



**HAL**  
open science

# Élaboration et pilotage d'un questionnaire de satisfaction des professionnels prenant en charge des patients en situation de handicap dans le cadre d'un réseau de soins dentaires

Aurélien Merimée

► **To cite this version:**

Aurélien Merimée. Élaboration et pilotage d'un questionnaire de satisfaction des professionnels prenant en charge des patients en situation de handicap dans le cadre d'un réseau de soins dentaires. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-03086322

**HAL Id: dumas-03086322**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03086322>**

Submitted on 22 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

**Année 2016**

**Thèse n°**

# **T H E S E**

**Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

*Présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2016*

par

**Aurélien MERIMEE**

(Né le 2 Juin 1990)

---

**ELABORATION ET PILOTAGE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES  
PROFESSIONNELS PRENANT EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE  
HANDICAP DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE SOINS DENTAIRES**

---

**J U R Y :**

**Présidente : Mme Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités**

**Assesseurs : Mme Sophie DOMEJEAN, Professeur des Universités**

**Mme Estelle PEGON-MACHAT, Maître de conférences des Universités**

**Mme Denise FAULKS, Docteur en Chirurgie Dentaire**

**Mme Céline CATTEAU, Maître de conférences des Universités**



**UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT-FERRAND I**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

**Année 2016**

**Thèse n°**

# **T H E S E**

**Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

*Présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2016*

par

**Aurélien MERIMEE**

(Né le 2 Juin 1990)

---

**ELABORATION ET PILOTAGE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES  
PROFESSIONNELS PRENANT EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE  
HANDICAP DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE SOINS DENTAIRES**

---

**J U R Y :**

**Présidente : Mme Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités**

**Assesseurs : Mme Sophie DOMEJEAN, Professeur des Universités**

**Mme Estelle PEGON-MACHAT, Maître de conférences des Universités**

**Mme Denise FAULKS, Docteur en Chirurgie Dentaire**

**Mme Céline CATTEAU, Docteur en Chirurgie Dentaire**

## **LISTE DES ENSEIGNANTS**

# **REMERCIEMENTS**

**A la présidente du jury,**

**Madame le Professeur Martine HENNEQUIN**

*Docteur en chirurgie dentaire,*

*Professeur des Universités-Praticien hospitalier,*

Pour m'avoir fait le grand honneur de présider ce jury. C'est un vrai plaisir d'avoir assisté à vos enseignements et d'avoir été encadré par vos très utiles conseils en clinique. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements.

**Aux assesseurs de jury,**

**Madame le Professeur Sophie DOMEJEAN,**

*Docteur en chirurgie dentaire,*

*Professeur des Universités-Praticien hospitalier,*

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury, et aussi pour vos enseignements qui m'ont beaucoup influencé sur ma pratique clinique et sur la vision de mon futur métier. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**Madame le Docteur Estelle PEGON-MACHAT,**

*Docteur en chirurgie dentaire,*

*Maître de conférences des Universités-Praticien hospitalier,*

Pour le grand honneur que vous m'avez fait de participer à ce jury, ainsi que pour vos enseignements et vos conseils très pratiques tout au long de ce cursus et pour la vie active à venir. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

**Madame le Docteur Denise FAULKS,**

*Docteur en chirurgie dentaire-Praticien hospitalier*

Pour avoir accepté de m'encadrer pour ce travail, et pour votre soutien sans faille, votre très grande disponibilité et votre gentillesse sans lesquels rien n'aurait été possible. Je m'en souviendrai toujours.

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

*Docteur en chirurgie dentaire*

*Maître de conférences des Universités-Praticien hospitalier*

Pour votre aide extrêmement précieuse pour ce travail, et pour avoir accepté de siéger parmi ce jury. Veuillez accepter ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur Frédéric DESTRAC,**

*Responsable de la bibliothèque d'Odontologie*

Pour votre précieuse aide quant à l'obtention de certains articles et pour votre gentillesse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements

**A Madame Caroline ESCHEVINS**

*Coordinatrice technique du Centre de Recherche en Odontologie Clinique*

Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour votre gentillesse et toute l'aide que vous m'avez apporté tout au long de ce travail.

**A toute l'équipe du service des Soins spécifiques,**

Au sein de laquelle on m'a accueilli trois années dans le cadre de mes modules optionnels, et où j'ai énormément aussi bien en termes de pratique clinique que sur le plan humain. Je n'oublierai jamais ces trois années, ni les membres de cette équipe.

**A Anaïs,**

Tu as été un modèle de travail et de persévérance. Je n'y serais jamais arrivé sans toi, sans ton aide et tes encouragements en toutes circonstances.

**A Coralie,**

Pour toutes les fois où tu as accepté de m'aider durant ces années d'études, et les bons moments partagés ensemble.

**A mes parents,**

Parce que vous avez toujours été là pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour vos encouragements, votre patience et votre soutien sans faille.

**A Paul et Virginie,**

Je n'aurais pas pu avoir de meilleurs frère et sœur que vous.

**A Jeanne-Marie,**

Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi. Un immense merci pour tous vos encouragements, et pour avoir toujours été là quand j'en avais besoin.

**A Rufino et Marie Claire,**

Pour votre très grande gentillesse et votre bienveillance envers moi depuis que nous nous sommes rencontrés. Merci pour tous ces merveilleux moments partagés ensemble, et pour ceux à venir.

**A toute ma famille, à mes amis et tous ceux que je n'ai pas cités ici,**

Mais qui ont toujours été là et qui comptent beaucoup pour moi.

## TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
	1.1. Des disparités importantes	1
	1.2. Des obstacles qui influencent l'accès aux soins et à la prévention	1
	1.3. Les réseaux de santé : une réponse face à ces obstacles	2
	1.4. L'évaluation du réseau SDBH-RA	4
	1.5. Buts de l'étude	4
<b>II.</b>	<b>Matériels et méthodes</b>	<b>4</b>
	2.1. Recherche bibliographique	4
	2.2. Version initiale du questionnaire	5
	2.3. Deuxième version du questionnaire	6
	2.4. Version définitive du questionnaire	7
	2.5. Déroulement de l'enquête de satisfaction des praticiens acteurs du réseau SBDH-RA	8
	2.6. Recueil et analyse des données	8
<b>III.</b>	<b>Résultats</b>	<b>9</b>
	3.1. Description des participants	9
	3.2. Satisfaction par thèmes	12
	a. Visibilité, Lisibilité et Objectifs du réseau	12
	b. Coordination par le réseau	15
	c. L'exercice au sein du réseau	16
	d. Aspect financier	19
	e. Formation professionnelle	20
	f. Interactions avec le réseau	21
<b>IV.</b>	<b>Discussion</b>	<b>23</b>
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>28</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>29</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes</b>	<b>34</b>

# **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

## **TABLEAUX**

<b><u>Tableau 1 :</u></b> Distribution des participants (en effectif) selon certaines données d'ordre générale	10
<b><u>Tableau 2 :</u></b> Distributions des participants (en effectif) selon certaines caractéristiques professionnelles des praticiens au sein du réseau	11
<b><u>Tableau 3 :</u></b> Satisfaction des praticiens sur la visibilité, la lisibilité et les objectifs du réseau	13
<b><u>Tableau 4 :</u></b> Opinion des praticiens sur l'exclusion de certains patients présentant du réseau	14
<b><u>Tableau 5 :</u></b> Satisfaction des praticiens sur la coordination par le réseau	16
<b><u>Tableau 6 :</u></b> Satisfaction des praticiens sur l'exercice au sein du réseau	17
<b><u>Tableau 7 :</u></b> Répartition des opinions sur la proposition de mise en place de recommandations ou protocoles au sein du réseau	18
<b><u>Tableau 8 :</u></b> Satisfaction des praticiens sur l'aspect financier au sein du réseau	19
<b><u>Tableau 9 :</u></b> Satisfaction des praticiens sur la formation professionnelle au sein du réseau	20
<b><u>Tableau 10 :</u></b> Avis des praticiens sur les interactions au sein du réseau	22

## **FIGURES**

<b><u>Figure 1 :</u></b> Avis sur l'exclusion de certains soins au sein du réseau	15
<b><u>Figure 2 :</u></b> Evaluation de l'accessibilité des soins aux patients du réseau par rapport aux autres patients	18

## **I. Introduction**

### *1. Des disparités importantes*

Plusieurs études rapportent, à l'échelle nationale et internationale, une prévalence des pathologies bucco-dentaires au sein des populations en situation de handicap supérieure à celle observée en population générale, ainsi qu'un moindre recours aux soins [1-5].

Cette disparité en termes de santé orale, d'accès aux soins et à la prévention s'explique par l'altération des fonctions physiologiques de l'individu, tels les troubles moteurs, sensoriels et/ou cognitifs, la limitation d'activité et de la participation à la vie en société, dont l'origine est multifactorielle. C'est le résultat d'une interaction complexe entre l'état de santé d'un individu et le contexte environnemental et personnel qui lui est propre. L'étude traditionnelle de l'accès aux soins dentaires selon le seul diagnostic médical, plutôt que selon les limitations fonctionnelles dues à ces différents facteurs au sein de ces populations, est donc discutée [6-11].

### *2. Des obstacles qui influencent l'accès aux soins et à la prévention*

Pour le chirurgien-dentiste, plusieurs obstacles s'opposent à la prise en charge des patients en situation de handicap. D'une part, il y a des obstacles liés à l'individu ; par exemple, un trouble cognitif, moteur ou sensoriel peut induire un manque de coopération face aux soins, de manière directe comme la manifestation comportementale d'une déficience mentale, ou indirecte, en favorisant les états d'anxiété face aux soins. L'opposition aux soins peut amener le praticien à renoncer à effectuer le soin en vigile en cabinet de ville [12-17]. Certains troubles moteurs ou cognitifs peuvent entraîner un brossage des dents déficient [18-20]. Par ailleurs, le patient peut avoir des difficultés pour exprimer la douleur ou la gêne qu'il ressent, et l'entourage peut avoir du mal à détecter ses besoins [21]. Enfin, dans certaines pathologies, il peut exister des besoins accrus en soins, par exemple dus à une prédisposition pour les parodontopathies liée à la Trisomie 21 [19, 22, 23]. La consommation fréquente de psychotropes hyposialants, des habitudes ou des contraintes alimentaires augmentent aussi le risque carieux [24, 25].

D'autre part, il existe des obstacles liés à l'environnement des patients en situation de handicap. Par exemple, un moindre recours aux soins peut être lié à une situation socio-économique défavorisée du patient, l'accessibilité physique aux structures de soins est

souvent difficile, comme c'est le cas lors des déplacements en fauteuil roulant, et les distances peuvent être importantes entre le domicile et un lieu de soin adapté [4, 5, 13, 26-32]. Le manque de formation et de temps des chirurgiens-dentistes, le défaut de moyens humains et matériels, et le manque de reconnaissance, notamment financière, pour les soins prodigués aux personnes en situation de handicap ont aussi été rapportés [12, 13, 17, 30, 33-36]. En institution, il peut exister de la part des référents et soignants, un manque de connaissances et d'encadrement sur l'hygiène bucco-dentaire des résidents [15, 18, 37, 38].

Ces barrières d'accès aux soins et à la prévention augmentent le recours aux soins d'urgence et les anesthésies générales (AG) répétées pendant lesquelles les avulsions sont souvent préférées aux soins conservateurs [39-41]. De plus, face aux délais de programmation, l'usage régulier de l'anesthésie générale (AG) pour réaliser un examen ou pour soigner les individus opposants aux soins devient compliqué [41]. La mise en place de consultations régulières utilisant des techniques cognitivo-comportementales et/ou de la sédation consciente pourraient réduire certains besoins [42, 43]. Par ailleurs, il est économiquement plus intéressant de faciliter un accès aux soins de proximité et à la prévention pour cette population à haut risque de pathologies bucco-dentaires [27, 44, 45].

### 3. Les réseaux de santé : une réponse face à ces obstacles

Favoriser l'accès aux soins de proximité pour garantir un accès équitable aux soins pour tous est un objectif fixé par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) [46]. Pour les patients en situation de handicap, garantir cet accès nécessite des mesures de compensation adaptées. En France, ce principe de compensation est porté par la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [47]. Mais en matière de santé bucco-dentaire, ces exigences législatives sont peu respectées. D'après un rapport publié en 2010 par le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et de la Solidarité, ce serait, au minimum, un demi-million de personnes en France qui, du fait de leur handicap, n'accéderaient pas au droit commun en matière de santé, sans qu'aucun principe de compensation n'ait encore été envisagé au niveau institutionnel et légal [48].

Cependant, à l'échelle régionale, la mise en place de réseaux de prévention et/ou de soins dentaires a permis de créer, localement, un principe de compensation qui permet de placer les personnes handicapées au plus près du niveau du « droit commun » [48, 49]. Ces réseaux sont construits sur une logique collaborative entre praticiens de ville et structures hospitalières, en mettant à disposition des praticiens de ville un environnement technique

adapté à la prise en charge de ces patients. Ils proposent des paliers de prise en charge comportementale en fonction des capacités de coopération du patient pour les soins [50]. La perspective est de favoriser le recours aux cabinets de ville et de limiter autant que possible les soins en structure hospitalière [48, 49].

En plus de favoriser l'accès aux soins de proximité, l'objectif des réseaux est de favoriser la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge, tant sur le plan du diagnostic et des soins que sur le plan de l'éducation à la santé et de la prévention. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Des conventions et des chartes régissent les relations entre les différents acteurs et fixent des objectifs communs [51]. Chaque réseau doit s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, à travers la mise en place de référentiels, de protocoles de prise en charge et de formations destinés aux professionnels et intervenants du réseau, par exemple les bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne [52].

Parmi les différents réseaux qui existent, le réseau « Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes » (SBDH-RA) est un bon exemple de cette offre graduée de soins. Son association de gestion a été créée le 24 juillet 2003. Cette association est la structure juridique du réseau, gérant sa coordination et ses moyens, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes [53]. Les praticiens qui veulent y adhérer doivent s'engager à respecter les principes posés par la charte, la convention et le document d'information du réseau [53]. Ce réseau est divisé en cinq territoires géographiques : Centre, Nord, Sud, Est et Ouest. L'offre graduée de soin comprend la mise en place de différents plateaux techniques [53]. Les structures de soins peuvent être des cabinets dentaires de ville, des maisons de santé pluridisciplinaires, l'unité mobile, le domicile même du patient avec la mallette portative, et les services hospitaliers. La prise en charge peut-être cognitivo-comportementale, sous sédation consciente en sein des structures du réseau regroupées sous le terme de « Centres de Santé Orale de niveau 1 », ou sous anesthésie générale au sein des structures du réseau regroupées sous le terme de « Centres de Santé Orale de niveau 2 ». La convention précise que les patients éligibles pour une prise en charge au sein du réseau sont des personnes, handicapées et/ou âgées, qui présentent des troubles du comportement ; l'offre de soins ne concerne pas les patients présentant un handicap moteur seul, les patients anxieux ou phobiques face aux soins, ainsi que les patients relevant de la psychiatrie institutionnelle. Les soins réalisés sont prophylactiques, conservateurs, parodontaux et chirurgicaux ; l'offre de soins exclut les soins prothétiques, sauf exception, orthodontiques et implantaires [53].

#### 4. L'évaluation du réseau SBDH-RA

Tout réseau de santé a un devoir d'évaluation régulière [51, 52, 54]. Le réseau SBDH-RA est actuellement en cours d'évaluation interne de son fonctionnement et de sa gestion. Lors de ce processus, il a été noté qu'aucune mesure de satisfaction des praticiens n'existait au sein du réseau. L'évaluation de la satisfaction des professionnels est un élément clé. D'une part, elle reflète la capacité des professionnels de santé à fonctionner selon un mode d'organisation horizontal, reposant sur l'échange et la coordination des différents acteurs de la prise en charge des patients, par rapport à une organisation verticale classique axée sur la pathologie [55]. Le travail présenté ici s'insère dans le cadre de cette évaluation interne du réseau SBDH-RA.

#### 5. Objectifs du travail

Les objectifs du présent travail étaient :

- de mettre au point un outil de mesure de la satisfaction des professionnels prenant en charge des personnes en situation de handicap dans le cadre d'un réseau de soins dentaires
- d'utiliser ce questionnaire pour recueillir la satisfaction des chirurgiens-dentistes, acteurs du réseau SDBH-RA, dans le cadre de l'évaluation interne actuellement en cours.

## II. Matériels et méthodes

### 1. Recherche bibliographique

Des questionnaires préexistants dans la littérature portant sur l'évaluation de la satisfaction de professionnels de santé au sein de réseaux de santé divers ont été recherchés. Aucun outil n'a été identifié dans le contexte de la santé bucco-dentaire, mais un contact téléphonique a permis de récupérer un outil utilisé par le réseau Handident Provence-Alpes-Côte d'Azur. La recherche bibliographique a donc porté sur les facteurs pouvant influencer la différence entre les attentes des professionnels et la situation existante, ainsi que sur les aspects méthodologiques de l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation de satisfaction. Les

documents fondamentaux du réseau SBDH-RA que sont la charte, la convention constitutive et le document d'information, ainsi que les recommandations pour l'auto-évaluation des réseaux de santé publiées en 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS) ont été étudiés [54].

## 2. Version initiale du questionnaire

Les grands domaines du questionnaire ont été établis en référence aux étapes vécues par le praticien, entre le moment où il prend connaissance du réseau et celui où il travaille régulièrement pour le réseau. Chaque grand domaine a ensuite été étudié plus précisément dans ces différents aspects et des items spécifiques ont été listés [56, 57]. La recherche d'items s'est également appuyée sur différents questionnaires déjà élaborés pour évaluer la satisfaction des praticiens au sein d'autres réseaux de santé [58-63]. Le questionnaire initial comportait huit rubriques : 1) des questions d'ordre général/démographique, puis 2) des questions relatives à la démarche d'adhésion au réseau, 3) aux activités au sein du réseau, 4) aux objectifs du réseau, 5) à la coordination au sein du réseau, 6) aux questions économiques, 7) à la formation professionnelle au sein du réseau, et 8) aux apports personnels et professionnels de cette adhésion au réseau.

D'un point de vue structurel, le principe a été de suivre une organisation dite « en entonnoir » : les questions d'ordre général et simples à répondre ont été placées au début du questionnaire, suivies de questions ciblées, demandant plus de réflexion, de réponse plus délicate, ou relatives à des opinions [56, 64, 65]. Par ailleurs, le choix de la position de la rubrique « satisfaction globale » était important : placée au début, la réponse à cette question est spontanée, alors que placée à la fin, elle est influencée par les questions précédentes [64]. Chaque question a été rédigée de façon à être courte, à ne comporter qu'une seule idée, à être la plus précise possible pour éviter les double-sens, à éviter les termes techniques et à éviter les négations et doubles négations [65]. La forme des items était interrogative à ce stade de la rédaction. Il a été évité de multiplier les questions, pour ne pas augmenter le poids de l'enquête et ne pas finir par lasser le répondant [65]. De plus, les questions à réponses fermées ont été privilégiées pour éviter que les praticiens plus motivés voient leurs réponses surreprésentées par rapport aux praticiens qui ont plus de difficultés d'expression [56]. L'échelle de réponse choisie a été, dans la majorité des cas, l'échelle de Likert [65] : l'enquêté exprime son sentiment à partir d'une échelle de réponse. Le nombre de réponses était pair : « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord », « Pas du tout d'accord »,

pour ne pas inciter les répondants à choisir celle du milieu. Il n’y avait pas de proposition d’une réponse « Ne sais pas ».

### 3. Deuxième version du questionnaire

La première version du questionnaire a été soumise à un comité de rédaction. Il comprenait un Praticien Hospitalier spécialisé en médecine bucco-dentaire du Service d’Odontologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Clermont-Ferrand, le chirurgien-dentiste responsable de l’évaluation interne du réseau SBDH-RA, un Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier en Santé Publique de la Faculté d’Odontologie de l’Université Lille 2, ainsi que deux étudiants en dernière année des études d’Odontologie, dont l’un est auteur de cette thèse.

Du point de vue du contenu, les items ont été détaillés et précisés, et certaines rubriques ont été ajoutées en conséquence. Ainsi, une rubrique sur la visibilité et la lisibilité du réseau a été insérée entre celles portant sur des questions d’ordre général et sur la démarche d’adhésion au réseau. De plus, les items évalués initialement dans la rubrique « coordination du réseau » ont été développés et répartis dans deux nouvelles rubriques : « fonctionnement du réseau » et « interaction avec le réseau ». Une dernière rubrique consacrée à l’évaluation de la satisfaction globale a également été intégrée à la fin du questionnaire. Les questions ont été revues individuellement pour leur pertinence, leur lisibilité et leur apport potentiel à l’objectif de l’amélioration du fonctionnement du réseau.

Du point de vue de la forme, la réponse « Je ne sais pas » a finalement été ajoutée aux propositions de réponse. Des questions à réponses ouvertes ont été introduites dans chaque rubrique pour donner plus de possibilités aux répondants de s’exprimer librement sans proposition prédéfinie comme dans le cas des questions à réponses fermées [56, 65]. Les items ont, cette fois-ci, été rédigés sous forme affirmative, avec les mêmes précautions que pour la première version : propositions courtes, ne contenant qu’une seule idée, etc. Des affirmations « positives » ont été employées parmi des affirmations « négatives » pour donner l’occasion au répondant d’exprimer un avis à l’encontre d’un « problème » étudié. En effet, surtout parmi les professionnels de santé, le fait de répondre positivement sur un « problème » peut entraîner un sentiment de scrupule [56]. De plus, lorsqu’un tel questionnaire est administré par voie postale, l’ordre dans lequel les participants répondent aux questions ne peut pas être contrôlé. Or la réponse à une question peut être influencée par la réponse précédente ou une question suivante. Il ne fallait donc pas que l’ordre des questions revête

une quelconque importance dans l'enquête [57]. Les questions « filtres », auxquelles il n'est possible de répondre que s'il a été répondu d'une certaine manière à la question précédente, ont été évitées car elles risquent d'être négligées ou mal comprises [57]. Cette nouvelle version a été soignée dans sa mise en page : au niveau du format, de la typographie, des couleurs, pour rendre le remplissage plus agréable et donc optimiser le taux de réponse [65].

#### 4. Version définitive du questionnaire

Afin de vérifier que la formulation des questions était compréhensible, de clarifier les concepts et de diminuer les ambiguïtés, le questionnaire a été évalué par un « groupe cible » de quelques experts. Pour cette version pilotée, des espaces ont été aménagés dans le questionnaire pour demander aux personnes interrogées les difficultés rencontrées, les clarifications nécessaires, les questions embarrassantes, etc. [57]. Un premier entretien d'une heure en face-à-face a eu lieu avec le représentant des acteurs du réseau SBDH-RA pour identifier ses attentes en termes d'évaluation de la satisfaction des professionnels adhérant à ce réseau. Par la suite, il a complété le questionnaire de manière détaillée et ses commentaires ont été notés. Le président adjoint du réseau Handident a été également sollicité par téléphone pour donner un avis détaillé. Après retour au comité de rédaction, certaines modifications ont été apportées, notamment la reformulation de plusieurs items afin de leur donner un sens plus « positif » et éviter ainsi qu'à leur lecture, les répondants aient le sentiment de devoir reprocher quelque chose au réseau. Ensuite, des entretiens, d'une durée de 45 minutes environ, ont été menés auprès de deux chirurgiens-dentistes du réseau Handident-Nord Pas de Calais, l'un en face-à-face et l'autre par téléphone. Les deux praticiens n'ont pas rencontré de difficultés majeures à la lecture du questionnaire ; les questions leur ont paru globalement compréhensibles, bien que quelques modifications de certains termes aient été proposées.

Au final, ces entretiens ont conduit à plusieurs modifications sur le fond et la forme du questionnaire par rapport à la deuxième version. La version prête à l'utilisation comprenait ainsi huit rubriques :

- 1) la rubrique « Satisfaction générale » au début du questionnaire : respect de la forme « en entonnoir » du questionnaire et pas d'influence des questions suivantes sur cette réponse
- 2) la rubrique « Visibilité, lisibilité et objectifs du réseau »,
- 3) la rubrique « Coordination par le réseau » relative notamment au parcours et au suivi des patients au sein du réseau,

- 4) la rubrique « Exercice au sein du réseau » qui traite de l'expérience des chirurgiens-dentistes au sein du réseau,
- 5) la rubrique « Aspects financiers » relative aux tarifs des soins proposés par le réseau et à la rémunération des praticiens,
- 6) la rubrique « Formation professionnelle » qui traite des formations proposées au sein du réseau,
- 7) la rubrique « Interactions avec le réseau » relative aux relations qui existent entre les acteurs du réseau,
- 8) la rubrique « Questions d'ordre général sur vous et votre exercice » permettant le recueil de données complémentaires telles que l'âge, le genre, le lieu d'exercice au sein du réseau, le type d'activité au sein du réseau, l'exercice principal en dehors du réseau, etc. Cette rubrique a été placée à la fin du questionnaire pour ne pas troubler le répondant dès le début du questionnaire ou mettre en cause sa nature non-nominative [64].

Les questions à réponses ouvertes étaient plus nombreuses que dans la version précédente. Une courte introduction précisant le but de l'enquête et l'importance d'y participer a été ajoutée pour favoriser le taux de réponse [64].

##### 5. Déroulement de l'enquête de satisfaction des praticiens acteurs du réseau SBDH-RA

L'enquête correspondait à une étude transversale descriptive. La liste des 35 chirurgiens-dentistes, acteurs du réseau SDBH-RA, a été fournie par son coordinateur. Un message électronique a été envoyé auprès des praticiens pour les informer du projet. L'effet d'annonce a pour but de diminuer les risques de non-réponse [65]. Un courrier a ensuite été envoyé comprenant le questionnaire non-nominatif, une lettre d'introduction motivante du coordinateur régional du réseau, précisant le but de l'enquête, l'importance d'y participer, la date limite de renvoi et garantissant l'anonymat de ce questionnaire, et une enveloppe retour pré-timbrée. Un retour dans les 15 jours a été demandé. Cette méthode a été choisie pour faciliter les démarches pour les personnes interrogées et ainsi limiter le nombre de non-réponses. Un rappel par email a été envoyé sept jours après l'envoi des questionnaires [65].

##### 6. Recueil et analyse des données

Les réponses ouvertes ont été pré-codées, puis saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel version 2007. Une analyse descriptive des données a été réalisée, les résultats sont présentés en termes d'effectif pour les variables catégorielles et au moyen des

paramètres usuels (moyenne  $\pm$  écart-type, minimum, maximum) pour les variables quantitatives. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées pour identifier des thèmes de réponses. Chaque réponse pouvait comporter plusieurs thèmes. Les thèmes ont été regroupés et le nombre de citations par les participants a été dénombré.

### **III. Résultats**

#### **1. Description des participants**

Sur 35 questionnaires envoyés, 26 praticiens ont répondu (taux de participation : 74%). Parmi ces 26 praticiens, 12 étaient des hommes et 14 des femmes. Les participants avaient en moyenne 48 ans (écart-type : 13,5 ans).

La majorité des participants (n=20) étaient globalement « satisfaits » ou « entièrement satisfaits » du réseau.

Le tableau 1 décrit la distribution des praticiens en fonction du territoire d'exercice au sein du réseau SBDH-RA, de leur année d'adhésion au réseau, et de leur mode d'exercice hors réseau.

Il s'avère que la majorité (n=21) exerçait, au sein du réseau, sur trois des cinq territoires, que la moitié des répondants avait adhéré au réseau ces deux dernières années et que la grande majorité des répondants avait un exercice libéral en dehors du réseau.

Le tableau 2 présente les caractéristiques des pratiques professionnelles au sein du réseau.

Par rapport à l'activité des participants au sein du réseau, près de la moitié des répondants (n=12) exerçait entre deux et quatre vacations par mois. L'activité la plus fréquente au sein du réseau était une activité hospitalière (n=18). L'activité en cabinet libéral était faible (n=3). La majorité des participants (n=18) recevait une indemnisation par vacation au sein du réseau.

Le plus fréquemment, c'était par l'intermédiaire d'un confrère (n=9) ou du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (n=10) que les participants avaient connu le réseau. Les moyens mis en place par le réseau pour se faire connaître ont été moins fréquemment déclarés : trois praticiens pour les plaquettes, un praticien pour le site Web, et aucun praticien n'avait connu le réseau par le biais d'une formation.

La formation la plus fréquemment reçue (n=18) parmi les participants était une habilitation à la sédation consciente. En revanche, seulement quatre praticiens avaient reçu une formation pour la prise en charge des populations en situation de handicap au cours de leur formation initiale.

**Tableau 1 :** Distribution des participants (en effectif) selon certaines données d'ordre générale

<b>Données générales</b>		<b>Nombre de répondants</b>
<b>Territoire réseau</b>	Nord	1
	Sud	6
	Est	9
	Ouest	2
	Centre	6
<b>Année adhésion</b>	2003	2
	2005	1
	2006	2
	2010	1
	2011	1
	2012	1
	2013	1
	2014	4
	2015	6
	2016	3
<b>Exercice principal</b>	Libéral	19
	Hôpital	3
	Salarié en centre de santé	1
	Autre	3
<b>Formation</b>	Pas de formation spécifique	4
	Formation pendant les études initiales	4
	Habilitation à la sédation consciente	18
	Autre formation diplômante	1
	Autre formation non-diplômante	6

Parmi les participants, la majorité (n=16) déclarait ne pas avoir de qualification en Médecine Bucco-Dentaire.

Enfin, la majorité des répondants (n=22) n'avait pas de proches en situation de handicap dans leur entourage.

**Tableau 2 :** Distributions des participants (en effectif) selon certaines caractéristiques professionnelles des praticiens au sein du réseau

	<b>Activité au sein du réseau</b>	<b>Nombre de praticiens</b>
<b>Nombre vacations/mois</b>	0	1
	0,5	1
	1	3
	1,5	1
	2	6
	3	1
	4	5
	5	1
	6	1
	8	2
	11	1
	45	1
<b>Structure</b>	Hôpital	18
	Cabinet de ville	3
	Clinique	1
	EMS	4
	Unité mobile	6
	Autres	1
<b>Type de prise en charge</b>	Vigile	22
	MEOPA	18
	Prémédication orale	22
	AG	7
	Domicile	1
	Dépistages	14
	Autres	0
<b>Rémunération</b>	Indemnisation/vacation	18
	Indemnisation supplémentaire sur vacation hospitalière	4
	CCAM+ indemnisation par vacation	1
	Autres	4

## 2. Satisfaction par thème

### a. Visibilité, Lisibilité et Objectifs du réseau

Parmi les participants, le réseau a une très bonne visibilité et lisibilité, et ses objectifs paraissent très clairs (Tableau 3). En effet, la grande majorité des participants (n=25) a déclaré comprendre quels services sont proposés par le réseau, et comprendre comment le réseau est organisé (n=19). De plus, 22 praticiens ont estimé le réseau capable de coordonner la prise en charge dentaire des patients avec des antécédents médicaux complexes, et 19 praticiens l'ont jugé capable de coordonner celle des patients en situation sociale complexe. Les avis sont plus partagés sur la capacité du réseau à coordonner des situations d'urgence dentaire : 12 praticiens l'ont estimé capable contre 13.

En revanche, cette visibilité leur semble moins bonne pour des praticiens en dehors du réseau, puisque 16 praticiens ont déclaré que les confrères de leur département ne connaissent que peu ou pas le réseau, et 14 praticiens ont déclaré l'exercice au sein du réseau comme étant pas ou peu attractif. De plus, 15 praticiens ont jugé la démarche administrative d'adhésion pas ou peu contraignante.

Par ailleurs, à la question à réponses ouvertes : « l'idée que vous vous étiez faite du réseau avant d'adhérer correspond-elle à la réalité ? », 21 praticiens ont répondu « oui ». Parmi les 16 praticiens qui ont bien voulu apporter des précisions sur la réponse à cette question, cinq praticiens ayant répondu « oui » relataient la prise en charge adaptée de personnes en situation de handicap, trois praticiens ayant répondu « oui » décrivaient un lien préexistant avec le réseau. Deux praticiens, ayant répondu « oui » pour l'un et « non » pour l'autre, décrivaient un manque de communication entre les praticiens du réseau. Deux praticiens, l'un ayant répondu « oui » et l'autre « non », décrivaient un manque de praticiens et de moyens du réseau. Un praticien ayant répondu « oui » décrivait la difficulté de la prise en charge des patients du réseau. Un praticien ayant répondu « non » regrettait une grande variabilité des pratiques. Enfin, un praticien ayant répondu « non » décrivait des carences en formation sur la thématique au sein du réseau.

A la question à réponses ouvertes « Pourquoi avez-vous décidé d'adhérer au réseau ? », la majorité des praticiens (n=15) a relaté un devoir ou l'envie d'aider, quatre voulaient améliorer leurs compétences auprès de cette population, trois praticiens voulaient changer de la routine du cabinet de ville, deux praticiens voulaient bénéficier des plateaux

techniques. Un praticien a parlé de la souplesse d'organisation du réseau, et un praticien a parlé d'un choix de spécialisation.

A la question à réponses ouvertes : « Quels moyens supplémentaires faudrait-il pour mieux atteindre les objectifs du réseau ? », la plupart (n=11) des réponses était relative à une augmentation des effectifs de confrères (n=7) et de moyens techniques (n=7) avec comme exemples cités : plus de plateaux d'AG, de structures de soins, et du matériel à renouveler. Trois commentaires étaient relatifs à la formation sur les pathologies et traitements rencontrés au sein du réseau, la mise en place de protocoles et de procédures de bonnes pratiques. Un commentaire seulement portait sur une meilleure coordination médicale et un commentaire sur une meilleure rémunération.

**Tableau 3 :** Satisfaction des praticiens sur la visibilité, la lisibilité et les objectifs du réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées).

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je comprends quels services sont proposés par le réseau	17	8	1	0	0
Je comprends comment le réseau est organisé	8	11	4	1	2
Les chirurgiens-dentistes de mon département connaissent le réseau	0	8	12	4	2
L'exercice au sein du réseau est attractif pour les confrères	1	8	10	4	3
La démarche administrative d'adhésion au réseau est contraignante	0	7	5	11	3
Je connais les objectifs du réseau	12	10	1	2	1
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge dentaire des patients avec des antécédents <u>médicaux</u> complexes	6	16	4	0	0
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge dentaire des patients en situation <u>sociale</u> complexe	3	16	6	0	1
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge des situations d' <u>urgence</u> dentaire	2	10	10	3	1

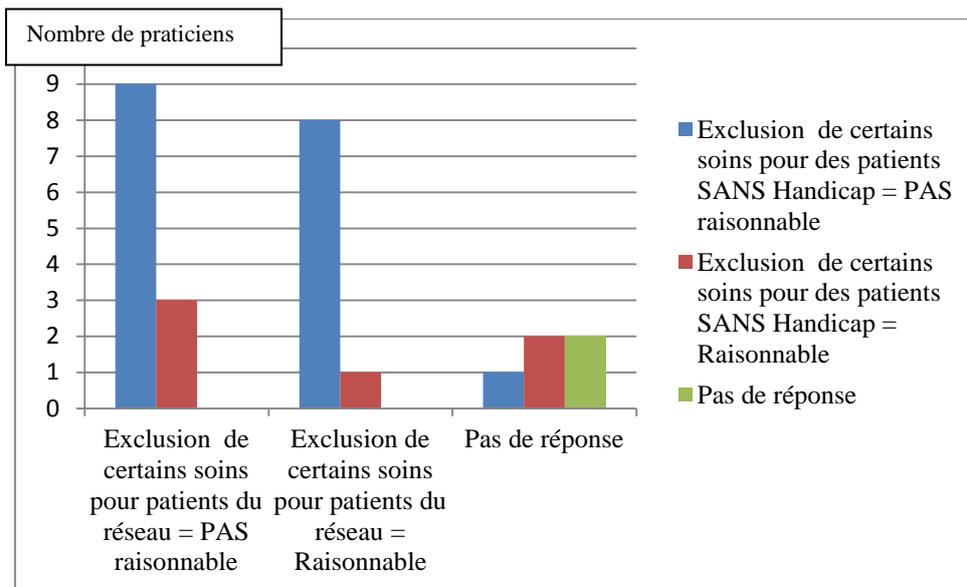
A propos des critères d'exclusion de certains groupes de patients par les statuts du réseau, les avis ont été partagés bien qu'une majorité des participants a déclaré ces exclusions raisonnables (Tableau 4). D'ailleurs, concernant les réponses à la question à réponses ouvertes : « Avez-vous des commentaires à propos des critères d'inclusion du réseau ? », les avis ont été aussi partagés ; en effet, parmi les huit répondants, trois ont déclaré qu'il fallait garder de la souplesse dans les critères d'exclusion, un a déclaré qu'il n'avait vu que très peu de patients non pris en charge.

**Tableau 4 :** *Opinion des praticiens sur l'exclusion de certains patients du réseau*

<b>Critères d'exclusion</b>	<b>Raisnable</b>	<b>Pas raisonnable</b>	<b>Sans réponse</b>
Exclusion handicap moteur	15	10	1
Exclusion anxieux/phobique	16	8	2
Exclusion psychiatrie institutionnelle	15	10	1

La figure 1 porte sur l'avis des praticiens du réseau à propos de l'exclusion de certains soins tels les prothèses, les implants, et l'orthodontie au sein du réseau. Une petite majorité des participants (n=12) a déclaré que cette situation n'était pas raisonnable. Parmi ces praticiens, neuf n'ont pas jugé non plus cette exclusion raisonnable pour des patients sans situation de handicap. Par ailleurs, la majorité des participants (n=18) n'a pas jugé ses exclusions raisonnables pour des patients SANS situation de handicap.

A la question à réponses ouvertes : « Avez-vous des commentaires à propos de l'offre de soins du réseau ? », parmi les 13 répondants, sept ont déclaré que les critères d'exclusion des soins devraient être modérés en fonction du degré de coopération du patient, trois ont estimé que ces exclusions sont acceptables en raison de la difficulté de réaliser ces soins dans les populations cibles réseau. Un participant a décrit le délai d'attente trop long pour des soins sous AG ainsi que les distances de déplacement trop importantes pour atteindre les lieux de soins. Un autre a jugé la coordination des soins insuffisante entre les praticiens du réseau pour permettre la réalisation des types de soins actuellement exclus dans les statuts du réseau. Enfin, un praticien a déclaré réaliser des prothèses dans le cadre de son exercice en dehors du réseau si besoin.



**Figure 1 :** Avis sur l'exclusion de certains soins au sein du réseau.

b. Coordination par le réseau :

Les résultats relatifs à la coordination par le réseau sont regroupés dans le Tableau 16.

A propos de la prise en charge du patient, la grande majorité des participants (n=23) s'est déclarée satisfaite de la transmission par le réseau du dossier complet du patient en amont de la consultation; cependant, la majorité (n=19) a estimé que le patient n'a pas le libre choix du praticien, et 18 praticiens ont estimé ne pas avoir le choix du « profil » des patients qu'ils prennent en charge en fonction de leur compétence. Les avis ont été partagés sur le fait que quand, au sein du réseau, un praticien souhaite référer un patient à un autre praticien, il reçoit un retour du réseau : en effet, sept se sont déclarés satisfaits contre 10, et neuf ne se sont pas prononcés. Les avis divergent aussi à propos du fait que le fonctionnement soit le même quel que soit le territoire concerné. La grande majorité (n=23) s'est déclarée satisfaite des possibilités de joindre le réseau en cas de besoin, par exemple par e-mail ou par téléphone. Enfin, la grande majorité (n=20) a estimé avoir le libre choix du type de prise en charge comme le recours à l'AG, au Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA), etc. en fonction des besoins spécifiques du patient.

A propos des éléments administratifs au sein du réseau, les avis sont très partagés (approximativement 50%/50%) sur la conception des documents à remplir, ainsi que sur la contrainte posée par les démarches administratives.

**Tableau 5:** Satisfaction des praticiens sur la coordination par le réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai le libre choix du « profil » des patients qui me sont adressés par le réseau (ex : degré de coopération, pathologies, modalité de prise en charge)	2	4	7	11	2
Le réseau me transmet le dossier complet du patient que je dois recevoir	10	13	0	1	2
Les documents que je remplis pour le réseau sont bien conçus (recueil de données, dossier médical et dentaire)	5	7	9	2	2
J'ai le libre choix des différentes modalités de prise en charge en fonction des besoins de chaque patient (fauteuil, MEOPA, AG, domicile....)	10	10	1	2	1
Les démarches administratives au sein du réseau sont contraignantes (pour se faire rémunérer, pour référer les patients, pour remplir les dossiers médicaux...)	5	7	9	1	4
Les patients du réseau bénéficient d'un libre choix du praticien	1	1	12	9	3
Quand je réfère un patient, je reçois un retour du réseau sur son suivi	0	7	3	7	9
Je peux joindre le réseau quand j'en ai besoin (téléphone, email...)	16	7	1	0	2
Quel que soit le territoire ou le lieu de soin, le fonctionnement du réseau est le même	1	8	4	4	9

c. L'exercice au sein du réseau

Les résultats relatifs à l'exercice au sein du réseau sont regroupés dans les tableaux 6 et 7.

A propos des moyens techniques à disposition, la majorité les a jugé suffisants (n=22) et a rapporté, d'ailleurs, avoir une assistante pour travailler au sein du réseau (n=20).

Sur l'accessibilité aux lieux de soins du réseau, la grande majorité (n=24) l'a estimé bien adaptée pour personnes à mobilité réduite; cependant 21 praticiens ont rapporté que les patients du réseau doivent parcourir plus de kilomètres pour se faire soigner que les autres patients. Les avis divergent à propos des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous au sein du réseau. En effet, 11 praticiens les ont déclarés plus longs que dans leur cabinet en dehors du réseau contre 10 praticiens pensant le contraire. Pour des patients SANS handicap, 11 praticiens ont jugé l'accessibilité du réseau acceptable en termes de distance, d'horaire et de choix du praticien, contre 15 d'un avis contraire. Il est à noter que parmi les quatre praticiens qui n'ont pas jugé acceptable l'accessibilité du réseau pour ses patients, trois n'ont pas jugé non plus cette situation acceptable pour des patients SANS situation de handicap (Figure 2).

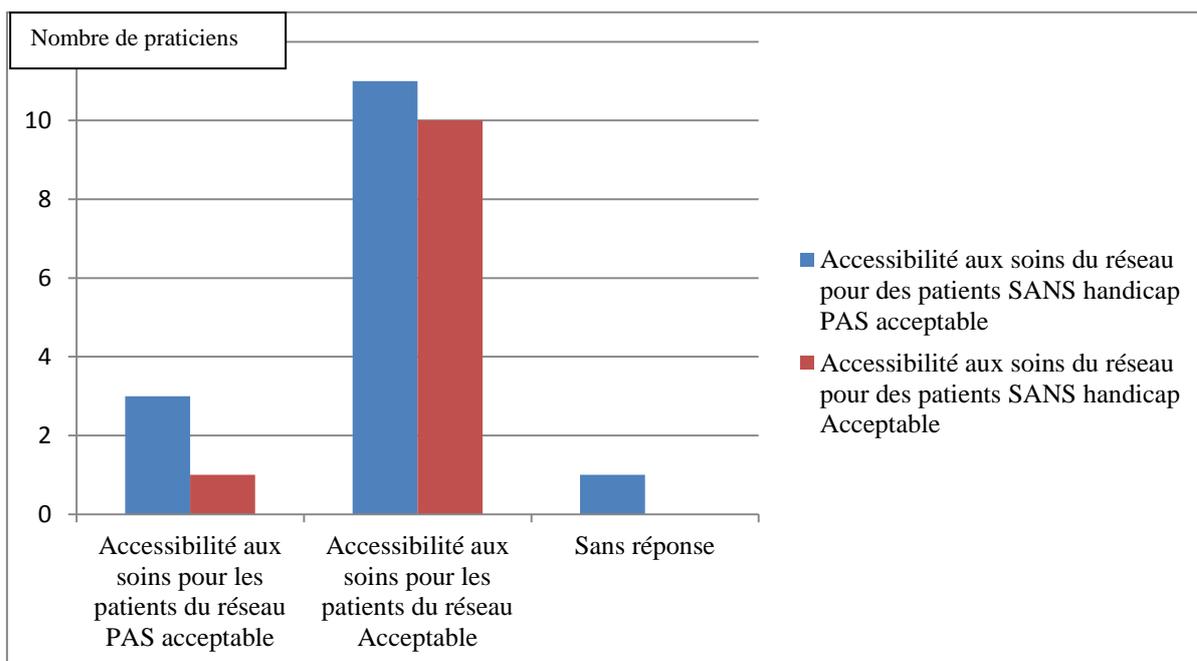
**Tableau 6:** Satisfaction des praticiens sur l'exercice au sein du réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Les moyens techniques mis à ma disposition par le réseau sont suffisants	9	13	4	0	0
J'ai un(e) assistant(e) dentaire lorsque je travaille pour le réseau	19	1	1	4	1
Le cabinet dentaire où je travaille pour le réseau est accessible pour les personnes à mobilité réduite	21	3	0	1	1
Le délai d'attente pour avoir un rendez-vous auprès du réseau est plus long que pour un rendez-vous dans ma pratique habituelle	6	5	6	4	4
Les patients du réseau doivent parcourir plus de kilomètres pour se faire soigner que les autres patients	9	12	0	1	3
Lors du premier rendez-vous, je rédige un projet de soins écrit	5	12	3	4	1
Je recueille un consentement écrit au projet de soins, de la part du patient et/ou de son responsable légal	9	12	1	1	3

Par rapport à la prise en charge d'un patient, la majorité (n=17) a déclaré rédiger un projet de soins écrit lors du premier rendez-vous, et la grande majorité (n=21) a déclaré

recueillir un consentement écrit au projet de soins, de la part du patient et/ou de son responsable légal.

A la question à réponses ouvertes : « Avez-vous des commentaires à propos de l'accessibilité au sein du réseau en terme de distance, d'horaire et de choix du praticien ? », quatre commentaires sur neuf décrivaient cette situation comme 'un bon compromis' et un dénonçait une situation « perfectible ».



**Figure 2 :** Evaluation de l'accessibilité des soins aux patients du réseau par rapport aux autres patients.

Le Tableau 7 montre la répartition des opinions sur la proposition de mise en place de recommandations ou protocoles au sein du réseau.

**Tableau 7 :** Répartition des opinions sur la proposition de mise en place de recommandations ou protocoles au sein du réseau

Thèmes de recommandations	Oui	Non	Sans réponse
Orientation	22	4	0
Bonnes pratiques	18	8	0
Recueil consentement	13	12	1
Contrainte physique	17	7	2
Projets de soins	20	4	2

Il s'avère que la majorité des praticiens a souhaité la mise en place à propos de l'orientation des patients en situation de handicap (n=22), sur les bonnes pratiques cliniques

pour les patients en situation de handicap (n=18), sur la contrainte physique pour les patients en situation de handicap (n=17) ainsi que sur l'élaboration des projets de soins pour les patients en situation de handicap (n=20). En revanche, des recommandations sur le recueil du consentement éclairé auprès des patients en situation de handicap semblent moins intéresser les répondants, puisque 13 praticiens les ont souhaitées contre 12.

A la question à réponses ouvertes : « Quels autres documents pourraient proposer le réseau ? », les neuf réponses ont été hétérogènes. Les trois domaines cités ont été des évaluations cliniques de protocoles (n=2), des documents sur les pathologies et les traitements des patients rencontrés dans le réseau (n=2) et des documents sur l'hygiène et la prévention auprès des patients (n=2).

Treize praticiens ont répondu à la question à réponses ouvertes : « Quels problèmes logistiques et organisationnels rencontrez-vous dans votre exercice au sein du réseau ? ». Le point le plus fréquemment cité a été la gestion des dossiers patients : en effet, sept commentaires ont relaté des dossiers incomplets ou différents en fonction des territoires.

d. *Aspect financier :*

**Tableau 8 :** Satisfaction des praticiens sur l'aspect financier au sein du réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je fournis un devis écrit aux patients et/ou leurs responsables légaux, décrivant les coûts restant à leur charge	8	7	1	8	2
Le tarif fixé par le réseau pour le MEOPA est raisonnable	6	8	4	1	7
Les indemnités que je reçois du réseau sont suffisantes	2	13	6	3	1
Le fait de toucher des indemnités de la part du réseau a une incidence fiscale pour moi	5	7	5	2	6

Les résultats relatifs aux aspects financiers du réseau sont regroupés dans le tableau 20.

La majorité des répondants a déclaré fournir un devis écrit aux patients et/ou leurs responsables légaux décrivant les coûts restant à leur charge (n=15), a estimé le tarif fixé par

le réseau pour le MEOPA raisonnable (n=14), les indemnisations reçues du réseau suffisantes (n=15) et le fait de toucher des indemnités de la part du réseau comme ayant une incidence fiscale pour eux (n=12).

Presque tous les répondants ont estimé le montant à charge des patients du réseau acceptable (n=23), et l'ont jugé également acceptable également pour des patients SANS situation de handicap (n=25).

e. Formation professionnelle

Les résultats relatifs à la formation professionnelle sont regroupés dans le tableau 9.

**Tableau 9 :** Satisfaction des praticiens sur la formation professionnelle au sein du réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je suis informé des formations proposées au sein du réseau	6	8	4	6	2
Ma formation initiale m'a bien préparé pour prendre en charge les patients du réseau	3	7	3	6	1
J'ai déjà suivi une formation organisée par le biais du réseau	15	5	1	5	0
Les formations proposées au sein du réseau m'intéressent	5	12	0	2	7

A propos de leur formation initiale, seuls 10 praticiens ont considéré qu'elle les avait bien préparés pour prendre en charge les patients en situation de handicap.

Concernant les formations proposées au sein du réseau, seuls 14 praticiens ont déclaré en être bien informés. Pourtant, 17 ont déclaré ces formations intéressantes, et au moins 20 praticiens ont participé à une session. A la question à réponses ouvertes : « Quels domaines de formation vous intéresseraient pour votre exercice au sein du réseau ? », le thème des prises en charge autres que le MEOPA et l'AG a été évoqué par sept praticiens sur les 15 répondants, avec comme exemples cités : la prise en charge psychologique et l'hypnose, en particulier dans la prise en charge de l'autisme, et le recours au midazolam. La prémédication a été évoquée par deux praticiens. Les autres centres d'intérêt cités ponctuellement ont été la

formation sur des pathologies comme l'autisme ou la trisomie 21, l'ergonomie au travail, les bonnes pratiques cliniques et la gestion des « retours de bloc ».

La majorité des praticiens (n=15) a déclaré ne pas avoir appréhendé la prise charge des personnes en situation de handicap avant d'adhérer au réseau. Parmi ceux qui avaient de l'appréhension, trois praticiens ont décrit l'importance du soutien de l'équipe. La formation au centre hospitalier Le Vinatier et l'environnement hospitalier « rassurant » ont également été décrits de façon isolée.

#### f. Interactions avec le réseau

Globalement, les interactions avec le réseau semblent bonnes comme le montrent les données rassemblées dans le Tableau 24.

La majorité des participants (n=22) a déclaré avoir un sentiment d'appartenance vis-à-vis du réseau, 17 praticiens ont estimé pouvoir trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation clinique complexe, et 14 savoir trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation sociale complexe. En cas de réclamation de la part d'un patient ou de son responsable légal, 13 praticiens ont estimé savoir trouver du soutien au sein du réseau. S'ils ont besoin de faire une réclamation auprès du réseau, 22 praticiens ont déclaré savoir à qui s'adresser. Cependant, la majorité des praticiens (n=19) a estimé ne rencontrer que rarement d'autres praticiens adhérents au réseau. La majorité des participants (n=16) a estimé recevoir régulièrement des informations et des actualités du réseau. A la question à réponses ouvertes : « Comment le réseau pourrait-il mieux vous soutenir ? », parmi les huit commentaires, six sont relatifs à l'amélioration de la communication entre acteurs et à l'organisation de rencontres entre eux.

La majorité des praticiens a déclaré souhaiter la mise en place de réunions formelles (n=18), de réunions informelles (n=15) et d'autres moyens de mise en relation des chirurgiens-dentistes adhérents (n=19).

La majorité des praticiens adhérents (n=24) a rapporté recommander aux confrères qui les entouraient d'adhérer au réseau.

A la question à réponses ouvertes : « Quels sont les bénéfices personnels que vous apportent votre exercice au sein du réseau ? », parmi les 22 réponses, 10 portent sur des raisons d'humanisme et d'ouverture d'esprit, et sept sur la satisfaction et le sentiment d'utilité. A la question ouverte : « Quels sont les bénéfices professionnels que vous apportent votre exercice au sein du réseau ? », parmi les 17 commentaires, six sont relatifs à l'amélioration

des compétences, la prise en charge de situations cliniques complexes et la formation au MEOPA, alors que six autres portent sur un mode d'exercice différent de la pratique habituelle, et deux sur l'amélioration de la confiance en soi, y compris pour les soins en dehors du réseau. Un seul commentaire porte sur le « travail d'équipe ».

A la question ouverte : « Avez-vous des idées pour rendre l'exercice des praticiens au sein du réseau plus attractif pour les confrères ? », parmi les 20 commentaires, six suggèrent une indemnisation plus importante, cinq une information plus importante auprès des confrères, lors de sessions de formations continues par exemple, trois le développement du travail d'équipe, deux une simplification administrative et, enfin, un commentaire porte sur le développement des formations au sein du réseau.

**Tableau 10 :** Avis des praticiens sur les interactions au sein du réseau (Les non-réponses ne sont pas affichées)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai un sentiment d'appartenance vis-à-vis du réseau	8	14	4	0	0
Je sais trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation <u>clinique</u> complexe	2	15	4	3	1
Je sais trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation <u>sociale</u> complexe (tutelle, coordination établissement – famille, transport, précarité...)	2	12	4	3	4
Si je reçois une réclamation de la part d'un patient ou de son responsable légal, je sais trouver du soutien au sein du réseau	2	11	2	0	10
Je sais à qui m'adresser si j'avais besoin de faire une réclamation auprès du réseau	13	9	2	0	2
Je rencontre rarement d'autres praticiens adhérents du réseau	10	9	4	3	0
Je reçois régulièrement des informations et des actualités du réseau	4	12	9	1	0

Enfin, à la question ouverte : « Si demain vous étiez Ministre de la Santé, comment organiseriez-vous le système de soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de

handicap en France ? », parmi les 20 commentaires, sept suggèrent la mise en place d'une rémunération plus importante pour les soins effectués auprès de ces patients, en particulier par la mise en place de cotations particulières ; sept proposent le développement de structures de soins de proximité adaptées, quatre sont relatifs à un développement du sujet dans la formation initiale, trois portent sur le développement des mesures favorisant la prévention, avec comme exemples cités : développement de mesures similaires à « MT' dents », augmentation des cotations des actes de prévention et de préservation tissulaire ; et enfin, deux sont relatifs à l'attribution de vacations obligatoires, comme les gardes du dimanche, avec le même système de majoration des cotations.

#### **IV. Discussion**

Les objectifs du présent travail étaient de mettre au point un outil de mesure de la satisfaction des professionnels prenant en charge des personnes en situation de handicap dans le cadre d'un réseau de soins dentaires, et d'utiliser ce questionnaire pour recueillir l'avis des chirurgiens-dentistes, acteurs du réseau SDBH-RA, dans le cadre de l'évaluation interne actuellement en cours

Les praticiens du réseau SBDH-RA qui ont répondu au questionnaire se sont montrés globalement satisfaits des possibilités offertes par cette forme d'organisation des soins. Cependant, l'enquête a permis de mettre en évidence trois axes principaux d'amélioration possibles : 1) en termes de formation et de mise en place de recommandations et protocoles, 2) en termes de communication au sein du réseau et 3) en termes de visibilité et d'attractivité du réseau pour les praticiens.

A propos du premier axe d'amélioration cité ci-dessus, la majorité des participants ( $n \geq 17$ ), a souhaité que le réseau propose la mise en place de recommandations et de protocoles pour la prise en charge des personnes en situation de handicap. En effet, leur formation initiale ne semble pas les avoir préparé de façon suffisante à la prise en charge des patients en situation de handicap, résultats qui concordent malheureusement avec les données de la littérature [17, 30, 34, 36, 66]. Cependant, la majorité des répondants ( $n=15$ ) a déclaré ne pas avoir appréhendé la prise en charge de ce type de patients avant leur adhésion, et que, pour ceux ayant eu une appréhension, l'environnement, en particulier le soutien de l'équipe et le milieu hospitalier « rassurant », est le facteur le plus fréquemment cité comme raison à la levée de cette appréhension. Il semblerait donc que la formation soit une demande importante

des praticiens intéressés par la prise en charge des patients en situation de handicap, sans toutefois être un facteur majeur dans la décision d'adhérer à ce réseau. Concernant la demande de formation, il apparaît que les formations proposées au sein du réseau ne font pas l'objet d'une communication efficace auprès de tous les praticiens adhérents. Il semblerait intéressant de développer les formations relatives aux prises en charge autres que l'utilisation du MEOPA et l'AG. La prise en charge psychologique, l'hypnose, le recours au midazolam et à la prémédication sont des thèmes fréquemment souhaités parmi les participants, en particulier dans la prise en charge de l'autisme

La communication au sein du réseau semble également être un axe d'amélioration possible. Par exemple, seulement sept praticiens se sont montrés satisfaits du retour du réseau sur le suivi d'un patient qu'ils réfèrent, et 12 praticiens de la conception des documents à remplir pour le réseau ; des problèmes de dossiers incomplets ou différents en fonction des territoires ont aussi été cités. La mise en relation des praticiens adhérant au réseau entre eux semble aussi à être développée. En effet, bien que la majorité des praticiens ait un sentiment d'appartenance vis-à-vis du réseau, les participants ont déclaré ne rencontrer que rarement d'autres praticiens du réseau et ils ont souhaité l'organisation par le réseau de réunions entre praticiens adhérents, de forums en ligne ou la publication d'un magazine d'information. La notion de réseau est souvent réduite au niveau de la prise en charge des soins, et laisse ses membres dans un relatif isolement par manque d'interactions et de liens entre les praticiens adhérents au sein du réseau [67] ; la mise en place des dossiers communs, ainsi que les systèmes d'information en général, les guides de bonnes pratiques et les référentiels sont indispensables au développement des nouvelles pratiques transversales et coopératives au sein d'un réseau [55, 67, 68]. Il semble par ailleurs qu'il faille développer les moyens de soutien au sein réseau auprès des praticiens adhérents confrontés à des réclamations de la part d'un patient, puisque seule la moitié des participants a déclaré savoir y trouver du soutien dans cette situation.

Un troisième axe d'amélioration possible semble être situé au niveau de l'attractivité et de la visibilité du réseau pour les chirurgiens-dentistes non-adhérents. En effet, seulement huit praticiens parmi les 26 répondants ont estimé que les chirurgiens-dentistes de leur département connaissaient le réseau, et seulement neuf praticiens ont jugé l'exercice au sein du réseau comme attractif. Pour rendre le réseau plus attractif aux confrères, les participants ont suggéré une revalorisation à la hausse de la rémunération, une campagne d'information auprès des confrères, notamment lors de sessions de formation sur d'autres thèmes, organisées dans les Unités de Formation et de Recherche par exemple, le développement de travail

d'équipe, et l'augmentation des moyens humains et matériels. En considérant le système de soins dans son ensemble, les participants ont suggéré la mise en place de cotations particulières pour des soins auprès de cette population. Certains souhaiteraient la mise en place de structures de soins de proximité adaptées, et des mesures spécifiques de prévention pour cette population, similaires au système M'T Dents pour les jeunes. Ces données concordent avec les propositions faites dans la littérature pour pallier aux obstacles à l'accès aux soins bucco-dentaires liés à l'environnement des personnes en situation de handicap [4, 5, 12, 13, 17, 26-36].

Le but des réseaux de soins est de pourvoir au principe de compensation du handicap et donc au « droit commun » ; en d'autres termes, la population en situation de handicap devrait pouvoir bénéficier des mêmes droits que la population générale dans l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaire. Il semblerait que, bien que le réseau tende vers cet objectif, le système d'organisation actuel puisse être encore amélioré. Ainsi, trois points peuvent être distingués : l'accessibilité générale, l'accessibilité financière et l'accès à une prise en charge adaptée.

En termes d'accessibilité générale, le délai d'attente pour avoir un rendez-vous pourrait être amélioré, ainsi que la distance à parcourir pour accéder aux soins. En effet, la majorité des participants a considéré que cette accessibilité pour les patients du réseau était acceptable, mais qu'elle ne le serait pas pour des patients SANS situation de handicap. Les résultats semblent indiquer que, du point de vue des participants, les patients du réseau doivent parcourir plus de kilomètres pour se faire soigner que les autres patients, que le délai d'attente pour avoir un rendez-vous auprès du réseau était plus long que pour un rendez-vous dans la pratique habituelle des participants, et que les patients du réseau ne bénéficient pas d'un libre choix du praticien. L'accessibilité aux soins pour les personnes en situation de handicap, en termes de distance, de délai d'attente et de locaux adaptés, est un des principaux obstacles aux soins retrouvés dans la littérature [4, 5, 13, 29-32]. Il semblerait que ce point puisse encore être amélioré au sein du réseau, notamment en développant les structures de proximité du réseau, et l'attractivité de ce réseau pour favoriser le recrutement de chirurgiens-dentistes supplémentaires. Les résultats semblent en revanche indiquer que les structures de soins du réseau semblent adaptées pour accueillir des patients à mobilité réduite.

En termes d'accessibilité financière, les patients ayant besoin de MEOPA paient un tarif fixé par le réseau, non remboursable par l'Aide Médicale Obligatoire, ce qui est dommageable dans la mesure où la littérature montre que le coût des soins est un obstacle

environnemental majeur à l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaire [4, 5, 13, 26-28]. La majorité des praticiens a, cependant, considéré que ces coûts étaient raisonnables au sein du réseau et qu'ils le seraient aussi pour des patients SANS situation de handicap.

En termes d'accès à une prise en charge adaptée, la majorité des praticiens a considéré que le réseau était capable de coordonner la prise en charge des situations sociales et médicales complexes. Par contre, seule une minorité de participants (n=9) a trouvé raisonnable l'exclusion de certains types de soins au sein du réseau, et les réponses ouvertes ont plutôt montré une ouverture d'esprit à ce propos, suggérant qu'il faut avant tout adapter les propositions thérapeutiques au degré de coopération de l'individu, et au plateau technique disponible, comme pour la population générale. Par ailleurs, l'exclusion de certains groupes de patients par les statuts du réseau a semblé être discutée par les participants et certains ont déclaré qu'il faudrait 'garder de la souplesse' dans ces critères d'exclusion. La littérature montre d'ailleurs que l'anxiété et les troubles psychiatriques constituent également une barrière à l'accès aux soins et que ces groupes de patients peuvent également bénéficier de mesures compensatoires [69, 70].

Cette étude apporte un éclairage à la fois sur les apports et les axes d'amélioration possible du réseau SDBH-RA pour la prise en charge des personnes en situation de handicap, mais présente néanmoins plusieurs limites du point de vue méthodologique, ce qui limite la généralisation des résultats. Lors de la conception du questionnaire, il aurait été préférable d'entreprendre une étude qualitative pour identifier les attentes des acteurs du réseau en raison du manque de littérature sur le sujet. Cette étude n'a pas été effectuée par manque de temps et de moyens financiers. Par ailleurs, la faible taille de la population cible, autrement dit les 35 chirurgiens-dentistes du réseau SBDH-RA, n'a pas permis de mener une étude pilote pour valider le questionnaire. Cependant, une consultation a été menée avec des acteurs variés avant utilisation. Le temps calculé pour remplir le questionnaire était long, environ 45 minutes, ce qui a pu décourager les participants, notamment lors des questions ouvertes. La taille de l'échantillon étudié, constitué de 26 praticiens, ne permet qu'une analyse statistique descriptive. Il est à noter que le taux de réponses analysées était réduit pour certains items par des abstentions ou des réponses cochées « je ne sais pas ». Comme attendu, le taux de non-réponse aux questions ouvertes était supérieur à celui des questions fermées.

De manière générale, les résultats ici présentés soulèvent certaines interrogations liées aux enjeux et difficultés de l'évaluation de la satisfaction des acteurs des réseaux de santé en

général. Actuellement, il existe une dynamique de mise en réseau des professionnels de santé, non stabilisée et en mouvement, ce qui rend difficile la création d'un outil d'évaluation valide dans le temps [67, 68, 71, 72]. Parmi les trois dimensions classiques d'évaluation d'un réseau « structures, processus, résultats », la satisfaction des professionnels constitue un « résultat », qu'il est préférable d'évaluer en période de relative stabilité [72]. Le réseau SDBH-RA peut être considéré comme étant dans une telle période, puisqu'il a été mis en place depuis 2003, bien que la moitié de ses adhérents n'ait signé la charte que depuis 2014 et que la fusion des régions Rhône-Alpes et Auvergne crée un contexte nouveau. De plus, malgré une organisation législativement encadrée, il existe des singularités propres à chaque réseau, en termes de structuration, d'avancement et de pratiques, ce qui complique la création d'un outil d'évaluation valide pour plusieurs réseaux, et donc la possibilité de comparer les résultats entre différents réseaux [67, 68, 71, 72]. Parmi tous les critères disponibles pour évaluer un réseau, le fait de s'appuyer sur ceux de la HAS, comme lors de la confection des items du questionnaire de cette étude, a l'avantage de s'adresser à toute forme de réseau [72]. Par ailleurs, la notion d'évaluation n'est pas toujours bien acceptée dans la culture soignante, où elle est peut être considérée comme une marque de sanction et de contrôle plutôt qu'une démarche d'amélioration continue [55]. Il faut également faire attention à ne pas créer de possibles conflits d'intérêts entre acteurs et gestionnaires [71]. En ce sens, le fait de mener pour certains réseaux leur propre évaluation en interne, comme c'est le cas ici pour le réseau SDBH-RA, plutôt que par un évaluateur externe peut être pertinent si elle est menée avec la rigueur méthodologique nécessaire [67]. Finalement, l'évaluation doit faire le point sur l'atteinte des objectifs que s'est fixé le réseau initialement, mais aussi sur la plus-value de ce mode de fonctionnement, ces limites et son développement futur. Une telle évaluation est un élément déterminant dans la légitimation du réseau auprès des financeurs, des patients et des professionnels de santé adhérents [55, 68, 71, 72]. Lors de l'analyse des données, une attention particulière doit être portée au fait que la satisfaction des usagers et celle des acteurs d'un réseau ne correspondent pas forcément ; de plus, l'interprétation de résultats chiffrés est parfois difficile. Par exemple, 20 participants sur 26 déclarant être « satisfaits » ou « entièrement satisfaits » dans cette étude correspond-il à un bon ou un mauvais résultat ?) [72].

Les perspectives pour la suite de ce travail dépendront de la volonté des gestionnaires du réseau de poursuivre un cycle continu d'évaluation. Des modifications au questionnaire pourront être apportées, par exemple, en réduisant le temps de remplissage en transformant les

questions ouvertes en questions fermées, avec pour propositions de réponses les thèmes évoqués par les participants dans l'étude actuelle. Certaines questions fermées ayant eu un taux important de non-réponses ou de réponses « je ne sais pas » pourraient être reformulées ou supprimées. Pour des utilisations futures, ces résultats montrent que ce questionnaire est acceptable par les professionnels de ce réseau. Il pourra donc être utilisé dans le cadre des futures évaluations du réseau SBDH-RA, soit auprès des nouveaux adhérents, soit comme base d'entretien pour une étude qualitative plus poussée. Le questionnaire pourrait également être utilisé lors d'évaluations internes d'autres réseaux de soins dentaires prenant en charge des personnes en situation de handicap en France, avec toutefois une réserve : celle d'une nécessaire adaptation aux particularités du réseau concerné.

## V. **Conclusion**

Le présent travail a permis le développement d'un questionnaire visant à évaluer la satisfaction des praticiens du réseau SDBH-RA. De plus, son administration dans le cadre d'une première évaluation interne a permis, malgré quelques limites méthodologiques, d'identifier trois grands axes d'amélioration possible du réseau du point de vue de ces praticiens : 1) en termes de formation des praticiens au sein du réseau, 2) en termes de communication interne entre ces praticiens et 3) en termes d'attractivité du réseau pour les chirurgiens-dentistes non-adhérents. L'efficacité des mesures qui pourront être prises pourra être mesurée par l'utilisation de ce questionnaire lors de futurs cycles d'évaluation du réseau SDBH-RA. Ce questionnaire ici proposé pourrait, par ailleurs, constituer un outil permettant l'évaluation d'autres réseaux de soins dentaires prenant en charge des patients en situation de handicap.

## VI. Bibliographie

- [1] Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. *PLoS ONE*, 2008. 3(6): e2564.
- [2] Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dent*. 2010. 30(3): 110-117.
- [3] Owens PL, Kerker BD, Zigler E, Horwitz SM. Vision for oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 2006. 12(1): 28–40.
- [4] Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. Accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap en France : une exploitation de l'enquête Handicap-Santé-Ménages. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2016. 64(2): 79–94
- [5] Kancherlaa V, Van Naarden Braunb K, Yeargin-Allsopp M. Dental care among young adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2013. 34(5): 1630–1641.
- [6] Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: health and Health care access for people with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 2006. 12(1): 70–82
- [7] International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 2001. Disponible à : <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Dernier accès le 15/09/2016
- [8] Scheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *J Disabil Policy Stud*. 2003. 14(4): 221–230.
- [9] Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, Mclaughlin S, Govind A, Sadof M, Huntington N. Unmet Dental Needs and Barriers to Care for Children with Significant Special Health Care Needs. *Pediatr Dent*, 2011. 33(1): 29-36
- [10] Faulks D, Norderyd J, Molina G, Macgiolla Phadraig C, Scagnet G, et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to Describe Children Referred to Special Care or Paediatric Dental Services. *PLoS ONE*, 2013. 8(4): e61993.
- [11] Salles PS, Tannure PN, Oliveira CA, Souza IP, Portela MB, Castro GF. Dental needs and management of children with special healthcare needs according to type of disability. *J Dent Child*. 2012. 79(3): 165-169.
- [12] Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ, Girdler NM. Access to dental care—parents' and caregivers' views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2010. 30(2): 35-45
- [13] Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J*, 2009. 54(3): 204–211
- [14] Hulland S, Michael J. Sigal. Hospital-based dental care for persons with disabilities: a study of patient selection criteria. *Spec Care Dentist*, 2000. 20(4): 131
- [15] Allison PJ, Hennequin M, Faulks D. Dentist-related barriers to treatment in a group of individuals with Down syndrome in France: implications for dental education. *J Dis Oral Health*, 2001. 2(1): 18-26
- [16] Hennequin M, Tubert S. Prise en charge des personnes handicapées par les chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme. *Inf Dent*, 1999. 81(38):2861-2877
- [17] Kerins G, Petrovic K, Giancesini J. and al. Physician attitudes and practices on providing care to individuals with intellectual disabilities: an exploratory study. *Connecticut Med*. 2004. 68(8): 485-490

- [18] Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with community dental services. *J Intellect Disabil Res*, 2000. 44(1): 45-52.
- [19] Faulks D, Collado V, de Fréminville B, Newton TJ, Hennequin M. A controlled national survey of difficulty encountered by persons with Down syndrome during hygiene and health care. *Nurs Outlook*, 2006. 54: 345-352.
- [20] Shaw L, Shaw MJ, Foster TD. Correlation of manual dexterity and comprehension with oral hygiene and periodontal status in mentally handicapped adults. *Community Dent Oral Epidemiol*.1989. 17(4):187-189.
- [21] Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent*, 2000. 28(2):131-136
- [22] Sakellari D, Arapostathis KN, Konstantinidis A. Periodontal conditions and subgingival microflora in Down syndrome patients. A case-control study. *J Clin Periodontol*. 2005. 32(6): 684-690.
- [23] Zigmund M, Stabholz A, Shapira J, Bachrach G, Chaushu G, Becker A, Yefenof E, Merrick J, Chaushu S. The outcome of a preventive dental care programme on the prevalence of localized aggressive periodontitis in Down's syndrome individuals. *J Intellect Disabil Res*. 2006. 50(7): 492-500.
- [24] Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *EMC-Stomatologie*, 2005. 1(3): 175-192
- [25] Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K, Blankenstein R. Oral health care for people with mental health problems guidelines and recommendations. British Society for disability and oral health, 2000. 6: 20 pages. Disponible à:  
[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34224201/mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1473953800&Signature=hLZzZUBuJt77zfkFGa4qIMhbsu0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOral\\_Health\\_Care\\_for\\_People\\_with\\_Mental.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34224201/mental.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1473953800&Signature=hLZzZUBuJt77zfkFGa4qIMhbsu0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DOral_Health_Care_for_People_with_Mental.pdf)
- [26] Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc*, 2005. 136(7): 903-912.
- [27] Chi DL, Momany ET, Kuthy RA, Chalmers JM, Damiano PC. Preventive Dental Utilization for Medicaid-Enrolled Children in Iowa Identified with Intellectual and/or Developmental Disability. *J Public Health Dent*. 2010. 70(1): 35-44.
- [28] Kenney GM, McFeeters JR, Yee JY. Preventive Dental Care and Unmet Dental Needs Among Low-Income Children. *Am J Public Health*, 2005. 95(8): 1360-1366
- [29] Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, Bockenek W. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist*, 2011. 31(2): 63-67
- [30] Edwards DM, Merry AJ. Disability Part 2: Access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. *Br Dent J*, 2002. 193(5): 253-255
- [31] Devynck J. Application des normes sur l'accessibilité des personnes handicapées dans les cabinets dentaires. Université du droit et de la santé, Faculté de chirurgie dentaire, Lille, 2013. 77 pages
- [32] Ordre national des Chirurgiens-Dentistes. Les principaux réseaux de soins. Disponible à : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/les-principaux-reseaux-de-soins.html>. Dernier accès le 15/09/2016
- [33] Casamassimo PS, Seale NS, Kelley R. General Dentists' Perceptions of Educational and Treatment Issues Affecting Access to Care for Children with Special Health Care Needs. *J Dent Educ*, 2004. 68 (1): 23-28

- [34] Yeaton S, Moorthy A, Rice J, Coghlan D, O'Dwyer L, Green E, Sultan A, Guray S, Mohamad NA, Aslam N, Freedman L. Special care dentistry: how prepared are we? *Eur J Dent Educ*, 2016. 20(1): 9-13
- [35] Blaizot A, Hamel O, Folliguet M, Herve C, Meningaud JP, Trentesaux T. Could Ethical Tensions in Oral Healthcare Management Revealed by Adults with Intellectual Disabilities and Caregivers Explain Unmet Oral Health Needs? Participatory Research with Focus Groups. *J Appl Res Intellect Disabil*, 2015: 2-16
- [36] Thierer T, Meyerowitz C. Education of dentists in the treatment of patients with special needs. *J Calif Dent Assoc*. 2005. 33(9): 723-729
- [37] Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Spec Care Dent*. 2000. 20(5): 199-208
- [38] Mac Giolla Phadraig C, Guerin G, Nunn J. Should we educate care staff to improve the oral health and oral hygiene of people with intellectual disability in residential care? Real world lessons from a randomized controlled trial. *Spec Care Dentist*, 2015. 35(3): 92-98
- [39] Petrovic B, Markovic D, Peric T. Evaluating the population with intellectual disability unable to comply with routine dental treatment using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*, 2011. 33(19-20): 1746–1754.
- [40] Maestre C. The use of general anaesthesia for tooth extraction in young handicapped adults in France. *Br Dent J*, 1996. 180 (8): 297–302
- [41] Manley MC, Skelly AM, Hamilton AG. Dental treatment for people with challenging behaviour: general anaesthesia or sedation? *Br Dent J*. 2000. 88(7): 358-360.
- [42] Faulks D, Hennequin M, Albecker-Grappe S, Manière MC, Tardieu C, Berthet A, Wolikow M, Droz D, Koscielny S, Onody P. Sedation with 50% nitrous oxide/oxygen for outpatient dental treatment in individuals with intellectual disability. *Dev Med Child Neurol*, 2007. 49(8): 621-625
- [43] Kvale G, Berggren U, Milgrom P. Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2004. 32(4): 250-264
- [44] Kenney GM, McFeeters JR, Yee JY. Preventive dental care and unmet dental needs among low income children. *Am J Public Health*. 2005. 95(8): 1360–1366.
- [45] Prabhu NT, Nunn JH, Evans DJ. A comparison of costs in providing dental care for special needs patients under sedation or general anaesthesia in the North East of England. *Prim Dent Care*. 2006. 13(4): 125-128.
- [46] Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Disponible à : [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1) ;  
Dernier accès le 15/09/2016
- [47] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, titre III, chapitre Ier, article 11.
- [48] Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire », 2010. Disponible à : [http://www.reseau-lucioles.org/IMG/pdf/morano\\_rapport.pdf](http://www.reseau-lucioles.org/IMG/pdf/morano_rapport.pdf). Dernier accès le 15/09/2016
- [49] Les principaux réseaux de soins. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. 2013. Disponible à : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/les-principaux-reseaux-de-soins.html> ;  
Dernier accès le 15/09/2016
- [50] Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et d'odontostomatologie. Haute Autorité de Santé. Paris, 2005. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthésie\\_odontologie\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthésie_odontologie_rap.pdf). Dernier accès le 15/09/2016

- [51] Code de la Santé Publique, partie législative, sixième partie, livre III, titre II, chapitre Ier, article L-6321-1
- [52] Code de la Santé Publique, partie législative, sixième partie, livre III, titre II, chapitre Ier, article L-6321-1
- [53] Convention constitutive actualisée, Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes, 2014.
- [54] Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé. Haute Autorité de Santé, 2015. Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille\\_auto\\_evaluation\\_rs\\_support\\_pdf\\_29\\_04\\_2015.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/grille_auto_evaluation_rs_support_pdf_29_04_2015.pdf). Dernier accès le 15/09/2016
- [55] Antras-Ferry J, Laprerie AL, Gravouelle E, Guibert H, Lacaze G, Lambert H, Mariaux C, Hossler V, Stora O, Lombraill P, Trochu JN. Les problématiques et les apports de l'évaluation d'un réseau de santé. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, 2006. 55(1) : 3-5
- [56] Saut-Habchy I. L'organisation de l'enquête. In : *Comment rédiger une étude de santé ? 1ère éd.* Estem. Issy-Les-Moulineaux, France, 2005, pp1-74
- [57] Jones RA. Les enquêtes par questionnaire. In : *Méthodes de recherche en sciences humaines. 1ère éd.* De Boeck Supérieur, Bruxelles, Belgique, 1999, pp168-197
- [58] Nguyen PL, Germain L, Régat S, David-Thiolières C, Arnaudo JP, Steyer E, Collin JF, Empereur F, Briançon S. Outil de mesure de la satisfaction des professionnels des réseaux de santé. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2008. 56(5S) : 319
- [59] Réseau Osmose. Enquête de satisfaction auprès des patients, de leur entourage et de leurs intervenants professionnels. Résultats Mai 2012. Disponible à : [http://www.reseau-osmose.fr/documents/Osmose\\_Resultats\\_Enquete\\_Satisfaction.pdf](http://www.reseau-osmose.fr/documents/Osmose_Resultats_Enquete_Satisfaction.pdf). Dernier accès le 15/09/2016
- [60] Dupont C, Touzet S, Ploin D, Croidieu C, Balsan M, Mazas AS, Rudigoz RC. Évaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité: enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2007. 36(4) : 375-383
- [61] Sifer-Rivière L. Comment mesurer la satisfaction des professionnels de santé ? Projet REPERES. Comité de présentation des résultats, 09 juin 2006, CERMES, Inserm, EHESS Paris. Disponible à : <http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/recherche-evaluation/REPERES/REPERES05.pdf>. Dernier accès le 15/09/2016
- [62] RESUM. Enquête de satisfaction auprès des professionnels. Clinique Paul Picquet (Sens). Rapport d'enquête, Janvier 2006. Disponible à : [http://www.clinique-paul-picquet.fr/articlespdf/rapports/\\_CPP-BS-rapport-professionnels-02-06.pdf](http://www.clinique-paul-picquet.fr/articlespdf/rapports/_CPP-BS-rapport-professionnels-02-06.pdf). Dernier accès le 15/09/2016
- [63] Djihoud A, Kret M, Domecq S, Pourin C, Vialle S. Mesure de la satisfaction au travail des professionnels de santé, Questionnaire Saphora-Job© Guide d'utilisation de l'outil de mesure. Version février 2014. Disponible à : <http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/fiches-projets/OutilsIAD-PJ-Satisfaction-Travail-guide-SaphoraJob.pdf>. Dernier accès le 15/09/2016
- [64] Boulan H. Le questionnaire d'enquête : Les clés d'une étude marketing ou d'opinion réussie. 1ère éd. Dunod. Paris, France, 2015. 240 pages
- [65] Legrain M. Théorie et pratique des enquêtes par questionnaire: la recherche en marketing avec Abaques. 1ère éd. Edipro, Liège, Belgique, 2007. 207 pages
- [66] Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in Special Care Dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*, 2012. 16 : 195-201

- [67] ANAES. Evaluation des réseaux de soins, bilan de l'existant et cadre méthodologique, mission d'évaluation, réseaux de soins. Octobre 2001. Disponible à : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf>. Dernier accès le 15/09/2016
- [68] Bourret C. Les réseaux de santé : un champ de recherche prometteur pour les sciences de l'information et de la communication. 13e congrès national des sciences de l'information et de la communication. Marseille octobre 2002, 2003. Disponible à : [http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_00000482/document](http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00000482/document). Dernier accès le 15/09/2016
- [69] Gordon SM., Dionne RA., Snyder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dent.* 1998. 18(2): 88- 92
- [70] O'Day B., Killeen MB., Sutton J., Iezzoni LI. Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: barriers to care and potential solutions. *Psychiatr Rehabil J.* 2005. 28(4) : 339-345
- [71] Lombrail P, Bourgueil Y, Develay A, Mino JC, Naiditch M. Repères pour l'évaluation des réseaux de soin. *Santé publique*, 2000. 12(2) : 161-176
- [72] Kabagema MC. Techniques et difficultés de l'évaluation des réseaux de soins. Institut d'économie et management de la santé, Université de Lausanne, 2000. 58 pages. Disponible à : <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireKabagema.pdf>. Dernier accès le 15/09/2016

## ANNEXE :

### Questionnaire de satisfaction

des praticiens du réseau SBDH-RH

Docteur,

Afin de mieux répondre aux besoins et attentes des praticiens adhérents au réseau, nous vous remercions de bien vouloir nous accorder quelques minutes en remplissant ce questionnaire.

Vos réponses sont très importantes, elles nous permettront de mieux identifier les besoins des praticiens adhérents du réseau et ainsi, d'améliorer la qualité de nos actions. De ce fait, nous vous demandons de répondre le plus sincèrement possible. Vos réponses ne sont pas nominatives.

Veillez agréer, Docteur, nos sincères remerciements pour votre participation.

### Satisfaction générale

Cochez la réponse qui convient à votre niveau de satisfaction générale avec le réseau :

Entièrement satisfait     Satisfait     Peu satisfait     Pas du tout satisfait

### 1. Visibilité, Lisibilité et Objectifs du réseau

*Pour chacune des propositions, cochez la case qui correspond à votre avis :*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je comprends quels services sont proposés par le réseau	<input type="checkbox"/>				
Je comprends comment le réseau est organisé	<input type="checkbox"/>				
Les chirurgiens-dentistes de mon département connaissent le réseau	<input type="checkbox"/>				
L'exercice au sein du réseau est attractif pour les confrères	<input type="checkbox"/>				
La démarche administrative d'adhésion au réseau est contraignante	<input type="checkbox"/>				
Je connais les objectifs du réseau	<input type="checkbox"/>				
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge dentaire des patients avec des antécédents <u>médicaux</u> complexes	<input type="checkbox"/>				
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge dentaire des patients en situation <u>sociale</u> complexe (transport, tutelle, liens entre établissement et famille, précarité...)	<input type="checkbox"/>				
Le réseau est capable de coordonner la prise en charge des situations d' <u>urgence</u> dentaire	<input type="checkbox"/>				

**L'idée que vous vous étiez faite du réseau avant d'adhérer correspond-elle à la réalité ?**

Oui       Non

Veillez expliquer :

.....  
.....  
.....  
.....

**Pourquoi avez-vous décidé d'adhérer au réseau ?**

.....  
.....  
.....

**Quels moyens supplémentaires faudrait-il pour mieux atteindre les objectifs du réseau?**

.....  
.....  
.....

**Les statuts du réseau excluent la prise en charge de certains groupes de patients.**

Est-ce que cette exclusion vous paraît raisonnable pour :

- Les personnes avec un handicap moteur seul ?       Oui     Non
- Les personnes anxieuses / phobiques ?       Oui     Non
- Les personnes relevant de la psychiatrie institutionnelle ?       Oui     Non

Avez-vous des commentaires à propos des critères d'inclusion du réseau ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Dans le cadre du réseau, des soins du type prothèses, implants, orthodontie sont exclus.**

Est-ce que cette exclusion vous paraît raisonnable pour les personnes en situation de handicap ?

Oui       Non

Est-ce que cette exclusion vous paraîtrait raisonnable pour les personnes **SANS** situation de handicap ?

Oui       Non

Avez-vous des commentaires à propos de l'offre de soins du réseau ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 2. Coordination par le réseau

Pour chacune des propositions suivantes, cochez la case correspondant à votre choix :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai le libre choix du « profil » des patients qui me sont adressés par le réseau (ex : degré de coopération, pathologies, modalité de prise en charge)	<input type="checkbox"/>				
Le réseau me transmet le dossier complet du patient que je dois recevoir	<input type="checkbox"/>				
Les documents que je rempli pour le réseau sont bien conçus (recueil de données, dossier médical et dentaire)	<input type="checkbox"/>				
J'ai le libre choix des différentes modalités de prise en charge en fonction des besoins de chaque patient (fauteuil, MEOPA, AG, domicile...)	<input type="checkbox"/>				
Les démarches administratives au sein du réseau sont contraignantes (pour se faire rémunérer, pour référer les patients, pour remplir les dossiers médicaux...)	<input type="checkbox"/>				
Les patients du réseau bénéficient d'un libre choix du praticien	<input type="checkbox"/>				
Quand je réfère un patient, je reçois un retour du réseau sur son suivi	<input type="checkbox"/>				
Je peux joindre le réseau quand j'en ai besoin (téléphone, email...)	<input type="checkbox"/>				
Quel que soit le territoire ou le lieu de soin, le fonctionnement du réseau est le même	<input type="checkbox"/>				

## 3. L'exercice au sein du réseau

Pour chacune des propositions suivantes, cochez la case correspondant à votre choix :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Les moyens techniques mis à ma disposition par le réseau sont suffisants	<input type="checkbox"/>				
J'ai un(e) assistant(e) dentaire lorsque je travaille pour le réseau	<input type="checkbox"/>				
Le cabinet dentaire où je travaille pour le réseau est accessible pour les personnes à mobilité réduite	<input type="checkbox"/>				
Le délai d'attente pour avoir un rendez-vous auprès du réseau est plus long que pour un rendez-vous dans ma pratique habituelle	<input type="checkbox"/>				
Les patients du réseau doivent parcourir plus de kilomètres pour se faire soigner que les autres patients	<input type="checkbox"/>				
Lors du premier rendez-vous, je rédige un projet de soins écrit	<input type="checkbox"/>				
Je recueille un consentement écrit au projet de soins, de la part du patient et/ou de son responsable légal	<input type="checkbox"/>				

**Est-ce que la prise en charge des patients du réseau en termes d'accessibilité (distance, horaire, choix du praticien) est acceptable ?**

Oui  Non

**Est-ce que cette même prise en charge en termes d'accessibilité (distance, horaire, choix du praticien), serait acceptable pour les patients SANS situation de handicap ?**

Oui  Non

Avez-vous des commentaires à propos de l'accessibilité au sein du réseau (distance, horaire, choix du praticien) ?

.....  
.....

**Souhaitez-vous que le réseau propose des recommandations ou des protocoles dans les domaines suivants?**

En matière d'orientation des patients en situation de handicap (vers l'AG pour exemple)

Oui  Non

En matière de bonne pratique clinique pour les patients en situation de handicap

Oui  Non

En matière de recueil de consentement éclairé pour les patients en situation de handicap

Oui  Non

En matière de contrainte physique pour les patients en situation de handicap

Oui  Non

En matière de l'élaboration des projets de soins pour les patients en situation de handicap

Oui  Non

**Quels autres documents pourraient proposer le réseau ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quels problèmes logistiques et organisationnels rencontrez-vous dans votre exercice au sein du réseau ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. **Aspect financier**

*Pour chacune des propositions suivantes, cochez la case correspondant à votre choix :*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je fournis un devis écrits patients et/ou leur responsables légaux, décrivant les coûts restant à leur charge	<input type="checkbox"/>				
Le tarif fixé par le réseau pour le MEOPA est raisonnable	<input type="checkbox"/>				
Les indemnités que je reçois du réseau sont suffisantes	<input type="checkbox"/>				
Le fait de toucher des indemnités de la part du réseau a une incidence fiscale pour moi	<input type="checkbox"/>				

Est-ce que le « reste à charge » des patients du réseau est acceptable ?

Oui       Non

Est-ce que ce même « reste à charge » serait acceptable pour les patients **SANS** situation de handicap ?

Oui       Non

5. **Formation professionnelle :**

*Pour chacune des propositions suivantes, cochez la case correspondant à votre choix :*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je suis informé des formations proposées au sein du réseau	<input type="checkbox"/>				
Ma formation initiale m'a bien préparé pour prendre en charge les patients du réseau	<input type="checkbox"/>				
J'ai déjà suivi une formation organisée par le biais du réseau	<input type="checkbox"/>				
Les formations proposées au sein du réseau m'intéressent	<input type="checkbox"/>				

Quels sont les domaines de formation qui vous intéresseraient pour votre exercice au sein du réseau ?

.....

.....

.....

Avant votre adhésion au réseau, est-ce que vous appréhendez la prise en charge des patients en situation de handicap ?

Oui  Non

Si oui, comment le réseau vous-a-t-il aidé à lever cette appréhension :

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Interactions avec le réseau**

*Pour chacune des propositions suivantes, cochez la case correspondant à votre choix :*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai un sentiment d'appartenance vis-à-vis du réseau	<input type="checkbox"/>				
Je sais trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation <u>clinique</u> complexe	<input type="checkbox"/>				
Je sais trouver de l'aide au sein du réseau devant une situation <u>sociale</u> complexe (tutelle, coordination établissement – famille, transport, précarité...)	<input type="checkbox"/>				
Si je reçois une réclamation de la part d'un patient ou de son responsable légal, je sais trouver du soutien au sein du réseau	<input type="checkbox"/>				
Je sais à qui m'adresser si j'avais besoin de faire une réclamation auprès du réseau	<input type="checkbox"/>				
Je rencontre rarement d'autres praticiens adhérents du réseau	<input type="checkbox"/>				
Je reçois régulièrement des informations et des actualités du réseau	<input type="checkbox"/>				

**Comment le réseau pourrait mieux vous soutenir ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Souhaiteriez-vous que le réseau organise :**

Des réunions formelles régulières (type formation continue)

Oui  Non

Des réunions informelles régulières (type journées portes ouvertes)

Oui  Non

D'autres moyens de mise en relation des chirurgiens-dentistes adhérents, par exemple forum en ligne, bulletin d'information, magazine ...

Oui  Non

Veillez préciser :

.....  
.....

**Recommanderiez-vous aux confrères qui vous entourent d'adhérer au réseau ?**

Oui  Non

**Quels sont les bénéfices personnels que vous apporte votre exercice au sein du réseau ?**

.....  
.....

**Quels sont les bénéfices professionnels que vous apporte votre exercice au sein du réseau ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Avez-vous des idées pour rendre l'exercice des praticiens au sein du réseau plus attractif pour les confrères ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Si demain vous étiez Ministre de la Santé, comment organiseriez-vous le système de soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap en France ?**

.....  
.....  
.....  
.....

## Questions d'ordre général sur vous et votre exercice

Ces renseignements nous permettront simplement de mieux cerner les éventuelles améliorations à apporter au réseau.

Vous êtes :  Un homme  Une femme

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans

Territoire du réseau sur lequel vous exercez :  Nord

Sud

Est

Ouest

Centre

Depuis quelle année êtes-vous signataire de la charte du réseau ? : 20 \_\_\_\_

Actuellement, votre exercice principal en dehors du réseau est: (une seule réponse possible)

Exercice libéral

Exercice hospitalier

Exercice salarié en centre de santé

Autre, veuillez préciser :

.....

Actuellement, combien de vacations (de 3h30) par mois travaillez-vous en moyenne pour le réseau ?

\_\_\_\_\_ vacations par mois

Dans quelle(s) structure(s) travaillez-vous pour le réseau ? (plusieurs réponses possibles)

En centre hospitalier

En cabinet libéral

En clinique privée

Au sein d'un établissement médico-social

Dans l'Unité mobile de soins dentaires

Autre, veuillez préciser :

.....

Quels types de prise en charge assurez-vous pour le réseau ? (plusieurs réponses possibles)

Les soins dentaires au fauteuil sans sédation consciente

Les soins dentaires sous MEOPA

Les soins dentaires sous prémédication orale

Les soins dentaires sous anesthésie générale

Les soins dentaires à domicile

Les dépistages

Autre, veuillez préciser :

.....

.....

Comment êtes-vous rémunéré pour votre activité au sein du réseau ?

Indemnisation par vacation

Indemnisation supplémentaire sur une vacation hospitalière

Application de la CCAM + une indemnisation par vacation

Autre, veuillez préciser :

.....

.....

Avez-vous une formation pour la prise en charge des patients en situation de handicap ?

Pas de formation spécifique

Formation pendant mes études initiales universitaires

Habilitation à la sédation consciente

Autre formation diplômante

Autre formation non-diplômante (ex : stage)

Veuillez préciser :

.....

.....

Etes-vous qualifié en Médecine Bucco-Dentaire ?

- Oui       Non

Par qui, ou comment, avez-vous eu connaissance du réseau ?

- Un confrère
- Un médecin
- Un patient
- Un établissement médico-social
- Le conseil de l'ordre des chirurgiens-chirurgiens-dentistes
- Par le site web du réseau
- Par une plaquette / un dépliant du réseau
- Dans une association (de parents, d'usagers...)
- Lors d'une formation
- Je ne sais pas
- Autre, veuillez préciser :

.....  
.....

Avez-vous dans votre entourage proche (famille, amis...), une ou plusieurs personnes en situation de handicap?

- Oui     Non

Si OUI, veuillez préciser

.....  
.....  
.....

Nous vous remercions vivement de votre participation

**MERIMEE (Aurélien) - « ELABORATION ET PILOTAGE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS PRENANT EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE CADRE D'UN RESEAU DE SOINS DENTAIRE »**

**22 tabl., 2 fig., 1 ann., 30 cm. - (Thèse: Chir. Dent. ; Clermont-ferrand I ; 2016) - N°**

**Résumé :**

La littérature met en évidence d'importantes disparités en termes d'accès aux soins bucco-dentaires et à la prévention entre la population générale et les personnes en situations de handicaps. Face à un tel constat, différents réseaux de soins dentaires prenant en charge ces patients se sont développés en France. Législativement, tout réseau de santé a un devoir d'évaluation régulière, notamment de la satisfaction des professionnels adhérents. Les buts de cette étude étaient de mettre au point un outil de mesure de la satisfaction des professionnels prenant en charge des personnes en situation de handicap dans le cadre d'un réseau de soins dentaires, et d'utiliser ce questionnaire pour recueillir l'avis des chirurgiens-dentistes, acteurs du réseau « Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes », dans le cadre de l'évaluation interne actuellement en cours. L'analyse descriptive des résultats de cette enquête transversale ont permis d'évaluer ce questionnaire, et d'identifier des axes d'amélioration possibles pour alimenter l'évaluation interne du réseau « Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes ». Il pourra par la suite être utilisé lors de futurs cycles d'évaluation de ce réseau, ainsi que d'autres réseaux de soins dentaires prenant en charge des patients en situation de handicap en France.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Etude transversale descriptive**

**MOTS CLES : Réseau de santé, chirurgien-dentiste, handicap, enquête de satisfaction, questionnaire**

**MOTS CLES ANGLAIS : Healthcare network, dentist, disability, satisfaction survey, questionnaire**

**JURY : Président : Mme Martine HENNEQUIN, Professeur des Universités**

**Assesseurs : Mme Denise FAULKS, Docteur en Chirurgie Dentaire**

**Mme Sophie DOMEJEAN, Professeur des Universités**

**Mme Céline CATTEAU, Docteur en Chirurgie Dentaire**

**Mme Estelle PEGON-MACHAT, Docteur en Chirurgie Dentaire**

**ADRESSE DE L'AUTEUR : MERIMEE Aurélien**

**34 rue d'Apollon**

**63100 CLERMONT-FERRAND**