

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N° 26

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 6 septembre 2016

par

DUCOFFE Marion

née le 14/02/1989 à STRASBOURG

QU'ATTENDENT LES PATIENTS DE LEUR CHIRURGIEN-DENTISTE ?

Président : Professeur WALTER Béatrice
Asseseurs : Professeur MEYER Florent
Docteur JOERGER Roger
Docteur OFFNER Damien

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur C. TADDEI

Doyens honoraires : Professeur R. FRANK
Professeur M. LEIZE
Professeur Y. HAIKEL

Professeurs émérites : Professeur M. LEIZE
Professeur A. FEKI
Professeur H. TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme F. DITZ-MOUGEL

Professeurs des Universités

W. BACON	Orthopédie Dento-Faciale
V. BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
A. BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
F. CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
J-L. DAVIDEAU	Parodontologie
Y. HAIKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M-C. MANIERE	Odontologie Pédiatrique
F. MEYER	Sciences Biologiques
M. MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
A-M. MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
C. TADDEI	Prothèses
B. WALTER	Prothèses

Maîtres de Conférences

S. BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
L. BIGEARD	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Y. BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
F. BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
A. BOUKARI	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
O. ETIENNE	Prothèses
F. FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. FREYMANN	Odontologie Conservatrice - Endodontie
C-I. GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
O. HUCK	Parodontologie
R. JOERGER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
S. JUNG	Sciences Biologiques
N. LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
F. OBRY	Odontologie Pédiatrique
R. SERFATY	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. SOELL	Parodontologie
E. WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

N. JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche
Ph. LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
H. LESOT	CNRS / Directeur de Recherche
M-H. METZ-BOUTIGUE	INSERM / Directeur de Recherche
P. SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'Unité
B. SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

Remerciements,

A Monsieur le Docteur Roger Joerger, mon directeur de thèse,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci de ne pas avoir été effrayé par ce sujet qui me tenait à cœur et d'avoir accepté sans hésitation de m'aider à lui donner vie au travers de cette thèse.

Merci pour vos enseignements théoriques et pratiques, mais surtout pour votre engagement, votre détermination, et force de caractère grâce auxquels vous soutenez vos valeurs qui nous ont imprégnés. Vous m'avez fait prendre conscience que ce sont aussi elles qui font « le bon dentiste ».

A Madame le Professeur Béatrice Walter,

Je suis très honorée que vous présidiez ce jury.

Lorsqu'on avait besoin de vous, il était bien rare de ne pas vous trouver. Merci pour tout ce temps que vous nous avez consacré, pour votre patience, de vous être donné le mal de connaître personnellement chaque étudiant (votre mémoire m'épatera toujours), d'avoir toujours été juste avec chacun de nous. Les cas cliniques compliqués paraissent chaque fois bien plus abordables suite à vos conseils.

Merci enfin pour l'énergie que vous déployez pour améliorer l'enseignement clinique de la prothèse. Vous en êtes le pilier.

A Monsieur le Professeur Florent Meyer,

Merci de m'avoir accompagnée dans ce travail et de me faire l'honneur de compter parmi ce jury de thèse.

Merci pour votre implication en clinique, votre calme, votre douceur, la rigueur de vos diagnostics motivant cette longue file d'étudiants derrière vous en attente de conseils. Merci pour votre exigence, perceptible au travers de vos « très bien », petites pépites si difficiles à obtenir, ils ont été l'une de nos motivations à progresser chaque jour davantage.

A Monsieur le Docteur Damien Offner,

Merci de m'avoir aidée à rédiger le questionnaire d'étude et de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour vos enseignements, votre optimisme, et enfin vos talents de cuisinier pour les goûters du CASU.

A mes parents et mes frères qui ont cru en moi (parfois plus que moi) et m'ont soutenue avec ferveur pendant ces longues années d'études.

A Antony, mon compagnon et camarade d'études, merci pour ton optimisme, ton humour et ton réconfort. Notre soutien mutuel nous a aidés à arriver jusqu'ici ensemble. Le meilleur reste à venir.

A ma famille, à Célia, à mes 6 cocottes, et tous mes amis de toujours. Votre présence de près comme de loin me porte dans tout ce que j'entreprends. Merci d'être là.

A tous mes camarades de promotion qui m'ont aidée à faire remplir les questionnaires de l'étude. Sans vous ce travail aurait été compromis.

A Marine, Fanny, Mathilde, Clémence, Emma, Anne-Cécile, Simon, Pierre, Alexis, Thomas, Baptiste, Franck ... à toutes ces amitiés que la fac a fait naître et qui m'ont apporté tant de jolis moments depuis les chemins de randonnées en Corse, jusqu'à cet heureux événement à Brassac en passant par les répétitions de musique dans la cave.

Au Dr Thierry Weibel. Merci d'avoir accepté de m'accueillir en stage dans votre cabinet. Merci pour vos conseils et ces précieux moments d'apprentissage pratique.

A tous les professeurs de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, merci de nous avoir transmis votre savoir et votre passion pour la dentisterie.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2016

N° 26

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 6 septembre 2016

par

DUCOFFE Marion

née le 14/02/1989 à STRASBOURG

QU'ATTENDENT LES PATIENTS DE LEUR CHIRURGIEN-DENTISTE ?

Président : Professeur WALTER Béatrice
Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Docteur JOERGER Roger
Docteur OFFNER Damien

Table des matières

Introduction	6
1. QUALITE DES SOINS.....	9
1.1 Enjeux	9
1.2 Définition.....	9
1.3 Donabedian : l'approche multidimensionnelle.....	11
1.4 Evaluation de la qualité des soins	13
2. SATISFACTION DU PATIENT	15
2.1 Recrudescence de l'attention portée à la satisfaction du patient.....	15
2.2 Vers une théorie de la satisfaction	15
2.2.1 Fishbein et Ajzen : croyances et attitudes	15
2.2.2 La théorie de la contradiction.....	16
2.2.3 La théorie de l'équité sociale.....	17
2.2.4 La théorie de l'attribution	17
2.3 Spécificités de la satisfaction envers les soins de santé.....	17
2.4 Méthodes de mesure de la satisfaction du patient.....	18
2.4.1 Les études qualitatives.....	19
2.4.2 Les études quantitatives.....	19
2.5 Variables affectant la satisfaction du patient.....	20
2.6 Avantages induits par la satisfaction du patient.....	21
2.6.1 Pour le praticien.....	21
2.6.2 Pour le patient	22
3. ATTENTES DU PATIENT : UNE REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
3.1 Différents niveaux d'attentes/concept de zone de tolérance.....	22
3.2 Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste ?.....	24
3.2.1 Les aptitudes comportementales et relationnelles du praticien.....	24
3.2.2 Les compétences techniques du praticien.....	25

3.2.3	La maîtrise de la douleur.....	27
3.2.4	La disponibilité et l'accessibilité	28
3.2.5	L'équipe de soin.....	29
3.2.6	Les aspects matériels.....	30
3.2.7	L'hygiène.....	30
3.2.8	Le coût des soins	31
3.2.9	Le genre du dentiste.....	33
3.3	Attentes versus réalité.....	34
3.3.1	Les attentes les plus fréquemment comblées.....	34
3.3.2	Les attentes les moins fréquemment comblées.....	36
3.4	Influence des caractéristiques socio-démographiques sur les attentes et la satisfaction des patients	37
3.4.1	L'âge.....	38
3.4.2	Le sexe.....	38
3.4.3	Le statut socio-économique/niveau d'étude.....	38
3.4.4	Le lieu de vie	39
3.4.5	Le niveau d'anxiété	39
3.4.6	La régularité des visites chez le dentiste.....	40
3.4.7	La nature du soin réalisé	40
3.4.8	Le type de structure fréquentée : privée/publique.....	40
3.5	Point de vue du dentiste.....	41
3.5.1	Le dentiste idéal : confrontation des opinions du dentiste et du patient.....	41
3.5.2	Perception du dentiste de la satisfaction de ses patients.....	42
4.	L'ETUDE	43
4.1	Objectif.....	43
4.2	Matériel et méthodes	43
4.2.1	Le questionnaire.....	44
4.2.2	Les critères d'inclusion	45
4.2.3	La méthode statistique	45
4.3	Résultats.....	45
4.3.1	Composition de l'échantillon.....	45
4.3.2	Caractéristiques démographiques de l'échantillon	46

4.3.3	Attentes de l'échantillon envers son chirurgien-dentiste.....	48
4.3.4	Intérêt des patients pour les différents critères étudiés.....	50
4.3.5	Préférences vis-à-vis du sexe du praticien.....	58
4.3.6	Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien.....	62
4.3.7	Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir rendez-vous.....	65
4.3.8	Tolérance vis-à-vis du temps passé en salle d'attente.....	68
4.3.9	Opinions vis-à-vis des soins dentaires low-cost.....	71
4.3.10	Motif de choix du praticien.....	72
5.	DISCUSSION.....	73
5.1	Limites de nos travaux.....	73
5.1.1	Concernant la revue de littérature.....	73
5.1.2	Concernant l'étude.....	74
5.2	Comparaison des résultats à ceux des autres études.....	75
5.3	Pistes pour l'amélioration de la satisfaction du patient.....	76
	Conclusions.....	78
	Références bibliographiques.....	81
	Annexes.....	87

Table des illustrations

Figure 1 : Niveaux d'appréhension de la qualité des soins.

Figure 2 : Concept de la zone de tolérance

Graphique 1 : Moyennes d'âges au sein de l'échantillon.

Graphique 2 : Répartition des hommes et des femmes au sein de chaque classe d'âge.

Graphique 3 : Distribution des milieux de vie au sein de chaque classe d'âge.

Graphique 4 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère.

Graphique 5 : Proportion d'hommes et de femmes ayant sélectionné chaque critère.

Graphique 6 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère en fonction de l'âge.

Graphique 7 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère en fonction du lieu de vie.

Graphique 8 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien.

Graphique 9 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction du sexe du patient.

Graphique 10 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction de l'âge.

Graphique 11 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction du lieu de vie.

Graphique 12 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien.

Graphique 13 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien en fonction du sexe.

Graphique 14 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien en fonction de l'âge du patient.

Graphique 15 : Préférences vis-à-vis de l'âge du dentiste en fonction du lieu de vie.

Graphique 16 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous.

Graphique 17 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction du sexe.

Graphique 18 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction de l'âge.

Graphique 19 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction du lieu de vie.

Graphique 20 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente.

Graphique 21 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction du sexe.

Graphique 22 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction de l'âge.

Graphique 23 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction du lieu de vie.

Graphique 24 : Opinions concernant les soins dentaires low-cost.

Graphique 25 : Motifs de choix du chirurgien-dentiste par le patient.

Introduction

« Dans la vie, il faut avoir un bon dentiste car, ou bien l'on est un raté et l'on doit sourire à ceux dont on sollicite l'aide, ou bien l'on a réussi et il convient de se montrer encore plus aimable pour se faire pardonner de n'avoir pas échoué. »
Mille et une pensées (2005) Philippe Bouvard

Le Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes précise dans son article second (article R-4127-202) : « Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ».

Au-delà du sens de cette déclaration, nous pouvons y mettre en évidence trois termes d'importance capitale : vie, individu et personne humaine, nous renvoyant au fait qu'avant d'être orientée vers la cavité orale, notre discipline est au service de l'Être humain, dans sa globalité. Ainsi, avant de soigner la partie, il est nécessaire de connaître le tout.

« Connaître le patient est au moins aussi important que connaître la maladie » (1).
La connaissance de notre patient nécessite la prise en compte à la fois de ses particularités anatomiques, physiologiques et pathologiques et de ses caractéristiques mentales et psychiques incluant notamment sa personnalité, ses préférences, ses choix et ses attentes.

Être averti des attentes des patients présente un intérêt double :

Pour nous praticiens, il s'agit d'un moyen de comprendre ce qui a mené le patient à frapper à notre porte, ce qui le pousse à nous rester fidèle, à nous considérer comme « un bon dentiste » qu'il recommandera à d'autres.

Par ailleurs, connaître et combler les attentes du patient permet d'aboutir à sa satisfaction qui est elle-même un indicateur puissant de la qualité des soins que nous dispensons (2,3).

La connaissance des attentes du patient est d'autant plus importante à notre époque qui voit se modifier la relation médecin-praticien : la supériorité du médecin paternaliste sur son patient ignorant et obéissant se voit aujourd'hui remplacée par un rapport d'égal à égal au sein duquel le médecin propose à un patient informé qui veut choisir en fonction de ses convictions propres. Le patient est ainsi devenu un membre actif de la relation de soin que l'on se doit de satisfaire.

Dans notre climat actuel de consommation et de compétitivité, l'importance portée à la satisfaction du consommateur s'est accrue (4,5). Le marketing est fondé sur le principe même selon lequel les organisations survivent et prospèrent grâce à la rencontre des besoins du consommateur. Le domaine de la santé suit les mêmes influences.

Nous pouvons par exemple citer l'Ordonnance du 24 avril 1996 relative à une réforme de l'hospitalisation publique qui précise que « tout établissement public de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients ».

Qualité des soins et satisfaction du patient sont devenus des impératifs qui s'imposent à nous, professionnels de santé.

Il est évident que nos compétences techniques ne suffisent pas à elles seules à gagner la satisfaction du patient. En effet, chacun a déjà pu être confronté au patient mécontent vis-à-vis d'un acte correctement exécuté, ou à l'inverse satisfait par un travail imparfait. Cette banale observation mène à la conclusion suivante : la satisfaction est multifactorielle (6).

Parmi les différents éléments pris en compte par le patient pour former son jugement, nous pouvons citer les aptitudes relationnelles du praticien : la communication, le respect, l'honnêteté, la sympathie et l'empathie qu'il dégage. Autant de caractéristiques qui nous renvoient aux valeurs éthiques fondatrices de notre profession et desquelles il est nécessaire de s'imprégner au moment même où notre métier pourrait renoncer à son statut de profession de santé pour assumer un but commercial et lucratif (7,8).

« J'ai un bon dentiste », « Tu connais un bon dentiste ? ». Nous avons tous eu l'occasion d'entendre ces phrases au cours de discussions de la vie courante. Au sein même de nos cabinets dentaires il n'est pas rare qu'un patient qui déménage dans une autre région nous demande « Pouvez-vous me conseiller un bon dentiste ? ».

Le « bon dentiste » semble ainsi être une expression commune. Cependant que se cache derrière celle-ci ? Ce « bon dentiste », qui est-il ?

L'objet de cette thèse sera de mettre en évidence les attentes des patients à l'égard des chirurgiens-dentistes pour tenter de répondre à notre question. La première partie consistera en une revue de la littérature française et internationale de manière à définir le sujet d'étude et de faire le point sur les données existantes et actuelles.

La seconde partie sera dédiée à la description et aux résultats d'une enquête épidémiologique réalisée en Alsace visant à recueillir les attentes des patients à l'égard des chirurgiens-dentistes.

L'ambition de ce travail est d'améliorer notre connaissance du patient, de ce qu'il attend de nous et de notre structure de soins. L'ensemble des informations recueillies pourra alors constituer une base à partir de laquelle nous serons à même d'adapter notre pratique pour la recentrer sur ce qui est essentiel pour le patient. L'objectif final est d'améliorer la satisfaction du patient, de laquelle découlent sa fidélité, sa régularité dans les visites et de ce fait, l'amélioration de son état bucco-dentaire.

1. QUALITE DES SOINS

1.1 Enjeux

La qualité est un impératif absolu dans notre économie actuelle.

Face à l'augmentation de l'offre, la qualité est devenue l'un des critères essentiels sur lesquels se base le consommateur pour comparer et choisir entre les différents services qui s'offrent à lui.

Par ailleurs, proposer des services de qualité, induit les avantages suivants (9) :

- Amélioration de la satisfaction du client et de sa fidélité.
- Conquête de nouveaux marchés.
- Renfort de l'image de marque.
- Augmentation des atouts face à la concurrence.
- Justification des prix.

L'ensemble de ces considérations est aussi valable au sein du domaine de la Santé. Cependant bien avant d'être au service du business, la qualité des soins est un devoir qui s'impose à tout praticien car c'est elle qui dépend le maintien de l'intégrité physique et psychique du patient.

1.2 Définition

Afin de pouvoir s'intéresser à la qualité des soins, l'évaluer ou bien même chercher à l'améliorer, il est indispensable de définir cette notion.

Plusieurs définitions sont proposées dans la littérature :

Code de déontologie médicale, Article 32 « Qualité des soins » :

« [...] le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

Avedis Donabedian, 1980 :

« Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins. »

Organisation Mondiale de la Santé, 1982 :

« Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

American Medical Association, 1984 :

« Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie. »

Institute of Medicine, 1990 :

« Capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. »

Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care, 1998 :

« [...] assurer l'utilisation appropriée des services de santé ; corriger les excès et les insuffisances d'offre de soins ; réduire les erreurs de soins. »

Face à la pluralité de ces définitions, nous devons nous rendre à l'évidence : la notion de qualité des soins est complexe et présente de multiples facettes qui tendent à apporter une certaine confusion chez les professionnels de santé.

1.3 Donabedian : l'approche multidimensionnelle

Avedis Donabedian, auteur de nombreux travaux relatifs à notre sujet d'étude, décrit les sept attributs qui définissent la qualité d'un soin (10) :

-« **Efficacy** » : L'efficacité, la capacité du soin, au meilleur de lui-même, à améliorer la santé et le bien-être.

-« **Effectiveness** » : La performance, l'importance de l'amélioration de santé induite par le soin.

-« **Efficiency** » : Le rendement, la capacité à obtenir la meilleure amélioration de santé à moindre coût.

-« **Optimality** » : L'optimisation des coûts et moyens mis en œuvre.

-« **Acceptability** » : L'acceptabilité, la conformité du soin vis-à-vis des préférences du patient en matière d'accessibilité, relation patient-praticien, équipements, effets des soins, prix des soins...

-« **Legitimacy** » : Le bien-fondé, la conformité des soins aux préférences sociales vis-à-vis de tous les éléments ci-dessus.

-« **Equity** » : L'équité, la justice dans la distribution des soins et leurs effets sur la santé.

Par ailleurs, Donabedian nous précise que « lorsqu'on cherche à définir la qualité, on se heurte rapidement au fait que plusieurs formulations sont possibles et légitimes, dépendant du niveau auquel on se situe dans le système de soin ainsi que de la nature et de l'étendue de nos responsabilités ».

C'est ainsi qu'il décrit plusieurs niveaux, ou cercles concentriques, au sein desquels la qualité d'un soin peut être appréhendée (11) :



Donabedian A. *ProQuest Nursing Journals, Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1997. vol 121. p 1146.

Figure 1 : Niveaux d'appréhension de la qualité des soins.

-Les professionnels de santé :

A la base de la qualité du soin se trouve le praticien.

Deux facteurs sont impliqués dans sa performance :

Ses compétences techniques, dépendantes de ses connaissances et de sa faculté de jugement permettant d'aboutir au choix de la meilleure stratégie de soin en accord avec les avancées scientifiques et technologiques.

Ses aptitudes relationnelles, moyen par lequel sont véhiculées les compétences techniques et desquelles dépend le succès thérapeutique.

-Les installations et équipements :

Le second niveau de la qualité des soins est représenté par les installations du système de soin : le confort qu'elles dégagent, leur modernité, leur propreté ainsi que leur respect de l'intimité sont autant de facteurs à prendre en considération.

-Le patient et son environnement :

Les attentes du patient, sa perception des soins, son observance du traitement, sa satisfaction mais aussi l'influence de son environnement familial et social sur le déroulement et l'issue du soin font partie prenante de ce troisième niveau.

-La communauté :

Le dernier niveau de la qualité des soins prend en compte l'ensemble de la communauté. Y sont impliqués : l'accès de tous aux soins, l'organisation du système de santé, son financement.

Le praticien se doit ainsi de tenir compte à la fois des impératifs économiques, des préférences personnelles du patient et des normes sociales pour assurer des soins de qualité.

1.4 Evaluation de la qualité des soins

Evaluer la qualité des soins est plus difficile qu'évaluer la qualité au sein d'autres services, et ce pour différentes raisons (12):

- L'utilisateur (le patient) n'est pas désireux de faire appel aux services de soins, générateurs de stress et d'anxiété.
- L'utilisation des services de santé est imprévisible et rarement planifiable.
- Les services de soins sont hétérogènes : ils utilisent des méthodes et des traitements pouvant être différents ce qui les rend difficilement comparables.
- La profession médicale est l'une des plus protégée et contrôlée.
- Il existe une asymétrie de connaissances entre le corps médical et le patient.

Malgré ces difficultés, évaluer la qualité des soins est indispensable pour garantir au patient une prise en charge et des traitements fiables compatibles avec les nouvelles avancées technologiques ainsi que pour encourager les professionnels de santé à améliorer leurs performances.

Gonzalez et al exposent 57 indicateurs de performance visant à évaluer la qualité des soins dentaires aux différents niveaux du système de santé (13).

Quelques-uns d'entre eux sont rapportés ci-après :

-Indicateurs de la performance des professionnels de santé :

- Pourcentage de restaurations nécessitant d'être remplacées avant que leur durée de vie statistique ne soit atteinte.
- Taux de succès des procédures endodontiques/implantaires/des résections apicales.
- Pourcentage de complications après l'extraction de dents de sagesse.

-Indicateurs de la satisfaction du patient :

- Pourcentage de patients présentant des douleurs dans les 12 mois consécutifs au soin.
- Le « Dental Satisfaction Index » (DSI) : inclut plusieurs dimensions telles que la satisfaction globale, le prix, la douleur, l'accès et la continuité des soins.
- Le « Dental Anxiety Scale » (DAS) : basé sur 5 questions concernant l'anxiété du patient.
- Le nombre de plaintes pendant une période donnée.

-Indicateurs des ressources existantes et du financement :

- Nombre de dentistes pour 10 000 habitants.
- Nombre d'écoles de dentisterie.
- Accessibilité aux soins : mesure la possibilité des patients à accéder rapidement à un dentiste.
- Nombre de patients couverts par une assurance.

-Indicateurs de l'utilisation des soins de santé :

- Nombre annuel de patients reçus.
- Nombre de traitements dentaires réalisés par visite.
- Pourcentage de patients qui visitent le dentiste au moins une fois par an.

-Indicateurs de l'issue des soins :

- Le « DMF-T » : nombre de dents cariées, manquantes et obturées.
- Le « Oral Health Scoring Index » (OHS) : index prenant en compte entre autres le confort du patient, les aspects esthétiques et fonctionnels du soin.

2. SATISFACTION DU PATIENT

2.1 Recrudescence de l'attention portée à la satisfaction du patient

Après les premières études de satisfaction menées dans les années 60 (14), environ 15 000 articles académiques et études de marketing ont vu le jour dans les années 80 et 90. L'intérêt porté à la satisfaction du patient s'est donc grandement accru ces dernières décennies.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela :

La satisfaction est aujourd'hui considérée comme un indicateur puissant de la qualité des soins : « put simply, care cannot be high quality unless the patient is satisfied » (2).

Par ailleurs, face au mouvement de consommation actuel, la satisfaction du consommateur est devenue une issue indispensable à toute transaction et l'un des buts de la délivrance des soins.

Pour finir, la satisfaction du patient représente un enjeu économique important. Holth et Mc Hugh ont montré que le mécontentement du patient vis à vis de son dentiste était la cause principale de changement de dentiste (15).

2.2 Vers une théorie de la satisfaction

Bien que les travaux relatifs à la satisfaction soient nombreux, rares sont ceux qui nous proposent une définition explicite du concept. La plupart des écrits cherchent à déterminer les facteurs socio-démographiques impliqués, les causes et conséquences de la satisfaction plus qu'à développer une théorie socio-psychologique solide.

Voici une revue de la littérature proposant quelques concepts phares permettent d'appréhender le sujet.

2.2.1 Fishbein et Ajzen : croyances et attitudes

Ces psychologues font appel à deux notions pour expliquer la satisfaction (16) :

Les attitudes (telle que la satisfaction) qui se réfèrent aux affects, aux sentiments.

Les perceptions (telles que les croyances) qui se réfèrent à la cognition, au savoir et connaissances.

Les croyances représentent l'information qu'un sujet possède à propos d'un objet : autrement dit, l'ensemble des attributs que le sujet rattache à cet objet.

Les individus diffèrent entre eux dans leur force de conviction selon laquelle les différents attributs se rattachent à l'objet.

Les attitudes du sujet à l'égard d'un objet seraient liées d'une part à la force de conviction selon laquelle l'objet présente certaines caractéristiques et d'autre part à la concordance entre l'image de l'objet que le sujet s'était créée mentalement et la perception de l'objet réel.

Selon cette théorie, la satisfaction du patient serait ainsi corrélée à la force de conviction qu'un soin ou service de soin donné présente divers attributs, et à l'évaluation de la présence de ces mêmes attributs dans la réalité.

L'équation de Fishbein et Ajzen résume cette théorie :

$$\text{Attitude} = \sum B \times E$$

ou B = force de la croyance et E = évaluation de l'attribut

2.2.2 La théorie de la contradiction

Cette théorie stipule que la satisfaction est liée à la différence perçue (mais pas nécessairement réelle) entre les attentes/désirs et ce qui se produit (17,18).

Ainsi, plus la perception du sujet coïncide avec ses attentes, plus la satisfaction est élevée et inversement.

Par ailleurs, plus les attentes d'un individu sont élevées, plus il sera difficile de les combler ou de les dépasser. Il en résulte une probabilité plus importante que le sujet soit peu satisfait voire insatisfait.

Deux phénomènes viennent compléter cette théorie :

L'effet d'assimilation : Lorsque les perceptions diffèrent légèrement des attentes, le sujet tend à déplacer ses perceptions pour les rendre compatibles avec ses attentes.

L'effet de contraste : Passé un seuil, l'individu ne peut plus déplacer ses attentes pour les faire corrélées avec ses perceptions, il va alors exagérer la différence entre les deux.

2.2.3 La théorie de l'équité sociale

Elle propose que les individus comparent leur situation (en termes de ratio avantages-gains/désagréments-pertes) à celle des autres (19).

L'individu est satisfait lorsque sa situation est au moins similaire voire plus favorable à celle des autres. La satisfaction n'est donc plus seulement une affaire individuelle mais fait intervenir la société et les normes sociales auxquelles l'individu va se référer de manière à former son jugement.

Les travaux de Williams sur la « privation relative » viennent renforcer cette idée et portent notre attention sur les différences entre les comparaisons individuelles et collectives (20):

« Recevoir moins que ce que l'on désire, ou que ce dont on a besoin, entraîne un sentiment de privation ;

Recevoir moins que ce que l'on attend entraîne un sentiment de déception ;

Recevoir moins que ce qui est mandaté par les règles et valeurs sociales entraîne un sentiment d'injustice. »

2.2.4 La théorie de l'attribution

Lorsque les attentes d'un individu vis-à-vis d'un objet acquis ou d'un service reçu ne sont pas comblées, celui-ci va rechercher un coupable : bien souvent le vendeur/prestataire de service. Il en résulte une confrontation entre les deux partis, dont l'issue, lorsqu'elle est défavorable pour l'acheteur, va entraîner son insatisfaction (21).

2.3 Spécificités de la satisfaction envers les soins de santé

De plus en plus de chercheurs s'accordent sur le fait que la satisfaction du patient est différente de la satisfaction du client/consommateur.

Susie Linder-Pelz a ainsi montré dans ses travaux que la théorie de la contradiction n'était pas vérifiée en ce qui concerne la satisfaction pour les soins de santé (4,22) :

Les attentes, la force de conviction et la perception ont chacune des effets indépendants sur la satisfaction.

Les attentes du patient sont le déterminant psychologique le plus important dans la satisfaction (en comparaison avec sa force de conviction et sa perception).

La conformité des perceptions du patient avec ses attentes n'a pas d'influence dans la satisfaction. En effet, les résultats de l'étude montrent que les attentes et croyances du patient avant la visite quant à l'attitude du praticien sont déterminantes dans la perception de l'attitude réelle du médecin, et ce, indépendamment de la façon dont celui-ci s'est comporté.

Les patients les plus satisfaits sont ceux qui avaient des attentes très importantes qui ont été comblées, viennent ensuite les patients qui avaient des attentes élevées qui n'ont pas été totalement satisfaites, puis ceux avec des attentes maigres n'ayant pas été remplies.

Les attentes semblent jouer un rôle fondamental dans l'évaluation du soin par le patient.

Les résultats de cette étude nous permettent de croire qu'avant même d'adapter notre conduite au patient dans le but de le satisfaire, il nous faut opérer sur la représentation mentale du soin que ce dernier se construit. Une image positive et sereine de la situation de soin aurait une forte tendance à aboutir à une appréciation positive de celui-ci.

Une conséquence à cela : la nécessité d'agir contre le stress et l'anxiété du patient qui représentent un risque accru d'insatisfaction.

Si la théorie de la contradiction pouvait nous influencer à diminuer les exigences du patient dans le but d'augmenter nos chances de les satisfaire, cette étude nous montre qu'il s'agit d'une mauvaise alternative. Effectivement, les patients ayant des attentes élevées non comblées sont plus satisfaits que les patients qui ont des attentes faibles non contentées.

2.4 Méthodes de mesure de la satisfaction du patient

Deux types de méthodes sont utilisés pour mesurer la satisfaction : les méthodes qualitatives ayant pour but de décrire la satisfaction sans faire appel aux unités de mesure, et les méthodes quantitatives qui évaluent la satisfaction à l'aide d'échelles de mesure dans le but d'établir un score.

2.4.1 Les études qualitatives

-**L'auto-questionnaire** : Il comporte des questions ouvertes auxquelles l'intéressé va répondre seul.

-**L'entretien individuel** : Il s'agit d'un face à face, pendant lequel un interviewer interroge un individu à propos d'un sujet donné.

-**La réunion de groupe (focus group) ou table ronde** : elle réunit plusieurs personnes autour d'un interviewer qui va mener un débat propice à l'échange d'idées et au recueil des opinions et sentiments des différents individus vis-à-vis du sujet étudié.

-**L'observation** : elle consiste à recueillir l'avis d'un individu à son insu, en observant son attitude, ses gestes, le ton de sa voix, ses expressions faciales...

2.4.2 Les études quantitatives

-**Le questionnaire de sortie (QS)** : Il est apparu en 1947 dans une circulaire et a été rendu obligatoire pour tous les établissements de santé en 1997. Cet outil à moindre coût donne le droit aux patients qui le souhaitent, d'exprimer leur ressenti du soin de manière anonyme. Les inconvénients du QS sont liés au faible taux de retours et à son aspect peu représentatif. En effet, les retours des patients ont bien souvent des profils extrêmes : grande satisfaction ou profond mécontentement (23).

-**Les enquêtes de satisfaction (ES)** : Elles n'ont pas de caractère obligatoire et peuvent être entreprises dans le but d'évaluer de façon plus fiable et représentative la satisfaction des patients. Il s'agit d'études randomisées basées sur l'administration de questionnaires. Les limites des ES sont liées à leur coût pouvant être élevé selon la taille de l'échantillon, à leur mode d'administration (voie postale, téléphonique ou face à face) et au fait que les informations recueillies ne portent que sur des aspects préalablement déterminés.

Il n'existe pas de questionnaire de satisfaction de référence dans la littérature : chaque étude s'intéressant à la satisfaction a ainsi bien souvent développé son propre outil de mesure. Cependant deux échelles sont plus fréquemment utilisées : le « **Dental Visit Satisfaction Scale** » (DVSS) (24) et le « **Dental Satisfaction Questionnaire** » (DSQ) (25) possédant chacune ses limitations : le DVSS fait référence à la dentisterie en général, tandis que le DSQ se réfère à une visite dentaire spécifique en faisant intervenir les items suivants par l'intermédiaire d'une échelle de Likert : information/communication, compréhension/acceptation et compétences techniques. Pour pallier aux lacunes de ces deux échelles, J. Mussard et al ont récemment développé un nouveau questionnaire : « **the Dental Practice Assessment questionnaire** » (26) afin d'évaluer l'ensemble des 5 dimensions impliquées dans la satisfaction du patient mises en évidence par Newsome et Wright (3).

2.5 Variables affectant la satisfaction du patient

Parasuraman et Berry décrivent 5 variables qui affectent la satisfaction du patient (27) :

-« **Reliability** » : la fiabilité, les qualifications du dentiste, sa formation continue, sa capacité à exécuter les actes sans erreur.

-« **Assurance** » : l'assurance, le sentiment de sécurité et de confiance que dégage le dentiste.

-« **Empathie** » : l'empathie, l'attention du dentiste envers le patient, la volonté d'écouter ses besoins et de combler ses attentes.

-« **Responsiveness** » : la réactivité, la volonté d'aider le patient, de lui proposer des rendez-vous rapidement, de lui donner les informations adéquates.

-« **Tangibles** » : les aspects matériels, l'apparence des lieux et des équipements, la propreté, le fonctionnement du cabinet.

Dans la continuité des travaux précédents, Newsome et Wright mettent en évidence 5 caractéristiques sur lesquelles se base le patient pour évaluer la qualité des soins et desquelles dépend sa satisfaction (3) :

-« **Technical competence** » : les compétences techniques du praticien, la maîtrise de la douleur, les suites opératoires, la qualité de vie après le soin...

-« **Interpersonal factors** » : les aptitudes relationnelles du praticien, la sympathie du praticien, l'échange d'informations avec le patient, la capacité à écouter et comprendre les besoins du patient...

-« **Facilities** » : l'environnement des soins, la modernité des équipements, la propreté, le confort...

-« **Convenience** » : l'organisation des soins/les commodités, la durée de la consultation, le temps d'attente avant d'obtenir un rendez-vous, les horaires d'ouverture, l'accessibilité...

-« **Costs** » : le prix des soins.

2.6 Avantages induits par la satisfaction du patient

2.6.1 Pour le praticien

Comme énoncé précédemment, la satisfaction du patient représente un enjeu économique pour le praticien : c'est elle qui garantit la fidélité du patient.

La fidélité du patient représente un véritable défi actuellement car s'il était habituel, il y a quelques années, de consulter le même praticien toute sa vie durant, le patient de notre époque a tendance à frapper à la porte de plusieurs cabinets pour comparer et choisir celui qui lui correspondra au mieux et n'hésite pas à changer de praticien en cas d'insatisfaction.

Thomson et al ont ainsi montré dans leur étude menée en Australie que 1/3 des patients voyaient un dentiste différent de celui qu'ils voyaient 2 ans plus tôt, et que 15% d'entre eux avaient changé de dentistes du fait d'une insatisfaction (28).

Par ailleurs, un patient satisfait sera plus à même de faire confiance à son praticien. La confiance étant elle-même considérée comme le déterminant majeur d'une relation patient-praticien de qualité, nécessaire au bon déroulement des soins (29).

Enfin, un patient satisfait constitue un risque diminué de rendez-vous manqués qui représentent une perte de temps et donc un manque à gagner pour le praticien.

2.6.2 Pour le patient

Le patient satisfait retourne chez le même dentiste ce qui lui assure une continuité dans les soins (30). Le praticien connaît ses attentes, sa personnalité, ses antécédents généraux et bucco-dentaires, sa régularité dans les visites. Il peut donc adapter son plan de traitement pour assurer une prise en charge personnalisée et optimale.

Le patient satisfait est un patient rassuré et moins angoissé à l'égard des soins. On peut ainsi s'attendre à ce qu'il soit présent à toutes les séances de soins programmées et régulier dans ses visites. Les pathologies bucco-dentaires qu'il présente ont alors de grandes chances d'être diminuées et peu avancées.

Par ailleurs, les patients satisfaits sont plus compliants et suivent mieux les instructions qui leurs sont données (31,32). L'issue du traitement a donc une probabilité augmentée d'être favorable et les suites opératoires diminuées.

Ainsi, le patient satisfait a toutes les chances d'avoir un état bucco-dentaire meilleur que celui d'un patient insatisfait.

3. ATTENTES DU PATIENT : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1 Différents niveaux d'attentes/concept de zone de tolérance

Zeithaml et Bitner portent notre attention sur le fait que les attentes du patient ne doivent pas être vues comme une entité unique (33). Ils décrivent ainsi trois types ou trois niveaux d'attentes devant être distingués :

-« **The desired service** » : le service désiré (SD) = l'idéal du consommateur, le meilleur espéré.

-« **The predicted service** » : le service probable (SP) = le niveau de service que le consommateur sait être le plus proche de la réalité.

-« **The adequate service** » : le service acceptable (SA) = le seuil de tolérance, le niveau le plus bas de performance que le consommateur est susceptible d'accepter.

Dans leur étude portant sur la mesure des attentes de patients Américains et Norvégiens à l'égard des soins de santé, Bowling et al ont mis en évidence les conclusions suivantes (34) :

La performance du soin à laquelle s'attendent les patients est plus faible que leurs idéaux : **SP < SD**

La performance du soin perçue par le patient (P) est plus faible que ses idéaux mais similaire ou très proche de celle à laquelle il s'attendait : **P < SD et P ≈ SP**

Il existe une corrélation plus importante entre la perception du soin par le patient et ce à quoi il s'attendait qu'entre la perception et l'idéal du soin.

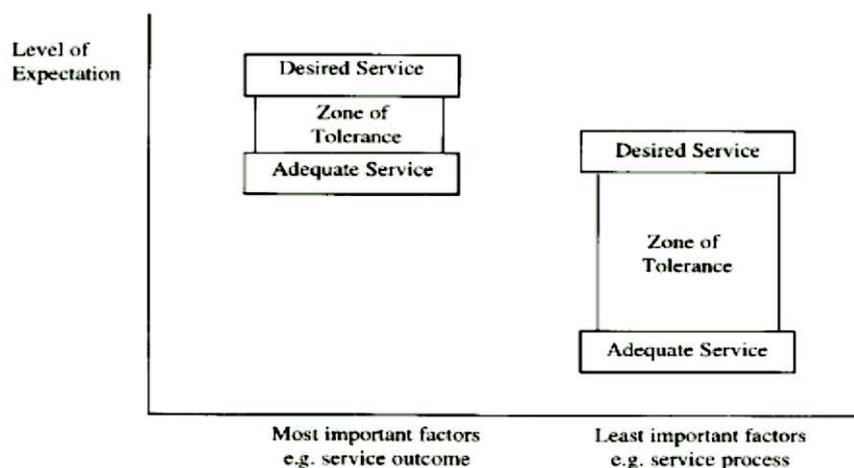
Zeithaml et Bitner décrivent ensuite le concept de « **zone de tolérance** » : il s'agit d'une zone de performance neutre comprise entre le service désiré et le service probable (33).

Lorsque la performance d'un service est située dans la zone de tolérance, le consommateur ne porte pas de jugement : il n'est ni satisfait, ni insatisfait.

Sa satisfaction n'est affectée que lorsque la performance du service est située hors de la zone de tolérance (plus haute ou plus basse).

La zone de tolérance varierait d'un individu à l'autre et selon les attributs du service évalués.

Comme le montre le schéma suivant : La zone de tolérance serait plus étroite lorsque l'importance portée à un attribut est grande.



NEWSOME, P.R., WRIGHT, G.H. *A review of patient satisfaction : concepts of satisfaction.* British Dental Journal. 1999. Vol 186, n°4, p 163.

Figure 2 : Concept de la zone de tolérance

Le concept de zone de tolérance semble être particulièrement applicable au domaine de la Santé, ce que nous confirment Nelson et Larson (35).

Dans leur étude portant sur l'effet des bonnes et mauvaises surprises sur le niveau de satisfaction des patients, ils montrent que lorsque le soin a un effet supérieur à celui attendu (« good surprise ») ou lorsqu'il est situé dans la zone de tolérance (« no surprise»), le patient a tendance à exprimer de la satisfaction. A contrario, lorsque l'effet du soin est plus faible que celui attendu (« bad surprise »), le patient est plus susceptible d'être insatisfait.

3.2 Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste ?

3.2.1 Les aptitudes comportementales et relationnelles du praticien

Ces aptitudes sont citées dans de nombreuses études comme étant l'attribut recherché en priorité par notre patientèle.

Les patients ont beaucoup de mal à juger les compétences techniques de leur praticien du fait de leur manque de connaissances. Ils vont alors se baser sur les aspects relationnels et comportementaux, facilement perceptibles et évaluables, pour juger la qualité du travail effectué. En particulier, les patients vont être attentifs à la communication, à la bienveillance du dentiste et à son empathie (24) :

Armfield et al : « the most common reasons stated for dental satisfaction were that the dentist was friendly, respectful and explained everything well » (36).

Lahti et al : « Behavioral components of the dentists' professional competence, such as communication and supportiveness, were considered the most important » (37).

Karydis et al : « Empathy was the most important dimension that patients desire to be fulfilled » (12).

Reid et al ont réalisé une étude portant sur les caractéristiques éthiques des chirurgiens-dentistes incluant entre autres l'honnêteté, la bienfaisance, le respect de l'autonomie du patient, l'empathie, la compassion, la patience, le courage et l'humilité (38). Ils ont démontré que plus de 90% des répondants considéraient comme extrêmement ou très importants 21 des 26 aspects étudiés.

La volonté de contrôler la douleur du patient, de le mettre à l'aise et de lui conférer un sentiment de sécurité sont autant de qualités également appréciées par nos patients (39).

Devant l'insécurité que représente la situation de soin, le patient attend en premier lieu de son dentiste qu'il le mette à l'aise, le rassure et sache atténuer ses angoisses. Pour ce faire, le dentiste doit adopter une attitude agréable, joviale et calme afin de créer une atmosphère détendue et sécurisante. Il doit entretenir un dialogue avec le patient pour lui témoigner l'intérêt particulier qu'il lui porte et enfin lui expliquer ses observations, les thérapeutiques envisageables et leurs conséquences. Le patient doit sentir qu'il a le contrôle par son pouvoir de choix et de décision.

3.2.2 Les compétences techniques du praticien

La plupart des études décrivent les compétences techniques du praticien comme l'un des paramètres les plus importants pour le patient.

Cependant, il est impossible pour quiconque ne pratiquant pas la dentisterie d'évaluer de manière objective les compétences techniques d'un chirurgien-dentiste. L'esthétisme du résultat et le confort fonctionnel qu'il procure (en termes de mastication, respiration, déglutition, posture) sont deux aspects mesurables par le patient, toutefois ceux-ci ne sont que deux composantes de la multitude des facettes définissant la qualité du travail d'un praticien (40).

Si les compétences techniques représentent un aspect essentiel pour nos patients, la difficulté qu'ils rencontrent pour les évaluer les mène à leur porter une importance diminuée :

Armfield et al : « Items relating to professional competence were much less endorsed as being reasons for patient satisfaction » (36).

Lahti et al : « occupational and professional aspects, such as technical competence, were less important » (37).

Bowling et al : Les aspects les moins importants pour les patients sont en relation avec les procédures cliniques : l'examen, les investigations, le diagnostic, les prescriptions (34).

L'étude réalisée en Grèce par Karydis et al concernant l'importance de chaque variable de la satisfaction énoncée par Parasuraman, révèle que l'empathie est l'aspect le plus important pour les patients, suivie par l'assurance, la réactivité et enfin par la fiabilité (12). Les compétences techniques pouvant être assimilées à la variable « fiabilité » ont donc là aussi une importance mineure.

Faute de connaissances de notre métier, les patients vont faire appel à d'autres aspects, le plus souvent à nos aptitudes humaines, pour évaluer nos compétences techniques ce que démontre l'étude de Calnan et al réalisée en Angleterre (41).

Voici certaines affirmations par lesquelles les patients expliquent les compétences techniques élevées ou maigres de leur chirurgien-dentiste :

« He does a good job, he knows what he's doing. He doesn't cause any problems ».

« You are in and out within two minutes flat and you do feel a little bit that maybe he hasn't been thorough ».

« He seems to be doing the right thing... I haven't had any pain ».

« I mean if you have a filling and it falls out, or what he does, it doesn't cure you, then I think he is not a very good dentist ».

Selon ces déclarations, les patients considèrent compétent un dentiste qui consacre le temps et l'attention nécessaires pour réaliser un examen adéquat, et qui parvient à soigner ses patients en maîtrisant douleurs et désagréments au moment et à la suite du soin.

Des résultats similaires ont été relevés dans les travaux de Corah et al où l'évaluation des compétences techniques semble être basée sur la communication, l'attention envers le patient et le don d'informations (24).

L'étude d'Abrams et al s'intéressant à l'évaluation de la qualité des restaurations dentaires a apporté les conclusions suivantes :

« Simply practising dentistry with a high degree of technical expertise will not necessary convince the patient that he has received high quality dental care. Other less technical aspects of dental treatment are recognised as being barometers of quality of dental treatment. Practitioners should not lose sight of the human and psychological aspects of care, and keep in mind that they are integral components of quality in dental treatment » (42)

Les patients semblent apporter une importance croissante à la spécialisation des chirurgiens-dentistes. Une enquête commanditée par l'ADF et réalisée par l'Institut Taylor Nelson Sofres en 2011 relate leur demande (43).

Par ailleurs Karydis et al montrent une légère préférence des patients pour se faire soigner par un dentiste spécialisé (12).

Un aspect important pour les patients serait que leur dentiste actualise ses connaissances de manière à être informé et maîtriser les techniques et technologies actuelles.

Sluijs et Dekker ont démontré que la formation continue du dentiste était la priorité pour les patients (44).

Buchan obtient lui aussi que les utilisateurs des systèmes de santé attendent que les soins qui leurs sont conférés reflètent le meilleur des connaissances du moment (45).

3.2.3 La maîtrise de la douleur

L'odontophobie, peur des soins dentaires, est considérée comme l'une des peurs les plus communes (46,47). Celle-ci concernerait entre 5 et 15% des adultes des pays industrialisés (48). La peur de la douleur est la raison principale expliquant cette anxiété à l'égard des soins dentaires (49).

La gestion de la douleur est décrite dans toutes les études comme un facteur primordial. L'étude de Holt et Mc Hugh par exemple, démontre que 73% des individus considèrent le contrôle de la douleur comme très important (15).

Nous connaissons tous par cœur cette petite phrase qui surgit juste avant de débiter les soins : « Est-ce que cela va faire mal ? ». Face à la récurrence de cette question, il est simple de se représenter l'enjeu que représente la maîtrise de la douleur pour le patient : elle est tout simplement la condition sine qua non pour que celui-ci accepte les soins et nous offre sa confiance. Elle est aussi la clause d'un contrat implicite qui lie le patient et son praticien : « Je reviendrai, si tu ne me fais pas mal ».

Par ailleurs, comme décrit précédemment, les patients la considèrent comme un critère d'évaluation des aptitudes techniques du praticien et de la qualité des soins qu'il délivre.

3.2.4 La disponibilité et l'accessibilité

Ces aspects semblent avoir une importance bien plus faible pour les patients que les aspects précédents.

Janda et al affirment ainsi que les dentistes ne devraient pas y apporter trop d'importance et devraient se focaliser davantage sur les aspects basiques du soin que sont les compétences professionnelles et relationnelles du praticien (50).

Holt et Mc Hugh ont observé que trois des quatre facteurs les moins importants pour le patient étaient les horaires d'ouverture du cabinet, le temps d'attente et le temps passé avec le dentiste (15).

Une étude conduite à Shiraz (Iran) par Moshkelgosha et al a obtenu les résultats suivants : parmi les répondants, seulement 2% ont sélectionné « des horaires défavorables » et 14% ont sélectionné « une distance éloignée de la maison » comme étant des facteurs défavorables pour le choix d'un dentiste donné, faisant de ces deux facteurs les moins considérés de l'étude (51).

Les résultats des travaux de Calnan et al relatifs aux qualités indispensables des chirurgiens-dentistes démontrent que : la disponibilité en urgence a été sélectionnée par 21% des patients (2^{ème} facteur le plus important de l'étude), la disponibilité (hors cas d'urgence) a été sélectionnée par 6% des patients, le temps passé en salle d'attente a été choisi par seulement 1% des patients (41).

Ces résultats nous témoignent la tolérance des patients vis-à-vis du temps d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous en situation non urgente. En revanche il est capital pour le patient que son dentiste se rende disponible pour le recevoir rapidement en cas d'urgence/ douleur.

Une étude réalisée en France en 1997 par l'ADF/SOFRES nous donne quelques précisions concernant les attentes des patients à l'égard du délai de rendez-vous et de l'attente en salle d'attente :

L'idéal des patients est un délai de 6 jours pour l'obtention d'un rendez-vous et une attente de 8 à 10 minutes en salle d'attente. Le maximum acceptable est de 10 à 12 jours pour obtenir un rendez-vous et de 15 à 20 minutes à patienter en salle d'attente (52).

3.2.5 L'équipe de soin

Plusieurs travaux relatent l'importance du comportement de l'équipe de soin pour le patient :

Bowling et al ont démontré que la serviabilité de l'équipe soignante faisait partie des aspects les plus recherchés par le patient (34).

Une étude réalisée en Indonésie obtient que les patients placent l'attention de l'équipe de soin à leur égard au 3^{ème} rang d'importance parmi 17 autres critères (53).

Enfin les résultats de l'étude suisse d'Armfield et al s'intéressant aux critères impliqués dans la satisfaction du patient, montrent que la sympathie de l'équipe soignante occupe la 3^{ème} place sur 15 (36).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet intérêt pour l'équipe qui entoure le dentiste : Les assistantes, réceptionnistes, secrétaires sont les premières personnes auxquelles le patient est confronté lorsqu'il entre dans le cabinet. Celles-ci vont jouer un rôle déterminant dans la première impression du patient et de ce fait, dans sa satisfaction globale.

Une équipe souriante, accueillante et serviable sera plus à même de détendre le patient et de lui faire oublier son angoisse vis-à-vis du soin.

S'il est parfois difficile pour le patient de tenir une conversation avec son dentiste pendant le soin (le patient a la bouche ouverte, le dentiste manque souvent de temps), l'équipe de soin est plus propice pour les échanges. C'est bien souvent à elle que le patient se confie.

Enfin, il est intéressant de souligner l'importance du duo assistante-praticien, reflet de l'organisation et du management du cabinet. L'utilisation du vouvoiement, d'un ton calme et respectueux entre les protagonistes peuvent être autant de facteurs générateurs d'une image positive du cabinet dentaire.

3.2.6 Les aspects matériels

Burke et Croucher ont demandé à des patients de ranger 16 critères décrivant la pratique dentaire selon leur ordre d'importance (54). Parmi les trois derniers critères se trouvent : la modernité des équipements, la décoration agréable et l'image de marque du cabinet. Les aspects matériels semblent donc être placés au second plan.

Bien que peu décisifs dans le choix du dentiste, les aspects matériels tels que l'esthétique du cabinet, le confort des équipements, l'ambiance musicale constituent des plus pour nos patients (55).

L'évolution des techniques amène un besoin de modernité qui vient faire évoluer les attentes de nos patients ce que relève l'étude ADF/SOFRES : nos patients souhaitent être divertis pendant les soins (téléviseurs, écouteurs stéréo), des instruments moins bruyants, des équipements diagnostiques permettant d'accroître les performances et de diminuer la durée des soins (43).

3.2.7 L'hygiène

L'hygiène du cabinet se voit porter une importance toute particulière à notre époque où s'accroît la recrudescence des maladies infectieuses (hépatites, VIH..) que l'on sait transmissibles par le biais des soins en cas de faille dans la chaîne d'asepsie.

Une étude s'intéressant aux attentes des patients conduite dans une clinique dentaire d'Athènes a donné la priorité au critère « respect des règles d'hygiène et d'antisepsie » (12).

Ce souci d'hygiène a aussi été relevé dans les travaux de Bowling et al où la propreté est citée comme l'un des aspects les plus importants pour les patients (34).

Comme le souligne Rodolphe Cochet : « le respect des conditions élémentaires d'hygiène et aseptie forme l'un des critères fondamentaux et radicaux de jugement du patient. Sa sentence est sans appel. Sa première impression sera également toujours la dernière lorsqu'il s'agit de sécurité sanitaire » (40).

3.2.8 Le coût des soins

La littérature apporte des données contradictoires quant à l'importance du prix des soins pour le patient selon les pays considérés.

Les résultats de la revue de littérature effectuée par Newsome et Wright entre 1980 et 1999 démontrent que le prix des soins ne semble pas être un problème pour les patients (3).

L'étude de Barnes va dans le même sens en concluant que le prix est le facteur le moins décisif dans le choix d'un dentiste (56).

Kres et Silversin concluent que les deux facteurs les moins importants dans le choix d'un dentiste sont : « connaître le prix à l'avance » et « les prix sont appropriés » (57).

D'autres études démontrent quant à elles une grande influence des aspects financiers : L'étude de Moshkelgoshia en 2014 définit le prix des soins comme le facteur le plus influant dans le choix d'un dentiste (51).

L'étude de Calnan et al en 1999 montre que parmi 8 critères le prix est le 3^{ème} plus important pour les patients (41).

Ces résultats controversés peuvent être expliqués par des différences à la fois dans les niveaux socio-économiques des répondants, et dans les systèmes de santé (coût et prise en charge des soins) des pays au sein desquels les études ont été menées. Il va de soi que l'aspect financier d'un traitement aura plus d'importance pour un patient aux ressources limitées et/ou pour qui l'intégralité du coût reste à charge.

D'autres études apportent quelques précisions à la problématique du prix des soins : L'étude Suisse d'Armfield et al en 2012 place le critère « le dentiste discute du prix avant le début des soins » au 4^{ème} rang sur 15 (36).

Les travaux de Reid et al relatent que 98% des répondants considèrent comme extrêmement important que le dentiste ne propose pas de traitements inutiles simplement pour gagner de l'argent, 96% affirment qu'il est extrêmement important que le dentiste informe le patient de toutes les alternatives de traitement, même si certaines lui rapportent moins d'argent (38).

Croucher affirme que la grande crainte des patients serait d'être exploités (58). Ceux-ci relatent leur ignorance vis-à-vis de la charge de travail que représentent les soins, leur agacement envers la façon dont le dentiste leur réclame le règlement final, leur inquiétude quant à la stabilité des soins dans le temps et l'implication de la responsabilité du dentiste en cas de survenue d'un problème.

Ces résultats laissent penser que la préoccupation principale du patient quant au prix serait moins liée au problème du financement qu'à la crainte d'une escroquerie de la part de son dentiste. Afin d'être convaincu que le prix est justifié, le patient a besoin de transparence vis-à-vis du traitement considéré, de ressentir qu'il peut faire confiance à son praticien.

Pour cela, il implique au dentiste de consacrer le temps nécessaire à l'énonciation des tenants et aboutissants du traitement : raisons qui motivent les soins, bénéfices pour le patient, étapes de réalisation des soins, durée nécessaire, garanties. Par ailleurs, l'organisation du traitement doit être pensée de manière à être compatible avec l'organisation personnelle du patient (son emploi du temps et ses possibilités de financement). Après s'être assuré que le patient ait compris les informations promulguées, un devis devra être établi et expliqué avant le début des soins. Le consentement du patient est un préalable indispensable à l'amorce du traitement.

Barnes affirme que le prix du traitement est considéré par le patient comme un indicateur de sa qualité :

« In this context prices are simply interpreted as being fair by a patient who has perceived the quality of care to be high. The implication is that those patients who think the fees are too high are also dissatisfied with the quality of care. » (56)

Le jugement d'un prix en termes d'intensité (élevé ou bon marché) ne serait donc pas lié à la valeur du prix en lui-même mais reflèterait la façon dont le patient perçoit et considère le soin en question. Un prix n'est exagéré que si le soin effectué n'est pas à la hauteur du résultat escompté. Les patients seraient ainsi peu influencés par le prix une fois convaincus de la qualité du travail proposé.

3.2.9 Le genre du dentiste

Dans le passé, les patients préféraient consulter un médecin du même sexe lorsqu'étaient impliqués des problèmes personnels ou les organes génitaux (59,60).

Dans le domaine de la dentisterie, les patients semblaient avoir une préférence pour un dentiste homme, et ce indépendamment de leur propre sexe (61,62).

L'existence même de préférences en matière de genre renvoie inévitablement aux croyances communes selon lesquelles certains attributs seraient plus fréquemment associés à l'homme ou à la femme, regroupées sous le nom de stéréotypes.

Smith et Dundes se sont intéressés à la persistance des stéréotypes de genre vis-à-vis des dentistes ainsi qu'à la préférence pour un dentiste d'un sexe donné (63).

Les résultats de l'étude datant de 2008 montrent que 15% des hommes et 22% des femmes préfèrent être soignés par un homme. 6% des hommes et 19% des femmes préfèrent être soignés par une femme. Aussi, certaines caractéristiques ont été un peu plus souvent assimilées à l'homme ou à la femme, et ce, indépendamment du propre sexe du répondant :

Les dentistes femmes sont perçues comme plus à mêmes de mettre les patients à l'aise, de prendre le temps de discuter de leurs problèmes de santé et moins pressées que les dentistes hommes.

Les dentistes hommes sont considérés comme plus dévoués à leur métier, plus responsables, mais moins tolérants vis-à-vis des plaintes des patients face à la douleur. Ils seraient attirés par la profession pour le pouvoir qu'elle leur confère.

Les études de Christen et al (64) et de Hall et al (65) ont montré que les patients modifiaient leur attitudes et attentes selon qu'ils étaient en présence d'un praticien homme ou d'un praticien femme.

Si les études relatent une faible proportion de patients ayant une préférence vis-à-vis d'un genre donné, certaines idées semblent encore persister de nos jours et pourraient être à l'origine d'attentes différentes de la part des patients à l'égard de leur dentiste selon qu'il soit un homme ou une femme : des aptitudes relationnelles (empathie, patience) développées seraient plutôt attendues d'un dentiste femme tandis que de hautes compétences techniques (rigueur, fermeté) seraient plutôt attendues d'un dentiste homme.

3.3 Attentes versus réalité

La satisfaction globale des patients à l'égard de leur dentiste est élevée :
Riley et al ont obtenu 86% de patients satisfaits à très satisfaits (5).
Pour Armfiel et al 47,6 % des patients étaient satisfaits, 47,9% très satisfaits (36).
L'étude menée par l'ADF/SOFRES en 1997 obtient 46% de patients très satisfaits et 45% de patients satisfaits (52).

Cependant, la plupart des études relatent systématiquement un gap entre les attentes des patients et leur perception de la réalité de la profession dont l'importance varie selon les aspects considérés (34,37,38,66). Les attentes des patients sont donc toujours plus élevées par rapport aux services que nous leur proposons actuellement.

3.3.1 Les attentes les plus fréquemment comblées

Le gap le plus faible entre attentes et réalité est observé pour les compétences techniques du dentiste :

Lahti et al : « in terms of the technical aspects of treatment the expectations of the patients were met fairly often in reality » (66).

Pour Calnan et al, les aptitudes techniques et la gestion de la douleur sont citées comme les premières causes de satisfaction par les patients (41).

Dewi et al ont obtenu les taux de satisfaction les plus importants pour les compétences techniques du dentiste et l'attention qu'il porte au patient (53).

Parmi les 19 critères étudiés par l'étude de l'ADF/SOFRES, la qualité des soins est celui qui obtient le taux de satisfaction le plus élevé (52).

Ces résultats laissent à penser que les dentistes disposent d'une formation technique adéquate leur permettant d'exécuter avec justesse les gestes appropriés au cas particulier de chaque patient.

Les exigences des patients en matière d'hygiène semblent elles aussi, être plutôt bien respectées (34,12).

On peut toutefois relever une aberration dans l'étude de Karidys et al menée en Grèce :

Alors que le taux de satisfaction des patients est le plus élevé pour le critère « adhérence du dentiste aux règles d'hygiène », seulement 55% des patients déclarent que leur dentiste utilise systématiquement des gants d'examen, 9% que leur dentiste utilise un masque (12).

Ces résultats sont particulièrement intéressants car ils mènent à une conclusion double : les dentistes n'utilisent pas systématiquement les masques et les gants (probablement du fait de mauvaises habitudes ancrées et/ou d'un manque de sensibilisation vis-à-vis de l'importance de ces dispositifs de protection).

Les patients se basent sur d'autres aspects que l'utilisation de ces dispositifs pour évaluer l'hygiène du cabinet dentaire (peut-être la propreté des sols et équipements, la tenue du personnel...).

Bien qu'il soit moins important qu'espéré, les patients semblent être assez satisfaits par le soin que le dentiste leur témoigne :

Les travaux d'Armfield et al montrent que parmi les 15 critères évalués, l'aspect « le dentiste me traite avec respect » obtient la 3^{ème} place en termes de satisfaction des patients (36).

Dans l'étude de Denasra, Dewi et al, l'attention du dentiste envers le patient est le critère qui obtient le pourcentage de satisfaction le plus important (53).

Pour Calnan et al, 89% des patients se disent satisfaits de la façon d'être du dentiste (41).

Enfin, les résultats des recherches de Karydis et al montrent que le critère « création d'un sentiment de sécurité et de tranquillité » est l'un de ceux ayant obtenu l'écart le plus faible entre idéal et réalité (12), il en est de même pour le critère « le dentiste fait en sorte de mettre le patient à l'aise » dans l'étude de Reid et al (38).

Alors même que Shermann et Cramer affirment un déclin de l'empathie après la première année de pratique (67), ces conclusions nous témoignent que les dentistes maîtrisent l'aspect relationnel de la profession permettant de mettre le patient à l'aise et en confiance en lui témoignant sympathie et compassion.

3.3.2 Les attentes les moins fréquemment comblées

Les études faisant la comparaison entre les attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste et leurs réalisations s'accordent à démontrer une grande insatisfaction des patients vis-à-vis du domaine de la communication.

Lahti et al : Most of the discrepancies between the patient's expectations and the realisation of these expectations were found in the area of communication » (66).

Calnan et al : Les critères « le dentiste passe suffisamment de temps avec son patient » et « le dentiste donne assez d'informations » font partie des trois qui ont obtenu les taux de satisfaction les plus bas (41).

Karydis et al : La discordance la plus importante entre attentes et réalité est relative à l'information des patients concernant les maladies orales et les méthodes de prévention (12).

L'étude réalisée par l'ADF/SOFRES met l'accent sur le manque d'informations données au patient, en particulier celles relatives au prix des soins et aux conseils d'hygiène et de prévention (52).

L'aspect communicatif apparaît ainsi comme le point faible du dentiste.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises afin d'expliquer cela :

Comme le souligne l'étude de Calnan et al, le patient passe peu de temps avec son dentiste (41). Dans une logique de rentabilité, la durée de chaque consultation est rigoureusement calculée pour que le dentiste puisse exécuter les actes prévus dans le temps imparti sans retard ni latence entre les rendez-vous. Le moment voué aux explications n'est pas toujours inclus dans la durée de la consultation si bien que faute de temps, les informations données au patient sont parfois brèves et incomplètes.

Par ailleurs, certaines personnes n'osent pas ou ne désirent pas poser de questions, d'autres sont peu communicatives et discrètes. Il est alors difficile de juger si le patient est désireux d'informations ou non.

D'autre part, les informations données au patient sont rébarbatives. Le dentiste répète les mêmes conseils plusieurs fois par jour. Il est parfois difficile de se souvenir si un patient donné a déjà été informé ou non.

Quand bien même nous prenons le temps de donner les informations, le patient peut avoir des difficultés de compréhension ce qui les rend dénuées de sens.

Un autre point d'insatisfaction des patients semble concerner le prix :

Dans l'étude de Calnan et al, le prix est le critère pour lequel les patients sont les moins satisfaits (41). Il en est de même dans l'étude d'Armfiel et al dans laquelle 55,3% des participants sont insatisfaits pour cet aspect du traitement (36).

Dans l'étude de Reid et al, les critères ayant obtenus la différence la plus importante entre attentes et perceptions des patients sont : « le dentiste ne propose pas de traitement inutile juste pour gagner de l'argent » et « le dentiste évite de persuader le patient de réaliser des traitements inutiles » (38).

Ces considérations sont probablement liées au manque d'explications données par le dentiste. Les intérêts du traitement échappent aux patients ce qui peut les conduire à considérer le traitement inutile ou proposé uniquement pour servir les intérêts personnels du dentiste.

L'enquête réalisée par l'ADF/SOFRES obtient le taux de satisfaction le plus bas pour le critère aménagement de la salle d'attente (52).

Cette pièce présente un enjeu tout particulier : celui de détendre le patient avant le soin. Il est donc indispensable que le patient s'y sente à l'aise. Des progrès semblent ainsi être attendus de manière à pouvoir remplir pleinement cet objectif.

3.4 Influence des caractéristiques socio-démographiques sur les attentes et la satisfaction des patients

Les résultats des études concernant l'influence des caractéristiques socio-démographiques sur les attentes et la satisfaction des patients sont parfois contradictoires, tout comme le soulignent Newsome et Wright dans la conclusion à leurs travaux (3). Une raison à cela est probablement le fait que les différents facteurs étudiés n'opèrent pas de façon indépendante mais s'additionnent et interagissent entre eux.

Lahti et al mettent l'accent sur le fait que les caractéristiques socio-démographiques influencent dans un pourcentage minime la satisfaction globale et que d'autres variables sont responsables des variations observées, notamment les expériences antérieures (66).

3.4.1 L'âge

Les travaux de Lahti et al montrent que les patients jeunes sont plus demandeurs de communication (66).

Il semblerait que la satisfaction soit plus importante chez les patients âgés : Stege obtient que les patients de plus de 60 ans sont plus satisfaits des soins dentaires reçus (68), idée renforcée par l'étude de Calnan et al démontrant une satisfaction plus élevée à partir de 50 ans (41). Lahti et al quant à eux n'obtiennent aucune influence de l'âge sur la satisfaction (66).

3.4.2 Le sexe

Les femmes seraient demandeuses de plus d'attention et délicatesse que les hommes et accorderaient moins d'importance à l'apparence de leur dentiste (66).

Riley et al démontrent que les femmes sont plus satisfaites en ce qui concerne les relations personnelles avec leur dentiste (69). Armfield et al (36) de même que Gopalkrishna et Mummalaneni (70) démontrent eux aussi une satisfaction plus élevée chez les femmes.

Gopalkrishna explique ce résultat par le fait que les femmes consultent plus régulièrement leur dentiste, celles-ci ont donc des attentes plus proches de la réalité, qui ont de ce fait plus de chance d'être comblées.

3.4.3 Le statut socio-économique/niveau d'étude

Karydis et al ne trouvent aucune différence significative liée au statut socio-économique dans les attentes des patients (12).

Lahti et al obtiennent que les patients avec un niveau d'éducation faible apportent moins d'importance au type de pratique de leur dentiste (privée ou publique) (66).

Moshkelgosha et al démontrent que les patients avec un faible niveau d'éducation sont plus influencés par le prix des soins et la distance cabinet-domicile (51).

Curbow montre que les patients les plus défavorisés ont une représentation plus négative des soins et révèlent une intention diminuée de se faire soigner (71).

Plusieurs études s'accordent à dire que les patients des classes économiques aisées et les patients ayant un niveau d'études élevé sont plus satisfaits (36,69).

En effet, les patients les plus instruits/aisés, sont bien souvent mieux sensibilisés aux maladies bucco-dentaires grâce à un meilleur accès à la prévention. Ils visitent plus fréquemment leur dentiste et ont parfois une alimentation plus saine. Ces patients sont donc moins à risque : ils présentent généralement moins de pathologies ce qui rend les visites chez leur dentiste plus courtes et moins désagréables.

Par ailleurs, une étude démontre que les patients qui ont un travail sont plus satisfaits que ceux qui sont au chômage (36).

3.4.4 Le lieu de vie

Calnan et al ont étudié les attentes des patients en fonction de leur lieu d'habitation : ville ou secteur semi-rural (41). Dans les deux groupes les caractéristiques les plus importantes se rattachant aux dentistes sont les mêmes, cependant on peut observer de très légères différences : les habitants des zones semi-rurales apportent un peu plus d'importance aux compétences techniques et à la disponibilité du dentiste en urgence en comparaison avec les habitants des villes qui sont eux plus nombreux à porter de l'importance au coût des soins.

3.4.5 Le niveau d'anxiété

Plusieurs données s'accordent sur le fait que les patients anxieux sont moins satisfaits (36,72,73).

Les travaux d'Armfield et al consacrés à la satisfaction des patients en relation avec leur niveau d'anxiété ont aboutis aux conclusions suivantes :

La peur du dentiste est généralement associée à une satisfaction plus faible.

Les patients insatisfaits sont 8X plus nombreux chez les patients très anxieux.

Le pourcentage de patients très satisfaits est supérieur chez les patients très anxieux par rapport aux patients peu anxieux (36).

Armfield attribue ce dernier résultat au fait que les patients très anxieux sont rapidement identifiés par les praticiens qui font en sorte de diminuer leur appréhension.

Les patients avec un faible niveau d'anxiété ne sont parfois pas dépistés, le dentiste consacre moins de temps à les rassurer ce qui expliquerait leur plus faible satisfaction.

3.4.6 La régularité des visites chez le dentiste

Lahti et al montrent que les patients non réguliers portent plus d'importance que les patients réguliers à l'indulgence du dentiste (66). Il explique cela par le fait que ces patients sont honteux de leur état bucco-dentaire et ne souhaitent pas que leur dentiste mette l'accent sur leurs négligences avec un comportement culpabilisant.

Goedhart et al obtiennent que les patients non réguliers ont un désir de communication accru en comparaison aux patients réguliers pour qui cet aspect à moins d'importance étant donné que le contact avec leur dentiste a déjà été établi (74).

3.4.7 La nature du soin réalisé

Riley et al se sont intéressés à la satisfaction des patients vis-à-vis des soins conservateurs et ont obtenu les résultats suivants :

La satisfaction des patients est plus importante quand une restauration défectueuse est réparée plutôt que refaite entièrement, lorsque la restauration est réalisée à l'aide d'un matériau de la même couleur que la dent plutôt qu'avec un amalgame, lorsqu'il s'agit de soins sur les dents antérieures (incisives, canines, prémolaires) plutôt que postérieures (69).

L'étude de Moshkelgosha démontre que les patients sont prêts à se déplacer plus loin s'ils sont demandeurs de soins esthétiques (51).

3.4.8 Le type de structure fréquentée : privée/publique

Les travaux de Bowling et al sur les attentes et la perception de la réalité de patients fréquentant des cabinets privés et hospitalisés ont mis en évidence que les patients des cabinets privés ont des attentes plus élevées et plus proches de la réalité et sont généralement plus satisfaits (34).

3.5 Point de vue du dentiste

3.5.1 Le dentiste idéal : confrontation des opinions du dentiste et du patient

Selon Zimmermann, des préférences similaires des dentistes et des patients augmenteraient la satisfaction du patient, amélioreraient ses facultés d'hygiène et sa santé bucco-dentaire (75).

Lahti et al ont étudié les avis de dentistes et de patients Finlandais à propos du dentiste idéal et les ont comparés entre eux (37). Ils ont mis en évidence que les représentations des patients et des dentistes à propos du dentiste idéal sont similaires pour les domaines de la communication (le dentiste explique le traitement), du soutien du patient (le dentiste encourage le patient et le prend au sérieux), de l'apparence agréable du dentiste. Les domaines de discordance concernent la gestion de la douleur (utilisation de l'anesthésie) et le déroulement des soins (le dentiste peut être en retard, le dentiste ne laisse pas le patient seul, prévient le patient de ne pas bouger).

Les composantes comportementales du dentiste, comme la communication et l'attention portées au patient sont considérées comme les plus importantes à la fois par les dentistes et par les patients. Les compétences techniques sont secondaires tout comme le prix et le statut du dentiste (pratique privée ou publique). Par ailleurs, les dentistes semblent apporter une importance plus grande à leur apparence que les patients ne leur portent.

Gerbert et Bleecker ont interrogé des dentistes et des patients à propos de l'importance portée à différents critères décrivant le dentiste (76). 47% des patients relatent qu'il est extrêmement important que le dentiste explique les méthodes de prévention des infections contre seulement 12% des dentistes.

Burke et Croucher ont demandé à des patients de classer par ordre d'importance 16 critères décrivant une bonne pratique dentaire (8 critères initialement proposés par des dentistes et 8 initialement proposés par des patients). Les 3 critères les plus importants pour les patients font partie de ceux qu'ils avaient initialement proposés tandis que les 3 critères les moins importants font partie de ceux proposés par les dentistes (54).

Ces études soulignent le manque de connaissances des dentistes vis-à-vis des attentes de leurs patients. Ces divergences d'opinions pourraient être une source d'incompréhension et de déception pour le patient : le dentiste agit en fonction de ce qu'il croit être bon, sans penser que ce n'est peut-être pas ce que le patient attend.

3.5.2 Perception du dentiste de la satisfaction de ses patients

Riley et al se sont intéressés à la perception des dentistes du niveau de satisfaction de leurs patients à la suite de soins conservateurs à propos des aspects suivants : sympathie, choix du matériau de restauration (amalgame versus obturation de couleur identique à la dent), explication de la procédure avant son commencement, réduction des sensations douloureuses, gestion de l'anxiété (5).

L'étude amène les conclusions suivantes :

La satisfaction globale des patients à l'égard de leur dentiste est grande et le plus souvent les dentistes l'ont correctement perçue. En revanche si l'on considère les patients insatisfaits, les dentistes ne les avaient pas décelés dans 94% des cas !

Les domaines de la communication et de l'information sont ceux pour lesquels les dentistes sont les moins informés des attentes de leurs patients (les dentistes sont peu conscients de la volonté du patient de choisir le matériau de restauration et de connaître la procédure de soin).

Ces travaux témoignent la difficulté pour les dentistes de déceler l'insatisfaction de certains patients (alors qu'ils détectent facilement les patients satisfaits) probablement car les patients expriment moins facilement leur mécontentement que leur satisfaction. En effet, le patient satisfait nous témoigne son contentement par des mots, des remerciements, parfois même des cadeaux (notamment à Noël) tandis que l'insatisfaction reste bien souvent tue, cachée. Une autre explication à ces erreurs de jugement serait que les patients sont bien souvent incapables ou n'ont pas envie d'exprimer leurs attentes et préférences au moment de la consultation (37,66).

Lorsque le dentiste n'est pas averti de l'insatisfaction d'un patient, il lui est impossible d'améliorer les aspects qui lui ont fait défaut pour redorer son image, la relation de confiance qui s'était instaurée se dégrade pouvant mener le patient à l'abandon des soins.

Il est donc essentiel que les dentistes soient plus informés des attentes des patients afin de prévenir les déceptions. Par ailleurs, la communication doit être mise en avant pour donner au patient l'occasion d'exprimer son approbation ou son désaccord.

4. L'ETUDE

4.1 Objectif

Notre étude descriptive a pour but de mettre en évidence les attentes des patients de la région Alsace à l'égard de leur chirurgien-dentiste et l'éventuelle influence sur celles-ci des caractéristiques démographiques (sexe, âge et milieu de vie).

4.2 Matériel et méthodes

L'étude s'appuie sur un auto-questionnaire anonyme à l'attention des patients majeurs des cabinets dentaires privés alsaciens (Bas-Rhin et Haut-Rhin).

Chaque étudiant de la promotion 2016 de la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg effectuant son stage actif dans un cabinet alsacien s'est vu remettre 5 exemplaires du questionnaire ainsi que 5 enveloppes au début du mois de mai 2015. Ces questionnaires et enveloppes ont été disposés par les étudiants dans les salles d'attente de leur lieu de stage après accord du chirurgien-dentiste référant.

Les patients des cabinets dentaires qui le souhaitent ont complété le questionnaire, l'on introduit dans l'enveloppe associée (de manière à protéger leur anonymat vis-à-vis de l'équipe de soin), et on remet cette dernière à l'étudiant stagiaire.

325 questionnaires ont ainsi été répartis dans 65 cabinets dentaires alsaciens (5 dans chacun d'entre eux). 151 questionnaires ont été complétés et m'ont été retournés par les étudiants entre le mois de mai et le mois de juin 2015.

4.2.1 Le questionnaire

Une courte introduction précise au patient le cadre de l'étude.

La première partie du questionnaire est relative aux caractéristiques démographiques du répondant :

- Sexe.
- Age : 18-30 ans/ 31-45 ans/ 46-60 ans/ 61-75 ans/ 76 ans et plus.
- Lieu de vie : milieu urbain/ milieu rural.

La seconde partie du questionnaire concerne les attentes du patient :

Elle débute par une question ouverte : « Qu'attendez-vous de votre chirurgien-dentiste ? » ayant pour but de laisser le patient s'exprimer librement avant qu'il ne prenne connaissance des réponses standardisées proposées ultérieurement.

Est ensuite évaluée l'importance pour le patient des critères suivants :

- Proximité du cabinet dentaire avec le lieu de travail/domicile.
- Sympathie/empathie du dentiste.
- Délai pour l'obtention d'un rendez-vous.
- Sexe/âge du dentiste.
- Qualité des soins.
- Hygiène du cabinet dentaire.
- Respect des horaires de rendez-vous.
- Gestion de la douleur.
- Equipements et esthétique du cabinet dentaire.
- Explications concernant les soins à réaliser.
- Coût des soins.
- Personnel du cabinet dentaire.
- Travaux de laboratoire réalisés en France.

Les questions suivantes permettent d'amener des précisions concernant les préférences des patients vis à vis du genre et de l'âge du praticien, du délai pour l'obtention d'un rendez-vous, du temps à patienter en salle d'attente, et de recueillir l'avis des patients vis-à-vis des soins dentaires low-cost.

La dernière question est relative à la façon dont les patients ont choisi leur praticien.

4.2.2 Les critères d'inclusion

Seuls les questionnaires remplissant les conditions suivantes ont été retenus et ont été inclus dans l'analyse statistique :

- Caractéristiques démographiques entièrement renseignées.
- Réponses à l'ensemble des questions à choix multiples.
- 3 critères (ni plus ni moins) sélectionnés à la question 3.

Les questionnaires ne comportant aucune réponse à la question ouverte ont tout de même été retenus.

4.2.3 La méthode statistique

L'utilisation du logiciel Excel nous a permis de réaliser une analyse descriptive des résultats recueillis auprès de la population d'étude.

Les statistiques relatives aux variables quantitatives sont présentées sous forme de moyennes et écart-types, celles relatives aux variables qualitatives sont représentées à l'aide d'effectifs et pourcentages.

4.3 Résultats

4.3.1 Composition de l'échantillon

L'échantillon est composé de patients majeurs volontaires qui avaient rendez-vous dans l'un des cabinets dentaires ciblés entre le mois de mai et le mois de juin 2015.

Parmi les 325 questionnaires remis pour distribution aux étudiants de 6ème année, 151 m'ont été retournés. Le taux de retour est donc de 46 %.

Ce taux de réponse limité s'explique par le fait que certains questionnaires n'ont pas été déposés dans les salles d'attente faute d'oublis de la part des étudiants ou de désaccords émis par leurs dentistes maîtres de stage.

Parmi les 151 questionnaires rapportés, 12 ne remplissaient pas les critères d'inclusion et ont été écartés.

L'échantillon final sur lequel se basent nos analyses statistiques comporte donc 138 individus.

4.3.2 Caractéristiques démographiques de l'échantillon

4.3.2.1 Sexe de l'échantillon

Sexe	Effectif	Pourcentage
Hommes	56	40,56 %
Femmes	82	59,42 %

Constitué de 56 hommes (40,56%) et de 82 femmes (59,42), notre échantillon comporte une nette majorité de femmes.

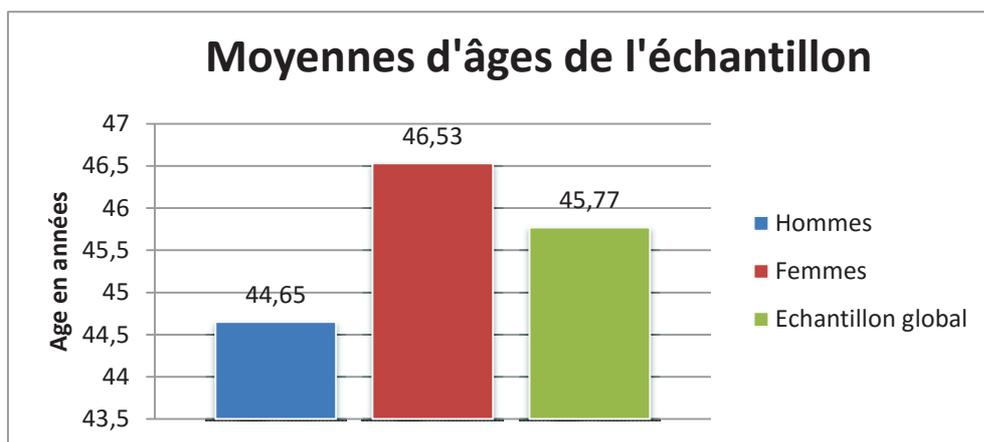
4.3.2.2 Age de l'échantillon

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
18-30 ans	37	26,81 %
31-45 ans	31	22,46 %
46-60 ans	39	28,26 %
61-75 ans	25	18,12 %
76 ans et plus	6	4,35 %

Les classes des 18-30 ans et 46-60 ans sont les plus représentées.

On observe une diminution croissante des effectifs au sein des deux classes d'âge les plus avancées : 25 personnes pour les 61-75 ans (18,12%) et seulement 6 personnes pour les 76 ans et plus (4,35%).

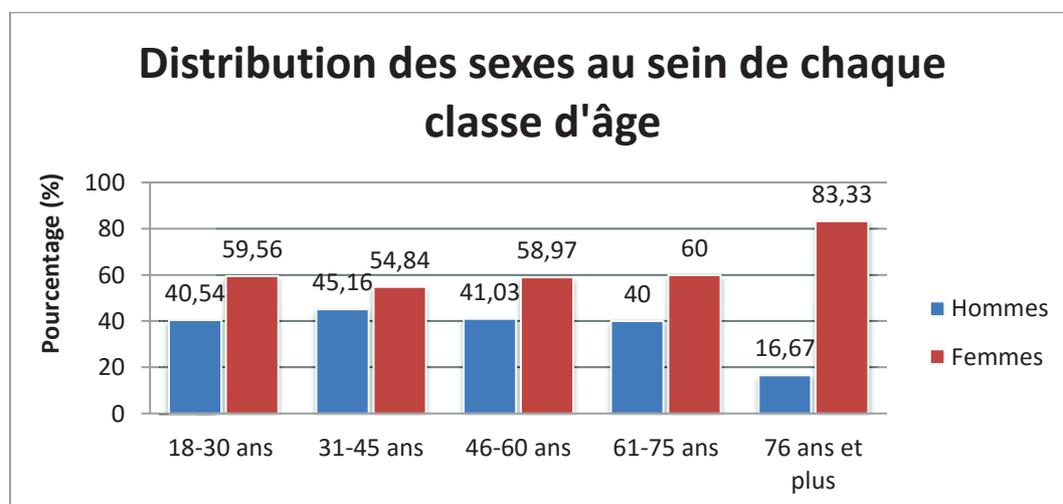
La démarche volontaire et individuelle de remplissage des questionnaires a pu constituer un frein pour les individus des classes d'âges avancées : l'existence du questionnaire et son utilité ont pu leur échapper, aussi ceux-ci ont pu présenter des difficultés de lecture, et de compréhension des questions, limitant leur taux de réponse.



Graphique 1 : Moyennes d'âges au sein de l'échantillon

Afin de calculer les moyennes d'âges au sein de la population étudiée, nous avons dû définir une limite supérieure à notre dernière catégorie d'âge (76 ans et plus). Celle-ci a été fixée arbitrairement à 85 ans.

Les moyennes d'âges au sein de l'échantillon sont les suivantes : 45,77 ans (écart-type = 17,24 ans) au sein de l'échantillon global, 46,53 ans (écart-type = 17,82 ans) pour les femmes et 44,65 ans (écart-type = 16,29 ans) pour les hommes.



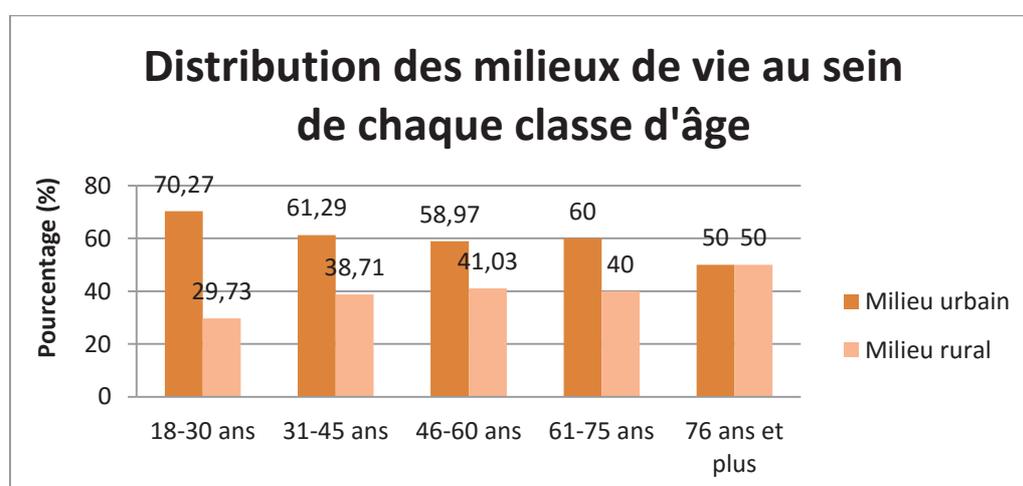
Graphique 2 : Répartition des hommes et des femmes au sein de chaque classe d'âge

Hormis pour les 76 ans et plus, les proportions d'hommes et de femmes sont globalement similaires au sein de chaque classe d'âge. La distribution des hommes et des femmes au sein de chaque classe d'âge peut donc être considérée comme homogène.

4.3.2.3 Milieu de vie de l'échantillon étudié

Lieu de vie	Effectif	Pourcentage
Milieu urbain	86	62,32 %
Milieu rural	52	37,68 %

Les individus constituant notre échantillon résident en majeure partie en milieu urbain.



Graphique 3 : Distribution des milieux de vie au sein de chaque classe d'âge

Nous pouvons observer une augmentation du nombre d'individus vivant en milieu urbain et par conséquent une diminution des individus résidant en milieu rural au fur et à mesure que l'âge des individus augmente.

4.3.3 Attentes de l'échantillon envers son chirurgien-dentiste

Notre première question, ouverte, avait pour but de recueillir les opinions brutes des individus de l'échantillon, avant que ceux-ci ne prennent connaissance des éléments de réponses proposés plus loin dans le questionnaire et n'en soient inspirés.

Chaque individu a pu citer plusieurs critères, ce qui explique que la somme des pourcentages rapportés ci-dessous soit supérieure à 100.

10 patients sur les 138 constituant l'échantillon global n'ont pas répondu à cette question.

Les différentes réponses obtenues ont été regroupées en 21 items classés par ordre d'importance :

-Qualité du travail : 75 individus soit 58,59%.

- Efficacité, compétence, précision du diagnostic, bon suivi, pérennité des soins

-Sympathie du praticien : 26 individus soit 20,31%.

- amabilité, gentillesse, accueil chaleureux

-Explications : 25 personnes soit 19,53%.

- informations concernant les soins, conseils de prévention

-Gestion de la douleur : 22 individus soit 17,19%.

- soins sans douleur, limitation de la douleur, dentiste soucieux de ne pas faire mal

-Ecoute : 18 individus soit 14,06%.

- attention à l'égard du patient, compréhension

-Honnêteté : 16 individus soit 12,50%.

- conscience professionnelle, respect, instauration d'un climat de confiance

-Hygiène : 14 individus soit 10,93%.

-Délais courts : 13 individus soit 10,16%.

- praticien rapidement disponible

-Douceur : 10 individus soit 7,81%.

- délicatesse

-Pas de sur-traitement : 8 individus soit 6,25%.

- soins uniquement si nécessaire

-Mise à jour des connaissances : 5 individus soit 5,21%.

- connaissances des nouvelles techniques et nouveaux matériaux, soins esthétiques

-Le praticien consacre suffisamment de temps : 5 individus soit 5,21%.

- patience du praticien, n'expulse pas les patients au bout de 10 minutes

-Proximité du cabinet : 5 individus soit 5,21%.

-Respect des horaires : 5 individus soit 5,21%.

-Soulagement de la douleur : 4 individus soit 5,21%.

- ne plus avoir mal aux dents

-Possibilité d'être reçu en urgence : 4 individus soit 4,17%.

-Tarifs raisonnables : 4 individus soit 4,17%.

- bon rapport qualité prix

-Facilités de paiement : 3 individus soit 3,12%.

- possibilité de régler en plusieurs fois

-Modernité du cabinet : 1 individu soit 1,04%.

- équipement de dernière génération

-Sympathie de l'équipe de soin : 1 individu soit 1,04%.

-Le praticien accepte les patients CMU : 1 individu soit 1,04%.

Les réponses relatives à la qualité des soins ont été très récurrentes : citées spontanément par près de 60% des individus.

La sympathie du praticien, les explications qu'il délivre aux patients, et enfin la gestion de la douleur, ont été évoquées chacune approximativement par 20% des patients de l'échantillon.

Nous pouvons relever le grand nombre de réponses se rapportant aux caractéristiques relationnelles et éthiques du praticien (sympathie, don d'informations/explications, écoute, honnêteté, douceur) qui additionnées ensemble ont été évoquées par 95 individus soit 74% de notre échantillon : 3 individus sur 4 ont donc témoigné leur intérêt pour les qualités humaines de leur chirurgien-dentiste.

Les critères énoncés par les plus petits nombres d'individus sont, pour leur majeure partie, relatifs aux commodités du cabinet (tarifs, horaires, situation, équipements).

Pour finir sur une petite note d'humour nous pouvons citer l'une des réponses recueillie :

-« Qu'attendez-vous de votre chirurgien-dentiste ?»

- « TOUT ! ».

Notre mission est donc bien vaste...

4.3.4 Intérêt des patients pour les différents critères étudiés

Chaque personne de l'échantillon a été invitée à sélectionner parmi les 13 critères proposés à la question 3, les 3 qui lui paraissaient les plus importants chez un chirurgien-dentiste.

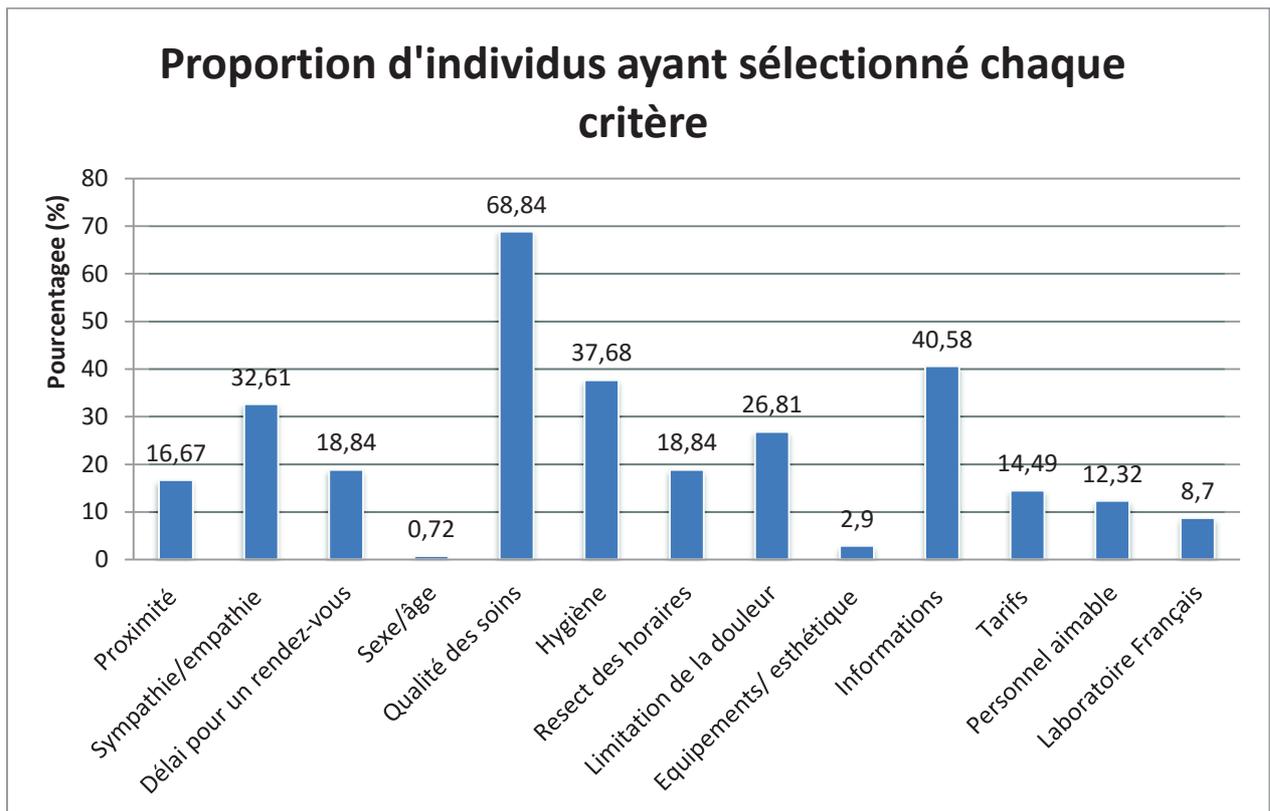
Chaque critère pouvait ainsi être sélectionné une fois par chaque individu, et donc recueillir un minimum de 0 et un maximum de 138 voies.

Nous avons étudié l'importance des différents critères au sein de notre échantillon global, puis au sein de sous-groupes définis par le genre, l'âge et le lieu de vie afin d'établir d'éventuels liens entre les caractéristiques socio-démographiques et les préférences des patients.

4.3.4.1 Au sein de l'échantillon global

Nombre de personnes ayant sélectionné chaque critère :

Critères	Effectif	Pourcentage
Proximité du cabinet	23	16,67 %
Sympathie/empathie du praticien	46	32,61 %
Délai pour l'obtention d'un rendez-vous	26	18,84 %
Sexe/âge du praticien	1	0,72 %
Qualité des soins	94	68,84 %
Hygiène du cabinet	53	37,68 %
Respect de l'horaire de rendez-vous	26	18,84 %
Gestion de la douleur	36	26,81 %
Equipements et esthétique du cabinet	4	2,90 %
Explications claires concernant les soins	56	40,58 %
Tarifs abordables	20	14,49 %
Personnel aimable et accueillant	17	12,32 %
Laboratoire de prothèse basé en France	12	8,70 %

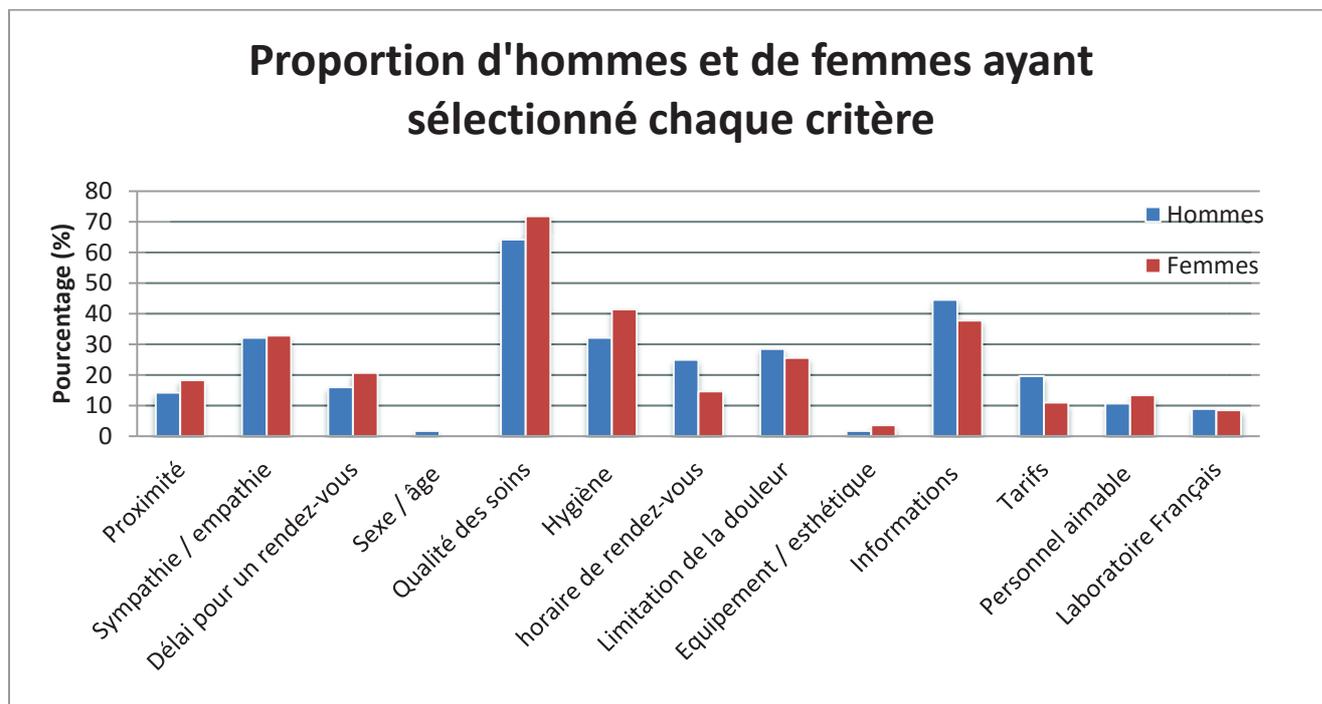


Graphique 4 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère

Les 3 critères qui suscitent le plus d'intérêt parmi les patients de notre échantillon sont par ordre décroissant : la qualité des soins (68,84%), les informations données par le dentiste concernant les soins à effectuer (40,58%) et enfin l'hygiène du cabinet dentaire (37,68%).

Les 3 critères ayant le moins attiré l'attention sont par ordre croissant : le sexe/âge du praticien (0,72%), l'esthétique du cabinet (2,9%) et l'origine française du laboratoire (8,7%).

4.3.4.2 En fonction du sexe



Graphique 5 : Proportion d'hommes et de femmes ayant sélectionné chaque critère

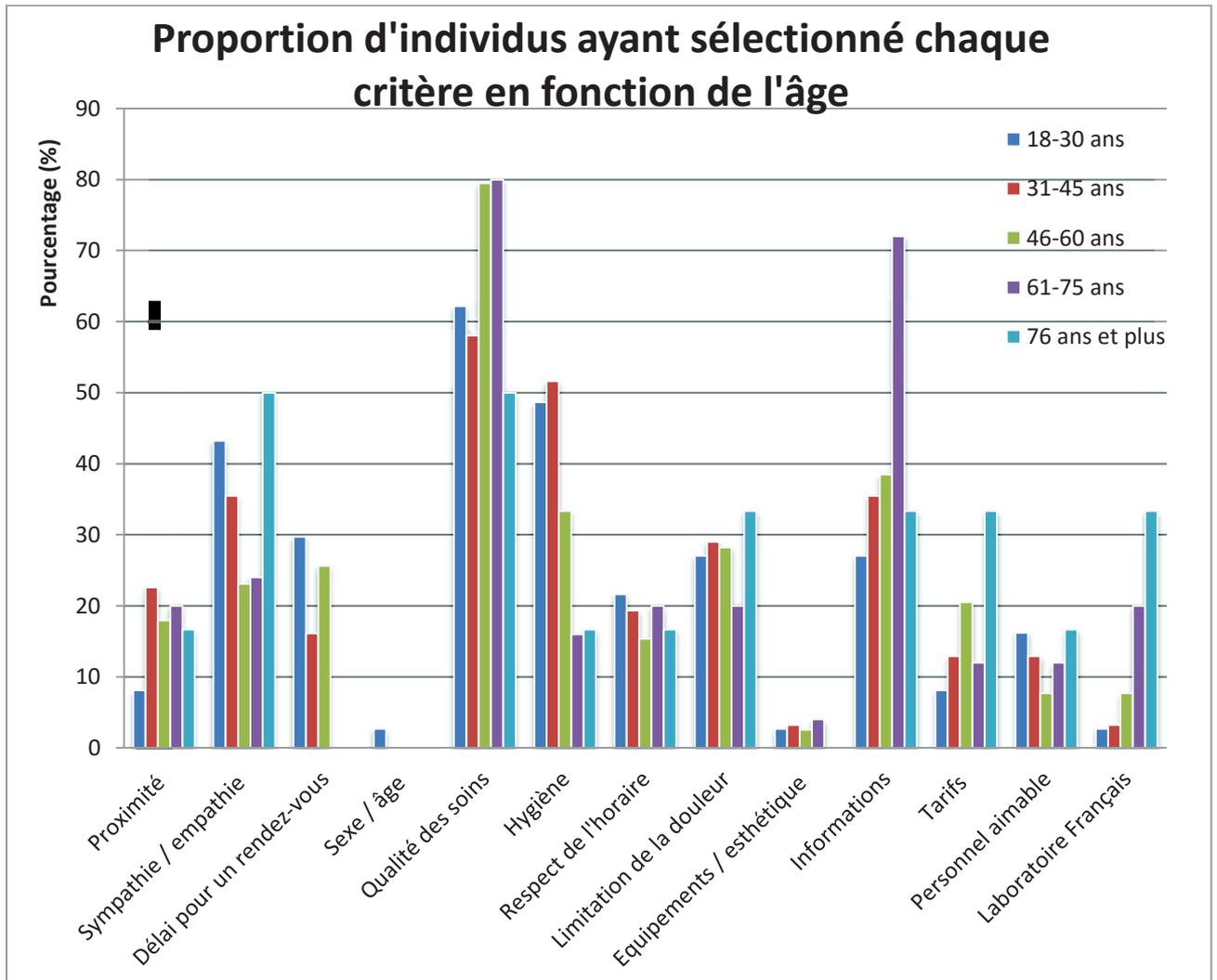
Chez les hommes tout comme chez les femmes, les trois critères les plus importants et les 3 critères les moins importants sont similaires et correspondent à ceux de l'échantillon global.

En revanche nous pouvons observer des différences au niveau des proportions de chaque sexe à avoir choisi les items proposés.

Les individus masculins de notre échantillon semblent apporter une importance plus grande que les femmes au respect des horaires de rendez-vous, au prix des soins et aux informations données par le praticien.

Les femmes, quant à elles, semblent porter plus de considération que les hommes à la qualité des soins et à l'hygiène du cabinet.

4.3.4.3 En fonction de l'âge



Graphique 6 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Critères les plus importants - %	Critères les moins importants - %
18-30 ans	Qualité 62,16 Hygiène 48,65 Sympathie 43,24	Laboratoire/ Equipements/ Sexe 2,70 Tarifs/Proximité 8,11 Personnel 16,22
31-45 ans	Qualité 58,06 Hygiène 51,61 Sympathie / Informations 35,48	Sexe 0 Laboratoire/ Equipements 3,23 Tarifs/Personnel 12,90
46-60 ans	Qualité 79,49 Informations 38,46 Hygiène 33,33	Sexe 0 Equipements 2,56 Personnel / Laboratoire 7,69
61-75 ans	Qualité 80 Informations 72 Sympathie 24	Sexe/Délais 0 Equipements 4 Tarifs/Personnel 12
76ans et plus	Sympathie/qualité 50	Délais/Sexe/Equipements 0

Le tableau ci-dessus fait le relevé des 3 critères considérés les plus importants et des 3 critères considérés les moins importants au sein de chaque classe d'âge. Pour la tranche d'âge des 76 ans et plus, en raison du maigre effectif (seulement 6 représentants) responsable d'une faible représentativité des résultats, nous avons décidé d'exposer uniquement le critère le plus important et le critère le moins important.

Le relevé des 3 critères ayant suscité le plus d'intérêt dans chaque classe d'âge fait apparaître les 4 aspects suivants : la qualité du travail effectué, l'hygiène du cabinet dentaire, les explications concernant les soins et la sympathie du praticien.

La qualité du travail est dans chaque classe d'âge l'aspect le plus important.

L'hygiène du cabinet dentaire semble avoir un intérêt accru entre 18 et 45 ans qui diminue progressivement lorsque l'on progresse en âge. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les individus les plus jeunes sont mieux sensibilisés vis-à-vis de l'implication des micro-organismes dans les maladies infectieuses et des règles d'hygiène permettant d'éviter les contaminations, ils témoignent ainsi un intérêt plus grand pour la propreté.

A l'inverse, le besoin d'informations augmente avec l'âge. Les patients jeunes, ayant été ciblés dès le plus jeune âge par les campagnes de prévention des maladies bucco-dentaires, sont moins enclins aux affections lourdes. Ils bénéficient généralement de soins dentaires simples ne nécessitant que peu d'explications. Le vieillissement entraîne une augmentation de la fréquence d'apparition et de la gravité des pathologies bucco-dentaires. Les thérapeutiques sont alors plus complexes, présentent de multiples alternatives, justifiant un besoin d'explications accru pour le patient. Aussi, les patients âgés nécessitent plus de temps pour comprendre les explications, un praticien qui prend le temps nécessaire pour que ses patients comprennent les enjeux du traitement sera alors très apprécié.

Si l'on exclut la dernière catégorie d'âge, nous pouvons observer un déclin de l'intérêt voué à la sympathie du praticien au fil des années. Nous pouvons supposer que plus les patients sont avancés en âge, plus ils sont susceptibles d'avoir trouvé le dentiste qui leur correspond et auquel ils restent fidèles. Le patient connaît bien son praticien, sa façon de travailler, il a confiance en lui, est moins craintif. La sympathie de son dentiste pourrait alors devenir moins importante. Au contraire, un patient jeune, peu habitué aux soins et à la recherche du praticien qui saura répondre à ses exigences, est susceptible de porter une attention plus grande à la sympathie du dentiste qui le reçoit.

Le relevé des 3 aspects les moins importants pour chaque classe d'âge fait apparaître les 6 critères suivants : Le sexe/l'âge du praticien, l'origine française du laboratoire de prothèse, les équipements/l'esthétique du cabinet dentaire, le personnel accueillant et agréable, le prix des soins et le délai pour obtenir un rendez-vous.

La divergence d'intérêt en fonction de l'âge concernant les 3 aspects les moins importants est plus grande que celle concernant les 3 aspects les plus importants (6 critères relevés contre 3).

Le sexe/l'âge du praticien est le critère cité dans chaque classe d'âge en première position des critères ayant une importance moindre.

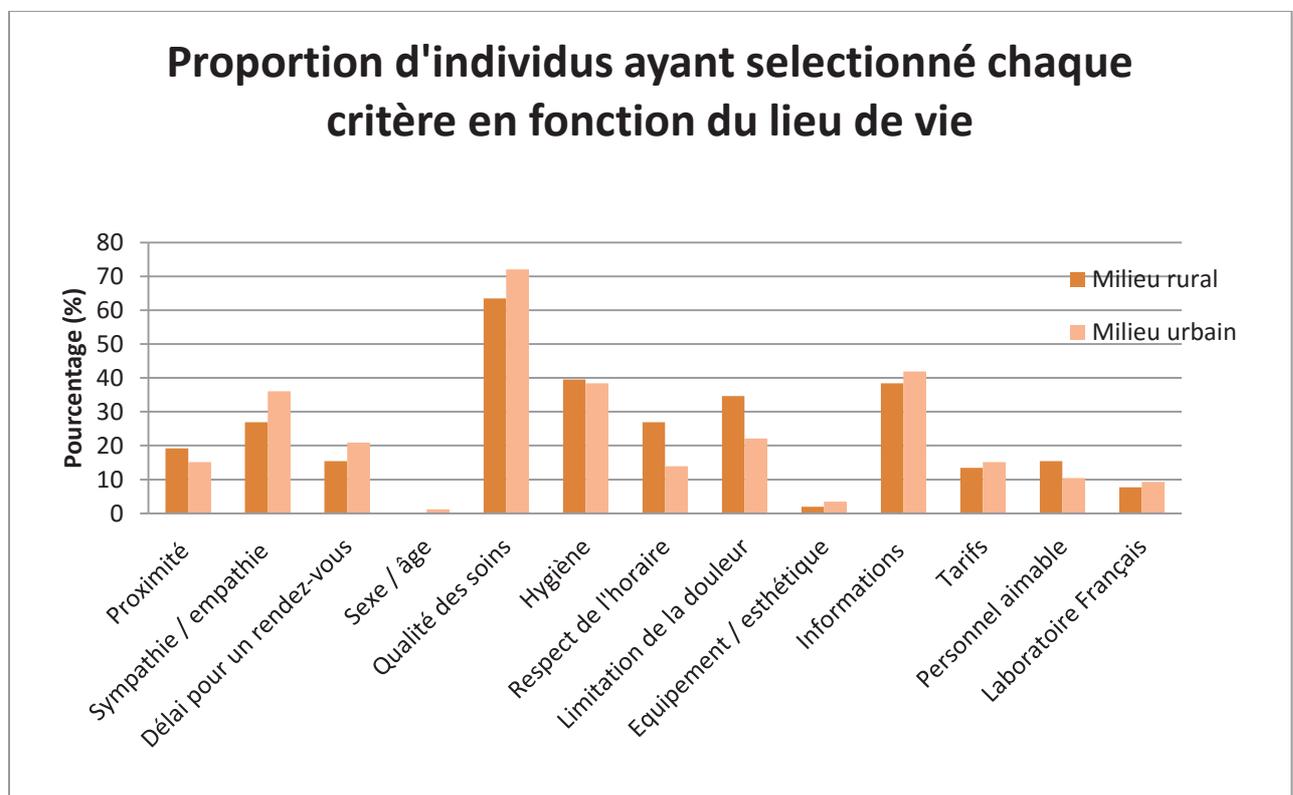
L'équipement/l'esthétique du cabinet et le personnel accueillant se retrouvent systématiquement dans les 3 aspects les moins influents à chaque tranche d'âge étudiée.

Le délai pour obtenir un rendez-vous se retrouve parmi les 3 critères les moins importants uniquement dans les deux classes d'âges les plus avancées.

Le critère proximité du cabinet dentaire avec le domicile/lieu de travail se retrouve uniquement chez les 18-30 ans en tant que critère de moindre importance. Nous pouvons supposer que cette population est moins impactée par la distance car les individus jeunes sont plus mobiles. Aussi, au sein de notre échantillon, nous observons que c'est parmi les 18-30 ans que nous retrouvons la proportion la plus élevée de résidents en milieu urbain. Les villes disposent de réseaux de transports bien plus développés que dans les campagnes facilitant les déplacements.

Bien qu'étant un facteur peu important, l'origine française du laboratoire de prothèse occasionne un intérêt croissant au fur et à mesure que l'âge augmente. Les plus jeunes semblent moins dérangés par le fait que les travaux de laboratoires soient délocalisés à l'étranger. On peut présumer qu'ils sont habitués au « Made in China » faisant partie intégrante de l'économie actuelle. A contrario, les anciens, plus habitués à « consommer local » pourraient avoir une certaine méfiance à l'égard de ce qui ne provient pas de chez eux.

4.3.4.4 En fonction du lieu de vie



Graphique 7 : Proportion d'individus ayant sélectionné chaque critère en fonction du lieu de vie

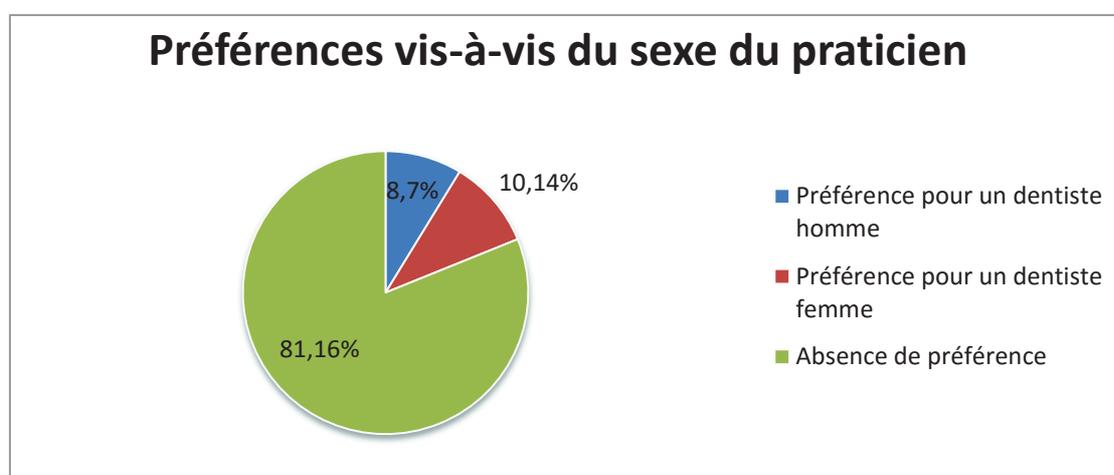
Pour les habitants des villes comme pour les habitants des campagnes, les 3 critères les plus importants et les 3 critères les moins importants sont identiques et correspondent à ceux de l'échantillon global soit : la qualité des soins, l'hygiène du cabinet et les informations concernant les soins pour les aspects les plus importants et le sexe/âge du chirurgien-dentiste, les équipements/l'esthétique du cabinet et l'origine française du laboratoire de prothèse pour les aspects les moins importants.

Les résidents ruraux de notre échantillon semblent porter plus d'intérêt que les résidents urbains au respect des horaires de rendez-vous et à la limitation de la douleur alors que ces derniers semblent plus préoccupés par la sympathie/l'empathie du praticien et la qualité des soins.

4.3.5 Préférences vis-à-vis du sexe du praticien

4.3.5.1 Au sein de l'échantillon global

Critères	Effectif	Pourcentage
Préférence pour une femme	12	8,70 %
Préférence pour un homme	14	10,14 %
Absence de préférence	112	81,16 %



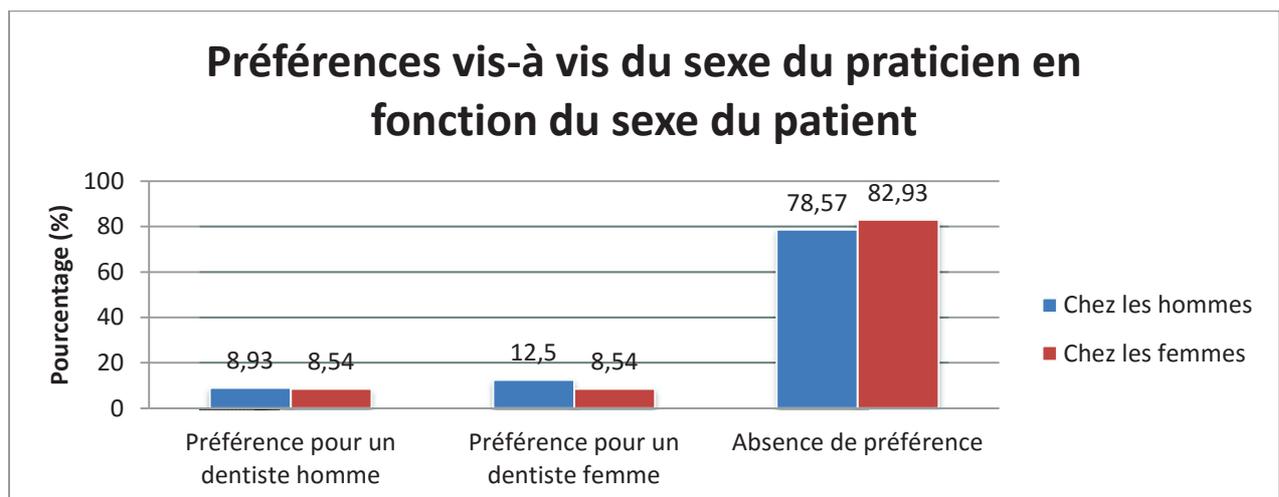
Graphique 8 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien

81% de la population étudiée ne témoigne aucune préférence envers le sexe de son chirurgien-dentiste.

19% de notre échantillon exprime une prédilection envers un dentiste de sexe donné. Cette proportion non négligeable nous témoigne la persistance de stéréotypes de genre.

Parmi ces individus, nous observons un équilibre puisque globalement 50% d'entre eux ont une préférence pour un homme et 50% ont une préférence pour une femme. Malgré l'existence de préférences, nous pouvons conclure que les dentistes femmes et les dentistes hommes sont égaux d'un point de vue la volonté des patients à consulter dans leur cabinet.

4.3.5.2 En fonction du sexe



Graphique 9 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction du sexe du patient

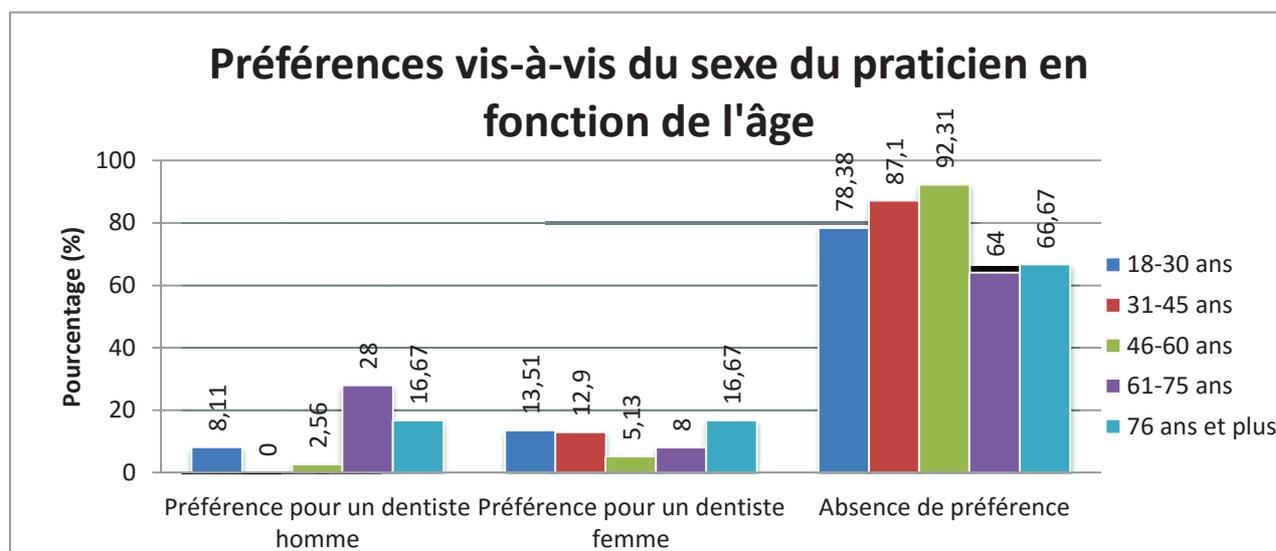
21,43 % des hommes et 17,08% des femmes témoignent une préférence pour un dentiste de sexe déterminé. Les hommes sont donc légèrement plus nombreux (4,35% de plus) que les femmes à avoir une préférence à l'égard du sexe de leur chirurgien-dentiste.

Dans le groupe des femmes qui expriment une préférence, 50% préfèrent un homme et 50% préfèrent une femme.

Dans le groupe des hommes qui expriment une préférence, 58,33% préfèrent une femme et 41,77% préfèrent un homme.

Ces résultats nous permettent de constater l'absence de sexisme ou autres formes de favoritisme envers les individus de même sexe au sein de notre échantillon. A l'inverse, les hommes ont même une légère tendance à privilégier les dentistes femmes.

4.3.5.3 En fonction de l'âge



Graphique 10 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction de l'âge

Les deux catégories d'âges les plus avancées sont celles qui expriment le plus de préférences envers un sexe donné. Entre 18 et 60 ans, les individus de notre échantillon semblent être moins regardants sur cet aspect : nous observons une diminution croissante de l'importance du sexe du praticien entre 18 et 60 ans.

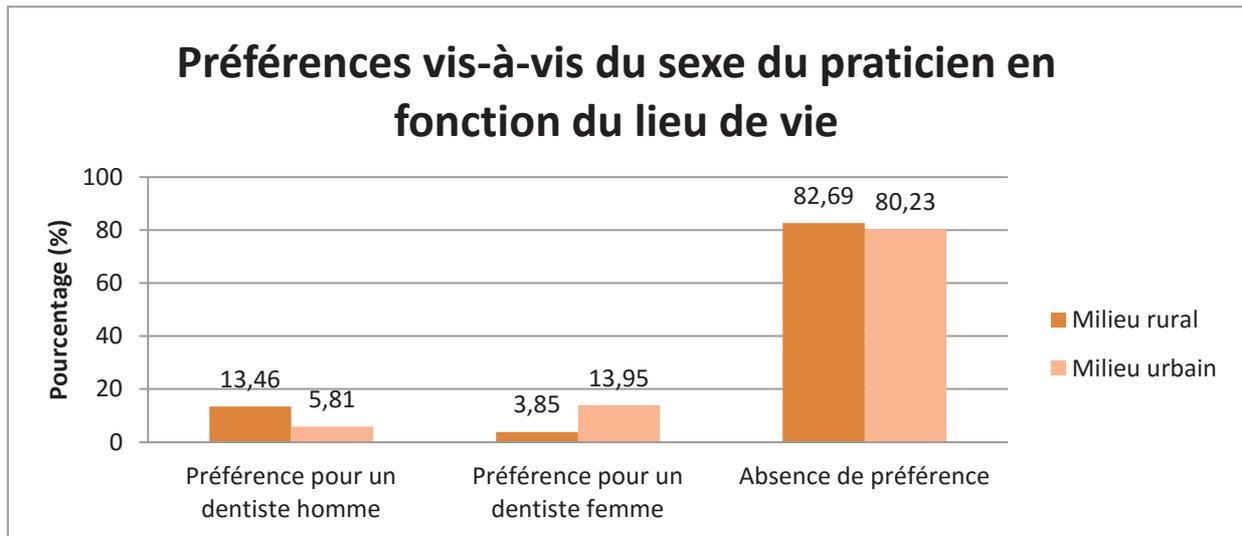
Parmi les 12 individus qui privilégient les dentistes hommes, 8 d'entre eux soient les 2/3, ont plus de 61 ans. Parmi les 14 individus qui privilégient les dentistes femmes, 9 d'entre eux, soit presque les 2/3 ont entre 18 et 45 ans. Nous pouvons aussi noter que les 4 personnes de 31-45 ans ayant une préférence l'ont envers les femmes.

La préférence envers un dentiste homme a globalement tendance à s'exprimer d'avantage chez les patients âgés tandis que la préférence pour un dentiste femme à tendance à s'exprimer davantage chez les individus plus jeunes.

Ces observations pourraient être connexes à l'évolution du ratio hommes/femmes au sein de la profession. Initialement exercée de façon quasi-exclusive par des hommes, la profession s'est progressivement féminisée de manière à inverser les proportions initiales : parmi les jeunes praticiens, la majorité correspond actuellement à des femmes (77).

Selon ce raisonnement, les patients âgés ont donc statistiquement eu plus de chance d'avoir été traités par des praticiens hommes ce qui pourrait expliquer leur préférence actuelle pour les dentistes de genre masculin. L'inverse pourrait être envisagé pour les patients plus jeunes qui ont eux une préférence pour les femmes.

4.3.5.4 En fonction du lieu de vie



Graphique 11 : Préférences vis-à-vis du sexe du praticien en fonction du lieu de vie

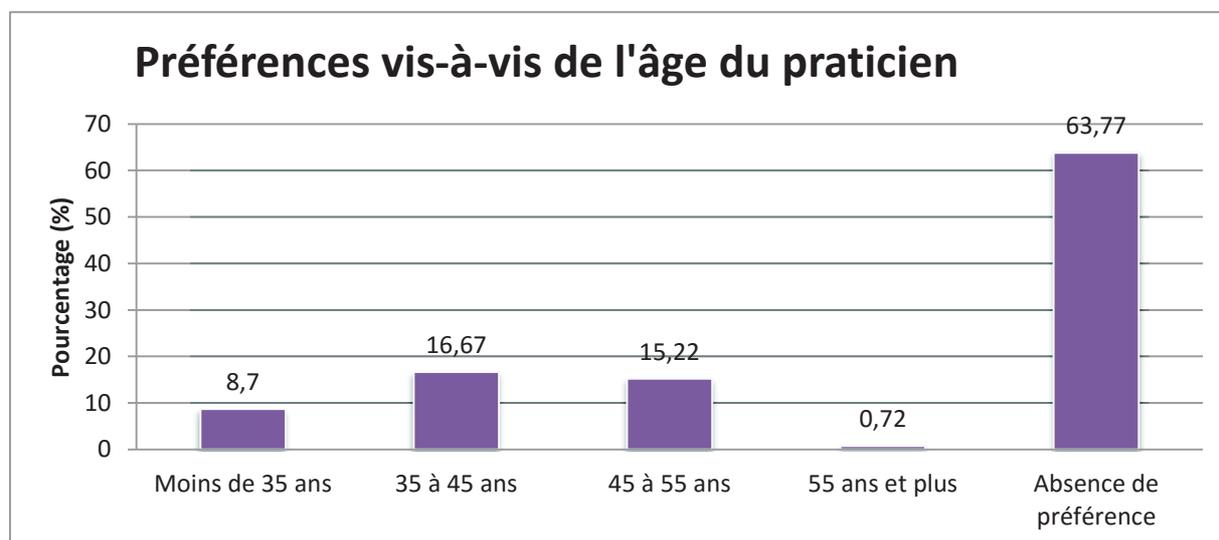
Les proportions d'individus ayant une préférence pour un dentiste de sexe donné sont sensiblement identiques parmi les habitants des villes et des campagnes. Cependant, en milieu rural, les patients ayant une préférence l'ont envers un homme dans près de 80% des cas alors qu'en milieu urbain, lorsqu'il existe une préférence, celle-ci est en faveur des femmes dans environ 70% des cas.

4.3.6 Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien

4.3.6.1 Au sein de l'échantillon global

Préférence	Effectif	Pourcentage
Dentiste âgé de moins de 35 ans	12	8,70 %
Dentiste âgé de 35 à 45 ans	23	16,67 %
Dentiste âgé de 45 à 55 ans	21	15,22 %
Dentiste de 55 ans et plus	1	0,72 %
Absence de préférence	88	63,77 %

Concernant leurs préférences à l'égard de l'âge du chirurgien-dentiste, les patients de notre échantillon étaient susceptibles de sélectionner plusieurs réponses (en cas de prédilection pour plusieurs tranches d'âges proposées), ce pourquoi la somme des pourcentages obtenus pour chaque réponse est supérieure à 100%.



Graphique 12 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien

63,77% des individus de l'échantillon n'ont pas de préférence concernant l'âge de leur chirurgien-dentiste alors qu'ils étaient 81% à être indifférents vis-à-vis de son genre. L'âge semble donc être un critère plus influent que le sexe.

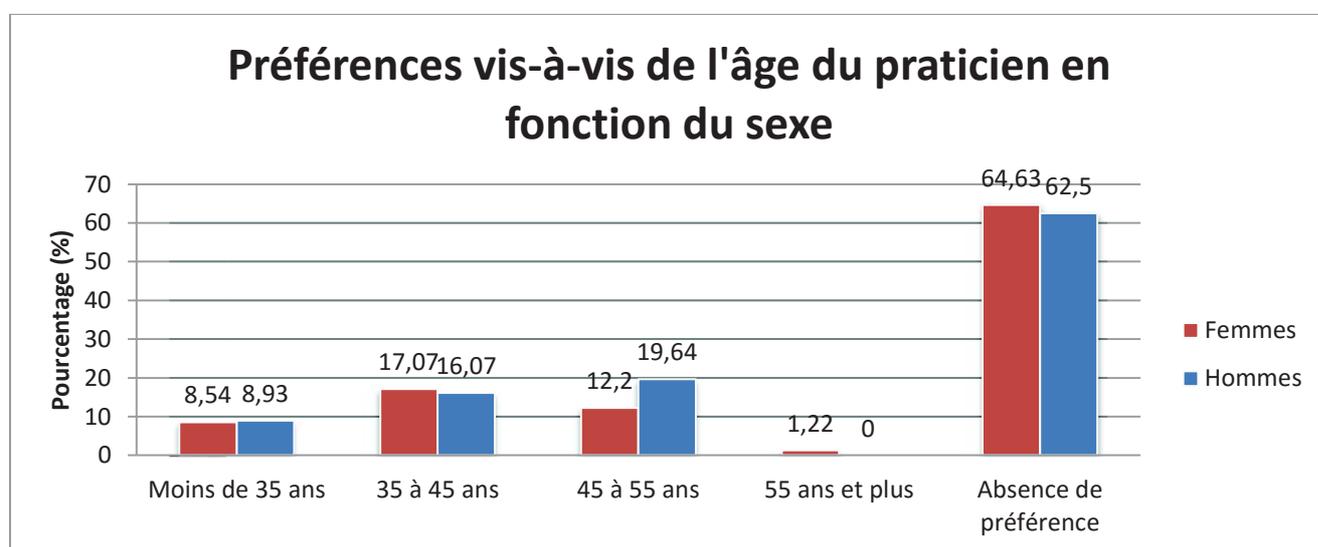
Les chirurgiens-dentistes de 35 à 55 ans semblent être les plus appréciés par les patients qui expriment une préférence, suivis par les dentistes de moins de 35 ans et enfin par les dentistes de plus de 55 ans. L'attrait pour les praticiens de moins de 35 ans est deux fois moins grand que celui pour les praticiens de 35 à 55 ans et moindre pour les praticiens de plus de 55 ans.

Nous émettons les hypothèses suivantes pour tenter d'expliquer ces résultats :

L'attirance pour les praticiens de moins de 35 ans pourrait être freinée par leur expérience diagnostique et pratique plus faible que celles des praticiens aguerris ? Par la réticence à se faire soigner par plus jeune que soi ?

La volonté de consulter chez un praticien de plus de 55 ans pourrait être limitée par la peur d'un éventuel déclin de ses capacités physiques et intellectuelles ou de sa motivation à soigner ? De connaissances limitées en matière de nouveaux matériaux et technologies ? De son proche départ à la retraite impliquant de devoir changer de dentiste par la suite ?

4.3.6.2 En fonction du sexe

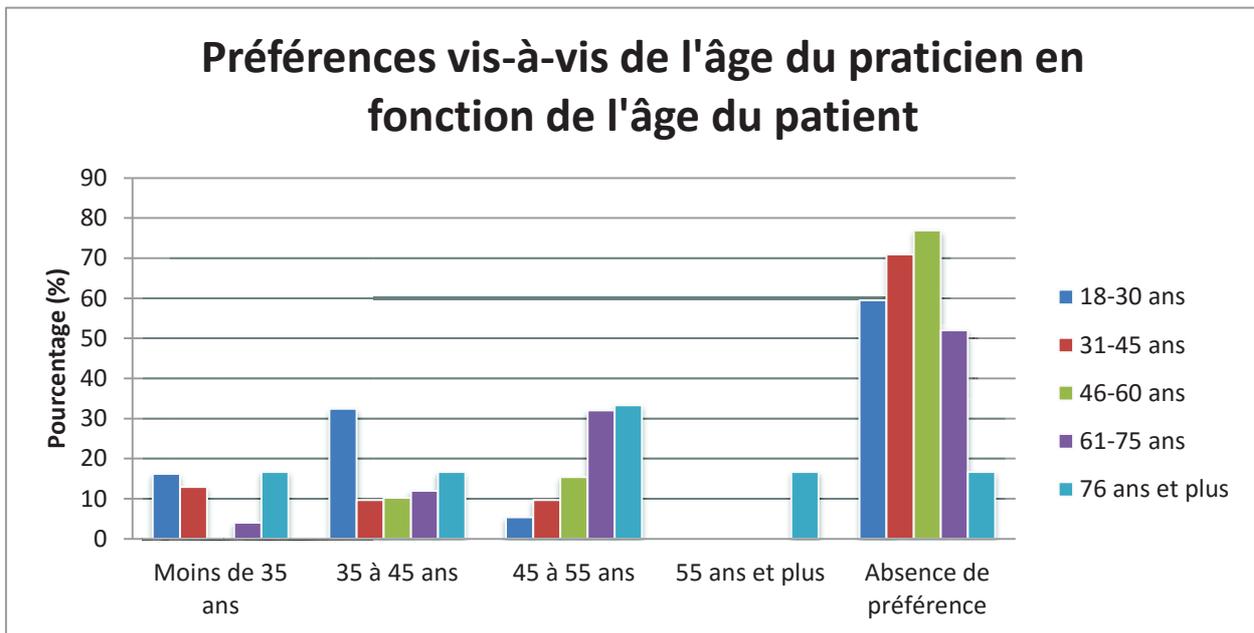


Graphique 13 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien en fonction du sexe

Le sexe ne semble pas avoir d'importance significative dans la préférence d'un dentiste d'un âge donné.

Les hommes semblent toutefois être un peu plus nombreux que les femmes à préférer un dentiste de 45 à 55 ans.

4.3.6.3 En fonction de l'âge



Graphique 14 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien en fonction de l'âge du patient

Les deux dernières catégories d'âge sont celles qui manifestent le plus de préférences, tandis qu'on observe une croissance de la proportion d'individus qui n'émettent aucune préférence entre 18 et 60 ans.

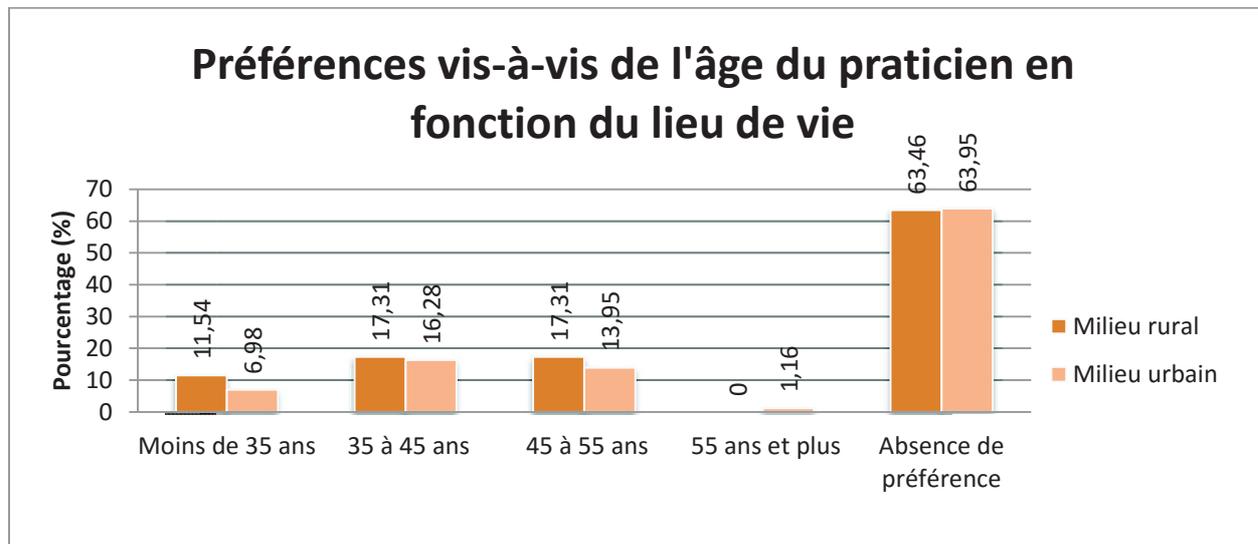
Les proportions en fonction de l'âge des patients indifférents vis-à-vis de l'âge de leur praticien sont le parallèle des proportions en fonction de l'âge des patients indifférents vis-à-vis du sexe de leur praticien : les individus de 46-60 ans semblent être les plus tolérants, suivis par le 31-45 ans.

Parmi les 20 individus de 18-30 ans qui ont une préférence d'âge, 18 d'entre eux soit 90%, ont une préférence pour un dentiste de 45 ans ou moins. Parmi les 17 individus de 61 ans et plus qui ont une préférence, 11 d'entre eux soit 65%, l'ont envers les dentistes de plus de 45 ans. Grossièrement, nous pouvons considérer que les individus les plus jeunes de notre échantillon ont tendance à privilégier les dentistes les plus jeunes tandis que les individus plus âgés ont tendance à privilégier les dentistes d'un âge plus avancé.

Les individus entre 31 et 60 ans semblent avoir des préférences moins strictes.

Nous pouvons supposer que les patients se sentent plus à l'aise, plus à même de discuter et d'être compris, par un praticien dont l'âge n'est pas trop éloigné du leur ce qui pourrait les amener à choisir un dentiste d'âge relativement proche.

4.3.6.4 En fonction du lieu de vie



Graphique 15 : Préférences vis-à-vis de l'âge du praticien en fonction du lieu de vie

Le milieu de vie ne semble pas avoir d'influence quant à l'existence de préférences envers l'âge du praticien.

4.3.7 Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir rendez-vous

4.3.7.1 Au sein de l'échantillon global

Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous	Effectif	Pourcentage
1 semaine	20	14,49 %
2 semaines	60	43,48 %
3 semaines	31	22,46 %
1 mois	23	16,67 %
2 mois et plus	4	2,91 %

Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous



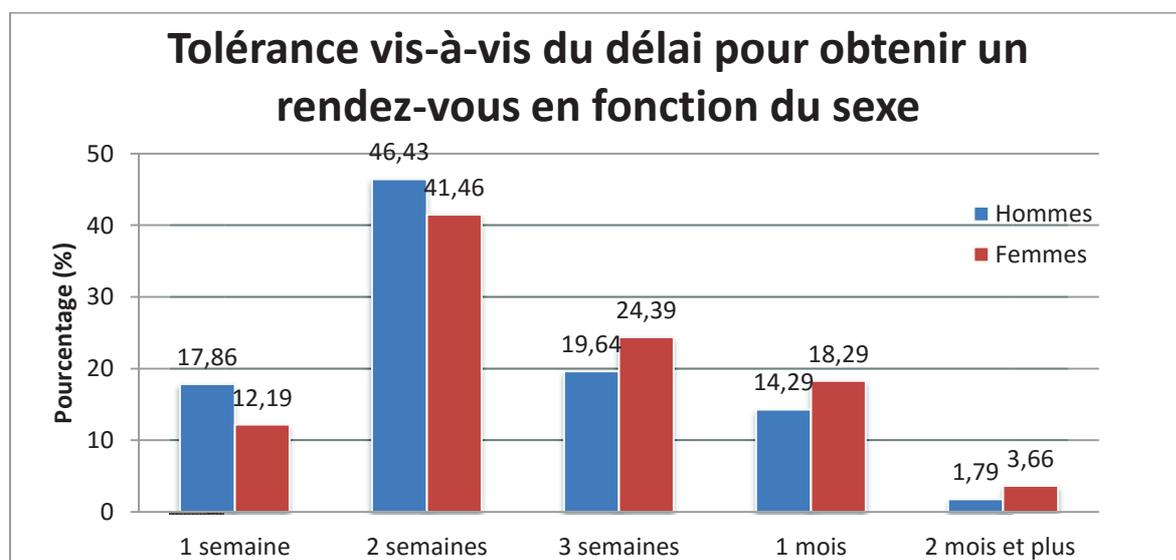
Graphique 16 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous

Le délai d'attente de 2 semaines pour obtenir un rendez-vous semble être le délai le plus raisonnable puisqu'il a été sélectionné par près de la moitié de l'échantillon (43,38%). Vient ensuite le délai de 3 semaines sélectionné par près d'un quart des individus.

Environ 15% des individus considèrent qu'ils sont en droit d'obtenir un rendez-vous dans les 7 jours, une proportion presque identique d'entre eux considère acceptable de patienter un mois.

Un délai de 2 mois et plus semble être peu approprié aux attentes de nos patients car seulement 2,91% d'entre eux tolèrent une attente si longue.

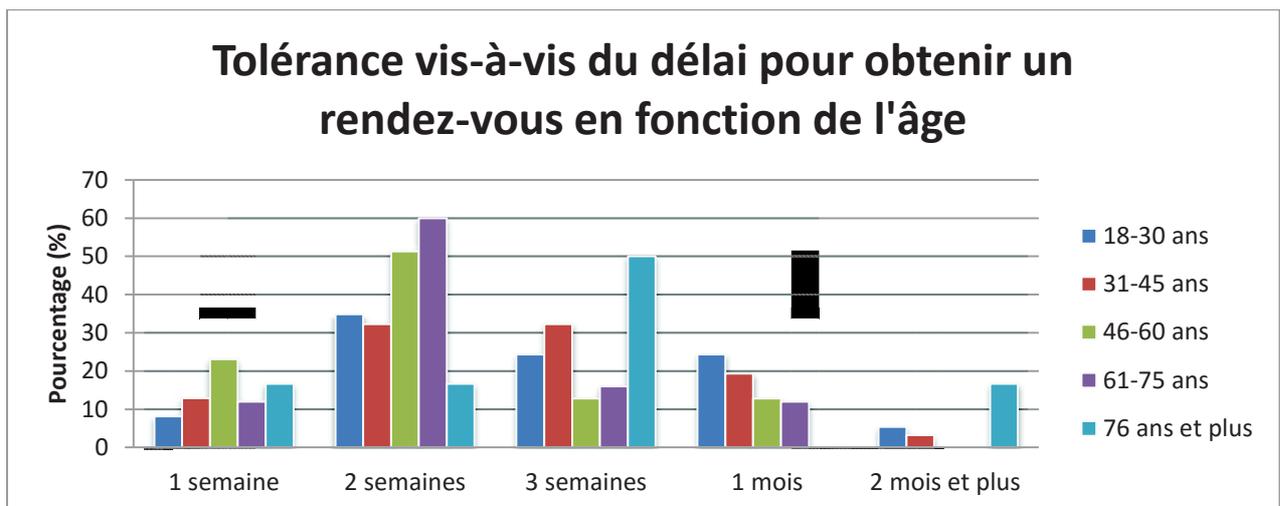
4.3.7.2 En fonction du sexe



Graphique 17 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction du sexe

Nous pouvons remarquer que les hommes ont tendance à être moins patients que les femmes concernant le délai d'attente pour un rendez-vous : ils sont plus nombreux que les femmes à privilégier des délais courts (1 et 2 semaines), et sont moins nombreux à tolérer d'attendre 3 semaines ou plus.

4.3.7.3 En fonction de l'âge

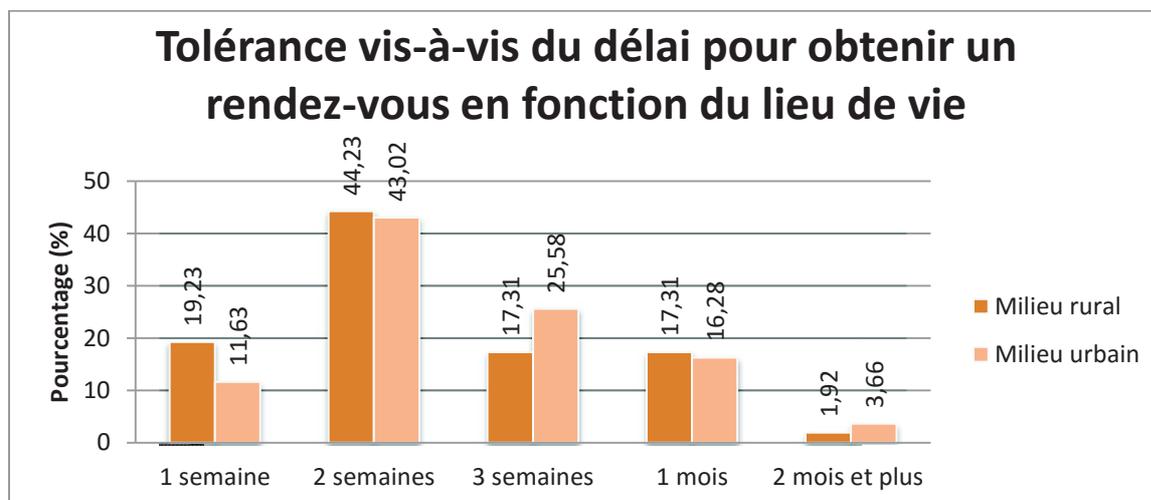


Graphique 18 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction de l'âge.

Il est difficile de tirer des informations à partir des réponses obtenues pour la classe d'âge des 76 ans et plus (peu d'individus, résultats dispersés).

En revanche nous pouvons observer que les individus de 18 à 45 ans sont plus tolérants à l'égard de la durée d'attente pour avoir un rendez-vous que les individus de 46 ans et plus : ils sont moins nombreux à avoir sélectionné les délais les plus courts (1 semaine et 2 semaines) et plus nombreux à avoir sélectionné les délais les plus longs (3 semaines, 1 mois, 2 mois et plus).

4.3.7.4 En fonction du lieu de vie



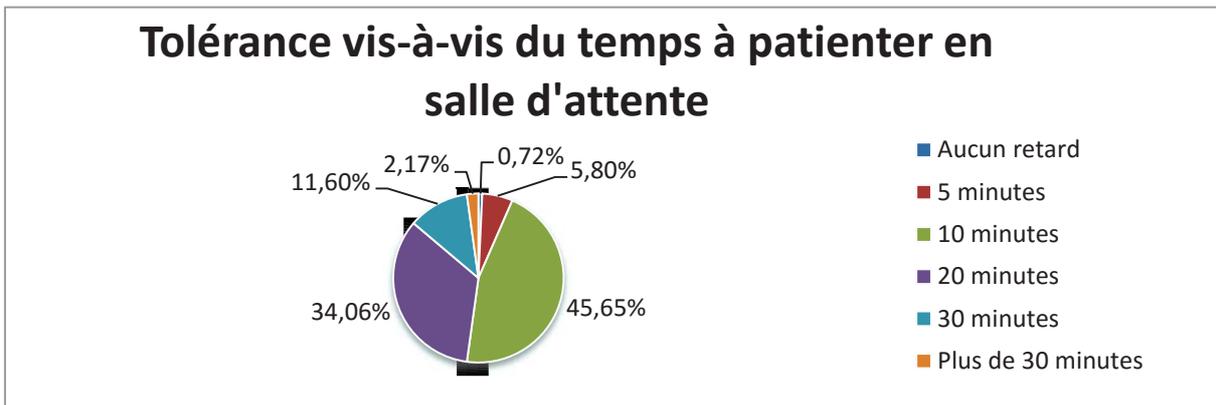
Graphique 19 : Tolérance vis-à-vis du délai pour obtenir un rendez-vous en fonction du lieu de vie

Nous pouvons observer une légère tendance des individus vivant en ville à être plus indulgents à l'égard du délai pour un rendez-vous par rapport à ceux vivant à la campagne.

4.3.8 Tolérance vis-à-vis du temps passé en salle d'attente

4.3.8.1 Au sein de l'échantillon global

Tolérance vis-à-vis du temps passé en salle d'attente	Effectif	Pourcentage
Aucun retard n'est toléré	1	0,72 %
5 minutes	8	5,80 %
10 minutes	63	45,65 %
20 minutes	47	34,06 %
30 minutes	16	11,60 %
30 minutes et plus	3	2,17 %



Graphique 20 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente

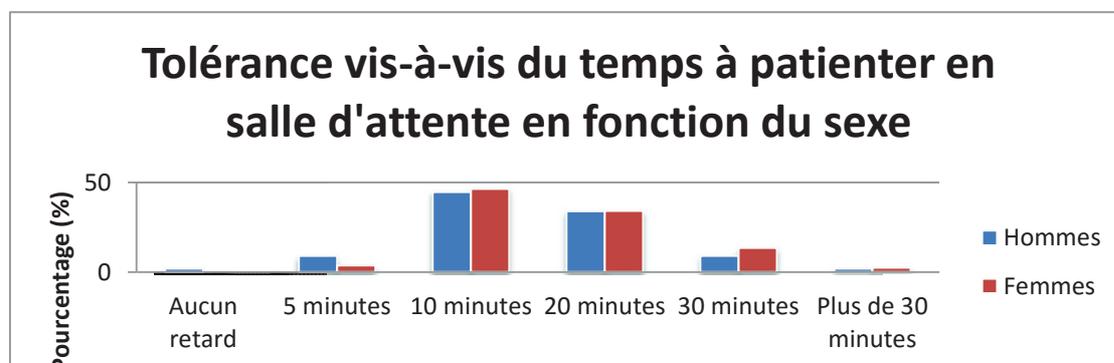
Nous pouvons distinguer une faible fraction d'individus (moins de 1%) qui ne tolère aucun retard de la part de son chirurgien-dentiste, 6% ne tolèrent que quelques minutes d'attente.

45,65% des individus de l'échantillon soit près de la moitié d'entre eux se disent prêts à attendre 10 minutes avant d'être reçus en salle de soin, 34,06% soit environ un tiers se disent prêts à patienter 20 minutes.

Environ 10% de la population tolère un retard de 30 minutes. Un très maigre pourcentage s'estime supporter plus de 30 minutes d'attente.

Ainsi, selon ces résultats, notre retard ne devrait pas excéder 10 minutes de manière à satisfaire la quasi-totalité de nos patients soit 95%. 10 minutes de retard supplémentaires (20 minutes au total), seraient susceptibles d'entraîner l'insatisfaction de 50% d'entre eux.

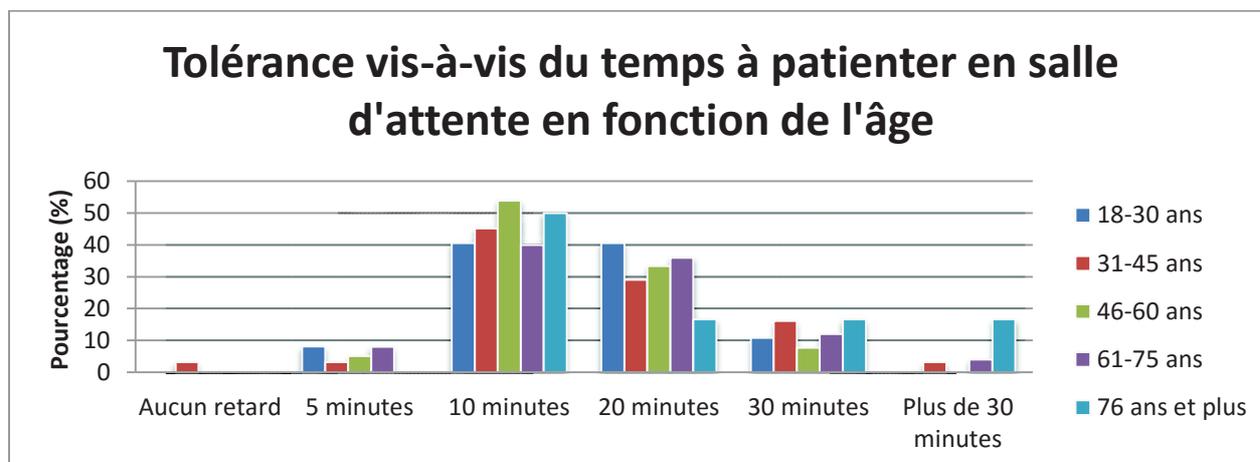
4.3.8.2 En fonction du sexe



Graphique 21 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction du sexe

En ce qui concerne le temps d'attente avant le rendez-vous, là encore, les hommes sont légèrement moins indulgents que les femmes.

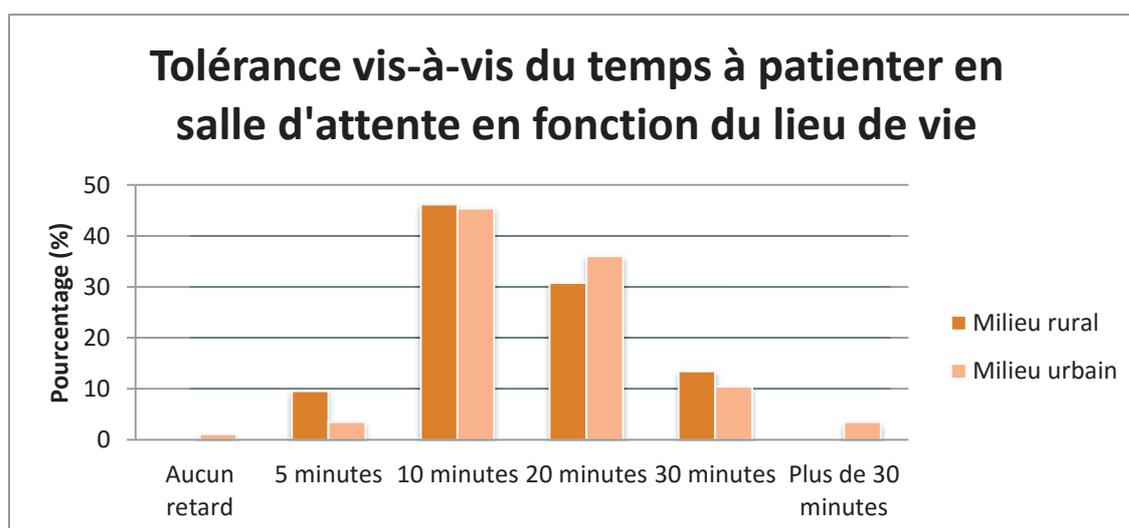
4.3.8.3 En fonction de l'âge



Graphique 22 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction de l'âge

Ces résultats ne nous permettent pas de conclure en une influence de l'âge dans la tolérance vis-à-vis du temps d'attente avant être reçu en salle de soin.

4.3.8.4 En fonction du lieu de vie



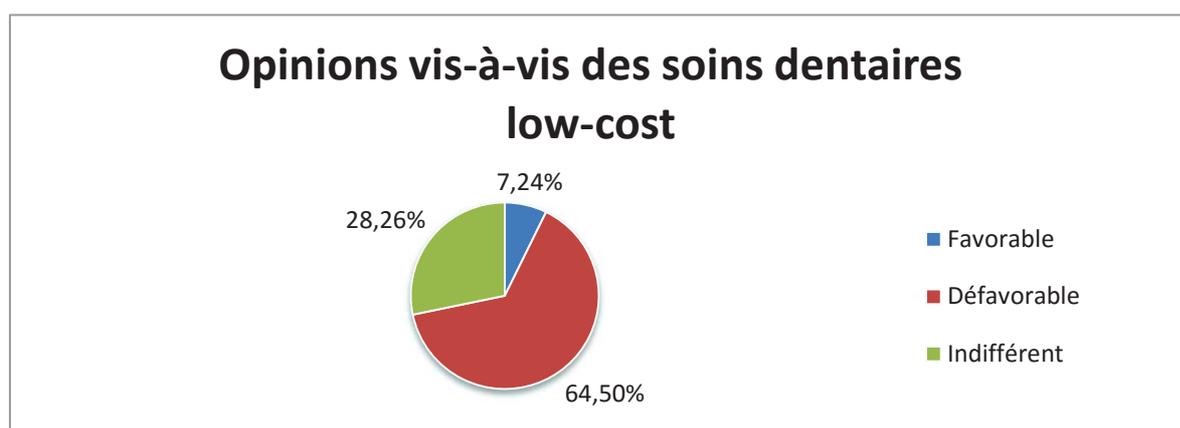
Graphique 23 : Tolérance vis-à-vis du temps à patienter en salle d'attente en fonction du lieu de vie

Ces résultats ne nous permettent pas de conclure en une influence du lieu de vie dans la tolérance vis-à-vis du temps d'attente avant être reçu en salle de soin.

4.3.9 Opinions vis-à-vis des soins dentaires low-cost

Les soins médicaux low-cost réalisés dans les pays de l'Est et Afrique du Nord font actuellement l'objet d'un business croissant. Nous avons souhaité recueillir l'avis de nos patients afin de prendre conscience de la concurrence que représentent ces nouvelles pratiques pour nous dentistes alsaciens.

Avis	Effectif	Pourcentage
Favorable	10	7,24 %
Défavorable	89	64,50 %
Indifférent	39	28,26 %



Graphique 24 : Opinions concernant les soins dentaires low-cost

64,50% des patients de notre échantillon sont défavorables aux soins dentaires low-cost.

28,26% sont contre, 7,24% n'ont pas d'avis tranché : ensemble ces deux derniers groupes d'individus représentent 35,5% de la population étudiée, soit un peu plus d'un tiers.

Nous pouvons ainsi considérer qu'environ 1 individu sur 3 serait susceptible de se rendre dans un autre pays afin de bénéficier de soins bradés. Les soins low-cost représentent donc un réel enjeu pour nous autres dentistes Français.

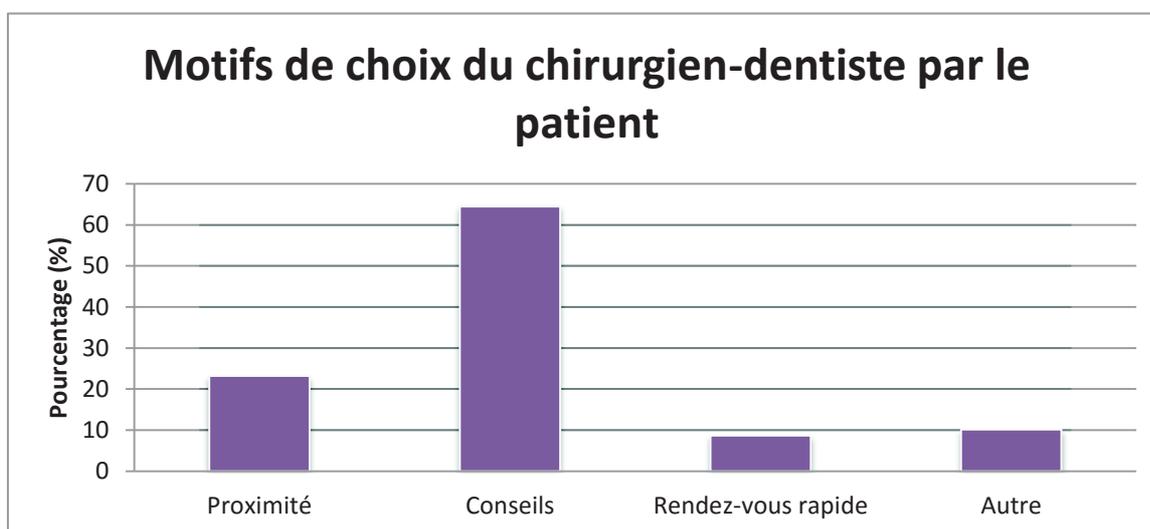
Une façon de nous prémunir du risque de voir nos patients partir se faire soigner à l'étranger consiste à mettre en avant nos compétences relationnelles et techniques pour instaurer une relation de confiance que nos patients pourraient craindre de ne pas retrouver ailleurs.

4.3.10 Motif de choix du praticien

Nous nous sommes enfin intéressés à la manière dont le patient choisi initialement son chirurgien-dentiste. Quels critères l'amènent à prendre rendez-vous dans un cabinet particulier ? Dans quelle mesure interviennent les facteurs proximité, délai de rendez-vous, conseils de l'entourage dans le choix du dentiste par son patient ?

Là encore, les patients étaient susceptibles de sélectionner plusieurs items, ce qui justifie que la somme des pourcentages soit supérieure à 100.

Motifs du choix du dentiste	Effectif	Pourcentage (%)
Proximité avec le domicile/lieu de travail	32	23,19
Conseils d'un proche	89	64,50
Délais de rendez-vous court	12	8,70
Autres	14	10,14



Graphique 25 : Motifs de choix du chirurgien-dentiste par le patient

64,50% des individus, soit près des deux tiers de notre échantillon, se sont basés sur les conseils d'un proche pour élire leur dentiste. 23,19%, soit près d'un quart, ont choisi leur cabinet pour sa proximité avec leur domicile/lieu de travail. Enfin, moins d'une personne sur 10 dit avoir choisi le dentiste qui a su lui proposer rendez-vous le plus rapidement.

La réputation du dentiste semble être le facteur de loin le plus influent dans l'élection d'un cabinet dentaire donné. La nécessité de connaître les attentes du patient pour pouvoir prétendre à le satisfaire prend ici tout son sens puisqu'un patient mécontent pourrait être susceptible, en mettant à mal notre notoriété, de réduire de 65% le nombre de nouveaux patients désireux de fréquenter un cabinet donné.

La proximité du cabinet dentaire semble être un critère 3 fois plus important que le délai de rendez-vous qui a été sélectionné par moins d'un individu sur 10.

Parmi les autres raisons justifiant le choix d'un cabinet dentaire nous avons pu relever les suivantes :

- « J'ai été adressé par un confrère » (chirurgien-dentiste ou médecin traitant) : 6 personnes (4,35%).
- « Je connais personnellement le chirurgien-dentiste » : 4 personnes (2,90%).
- « J'ai consulté le dentiste repreneur du cabinet après départ à la retraite de son prédécesseur » : 2 personnes (1,45%).
- « Le dentiste est partenaire de mon organisme de mutuelle » : 1 personne (0,72%).
- « J'ai choisi le dentiste qui m'a proposé le devis le moins cher » : 1 personne (0,72%).
- « J'ai choisi au hasard » : 1 personne (0,72%).

5. DISCUSSION

5.1 Limites de nos travaux

5.1.1 Concernant la revue de littérature

Les enquêtes relatées dans les articles scientifiques recueillis n'ont pas toutes été menées à des époques contemporaines. Les attentes des patients ayant évolué au fil des années, il est difficile de comparer entre eux les résultats d'études conduites à plusieurs années d'intervalles.

Par ailleurs, les études examinées ont été établies dans des pays différents, impliquant des régimes politiques et conditions socio-économiques hétéroclites, ainsi que des systèmes de santé disparates qui accentuent les difficultés de comparaison des résultats.

Enfin, il n'existe pas de questionnaire standardisé pour recueillir les attentes et la satisfaction des patients. Chaque étude s'est donc appuyée sur un outil différent comportant ses items propres en incluant des caractéristiques socio-démographiques variables.

5.1.2 Concernant l'étude

Les cabinets ciblés n'ont pas été déterminés de façon aléatoire, mais correspondaient aux lieux de stage actif des étudiants de 6^{ème} année. Pour être plus justes dans le protocole de notre enquête et de ce fait obtenir un échantillon plus représentatif de l'ensemble des patients alsaciens, il aurait fallu recenser l'ensemble des cabinets dentaires alsaciens et effectuer une randomisation, donnant autant de chance à chaque cabinet d'être inclus dans l'étude. Ceci n'a pu être réalisé pour des raisons pratiques : distances à parcourir, nécessité pour les cabinets tirés au sort d'accepter notre démarche...

Nos questionnaires ont été déposés et complétés au sein de cabinets dentaires, lieux qui présentaient les avantages suivants pour notre enquête : le patient dispose du temps nécessaire pour compléter le questionnaire puisqu'il patiente en salle d'attente, le cabinet dentaire est le lieu propice pour répondre à des questions portant sur le dentiste.

Le choix de ce site amène cependant un biais qui a pu légèrement fausser les réponses : bien que l'anonymat ait été instauré (réponses insérées dans des enveloppes fermées), les patients ont pu répondre de telle sorte à flatter leur praticien notamment en termes de préférence de genre et de sexe.

Le remplissage des questionnaires relevant d'une démarche individuelle, certains patients n'ont pas eu l'opportunité de participer à l'étude du fait de difficultés de vision, lecture, compréhension des questions. En particulier les personnes âgées ou handicapées. Ce biais aurait pu être évité en demandant aux étudiants de lire les questions aux patients et de compléter le questionnaire à leur place. Cependant les patients n'auraient alors peut-être pas été impartiaux dans leurs réponses.

Le nombre total de réponses collectées est relativement faible (158 répondants) pour extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population alsacienne. Aussi, les répondants de 61 ans et plus étaient bien moins nombreux que ceux des autres classes d'âge étudiées. Ainsi, la représentativité des résultats pour les deux catégories d'âges les plus avancées est remise en cause, en particulier pour les plus de 76 ans représentés par 6 individus seulement.

Le but de notre question ouverte était de recueillir l'opinion brute des patients avant que ceux-ci ne soient inspirés par les éléments de réponses présentés aux questions suivantes. Cependant, il est certain que nombre de participants ont lu l'ensemble des questions avant de compléter le questionnaire et ont donc été sous l'influence des réponses proposées.

5.2 Comparaison des résultats à ceux des autres études

Les résultats obtenus dans notre enquête coïncident avec ceux des études analysées : les critères ayant une grande importance pour les patients ainsi que les aspects d'intérêt mineur y sont semblables. Cependant, l'aspect privilégié par les patients interrogés est la qualité des soins (sélectionnée par près de 70% de l'échantillon) alors que la plupart des études auxquelles nous nous étions intéressés précédemment plaçaient ce critère en seconde position après les aptitudes relationnelles du praticien.

La volonté d'être informé à l'égard des soins a été exprimée par 40% de la population étudiée, situant ce critère en deuxième position du classement. L'hygiène du cabinet dentaire vient ensuite, sélectionnée par 37% des patients.

Le critère sympathie/empathie du praticien recueille un grand intérêt de la part des patients (4^{ème} critère d'importance sur 13, sélectionné par 30% des individus) bien que celui-ci soit un peu diminué en comparaison aux études recueillies.

Cette considération de la part des individus de notre échantillon pour les trois critères : qualité, hygiène, information, reflète les tendances de notre époque. Notre économie en quête immuable de performance a changé notre regard sur la qualité : celle-ci n'est plus un luxe mais un impératif que tout un chacun est en droit de réclamer. Les médias nous ont habitués à recevoir l'information, et rendus désireux d'apprendre et comprendre toujours davantage, l'information du patient est devenue un devoir pour le praticien. La recrudescence des maladies infectieuses et la sensibilisation du grand public face à celles-ci ont affûtés le regard de nos patients sur l'hygiène, nos cabinets dentaires doivent être exemples mêmes de propreté.

5.3 Pistes pour l'amélioration de la satisfaction du patient

Nous avons pu relever la divergence d'opinions concernant le dentiste idéal entre les patients et leurs chirurgiens-dentistes. Ceci prouve bien que les praticiens ne sont pas suffisamment conscients de ce que les patients recherchent et par conséquent que les moyens déployés pour l'évaluation des attentes ne sont pas suffisants. Par ailleurs lors d'un sondage préliminaire à l'enquête ADF/SOFRES, sur 201 dentistes 75% avaient exprimé leur volonté de mise en place d'une démarche qualité concernant les attentes des patients et leur satisfaction.

Idéalement des enquêtes nationales ou régionales telles que celle mise en œuvre par l'ADF/SOFRES en 2004 (43) pourraient avoir lieu plus régulièrement afin de cibler les demandes de nos patients, leurs résultats pourraient être transmis par courrier à chaque praticien de manière à être connus de tous.

Conscients de l'enjeu financier que représentent ces études, des solutions à plus petite échelle pourraient être envisagées. Notamment, une question relative aux attentes du patient pourrait être incluse dans le questionnaire de santé qu'il complète lors du premier rendez-vous.

L'enjeu second pour les praticiens est de parvenir à remplir les attentes du patient sachant que celui-ci n'exprime pas nécessairement sa satisfaction ni encore moins son mécontentement. Alors comment savoir s'il est comblé ou non par notre travail ?

Là encore l'enquête de satisfaction de grande envergure et/ou le questionnaire de satisfaction placé dans la salle d'attente se verraient être d'une grande utilité.

Aussi, si nous sommes de bons juges de la qualité des actes que nous réalisons, il nous est plus difficile de juger nos compétences en termes de rapports humains, organisation, management. L'appel à un individu extérieur au cabinet dentaire (de type coach) pour analyser la situation, mettre en avant nos atouts, et nous proposer des axes d'amélioration de nos insuffisances pourrait s'avérer d'une grande aide.

Ces solutions pourront prendre place dès lors que la représentation mentale de l'évaluation se soldera de sa charge négative, que chaque praticien sera convaincu qu'être évalué n'est pas synonyme de jugement mais gage d'amélioration, qu'aucun dentiste ne possède 100% de qualités ni 100% de défauts, qu'il n'y a point de « mauvais dentiste ».

La littérature renferme autant de questionnaires relatifs aux attentes et à la satisfaction du patient que d'études à ce sujet. Si certains questionnaires semblent dominer par leur notoriété (DVSS, DSQ), aucun consensus n'a été établi quant à l'utilisation d'un outil en particulier. Dans la continuité des travaux de Gonzalez et al (13) et de Mussard et al (26), il serait judicieux de mettre au point un questionnaire unique, utilisé par tous, renfermant des critères standardisés et aboutissant à l'établissement de scores qui rendraient les résultats comparables entre eux.

Conclusions

Décrypter les attentes de nos patients est un enjeu de taille : il s'agit pour nous chirurgiens-dentistes d'être en mesure de satisfaire le patient, élément essentiel pour assurer sa fidélité et par conséquent garantir sa santé bucco-dentaire, but ultime du métier que nous exerçons.

Les études révèlent que les chirurgiens-dentistes sont peu avertis des attentes de leurs patients mais souhaitent combler ce défaut d'information. Notre travail a donc trouvé tout son sens et espère servir de base à des recherches complémentaires.

L'asymétrie de connaissances qui régit la relation de soin oriente la perception du patient sur son vécu, son ressenti, laissant l'excellence technique au second plan de ses attentes. C'est donc essentiellement au travers des aptitudes humaines, relationnelles et comportementales du praticien que le patient perçoit et juge la qualité des soins prodigués.

Les techniques et matériaux sans cesse perfectionnés par l'avancée des connaissances scientifiques permettent d'accroître précision, rapidité et taux de succès des thérapeutiques. Cependant le progrès semble mettre en avant l'outil davantage que le praticien. Il paraît aujourd'hui nécessaire de recentrer notre discipline sur les aspects humains qui en sont les valeurs fondatrices et qui de surcroît sont mises en avant par nos patients.

Comprendre les soins par les informations que nous donnons, ne plus ressentir de douleurs pendant et à la suite du traitement ainsi qu'être pris en charge dans un cabinet répondant aux normes strictes d'hygiène et d'asepsie sont autant de critères déterminants pour nos patients. Ces demandes traduisent un besoin de sécurité physique et psychologique.

Les exigences en matière de soins se sont accrues : l'aspect curatif n'est plus la motivation principale, rattrapé par les demandes en matière de prophylaxie et d'esthétisme. L'organisation, la gestion et la cosmétique du cabinet semblent avoir une importance plus modérée bien que nos patients expriment leur souhait d'obtenir un rendez-vous rapidement en cas de besoin dans un environnement de soin confortable et optimisé (équipements modernes, ambiance sonore, distractions pendant le soin). Les patients sont globalement satisfaits de leur chirurgien-dentiste. Cependant le domaine de la communication est pointé du doigt restant en recul. Un praticien qui n'explique pas suffisamment les enjeux et le déroulement des thérapeutiques qu'il propose, n'argumente pas ses honoraires, aura plus de difficultés à gagner la confiance de son patient. Cette faille dans le rapport dentiste-patient pourrait expliquer l'abandon de soins mais aussi l'essor du tourisme médical pour lequel les patients renoncent à une relation de soin durable avec leur dentiste traitant en faveur d'un traitement condensé à coût réduit en offrant leur confiance à une institution plus qu'à une personne connue ou renommée.

Considérant la multitude de paramètres impliqués et les intérêts variables qu'ils suscitent chez nos patients, il est difficile de dresser la description du « bon dentiste ». Indéniablement, il existe une multitude de façons d'être considéré comme tel, ayant toutes en commun la volonté de connaître le patient, d'échanger avec lui, de s'adapter et de se remettre en question pour le satisfaire. Cette quête de satisfaction doit toutefois trouver ses limites, celles de la conscience professionnelle et des convictions propres du praticien qui distinguent la Santé du Commerce, le soin d'un objet de consommation.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : DUCOFFE Marion

Titre de la thèse : Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste ?

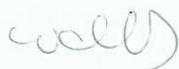
Directeur de thèse : Docteur JOERGER



VU

Strasbourg, le : 30-06-16

Le Président du Jury,



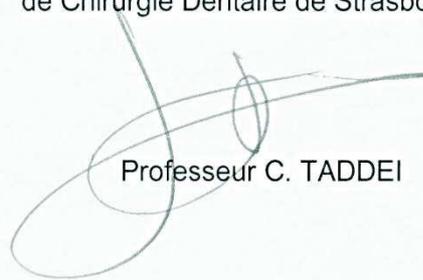
Professeur B. WALTER

VU

Strasbourg, le :

01 JUL. 2016

Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,



Professeur C. TADDEI

Références bibliographiques

1. **Heath I.** *That by which it is what it is.* Br J Gen Pract, 2009, Vol 59. p 142-143.
2. **Vuori H.** *Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care ?* Qual Rev Bull. 1987, vol 13. p 106-108.
3. **Newsome PRH, Wright GH.** *A review of patient satisfaction. Part 2 : Dental patient satisfaction : an appraisal of recent literature.* Br Dent J, fev 1999, Vol 186, n°4. p 166-170.
4. **Linder-Pelz S.** *Toward a theory of patient satisfaction.* Soc Sci Med, 1982, vol 16. p 577-582.
5. **Riley JL, Gordan VV, Hudak-Boss S, et al.** *Concordance between patient satisfaction and the dentist's view : findings from the National Dental Practice-Based Research Network.* J Am Dent Assoc, Avril 2014, Vol 145, n°4, p 355-362.
6. **Bowers MR, Swan JE, Koehler WF.** *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery ?* Health Care Manage Rev, 1994, Vol 19. p 49-55.
7. **Welie JV.** *Is dentistry a profession ? Part 1 : professionalism defined.* J Can dent Assoc, 2004, vol 70, n°8. p 529-532.
8. **Welie JV.** *Is dentistry a profession ? Part 3 : future challenges.* J Can dent Assoc. 2004, vol 70, n°10. p 675-678.
9. **Hurlimann C.** *Approche conceptuelle de la qualité des soins.* ADSP, 2001, n°35. p 23-28.
10. **Donabedian A.** *The seven pillars of quality.* Arch Pathol Lab Med, nov 1990, vol 114, n°11. p 1115-1118.
11. **Donabedian A.** *The quality of care : how can it be assessed ?* JAMA, Sept 1988, vol 260, n°12. p 1743-1748.
12. **Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorigou D et al.** *Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care.* Int J Qual Health Care, 2001, vol 13, n°5. p 409-416.
13. **Zacca Gonzalez G, Klazinga N, Asbroek G et al.** *Performance indicators used to assess the quality of primary dental care.*

14. **Cardozo R.** *An experimental study of consumer effort, expectation and satisfaction.* J Market Res, 1965, vol 2. p 244-249.
15. **Holt V, Mc Hugh K.** *Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice.* Br Den J, 1997, vol 183. p 365-370.
16. **Fishbein M, Ajzen I.** *Belief, attitude, intention and behavior.* Reading, MA : Addison-Wesley, 1975.
17. **Olivier R.** *A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions.* J Market Res, 1980, vol 17. p 460-469.
18. **Newsome PRH, Wright GH.** *A review of patient satisfaction. Part 1 : Concepts of satisfaction.* Brit Dent J, 1999, vol 18, n°4. p 161-165.
19. **Oliver R, Swan J.** *Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction.* J Consumer Res, 1989, vol 16. p 372-383.
20. **Williams R.** Relative deprivation. In *The Idea of Social Structure* (Edited by Coser L), 1975. p 356.
21. **Folkes V.** Conflict in the marketplace : explaining why products fail. In **Graham S, Folkes V.** (Ed spe) *Attribution theory : applications to achievement, mental health and interpersonal conflict.* Hillsdale, NJ : Erlbaum. 1990.
22. **Linder-Pelz S.** *Social psychological determinants of patient satisfaction : a test of five hypotheses.* Soc Sci Med, 1982, vol 16. p 583-589.
23. **Skaret E, Berg E, Raadal M, et al.** *Reliability and validity of the Dental Satisfaction Questionnaire in a population of 23 years old in Norway.* Community Dent Oral Epidemiol. 2004. Vol 32. p 24-30.
24. **Corah N, O'Shea R.** *Development of a patient measure of satisfaction with the dentist : the dental visit satisfaction scale.* J Behav Med, 1984, vol 7. p 367-373.
25. **Davies A, Ware J.** *Measuring patient satisfaction with dental care.* Soc Sci Med, 1981, Vol 15. p 751-760.
26. **Mussard J, Ashley FA, Newton T, et al.** *What do you think of your dentist ? A dental practice assessment questionnaire.* J Eval Clin Pract. 2007.
27. **Parasuraman A, Berry L.** *SERVQUAL : a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality.* J Retail, 1988, vol 1. p 12-40.
28. **Thomson WM, Stewart JF, Carter KD, et al.** *Patient mobility in Australian dentistry.* Community Dent Health. 1996, vol 13, p 99-104.
29. **Hall MA, Zheng B, Dugan E, et al.** *Measuring patients' trust in their primary care providers.* Med Care Res Rev, 2002, vol 59. p 293-318.

30. **Albrecht G, Hoogstraten J.** *Satisfaction as a determinant of compliance.* Community Dent Oral Epidemiol. 1998, vol 26, p 139-146.
31. **Francis V, Korsch BM, Morris MJ.** *Gaps in doctor-patient communication.* N Engl J Med, 1969, vol 280. p 535-540.
32. **Wooley FR, Kane RL, Hugues CC, et al.** *The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care.* Soc Sci Med, 1978, vol 12. p 123-128.
33. **Zeithaml V, Bitner M.** *Services marketing.* New York : Mc Graw Hill, 1996.
34. **Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al.** *The measurement of patients' expectations for health care : a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations.* Health Technol Assess, 2012, Vol 16, n°30.
35. **Nelson E, Larson C.** *Patients' good and bad surprises : how do they relate to overall patient satisfaction.* Qual Rev Bull, 1993, vol 3. p 89-94.
36. **Armfield JM, Enkling N, Wolf CA, et al.** *Dental fear and satisfaction with dental services in Switzerland.* J Public Health Dent. 2012, Vol 74, n°2014. p 57-63.
37. **Lahti S, Tuutti H, Hausen H, et al.** *Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient – developing a compact questionnaire.* Community Dent Oral Epidemiol. 1992, vol 20. p 229-234.
38. **Reid K, Humeniuk KM, Henriksen Hellyer J, et al.** *A comparison of expectations and impressions of ethical characteristics of dentists.* JADA, août 2014, vol 145, n°8. p 829-834.
39. **Corah NL, O'Shea RM, Bissell GD, et al.** *The dentist-patient relationship : perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction.* J Am Dent Assoc, 1988, vol 116. p 73-76.
40. **Cochet R.** *Comment le patient choisi son dentiste : raison et sentiment.* Le fil dentaire. 2015, n°107. p 42-43.
41. **Calnan M, Dickinson M, Manley G.** *The quality of general dental care : public and users' perceptions.* Int J Qual Health Care, 1999, vol 8. p 149-153.
42. **Abrams R, Ayers C, Vogt Petterson M.** *Quality assessment of dental restorations : a comparison by dentists and patients.* Community Dent Oral Epidemiol, 1986, Vol 14. p 317-319.
43. **Enquête ADF/SOFRES.** *Perception et attentes du grand public à l'égard des soins bucco-dentaires.* Sept 2004.

44. **Sluijs EM, Dekker J.** *Diffusion of a quality improvement programme along allied health professionals.* Int J Qual Health Care, 1999, vol 11. p 337-344.
45. **Buchan H.** *Increasing effectiveness.* Int J Qual Health Care, 1999, vol 11. p 185-186.
46. **Gatchel RJ.** *The prevalence of dental fear and avoidance : expanded adult and recent adolescent surveys.* J Am Dent Assoc, 1989, vol 118. p 591-593.
47. **Stouthard MEA, Hoogstraten J.** *Prevalence of dental anxiety in the Netherlands.* Community Dent Oral Epidemiol, 1990, vol 18. p 139-142.
48. **ONDPS.** *État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes.* Dec 2013.
49. **McNeil DW, Berryman ML.** *Components of dental fear in adults ?* Behav Res Ther, 1989, Vol 27, pp 233-236.
50. **Janda S, Wang Z, Rao C.** *Matching dental offerings with expectations.* J Health Care Market, 1996, vol 16. p 38-44.
51. **Moshkelgosha V, Mehrzadi M, Golkari A.** *The public attitude toward selecting dental health centers.* J Dent (Shiraz), Sept 2014, Vol 15, n°3. p 129-134.
52. **Enquête ADF/SOFRES.** *Les satisfactions et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste.* Nov 1997.
53. **Dewi FD, Sudjana G, Oesman YM.** *Patient satisfaction analysis on service quality of dental health care based on empathy and responsiveness.* Dent Res J (Isfahan). Oct-dec 2011. vol 8, n°4. p 172-177.
54. **Burke L, Croucher R.** *Criteria of good dental practice generated by general dental practitioners and patients.* Int Dent J, 1996, vol 46. p 3-9.
55. **Andrus D, Buchheister J.** *Major factors affecting dental consumer satisfaction.* Health Market Q, 1985, vol 3. p 57-68.
56. **Barnes N.** *Open wide : an examination of how patients select and evaluate their dentist.* Health Market J. 1985. Vol 3. p 49-56.
57. **Kress G, Silversin J.** *The role of dental practice characteristics in patient satisfaction.* Gen Dent, 1987, vol 35. p 454-457.
58. **Croucher R.** *The performance gap. Patients' views about dental care and the prevention of periodontal disease.* London : Health Education Authority, 1991, Research Report n° 23.
59. **Fennema K, Meyer DL, Owen N.** *Sex of physician : pateints' preferences and stereotypes.* J Fam Pract, 1990, Vol 30. p 441-446.

60. **Schmittziel J, Grumbach K, Selby J, et al.** *Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices.* J Gen Intern Med. 2000, Vol 15, p 761-769.
61. **Newton JT, Davenport-Jones L, Idle M et al.** *Patients' perceptions of general dental practitioners : the influence of ethnicity and sex of dentist.* Soc Behav Personal. 2001. Vol 29 (601). p 6.
62. **Bare LC, Dundes L.** *Strategies for combating dental anxiety.* J Dent Educ. 2004. Vol 68 (11). p 1172 -1177.
63. **Smith MK, Dundes L.** *The implications of gender stereotypes for the dentist-patient relationship.* J Dent Educ, vol 72, n°5. p 562-570.
64. **Christen RN, Alder J, Bitzer J.** *Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations.* Soc Sci Med, Avril 2008, Vol 66, n°7. p 1474-1483.
65. **Hall JA, Roter DL.** *Medical communication and gender : a summary of research.* J Gender-Specific Med, 1998, Vol 1. p 39-42.
66. **Lahti S, Tuuti H, Hausen H, et al.** *Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited : do the views conform to the expectations and what determines how well they conform ?* Commun Dent Oral Epidémiol. 1996, vol 24, p 240-244.
67. **Sherman JJ, Cramer A.** *Measurement of changes in empathy during dental school.* J Dent Educ, 2005, Vol 69, n°3. p 338-345.
68. **Stege P, Handelman S, Baric J, et al.** *Satisfaction of the older patient with dental care.* Gerodontics. 1986, vol 2, p 171-174.
69. **Riley J, Gordon V, Brad Rindal D.** *Components of satisfaction with a dental restorative visit : results from The Dental Practice-Based Research Network,* sept 2012, vol 143, n°9. p 1002-1010.
70. **Gopalakrishna P, Mummalaneni V.** *Influencing satisfaction for dental services.* J Health Care Market, 1993, vol 13. p 16-22.
71. **Curbow B.** *Health care and the poor : psychological implications of restrictive policies.* Health Psychol, 1986, vol 5. p 375-391.
72. **Locker D, Liddell A.** *Correlates of dental anxiety among older adults.* J Dent Res, 1991, vol 70. p 198-203.
73. **Locker D, Shapiro D, Liddell A.** *Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety.* Community Dent Health, 1996, vol 13. p 86-92.

74. **Goedhart H, Eijkman M, Horst G.** *Quality of dental care : the view of regular attenders.* Community Dent Oral Epidemiol, 1996, vol 24. p 28-31.
75. **Zimmerman RS.** *The dental appointment and patient behavior. Differences in patient and practitioners preferences, patient satisfaction, and adherence.* Med Care, 1988, vol 26. p 403-414.
76. **Gerbert B, Bleecker T, Saub E.** *Dentists and the patients who love them : professional and patient views of dentistry.* J Am Dent Assoc, 1994, vol 125. p 265-272.
77. **ONDPS.** *État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes.* dec 2013.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des attentes des patients disposé dans les salles d'attente des cabinets dentaires.

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de ma thèse portant sur les attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste, j'effectue une enquête sous forme de questionnaire anonyme.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre aux questions ci-dessous.

1. A propos de vous :

Vous êtes :

un homme une femme

Votre âge est compris entre :

18-30 ans 31-45 ans 46-60 ans 61-75 ans 76 ans et plus

Vous résidez :

en milieu urbain en milieu rural

2. Qu'attendez-vous de votre chirurgien-dentiste ?

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

3. Choisissez dans la liste ci-dessous les 3 critères qui vous semblent les plus importants chez un chirurgien-dentiste :

- La proximité de son cabinet dentaire avec votre domicile/lieu de travail.
- Sa sympathie/son empathie.
- Il propose des rendez-vous dans des délais courts.
- Le sexe et/ou l'âge du chirurgien-dentiste.
- Il propose des soins de qualité.
- L'hygiène de son cabinet dentaire.
- Il respecte l'heure de votre rendez-vous.
- Les soins qu'il réalise sont sans douleur.
- Les équipements et l'esthétique de son cabinet dentaire.
- Ses explications concernant les soins à réaliser sont claires et objectives.
- Ses tarifs sont abordables.
- Le personnel de son cabinet dentaire (assistante(s), secrétaire(s)..) est accueillant et aimable.
- Les travaux de son laboratoire de prothèses sont effectués en France et non à l'étranger.

4. A propos de votre chirurgien-dentiste :

-Vous préférez être soigné par un chirurgien-dentiste :

- homme femme cela vous est indifférent

-Vous préférez être soigné par un chirurgien-dentiste âgé de :

- moins de 35 ans 35 à 45 ans 45 à 55 ans
 55 ans et plus Cela vous est indifférent

-Selon vous, quelle durée est-il acceptable de patienter avant d'obtenir un rendez-vous ?

- 1 semaine 2 semaines 3 semaines 1 mois 2 mois et plus

-Selon vous, combien de temps est-il raisonnable de patienter en salle d'attente ?

- vous ne tolérez aucun retard 5 min 10 min 20 min
 30 min plus de 30 min

-Concernant les soins low-cost (soins réalisés en Europe de l'Est, Afrique du Nord), vous êtes :

- favorable défavorable Cela vous est indifférent

5. Comment avez-vous choisi votre chirurgien-dentiste ?

- Vous avez opté pour le praticien le plus proche de votre domicile/lieu de travail.
 Vous avez suivi les conseils d'un proche.
 Vous avez choisi le praticien qui a su vous proposer un rendez-vous le plus rapidement.
 Autre :.....
.....

Je vous remercie pour votre participation.

DUCOFFE (Marion) - Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste ?
(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2016 ; N° 26).
N° 43.22.16.26

Résumé :

Un acteur de santé se doit de connaître les raisons qui poussent le patient à frapper à sa porte puis à lui rester fidèle, et cela tant pour remplir les objectifs de Santé Publique (proposer des soins de qualité pour tous) que pour satisfaire ses intérêts propres (développement et fidélisation de la patientèle, satisfaction et estime de soi). Outre la compétence même du praticien dans les actes médicaux qu'il effectue, d'autres facteurs jouent un rôle important dans l'évaluation positive que lui porte le patient : ses aptitudes relationnelles, l'organisation du cabinet dentaire, la limitation de la douleur, le prix des soins etc.

L'objectif de cette thèse est d'une part, de faire l'état des lieux de la littérature scientifique internationale concernant les attentes des patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste et, d'autre part, de relater les résultats d'une enquête menée dans la région Alsace qui met en évidence les différents critères encourageant les patients à choisir ou non leur chirurgien-dentiste.

Rubrique de classement : Attentes et satisfaction des patients

Mots clés : Attentes des patients
Satisfaction des patients
Aptitudes du chirurgien-dentiste
Qualité des soins
Enquête

Me SH : Patient's expectations
Quality of dental care
Survey

Jury :

Président : Professeur WALTER Béatrice

Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Docteur JOERGER Roger
Docteur OFFNER Damien

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale : M. DUCOFFE
29, rue du Général Leclerc
67450 MUNDOLSHEIM

Adresse de messagerie : marion.ducoffe@gmail.com