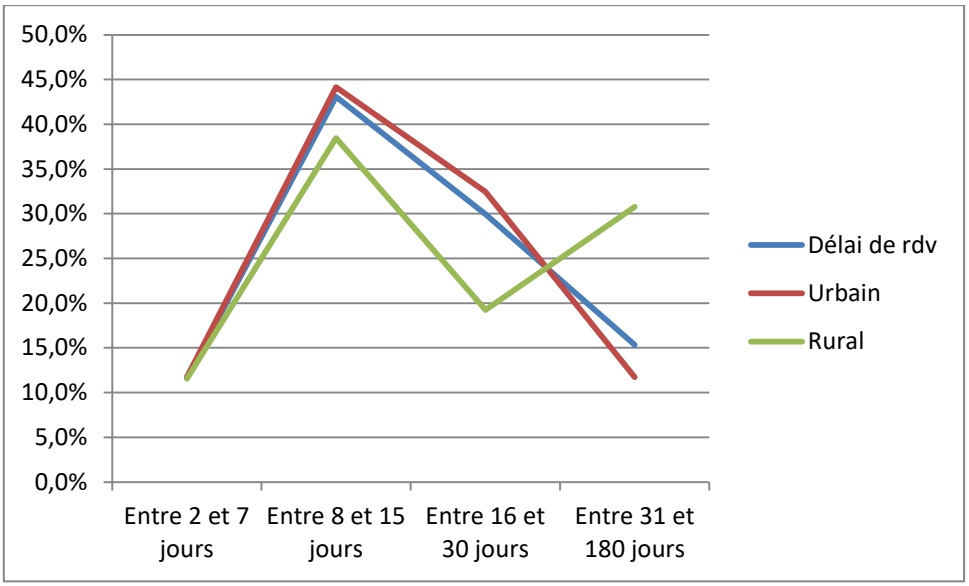


Fig. : 3.42. Délai de rendez-vous en fonction du lieu de résidence

Pour le délai de rendez-vous, nous observons des délais plus importants en milieu rural avec 31 % des sondés contre 12 % en milieu urbain.

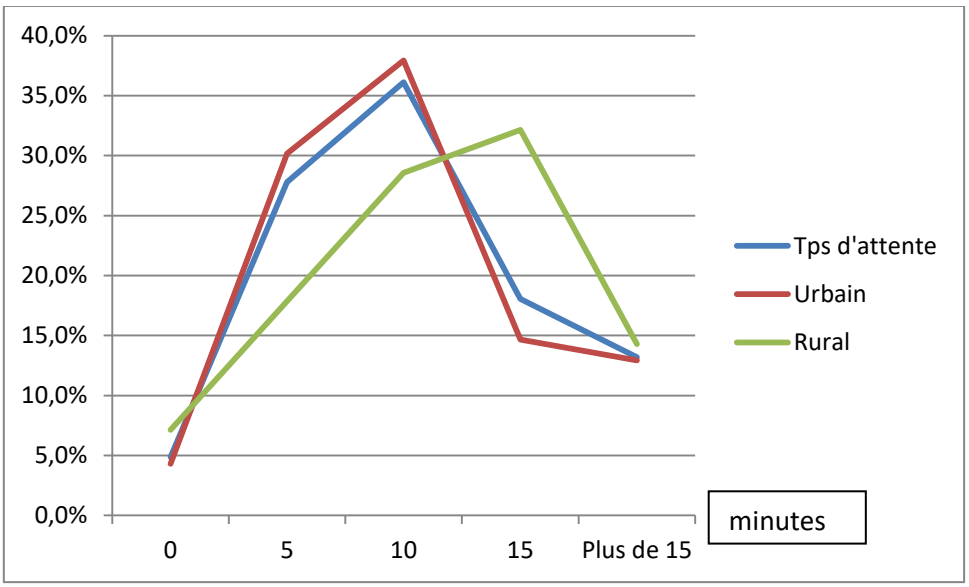


Fig. : 3.43. Temps d'attente en fonction du lieu de résidence

Pour le temps d'attente en salle d'attente, nous notons également une différence entre le milieu urbain et le milieu rural avec un retard de 15 minutes pour 32 % des ruraux contre 18 % de la population urbaine.

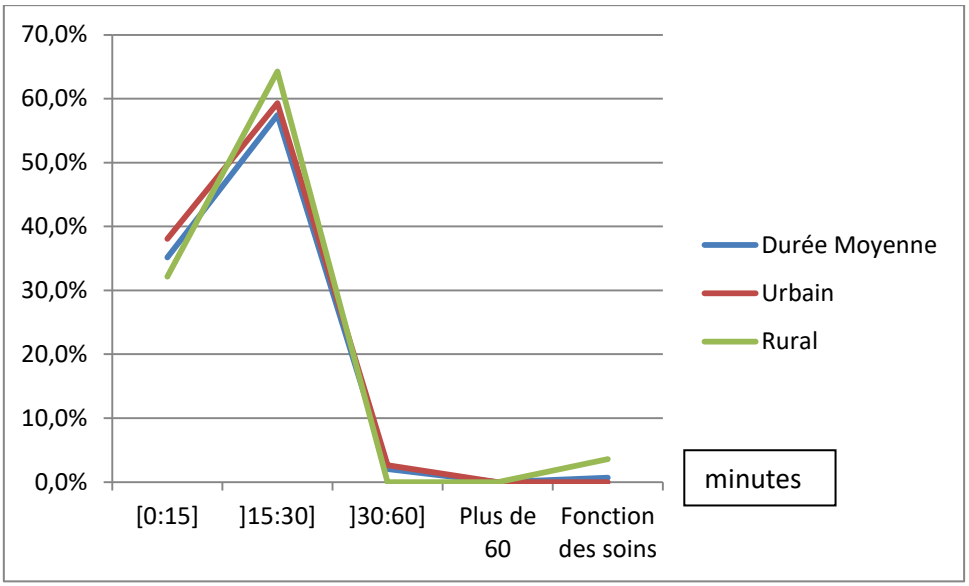


Fig. : 3.44. Durée moyenne de consultation en fonction du lieu de résidence

Cependant, la durée d'une consultation n'est pas influencée par le facteur urbain ou rural.

- Le niveau de satisfaction :

	Délai de rdv	%	Tps en salle d'attente	%	Tps au fauteuil	%
Parfaitement satisfait	33	**22,3%**	42	**28,4%**	40	**27,0%**
Très satisfait	51	**34,5%**	72	**48,6%**	87	**58,8%**
Moyennement satisfait	44	**29,7%**	29	**19,6%**	18	**12,2%**
Peu satisfait	15	**10,1%**	4	**2,7%**	2	**1,4%**
Pas du tout satisfait	5	**3,4%**	1	**0,7%**	1	**0,7%**
	148		148		148	

Tableau : 3.45. Rendez-vous et niveau de satisfaction (Tps : Temps)

Nous pouvons définir deux niveaux de satisfaction : satisfait et insatisfait.

- les personnes satisfaites sont celles qui ont répondues « parfaitement satisfait » et « très satisfait ».
- les personnes insatisfaites sont celles qui ont répondues « moyennement satisfait », « peu satisfait » et « pas du tout satisfait ».

	Délai de rdv	Tps en salle d'attente	Tps au fauteuil
Satisfait	56,8%	77,0%	85,8%
Insatisfait	43,2%	23,0%	14,2%

Tableau : 3.46. Proportion de satisfaits et d'insatisfaits (Tps : Temps)

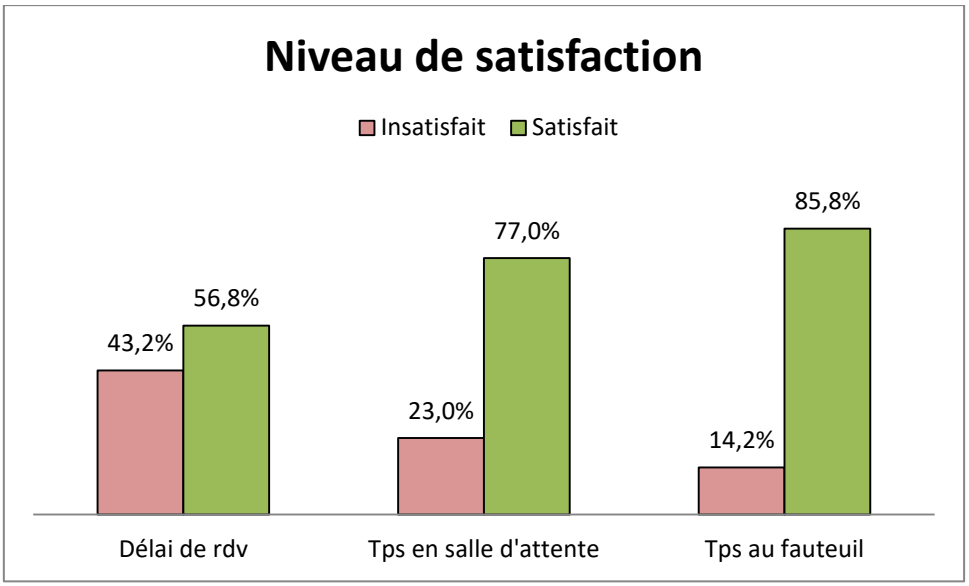


Fig. : 3.47. Proportion de satisfaits et d'insatisfaits (pourcentages)

Le niveau de satisfaction est partagé pour le délai de rendez-vous. En revanche, pour le temps passé en salle d'attente et le temps passé sur le fauteuil, nous avons respectivement 77 % et 86 % des sondés qui sont satisfaits.

3.4.2 Le cabinet dentaire

Le cabinet dentaire est un facteur de décision dans le choix du chirurgien-dentiste. La situation géographique, le cadre ou encore l'assistant dentaire peuvent influencer les patients.

3.4.2.1 La situation géographique

Nous avons constaté que la situation du cabinet et son environnement sont importants pour 82 % des personnes interrogées. Nous allons voir ce qui a déterminé leur choix.

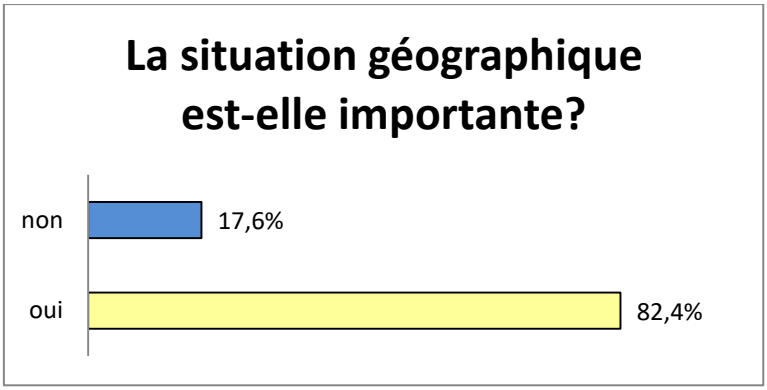


Fig. : 3.48. Importance de la situation géographique du cabinet (pourcentages)

Nous nous sommes intéressés à l'influence, sur cette question, des différentes variables définies précédemment. Nous avons la réponse « oui » majoritairement pour chaque variable.

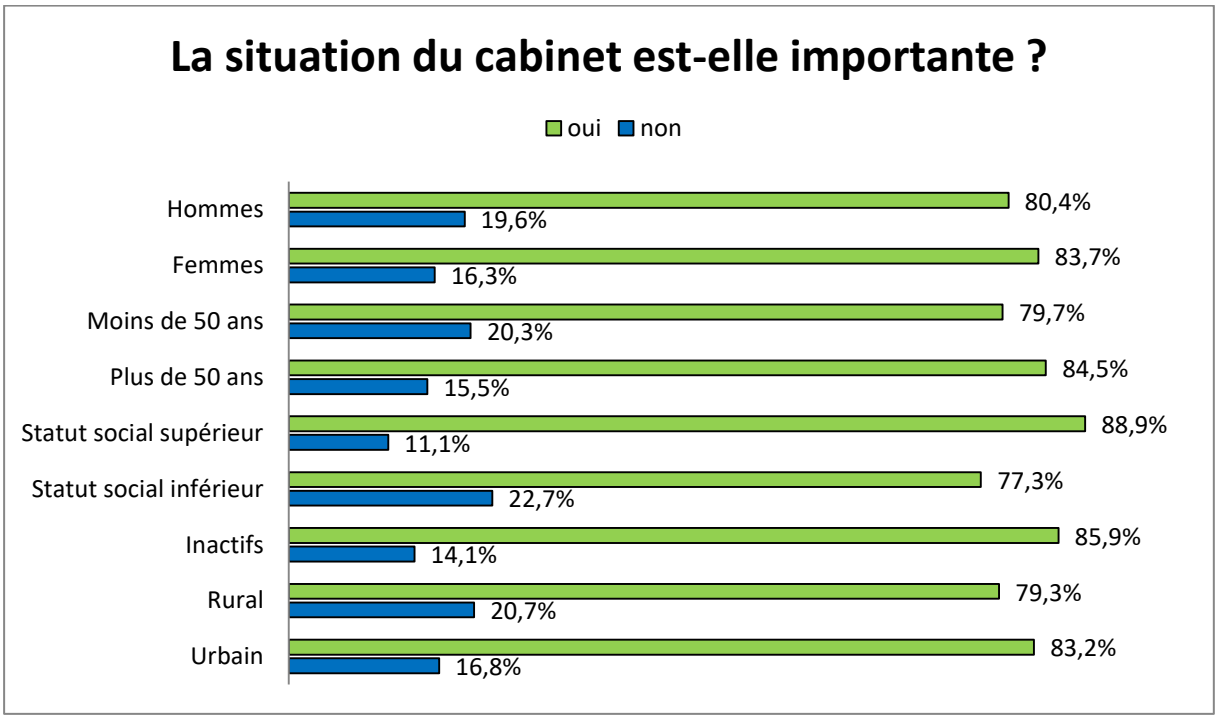


Fig. : 3.49. Importance de la situation géographique du cabinet en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Parmi les réponses positives, nous avons demandé pour quelles raisons ils trouvaient important la situation du cabinet. Ils avaient la possibilité de cocher une ou plusieurs propositions suivantes :

- son cabinet est proche de votre domicile
- son cabinet est proche de votre lieu de travail
- son cabinet est au centre-ville ou près de vos lieux d'achats
- son cabinet est d'accès facile : avec rez-de-chaussée, ascenseur et/ou avec parking
- autres critères (précisez) : ……...

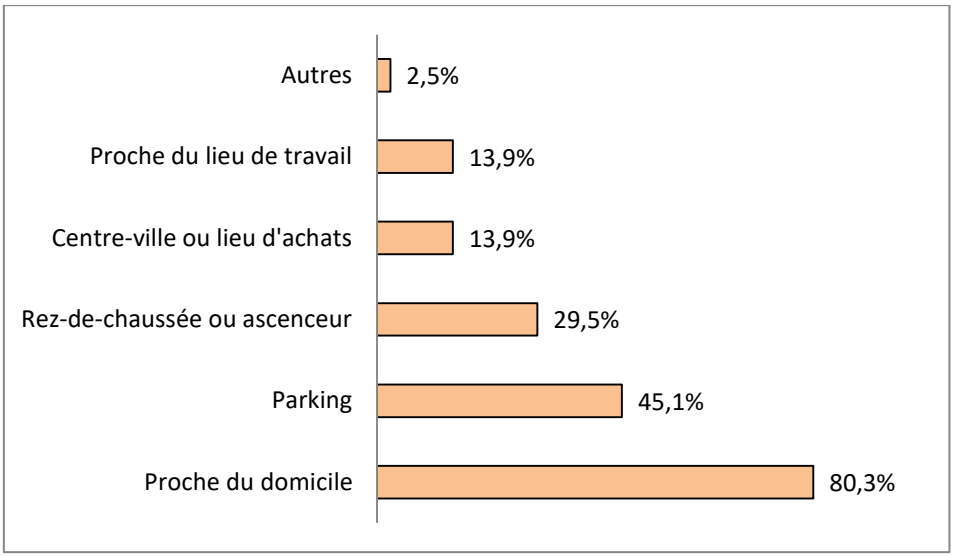


Fig. : 3.50. La situation géographique du cabinet

Nous avons classé les propositions par ordre d'importance :

- 80 % ont justifié leur choix par la proximité du cabinet par rapport à leur domicile ;
- 45 % ont justifié leur choix par la possibilité de se garer à côté du cabinet ;
- 30 % ont justifié leur choix par la facilité pour accéder à l'intérieur du cabinet soit du fait qu'il est situé au rez-de-chaussée, soit qu'il est équipé d'un ascenseur ;
- 14 % jugent important que le cabinet soit proche du centre-ville ou de leurs lieux d'achats ;
- 14 % ont justifié leur choix par la proximité du cabinet par rapport à leur lieu de travail ;
- 3 % ont précisé leur choix :
  - proche de chez les parents pour leurs rendre visite
  - à mi-distance entre le domicile et le lieu de travail
  - présence d'une ligne de bus pour accéder au cabinet

En raison du degré d'importance de la proximité du cabinet par rapport au domicile, nous avons demandé à quelle distance se trouve le cabinet. Sur 75 réponses, nous avons 85 % habitant à une distance comprise entre 0 et 10 kilomètres du cabinet dentaire. Pour 10 % des sujets le cabinet est situé à plus de 20 kilomètres. Pour les 5 % restants, il est situé entre 10 et 20 kilomètres.

On ne note aucune différence entre le milieu urbain et le milieu rural.

	Effectif	Pourcentage	**Urbain**	%	**Rural**	%
Entre 0 et 10 km	64	**85,3%**	58	**86,6%**	6	**75,0%**
Entre 10 et 20 km	4	**5,3%**	3	**4,5%**	1	**12,5%**
Plus de 20 km	7	**9,3%**	6	**9,0%**	1	**12,5%**
			67		8	
Nombre de réponses	75					

Tableau : 3.51. Distance moyenne entre le domicile et le cabinet dentaire en fonction du lieu de résidence (pourcentages)

3.4.2.2 Le cadre

Lorsque le patient se déplace au cabinet dentaire pour prendre rendez-vous, le cadre et le personnel y travaillant s'il y en a, motivent le choix du chirurgien-dentiste.
A la première consultation, l'environnement du cabinet va influencer le bien être du patient et donc sa fidélité envers le chirurgien-dentiste.

Quels sont les éléments qui peuvent intervenir dans le choix du cabinet dentaire ?

	La salle d'attente	%	La salle de soins	%	L'assistant dentaire	%
oui	36	**24,3%**	114	**77,0%**	24	**16,2%**
non	112	**75,7%**	34	**23,0%**	124	**83,8%**
	148		148		148	

Tableau : 3.52. Importance du cadre (pourcentages)

La salle de soins est l'élément qui peut conditionner le choix du cabinet dentaire. En effet, 77 % des personnes sondées répondent « oui » à la question.
En revanche, la salle d'attente et l'assistant dentaire n'influencent pas le choix des patients interrogés avec respectivement 24 % et 16 %.

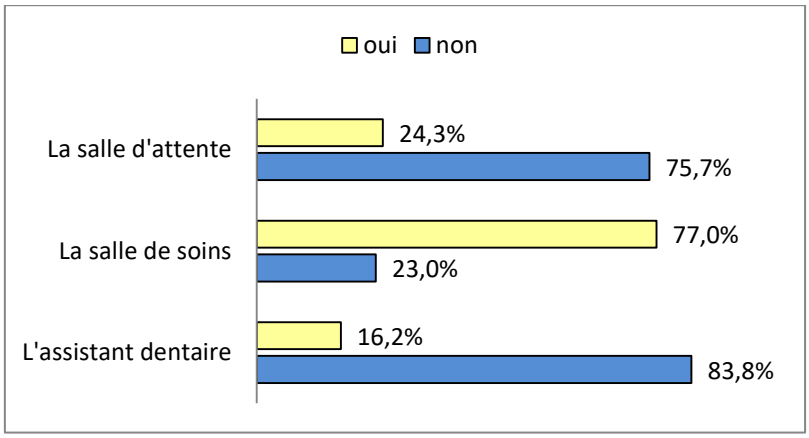


Fig. : 3.53. Importance du cadre (pourcentages)

Nous allons déterminer ce qui est recherché ou non dans un cabinet dentaire.

- La salle d'attente : les critères importants sont :
  - La propreté à 89 % ;
  - Le confort à 61 % ;

- La lecture (présence de revues, de magazines, de documents divers et variés) à 42 % ;
- Une salle d'attente spacieuse à 33 % ;
- L'aménagement à 28 % ;
- De la musique à 14 % ;
- Une télévision à 6 %.

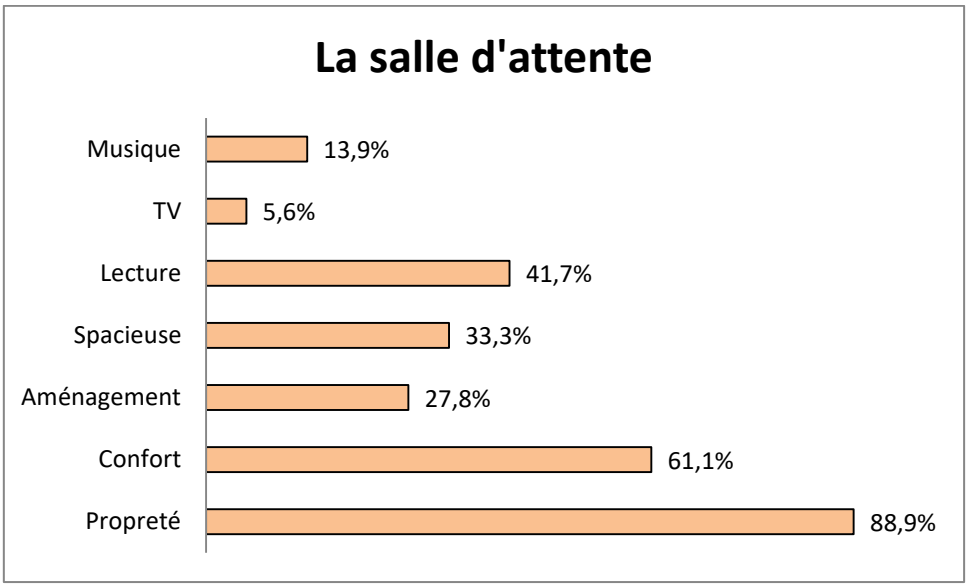


Fig. : 3.54. La salle d'attente et ses atouts (pourcentages)

➢ L'assistant dentaire est apprécié pour son accueil téléphonique, pour son accueil au cabinet ainsi que pour sa présence au fauteuil mais il n'influence pas ou très peu les patients dans le choix du praticien.
Sur 24 réponses positives, nous avons 12 réponses en faveur d'un assistant dentaire sympathique ; 4 réponses pour un assistant dentaire jeune et sympathique ; les autres caractères relevés sont beau, avenant et connu de l'entourage.

Le rôle de l'assistant dentaire est important dans un cabinet libéral. Lorsqu'il est présent, il programme les rendez-vous, il installe les patients en salle d'attente, il est à l'écoute des patients, il intervient au fauteuil avec le praticien dans les protocoles à quatre mains. Son intervention en salle de soins est un confort pour le praticien mais qu'en est-il pour les patients ?
Seulement deux personnes n'ont pas répondu à la question. 14 % affirment qu'il n'y a pas d'assistant dentaire dans le cabinet où ils sont suivis.
Sur l'ensemble des réponses, 69 % sont satisfaits de l'assistant dentaire au fauteuil.

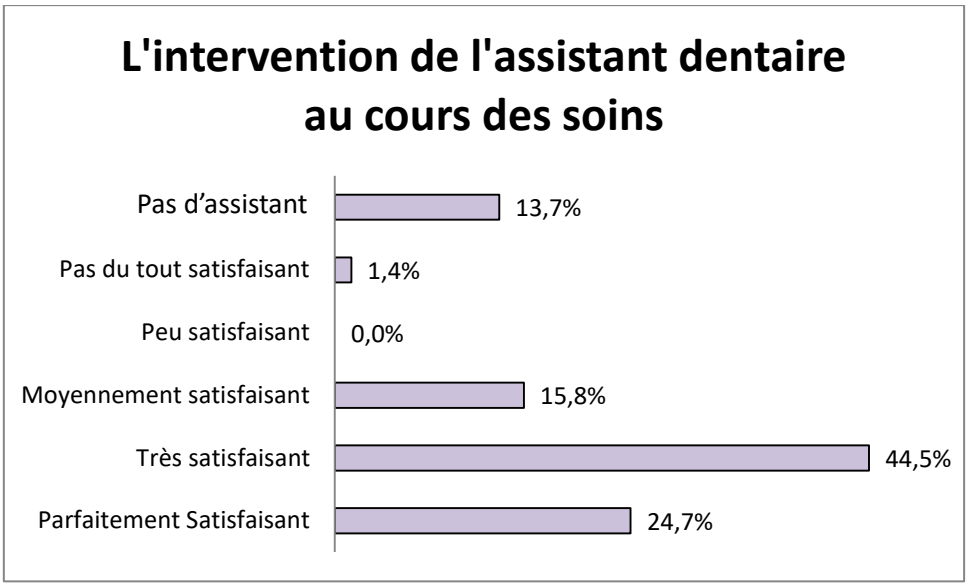


Fig. : 3.55. Le niveau de satisfaction de l'intervention de l'assistant dentaire

- La salle de soins est l'élément majeur dans le choix du cabinet dentaire. Parmi les personnes interrogées, 77 % ont affirmé le fait que la salle de soins avait motivé leur choix.

  Plusieurs critères ont été proposés. A la question « La salle de soins a-t-elle influencé votre choix ? », il est possible de cocher plusieurs propositions. Les trois réponses les plus utilisées sont « propreté », « installation moderne » et « confort du fauteuil ».

	Effectif	%
installation moderne	92	81,4%
propreté	109	96,5%
confort du fauteuil	73	64,6%
aménagement	13	11,5%
musique	6	5,3%
tv	0	0,0%

Tableau : 3.56. La salle de soins et ses atouts (pourcentages)

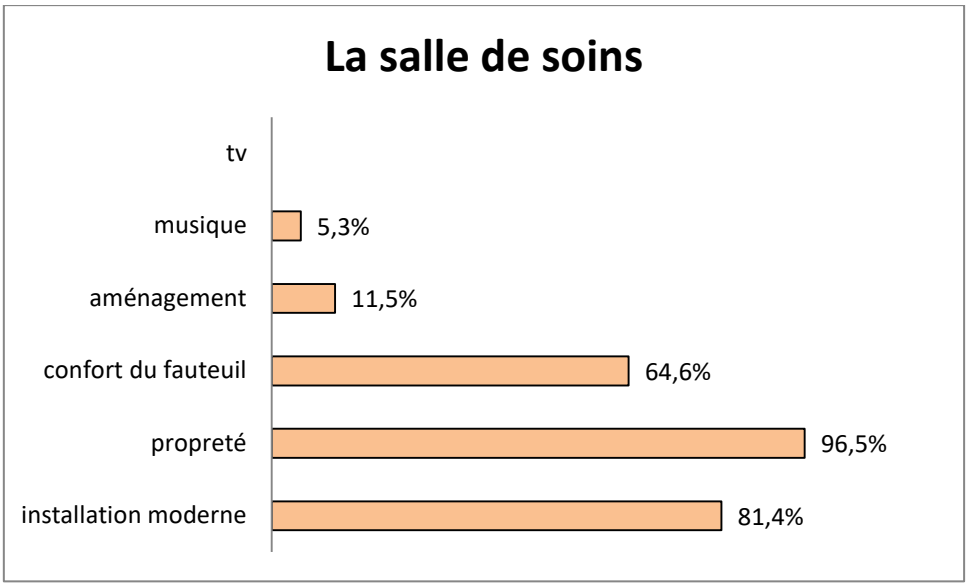


Fig. : 3.57. La salle de soins et ses atouts (pourcentages)

- La « propreté » est un gage de qualité du service de Santé proposé. Il revient 109 fois.
- L'équipement de la salle de soins est important aux yeux du patient. C'est l'image d'un cabinet soucieux des progrès de l'art dentaire. La proposition « installation moderne » revient 92 fois.
- Qui dit modernité, dit amélioration des techniques et du matériel. Le fauteuil en fait partie. En effet, le « confort du fauteuil » revient 73 fois. Le patient peut être stressé, il peut appréhender les soins, il faut donc attacher de l'importance au confort de celui-ci.
- L'idée est de créer un espace le moins traumatisant et le plus apaisant possible. La musique détend ce climat de soins. De plus en plus de cabinets sont équipés d'une télévision dans la salle de soins. La musique et la télévision restent optionnelles si toutefois les autres critères sont respectés.

Parmi les 113 réponses reçues, le trio « installation moderne + propreté + confort du fauteuil » arrive en tête avec 56 %.

	Effectif	%
installation moderne + propreté + confort du fauteuil	63	55,8%
installation moderne + propreté	11	9,7%
propreté	13	11,5%
installation moderne + aménagement + propreté	9	8,0%
installation moderne + propreté + musique	5	4,4%
propreté + confort du fauteuil	4	3,5%
aménagement + propreté + confort du fauteuil	4	3,5%
Autres	4	3,5%
	113	
Pas déponses	35	
	148	

Tableau : 3.58. Attentes du patient au sujet de la salle de soins (pourcentages)

Finalement, lorsque le patient choisit un cabinet dentaire, il recherche une salle de soins propre, équipée des dernières nouveautés et doté d'un fauteuil confortable. La salle d'attente doit être propre également et la présence d'un assistant dentaire peut améliorer la prise en charge des patients. Cette prise en charge débute dès le premier contact avec le patient. Et donc l'accueil que ce soit téléphonique ou à l'entrée du cabinet est indispensable. Il est satisfaisant dans 88 % des cas.

L'accueil	Effectif	%
Parfaitement Satisfaisant	58	40,3%
Très satisfaisant	69	47,9%
Moyennement satisfaisant	16	11,1%
Peu satisfaisant	0	0,0%
Pas du tout satisfaisant	1	0,7%
	144	

Tableau : 3.59. Accueil du patient et niveau de satisfaction (pourcentages)

3.4.2.3 L'importance de la salle de soin

Nous allons étudier l'influence de chacune des variables définies précédemment sur l'importance de la salle de soin dans le choix du cabinet dentaire et du chirurgien-dentiste.

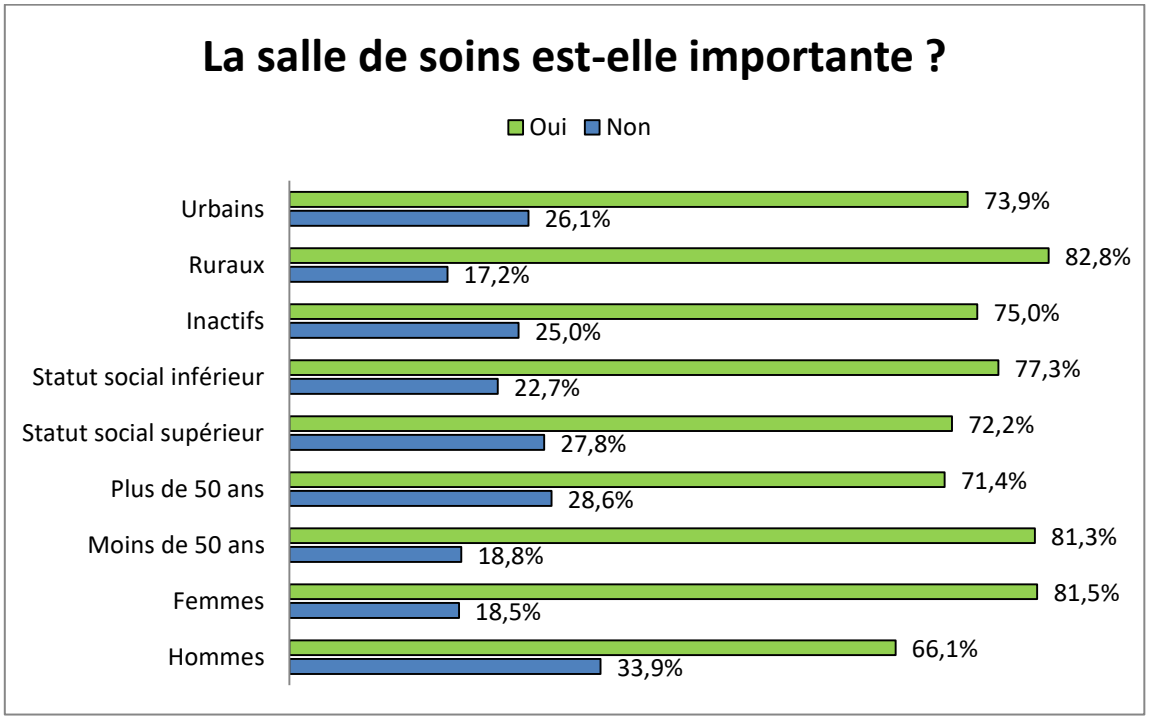


Fig. : 3.60. Importance du cadre de la salle de soins en fonction des variables prédéfinies (lieu de résidence, statut socioprofessionnel, âge, sexe)

Il n'y a pas de différences entre les variables. La réponse « oui » est majoritaire.

3.4.3 Le chirurgien-dentiste

Enfin, l'acteur principal de cette relation de soin est le chirurgien-dentiste. Bien évidemment, le patient choisit son chirurgien-dentiste pour ce qu'il est et pour ce qu'il fait. Nous allons voir, à travers un certain nombre de questions, quels sont les critères de choix.

3.4.3.1 Le praticien

	Oui	Non		Oui	Non
Effectifs	121	27	**Pourcentages**	81,8%	18,2%
Hommes	46	10		82,1%	17,9%
Femmes	75	17		81,5%	18,5%
Moins de 50 ans	50	14		78,1%	21,9%
Plus de 50 ans	71	13		84,5%	15,5%
Statut social supérieur	15	3		83,3%	16,7%
Statut social inférieur	55	11		83,3%	16,7%
Inactifs	51	13		79,7%	20,3%
Rurales	24	5		82,8%	17,2%
Urbaines	97	22		81,5%	18,5%

Tableau : 3.61. Choix du chirurgien-dentiste (pourcentages)

À la question «Avez-vous choisi votre dentiste », nous avons reçu 121 réponses positives. Cela représente plus de 80 % de l'échantillon. Quel que soit la variable isolée, nous retrouvons la même proportion.

Comment ont-ils choisi leur praticien ?

	Nombre	%
Vous a été recommandé	54	44,6%
Du caractère	51	42,1%
De sa réputation	32	26,4%
Au hasard	12	9,9%
Apparence soignée	9	7,4%
Autres	20	16,5%

Autres :	Nombre	%
Bienveillance	8	6,6%
Âge	6	5,0%
Sexe	3	2,5%
Proximité	2	1,7%
Connaissance	1	0,8%
	20	

Tableau : 3.62. Critères de choix du chirurgien-dentiste (pourcentages)

Cette question à choix unique a fait l'objet de réponses multiples (jusqu'à trois cases cochées). Nous les avons quand même prises en compte pour dégager les caractéristiques prépondérantes.

- 45 % répondent qu'il leur a été recommandé ;
- 42 % répondent qu'ils ont choisi leur chirurgien-dentiste en fonction du caractère ;

- 26 % répondent qu'ils ont choisi leur chirurgien-dentiste du fait de sa réputation ;
- 10% répondent qu'ils ont choisi leur chirurgien-dentiste au hasard ;
- 7 % répondent qu'ils ont choisi leur chirurgien-dentiste en fonction de son apparence soignée ;
- 17 % répondent qu'ils ont choisi leur chirurgien-dentiste en fonction :
    - de sa bienveillance envers les enfants
    - de son âge
    - du sexe
    - pour la proximité du cabinet dentaire
    - c'est une connaissance de l'entourage.

Le chirurgien-dentiste se fait connaître grâce à sa patientèle. La qualité de son travail est valorisée à partir du moment où ses patients le recommandent auprès d'autres personnes.
Au lieu du mot « recommandé », on aurait pu utiliser le mot « conseillé ». L'entourage peut conseiller un praticien.
Au-delà du « conseil donné », on parle de « réputation ». En effet, lorsque les patients communiquent sur leur chirurgien-dentiste, cela va permettre à de nouveaux patients de choisir celui-ci.
De plus, lors de la première consultation, le caractère du praticien est un critère qui influence le choix des patients.

Pour connaître le caractère prédominant apprécié de tout le monde, trois propositions s'offraient aux personnes sondées :
- sympathique, souriant
- professionnel
- attentionné, compréhensif et rassurant

Elles devaient numéroter de 1 à 3 ces différentes propositions. Malheureusement, cela n'a pas été réalisé.

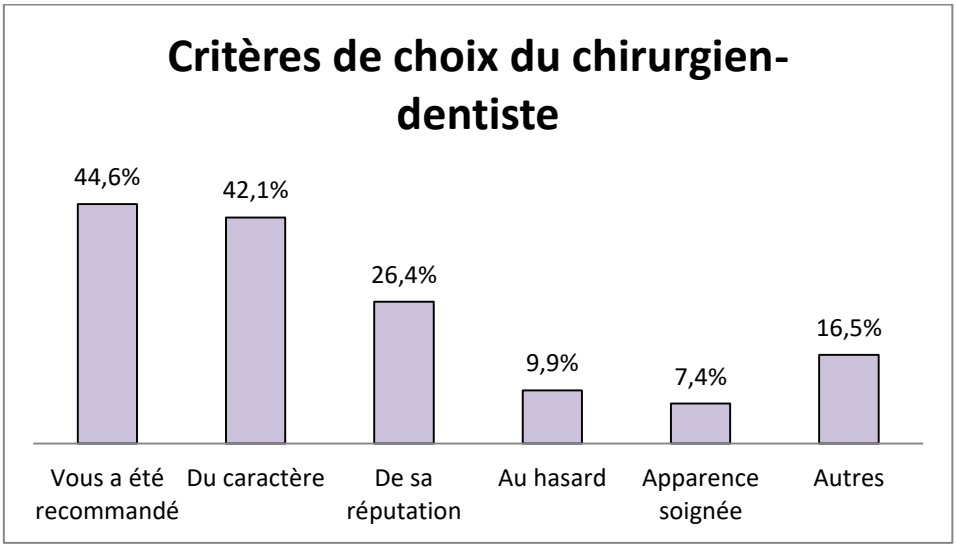


Fig. : 3.63. Critères de choix du chirurgien-dentiste (pourcentages)

3.4.3.2 Les soins

Le patient souhaite la meilleure prise en charge en termes de relation de soins mais aussi en termes de qualité de soins.

A la question « Tenez-vous compte des méthodes de travail de votre chirurgien-dentiste », nous avons 90 % des personnes sondées qui sont attentives aux soins prodigués par leur praticien et cela quel que soit la variable choisie.

	Oui	Non		Oui	Non
Effectif	137	11	Pourcentages	92,6%	7,4%
Hommes	50	6		89,3%	10,7%
Femmes	87	5		94,6%	5,4%
Moins de 50 ans	60	4		93,8%	6,3%
Plus de 50 ans	77	7		91,7%	8,3%
Actifs d'études supérieures	17	1		94,4%	5,6%
Actifs intermédiaires	61	5		92,4%	7,6%
Inactifs	59	5		92,2%	7,8%
Ruraux	27	2		93,1%	6,9%
Urbains	110	9		92,4%	7,6%

Tableau : 3.64. Importance des soins (pourcentages)

Pour préciser l'importance des méthodes de travail du praticien, il était possible de cocher trois propositions sur sept.

- 75 % trouvent indispensable l'explication de ce qu'on va leur faire ;
- 68 % choisissent un chirurgien-dentiste soigneux ;
- 61 % remarquent l'importance des moyens de protection, pour protéger le patient et le praticien ;
- 53 % souhaitent être soignés sans douleur
- 28 % estiment que leur praticien doit constamment faire évoluer sa pratique en utilisant des nouvelles méthodes ;
- 19 % demandent à ce que les soins soient réalisés rapidement
- 5 % ne veulent pas être blâmés, bien au contraire ils souhaitent être encouragés

	Effectif	%
soigneux	93	**67,9%**
sans douleurs	72	**52,6%**
protection	84	**61,3%**
explications	103	**75,2%**
rapide	26	**19,0%**
nouvelles méthodes	38	**27,7%**
ne blâme pas	7	**5,1%**

Tableau : 3.65. Méthodes de travail (pourcentages)

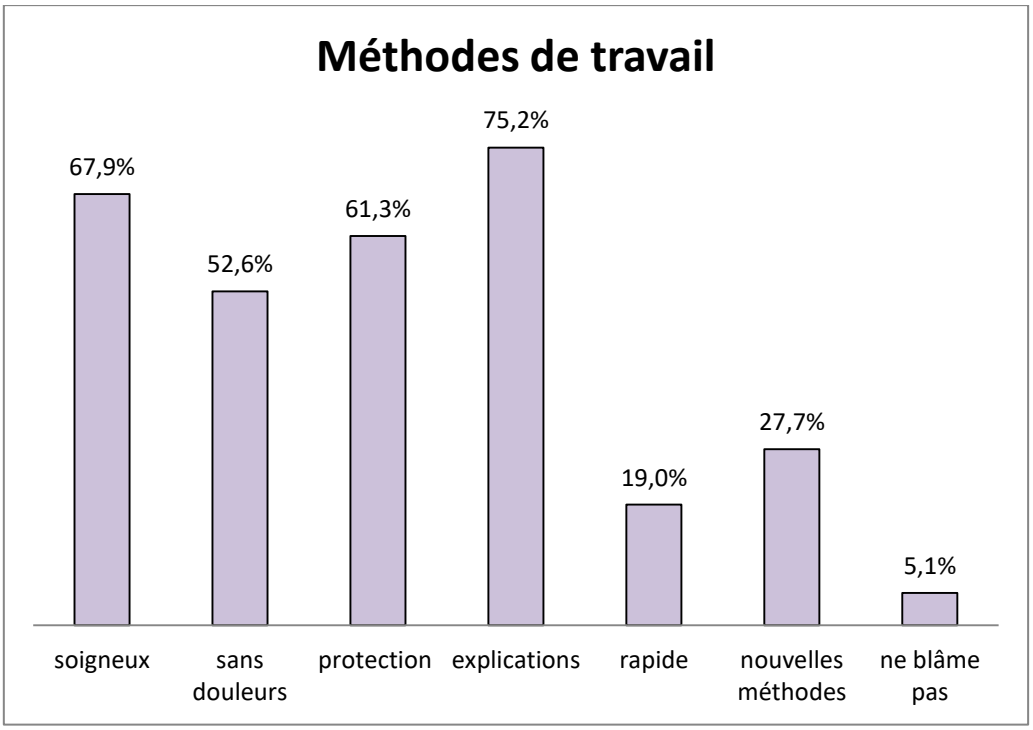


Fig. : 3.66. Méthodes de travail (pourcentages)

Les patients préfèrent un praticien soigneux qui prend le temps d'expliquer ce qu'il fait. La protection du patient et du praticien s'avèrent être une des conditions pour un service de soins de qualité.
Le niveau de satisfaction de la qualité des soins est satisfaisant pour 90 % des personnes interrogées. Nous avons donc un système de santé, dans l'ensemble, performant.

Satisfaction	Parfaite	Très	Moyenne	Peu	Pas du tout
Effectif	63	72	12	1	0
%	**42,6%**	**48,6%**	**8,1%**	**0,7%**	0,0%

Tableau : 3.67. Niveau de satisfaction de la qualité des soins

La performance a un coût. Aujourd'hui, le financement du système de Santé devient de plus en plus problématique.

Les honoraires	Oui	Non		Oui	Non
Effectif	87	56	**Pourcentages**	60,8%	39,2%
Hommes	30	24		55,6%	44,4%
Femmes	57	32		64,0%	36,0%
Moins de 50 ans	32	32		50,0%	50,0%
Plus de 50 ans	55	24		**69,6%**	30,4%
Statut social supérieur	12	6		66,7%	33,3%
Statut social inférieur	33	31		51,6%	48,4%
Inactifs	42	19		**68,9%**	31,1%
Ruraux	14	12		53,8%	46,2%
Urbains	73	44		62,4%	37,6%

Tableau : 3.68. Importance des honoraires en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Plus de 60 % des patients tiennent comptent des honoraires pratiqués. Cinq personnes n'ont pas donné leur avis. Les populations les plus représentés sont les personnes de plus de 50 ans et les inactifs (retraités et personnes sans activités professionnelles). Ce sont vraisemblablement les personnes avec le moins de ressources financières les plus attentives aux tarifs pratiqués par les chirurgiens-dentistes.

Satisfaction	Parfaite	Très	Moyenne	Peu	Pas du tout
Effectif	32	62	36	5	5
%	**22,9%**	**44,3%**	**25,7%**	**3,6%**	**3,6%**

Tableau : 3.69. Niveau de satisfaction des honoraires pratiqués (pourcentages)

Les patients satisfaits des honoraires pratiqués représentent 67 % de l'échantillon. Huit personnes n'ont pas donné leur avis. Nous pouvons juger ce chiffre sur le fait que les soins de premières nécessités sont entièrement pris en charge. A l'inverse, les prothèses dentaires sont les plus coûteuses et elles sont moins bien remboursées.

3.4.3.3 L'information

Le patient a besoin de savoir ce qu'on va lui faire et il est dans notre devoir d'expliquer avec des mots simples et clairs. Nous allons voir si les personnes sondées sont satisfaites de l'information qu'ils ont reçue de leur chirurgien-dentiste ; s'ils souhaitent des informations complémentaires pour améliorer leur prise en charge. Différentes questions ont été posées pour connaitre le niveau de satisfaction vis-à-vis de l'information transmise.

- Pensez-vous que les explications de votre dentiste sur les soins sont satisfaisantes ?
- Pensez-vous que les explications de votre dentiste sur le coût des soins sont satisfaisantes ?

- Pensez-vous que le vocabulaire qu'il utilise pour ses explications est satisfaisant ?
- Votre dentiste vous donne-t-il des conseils d'hygiène, de prévention et d'entretien (choix de brosse à dents, du dentifrice, du fil dentaire, de la technique de brossage, etc.) ?
- Souhaiteriez-vous avoir plus de conseils ?
- Souhaiteriez-vous avoir des fiches de conseils et d'information ?

- 87 % sont satisfaits de l'information sur les soins ;
- 67 % sont satisfaits de l'information sur le coût des soins et sur les devis ;
- 85 % sont satisfaits du vocabulaire utilisé par le praticien pour délivré l'information ;
- 40 % disent recevoir des conseils d'hygiène , de prévention et d'entretien de temps en temps, 35 % disent en recevoir souvent, 15 % disent en recevoir rarement et 11 % disent jamais en recevoir ;
- Pour ce qui est des compléments d'information et des fiches de conseils, 40 % sont pour et 60 % ne sont pas intéressés.

Satisfaction	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
L'information sur les soins	36,6%	**49,7%**	12,4%	1,4%	0,0%
L'information sur le coût des soins	20,0%	**47,1%**	21,4%	7,1%	4,3%
Le vocabulaire utilisé	32,4%	**53,1%**	13,1%	1,4%	0,0%
	Souvent	**De tps en tps**	**Rarement**	**Jamais**	
Les conseils	34,5%	**39,9%**	14,9%	10,8%	
	Oui	**Non**			
Avoir plus de conseils	41,9%	**58,1%**			
Avoir des fiches de conseils	39,2%	**60,8%**			

Tableau : 3.70. Niveau de satisfaction de l'information du chirurgien-dentiste (pourcentages)

L'information perçue sur les soins est très satisfaisante. L'information sur le coût des soins et sur les devis est satisfaisante. Le vocabulaire utilisé est très satisfaisant d'après les personnes interrogées. Nous pouvons affirmer que les explications données par le praticien sont compréhensibles de tous. Régulièrement, le patient reçoit des conseils pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire. La majorité des personnes sondées estiment que l'information reçue est suffisante.

Cependant, le pourcentage d'insatisfaits est plus important concernant l'information sur le coût des soins et sur les devis à hauteur de 32 %. Nous supposons que l'information est incomplète ou inadaptée. Ce sont souvent les soins partiellement remboursés qui sont mis en cause. Il est important que le praticien rédige un devis pour ces actes. Il est un devoir pour chaque praticien de prendre le temps d'expliquer au patient toute les lignes de ce devis.

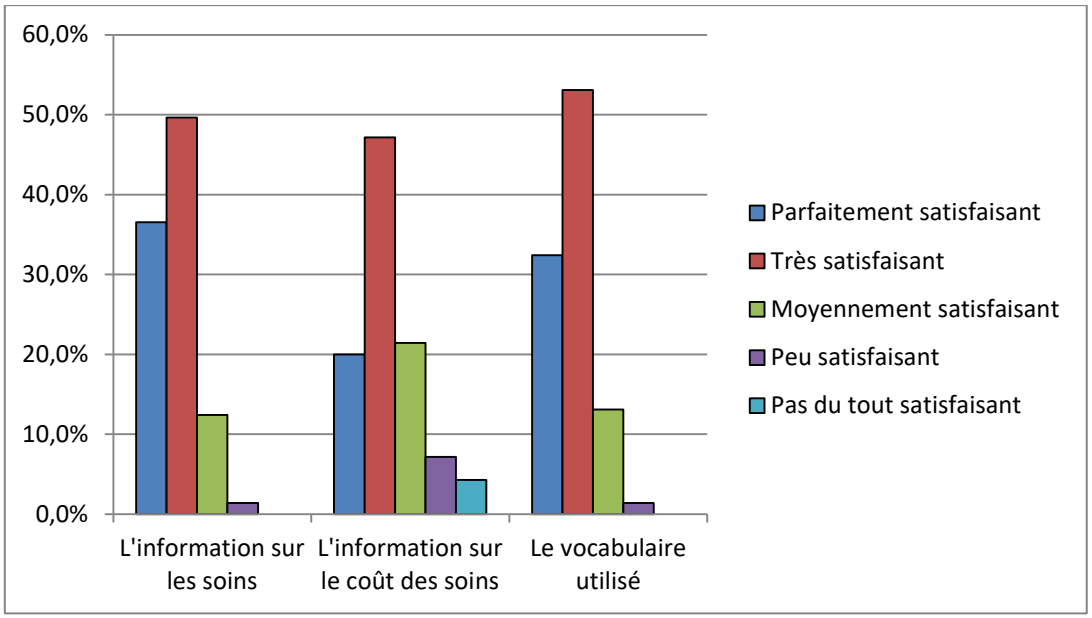


Fig. : 3.71. Niveau de satisfaction de l'information du chirurgien-dentiste (pourcentages)

Il serait intéressant d'étudier ces niveaux de satisfaction en fonction des variables prédéfinies : l'âge, le sexe, le statut socioprofessionnel et le lieu de résidence.

3.4.3.3.1 L'information sur les soins

Les populations les plus satisfaites de l'information donnée sur les soins sont la population masculine et les personnes de statut social supérieur. Alors que la population féminine et les personnes de statut social inférieur sont en plus grand nombre insatisfaites. Précédemment nous notions une proportion plus importante de femmes de niveau social bas. Ceci explique cela.

L'information sur les soins	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Hommes	35,7%	**57,1%**	7,1%	0,0%	0,0%
Femmes	37,1%	44,9%	**15,7%**	**2,2%**	0,0%
Moins de 50 ans	32,8%	**54,7%**	12,5%	0,0%	0,0%
Plus de 50 ans	39,5%	45,7%	12,3%	2,5%	0,0%
Statut social supérieur	7,1%	**78,6%**	7,1%	**7,1%**	0,0%
Statut social inférieur	35,4%	46,2%	**18,5%**	0,0%	0,0%
Inactifs	40,3%	**50,0%**	8,1%	1,6%	0,0%
Ruraux	22,2%	**63,0%**	14,8%	0,0%	0,0%
Urbains	39,8%	46,6%	11,9%	1,7%	0,0%

Tableau : 3.72. Niveau de satisfaction de l'information sur les soins en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

3.4.3.3.2 L'information sur le coût

L'information sur le coût des soins	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Hommes	18,5%	**57,4%**	16,7%	3,7%	3,7%
Femmes	20,9%	40,7%	24,4%	9,3%	4,7%
Moins de 50 ans	18,0%	44,3%	21,3%	**11,5%**	4,9%
Plus de 50 ans	21,5%	49,4%	21,5%	3,8%	3,8%
Statut social supérieur	5,6%	**72,2%**	11,1%	5,6%	5,6%
Statut social inférieur	23,4%	34,4%	**26,6%**	**10,9%**	4,7%
Inactifs	20,7%	**53,4%**	19,0%	3,4%	3,4%
Ruraux	19,2%	38,5%	**23,1%**	**15,4%**	3,8%
Urbains	20,2%	49,1%	21,1%	5,3%	4,4%

Tableau : 3.73. Niveau de satisfaction de l'information sur le coût en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

La population masculine et la population de statut social supérieur sont satisfaites de l'information transmise sur le coût des soins et sur les devis. Contrairement à la population de statut social inférieur, celle-ci est moins satisfaite de l'information donnée sur le coût des soins et sur les devis.

La population rurale est également moins satisfaite de cette information. Cela pourrait s'expliquer par un temps d'information plus court en milieu rural où le planning est relativement chargé par rapport aux cabinets urbains.

3.4.3.3.3 Le vocabulaire utilisé

Le vocabulaire utilisé	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Hommes	30,4%	**57,1%**	10,7%	1,8%	0,0%
Femmes	33,7%	**50,6%**	14,6%	1,1%	0,0%
Moins de 50 ans	32,8%	**54,7%**	10,9%	1,6%	0,0%
Plus de 50 ans	32,1%	**51,9%**	14,8%	1,2%	0,0%
Statut social supérieur	22,2%	**66,7%**	11,1%	0,0%	0,0%
Statut social inférieur	29,2%	**53,8%**	**15,4%**	1,5%	0,0%
Inactifs	38,7%	**48,4%**	11,3%	1,6%	0,0%
Ruraux	22,2%	**55,6%**	**22,2%**	0,0%	0,0%
Urbains	34,7%	**52,5%**	11,0%	1,7%	0,0%

Tableau : 3.74. Niveau de satisfaction du vocabulaire utilisé par le praticien en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Il n'y a aucune différence en fonction des variables choisies. L'ensemble de l'échantillon est satisfait du vocabulaire utilisé.

Parmi les personnes de statut social inférieur et des milieux ruraux, nous retrouvons plus de personnes insatisfaites.

3.4.3.4 La relation patient-praticien

Enfin, nous avons évalué la satisfaction des patients au sujet de la relation de soin entretenue avec leur praticien. L'idée était de savoir si la communication avec le chirurgien-dentiste permet un échange entre les deux parties. Ainsi, le patient peut construire une relation de confiance avec son praticien, gage d'une qualité du service de santé.

	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout	Pas d'avis	Effectif
Les échanges avec votre praticien	54	69	22	2	1	0	148
La façon de vous rassurer	50	73	17	5	1	2	146
La confidentialité	85	56	3	1	0	3	145
Le niveau de satisfaction globale	63	72	10	1	1	1	147

	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Les échanges avec votre praticien	36,5%	46,6%	**14,9%**	1,4%	0,7%
La façon de vous rassurer	34,2%	**50,0%**	11,6%	3,4%	0,7%
La confidentialité	**58,6%**	38,6%	2,1%	0,7%	0,0%
Le niveau de satisfaction globale	**42,9%**	**49,0%**	6,8%	0,7%	0,7%

	Satisfait	Insatisfait
Les échanges avec votre praticien	83,1%	16,9%
La façon de vous rassurer	84,2%	15,8%
La confidentialité	97,2%	2,8%
Le niveau de satisfaction globale	91,8%	8,2%

Tableau : 3.75. Niveau de satisfaction de la relation patient-praticien (pourcentages)

Quatre questions ont été posées avec la possibilité de répondre « parfaitement satisfait », « très satisfait », « moyennement satisfait », « peu satisfait » et « pas du tout satisfait ».

- Les échanges que vous avez avec votre praticien sont-ils satisfaisants ?

Dans l'échantillon, 83 % sont satisfait des échanges qu'ils entretiennent avec leur chirurgien-dentiste.

- La façon dont il vous rassure lors des soins est-elle satisfaisante ?

Dans l'échantillon, 84 % sont satisfaits et se sentent rassuré quand ils vont voir leur chirurgien-dentiste.

- Le respect de la confidentialité et du secret médical est-il satisfaisant ?

Dans l'échantillon, 97 % estiment que la confidentialité est respectée.

- Quel niveau de satisfaction globale donnez-vous à votre chirurgien-dentiste ?

Dans l'échantillon, 92 % répondent qu'ils sont satisfaits de leur chirurgien-dentiste.

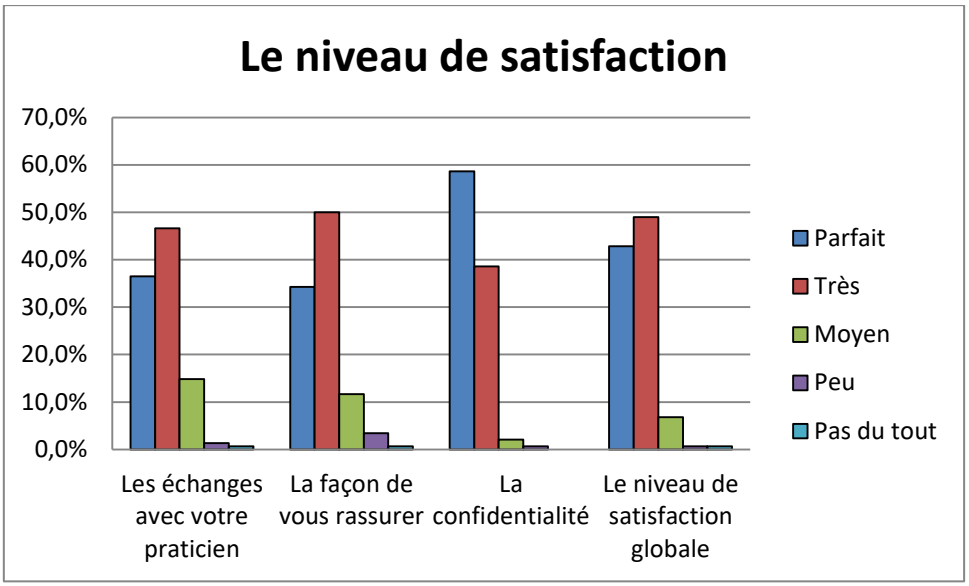


Tableau : 3.76. Niveau de satisfaction de la relation patient-praticien (pourcentages)

À la vue de ces chiffres, la profession peut se réjouir de la qualité du service de santé.

Le niveau d'insatisfaction est plus élevé concernant les échanges avec le praticien et la manière dont le chirurgien-dentiste peut rassurer le patient. Nous allons voir s'il existe une population particulièrement touchée et insatisfaite.

- Les échanges patient-praticien :

Les échanges	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Hommes	28,6%	**58,9%**	10,7%	1,8%	0,0%
Femmes	41,3%	39,1%	**17,4%**	1,1%	1,1%
Moins de 50 ans	34,4%	**50,0%**	14,1%	1,6%	0,0%
Plus de 50 ans	38,1%	44,0%	15,5%	1,2%	1,2%
Statut social supérieur	27,8%	**66,7%**	0,0%	0,0%	**5,6%**
Statut social inférieur	36,4%	43,9%	**16,7%**	**3,0%**	0,0%
Inactifs	39,1%	43,8%	**17,2%**	0,0%	0,0%
Ruraux	41,4%	41,4%	**13,8%**	**3,4%**	0,0%
Urbains	35,3%	47,9%	**15,1%**	0,8%	0,8%

Tableau : 3.77. Niveau de satisfaction des échanges avec le praticien en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Chez les femmes, le pourcentage d'insatisfaction est plus élevé concernant les échanges avec le chirurgien-dentiste que chez les hommes.

Pour les personnes de statut social supérieur, nous remarquons un fort taux de satisfaction mais aussi un taux plus important de patients « pas du tout » satisfait.

Les personnes de statut social inférieur présentent le taux le plus élevé d'insatisfaction.

- La manière de vous rassurer

Manière de rassurer	Parfait	Très	Moyen	Peu	Pas du tout
Hommes	29,1%	**56,4%**	12,7%	1,8%	0,0%
Femmes	37,4%	46,2%	11,0%	4,4%	1,1%
Moins de 50 ans	31,3%	**50,0%**	**15,6%**	**3,1%**	0,0%
Plus de 50 ans	36,6%	**50,0%**	8,5%	3,7%	1,2%
Statut social supérieur	33,3%	**55,6%**	5,6%	0,0%	**5,6%**
Statut social inférieur	30,3%	48,5%	**16,7%**	**4,5%**	0,0%
Inactifs	**38,7%**	**50,0%**	8,1%	3,2%	0,0%
Ruraux	41,4%	41,4%	13,8%	3,4%	0,0%
Urbains	32,5%	**52,1%**	11,1%	3,4%	0,9%

Tableau : 3.78. Niveau de satisfaction de la manière de rassurer les patients en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Les personnes de moins de 50 ans et ceux de statut social inférieur révèlent un pourcentage d'insatisfaction plus élevé.

La population des personnes sans activité professionnelle serait la population la plus rassurée au cabinet dentaire.

3.4.4 Synthèse

Pour conclure le questionnaire, nous avons demandé aux personnes interrogées de classer par ordre d'importance les différents thèmes évoqués précédemment. Elles ont ensuite répondu à trois questions ouvertes.

	Le rendez-vous	Les soins	Le cabinet	La relation
1	18	82	11	25
2	30	40	16	50
3	46	11	39	40
4	42	3	70	21

	Le rendez-vous	Les soins	Le cabinet	La relation
1	13,2%	**60,3%**	8,1%	18,4%
2	22,1%	29,4%	11,8%	**36,8%**
3	**33,8%**	8,1%	28,7%	29,4%
4	30,9%	2,2%	**51,5%**	15,4%

Tableau : 3.79. Classification dans un ordre d'importance décroissant de 1 à 4

1 : les soins

2 : la relation entre le patient et le chirurgien-dentiste

3 : le rendez-vous (le délai, l'attente, la durée)
4 : le cabinet (la situation, la salle d'attente, la salle de soins, l'assistant)

Dans le classement, les soins arrivent en première position. Les patients privilégient l'acte de soins et sa bonne réalisation. Ensuite, on a la relation patient-praticien. L'échange entre les deux parties est important pour pouvoir poser le plan de traitement et le mener à bien. Le rendez-vous arrive en troisième position. Les patients souhaitent un rendez-vous dans un délai raisonnable et une prise en charge relativement efficace. Enfin, nous avons le cabinet, le cadre et sa situation, qui arrive en quatrième et dernière position. Les patients sont prêts à rechercher plus loin pour trouver un chirurgien-dentiste qui leur conviennent.

3.4.4.1 En fonction du sexe

Pour les hommes et les femmes :
1 : les soins
2 : la relation patient-praticien
3 : le rendez-vous
4 : le cabinet

Nous retrouvons le même classement pour les hommes et les femmes. Quel que soit le sexe, ils estiment que le plus important dans leur choix est « les soins » avec respectivement 71 % et 54 %.

3.4.4.2 En fonction de l'âge

Pour les moins de 50 ans :
1 : les soins
2 : la relation patient-praticien
3 : le rendez-vous ou le cabinet

Le « rendez-vous » et « le cabinet » occupent la troisième place sans distinction.

Pour les plus de 50 ans :
1 : les soins
2 : la relation patient-praticien
3 : le rendez-vous
4 : le cabinet

Les « soins » est le choix majoritaire avec 70 % pour les plus de 50 ans. Ces derniers sont plus nombreux à choisir ce classement.

3.4.4.3 En fonction du statut social

Pour les personnes de statut social supérieur : 1 : la relation patient-praticien
2 : les soins
3 : le rendez-vous
4 : le cabinet

La première position est partagée entre la relation patient-praticien et les soins mais le classement choisi majoritairement est celui-là.

Pour les personnes de statut social inférieur : 1 : les soins
2 : la relation patient-praticien ou le rendez-vous
3 : le cabinet

Clairement le choix des « soins » est prépondérant pour la première place de ce classement. Par contre le « rendez-vous » et la « relation patient-praticien » se partagent la deuxième place.

Pour les personnes inactives : 1 : les soins
2 : la relation patient-praticien
3 : le rendez-vous
4 : le cabinet

À nouveau, les « soins » sont en tête des choix avec un pourcentage de 71 %.

3.4.4.4 En fonction du lieu de résidence

L'ordre du classement reste identique : 1 : les soins
2 : la relation patient-praticien
3 : le rendez-vous
4 : le cabinet

Les habitants du milieu rural sont plus nombreux à choisir ce classement.

Le classement, par ordre d'importance, des différents thèmes présentés dans ce questionnaire reste identique sauf pour les personnes de statut social supérieur qui donne de l'importance à la relation patient-praticien.

Si nous tenons compte des quatre variables que sont le sexe, l'âge, le statut socio-professionnel et le lieu de résidence, le classement est le suivant :

1 : les soins selon les hommes avec 71 %

2 : la relation patient-praticien selon les inactifs avec 47 %

3 : le rendez-vous selon les personnes de niveau social élevé avec 57 %

4 : le cabinet selon les personnes de niveau social élevé avec 64 %

Le choix des « soins » en première position est majoritaire avec un pourcentage toujours supérieur à 54 % sauf pour les personnes de moins de 50 ans et les personnes de statut social supérieur avec respectivement 48 % et 43 %. De plus, la quatrième position est largement occupée par le « cabinet » avec une majorité autour de 50 % et plus. Le classement de la « relation patient-praticien » et du « rendez-vous » est plus difficile. La répartition est plus hétérogène entre les deux.

Les soins	Hommes	Femmes	Moins de 50 ans	Plus de 50 ans	Niveau social élevé	Niveau social bas	Inactifs	Urbains	Ruraux
1	**71,2%**	**53,6%**	**48,4%**	**70,3%**	42,9%	**54,7%**	**70,7%**	**59,6%**	**63,0%**
2	19,2%	35,7%	40,3%	20,3%	**57,1%**	34,4%	17,2%	28,4%	33,3%
3	9,6%	7,1%	9,7%	6,8%	0,0%	9,4%	8,6%	9,2%	3,7%
4	0,0%	3,6%	1,6%	2,7%	0,0%	1,6%	3,4%	2,8%	0,0%

Le rendez-vous	Hommes	Femmes	Moins de 50 ans	Plus de 50 ans	Niveau social élevé	Niveau social bas	Inactifs	Urbains	Ruraux
1	13,5%	13,1%	21,0%	6,8%	14,3%	18,8%	6,9%	12,8%	14,8%
2	25,0%	20,2%	11,3%	31,1%	7,1%	21,9%	25,9%	23,9%	14,8%
3	30,8%	**35,7%**	30,6%	**36,5%**	**57,1%**	29,7%	32,8%	30,3%	**48,1%**
4	30,8%	31,0%	**37,1%**	25,7%	21,4%	29,7%	**34,5%**	**33,0%**	22,2%

Le cabinet	Hommes	Femmes	Moins de 50 ans	Plus de 50 ans	Niveau social élevé	Niveau social bas	Inactifs	Urbains	Ruraux
1	7,7%	8,3%	9,7%	6,8%	7,1%	7,8%	8,6%	8,3%	7,4%
2	13,5%	10,7%	14,5%	9,5%	0,0%	15,6%	10,3%	11,9%	11,1%
3	30,8%	27,4%	29,0%	28,4%	28,6%	26,6%	31,0%	31,2%	18,5%
4	**48,1%**	**53,6%**	**46,8%**	**55,4%**	**64,3%**	**50,0%**	**50,0%**	**48,6%**	**63,0%**

La relation	Hommes	Femmes	Moins de 50 ans	Plus de 50 ans	Niveau social élevé	Niveau social bas	Inactifs	Urbains	Ruraux
1	7,7%	25,0%	21,0%	16,2%	35,7%	18,8%	13,8%	19,3%	14,8%
2	**42,3%**	**33,3%**	**33,9%**	**39,2%**	35,7%	28,1%	**46,6%**	**35,8%**	**40,7%**
3	28,8%	29,8%	30,6%	28,4%	14,3%	**34,4%**	27,6%	29,4%	29,6%
4	21,2%	11,9%	14,5%	16,2%	14,3%	18,8%	12,1%	15,6%	14,8%

Tableau : 3.80. Classification de chaque critère en fonction des variables prédéfinies (sexe, âge, statut socioprofessionnel, lieu de résidence)

Nous constatons que le choix des « soins » est sans aucun doute le choix prédominant. Les patients se soucient du bon exercice de l'art dentaire avant même l'établissement d'une relation de soins. En définitive, le patient est devenu un consommateur de soin, exigeant quant à la qualité du travail effectué. Malheureusement, pour une qualité du système de soins, l'humain est primordial. Nous devons établir une relation de confiance. Elle se construit à travers l'échange entre le patient et le praticien. D'où l'importance de l'information donnée au patient et l'écoute active du praticien pour répondre au mieux aux attentes de celui-ci.

3.5 Discussion

3.5.1 Limites et biais

Notre échantillon a été construit de manière aléatoire par une distribution d'un questionnaire anonyme directement en main propre. Pour un échantillonnage plus précis, nous avons parfois été contraint de cibler certaines populations. Nous avons tenté de distribuer à toute heure de la journée, plusieurs jours de la semaine, à plusieurs endroits. Nous avons sillonné les rues des communes finistériennes, nous avons fréquenté les marchés. Malgré cette volonté de parcourir les communes à la rencontre de la population, les lieux les plus propices à cette distribution étaient les sorties de magasins, les lieux les plus fréquentés. Par ce biais, nous avons certainement écarté une certaine population de notre étude. Nous avons tout de même cherché à ne pas cibler une enseigne en particulier sachant les différentes habitudes de consommation de la population.

Notre questionnaire a été établi à partir de nombreux articles s'intéressant à la satisfaction et aux attentes des patients en odontologie. Ainsi nous avons rédigé un questionnaire très large et très précis avec de nombreuses propositions permettant d'évaluer sur un grand nombre de critères, la pratique de l'odontologie en cabinet libéral. Un feuillet de six pages a été remis à chaque personne intéressée. Nous avons bien précisé le temps estimé pour le remplir. Pour ne pas offusquer les répondants, nous avons optimisé le questionnaire sous la forme de QCM. La difficulté a été de ne pas orienter les questions afin d'obtenir un ensemble de réponses indépendantes et le plus proche de la réalité. En raison de la longueur du questionnaire et pour le respect de l'anonymat, nous avons décidé de le remettre aux personnes interpellées avec une enveloppe timbrée.

Dans notre échantillon, nous avons 148 sujets en majorité de sexe féminin avec plus de 60 % de l'effectif. De 18 ans à 86 ans, nous avons toutes les classes d'âges représentées dont l'âge moyen est 51 ans et 7 mois. Nous avons décidé d'étudier les différents critères de choix en répartissant les sujets entre les personnes de moins de 50 ans et les personnes de plus de 50 ans. Nous avons une forte proportion de personnes de plus de 50 ans alors que l'âge moyen dans le Finistère est de 40 ans. Ceci s'explique par l'intérêt moindre pour l'enquête, des jeunes de la tranche d'âge 18-25 ans et de la tranche d'âge 26-30 ans. En effet, lorsque nous sommes parvenus à échanger avec certains d'entre eux, ils exprimaient un manque d'assiduité concernant leurs visites au cabinet du chirurgien-dentiste.
Les huit catégories socio-professionnelles sont représentées. Les personnes retraitées sont les plus nombreuses dans cette enquête avec les ouvriers représentant 67 % de l'échantillon. Pour des raisons de simplification, nous avons regroupé les catégories socio-professionnelles en trois. Nos répondants sont répartis entre les personnes de statut social supérieur (Cadres et professions intellectuelles supérieures et Professions intermédiaires), les personnes de statut social inférieur (Agriculteurs

exploitants, Artisans, commerçants, chefs d'entreprises, Employés et Ouvriers) et les personnes inactives (Retraités, Autres personnes sans activité professionnelle). Cette répartition s'est faite sur le niveau de responsabilité et de compétences intellectuelles. Il semblait important d'étudier les différentes approches du système de santé en fonction des connaissances acquises pendant leur formation. Le groupe des inactifs est assez disparate et ne permet pas de conclure sur ce point mais il met en évidence certaines difficultés d'accès aux soins.
Dans notre effectif, il se dégage des inégalités homme-femme en matière de responsabilités.
Notre population urbaine représente plus de 80 % de notre échantillon, cela correspond aux données démographiques actuelles du Finistère.

En préparant notre enquête nous nous sommes aperçus d'une répartition inégale des chirurgiens-dentistes sur le territoire. 90 % des communes urbaines comptent un ou plusieurs dentistes et 90 % des communes rurales qui n'en comptent pas. Même si la population finistérienne vit à plus de 80 % dans les communes urbaines, il y a un nombre non négligeable de Finistériens qui rencontre des difficultés pour se soigner. Cette inégalité d'accès aux soins a été mise en évidence en demandant la fréquence des visites des patients au cabinet du chirurgien-dentiste et le résultat est un taux important de visites irrégulières et en urgence pour les habitants ruraux.

Notre répartition des catégories socio-professionnelles selon trois groupes trouve son intérêt lorsque nous examinons la régularité des visites dentaires. En effet, les personnes les plus assidues sont les cadres et les professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires alors que les ouvriers en grande majorité ne le sont pas. Par contre, le groupe des personnes inactives ne donne aucune information significative.

Le choix de questionner la population sur le nombre d'avulsions dentaires est impertinent dans le sens où les extractions de dents de sagesse sont relativement courantes et peuvent s'élever au nombre de quatre, cela n'est pas représentatif de l'état bucco-dentaire. Nous avons donc utilisé cette question comme indicateur des antécédents dentaires et indicateur d'une intervention invasive pouvant donner de l'importance au choix du chirurgien-dentiste. Ainsi dans notre échantillon, 90 % de l'effectif a connu une ou plusieurs avulsions et ils sont d'accord pour dire que la cavité buccale est une partie importante du corps. Le premier motif de consultation est le détartrage-polissage.

Ils sont plus de 80 % à avoir changé de chirurgien-dentiste au moins une fois dans leur vie. Dans la plupart des cas, ils le justifient par un déménagement. Quand cela arrive, ils choisissent un nouveau praticien selon plusieurs critères.
Le premier critère relativement important est la bonne réalisation des soins. Dans notre étude, nous l'avons inclus dans le thème du chirurgien-dentiste.

En effet, les personnes interrogées expriment le choix de leur chirurgien-dentiste en fonction de ces compétences plus que le contact et le relationnel. L'explication et l'information sont inhérentes à la pratique médicale et les patients revendiquent ce droit à l'information. Ils veulent être acteurs. Tous les moyens entrepris par le praticien pour protéger et se protéger ne laissent pas les patients indifférents. Ils recherchent une qualité de soins avec des mesures d'hygiène irréprochables. On parle d'un système de soins performant mais un coût raisonnable. Mais voilà peut-on dissocier l'acte de l'humain ? N'est-il pas essentiel d'établir d'abord une relation de confiance pour validé ce critère de « soins » ?

Notre sondage a soulevé le problème récurrent de la prise en charge des soins dentaires. Mais cela est vrai essentiellement pour les actes de prothèses donc il est difficile d'évaluer la satisfaction des patients sur les honoraires pratiqués étant donné la prise en charge totale des soins de premières nécessités. Quelle est la définition de nécessaire ? C'est quelque chose dont on ne peut se passer. Il serait certainement important de redéfinir le panier de soins en valorisant les actes de prévention et les actes de réhabilitation. Au-delà de la question de l'esthétique, nous avons le devoir de conserver un bon état bucco-dentaire et de rétablir la fonction quand elle est altérée.

Au cours de mes rencontres avec les passants, ils m'ont exprimé une certaine inquiétude concernant les remboursements de la sécurité sociale et du pouvoir donné aux mutuelles. Ils ont mentionné le fait de ne plus pouvoir choisir leur praticien librement mais contraint d'être fortement conseillé par les mutuelles souscrites. Pourtant, ils sont 80 % de l'échantillon à choisir leur chirurgien-dentiste. Et nous nous sommes aperçus qu'ils choisissent leur praticien en fonction de ce que l'on a pu leur dire ou de ce qu'ils ont entendu. En y réfléchissant, cela paraît évident à partir du moment où on ne connaît pas le chirurgien-dentiste avant d'y être allé. Le praticien a l'interdiction de promouvoir son cabinet et sa pratique. Les patients jugent à la première consultation. Dans notre questionnaire, nous pensons qu'il a été difficile de répondre au pourquoi de la question sans préciser le contexte. Est-il vraiment possible de choisir son futur chirurgien-dentiste sans le rencontrer ? Ils sont plus de 40 % à estimer que le caractère du praticien influence l'établissement d'une relation de confiance. Beaucoup de patients considèrent les soins comme critère de choix. Or les patients peuvent juger du bon travail du chirurgien-dentiste sur la durée, parfois même sur la douleur ressentie. Quant à la technique, ils sont incapables de juger. Ainsi nous développons le caractère essentiel de la confiance donnée au praticien. Si le patient est en confiance, s'il est rassuré, il sera satisfait du travail réalisé.

Les personnes sondées manifestent une grande confiance envers leur chirurgien-dentiste. Ils sont satisfaits de l'échange, du vocabulaire utilisé par le praticien, des conseils donnés. Ils ne désirent pas forcément de compléments d'informations pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire. Nous remarquons tout de même que la population rurale et la population de statut social inférieur désirent davantage d'explications. La population féminine, dans sa minorité, exprime un niveau

d'insatisfaction plus important concernant l'échange avec leur praticien. De quel ordre ? Le temps de cet échange est-il trop court ? Nous allons voir que la durée de la consultation est un critère de choix du chirurgien-dentiste.

Aujourd'hui, le délai pour avoir un rendez-vous est estimé en moyenne à 12 jours. Les délais sont plus importants en milieu rural. Dans cette enquête, cette disparité territoriale est mise en évidence. Nous notons également plus de retard dans les consultations en milieu rural, le signe peut-être d'un planning chargé et parsemé d'urgences. Cela expliquerait aussi la fréquence irrégulière des consultations des habitants ruraux étant donné l'attente pour avoir un rendez-vous. Si le délai peut être insatisfaisant, la durée de consultation est généralement la durée souhaitée ou acceptée par le patient.

Enfin, le critère le moins important du point de vue des patients, c'est le cabinet dentaire, son cadre et le personnel salarié. Pour des raisons pratiques, ils ont répondu avoir recherché un chirurgien-dentiste à proximité de leur domicile. Ils regardent également l'accessibilité du cabinet : la présence d'un parking, un cabinet situé au rez-de-chaussée ou équipé d'un ascenseur. Il n'y a pas de différence entre les communes rurales et urbaines à ce sujet. Lorsque les patients rentrent dans un cabinet dentaire, ils recherchent un cadre agréable mais avant tout propre. La salle d'attente n'est pas l'endroit privilégié, du fait que l'attente doit être la plus courte que possible. En revanche, la salle de soins doit être confortable, équipée des dernières technologies et surtout respectée des mesures d'hygiène. Parfois, le chirurgien-dentiste peut être assisté soit au fauteuil, soit au secrétariat. Cette aide est généralement appréciée par le patient.-Néanmoins, le personnel travaillant dans le cabinet dentaire est soumis au secret médical à juste titre et doit respecter la confidentialité du patient. Il a été montré dans plusieurs études que le patient ne souhaite pas que la consultation soit interrompue par le téléphone ou par l'entrée de l'assistant en cours de soins. Il est donc important de prendre en compte les attentes des patients pour améliorer leur prise en charge et établir une relation de confiance.

3.5.2 Motivations et attentes des patients

A travers les trois questions ouvertes données en fin du questionnaire, nous avons retenu certaines réponses, soit en raison de leur intérêt, ou de leur spontanéité, soit pour leur originalité.

- Qu'est-ce qu'un dentiste idéal ?

- « rapide, efficace, consciencieux »
- « compétent, faisant preuve d'humanisme »

- « délai, l'attente et la durée du rendez-vous courte »
- « je ne pense pas qu'il y en ait »
- « un dentiste qui parle avant de commencer, juste pour détendre l'atmosphère »
- « professionnel, explications des gestes, hygiène »
- « discussion sur les soins des dents »
- « celle que j'avais mais elle a pris sa retraite : souriante, conciliante, professionnelle »
- « aimable, disponible rapidement »
- « je l'ai déjà » « sérieux, doux, attentionné, réconfortant, rassurant »
- « un dentiste très doux et efficace »
- « dentiste compétent, communicatif, d'humeur égale »
- « propre, respect de la douleur »
- « rappel tous les 6 mois pour prendre rendez-vous »
- « mon dentiste » « proche, drôle, rassurant, décalé »
- « pas de douleurs »
- « une musique de circonstance, du parfum, sans le bruit des machines »
- « un dentiste qui me rendrait mes dents de 50 ans ! »
- « délai relativement rapide, sympathique, proche de chez moi »
- « qu'il explique ce qui m'arrive, ce qu'il me fait et pourquoi il le fait » « l'information c'est très important pour moi »
- « pas de soins à la va-vite, cabinet très propre »
- « hygiène irréprochable, compétent, Humain »
- « coût raisonnable, la confiance, pas trop d'attente pour un rendez-vous, qualité des soins »
- « qui respecte la douleur, qui explique clairement les soins, qui est disponible avec un vrai suivi »
- « bon travail, explications et sympathique »
- « il n'y a pas d'idéal »
- « je suis satisfait de mon dentiste et depuis 1973 j'ai aussi été contente dans l'autre cabinet »
- « une femme sympa car ce sont toujours des mecs sympas !! »
- « une grande importance dans le choix de son prothésiste »
- « qui ne cherche pas à me vendre des soins »
- « à l'écoute, doux et délicat »
- « compétent, jeune, formé aux nouvelles techniques »
- « disponible et bon marché »
- « il n'y a pas de dentiste idéal, c'est déjà bien d'en trouver un »
- « celui qui aurait une roulette silencieuse »
- « une personne claire dans son diagnostic : prévenante et rigoureuse ; accueil important en évitant les remarques infantilisantes »
- « j'ai le dentiste idéal »

- « mon dentiste est très bien mais il ne consulte pas le samedi »
- « rapide et sans douleurs »
- « professionnel, compétent, rassurant » « mon dentiste »
- « rendez-vous rapide, explications sur les soins et pas de douleurs »
- « le dentiste expérimenté qui est assidu à la formation continue »
- « cabinet moderne et hygiène irréprochable » « délai de rendez-vous court »
- « qui fait pas mal »
- « aucun être humain n'est idéal »
- « un dentiste qui explique ce qu'il fait, les produits utilisés, leur longévité »
- « il serait très professionnel, gentil et accueillant »
- « efficace et pas cher »
- « qui donne plus de conseils »
- « quelqu'un qui me rassure à 100 %, qui m'explique tout, et qui prend le temps »

- Pour quel motif changeriez-vous de dentiste ?

- « incompétence »
- « après son départ à la retraite, ou si un nouveau s'installait dans ma commune avec une bonne réputation et bon délai de rendez-vous »
- « si celui-ci commettait une grave erreur »
- « trop pressé, bâcle les soins, tarifs des prothèses »
- « pour trouver un meilleur, avec plus de conseils »
- « si je n'avais pas confiance »
- « départ du praticien, déménagement »
- « quand il partira à la retraite »
- « manque d'hygiène, d'amabilité, si j'ai mal, si honoraires exorbitants »
- « incompétence, fermé aux explications »
- « mauvaise relation entre patient et dentiste »
- « décès de mon dentiste »
- « que le cabinet n'est pas propre »
- « mauvaise interprétation »
- « trop brusque »
- « déménagement »
- « il ne donne aucune explication »
- « si plusieurs loupés dans les soins »
- « cause retraite, manque de confiance »
- « aucune raison, sauf par obligation : retraite, déménagement etc. »

- « si je ne suis pas satisfait du travail effectué »
- « mauvais soins »
- « il est difficile de changer de dentiste comme de médecin, il faut que la confiance s'installe »
- « je n'en ai pas l'intention »
- « je change dès que je vois que cela ne correspond à mes attentes »
- « insatisfaction »
- « quand il partira à la retraite »
- « pour soins négligés, pour manque de tact »
- « si les soins étaient mal effectués »
- « si le dentiste est désagréable »
- « aucun »
- « pour le coût »
- « erreur professionnelle »
- « si délai de prise en charge »
- « arrêt d'activité »
- « perte de confiance »
- « temps d'attente du rendez-vous trop long »
- « départ ou fermeture du cabinet »
- « pas aimable »
- « impatience, jugement, et manque de compétence sur le plan énergético-psychologique »

- Seriez-vous prêt à vous faire soigner à l'étranger ?

Réponse « Non » :

- « surtout pas, je constate déjà l'installation de dentistes étrangers dans ma commune et j'ai des doutes sur leurs compétences, le temps en salle de soins est plus long »
- « je fais confiance en général à la médecine Française »
- « je suis satisfait du système Français »
- « je n'aurai pas confiance à l'étranger »
- « nous avons la chance d'avoir en France suffisamment de dentistes compétents, gare néanmoins aux dérapages des coûts »
- « coût du déplacement, flou par rapport aux soins prodigués et aux remboursements »
- « c'est trop loin »
- « barrière de la langue »
- « en France on est très bien soigné »
- « par manque de confiance »

- « j'ai confiance dans la qualité des soins en France et de l'accueil »
- « pas confiance de me faire soigner à l'étranger mais financièrement ce serait sûrement plus intéressant »
- « si le travail est mal fait, je ne puis me permettre de retourner »
- « je ne vois pas pourquoi »
- « augmentons le numérus clausus en France »
- « service après-vente ? »
- « en cas de problème que faire »
- « travaillons Français »
- « préfère donner ma confiance à une personne assez proche de mon lieu d'habitation »
- « on est au bout du monde en Bretagne »
- « le fait qu'il n'y aurait pas de suivi par la suite par ce même dentiste, le déresponsabiliserait par rapport à son acte »
- « il n'y a plus de dentistes en France ? »
- « sauf en cas d'urgence si je suis dans un pays étranger »

Réponse « Oui » :

- « pour un professionnel de qualité pratiquant des soins moins chers qu'en France »
- « si nécessaire en urgence »
- « si le niveau de santé serait plus élevé qu'en France »
- « si soins moins chers qu'en France (implants) mais seulement si je suis assuré de la qualité des soins, l'hygiène, fiabilité du praticien »
- « certaines grosses interventions restent excessivement chères et mal prises en charge en France »
- « tant qu'il a eu le cursus dentaire, je ne vois pas pourquoi je ne le ferais pas »
- « peut-être un jour serons-nous obligés d'aller nous faire soigner à l'étranger vu comment la médecine est devenu un gros business, où le pognon prime devant la santé »
- « j'ai déjà eu l'occasion d'aller chez le dentiste au Mexique : techniques et équipements différents mais très efficace »
- « un dentiste reste un dentiste qu'il soit en France ou à l'étranger, il a suivi des études donc il n'y a pas de raisons de ne pas faire confiance »
- « si gros travaux dentaires et que la facture soit trop élevée en France »
- « en Europe oui mais ailleurs non »
- « je n'ai pas confiance »

Conclusion :

Cette étude a permis d'affirmer certaines croyances, de confirmer certaines autres mais avant tout de soulever les attentes des patients vis-à-vis du système de santé actuel. Nous devons en tenir compte. L'évolution de notre profession, nous amène à nous poser des questions sur la prise en charge des patients. En effet, la dimension juridique du « demandeur de soins » autorise davantage de droits aux patients mais aussi des devoirs. Il devient de plus en plus un consommateur de soins. Il exige une transparence et une qualité de notre pratique quotidienne.

Les progrès de la science ne cessent de s'accroître, amenant de nouveaux matériaux et de nouveaux matériels dans le domaine de la santé. Actuellement nous sommes confrontés à un problème majeur, le financement du système de santé permettant l'accès aux soins à tous. Les patients sont les premiers touchés. Dès lors que l'on parle de l'aspect financier, nous faisons apparaître des inégalités. Elles existent déjà au niveau de la démographie des chirurgiens-dentistes. On parle de disparités territoriales !

Nous nous sommes aperçus dans cette enquête que les patients, résidant en milieu péri-urbain ou rural, n'étaient pas forcément en mesure de choisir leur chirurgien-dentiste. En raison, d'un manque de praticiens dans certaines régions, les patients se voient consulter qu'en situation d'urgences. La prévention et le suivi dentaire sont donc impossibles. Heureusement, le gouvernement a pris ces dispositions pour subvenir à cette désertification médicale en mettant en place des mesures incitatives comme les Contrats d'Engagement de Service Public.

Le sentiment dominant de cette étude est la recherche d'un praticien proche de chez soi, disponible et réalisant des actes de qualité. Les patients confirment l'importance de la relation de confiance qui doit s'établir avec le chirurgien-dentiste. La première consultation permet au patient d'apprécier le choix du chirurgien-dentiste. Il pourra être conseillé par son entourage mais il se fera son opinion qu'au moment où il échangera avec le praticien. Techniquement, la personne qui se présente au cabinet dentaire ne peut évaluer la qualité des soins délivrés. Et pourtant, si la relation de confiance avec le chirurgien-dentiste est établie, le patient se sentira entre de bonnes mains et ne doutera aucunement des qualités de celui-ci.

Il est évident que la technique et la bonne réalisation des soins sont importantes dans notre pratique de tous les jours mais n'oublions pas l'humain dans cette relation de soins. Le patient attend d'un chirurgien-dentiste, une écoute active, de la compréhension, de l'information et des explications. Nous devons répondre aux attentes exprimées par les patients pour garantir une qualité de notre service de santé.

Références bibliographiques :

1- AMZALAG A.
Nouveaux codes de la relation dentiste-patient.
L'information dentaire ; 2011 Mai, 19

2- ARRETO CD, BRUNET-CANONNE A, FIORETTI F.
Consulter en odontologie: la relation praticien patient.
Edition CdP ; 2006

3- ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE
Les français et leur chirurgien-dentiste
L'information dentaire 2007 Dec, 42 : 2725

4- AYOUB F, FARES Y, and FARES J.
The Psychological Attitude of Patients toward Health Practitioners in Lebanon
North America Journal of Medical Sciences 2015 Oct;7(10):452-8

5- BATAILLE P.
Usager, citoyen ou consommateur?
Actualité et dossier en santé publique 2001 Sep;36:24–5

6- BATIFOULIER P, BIENCOURT O, DOMIN J-P, GADREAU M.
La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché.
http://economix.fr/docs/94/version_finale_JEFS.pdf ; 2006

7- BERY A.
Le contrat de soins
Paris : édition SID ; 1997

8- BILLAUD A, PIRNAY P.
La déontologie des chirurgiens-dentistes doit-elle évoluer ?
Santé Publique 2015 Feb;27:233-240

9- BOWLING A, ROWE G, LAMBERT N, WADDINGTON M, MAHTANI KR, KENTEN C, HOWE A, FRANCIS SA.
The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations
Health Technol Assess. 2012 Jul;16(30):i-xii, 1-509

10- BRENNAN DS, SPENCER AJ.
Stability of practice beliefs and preferences for patients among private general dentists: a comparison of 1997 and 2007
Australian Dental Journal. Sept 2009 ; 54(3) : 198-203

11- BRENNAN DS, SPENCER AJ.
Influence of patient, visit, and oral health factors on dental service provision
Journal Public Health Dentistry 2002 Summer;62(3):148-57

12- BRENNAN DS, SPENCER AJ.
The role of dentist, practice and patient factors in the provision of dental services.
Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Jun;33(3):181-95

13- BRENNAN DS, SPENCER AJ.
Dentist preferences for patients: dimensions and associations with provider, practice, and service characteristics.
Int J Behav Med 2006, 13:69–78

14- CASTAING C.
La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?
Edition LEH, février 2014

15- CLOW KE, FISCHER AK. and O'BRYAN D.
Patient expectations of dental services
Journal of Health Care Marketing 1995 Sep;l15(3)

16- CORAH NC, O'SHEA RM, PACE LF, and SEYREK SK.
Development of a patient measure of satisfaction with the dentist : The Dental Visit Satisfaction Scale
Journal of Behavioral Medicine 1984;7(3)

17- CROW R, GAGE H, HAMPSON S, HART J, KIMBER A, STOREY L, THOMAS H.
The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature.
Health Technol Assess 2002, 6:32

18- DAVIES A, WARE JE.
Measuring patient satisfaction with dental care
Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology 1981 Dec;15(6):751-60

19- DAVIES A, WARE JE.
Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for the Health Insurance Experiment
Thèse : Prepared under a grant from the US Department of Health and Human Services 1992 April

20- DE DINECHIN O.
Les poussées d'un droit à la santé.
Revue Projet 2008 Mai;304:37-45

21- DEVAUX M.
Facteurs susceptibles d'influencer le libre choix du praticien, d'après une enquête statistique effectuée auprès de patients adultes de strasbourg
Thèse : Univ Louis Pasteur Strasbourg 1985

22- FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MAISONS ET PÔLES DE SANTÉ
Qu'est-ce qu'une Maison et un Pôle de Santé ?
http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante ; 2013 Jul

23- FINISTÈRE
Le département du Finistère
https://www.finistere.fr/Le-Finistere/Le-Departement-du-Finistere ; 2016

24- GOUVERNEMENT
La lutte contre les déserts médicaux
http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux ; 2016 Mai

25- GOUVERNEMENT
Les ruralités, une chance pour la France
http://www.gouvernement.fr/action/les-ruralites-une-chance-pour-la-france ; 2016 Dec

26- HESCOT P.
Les satisfaction et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste
Collection de l'ADF-SOFRES, 1996

27- HOLT VP, McHUGH K.
Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice.
British dental journal, 1997 Dec;183(10):365-70

28- INSEE
Les zonages d'étude de l'Insee
https://www.insee.fr/fr/information/2571258 ; 2015 Mar

29- INSEE
Dossier complet : département du Finistère
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-29 ; 2016 Sep

30- INSEE
Unité urbaine
https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501 ; 2016 Oct.

31- JOOSTEN EAG, DEFUENTES-MERILLAS L, DE WEERT GH, SENSKY T, VAN DER STAAK CPF, DE JONG CAJ.
Systematic review of the effects of shared decisionmaking on patient satisfaction, treatment adherence and health status
Psychother Psychosom 2008, 77(4):219–226

32- KARYDIS A, KOMBOLI-KODOVAZENITI M, HATZIGEORGIOU D, PANIS V.
Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care.
Int J Qral Health Care 2001; 13(5): 409-16

33- KOSLOWSKY M, BAILIT H, VALLUZZO P.
Satisfaction of the patient and the provider; evaluation by questionnaire
J Public Health Dent. 1974 Summer;34(3):188-94

34- KRESS GC
Patient satisfaction with dental care.
Dent Clin North Am. 1988 Oct;32(4):791-802

35- KRESS G, SHULMAN JD.
Consumer satisfaction with dental care: where have we been, where are we going?
J Am Coll Dent. 1997 Spring;64(1):9-15

36- LAHTI S, TUUTTI H, HAUSEN
H, KÄÄRLÄNEN R.
Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient
Community dent Oral epidemiol 1992 : 20: 229-34

37- LAHTI S, TUUTTI H, HAUSEN H, KÄÄRLÄNEN R.
Comparison of ideal and actual behavior of patients and dentists during dental treatment
Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23: 374-8

38- LAHTI S, TUUTTI H, HAUSEN H, KÄÄRLÄNEN R.
Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform?
Community Dent Oral Epidemiol. 1996 Aug;24(4):240-4

39- LAHTI S, VERKASALO M, HAUSEN H, TUUTTI H.
Ideal behaviours as seen by dentists and patients themselves and by their role partners: do they differ?
Community Dent Oral Epidemiol. 1996 Aug;24(4):245-8

40- LAUDE AL, MATHIEU B, TABUTEAU D.
Droit de la santé.
Paris : édition PUF ; 2012

41- MASCARENHAS AK
Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery
J Dent Educ 2001; 65 (11):1266-71

42- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Les centres de santé
http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-centres-de-sante ; 2016 Jan

43- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Le principe du CESP
http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp ; 2017 Fev

44- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Praticien territorial de médecine générale - PTMG
http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg ; 2017 Mar

45- NEWSOME PRH, WRIGHT GH.
A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction
British Dental Journal 1999 Feb;186(4)

46- NEWSOME PRH, WRIGHT GH.
A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature questionnaire
British Dental Journal 1999, 186:166–170

47- NEWSOME PRH, WRIGHT GH.
Qualitative techniques to investigate how patients evaluate dentists: a pilot study
Community Dent Oral Epidemiol 2000, 28:257–266

48- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Santé et droits de l'homme
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/ ; 2015 Dec

49- O'SHEA RM, CORAH NL, AYER WA.
Why patients change dentists: practitioners' views
J Am Dent Assoc. 1986 Jun;112(6):851-4

50- PORTAIL D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE BRETAGNE
Contrat Engagement Service Public (CESP) Médecine / Odontologie
http://www.bretagne.paps.sante.fr/Contrat-Engagement-Service-Public-CESP-Medecine-Odontologie.21115.0.html

51- RILEY JL, GORDAN VV, HUDAK-BOSS SE, FELLOWS JL, RINDAL DB, GILBERT GH
Concordance between patient satisfaction and the dentist's view: findings from The National Dental Practice-Based Research Network.
Journal of the American Dental Association, 2014 Apr;145(4):355-62

52- ROVA JAKINA
Fidélisation des patients et communication
Le fil dentaire ; 2016 Jan

53- SAKALAUSKIENE Z, MACIULSKIENE V, SERTVYTYTE A.
Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A pilot study.
Stomatologija. 2005;7(3):84-9

54- SBARAINI A, CARTER SM, EVANS RW, BLINKHORN A.
Experiences of dental care: what do patients value?
BMC Health Services Research 2012, 12:177

55- SOLUTIONS MÉDICALES
Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016
http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016 ; 2016

56- UNGUREANU MI, MOCEAN F.
What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement
Patient Prefer Adherence. 2015 Nov 27;9:1715-20

57- VERSPIEREN P.
Le secret médical et ses fondements
Centre Laennec 2007 Jan;55:6-11

58- VIE PUBLIQUE
Les droits individuels et collectifs, droits-libertés et droits-créances : quelles différences ?
http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/citoyen/approfondissements/droits-individuels-collectifs-droits-libertes-droits-creances-quelles-differences.html ; 2006 May

Document annexe :

Objet : ce questionnaire vous est remis dans le cadre d'une étude pour une thèse d'exercice de chirurgie dentaire dont le sujet est « Critères de choix du chirurgien-dentiste » par les patients. Merci de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

QUESTIONNAIRE

Date : ... / ... / ...

I- Etat Civil :

1.1 : Sexe : ☐ M ☐ F

1.2 : Âge : ……

1.3 : Catégorie socioprofessionnelle :

- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprises
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Retraités
- ☐ Autres personnes sans activité professionnelle

1.4 : Commune : …….. Code Postal : ……..

II- Suivi Dentaire :

2.1 : Les visites chez le dentiste sont-elles régulières ?

- ☐ tous les 3 mois
- ☐ irrégulières :

Pourquoi ?

- ☐ je n'y pense pas
- ☐ je n'aime pas aller chez le dentiste
- ☐ je ne vais qu'en urgence (douleurs, dent cassée, couronne descellée, couronne/prothèse cassée)
- ☐ je ne vois pas l'intérêt
- ☐ j'ai peur d'y aller
- ☐ autres (précisez) : ……

☐ tous les 6 mois

☐ tous les ans

2.2 : Motif de la future consultation : (Cochez le ou les items correspondants)

☐ douleurs

☐ dent cassée

☐ gencives qui saignent

☐ contrôle et détartrage

☐ raison esthétique

☐ dents de sagesse

☐ extraction dentaire

☐ suite de soins

☐ autres (citer) : …….

2.3 : Avez-vous déjà eu des extractions dentaires?

☐ Aucune ☐ entre 1 et 3 ☐ 4 et plus

2.4 : Votre bouche représente-t-elle une partie importante de votre corps ?

☐ Oui ☐ Non

2.5 : Combien de dentistes avez-vous consulté depuis l'âge adulte ?

☐ 1 ☐ 2 ☐ plus de 2 : ….

↳ Pourquoi ? …….

III- Critères de choix :

3.1 - Le rendez-vous :

Q1 - Combien de jours entre le moment où vous prenez le rdv et le rdv lui-même : …..

Q2 - Combien de temps d'attente en salle d'attente (0, 5, 10, ou plus de 15minutes) : ..…

Q3 - Combien de temps dure une consultation en moyenne (5min, 15, 30, 60min, ou plus) : …..

Q4 - Pour vous, quelle est la durée idéale d'une consultation : …..

Pour chaque question, mettez une croix dans la case correspondante :	**Parfaitement** satisfaisant	**Très** satisfaisant	**Moyenne-ment** satisfaisant	**Peu** satisfaisant	**Pas du tout** satisfaisant
Q5 -Lorsque vous appelez au cabinet, le délai pour obtenir un rdv vous semble :					
Q6 -Le temps d'attente entre l'heure de votre rdv et le moment où le dentiste vient vous chercher est :					
Q7 -Le temps passé au fauteuil est :					

3.2- Le cabinet dentaire :

3.2.1 : La situation du cabinet est importante : ☐ oui ☐ non

Si oui pourquoi ? (cochez le ou les items importants)

- ☐ son cabinet est proche de votre domicile
- ☐ son cabinet est proche de votre lieu de travail
- ☐ son cabinet est au centre-ville ou près de vos lieux d'achats
- ☐ son cabinet est d'accès facile : ☐ rez-de-chaussée, ascenseur
  ☐ parking
- ☐ autres critères (précisez) : ……...

*Le cabinet est à quelle **distance** de votre domicile : ……. **Km***

3.2.2 : Le cadre :

Q1 - La salle d'attente conditionne-t-elle votre choix : oui ☐ non ☐

si oui pourquoi ? (cochez les **3 critères** qui vous semblent importants)

- ☐ spacieuse
- ☐ confortable
- ☐ aménagement (couleurs, décoration, ambiance)
- ☐ lecture (revues, bandes dessinées)
- ☐ musique
- ☐ TV
- ☐ Propreté

Q2 - La salle de soins conditionne-t-elle votre choix : oui ☐ non ☐

si oui pourquoi ? (cochez les **3 critères** qui vous semblent importants)

☐ installation moderne

☐ aménagement (couleurs, décoration)

☐ propreté

☐ confort du fauteuil

☐ musique

☐ TV

Q3 - L'assistant a-t-il influencé votre choix : oui ☐ non ☐

si oui pourquoi ? (cochez les **2 critères** déterminants)

☐ il est jeune

☐ il est sympathique

☐ il est beau, avenant

☐ c'est une connaissance de mon entourage

	Parfaitement satisfaisant	**Très** satisfaisant	**Moyen ne-ment** satisfaisant	**Peu** satisfaisant	**Pas du tout** satisfaisant
Q4 -L'accueil au téléphone et à l'entrée du cabinet est					
Q5 - Pensez-vous que l'intervention de l'assistant au cours des soins est :					

3.3 – Le chirurgien-dentiste :

3.3.1 : Un choix :

Q1 - Avez-vous choisi votre dentiste : ☐ oui

☐ non ⟶ pourquoi ? ……..

Q2 - Vous l'avez choisi en fonction : **choisissez l'une** des propositions :

☐ de l'âge

☐ du sexe

☐ du caractère : numérotez **de 1 à 3** par ordre de préférence :

… : sympathique, souriant

… : professionnel

… : attentionné, compréhensif et rassurant

☐ pour sa bienveillance envers les enfants

☐ de sa réputation

☐ de son apparence soignée

☐ parce qu'il vous a été recommandé par un proche

☐ au hasard (annuaire, au passage...)

☐ autres (si oui précisez) : ……..

3.3.2 : Les soins :

Q1 - tenez-vous compte de ses méthodes de travail : oui ☐ non ☐

si oui pourquoi ? (Cochez les **3 critères** qui vous semblent les plus importants)

☐ il utilise des nouvelles méthodes

☐ il est soigneux

☐ il est rapide

☐ il travaille sans douleur

☐ il explique ce qu'il fait

☐ il encourage et il ne blâme pas

☐ il se protège et vous protège (lunettes, gants, masque, tunique)

	Parfaitement satisfaisante	**Très** satisfaisante	**Moyen ne-ment** satisfaisante	**Peu** satisfaisante	**Pas du tout** satisfaisante
Q2 - la qualité des soins reçus est :					

3.3.3 : Les honoraires :

Q1 - tenez-vous compte des honoraires pratiqués ? oui ☐ non ☐

	Parfaitement satisfaisants	**Très** satisfaisants	**Moyen ne-ment** satisfaisants	**Peu** satisfaisants	**Pas du tout** satisfaisants
Q2 – les honoraires pratiqués vous semblent :					

3.3.4 : L'information :

	Parfaitement satisfaisant	**Très** satisfaisant	**Moyen ne-ment** satisfaisant	**Peu** satisfaisant	**Pas du tout** satisfaisant
Q1 - pensez-vous que les explications de votre dentiste sur les soins qu'il va vous faire sont :					
Q2 - pensez-vous que les explications de votre dentiste sur le coût des soins qu'il va vous faire et des devis sont :					
Q3 - pensez-vous que le vocabulaire qu'il utilise pour ses explications est :					

Q4 - votre dentiste vous donne-t-il des conseils d'hygiène, de prévention et d'entretien (choix de brosse à dent, du dentifrice, du fil dentaire, de la technique de brossage...) :

☐ souvent ☐ de temps en temps ☐ rarement ☐ jamais

Q5 - souhaiteriez-vous avoir plus de conseils : ☐ oui ☐ non

Q6- souhaiteriez-vous avoir des fiches de conseils et d'information : ☐ oui ☐ non

3.3.5 : La relation chirurgien-dentiste/patient

	Parfaitement satisfaisant	**Très** satisfaisant	**Moyen ne-ment** satisfaisant	**Peu** satisfaisant	**Pas du tout** satisfaisant
Q1 - trouvez-vous que les échanges que vous avez avec lui sont :					
Q2 - trouvez-vous que la façon dont il cherche à vous rassurer est :					
Q3 – pensez-vous que la confidentialité est respectée :					
Q4 - globalement, quel niveau de satisfaction accordez-vous à votre chirurgien-dentiste ?					

IV- Conclusions :

Q1 - Classez par ordre d'importance de **1 à 4**, les critères de choix du chirurgien-dentiste :

- ☐ Le rendez-vous : le délai, l'attente, la durée
- ☐ Les soins
- ☐ Le cabinet : la situation, la salle d'attente, la salle de soins, l'assistante
- ☐ La relation entre le Chirurgien-Dentiste et le Patient

Q2 - Quel serait pour vous le dentiste idéal ? (répondez en quelques mots)

……
……
……

Q3 - Pour quel motif changeriez-vous de dentiste ? (répondez en quelques mots)

……
……
……

Q4 - Seriez-vous prêt à vous faire soigner à l'étranger ? oui ☐ non ☐

> Pourquoi? (en quelques mots) :

……
……

Fin du questionnaire

Nous vous remercions du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire.

N° 29034

ABASQ Nicolas

TITRE : Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes.

RESUME :

Nous avons défini les droits et les devoirs des patients afin de comprendre l'évolution de la relation patient-praticien.

Nous nous sommes également intéressés à la description des disparités territoriales de santé et les moyens mis en œuvre.

A partir d'une enquête menée sur le Finistère, auprès de 148 personnes, les critères de choix d'un chirurgien-dentiste sont des facteurs liés :

- au rendez-vous
- au cabinet dentaire
- au praticien

Il en ressort globalement une satisfaction des patients de leur chirurgien-dentiste.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : SANTE PUBLIQUE

MOTS CLES : santé et droits de l'homme – démographie professionnelle – cabinet dentaire – ergonomie – chirurgien-dentiste – libéral – organisation professionnelle – relation de confiance

JURY :

Président :	M. Le Professeur	Réza ARBAB CHIRANI
Assesseurs :	M. Le Docteur	Hervé FORAY
	M. Le Docteur	Bertrand PIVER
	Mme Le Docteur	Gabrielle LEON