

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2019

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2019

Par Pauline TAILLIEZ

Né(e) le 11 décembre 1992 à Seclin

Evaluation de la satisfaction des patients consultant en prophylaxie bucco-dentaire dans
le Service d'odontologie du CHU de Lille

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL
Asseseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI
Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT
Madame le Docteur Margaux ABRAHAM

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie,
Biologie Orale Département Biologie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université René Descartes (PARIS V)

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Habilitation à Diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable du Département de Biologie Orale

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de
ma plus profonde reconnaissance et de tout
mon respect.*

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maitre de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'université de Lille2 (mention Odontologie)

Maitrise en Biologie Humaine

C.E.S. d'Odontologie Chirurgicale

Coordonnateur du D.E.S. de Chirurgie Orale (Odontologie)

Secrétaire du Collège National des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale

Chef de Service d'Odontologie du CHRU de LILLE

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury.

Pour votre sympathie, la qualité de vos enseignements et votre bienveillance au cours de ma formation, veuillez croire, Monsieur, en mes respectueux remerciements

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maitre de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Maitrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de ce travail.

Pour votre écoute, votre disponibilité, votre gentillesse et vos conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Au cours de cette thèse ainsi que pendant les vacances cliniques, vous m'avez transmis votre intérêt pour la prévention.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mes respectueux remerciements.

Madame le Docteur Margaux ABRAHAM

Assistant hospitalo-universitaire des CSERD

Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)

*Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans
mon jury.*

*Veillez trouver ici l'expression de mon profond
respect et le témoignage de ma reconnaissance pour
votre gentillesse.*

A ma famille, à mes amis...

Table des matières

Avant-propos	15
1 Contexte	16
1.1. Santé bucco-dentaire et orientation du système de santé en France.....	16
1.1.1. Etat de santé bucco-dentaire en France	16
1.1.2. Liens entre santé bucco-dentaire et santé générale.....	17
1.1.3. Une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire en France, mais des inégalités sociales de santé qui persistent.....	18
1.1.4. Un système de santé français orienté malgré tout vers le curatif	20
1.1.5. Un décalage dans les politiques de prévention bucco-dentaire entre la France et d'autres pays européens.....	21
1.2. Développement d'une consultation de prophylaxie bucco-dentaire au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille.....	23
1.2.1. Quelques éléments sur le cadre conceptuel de la prévention.....	23
1.2.2. Historique de la consultation de prophylaxie	26
1.2.3. Description de la consultation de prophylaxie bucco-dentaire	27
1.3. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé	28
1.3.1. Le concept de satisfaction.....	29
1.3.1.1. Définitions.....	29
1.3.1.2. Différents aspects du champ de la satisfaction	29
1.3.1.3. Facteurs d'influence.....	30
1.3.1.4. Conséquences.....	30
1.3.2. La satisfaction appliquée à l'odontologie.....	30
1.4. Objectifs de l'étude.....	32
2. Matériels et méthodes.....	33
2.1. Type et lieu d'étude	33
2.2. Période de l'étude	33
2.3. Population d'étude	33
2.3.1. Recrutement des sujets	33
2.3.2. Critères de sélection	34
2.4. Recueil des données de l'étude	34
2.4.1. Elaboration du questionnaire	34
2.4.2. Description de la version finale du questionnaire.....	34
2.4.3. Modalités de recueil des données.....	35
2.5. Autorisation légale pour la conduite de l'étude	35
2.6. Plan d'analyse	36
3. Résultats	37
3.1. Profil de la population étudiée	37
3.1.1. Caractéristiques démographiques	37
3.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles et niveau d'études.....	38
3.1.3. Statut marital et nombre d'enfants	39
3.1.4. Niveau de santé	40
3.1.5. Suivi dans le Service d'odontologie	40
3.1.6. Opinion des sujets sur leur santé bucco-dentaire	42
3.1.7. Synthèse des caractéristiques du panel.....	42
3.2. Habitudes en lien avec la santé bucco-dentaire.....	45
3.2.1. Habitudes alimentaires.....	45
3.2.2. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire.....	47

3.2.2.1. En matière de contrôle mécanique	47
3.2.2.2. En matière de contrôle chimique	48
3.2.2.3. En matière de fréquence de l'hygiène bucco-dentaire	49
3.2.2.4. Technique de brossage	51
3.2.2.5. En matière de conduites à risque	52
3.2.3. Raisons motivant le panel à suivre les recommandations formulées en matière de santé bucco-dentaire en prophylaxie	53
3.2.4. Facteurs d'influence des habitudes en matière de santé bucco-dentaire	53
3.3. Evaluation de la satisfaction des sujets pris en charge en prophylaxie bucco-dentaire	54
3.3.1. Accès et environnement	54
3.3.2. Communication, qualité des soins et coûts	56
3.3.3. Satisfaction générale	58
4 Discussion	59
4.1. Intérêts de l'étude	59
4.1.1. Originalité du travail	59
4.1.2. Choix de la méthode	59
4.2. Limites de l'étude	60
4.2.1. Présence d'un membre de l'équipe soignante comme investigateur	60
4.2.2. Représentativité du panel	60
4.2.3. Déroulement de l'étude	61
4.3. Des résultats et perspectives d'évolution	61
4.3.1. Satisfaction vis-à-vis des horaires, des délais d'attente et de la fréquence des rendez-vous	61
4.3.2. Origine de l'orientation en prophylaxie bucco-dentaire	63
4.3.3. Consultation de prophylaxie bucco-dentaire et changement des comportements liés à la santé bucco-dentaire	63
4.3.4. Facteurs d'influence des comportements en santé bucco-dentaire	64
4.3.5. Satisfaction vis à vis de l'environnement et de la communication avec l'équipe soignante	66
4.3.6. Satisfaction vis à vis des coûts	67
4.3.7. Pistes en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles en prophylaxie bucco-dentaire	69
Conclusion	71
Références bibliographiques	72
Annexe 1 : Guide pour l'entretien de satisfaction	76
Annexe 2 : Lettre d'information à l'attention des participants de l'étude	81

Avant-propos

En France depuis une quinzaine d'années, des actions de prévention bucco-dentaire sont mises en place sur le territoire, cependant elles sont principalement destinées aux enfants. Pourtant, la population adulte n'est pas en reste quant au besoin de santé, les individus étant souvent mal informés des conséquences des comportements néfastes qu'ils adoptent sur la santé bucco-dentaire.

De plus, trop peu de praticiens chirurgiens-dentistes accordent suffisamment d'importance et de temps à la prévention. Or, on sait aujourd'hui qu'elle constitue un pilier incontournable du traitement dans une vision globale de maintien de la santé et de qualité de vie. Mais ce type d'activité ne bénéficie à ce jour pas d'une reconnaissance et d'un développement important dans le système de soins français. Compte tenu des récents débats liés à la renégociation de la Convention avec l'Assurance Maladie, cette thèse s'inscrit dans l'actualité médicale en faveur de la promotion de la prévention bucco-dentaire en France. Le travail consiste en une enquête sur la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge au sein de consultations de prophylaxie bucco-dentaire dans le Service d'odontologie du CHU de Lille. A l'issue de cette enquête, nous serons mieux à même de savoir si ce type d'activité est à l'origine de changements effectifs dans les comportements des patients, et si elle les séduit, quels en sont les intérêts perçus mais également quels en sont les limites et les dysfonctionnements, et quelles pourraient être les perspectives d'amélioration.

Le travail suivra donc un plan habituel en 4 parties :

- La première partie posera les différents éléments du contexte ;
- La seconde partie développera le matériel et méthode de cette étude ;
- La troisième partie présentera les résultats obtenus ;
- Et enfin la dernière partie proposera une discussion des résultats et des perspectives d'évolution.

1 Contexte

1.1. *Santé bucco-dentaire et orientation du système de santé en France*

1.1.1. **Etat de santé bucco-dentaire en France**

Si les principales pathologies bucco-dentaires, représentées par les maladies carieuse et parodontale, ne sont souvent pas considérées comme graves ou urgentes, elles constituent néanmoins un enjeu majeur de santé publique compte tenu de leurs prévalence et incidence élevées encore aujourd'hui. En effet, bien que l'on ait observé une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire en France depuis les années soixante-dix, ces pathologies restent encore très fréquentes.

Il existe néanmoins peu d'études épidémiologiques chez les adultes, ce qui rend difficile la mise en évidence de cette évolution. En France, les premières études épidémiologiques descriptives à l'échelle nationale datent de la fin des années quatre-vingt. Le peu d'études s'explique notamment par la difficulté à constituer un échantillon représentatif de cette tranche de la population.

Cependant, les quelques études disponibles estiment que l'indice CAOD moyen (nombre de dents permanentes cariées, absentes pour cause de carie ou obturées) chez l'adulte serait compris entre 13 et 15 avec 1 à 1,2 dents cariées à traiter en moyenne (1). La proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter serait comprise entre 33% et 50% (2).

Du côté de la santé parodontale, respectivement 95% et 82% des adultes présenteraient une perte d'attache clinique et des poches parodontales ; les estimations de la prévalence dans la population ont indiqué qu'une perte d'attache \geq 5 mm concernait 46,7% des individus et qu'une profondeur de poche au sondage $>$ 5 mm concernait quant à elle 10,2% des individus (3) (4). De plus, l'enquête Baromètre Santé de 2014 rapporte qu'un quart des français ne réalise pas un brossage dentaire biquotidien (3).

La proportion de patients réalisant une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste serait, quant à elle, en augmentation sensible, selon l'article de Ménard référant les données des Baromètres Santé de 1993 et de 2014 (51,7% des personnes de 18-75 ans en 1993 et 63,5% en 2014) (5). En 2014, 63,5% des 15-75 ans déclarent avoir personnellement consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois, quand 15,6 % l'ont fait il y a 1 à 2 ans, 9,0% il y a 2 à 3 ans, 5,3% il y a 3 à 5 ans, 5,6 % il y a plus de 5 ans, et 1,0% jamais. Autrement dit, plus du tiers des interviewés n'ont pas vu de chirurgien-dentiste dans l'année qui vient de s'écouler (5). En ce qui concerne le motif de la dernière visite, plus de la moitié des interviewés (54,9%) ont consulté leur chirurgien-dentiste pour un examen de contrôle ou un détartrage (52,0% des hommes et 57,3% des femmes) ; 28,6% ont consulté pour un problème (gêne, douleur), 7,5% pour un suivi de traitement et 9,0% pour un autre type de raison (5).

Chez les enfants, davantage d'études sont disponibles. Chez les enfants âgés de 12 ans, l'indice CAOD est passé de 4,20 en 1987, à 1,94 en 1998, puis à 1,23 en 2006 (2) (6). Parallèlement, la prévalence des sujets de cet âge indemnes de lésion carieuse est passée de 12% à 56% au cours de la même période (4) (7). Les mêmes progressions ont été mesurées chez les enfants âgés de 6 ans (8). Néanmoins, si globalement l'état de santé bucco-dentaire des enfants s'améliore, le besoin en soins reste important et le recours au soin insuffisant : à 6 ans, 30% des enfants présentent au moins une dent cariée non traitée (9).

1.1.2. Liens entre santé bucco-dentaire et santé générale

La santé bucco-dentaire fait partie de la santé générale et est indispensable à la qualité de vie.

La maladie carieuse est une maladie infectieuse multifactorielle des tissus durs des dents, qui est désormais considérée comme une maladie chronique susceptible de se déclarer et d'évoluer tout au long de la vie. Chez le très jeune enfant, elle peut avoir une incidence sur le développement de celui-ci ; c'est par exemple le cas de la carie précoce du jeune enfant. Quel que soit l'âge, les complications infectieuses des lésions carieuses augmentent le risque d'infections focales par passage des bactéries dans la circulation sanguine (2).

Les maladies parodontales peuvent impacter la santé générale du fait des bactéries impliquées, mais aussi à cause de la réaction inflammatoire que ces dernières entraînent. De ce fait, elles peuvent accentuer et aggraver des pathologies générales et à l'inverse les pathologies générales peuvent aussi aggraver les signes des maladies parodontales (4). Une santé bucco-dentaire altérée augmente donc le risque et/ou la gravité de maladies générales, que ce soient les maladies cardiovasculaires, les AVC ou les cancers par exemple. A l'inverse, prendre soin de sa cavité buccale aide au maintien de la santé générale et de la qualité de vie ; par exemple, un détartrage une fois par an diminuerait de 25% le risque d'accident cardiovasculaire (10).

1.1.3. Une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire en France, mais des inégalités sociales de santé qui persistent

L'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire en France, notamment en matière de maladie carieuse, est majoritairement associée à l'amélioration des mesures quotidiennes d'hygiène bucco-dentaire, notamment par une large diffusion des produits fluorés (les dentifrices essentiellement) (9).

Pour autant, les inégalités sociales de santé y compris bucco-dentaire traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations précaires représente l'extrême. La précarité est un phénomène complexe et ne peut être réduite à des critères économiques. Six dimensions sont habituellement prises en compte pour traduire l'hétérogénéité des situations et des parcours individuels : la situation professionnelle, le niveau des ressources financières, les conditions de logement, le degré d'isolement, l'existence d'une protection sociale et, pour les étrangers, la position administrative conditionnant la régularité du séjour sur le sol français (11). Quels que soient les indicateurs de santé considérés (mortalité, incapacités, santé perçue ou qualité de vie) apparaissent d'importants gradients selon, notamment, les milieux sociaux, la profession ou le niveau d'études.

Dans les deux sexes, les situations de précarité sociale conduisent à adopter des pratiques alimentaires différentes (prise alimentaire, consommation de certains

aliments) de celles mesurées en population générale, favorisant le surpoids et l'obésité, ainsi que le développement de maladies générales telles que le diabète, les troubles cardio-vasculaires, puis au niveau de la sphère orale, l'apparition de lésions carieuses et/ou de maladies parodontales (12).

On peut également noter que le phénomène de ségrégation spatiale a conduit à la création de zones urbaines sensibles (ZUS), correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes socialement défavorisées, ce qui engendre, par conséquent une incidence plus importante des maladies bucco-dentaires dans ces zones (13).

Si les principaux déterminants des inégalités sociales de santé sont extérieurs au système de soins, les conditions d'accès y contribueraient également. Des inégalités manifestes d'accès primaire existent dans notre pays du fait d'un ensemble de facteurs : refus de soins de la part de certains professionnels pour des raisons multiples, renoncement des personnes elles-mêmes pour des raisons elles aussi complexes (administratives, psychologiques, financières ou culturelles) et inégalités de soins à proprement parler.

L'existence d'inégalités de santé dans notre pays est avérée et le phénomène s'aggrave. On peut craindre qu'il continue de se développer sous les effets de la crise économique (14).

Plusieurs études chez les adultes décrivent des liens entre le nombre de lésions carieuses et la catégorie socioprofessionnelle ou la situation de précarité des individus (4) (5) (6). Par exemple, 45% des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29% des cadres. Après 50 ans, le nombre de dents manquantes non remplacées est en moyenne de 2,7 chez les hommes en population générale, alors qu'il atteint 11,7 chez les consultants de centres de soins gratuits (7) (8). Malgré une amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire en France, les inégalités sociales restent marquées et ce, dès l'enfance. Une faible proportion d'enfants cumule une majorité de caries. La prévalence de la carie dentaire est, dans les études, significativement plus importante chez les enfants en situation de précarité, scolarisés en ZEP (Zone d'éducation prioritaire) ou nés à l'étranger (16).

Avec un indice CAOD semblable pour chaque tranche d'âge, les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) se distinguent par un nombre de dents cariées légèrement supérieur mais surtout par un nombre de dents absentes bien supérieur à celui des bénéficiaires du régime général. Dans l'indice

CAOD, ce nombre de dents absentes supérieur chez les personnes bénéficiaires de la CMU-C est contrebalancé par un nombre de dents obturées nettement inférieur à celui de la population du régime général (15). L'ensemble des résultats témoigne du déficit majeur en soins conservateurs chez les bénéficiaires de la CMU-C. L'accès des plus démunis à ces soins est insuffisant, malgré la prise en charge sans ticket modérateur qui leur est accordée. Les professionnels et les usagers, notamment ceux qui souffrent de précarité, devraient donc être incités à la réalisation optimale de ces soins (15).

La santé bucco-dentaire est donc un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elles peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène bucco-dentaire, alimentation...), mais aussi en partie par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une assurance maladie complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière. Les inégalités de santé bucco-dentaire se doublent de fortes disparités dans le recours aux soins. Il faut rappeler que ce secteur présente des particularités par rapport au reste des soins, notamment une couverture faible par le régime obligatoire, de nombreux actes hors nomenclature qui laisse des sommes élevées à la charge des individus, et donc un rôle important des assurances médicales complémentaires pour solvabiliser les dépenses (16) (17).

1.1.4 Un système de santé français orienté malgré tout vers le curatif

La Sécurité sociale française a été créée en 1945 dans le but de fournir à la population une protection financière de l'État contre les risques permanents. Les principes d'universalité et d'unité constituent la base du système, qui a été établi sur le modèle de Bismarck des contributions sociales liées au travail. À l'origine, le système ne prévoyait qu'une assurance maladie pour le travailleur, son conjoint et leurs enfants. L'augmentation du chômage a conduit à la création d'une couverture maladie universelle (CMU) en 1999 (18).

En 2013, le total des dépenses de santé tel que mesuré par les autorités françaises s'élevait à 247,7 milliards d'euros (soit 11,7% du Produit Intérieur Brut PIB), dont seuls 5,8 milliards d'euros ont été affectés à la prévention en santé générale (18).

En France, les coûts directs des soins bucco-dentaires sont estimés à 11,1 milliards d'euros et les coûts indirects à 6,3 milliards d'euros, alors que l'Organisation Mondiale

de la Santé (OMS) évalue une prévalence des pathologies bucco-dentaires proche de 100% de la population mondiale (19) (20). Avec l'inconfort qu'elles peuvent provoquer (douleur, mastication entravée, gêne importante...), elles favorisent également la dégradation de la santé générale et donc du bien-être social.

Depuis plusieurs années, on assiste, en France, au développement de programmes de prévention de la part des pouvoirs publics, à destination des enfants, principalement représentés par le programme M'T dents. La mesure principale de ce plan repose sur un examen bucco-dentaire de prévention, systématique, proposé à tous les enfants à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Cet examen est réalisé dans un cabinet dentaire librement choisi par la famille de l'enfant. Il est pris en charge à 100 %, sans avance de frais, par l'assurance maladie obligatoire. Les soins consécutifs à cet examen sont également pris en charge à 100% (hors soins d'orthodontie et de prothèse). Pour accompagner cette mesure, des séances d'éducation pour la santé bucco-dentaire étaient organisées dans les écoles, mais celles-ci ont été fortement réduites il y a quelques années. Elles seraient encore organisées en classe de CP (6 ans) et de 6^{ème} (11-12 ans), dans 60 départements (21). De plus, le programme M'T dents a récemment été étendu aux femmes enceintes ainsi qu'aux personnes âgées de 3, 21 et 24 ans (22). Hormis ce programme de prévention bucco-dentaire, le système de santé français, bien que souvent considéré comme l'un des plus performants en Europe d'un point de vue curatif reste peu tourné vers le versant préventif, que ce soit pour la santé générale ou bucco-dentaire.

Cependant, la nouvelle convention mise en place au 1^{er} avril 2019, via plusieurs de ses articles, prévoit une ouverture au développement de la prévention bucco-dentaire dans le système de soins français (23). La poursuite de l'extension progressive du dispositif M'T dents à des âges plus avancés (21 et 24 ans, article 14), l'ouverture à des expérimentations locales sur un forfait de prévention (article 14) ou sur un parcours de soins incitatif (article 15) en sont des exemples prometteurs. La création récente du Service Sanitaire progressivement applicable à tous les étudiants en santé semble également ouvrir la porte à la prévention pour les années à venir (24).

1.1.5. Un décalage dans les politiques de prévention bucco-dentaire entre la France et d'autres pays européens

Au début des années 2000, certains pays européens ont décidé de centrer leur

politique de santé sur une prévention de masse en matière bucco-dentaire, en privilégiant l'économie tissulaire de l'organe dentaire et les soins de gencives. Ces politiques de santé misent leurs dépenses sur une prévention de masse à court terme dans le but de réaliser des économies non négligeables à plus long terme.

Un récent rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques (DREES) a comparé plusieurs systèmes européens de santé bucco-dentaire (Allemagne, Suède et Pays Bas) considérés comme plus efficaces que celui de la France en matière de prévention et de développement des soins précoces (25). Par exemple, les proportions des populations allemande et suédoise ayant recouru au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste est de 70% (26). En Allemagne, les patients bénéficient d'une visite de contrôle biannuelle prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Cette visite consignée dans un carnet de bonus, le « Bonus Heft », permet au bout de 5 ans de suivi continu, de bénéficier d'une meilleure prise en charge sur les traitements prothétiques à venir (27). Ce type d'organisation répondrait ainsi mieux aux données actuelles de la science reprises dans les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) (28). En effet, l'état français n'a pas adopté à ce jour les mêmes recommandations que ses confrères européens.

Le système actuel est caractérisé par un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde, avec des tarifs de soins conservateurs les plus faibles en Europe, des indicateurs de santé bucco-dentaire se situant en-dessous des pays de l'Union Européenne de même niveau, mais n'ayant pas été évalués de manière fiable depuis 12 à 15 ans (18). La proportion de la population consultant un chirurgien-dentiste une fois par an est très faible comparée à d'autres pays européens, et par conséquent la consultation est trop souvent motivée par l'urgence à cause d'un système de prévention qui est très limité. Le taux d'assistant dentaire par chirurgien-dentiste est aussi le plus faible d'Europe et il n'y a pas, à l'heure actuelle, de possibilité de déléguer des tâches cliniques, comme par exemple des séances de prophylaxie bucco-dentaire au sein du cabinet dentaire (18).

Le système actuel pourrait s'inspirer d'autres systèmes européens qui semblent faire preuve d'efficacité malgré le peu de recul, et tout en les adaptant aux particularités françaises. Depuis la mise en place de la nouvelle convention, les idées semblent

néanmoins évoluer quant à la promotion de la prévention bucco-dentaire (23). L'article 15 évoque des expérimentations locales en vue de développer un schéma de soin basé sur le modèle allemand, sous la forme d'un parcours de soins incitatif (23).

A l'échelle locale du Service d'odontologie du CHU de Lille, un service dédié à la prophylaxie bucco-dentaire a été créé, permettant aux patients un suivi approfondi sur les aspects de prévention des pathologies et plus largement de maintien de leur santé bucco-dentaire, impliquant les étudiants, futurs professionnels, à développer leurs compétences dans l'accompagnement personnalisé de ces patients.

1.2. Développement d'une consultation de prophylaxie bucco-dentaire au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille

1.2.1. Quelques éléments sur le cadre conceptuel de la prévention

Selon le dictionnaire Larousse, la prophylaxie est : « l'ensemble des moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies » (29). Selon la définition officielle de l'OMS de 1948, la prévention est : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap » (14).

Il existe différentes manières de classifier les mesures de prévention, qui ont évolué avec le temps. La plus classique et plus ancienne est celle qui a été proposée par l'OMS en 1957. Cette classification définit des modalités de prévention en fonction du stade de la maladie où on les applique, c'est-à-dire (30) :

- Avant l'apparition de la maladie, on parle de « *prévention primaire* » regroupant l'ensemble des actes qui visent à diminuer l'incidence de la maladie dans une population et donc à réduire, les risques d'apparition de nouveaux cas ;

- Au tout début de la maladie, on parle de « *prévention secondaire* ». Son but est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, ce sont les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore en vue de faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la

présence de facteurs de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire ;

- Une fois la maladie installée, la « *prévention tertiaire* » vise à diminuer les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement.

Dans les trois cas, on intervient avant ce que l'on veut éviter (l'apparition de la maladie, la constitution de son tableau complet ou l'apparition de complications) et l'on prend des mesures adaptées ; à chaque fois, on se réfère à la maladie. Cette classification présente l'avantage d'être universelle mais revêt aussi des limites à l'heure actuelle, notamment liées à une conception orientée contre des risques et non positivement vers la santé, une conception peu adaptée aux maladies chroniques d'étiologie multifactorielle, à évolution séquentielle, liées en partie aux comportements des individus (14).

En 1983, Gordon a proposé une classification fondée sur la population, et non plus sur le stade de l'affection concernée. On parle alors d' (14) :

- Une *prévention universelle*, destinée à l'ensemble de la population. Les interventions en milieu scolaire, et la plupart des mesures du plan national nutrition-santé appartiennent par exemple à cette catégorie ;
- Une *prévention sélective*, destinée à des sous-groupes de la population, en fonction des risques spécifiques auxquels ils sont exposés, tels que le dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 75 ans ou la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées ;
- Une *prévention ciblée ou indiquée*, incluant des mesures visant à éviter l'aggravation de la situation des sous-groupes déjà atteints par des troubles avérés ou des maladies chroniques. L'éducation thérapeutique du patient relève partiellement de cet objectif par exemple.

Cette classification relève encore trop largement d'une conception curative de la santé. Comme la classification proposée par l'OMS, elle se fonde sur les mesures que l'on doit délivrer à un individu.

En 2009, une nouvelle classification est proposée (14). Au lieu d'envisager la prévention comme une annexe du soin, ce qui l'affaiblit, cette nouvelle classification

l'intègre dans une politique de promotion de la santé. Elle comporte, elle aussi, trois parties (14) :

- La *prévention universelle* s'adressant à l'ensemble de la population, cherche la participation de celle-ci par l'éducation pour la santé. Elle ne se contente pas d'énoncer des règles mais elle tend à faire que la population se les approprie ;
- La *prévention des maladies* regroupe les préventions sélective et ciblée de la classification de Gordon, les préventions primaire et secondaire de la classification de l'OMS. Elle est destinée à chaque sous-groupe de la population exposé à des risques spécifiques. Contrairement aux conceptions classiques de la prévention, elle ne se limite pas à des mesures destinées à la population cible. L'intervention a pour objectif de mobiliser cette population, pour qu'elle participe activement à construire les conditions de sa propre santé ;
- La *prévention ciblée* est destinée aux malades comme la prévention tertiaire de la classification de l'OMS mais elle tend à leur faire prendre en charge leur affection et leur traitement. Elle correspond à l'éducation thérapeutique dont l'objectif est l'autonomisation du malade, l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le malade, et pas seulement l'apprentissage à ce dernier de gestes de surveillance et de soins.

Les deux premières classifications décrivaient des mesures appliquées à une population cible. La dernière repose sur la mobilisation de cette population cible, pour qu'elle organise sa propre défense, grâce à une anticipation positive. C'est ce que l'on va chercher à développer dans la prophylaxie bucco-dentaire par la mobilisation des individus en faveur de leur niveau propre de santé bucco-dentaire. Le soignant adopte une posture d'accompagnateur, de soutien voire de renfort du patient, compte tenu des objectifs de santé qu'il se fixe lui-même et de la mise en œuvre des actions nécessaires pour les atteindre. Il s'agit donc bien plus que d'éviter la survenue d'une pathologie, de maîtriser un acte d'hygiène ou de réaliser un détartrage, dont on connaît aujourd'hui les limites en termes de résultats sur la santé des individus. Il s'agit davantage pour le professionnel de guider voir de soutenir le patient dans son quotidien dont il est l'acteur.

1.2.2. Historique de la consultation de prophylaxie

La consultation de prophylaxie bucco-dentaire du Service d'odontologie du CHU de Lille a été créée en 2011 grâce à l'implication du Docteur Annick Devillers, Responsable de l'Unité fonctionnelle de prévention-santé publique, et du Professeur Jean-Claude Libersa, Chef du Service d'odontologie. A sa création, il s'agissait d'une consultation uniquement dédiée aux patients enfants et adolescents suivis dans l'Unité Fonctionnelle d'orthopédie dento-faciale afin de les aider à maintenir des conditions satisfaisantes d'hygiène bucco-dentaire durant la phase de traitement actif d'orthopédie, le plus souvent en présence de dispositifs multi-bagues fixes.

Durant les années qui ont suivi, la consultation a progressivement été ouverte à l'ensemble des patients consultant dans le Service d'odontologie, que ce soient des enfants ou des adultes, pour lesquels une indication de consultation est établie. Il s'agit d'aider les patients à améliorer/maintenir leur niveau de santé bucco-dentaire, en lien avec les comportements alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire (hormis les patients présentant un diagnostic de parodontite qui sont eux référés à l'UF parodontologie). Cette indication est le plus souvent posée à l'issue de la première consultation, ou parfois en cours de soins dans l'une des unités fonctionnelles du Service d'odontologie. La consultation est proposée au patient et/ou à ses représentants légaux qui sont libres de l'accepter ou non.

Progressivement avec la diversification des profils des patients reçus, les plages horaires de consultation ont été étendues, les praticiens hospitaliers encadrant cette consultation et les étudiants susceptibles d'avoir accès à cette consultation se sont multipliés.

A la date de conduite de l'étude (c'est-à-dire au cours de l'année universitaire 2017-2018), on comptabilisait une vacation principalement dédiée aux enfants le mercredi après-midi (14H-17H) en salle 600, et deux vacations principalement dédiées aux adultes le jeudi en nocturne (17H-20h) en salle 700 et le vendredi matin (9H-12H) en salle 800. Cinq praticiens se relayaient selon les vacations pour superviser les étudiants qui conduisent chaque consultation avec l'un des patients qu'ils suivent habituellement pour le reste de sa prise en charge dans le service. Cette consultation était donc accessible à tous les étudiants en odontologie dès la 4^{ème} année des études, selon les besoins des patients qu'ils suivaient.

Des objectifs cliniques ont été établis pour les étudiants. Pour l'année 2017-2018, les étudiants de 4^{ème} année devaient réaliser trois séances de prophylaxie dont au moins

une 1^{ère} consultation ainsi que deux assistances. Les étudiants de 5^{ème} année devaient réaliser huit séances de prophylaxie dont au moins deux séances chez l'enfant et deux séances chez l'adulte, ainsi que trois 1^{ères} consultations.

1.2.3. Description de la consultation de prophylaxie bucco-dentaire

La prise en charge dans la consultation de prophylaxie bucco-dentaire se décompose en 3 étapes successives :

- Une première étape dite de *bilan initial* a pour objectif d'évaluer les risques carieux et parodontal du patient, de poser un diagnostic qui est expliqué au patient, puis de lui proposer une prise en charge adaptée et personnalisée. Celle-ci allie des thérapeutiques réalisées par le professionnel au fauteuil dentaire et des comportements d'auto-soins quotidiens personnels effectués par le patient. Dans ce processus, le patient est pleinement acteur de sa santé bucco-dentaire (au-delà de venir à ses rendez-vous) en définissant avec le professionnel les comportements personnels qu'il se propose d'arrêter, ou d'adopter et de maintenir. Ces comportements portent principalement sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire de façon à permettre au patient de mieux contrôler ses risques carieux et/ou parodontal. Cette première étape de bilan initial est cruciale dans la construction d'une véritable alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel, et donc dans l'atteinte des objectifs fixés initialement, qui sont réévalués voire modifiés au fur et à mesure de la prise en charge.

- La seconde étape dite de *traitement prophylactique actif* consiste en la mise en œuvre des différents moyens qu'ils soient professionnels au fauteuil dentaire ou personnels à domicile pour contrôler les facteurs de risque carieux et/ou parodontaux précédemment identifiés. Les moyens professionnels qui peuvent être mis en œuvre au fauteuil durant ces 2 premières phases consistent principalement en 2 types d'actes :

- La démonstration d'une technique adaptée d'hygiène bucco-dentaire avec du matériel adapté. A cela, s'ajoute une prescription pour du matériel et/ou des

produits d'hygiène bucco-dentaire et/ou des topiques adaptés (fluorés ou autres principes actifs) à utiliser au domicile ;

- La réalisation d'actes professionnels : nettoyage prophylactique des surfaces dentaires (détartrage, polissage, irrigation par des antiseptiques locaux), application de topiques fluorés ou à base de phosphate de calcium amorphe (ACP)-Caséine phosphopeptide (CPP), scellement préventif des sillons notamment.

- Une fois le traitement prophylactique actif achevé, le patient entre dans une troisième phase dite de *maintenance* qui rassemble l'ensemble des moyens nécessaires pour empêcher le(s) risque(s) de réapparaître ou le(s) stopper le plus précocement et ainsi maintenir la situation de santé bucco-dentaire atteinte. Cette étape consiste à suivre à intervalles de temps réguliers et définis selon le patient, l'évolution de la situation clinique et des auto-soins quotidiens conduits par le patient, afin de réajuster si nécessaire ceux-ci ou d'effectuer les actes professionnels nécessaires (et précédemment décrits).

Ainsi, après plusieurs années d'existence de cette consultation, ce premier travail permet de mieux connaître les effets de cette consultation sur les habitudes des patients qui y sont suivis, mais aussi d'avoir une idée plus précise de leur niveau de satisfaction.

1.3. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé

En France, la mesure de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers depuis l'Ordonnance du 24 avril 1996 (31). Elle s'inscrit dans un contexte global de montée en puissance de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé. La prise en compte de l'opinion des patients dans l'évaluation de la qualité des soins a pris de l'importance depuis une vingtaine d'années et a été adoptée par les établissements de santé comme un indicateur de qualité des soins (32). La mesure de la satisfaction des patients permet de décrire la prise en charge du point de vue du patient, d'identifier les problèmes et d'y apporter des solutions afin de garantir un service de haute qualité (33).

1.3.1. Le concept de satisfaction

1.3.1.1. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse, la satisfaction est « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance »(34). Toujours selon le Larousse, la définition de satisfaire est de « contenter quelqu'un, lui procurer ce qu'il demande, ce qu'il attend, ce qu'il désire » (35). Dans les principes de marketing, Kotler a défini, quant à lui, la satisfaction comme « le sentiment de plaisir ou de déception d'une personne résultant de la comparaison du résultat de ses attentes » (36). Le concept de satisfaction revêt un caractère subjectif et multidimensionnel, et fait l'objet de plusieurs définitions. L'une d'elles peut se décrire comme étant la différence entre la prestation reçue et la perception de cette prestation (37).

1.3.1.2. Différents aspects du champ de la satisfaction

Deux aspects sont classiquement identifiés sous ce terme de satisfaction : l'aspect technique et la dimension humaine relationnelle. La satisfaction du patient se décompose de la façon suivante : une évaluation cognitive et une évaluation émotionnelle que le patient se fait des structures, des procédures et des résultats des services. Ainsi, le patient juge aussi bien l'aspect technique d'un traitement, que la façon dont il a été accueilli, le temps d'attente, l'information qu'il a ou non reçue, la disponibilité du personnel, le coût ou l'environnement (38) (39).

Pascoe définit la satisfaction du patient comme étant une réponse cognitive et affective au contexte, en fonction du déroulement et du résultat de son expérience de vie (40). L'évaluation cognitive est un processus de perception et de catégorisation des stimuli provenant de l'environnement (les connaissances s'accroissent) alors que l'évaluation affective est plutôt une réponse émotionnelle à ces stimuli (j'aime/je n'aime pas). Et en matière de satisfaction, cette réponse émotionnelle est aussi importante que le jugement cognitif de la prestation hospitalière (40).

La satisfaction est perçue comme multidimensionnelle ; par conséquent au cours des trois dernières décennies, de nombreuses tentatives ont été faites pour classer les composantes de la satisfaction. Cinq composantes principales ont été examinées : la

compétence technique, les facteurs interpersonnels, l'accessibilité, les coûts et les installations (44).

Mais il faut aussi reconnaître que ce qu'on s'imaginait de la satisfaction, et par conséquent de la relation idéale entre patient et praticien, est différente selon la position même que l'on occupe dans cette relation. En effet, du point de vue du chirurgien-dentiste, le praticien idéal est souvent vu comme celui qui est techniquement compétent et efficace, alors que les patients considèrent souvent que le comportement idéal du chirurgien-dentiste est de fournir le service souhaité. Ainsi, pratiquer l'odontologie avec un haut niveau d'expertise technique ne convient pas nécessairement le patient qu'il a reçu des soins bucco-dentaires de haute qualité (45).

1.3.1.3. Facteurs d'influence

De nombreux facteurs peuvent influencer la mesure de la satisfaction, notamment l'âge ou l'état de santé perçu (35). Un lien statistique entre bon état de santé et amélioration de la satisfaction est retrouvé dans certaines études (41). Les facteurs communément retrouvés comme améliorant la satisfaction sont : un âge avancé, un recours fréquent aux consultations, un long suivi ou la présence d'une maladie chronique (42).

1.3.1.4. Conséquences

La satisfaction des patients influence la coopération en matière de traitement, et une meilleure coopération conduit à des patients en meilleure santé à long terme. Ainsi, l'évaluation de la satisfaction des patients permet de quantifier la qualité des services qui leurs sont fournis. Identifier les attentes des patients en obtenant leurs commentaires contribue à améliorer la qualité des services fournis dans les cliniques (43) (44).

1.3.2. La satisfaction appliquée à l'odontologie

Plusieurs études ont été conduites dans différents pays sur la satisfaction des patients qui consultent dans les cliniques et écoles formant les étudiants futurs

chirurgiens-dentistes. Si celles-ci ont servi de support bibliographique à la construction du questionnaire de cette présente étude, la plupart des études cherchait plutôt à évaluer la satisfaction générale de la prise en charge bucco-dentaire que celle d'un suivi spécifique en prophylaxie.

Ainsi, l'évaluation de la satisfaction des patients est cruciale dans l'évaluation de la qualité globale des soins, et donc dans l'amélioration des services de soins. Les données de satisfaction des patients peuvent être collectées en utilisant une approche quantitative ou qualitative. Dans le domaine de l'odontologie, le Questionnaire de Satisfaction Dentaire (DSQ) en 19 items (45), l'échelle de satisfaction de visite dentaire (DVSS) en 10 items (46), l'échelle de mesure de qualité de service (SERVQUAL) (47) ou l'échelle de satisfaction dentaire australienne (DSS) en 31 items sont autant d'outils quantitatifs qui ont été développés pour évaluer le niveau de satisfaction des patients (48) (49) .

Le DSQ, par exemple, est un questionnaire reconnu pour couvrir les aspects multidimensionnels de la satisfaction classés en 6 niveaux (à savoir : l'attitude, l'accès, les coûts, la gestion de la douleur, la qualité et une échelle globale de satisfaction générale) (50).

1.4. Objectifs de l'étude

Le Service d'Odontologie du CHU de Lille accueille chaque jour plus d'une centaine de patients en vue de recevoir des soins bucco-dentaires (51). Ce service revêt un double objectif, à la fois, délivrer des soins bucco-dentaires à la population et assurer la formation clinique des étudiants futurs chirurgiens-dentistes en collaboration étroite avec la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille.

C'est donc dans un contexte d'évaluation des pratiques professionnelles au sein d'une UF du Service d'odontologie que s'inscrit cette thèse. Plus précisément, les objectifs de notre enquête étaient 1/ de mieux cerner les changements dans les comportements des personnes liés à la santé bucco-dentaire au cours de leur suivi en prophylaxie bucco-dentaire au sein de l'UF Prévention - Santé publique, et 2/ d'évaluer leur satisfaction. Cette étude permettra également, s'il y a lieu, d'émettre des propositions afin d'améliorer la prise en charge des patients dans cette UF.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type et lieu d'étude

Une étude transversale par entretien dirigé en face à face à partir d'un questionnaire créé spécifiquement pour l'étude a été conduite au sein de l'UF de Prévention - Santé publique du Service d'Odontologie du CHU de Lille en prophylaxie bucco-dentaire.

2.2. Période de l'étude

L'étude a été conduite durant les mois de mai, juin et juillet 2018, sur les plages horaires dédiées à l'activité de prophylaxie bucco-dentaire, soit le :

- Mardi soir en vacation dite de nocturne (de 17h à 20h) ;
- Mercredi après-midi (de 14h à 17h) ;
- Vendredi matin (de 9h à 12h).

Lorsque l'investigateur était disponible pour conduire l'étude (c'est à dire en dehors de toute obligation universitaire ou hospitalière me concernant).

2.3. Population d'étude

2.3.1. Recrutement des sujets

Aucun échantillonnage n'a été conduit pour cette étude. Tous les patients répondant aux critères de sélection ci-après détaillés présents les jours de la présence de l'investigateur dans la vacation étaient susceptibles d'être inclus dans l'étude durant la période de l'étude.

Aucun calcul du nombre de sujets n'a été réalisé mais il a été convenu qu'un total de 45 personnes incluses dans ce travail permettrait d'avoir une première idée sur les questions investiguées. De manière à collecter des données représentant l'ensemble du parcours d'un patient dans sa prise en charge en prophylaxie, il a été choisi de forcer la constitution de 3 groupes de 15 sujets, avec 15 individus recrutés à l'issue de leur séance de bilan initial, 15 individus à l'issue d'une séance thérapeutique et 15 individus à l'issue d'une séance de maintenance.

2.3.2. Critères de sélection

Différents critères d'inclusion ont été retenus pour cette étude : être âgé d'au moins 18 ans, consulter en prophylaxie bucco-dentaire durant la période de l'étude, ainsi que comprendre et parler couramment le français. Aucun critère de non inclusion n'a été ajouté. L'enquête était proposée à tout sujet répondant à tous les critères et sous réserve de disponibilité de l'enquêteur. Des éléments d'information par oral lui étaient apportés quant aux objectifs, l'intérêt et les limites, et l'absence d'effet de sa décision de participation sur sa prise en charge habituelle dans le Service. Aucun risque n'était retrouvé, la seule contrainte de temps était bien précisée. Le sujet pouvait également retirer son consentement à tout moment au cours de sa participation à l'étude. Si un éventuel participant nécessitait de davantage d'informations, un document écrit plus complet d'information sous format papier pouvait lui être fourni (document nommé Lettre d'information et présenté en Annexe 1). Pour toute interrogation complémentaire, l'enquêteur se tenait à la disposition de l'éventuel participant.

2.4. Recueil des données de l'étude

2.4.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été construit par l'investigateur (à savoir moi-même) après analyse minutieuse de questionnaires de satisfaction existants (52) (43) (53) (54) (55), et avec l'aide du Dr Alessandra Blaizot, entre janvier et avril 2018. Il a ensuite été relu et corrigé en avril 2018 par l'ensemble des praticiens hospitaliers de l'UF de Prévention - Santé publique du CHU de Lille ayant une activité de prophylaxie bucco-dentaire.

2.4.2. Description de la version finale du questionnaire

Le questionnaire final (disponible en Annexe 2) est composé de 48 questions réparties en cinq grandes parties :

- La première partie recueille des éléments sociodémographiques du sujet et de son suivi dans le Service d'odontologie ;
- La deuxième partie porte sur les habitudes du sujet en lien avec sa santé bucco-dentaire ;
- La troisième partie porte sur l'évaluation de la satisfaction du sujet lors de sa prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire ;

- La quatrième partie porte sur les coûts financiers liés à une prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire ;
- La cinquième partie porte sur l'évaluation de la satisfaction générale du sujet.

Une vingtaine de minutes environ étaient nécessaires pour le compléter.

2.4.3. Modalités de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par un entretien en face à face, guidé par le questionnaire construit spécifiquement pour l'étude et précédemment décrit. L'investigateur (à savoir moi-même) remplissait le questionnaire au cours de l'entretien oral avec le participant.

2.5. Autorisation légale pour la conduite de l'étude

Une demande d'autorisation en vue de recueillir des données personnelles dans le cadre d'une recherche a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés via le référent de la protection des données de l'Université de Lille, à savoir Jean-Luc Tessier. Elle a consisté en un rendez-vous avec ce dernier le 9 mai 2018 dans le but de lui exposer les objectifs et la méthode de cette étude. Il en a résulté que cette recherche rentrait dans le cadre d'une exonération de déclaration car aucune donnée permettant d'identifier le sujet n'était collectée.

D'autre part, cette étude ayant pour objectif une évaluation de la satisfaction des patients, dans le but de faire évoluer des pratiques professionnelles, elle s'inscrit donc hors du cadre de la loi Jardé encadrant la recherche en France (56). Elle peut en effet être qualifiée du point de vue légal comme « n'impliquant pas la personne humaine » au vu du Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. Celui-ci précise que « *Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent [...] à effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients* » (57). La soumission préalable du protocole de recherche à un Comité de protection des personnes (CPP) n'était donc pas obligatoire du point de vue légal (57).

2.6. Plan d'analyse

L'ensemble des données collectées ont été saisies par un opérateur unique (à savoir moi-même) sur un tableur Microsoft Excel® 2016. Pour chaque ligne saisie, une vérification était effectuée de manière à s'assurer de l'absence d'erreur de saisie.

Les données ont ensuite fait l'objet d'une analyse statistique à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2016. Une analyse descriptive des variables recueillies a été réalisée.

Les résultats ont été présentés via les paramètres usuels pour variables quantitatives (moyenne, écart type, médiane, minimum et maximum) et pour variables qualitatives (effectif et fréquence par classe exprimée en pourcentage). Selon les cas, des tableaux et graphiques ont pu compléter les résultats chiffrés présentés sous forme de texte.

3. Résultats

Sur les mois de mai, juin et juillet 2018, 45 entretiens de satisfaction ont été recueillis comme prévu dans le protocole ; 2 sujets à qui l'étude a été proposée, n'ont pas voulu se soumettre à l'entretien par manque de temps. Le taux de participation sur la période d'étude a donc été de 45/47 soit de 95,7%.

Pour l'ensemble des variables mesurées dans cette étude, aucune donnée manquante n'était à déplorer.

3.1. Profil de la population étudiée

3.1.1. Caractéristiques démographiques

Parmi les personnes interrogées, 51,1% étaient des femmes.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 36 à 60 ans avec 48,9% (Figure 1).

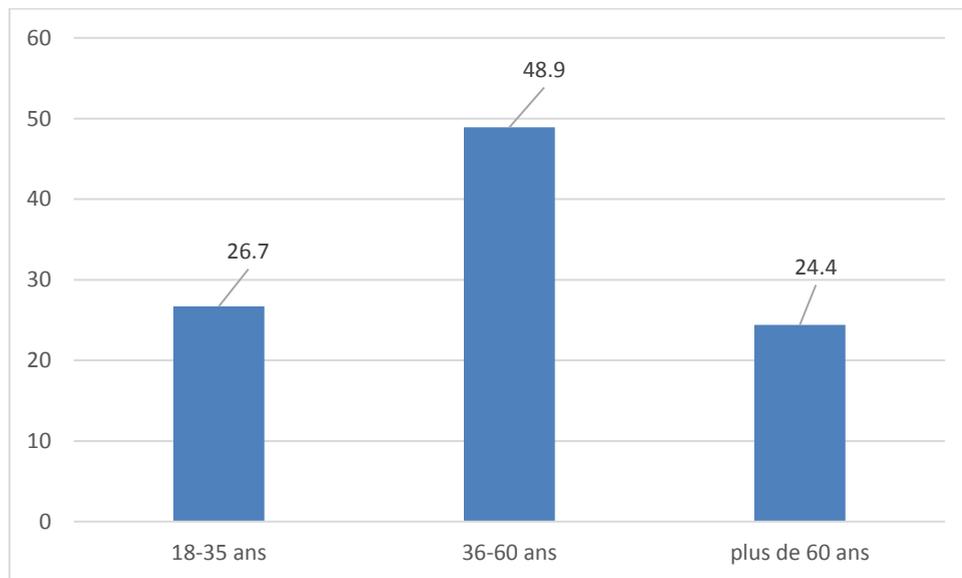


Figure 1 : Distribution des sujets selon leur tranche d'âge (exprimée en fréquence en %) (N=45)

A la question « Dans quel pays avez-vous vécu pendant votre enfance ? », 80,0% des personnes interrogées ont répondu « en France » ; les autres réponses se répartissaient sur des pays d'Afrique (par exemple l'Algérie, le Maroc, ou le Rwanda), la Chine ou l'île Maurice.

3.1.2. Caractéristiques socioprofessionnelles et niveau d'études

Plus d'un tiers de la population étudiée a déclaré travailler comme employé (35,7%), soit la majorité des participants. Venaient ensuite les personnes sans emploi (à l'exclusion des retraités) qui représentaient 24,4%, puis les retraités avec 17,8% (Figure 2).

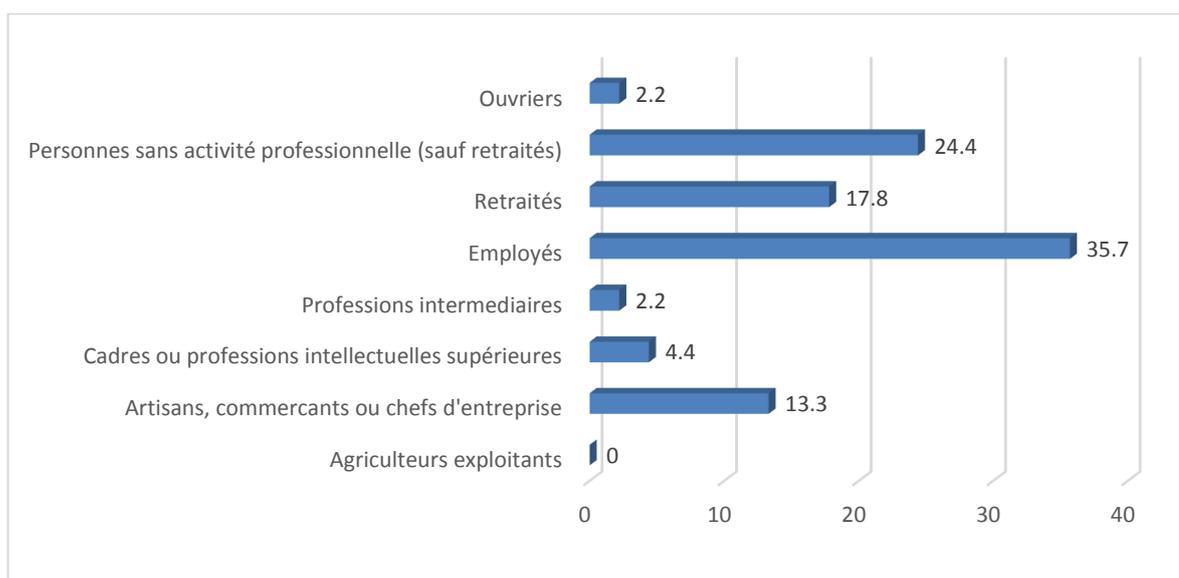


Figure 2 : Distribution des sujets selon leur catégorie socio-professionnelle (exprimée en fréquence en %) (N=45)

Environ un tiers des sujets ont déclaré un niveau d'études de CAP-BEP-BEPC (33,3%) et un tiers d'enseignement supérieur (31,2%).

Le niveau d'études des mères n'était pas connu par 31,2% des sujets interrogés et des pères par 42,1%. Le niveau d'étude des pères était par ordre décroissant de fréquence : l'absence de diplôme pour 20,0%, suivi du CAP-BEP-BEPC pour 15,6% puis le Baccalauréat pour 15,6%, et enfin l'enseignement supérieur pour 8,9%. Pour les mères, on retrouvait le même ordre avec 24,4%, puis 20,0%, puis 13,3%, et enfin 6,7%.

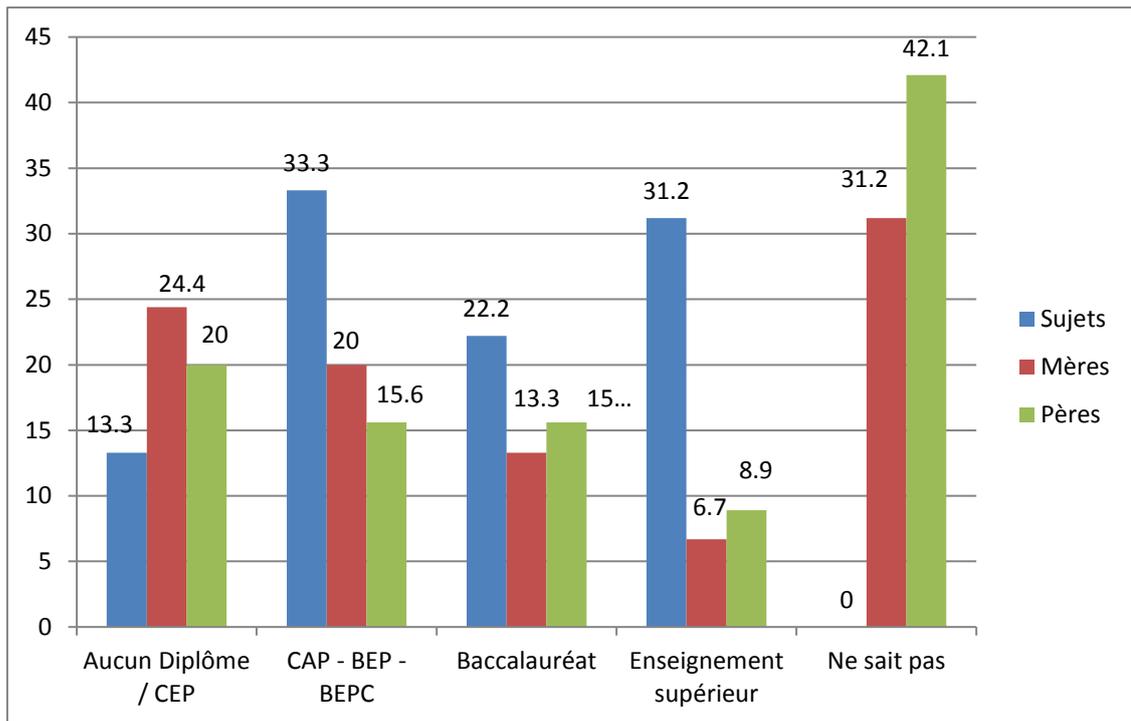


Figure 3 : Distribution des sujets et de leurs parents selon leur niveau d'études (exprimée en fréquence en %) (N=45)

3.1.3. Statut marital et nombre d'enfants

La répartition des sujets selon leur statut marital est présentée sur la Figure 4 ci-après. La majorité des personnes interrogées étaient mariées ou pacsées avec 42,2%.

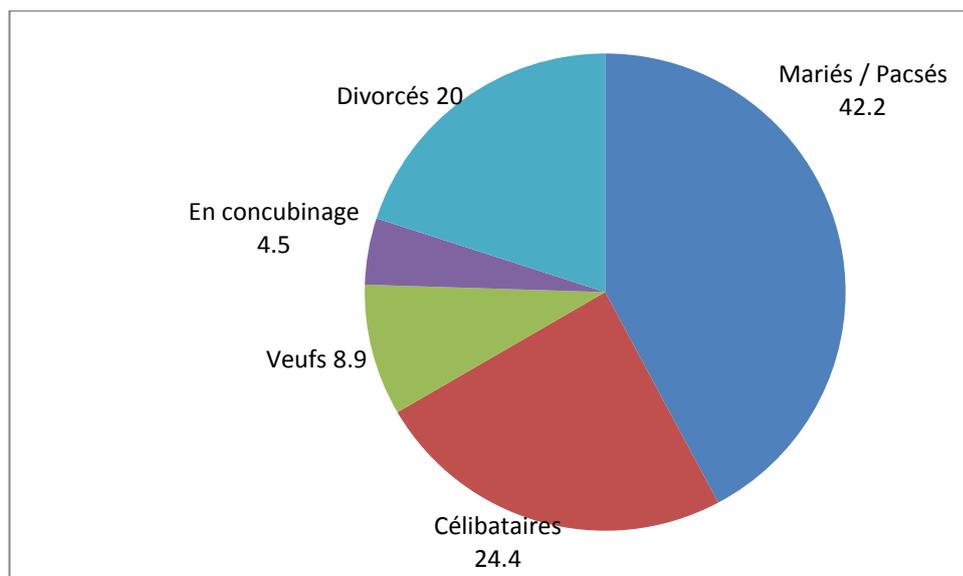


Figure 4 : Distribution des sujets selon leur statut marital (exprimée en fréquence en %) (N=45)

On retrouve dans la population étudiée un nombre moyen de $1,7 \pm 1,6$ enfants par sujet (médiane=1, minimum=0 et maximum=5).

3.1.4. Niveau de santé

53,3% des sujets ont déclaré avoir des problèmes de santé mais seulement 40,0% des sujets prenaient un traitement médicamenteux au long cours.

3.1.5. Suivi dans le Service d'odontologie

Un peu moins de la moitié des sujets de l'étude (46,7%) a été orientée en consultation de prophylaxie bucco-dentaire à l'issue de sa première consultation dans le Service d'odontologie, 28,7% par une Unité Fonctionnelle (UF) au cours de son suivi dans le Service d'odontologie, alors que respectivement 17,8% et 6,7% ont demandé cette consultation personnellement ou sur recommandation d'un proche.

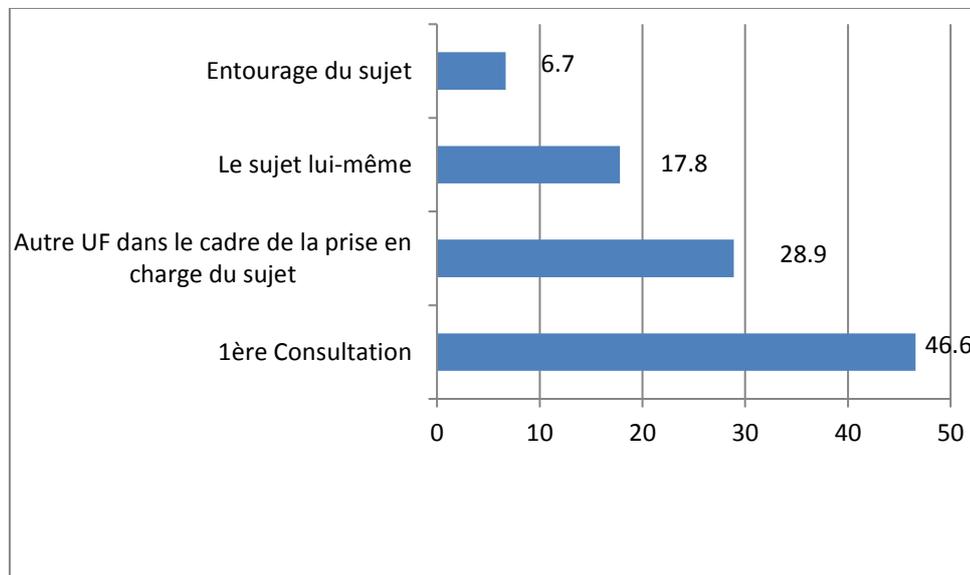
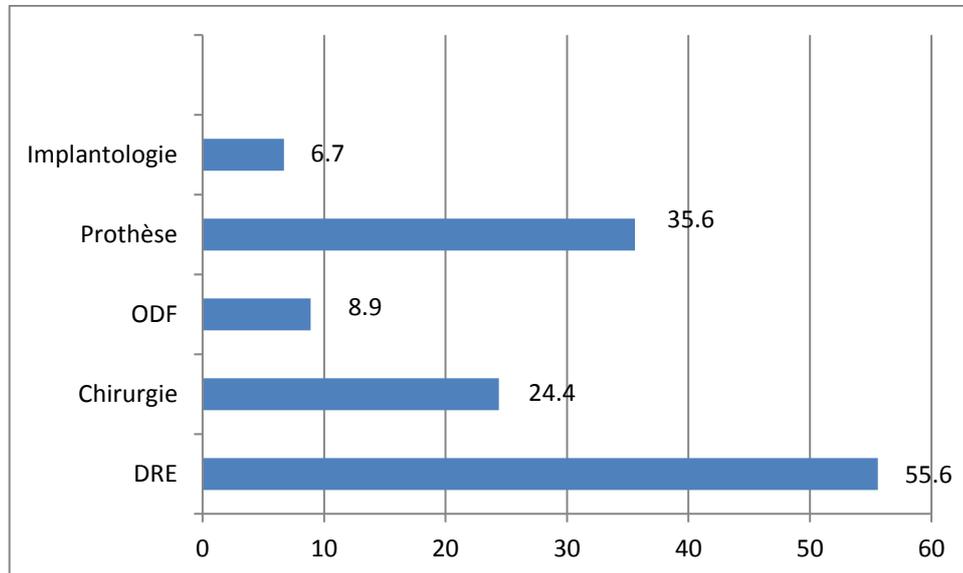


Figure 5 : Distribution des sujets selon l'origine de leur orientation en consultation de prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

A la question : « Dans quelle autre UF êtes-vous suivi(e) ? », la majorité des sujets a déclaré être suivie dans l'UF de Dentisterie Restauratrice et Endodontie (DRE) avec 55,6% d'entre eux, puis dans l'UF de prothèse avec 35,6%. Aucun des sujets de l'étude n'était suivi dans les UF d'occlusodontie ou de parodontologie.



ODF : Orthopédie dento-faciale ; DRE : Dentisterie restauratrice et Endodontie

Figure 6 : Distribution des sujets selon leur prise en charge dans une autre UF que la prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45) (Plusieurs réponses étaient possibles)

Le nombre moyen de séances de prophylaxie déjà réalisées était de $1,2 \pm 1,3$, (médiane=1, minimum=0 – il s'agissait donc de leur bilan initial, l'enquête étant conduite dans ce cas à l'issue de leur premier rendez-vous de bilan initial en prophylaxie, maximum=5). Pour rappel, ces éléments doivent néanmoins être interprétés avec prudence car la constitution du panel a forcé la répartition de 15 sujets par sous-groupe (sous-groupe 1 : 15 sujets venant de terminer leur séance de bilan initial, sous-groupe 2 : 15 sujets recrutés à l'issue d'une séance thérapeutique, et sous-groupe 3 : 15 individus recrutés à l'issue d'une séance de maintenance).

Seuls 2 sujets ont déclaré avoir manqué un rendez-vous non excusé au cours de leur prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire.

A la question : « Prévoyez-vous de revenir à une prochaine séance de prophylaxie ? », l'ensemble du panel (soit 100%) a répondu favorablement.

La séance de prophylaxie bucco-dentaire à l'issue de laquelle l'enquête a été effectuée, avait été conduite par des étudiants de 4^{ème} année pour 57,8% des sujets, et par des étudiants de 5^{ème} année pour 42,2% des sujets.

3.1.6. Opinion des sujets sur leur santé bucco-dentaire

Plus de la moitié des sujets (55,3%) a jugé sa santé bucco-dentaire comme moyenne alors que 33,4% l'a jugé bonne et 13,3% mauvaise (Figure 7).

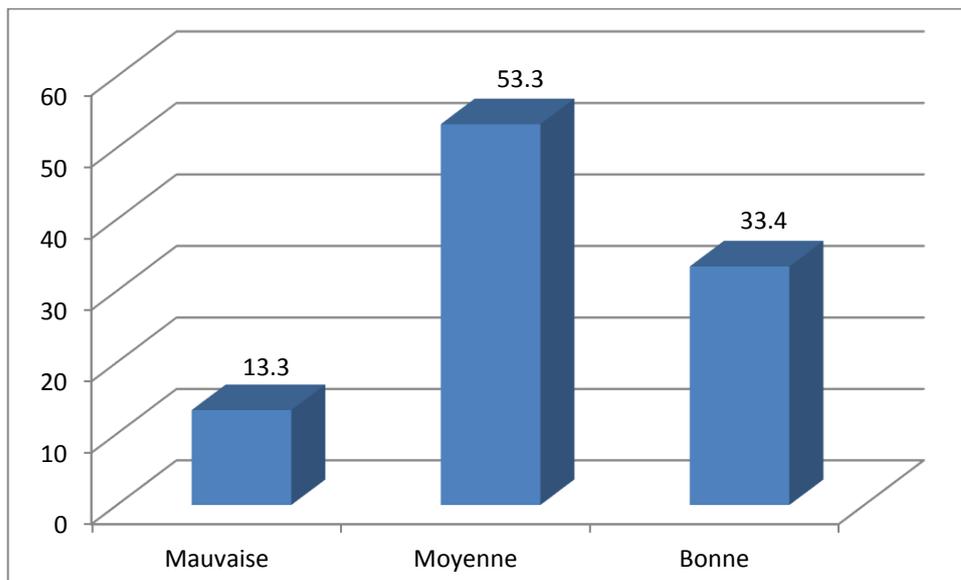


Figure 7 : Distribution des sujets selon leur opinion sur leur santé bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

3.1.7. Synthèse des caractéristiques du panel

Est présentée dans le Tableau 1 ci-après une synthèse de l'ensemble des caractéristiques du panel précédemment décrites.

Tableau 1 : Caractéristiques du panel (N=45)

	Effectif	Fréquence (%)
Sexe		
Femme	23	51,1
Homme	22	48,9
Tranche d'âge		
18 – 35 ans	12	26,7
36-60 ans	22	48,9
Plus de 60 ans	11	24,4
Statut marital		
Marié	19	42,2
En concubinage	2	4,4
Célibataire	11	24,4
Divorcé	9	20,0
Veuf	4	8,9
Dernier diplôme obtenu par le sujet		
Aucun diplôme/ certificat d'étude primaire	6	13,3
CAP / BEP / BEPC	15	33,3
Baccalauréat	10	22,2
Enseignement supérieur	14	31,1
Dernier diplôme obtenu par le père du sujet		
Aucun diplôme/ certificat d'étude primaire	9	20,0
CAP / BEP / BEPC	7	15,6
Baccalauréat	7	15,6
Enseignement supérieur	3	6,7
Ne sait pas	19	42,1
Dernier diplôme obtenu par la mère du sujet		
Aucun diplôme/ certificat d'étude primaire	11	24,4
CAP / BEP / BEPC	9	20,0
Baccalauréat	6	13,3
Enseignement supérieur	3	6,7
Ne sait pas	16	35,6
Catégorie socio-professionnelle		
Agriculteur exploitant	0	0,0
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	6	13,3
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	2	4,4
Profession intermédiaires (professeurs...)	1	2,2
Employés	16	35,6
Ouvriers	1	2,2
Retraités	8	17,8
Sans activité professionnelle	11	24,4
Lieu de vie majoritaire pendant l'enfance		
France	36	80,0
Algérie	2	4,4
Autre pays d'Afrique	3	6,7
Rwanda	1	2,2
Maroc	1	2,2
Chine	1	2,2
Ile Maurice	1	2,2
Orientation en consultation de prophylaxie, par qui ?		
1 ^{ère} consultation	21	46,7
Autre UF dans le cadre de la prise en charge	13	28,9
Lui-même	8	17,8
Entourage	3	6,7
Autre suivi des sujets dans le Service d'odontologie		
Implantologie	3	6,7

Prothèse	16	35,6
ODF	4	8,9
Chirurgie	11	24,4
OCE	25	55,6
Suivi en prophylaxie, par qui ?		
Etudiants de 4 ^{ème} année	26	57,8
Etudiants de 5 ^{ème} année	19	42,2
Opinion des sujets sur leur santé bucco-dentaire		
Bonne	15	33,4
Moyenne	24	53,3
Mauvaise	6	13,3

3.2. Habitudes en lien avec la santé bucco-dentaire

3.2.1. Habitudes alimentaires

Lors du bilan initial, quasiment un tiers des sujets (28,9%) ont déclaré grignoter quotidiennement, alors qu'un quart (24,4%) des sujets ont déclaré ne jamais grignoter (Figure 8). Plus d'un tiers des sujets (15,6%+22,2%=37,8%) ont déclaré consommer quotidiennement ou pluri-quotidiennement des boissons sucrées et/ou acides telles que les sodas, jus, cafés et/ou thés sucrés.

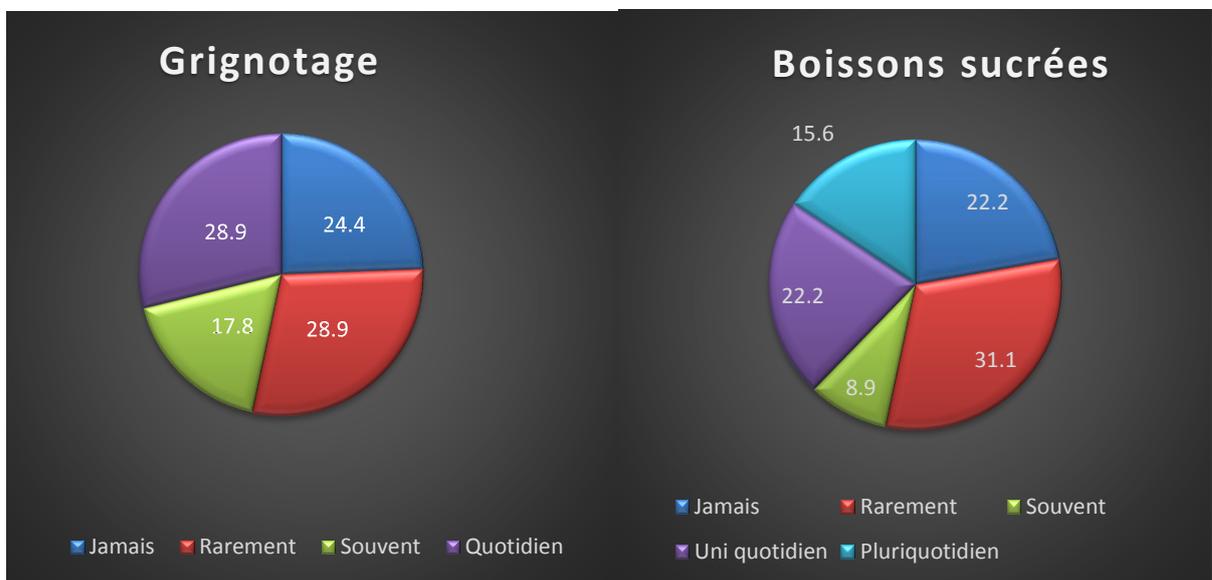


Figure 8 : Répartition des sujets selon leurs habitudes déclarées en termes de grignotage et de consommation de boissons sucrées et/ou acides au cours du bilan initial de prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

Pour tous les résultats portant sur les changements dans les habitudes des sujets, ils ont été exprimés au passé par souci de simplification. Néanmoins certains sujets interviewés à l'issu du bilan initial ont répondu par anticipation en prévoyant de changer leurs habitudes. Les autres sujets interviewés quant à eux en séance thérapeutique soit en maintenance ont répondu qu'ils avaient déjà changé ces habitudes.

Parmi les sujets qui ont déclaré grignoter quotidiennement lors de leur bilan initial, 7,7% des sujets (soit un sujet) n'ont pas suivi les recommandations proposées en prophylaxie quant à la diminution de la fréquence, alors que 84,6% (11 sujets) ont diminué leur fréquence de grignotage (Tableau 2). Parmi les sujets qui ont déclaré grignoter fréquemment (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine) lors de leur bilan initial, 25% des sujets ont complètement arrêté ces habitudes, et 62,5% ont réduit leur fréquence de grignotage. Pour ceux qui ont déclaré ne jamais grignoter lors de leur bilan initial, 100% des sujets déclarent ne pas avoir reçu de recommandations sur le grignotage. A l'inverse, un sujet ayant déclaré grignoter tous les jours au cours de son bilan initial n'aurait reçu aucune recommandation quant à une éventuelle réduction de fréquence au cours de son suivi en prophylaxie bucco-dentaire.

Concernant la consommation de boissons sucrées et/ou acides, 53,3% du panel n'ont pas reçu de recommandations particulières, dont 2 sujets qui en consomment une fois/jour et 1 sujet qui en consomme fréquemment (Tableau 2). Parmi les personnes consommant ces boissons uni-quotidiennement lors du bilan initial, 30% des sujets n'ont pas suivi les recommandations alors que 50% ont réduit leur fréquence de consommation. Chez les sujets qui consommaient pluri-quotidiennement ces boissons, 14,3% ont arrêté ces habitudes et 71,4% ont réduit la fréquence des prises.

Tableau 2 : Habitudes alimentaires déclarées par le panel au cours du bilan initial de prophylaxie et suivi des recommandations proposées en prophylaxie bucco-dentaire (N=45)

Recommandations proposées en prophylaxie									
	Aucune proposée		Aucune suivie		Arrêt de ces habitudes		Réduction de la fréquence de ces habitudes		Total (%)
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	
Lors du Bilan initial									
Grignotage									
Aucun	11	100	0	0	0	0	0	0	100
Rare	9	69,2	3	23,1	1	7,6	0	0	100
Fréquent	0	0	1	12,5	2	25,0	5	62,5	100
Quotidien	1	7,7	1	7,7	0	0	11	84,6	100
Total	21	46,7	5	11,1	3	6,7	16	35,6	100
Consommation de boissons sucrées									
Aucune	10	100	0	0	0	0	0	0	100
Rare	11	78,6	2	14,3	1	7,1	0	0	100
Fréquente	1	25,0	2	50,0	0	0	1	25,0	100
Uni quotidienne	2	20,0	3	30,0	0	0	5	50,0	100
Pluriquotidienne	0	0	1	14,3	1	14,3	5	71,4	100
Total	24	53,3	8	17,8	2	4,4	11	24,4	100

3.2.2. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire

3.2.2.1. En matière de contrôle mécanique

Au cours du bilan initial, tous les sujets interrogés ont déclaré utiliser une brosse à dents et environ un quart d'entre eux (26,7%) utilisait également des adjuvants mécaniques tels que des brossettes inter-dentaires ou du fil dentaire (Figure 9).

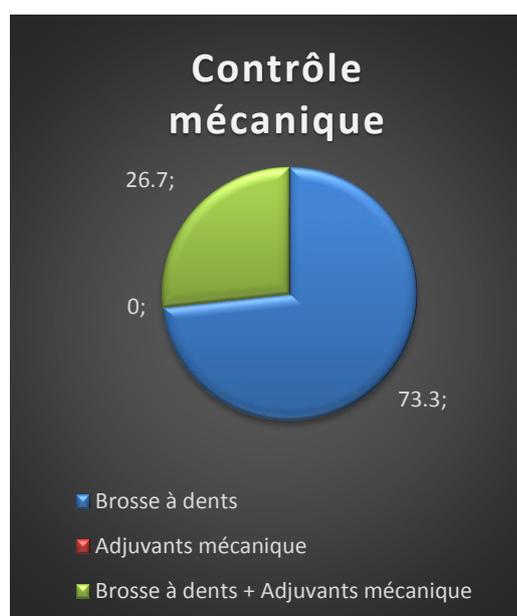


Figure 9 : Distribution des sujets selon le matériel déclaré utilisé pour le contrôle mécanique au cours du bilan initial de prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

Au sein du panel, si 4,5% des sujets ont déclaré avoir suivi les recommandations et conseils formulés en prophylaxie bucco-dentaire en matière de matériel d'hygiène bucco-dentaire, 37,8% ont changé de type de brosse à dents, 8,9% ont suivi les recommandations en terme d'adjuvants mécaniques, et environ un quart (24,4%) ont changé les 2 matériels (Tableau 3).

Concernant le matériel utilisé pour le contrôle mécanique des participants, pour ceux qui utilisaient une brosse à dents uniquement, 18,1% des sujets ne se sont rien vus proposer, 6,1% des sujets n'ont pas suivi les recommandations formulées, 45,5% ont suivi les conseils sur le type de brosse à dents (souvent il a été conseillé d'utiliser une brosse à dents avec des poils souples), 9,1% des sujets ont adopté des adjuvants mécaniques de type brossettes inter-dentaires, et 21,2% ont changé leur type de brosse à dents et ajouté des adjuvants mécaniques (Tableau 3).

Pour ceux qui utilisaient déjà une brosse à dents et des adjuvants mécaniques avant leur consultation en prophylaxie bucco-dentaire, 41,7% des sujets n'ont reçu aucun conseil mais 16,7% ont changé de type de brosse à dents, 6,3% d'adjuvants mécaniques et 33,3% de type de brosse à dents et d'adjuvants mécaniques sur recommandations de l'équipe soignante (Tableau 3).

3.2.2.2. En matière de contrôle chimique

Concernant les produits utilisés pour le contrôle chimique de la plaque dentaire, déclarés au cours du bilan initial, plus de la moitié (57,8%) des sujets ont déclaré utiliser un dentifrice acheté en grande surface alors que 35,6% l'ont acheté en parapharmacie. Seulement 6,6% des sujets ont déclaré utiliser des bains de bouche en complément de leur brossage avec un dentifrice (Figure 10).

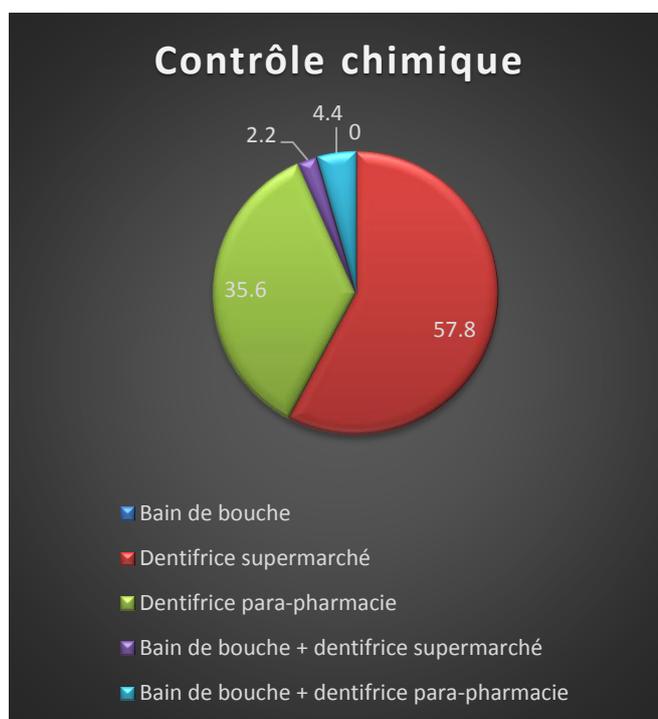


Figure 10 : Répartition des sujets selon les produits déclarés utilisés pour le contrôle chimique de la plaque dentaire au cours du bilan initial de prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en pourcentage en %) (N=45)

Concernant les produits utilisés pour le contrôle chimique, parmi les sujets qui utilisaient un dentifrice de supermarché lors du bilan initial, 57,7% ne se sont rien vus proposer contre 68,7% de ceux qui utilisaient un dentifrice de (para)pharmacie (Tableau 3). De plus, 7,7% des sujets qui utilisaient un dentifrice de supermarché n'ont pas souhaité suivre les conseils formulés contre 6,3% de ceux qui utilisaient un

dentifrice de (para)pharmacie. Enfin, 34,6% de ceux qui utilisaient un dentifrice de supermarché et 18,7% de ceux qui utilisaient un dentifrice de (para)pharmacie ont changé leur dentifrice sur recommandation de l'équipe soignante (Tableau 3).

Tableau 3 : Habitudes d'hygiène bucco-dentaire déclarées par le panel au cours du bilan initial de prophylaxie bucco-dentaire et suivi des recommandations proposées en prophylaxie (N=45)

Lors du Bilan initial		Recommandations proposées en prophylaxie										
Matériel utilisé pour le contrôle mécanique		Aucune proposée		Aucune suivie		Conseils suivis en termes de brosse à dents		Conseils suivis en termes d'adjuvants mécaniques		Conseils suivis en termes de brosse à dents et adjuvants mécaniques		Total
		Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	
Brosse à dents uniquement		6	18,1	2	6,1	15	45,5	3	9,1	7	21,2	100%
Brosse à dents +adjuvants mécaniques		5	41,7	0	0	2	16,7	1	6,3	4	33,3	100%
Total		11	24,4	2	4,5	17	37,8	4	8,9	11	24,4	100%

Produit utilisé pour le contrôle chimique		Aucune proposée		Aucune suivie		Conseils suivis en termes de dentifrice		Conseils suivis en termes de bain de bouche		Total
		Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	
Dentifrice de supermarché		15	57,7	2	7,7	9	34,6	0	0	100%
Dentifrice de para-pharmacie		11	68,7	1	6,3	3	18,7	1	6,3	100%
Dentifrice + bain de bouche		2	66,7	0	0	0	0	1	33,3	100%
Total		28	62,2	3	6,7	12	26,7	2	4,4	100%

3.2.2.3. En matière de fréquence de l'hygiène bucco-dentaire

Au cours du bilan initial, plus de la moitié des sujets (soit 57,8%) ont déclaré se brosser les dents plus d'une fois par jour, 35,6% une fois par jour, 4,4% moins d'une fois par jour et 2,2% ne jamais se brosser les dents (Figure 11). A l'issue des recommandations formulées en prophylaxie, 42,2% ont déclaré avoir augmenté leur fréquence de brossage.

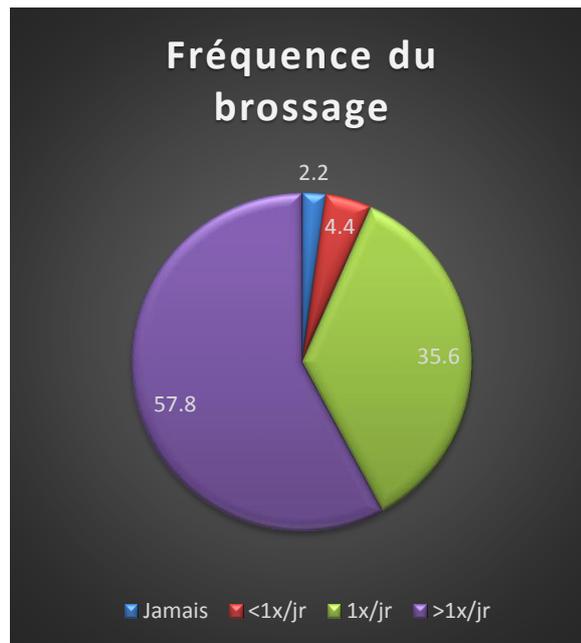


Figure 11 : Répartition des sujets selon leur fréquence de brossage déclarée au cours du bilan initial de prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

Concernant la fréquence de brossage, parmi les sujets qui se brossaient les dents plus d'une fois par jour, il a été conseillé à un sujet qui a avoué se brosser les dents au minimum 5 fois/j, de réduire sa fréquence de brossage, ce qu'il a prévu de faire. Pour les autres sujets qui se brossaient les dents plus d'une fois par jour, aucun conseil en termes de fréquence n'a été formulé (96,2%). Tous les autres sujets qui ont déclaré se brosser les dents une fois par jour (1 sujet) ou moins (soit 2 sujets) ont augmenté leur fréquence du brossage sur recommandations de l'équipe soignante. Enfin, un sujet ayant déclaré ne jamais se brosser les dents a décidé de se brosser les dents après le bilan initial de prophylaxie.

Tableau 4 : Fréquence du brossage déclarée par le panel au cours du bilan initial en prophylaxie bucco-dentaire et suivi des recommandations proposées en prophylaxie (N=45)

Fréquence de l'hygiène bucco-dentaire	Aucune proposée		Aucune suivie		Augmentation de la fréquence		Réduction de la fréquence		Total
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	
Jamais	0	0	0	0	1	100	0	0	100%
Moins d'une fois/jour	0	0	0	0	2	100	0	0	100%
Une fois par jour	0	0	0	0	16	100	0	0	100%
Plus d'une fois/jour	25	96,2	0	0	0	0	1	3,8	100%
Total	25	55,6	0	0	19	42,2	1	2,2	100%

3.2.2.4. Technique de brossage

Au sein du panel, 11,1% des sujets n'ont pas reçu de recommandation de technique de brossage et tous les autres sujets (soit 88,9 %) ont déclaré avoir suivi les recommandations formulées par l'équipe soignante (Figure 12).

Il s'agissait pour 68,9% des sujets de suivre les recommandations formulées quant au chemin de brossage, à l'orientation de la brosse et au type de mouvement à effectuer, pour 13,4% le type de mouvement uniquement, pour 2,2% quant à l'orientation de la tête de la brosse uniquement, pour 2,2% le type de mouvement ainsi qu'à l'orientation de la brosse, et pour 2,2% le chemin de brossage et l'orientation de la brosse.

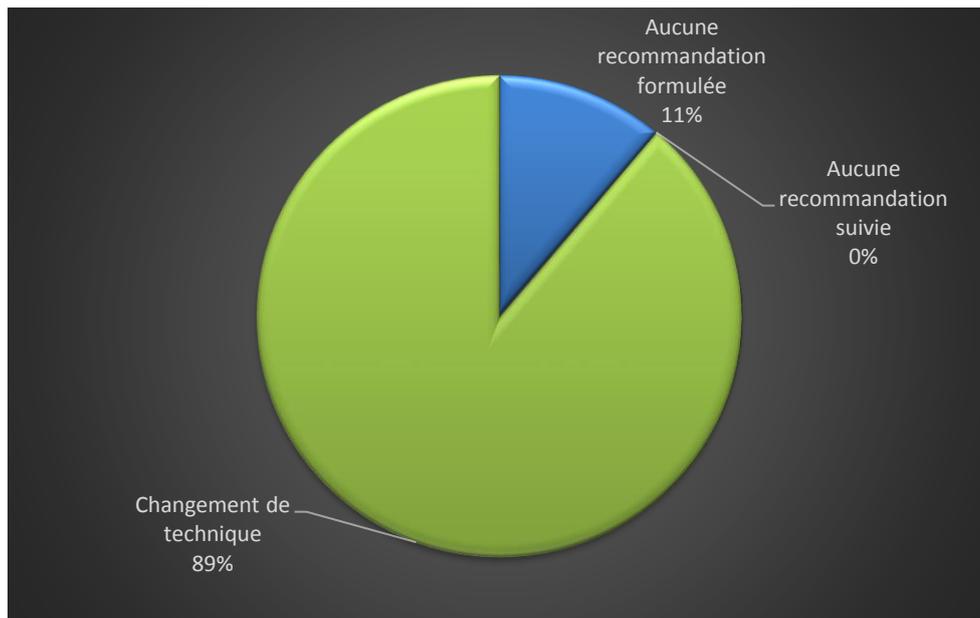


Figure 12 : Répartition des sujets selon leur suivi des recommandations formulées en matière de technique de brossage en prophylaxie bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45)

3.2.2.5. En matière de conduites à risque

Concernant la consommation de tabac, 62,2% des sujets ont déclaré ne jamais fumer, 2,2% ont déclaré fumer souvent et 35,6% ont déclaré fumer tous les jours. Les sujets fumeurs (quotidien et souvent) sont 47,0% à n'avoir reçu aucune recommandation quant au tabac et 47,0% à ne pas avoir voulu suivre les recommandations, alors qu'un sujet (soit 6% des fumeurs) a décidé de diminuer sa fréquence de consommation suite aux recommandations formulées.

Concernant la consommation d'alcool, 57,8% des sujets ont déclaré ne jamais consommer d'alcool, 33,3% ont déclaré en consommer rarement et 8,9% en consommer tous les jours. Si pour 95,6% des sujets, aucune recommandation n'a été formulée, 4,4% des sujets qui en consomment tous les jours ont décidé d'arrêter ou de diminuer leur consommation d'alcool après la consultation en prophylaxie.

Concernant les autres substances addictives (telles que le cannabis, le narguilé, la cocaïne, ou l'héroïne), 95,6% des sujets ont déclaré ne jamais en consommer et 4,4% en consommer rarement. Aucune recommandation n'a été formulée pour les 2 sujets ayant déclaré rarement.

3.2.3. Raisons motivant le panel à suivre les recommandations formulées en matière de santé bucco-dentaire en prophylaxie

A la question : « Pour quelles raisons pensez-vous suivre ces recommandations ? », la majorité des sujets (62,2%) ont répondu pour des raisons personnelles, 22,2% du fait de leur prise en charge en odontologie en dehors de celle de prophylaxie et 15,6% en raison de leur prise en charge en prophylaxie.

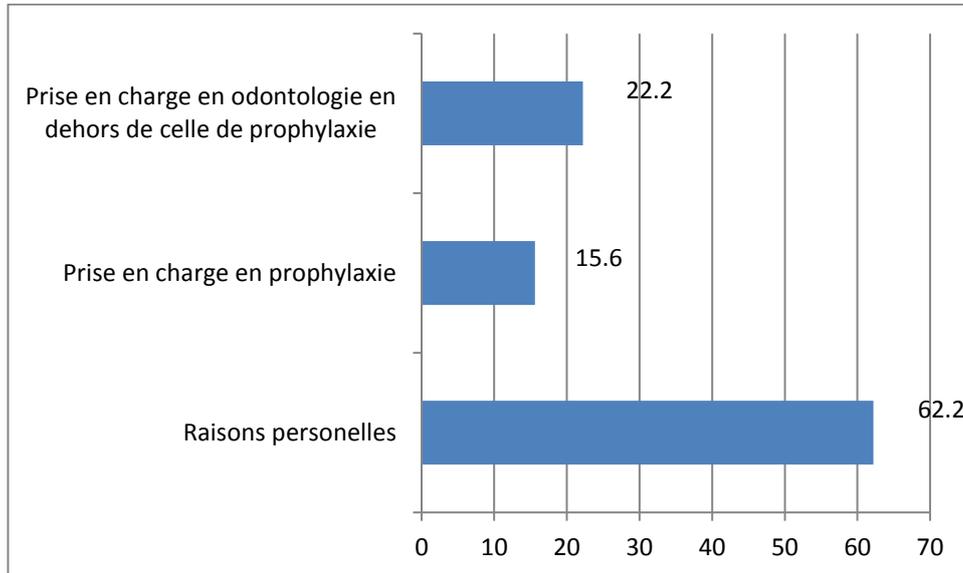


Figure 13 : Distribution des sujets selon leur raison déclarée pour suivre les recommandations formulées en prophylaxie bucco-dentaire en matière de santé bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45) (Une seule réponse possible)

3.2.4. Facteurs d'influence des habitudes en matière de santé bucco-dentaire

A la question : « Par qui/quoi pensez-vous que vos habitudes en matière de santé bucco-dentaire sont-elles influencées ? », 48,8% des sujets ont répondu par les professionnels de santé, suivi des relations familiales avec 40,0%. Les médias et notamment les publicités semblaient peu influencer les habitudes en matière de santé bucco-dentaire aux dires des sujets (seulement 8,9% de réponses).

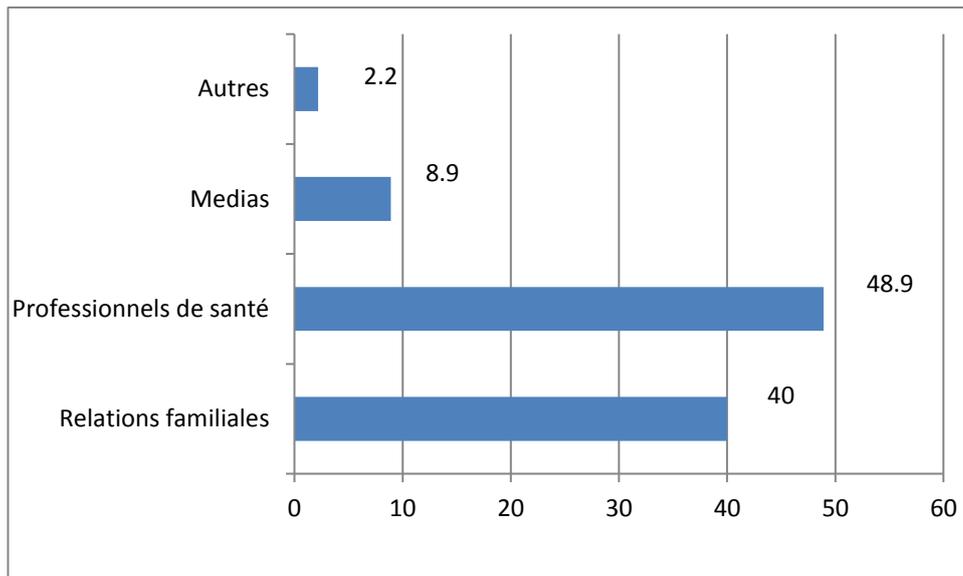


Figure 14 : Facteurs d'influence déclarés par les sujets en matière de santé bucco-dentaire (exprimée en fréquence en %) (N=45) (Une seule réponse était possible)

Tous les sujets interrogés se sont déclarés conscients de l'existence d'un lien entre leurs habitudes de vie et leur santé bucco-dentaire, mais beaucoup pensaient que celui-ci était uniquement lié à un manque de brossage.

3.3. Evaluation de la satisfaction des sujets pris en charge en prophylaxie bucco-dentaire

3.3.1. Accès et environnement

Concernant l'accessibilité, presque la moitié des sujets (48,9%) étaient complètement satisfaits des horaires, 31,1 % des sujets étaient plutôt satisfaits et 20,0% (2,2% + 17,8%) des sujets n'étaient pas satisfaits des horaires qui se superposaient aux horaires de bureau. Pour les sujets travaillant à ces heures, il était donc difficile de se libérer la demi-journée pour venir en consultation.

Les délais de rendez-vous n'étaient pas satisfaisants pour 35,5% des répondants qui se sont plaints de délais trop longs, pouvant parfois aller jusqu'à 6 mois d'attente. La fréquence des rendez-vous et l'organisation étaient jugées correctes pour la plupart des sujets (soit 84,4% et 86,7% respectivement). Un sujet (soit 2,2%) a néanmoins

déclaré ne pas être du tout d'accord avec l'organisation et 8,9% n'étaient pas du tout d'accord avec la fréquence des rendez-vous (un sujet ayant répondu « je ne sais pas » à cette question, soit N=44).

Un seul sujet a répondu ne pas être satisfait du comportement du personnel non soignant. Après demande d'explications à ce sujet, il s'avérait qu'il avait eu un différend avec l'une des assistantes dentaires lors de la prise d'un rendez-vous.

Les installations n'ont pas été considérées comme convenables par environ 15% des répondants. Des soucis de vétusté des locaux, ainsi que le manque de places de stationnement étaient les éléments avancés pour justifier ces réponses. La panne récurrente des fauteuils a été mise en avant par 2 sujets de l'étude (notamment les ultrasons qui ne fonctionnaient parfois pas sur certains unités dentaires contraignant les patients à changer de fauteuil au cours de la séance).

Tableau 5 : Satisfaction des sujets vis à vis de leur prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire concernant l'accès et l'environnement (N=45)

Concernant l'accessibilité	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Les horaires conviennent	1	2,2	8	17,8	14	31,1	22	48,9
Les délais de rendez vous semblent acceptables	6	13,3	10	22,2	13	28,9	14	31,1
La fréquence des rendez vous convient *	4	8,9	2	4,4	13	28,9	25	55,6
L'organisation semble correcte	1	2,2	5	11,1	8	17,8	31	68,9
Concernant l'environnement	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
L'attitude du personnel non soignant semble adaptée *	0	0	1	2,2	9	20	34	75,6
Les installations sont convenables pour cette prise en charge	2	4,5	5	11,1	13	28,8	25	55,6
* N=44 1 sujet a répondu « je ne sais pas »								

3.3.2. Communication, qualité des soins et coûts

Concernant la communication, plusieurs points ont été soulevés. Le personnel soignant enseignant (PSE) et le personnel soignant non enseignant (PSEN) faisaient, aux dires des sujets, preuve d'une écoute active (88,9% de sujets étaient complètement d'accord avec cette proposition et 11,1% étaient plutôt d'accord). (Pour rappel : les PSE et PSNE sont facilement repérables puisque les premiers sont vêtus de vert et les seconds de blanc). L'équipe soignante a complètement répondu aux attentes de 88,9% des sujets. Les informations reçues étaient jugées suffisamment compréhensibles et adaptées (86,7% des sujets étant complètement d'accord et 13,3% plutôt d'accord). L'attitude du PSE et du PSNE a semblé adaptée pour 91,1% des sujets qui étaient complètement d'accord avec l'item proposé.

Concernant la qualité des soins reçus, 4,4% des sujets étaient plutôt insatisfaits de la gestion de l'anxiété et de la douleur, 2,2% n'étaient pas du tout satisfaits du suivi par le PSE et environ 25% des sujets n'étaient pas satisfaits du temps qui était consacré à chaque séance. Parmi les justifications, c'était le temps trop long à attendre les enseignants qui gênait les patients. L'ensemble du panel était satisfait des compétences techniques du personnel (que ce soient les soins ou les conseils reçus).

Concernant les coûts, 77,8% des sujets étaient très satisfaits par la façon dont étaient facturées les séances.

A la question : « Combien devrait être facturée une séance de prophylaxie ? », le prix moyen a été estimé à une hauteur de $31,7 \pm 10,9$ euros, avec une valeur minimale de 0 et une valeur maximale de 50 euros, et une médiane de 30 euros.

A la question de savoir qui devrait financer ces séances de prophylaxie, la majorité des sujets (53,3%) ont répondu l'assurance maladie obligatoire.

Tableau 6 : Satisfaction des sujets vis à vis de leur prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire concernant la communication, la qualité des soins reçus et les coûts (N=45)

Communication :	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Le PSE (1) fait preuve d'une écoute active	0	0	0	0	5	11,1	40	88,9
Le PSNE (2) fait preuve d'une écoute active	0	0	0	0	5	11,1	40	88,9
L'équipe soignante répond à vos attentes	0	0	0	0	5	11,1	40	88,9
Les informations sont suffisamment compréhensibles	0	0	0	0	6	13,3	39	86,7
Les informations reçues sont adaptées pendant le soin	0	0	0	0	6	13,3	39	86,7
L'attitude du PSE semble adaptée pendant le soin	0	0	0	0	4	8,9	41	91,1
L'attitude du PSNE semble adaptée pendant le soin	0	0	0	0	4	8,9	41	91,1
Satisfaction vis à vis de la qualité des soins reçus :	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Compétences techniques du PSE	0	0	0	0	7	15,6	38	84,4
Soins reçus (en prophylaxie)	0	0	0	0	7	15,6	38	84,4
Conseils reçus (en prophylaxie)	0	0	0	0	7	15,6	38	84,4
Gestion de la douleur et de votre anxiété	0	0	2	4,4	20	44,5	23	51,1
Suivi effectué par le PSE	1	2,2	0	0	13	28,9	31	68,9
Temps qui est consacré à chaque séance	3	6,7	8	17,8	15	33,3	19	42,2
Satisfaction vis à vis des coûts :	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Façon dont sont facturées les séances de prophylaxie	0	0	0	0	10	22,2	35	77,8
1 : PSE = Personnel soignant enseignant 2 : PSNE = Personnel soignant non enseignant								

A la question : « Seriez-vous prêt(e) à participer financièrement aux séances de prophylaxie ? », les sujets étaient prêts en moyenne à participer à une hauteur de 19,4 ± 32,1 euros, avec une valeur minimale de 0 euros, une valeur maximale de 200 euros et une médiane à 15 euros. 20 sujets ont répondu 0 euros.

3.3.3. Satisfaction générale

A propos de la satisfaction générale estimée par le panel, la prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire était jugée utile par 77,8% des sujets qui étaient complètement d'accord avec cet item et par 22,2% des sujets qui étaient plutôt d'accord avec cet item. De plus, 88,9% des sujets étaient complètement d'accord pour recommander la consultation à leurs proches et 11,1% étaient plutôt d'accord.

Tableau 7 : Satisfaction générale des sujets vis à vis de leur prise en charge en prophylaxie bucco-dentaire (N=45)

Satisfaction générale :	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Complètement d'accord	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
La prise en charge en prophylaxie est utile pour vous	0	0	0	0	10	22,2	35	77,8
Vous Recommanderiez la consultation à votre entourage	0	0	0	0	5	11,1	40	88,9

4 Discussion

4.1. Intérêts de l'étude

4.1.1. Originalité du travail

L'intérêt majeur de cette étude conduite au sein du CHU de Lille consiste dans le recueil des changements effectués en termes d'habitudes liées à la santé bucco-dentaire et du niveau de satisfaction des sujets qui consultent en prophylaxie bucco-dentaire. Cela permettra de mieux tenir compte de leur avis dans les évolutions de cette activité. Cette étude originale et inédite constituait une première étape dans une démarche d'amélioration de la qualité de cette activité. Elle a fait émerger des problèmes survenus au cours de la prise en charge en prophylaxie et rapportés par les sujets. Elle permet donc aujourd'hui une remise en question de certains aspects de la consultation par l'équipe soignante. L'équipe pourra se servir de ces résultats pour améliorer la qualité de la relation instituée avec les patients et adapter les discours aux patients afin de tendre encore davantage vers l'instauration d'une alliance thérapeutique avec les patients dans un but thérapeutique commun.

4.1.2. Choix de la méthode

Le choix de la méthode s'est porté vers une étude de recherche quantitative utilisant l'entretien semi-directif en face à face pour cette première étude sur le sujet. Il a semblé pertinent de commencer l'investigation de ce sujet par une étude quantitative quitte à, dans un second temps, conduire une étude de recherche qualitative. En effet, certains thèmes pouvaient être difficiles à appréhender via cette méthode et pourraient dans un second temps être approfondis que ce soit sur le plan du vécu de la consultation ou sur les éléments à améliorer. De plus, un autre travail à distance du changement des comportements des patients pourrait être intéressant afin de mieux appréhender les ressentis et changements effectifs au long cours.

4.2. Limites de l'étude

4.2.1. Présence d'un membre de l'équipe soignante comme investigateur

L'entretien semi-directif a été choisi pour des raisons pratiques et logistiques. Les grilles d'entretien ont donc été remplies uniquement par un seul opérateur, l'investigateur, de manière à garantir une reproductibilité dans le recueil des mesures. Cependant l'intervention de l'opérateur a pu perturber les participants dans leurs réponses. Il existe donc un risque de biais de déclaration des sujets interrogés dans un service de santé face à un professionnel du domaine investigué impliqué dans l'activité évaluée. Il est possible que les participants aient essayé de donner les réponses qu'ils pensaient attendues par l'investigateur plutôt que leurs propres réponses personnelles, même si ce dernier ne faisait pas partie de l'équipe soignante du sujet, et que les objectifs, intérêts et visée de l'étude étaient bien expliqués à chaque sujet afin qu'il se sente le plus libre possible dans ses réponses.

4.2.2. Représentativité du panel

Il faut noter que, si le nombre de sujets ayant participé à l'étude a atteint les objectifs fixés en début d'étude (à savoir 45 sujets), on peut le considérer comme relativement faible pour représenter l'ensemble des patients accueillis en prophylaxie bucco-dentaire. Cela rend difficile l'extrapolation des résultats obtenus à l'ensemble des patients suivis en prophylaxie bucco-dentaire. On a essayé d'améliorer la représentativité en « forçant » le recueil de 15 sujets dans chaque type de consultation, à savoir bilan initial, suivi thérapeutique ou maintenance. Néanmoins, les patients n'étant pas venus à leur premier rendez-vous n'ont pas pu faire partie de l'étude. De même, il est probable que les patients les plus satisfaits de leur prise en charge soient revenus à leur rendez-vous de suivi thérapeutique et de maintenance et aient donc surreprésenté les sujets satisfaits dans cette étude. Le but de cette première étude n'était néanmoins pas de connaître uniquement la satisfaction de l'ensemble des sujets mais aussi de mieux se rendre compte de l'évolution des comportements des patients au cours de leur prise en charge, même s'il s'agissait plutôt de patients satisfaits. Il serait intéressant, bien évidemment, d'étudier également le ressenti des sujets perdus de vue avant le début de leur prise en charge en prophylaxie ou au cours de celle-ci, même si cela reste, d'un point de vue

méthodologique, difficile à mettre en place.

4.2.3. Déroulement de l'étude

Concernant, le déroulement de l'entretien, les justifications demandées après chaque question avaient pour but de collecter l'opinion brute des participants sur la question posée. Cependant, il est probable que certains sujets aient pu être influencés par la façon dont la question venait d'être posée et par les modalités de réponses proposées.

Dans un premier temps, il avait été choisi de ne pas affecter de réponse « ne sais pas » dans les différentes questions ; cependant certains patients n'ayant pas souhaité donner d'avis tranché sur certaines questions, l'ajout de la réponse « Ne sais pas » s'est avérée nécessaire au cours de l'étude. Néanmoins, le nombre de réponses « ne sais pas » est resté très limité dans cette enquête.

Malgré les rappels successifs de l'investigateur qui mettait en avant le fait que l'évaluation de la satisfaction portait uniquement sur la consultation de prophylaxie, et non sur l'ensemble du Service, il est probable que certaines réponses aient porté sur l'ensemble des consultations réalisées au sein du Service d'odontologie du CHU.

4.3. Des résultats et perspectives d'évolution

Cette étude a mis en évidence des résultats intéressants quant à la satisfaction des patients interrogés vis-à-vis de la consultation de prophylaxie bucco-dentaire ainsi qu'à la portée de celle-ci dans les habitudes de vie des patients dans une perspective d'amélioration des pratiques.

4.3.1. Satisfaction vis-à-vis des horaires, des délais d'attente et de la fréquence des rendez-vous

Concernant l'évaluation de la satisfaction, les horaires de consultation ne convenaient pas pour 20% du panel, malgré la possibilité de séances réalisées en période dite de nocturne. En effet, on peut imaginer que les horaires de journée conviennent peu aux personnes qui travaillent et qui ne peuvent pas se libérer

facilement. A l'inverse, les sujets retraités ou sans emploi peuvent venir facilement en consultation de prophylaxie parce qu'ils peuvent se dégager du temps plus facilement par rapport aux autres patients, notamment ceux qui ont une activité professionnelle. Les créneaux horaires du soir pourraient être intéressants car ils permettent aux patients qui travaillent d'accéder à la consultation sans nuire à leur emploi. En même temps, il s'agit de créneaux horaires plus compliqués pour les patients ayant de jeunes enfants. La question de l'adaptabilité des horaires de la consultation de prophylaxie au profil des patients qui en ont besoin reste néanmoins difficile à trancher avec les seuls résultats de cette étude. De plus, la disponibilité des salles et des enseignants doivent également être pris en compte pour toutes perspectives d'évolution.

L'organisation n'était pas satisfaisante pour 13% du panel, les prises de rendez vous étant un moment redouté. De plus, les délais des rendez-vous n'ont pas été jugés acceptables par 35% du panel. Certains participants ont déclaré avoir attendu 4 à 6 mois pour obtenir un rendez-vous en prophylaxie bucco-dentaire. Ce délai paraît tout de même relativement long même si ce problème est récurrent au sein du service. Il est possible que les patients aient du mal à distinguer les délais d'attente selon les UF au sein du Service d'odontologie. Quoiqu'il en soit, ce problème reste difficile à résoudre tant il est en lien avec les effectifs des personnels soignants et non soignants, et des possibilités de fauteuils dentaires.

Une plateforme téléphonique et/ou internet pour la prise de rendez-vous pourrait faciliter l'organisation, cette idée semble être le sujet d'une discussion pour améliorer le service d'odontologie.

La fréquence des rendez-vous a été considérée comme non satisfaisante pour 13,5% du panel. Certains sujets souhaiteraient bénéficier de rendez-vous plus rapprochés dans le temps pour contrôler les évolutions. Il semble que ces sujets semblaient davantage préoccupés par leur santé bucco-dentaire que les autres, une prise de conscience ayant eu lieu. Ce point pourrait être amélioré en discutant davantage avec le patient de la périodicité à prévoir en fonction de sa situation, mais aussi de son ressenti. Il est également aussi parfois difficile d'augmenter la fréquence des patients en cours de suivi quand on a du mal à disposer de suffisamment de créneaux horaires pour prendre en charge tous ceux qui le souhaitent.

4.3.2. Origine de l'orientation en prophylaxie bucco-dentaire

Globalement, on a pu constater que les sujets orientés en prophylaxie l'étaient en majorité à l'issue de la 1^{ère} consultation (46,7%). En effet, une consultation en prophylaxie peut être bénéfique dès le début d'une prise en charge globale du patient afin de (r)établir les comportements adaptés à l'établissement / au rétablissement d'une santé bucco-dentaire, et ainsi pérenniser les soins effectués dans les autres UF du Service d'odontologie (tels que la DRE ou la prothèse). Ces éléments participant évidemment à la santé générale et à la qualité de la vie des patients. Il est même préférable, hors cas particulier, de prévoir un suivi en prophylaxie dès le début du suivi du sujet dans le Service d'odontologie ; ainsi on peut se poser la question de la promotion systématique de l'orientation en prophylaxie dès la 1^{ère} consultation, hors orientation dans l'UF de parodontologie ou l'absence de tout besoin.

Il faut néanmoins noter qu'un nombre non négligeable de patients se voient secondairement orienter en prophylaxie du fait de leur incapacité financière à payer pour des soins parodontaux. Cette question mériterait très certainement d'être plus longuement discutée, tant du point de vue conceptuel que pratique. Notamment avons-nous raison d'adopter cette conduite ? Le système de santé français n'accordait jusqu'à ce jour aucune place pour la prise en charge par l'Assurance maladie des soins parodontaux hormis la possible demande de patients d'aide exceptionnelle. Il semble que les temps changent. La nouvelle convention prévoit en effet de prendre en charge, d'ici peu, le bilan et les séances de surfaçage parodontal pour les patients bénéficiant d'une ALD (affection longue durée) liée à un diabète (23). Cela pourrait être une première étape vers une meilleure prise en charge des soins parodontaux pour toute la population française dans le système de soins français.

4.3.3. Consultation de prophylaxie bucco-dentaire et changement des comportements liés à la santé bucco-dentaire

Concernant les habitudes alimentaires, une diminution conséquente dans la fréquence de grignotage a été notée au cours de l'étude puisque ce sont près de 85% des sujets ayant déclaré grignoter quotidiennement qui ont réduit leur fréquence de grignotage. En revanche, les messages préventifs autour de la prise de boissons sucrées et/ou acides seraient à développer puisque, parmi les sujets qui n'ont reçu aucune recommandation, 2 ont déclaré en consommer quotidiennement et 1 fréquemment.

Concernant le tabac, parmi les 16 sujets qui fument tous les jours et le sujet qui fume souvent, seulement 9 sujets ont reçu des recommandations, 8 d'entre eux n'ont pas voulu les suivre tandis qu'un sujet s'est décidé à diminuer sa consommation. Les 8 autres sujets n'ont pas reçu de recommandation. Pour l'alcool, seulement 2 sujets parmi les 19 qui ont déclaré en consommer tous les jours ont reçu des recommandations. Les résultats semblent indiquer que trop peu de recommandations sont formulées quant à la consommation de tabac/d'alcool, et que lorsqu'elles sont faites, elles incitent peu souvent à changement effectif chez les sujets. Il faudrait que les praticiens réfléchissent à améliorer ce point et qu'ils accompagnent ensuite mieux les étudiants dans la formulation de conseils pertinents et adaptés.

Pour les habitudes d'hygiène, beaucoup de patients ont reçu des conseils pour améliorer leur hygiène bucco-dentaire, notamment sur le changement de brosse à dents ou l'ajout d'adjuvants mécaniques de type brossette inter-dentaire. Les démonstrations réalisées en prophylaxie avec les patients ont semblé efficaces que ce soit sur le type de mouvement à adopter, sur l'orientation de la tête de brosse à dents ou sur le chemin de brossage. Seulement 11,1% des sujets ont déclaré ne pas avoir reçu de recommandations, probablement parce que le brossage était correct, voire pour certains cas par omission des soignants.

De plus, 26,7% ont changé de dentifrice du fait des conseils formulés en prophylaxie pour l'amélioration de leur santé bucco-dentaire et 6,7% n'ont pas souhaité effectuer de changement. Un résultat est cependant assez étonnant avec 62,2% des sujets qui n'auraient reçu aucune recommandation quant au choix de ce dentifrice. Même si l'on sait aujourd'hui que l'efficacité du contrôle de plaque est majoritairement assurée par le brossage, le rôle adjuvant du dentifrice ne peut être nié. Si la grande majorité des dentifrices contiennent du fluor, d'autres principes actifs peuvent être intéressants selon la situation et les risques du patient. Ainsi, il conviendrait que les soignants soient davantage vigilants sur ces aspects et exercent davantage leur rôle de conseil auprès des patients sur ce point.

4.3.4. Facteurs d'influence des comportements en santé bucco-

dentaire

On remarque que seulement 13,3% des participants jugeaient leur santé bucco-dentaire comme mauvaise.

Les résultats concernant ce qui influençait les patients en matière d'habitudes en santé bucco-dentaire sont intéressants. En effet, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, près de la moitié des sujets (48,8%) se disaient influencés pour ces habitudes par les professionnels de santé. A l'inverse, les médias étaient finalement assez peu souvent évoqués. Ainsi, au vu des résultats de cette étude, la place occupée par les professionnels de santé, notamment celle des médecins, semblait importante en matière de prévention bucco-dentaire. De par l'existence d'une relation privilégiée de proximité au long cours avec les patients, les médecins sont en effet à même d'intercepter des comportements néfastes en matière de santé et d'adresser vers un chirurgien-dentiste (24). On peut néanmoins être étonné par ces résultats lorsqu'on sait que les patients sont moins fidèles aujourd'hui à leur médecin (traitant) que par le passé, de par les changements sociétaux (déménagements, multiples changements de professionnels...)

Les raisons qui ont motivé le panel à suivre les recommandations formulées en matière de santé bucco-dentaire étaient, selon 22,2 % des sujets, liées à leur prise en charge en odontologie ailleurs qu'en prophylaxie. Il serait intéressant de davantage approfondir ces résultats par une étude de recherche qualitative. Mais il semble que les patients ont compris que pour réaliser des soins dans de bonnes conditions et pour que leurs résultats soient durables, il est important de développer des habitudes de vie compatibles avec ceux-ci. La majorité des sujets (62,2%) étaient motivés par des raisons personnelles, certains ayant évoqué des soucis de santé générale, leur travail, ou pour plaire de nouveau à leur conjoint ou pour leurs enfants. Il semble finalement que la consultation de prophylaxie soit quant à elle peut souvent directement évoquée par les patients comme raison à leurs changements. Ce résultat doit être interprété avec précaution. Le premier élément pourrait être de se dire que peu importe la raison à l'origine du changement du moment que le changement a lieu et qu'il s'inscrit dans la durée. Le deuxième point serait de se dire, que ce qu'il est capital de dénouer au cours de la consultation de prophylaxie, est d'identifier et de révéler, chez chaque cas particulier ce qui peut, chez lui précisément, déclencher le changement. Ainsi, la consultation de prophylaxie doit plutôt être vue comme un travail sur la mise en

évidence des raisons qui pourraient pousser au changement plutôt que comme « la » raison de ce changement. En cardiologie, le Docteur PAVY se sert du concept de l'entretien motivationnel (59). D'après l'article de PAVY (59) citant Rollnick et Miller, l'entretien motivationnel est défini comme étant une méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (59). L'objectif de cet entretien est donc de renforcer la motivation du patient, elle ne peut pas apparaître si elle n'existe pas à la base. Cette motivation repose sur trois composantes : l'importance que le sujet attribue au changement, sa capacité à réaliser ce changement et sa disponibilité pour mettre en œuvre ce changement (59). Ainsi, l'entretien motivationnel s'axe sur une approche centrée sur la personne plutôt que sur une approche centrée sur le problème. L'entretien motivationnel repose donc sur une relation vigoureuse, chaleureuse et sans jugement entre le patient et le soignant (60). Ces concepts sont complètement repris en consultation de prophylaxie bucco-dentaire de manière à travailler sur les comportements en lien avec la santé bucco-dentaire.

4.3.5. Satisfaction vis à vis de l'environnement et de la communication avec l'équipe soignante

L'offre en places de stationnement à proximité du Service d'odontologie du CHU de Lille est réduite (240 places au niveau du site Claude Huriez mais pas de parking dédié au service), ce qui provoque des difficultés de stationnement et des retards au rendez-vous. Il pourrait donc être intéressant de mieux informer sur les possibilités de stationnement (en indiquant par exemple au dos des courriers de convocation un plan du CHU mentionnant les parkings et le nombre de places offertes) ou de promouvoir l'utilisation de moyens de transports alternatifs à la voiture, tels que les transports en commun, ou le vélo (en mettant par exemple à disposition un local vélo au niveau des parkings du CHU). Il convient aussi de noter l'absence de places de stationnement pour personnes à mobilité réduite ce qui occasionne des difficultés dans l'accueil des personnes à besoins spécifiques.

L'ensemble du panel semblait globalement satisfait de sa prise en charge en prophylaxie puisque tous se disaient prêts à revenir à leur prochaine séance. Concernant la communication, les patients étaient satisfaits aussi bien des étudiants que des enseignants, avec des résultats similaires. Il n'y avait pas de différence

notable entre les résultats selon le statut du personnel soignant. Ainsi, selon la perception des patients ayant participé à l'étude, il ne semble pas qu'ils aient remarqué des failles dans les compétences acquises par les étudiants via l'enseignement théorique, pratique et clinique. Pourtant, un certain nombre de changements ont été effectués récemment dans l'enseignement de la prévention à la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, en tendant vers davantage de formation pratique avant la mise en œuvre clinique. Ce sont bel et bien l'apprentissage actif, la confrontation à la réalité, l'expérience qui constituent le fil conducteur de l'apprentissage de la dentisterie préventive à la mise en pratique concrète : savoir comment prendre soin de sa santé et comment soigner les autres. Ainsi, pour l'étudiant, apprendre d'abord en tant que « patient » lui permettrait ensuite de mieux comprendre son rôle de professionnel. On pourrait voir cela comme un passage de relais : l'acquisition des connaissances et compétences seraient guidées par les enseignants de prévention bucco-dentaire, puis appliquées par les étudiants sur eux-mêmes, avant d'accompagner à leur tour les patients dans ces auto-soins (61). Les effets de ces changements ne pouvaient néanmoins pas être observés dans cette étude dans la mesure où les étudiants en clinique au cours de l'étude n'avaient pas bénéficié de ces changements (les réformes ayant été mises en œuvre sur les promotions plus jeunes). Il serait également probablement plus évident d'analyser en profondeur ces aspects via une enquête suivant une méthodologie qualitative, que ce soit auprès des étudiants et des patients. Malgré le regret exprimé par les sujets de la longueur des séances (liée, selon eux, à l'attente de l'enseignant validant les différentes étapes conduites par l'étudiant), l'ensemble des sujets recommanderait la consultation à son entourage.

4.3.6. Satisfaction vis à vis des coûts

A l'heure d'aujourd'hui, la facturation de l'activité conduite en prophylaxie constitue un point difficile. En effet, aucun acte de prévention hormis l'examen de prévention aux âges clés, le détartrage-polissage et l'application de vernis topiques chez les patients à haut risque carieux âgés de 6 à 9 ans (qui vient tout juste d'être ajouté à la Convention), n'est prévu au remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Néanmoins, il reste possible de facturer une séance de prophylaxie non remboursée par l'AMO (et donc souvent non pris en charge par les AMC).

Les sujets ayant participé à l'étude avaient pourtant bien conscience que ces séances avaient un coût, qu'ils estimaient en moyenne autour de 32 euros. De plus, ils semblaient prêts à participer financièrement eux-mêmes à ces séances à hauteur d'environ 20 euros. Ils estimaient néanmoins que c'était à l'Assurance maladie obligatoire et aux organismes d'assurance maladie complémentaire, de prendre en charge, en grande majorité, le coût de ces séances. La nouvelle convention évoque dans 2 de ses articles des expérimentations innovantes, qui pourraient à terme directement impacter ces consultations, et leur tarification, à savoir (23) :

- Les partenaires conventionnels prévoient, dans l'Article 14, la mise en place d'une expérimentation, dans un premier temps et en l'absence de dispositif existant, d'une prise en charge globale de la prévention bucco-dentaire via des forfaits de prévention. La prise en charge globale prendrait la forme d'un forfait de prévention comprenant à la fois des actes (par exemple l'évaluation du risque carieux individuel, la prise de radiographies rétro-coronaires, le nettoyage prophylactique ...) et des recommandations (telles que l'éducation à la santé, l'évaluation des acquis ...) Ce forfait couvrirait la prise en charge de plusieurs séances. Ce type de dispositif pourrait se rapprocher très fortement de ce qui est aujourd'hui proposé dans la consultation de prophylaxie. Si aucun montant précis n'est évoqué pour l'instant, sa mise en place faciliterait la facturation qui reste à ce jour le point complexe, et ce d'autant plus du contexte de précarité dans lequel se trouvent de nombreux patients actuellement suivis.
- L'article 15 propose la mise en place d'un parcours de prévention incitatif. Les partenaires conventionnels expriment par ce texte, leur volonté d'accompagner durablement la réorientation de la prise en charge bucco-dentaire dans le sens du soin et de la prévention, ce qui justifie d'approfondir la réflexion sur la nécessaire mise en place d'incitations nouvelles pour que les patients s'inscrivent dans un suivi régulier de leur santé bucco-dentaire. L'exemple du dispositif mis en place en Allemagne constitue une référence intéressante, dans le texte, qui pourrait être approfondie dans la perspective de la mise en place d'un nouveau cadre conventionnel sur la prise en charge des actes prothétiques. En tout état de cause, toute disposition venant conditionner le niveau d'une prise en charge d'acte prothétique à des conditions liées au respect d'un parcours ou d'un rythme de visites de bilan nécessiterait une évolution législative et réglementaire, et un changement en profondeur des

mentalités des personnes. Les partenaires conventionnels proposent la mise en place d'un groupe de travail, dans les trois mois suivant la signature, associant les représentants du ministère de la santé et les associations de patients, sur les modalités envisageables pour mettre en place un tel dispositif. Celui-ci ne pourrait pas concerner, dans un premier temps, l'ensemble de la population, notamment en raison (selon eux) de l'incapacité des cabinets dentaires à faire face, à court terme, à un fort accroissement de la demande en soins. Une démarche progressive, s'appliquant par étapes, pourrait concerner prioritairement les générations de jeunes adultes après le dernier examen bucco-dentaire systématique prévu à 24 ans.

4.3.7. Pistes en vue de l'amélioration des pratiques professionnelles en prophylaxie bucco-dentaire

Pour améliorer la qualité de la consultation conduite et le degré de satisfaction des patients reçus, plusieurs pistes peuvent être discutées.

A l'échelon national, la prévention pourrait être mieux reconnue en instaurant un système de santé davantage tourné vers l'incitation au suivi régulier des usagers, en prévoyant une forme de récompense financière lorsque des besoins en soins prothétiques par exemple apparaissent au fur et à mesure d'un suivi régulier. Les instances politiques semblent s'être emparées de cette piste qui serait en cours d'expérimentation.

La question du métier exercé par le professionnel conduisant cette activité de prévention bucco-dentaire doit également être pensée. Il est certain que cette activité nécessite des compétences bien spécifiques, notamment en matière d'entretien motivationnel et d'accompagnement au changement. Ces compétences peuvent être acquises au cours de la formation initiale par les étudiants futurs chirurgiens-dentistes, comme c'est le cas depuis assez récemment au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille. On peut néanmoins se demander, notamment lorsque l'on observe ce qui se passe dans d'autres pays ayant reconnu cette activité, si cette activité ne pourrait pas permettre le développement d'un métier spécifique, celui des hygiénistes dentaires, travaillant en équipe avec les chirurgiens-dentistes. Ce métier, que ce soient l'hygiéniste dentaire ou une assistante dentaire « sur » qualifiée, n'existe pour l'instant pas en France, même s'il fait l'objet de nombreuses discussions depuis longtemps. Pourtant, sa création permettrait, d'un côté, aux patients d'être mieux suivis dans le

maintien de leur situation de santé bucco-dentaire, et aux chirurgiens-dentistes de pouvoir se centrer sur la réalisation des actes thérapeutiques en déléguant certaines tâches. La question de la valorisation financière et des modalités de sa prise en charge par les assurances reste néanmoins centrale que cette activité soit exercée par des chirurgiens-dentistes ou des éventuels hygiénistes. Le champ de compétences de ces hygiénistes reste également à préciser mais ils auraient probablement pour mission d'associer actes de prévention au fauteuil et conseils personnalisés en matière d'alimentation et d'hygiène bucco-dentaire (59) (60).

Afin d'évaluer de manière plus approfondie cette consultation de prophylaxie bucco-dentaire, une étude sur la satisfaction de l'activité conduite par les étudiants lors de cette consultation (notamment ceux qui auront bénéficié du nouveau format d'enseignement) devrait être envisagée pour mieux connaître les points faibles et les points forts, et pouvoir conduire les adaptations nécessaires.

Conclusion

Afin de savoir si la consultation de prophylaxie bucco-dentaire développée au sein du CHU de Lille revêt une utilité et répond aux attentes des usagers, une étude a été conduite. Au vu des résultats, il semble qu'elle soit à l'origine de changements de comportement chez les consultants. Des pistes de réflexion ont été proposées en vue d'accroître son utilité et de mieux répondre à toutes les dimensions de la satisfaction des usagers, et ainsi améliorer la prise en charge et *in fine* leur santé bucco-dentaire. A plus grande échelle, tant géographique sur l'ensemble du territoire français qu'au-delà du service public, une réflexion plus approfondie sur l'importance de la prévention de la santé bucco-dentaire et sur sa valorisation mériterait d'être menée. Il semble néanmoins que les représentations évoluent, comme en témoignent certains articles prometteurs de la nouvelle Convention, ce qui pourrait à terme permettre de réduire les coûts liés aux soins curatifs, et replacer la personne soignée et sa qualité de vie au centre de la relation soigné/soignant.

Références bibliographiques

1. Masson E. Épidémiologie de la carie [Internet]. EM-Consulte. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1152132/epidemiologie-de-la-carie>
2. corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
3. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontal Res.* juin 2007;42(3):219-27.
4. www.unitheque.com. L'odontologie préventive au quotidien [Internet]. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: https://www.unitheque.com/Livre/quintessence_international/Reussir/L_odontologie_preventive_au_quotidien-67889.html
5. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. :6.
6. La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
7. Calvet L, Moisy M, Chardon O. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. :6.
8. Traver F, Saucey M-JD, Gaucher C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD). *Santé Publique.* 8 oct 2014;26(4):481-90.
9. Masson E. Santé dentaire : quelques repères [Internet]. EM-Consulte. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/260676/sante-dentaire-quelques-reperes>
10. Chen Z-Y, Chiang C-H, Huang C-C, Chung C-M, Chan W-L, Huang P-H, et al. The Association of Tooth Scaling and Decreased Cardiovascular Disease: A Nationwide Population-based Study. *Am J Med.* juin 2012;125(6):568-75.
11. Beynet A. Problèmes dentaires et précarité. 2002;6.
12. Traité de santé publique [Internet]. Librairie Lavoisier. [cité 3 août 2018]. Disponible sur: <https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/traite-de-sante-publique-3-ed/bourdillon/descriptif-9782257206794>
13. Allonier C. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles. 2007;6.
14. Traité de santé publique [Internet]. Librairie Lavoisier. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/traite-de-sante-publique-3-ed/bourdillon/descriptif-9782257206794>
15. Silva GBD, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez J-C. Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires. *Santé Publique.* 2003;15(3):347-58.
16. Azogui-Lévy S. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. 2005;8.
17. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1 févr 2006;34(1):71-9.
18. Pegon-Machat E, Faulks D, Eaton KA, Widström E, Hugues P, Tubert-Jeannin S. The healthcare system and the provision of oral healthcare in EU Member States: France. *Br Dent J.* 26 févr 2016;220(4):197-203.
19. TREMOULU R (DREES/SEEE/BCPE). Les dépenses de santé en 2016 > édition 2017 > Drees. 2016;204.
20. Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015

- Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. *J Dent Res.* 1 mai 2018;97(5):501-7.
21. DICOM_Anne.G. Le plan de prévention bucco-dentaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2011 [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>
 22. M'T dents [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
 23. conv_chirurgiens_dentistes_jo_25_08_2018.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449078/document/conv_chirurgiens_dentistes_jo_25_08_2018.pdf
 24. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante-1>
 25. dt136.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt136.pdf>
 26. esp2017.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
 27. Festzuschüsse zum Zahnersatz [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.kzbv.de/festzuschuesse-zum-zahnersatz.37.de.html>
 28. Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>
 29. Définitions : prophylaxie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379>
 30. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 2 mai 2018]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
 31. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
 32. française LD. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé [Internet]. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000592/index.shtml>
 33. Canoui-Poitaine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire, Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary out-patient surgery unit. *Prat Organ Soins.* 2008;39(4):323-30.
 34. Définitions : satisfaction - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
 35. Larousse É. Définitions : satisfaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaire/71087>
 36. Binani - La perception de la qualité de service rendue par .pdf [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/5340/1/M12743.pdf>
 37. Lee W-I, Chen C-W, Chen T-H, Chen C-Y. The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. :11.
 38. Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 1999;11(6):507-16.
 39. Moifo B, B M, Guegang E, OF Z, Melong V T, Wankie M M, et al. Enquête de satisfaction des patients au service de radiologie de l'Hôpital Général de Douala – Cameroun. *J Afr Imag Méd* 2014; (6), 1: 52-63. 1 janv 2014;6:52-63.

40. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann.* janv 1983;6(3-4):185-210.
41. Lacombe C-L. Enquête de satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin traitant et de la prise en charge coordonnée avec les autres professionnels de santé à l'île de La Réunion en 2014. 2015;68.
42. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res.* 20 août 2008;8:178.
43. Chaffin JG, Chaffin SD, Mangelsdorff AD, Finstuen K. Patient satisfaction with dental hygiene providers in US military clinics. *J Dent Hyg JDH.* 2007;81(1):9.
44. Habib SR, Ramalingam S, Al Beladi A, Al Habib A. Patient's satisfaction with the dental care provided by dental students. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC.* sept 2014;26(3):353-6.
45. Luo JYN, Liu PP, Wong MCM. Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. *BMC Oral Health.* 30 janv 2018;18(1):15.
46. Stouthard ME, Hartman CA, Hoogstraten J. Development of a Dutch version of the Dental Visit Satisfaction Scale. *Community Dent Oral Epidemiol.* déc 1992;20(6):351-3.
47. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res.* févr 1992;26(6):767-86.
48. Mills I, Frost J, Cooper C, Moles DR, Kay E. Patient-centred care in general dental practice--a systematic review of the literature. *BMC Oral Health.* 5 juin 2014;14:64.
49. Chu CH, Lo EC. Patients' satisfaction with dental services provided by a university in Hong Kong. *Int Dent J.* févr 1999;49(1):53-9.
50. Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Factors related to satisfaction with dental care among 23-year olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 2005;33(2):150-7.
51. France D université L-. Le service d'odontologie au sein de la Faculté Dentaire de Lille [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: http://chirdent.univ-lille.fr/stock-pages/stock-pages-actus/detail-actualites/news/nouveau-service-dodontologie-au-sein-de-la-faculte-dentaire-de-lille/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=a5e29ed5b0880a87724280b90c94b535
52. Gaymer K. Patient Satisfaction Survey. :2.
53. Ahmady AE, Pakkhesal M, Zafarmand AH, Lando HA. Patient Satisfaction Surveys in Dental School Clinics: A Review and Comparison. *J Dent Educ.* 2015;79(4):6.
54. Vatne JF, Gjermo P, Sandvik L, Preus HR. Patients' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population: an observational study. *BMC Oral Health* [Internet]. déc 2015 [cité 26 févr 2019];15(1). Disponible sur: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0037-3>
55. Bhoopathi V. Determining the Level of Patient Satisfaction in a Dental Hygiene Setting. :81.
56. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
57. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet]. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>
58. 2005_3_Miller.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.afas.fr/wp-content/uploads/2017/04/2005_3_Miller.pdf
59. L'éducation thérapeutique du patient cardiaque - Sous la direction de Bruno PAVY - 9782876715561 Frison roche, Cardiologie médicale [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur:

https://www.unitheque.com/Livre/frison_roche/L_education_therapeutique_du_patient_cardiaque-51354.html

60. Giordan - 2010 - Comment favoriser le changement de comportement .pdf [Internet]. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.andregiordan.com/edtherap/changercomp-1.pdf>

61. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/57009cbb-2fc4-4e89-a4f5-784a161b0d64>

Annexe 1 : Guide pour l'entretien de satisfaction

Entretien de satisfaction des patients consultant au sein de l'UF Prévention-Santé publique dans le Service d'odontologie du CHRU de Lille

A propos de vous et de votre suivi dans le Service d'odontologie

1/ Vous êtes :

un homme une femme

2/ Vous avez :

18-35 ans 36-60 ans plus de 60 ans

3/ Vous êtes :

Agriculteur exploitant Artisan, commerçant ou chef d'entreprise Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire Employé Retraité Autre personne sans activité professionnelle
 Ouvrier

4/ Dans quel pays avez-vous vécu pendant votre enfance ?

France Autre : (précisez)

5/ Quel est votre niveau d'étude et celui de vos parents ?

	Vous	Mère	Père
Aucun diplôme / CEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAP – BEP – BEPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseignement supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6/ Quel est votre statut marital ?

Marié / pacsé Célibataire Veuf En concubinage Divorcé

7/ Avez-vous des enfants ?

Non Oui, combien ?

8/ Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? Oui Non

Lesquels :

Affection cardio-vasculaire Cancer Diabète Maladie neurologique
 Dépression/ troubles psychiatriques Autre : (précisez)

9/ Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui Non

Lesquels :

.....

10/ Qui vous a orienté vers la consultation de prophylaxie ?

1^{ère} consultation Autre UF dans le cadre de votre prise en charge Vous-même Autre : (précisez)

11/ Dans quelle autre UF du Service d'odontologie êtes-vous suivi ?

OCE Chirurgie Occlusodontologie ODF Prothèse Implantologie Parodontologie

12/ A quelle étape de votre prise en charge en prophylaxie en êtes-vous ?

Bilan initial (1^{er} rdv) (1^{ère} ou 2^{ème} séance thérapeutique) Maintenance

13/ Combien de séances en prophylaxie avez-vous déjà réalisé ?

14/ Combien de rendez-vous avez-vous manqué ?

15/ Prévoyez-vous de revenir à une prochaine séance de prophylaxie ?

Non Oui Ne sait pas encore

16/ Votre prise en charge en prophylaxie au cours de l'année 2018 est réalisée par des étudiants de 4^e ou 5^e année ?

4^{ème} année 5^{ème} année Autre : (précisez)

A propos de vos habitudes en lien avec votre santé bucco-dentaire

17/ Comment jugez-vous votre santé bucco-dentaire actuelle ?

Bonne Moyenne Mauvaise

18/ Par qui/quoi pensez-vous que vos habitudes en matière de santé bucco-dentaire (alimentation, hygiène, conduites à risque) sont-elles influencées ?

Relations familiales Professionnels de santé Médias Autre (précisez) :

Expliquez :

.....

19/ Pensez-vous qu'il existe un lien entre ces habitudes et votre santé bucco-dentaire ?

Expliquez :

.....

Alimentation			Hygiène bucco-dentaire habituelle			Conduites à risques		
Grignotage	BI	<input type="checkbox"/> Quotidien ^a <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais	Contrôle mécanique	BI	<input type="checkbox"/> Brosse à dents <input type="checkbox"/> Adjuvants mécaniques <input type="checkbox"/> Autre :	Tabac	BI	<input type="checkbox"/> Quotidien ^a <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
	Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Réduction fréquence <input type="checkbox"/> Autre :		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Brosse à dents <input type="checkbox"/> Adjuvants mécaniques <input type="checkbox"/> Autre :		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Réduction fréquence <input type="checkbox"/> Autre :
Boissons sucrées et/ou acides (soda, jus, thé ou café sucré)	BI	<input type="checkbox"/> Pluriquotidien <input type="checkbox"/> Uni quotidien <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais	Contrôle chimique	BI	<input type="checkbox"/> Bain de bouche <input type="checkbox"/> Dentifrice supermarché <input type="checkbox"/> Dentifrice para-pharmacie <input type="checkbox"/> Autre :	Alcool	BI	<input type="checkbox"/> Quotidien ^a <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
	Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Réduction fréquence <input type="checkbox"/> Autre :		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Dentifrice <input type="checkbox"/> bain de bouche <input type="checkbox"/> Autre :		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Réduction fréquence <input type="checkbox"/> Autre :

	Fréquence du brossage	BI	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <1x/jr <input type="checkbox"/> 1x/jr <input type="checkbox"/> > 1x/jr	Autres substances : <input type="checkbox"/> cannabis <input type="checkbox"/> narguilé <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> héroïne <input type="checkbox"/> autre : précisez :	BI	<input type="checkbox"/> Quotidien ^a <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Jamais
		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Réduction		Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Réduction fréquence <input type="checkbox"/> Autre :
	Technique de brossage	Suivi des recommandations	<input type="checkbox"/> Aucune recommandation <input type="checkbox"/> Aucune recommandation suivie <input type="checkbox"/> Chemin de brossage <input type="checkbox"/> Orientation de la brosse <input type="checkbox"/> Type de mouvement <input type="checkbox"/> Autre :			

^a Quotidien : tous les jours
 Souvent : plusieurs fois/semaine
 Rarement : ≤une fois/semaine
 Jamais

20/ Quelles étaient ces habitudes avant votre premier rendez-vous en prophylaxie (BI) ? (Tableau)

21/ Avez-vous ou prévoyez-vous de suivre certaines des recommandations proposées en prophylaxie ? (Tableau)

22/ Pour quelle(s) raison(s) avez-vous ou pensez-vous suivre ces recommandations ?

Raisons personnelles Prise en charge en prophylaxie Prise en charge en odontologie en dehors de celle de prophylaxie

Justifiez votre réponse :

.....

A propos de votre satisfaction de votre prise en charge en prophylaxie

Pour chaque proposition, cochez la case qui reflète le mieux votre opinion :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Complètement d'accord
Concernant l'accessibilité :				
23/ Les horaires vous conviennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24/ Les délais de rendez-vous vous semblent acceptables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25/ La fréquence des rendez-vous vous convient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26/ L'organisation vous semble correcte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifiez vos choix :

.....

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Complètement d'accord
Concernant l'environnement :				
27/ L'attitude du personnel non soignant ¹ vous semble adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28/ Les installations sont convenables pour cette prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifiez vos choix :

.....

¹ Personnel non soignant : secrétaires et assistants
 Personnel soignant étudiant (PSE) : habillé en blanc
 Personnel soignant enseignant (PSEN) : habillé en vert
 Equipe soignante : PSE + PSEN

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Complètement d'accord
Concernant la communication :				
29/ Le PSE ¹ fait preuve d'une écoute active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30/ Le PSEN ¹ fait preuve d'une écoute active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31/ L'équipe soignante ¹ répond à vos attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32/ Les informations sont suffisamment compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33/ Les informations que vous avez reçues sont adaptées pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34/ L'attitude du PSE ¹ vous semble adaptée pendant le soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35/ L'attitude du PSEN ¹ vous semble adaptée pendant le soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifiez vos choix :

.....

.....

.....

	Pas du tout satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Concernant la qualité des soins reçus, vous êtes :				
36/ Des compétences techniques du PSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37/ Des soins reçus (en prophylaxie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38/ Des conseils reçus (en prophylaxie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39/ De la gestion de la douleur et de votre anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40/ Du suivi effectué par le PSE ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41/ Du temps qui est consacré à chaque séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifiez vos choix :

.....

.....

.....

A propos du coût financier de votre prise en charge en prophylaxie

	Pas du tout satisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Très satisfait(e)
Concernant les coûts, vous êtes :				
42/ De la façon dont sont facturées les séances de prophylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justifiez vos choix :

.....

.....

.....

43/ Seriez-vous prêt à participer personnellement financièrement à ces séances de prophylaxie ?

Oui, à quelle hauteur ? Non

44/ Selon vous, qui devrait financer ces séances de prophylaxie ?

Vous L'assurance maladie obligatoire Les mutuelles et assurances privées

Le chirurgien-dentiste dans le cadre de sa prise en charge globale Autre (précisez) :

.....

45/ Selon vous, combien devrait être facturée une séance de prophylaxie ?

.....

Afin de vous aider, nous vous donnons quelques exemples dans la pratique quotidienne d'un Chirurgien-dentiste

BDC : examen simple	30,00
BR2 : examen avec réalisation d'1 ou 2 radiographies intrabuccales	42,00
BR4 : examen avec réalisation de 3 ou 4 radiographies intrabuccales	54,00

A propos de votre satisfaction générale

	Pas du tout d'accor d	Plutôt pas d'accor d	Plutôt d'accor d	Compleme nt d'accord
46/ Vous avez le sentiment que votre prise en charge en prophylaxie est utile pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez pour quelles raisons :				
.....				
.....				
.....				
47/ Vous recommanderiez cette consultation à votre entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez pour quelles raisons :				
.....				
.....				
.....				

48/ N'hésitez pas à nous faire part de toute remarque ou commentaire que vous jugerez utile pour l'amélioration de ces séances de prophylaxie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation

Annexe 2 : Lettre d'information à l'attention des participants de l'étude

Evaluation de la satisfaction des patients consultant au sein de l'UF Prévention- santé publique dans le Service d'odontologie du CHRU de Lille

LETTRE D'INFORMATION

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant aux questions que vous pourriez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

1- Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

Si l'accès à la santé est de plus en plus considéré comme un droit, les nouvelles techniques de pointe et les gestes professionnels des soignants ne sont plus suffisants pour satisfaire les patients. Ceux-ci jugent les consultations comme une prestation globale en prenant en compte d'autres critères tels que l'accueil, l'écoute, l'information délivrée et l'empathie du soignant. C'est pourquoi il est important de conduire des enquêtes auprès des patients afin d'identifier les problèmes qui peuvent survenir au cours de la prise en charge, de trouver quelles pourraient être les améliorations à apporter, et de savoir quels intérêts peuvent porter les patients à la prise en charge proposée.

2- Quel est l'objectif de la recherche ?

Dans le cadre **d'une thèse en vue du diplôme de chirurgien-dentiste**, nous vous proposons de participer à une étude dont le **but est d'évaluer, au moyen d'un entretien face à face, la satisfaction et les attentes des patients venant consulter en prophylaxie dans l'Unité fonctionnelle de Prévention-santé publique du service d'odontologie (CHRU de Lille).**

3- Comment se déroule la recherche ?

Il s'agit d'une étude par un entretien en face à face par un enquêteur indépendant de la prise en charge bucco-dentaire qui sera conduite auprès des patients ayant recours à la consultation de prophylaxie (Unité fonctionnelle de Prévention-santé publique, Service d'odontologie, CHRU Lille). L'entretien, d'une durée d'environ 20 minutes, se déroule juste après la consultation de prophylaxie dans l'un des box de consultation

Anonymat : Un numéro vous sera attribué. Ce code sera utilisé pour la création et le traitement de la base de données sans qu'aucun lien ne puisse être établi avec votre identité. Le traitement de vos données personnelles fait l'objet d'une autorisation délivrée par les autorités compétentes.

4- Quels sont les bénéfices attendus ?

Votre participation est sans bénéfice individuel direct. En revanche, elle permettra **d'aider à l'évolution de la consultation afin de proposer une prise en charge future davantage en adéquation avec les attentes des patients**

5-Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans avoir à vous justifier, sans que cela ne modifie votre relation avec l'équipe soignante impliquée dans cette recherche et n'ait de conséquence sur votre prise en charge. En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision sans avoir à vous justifier et sans conséquence sur votre suivi.

5- A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Pour toute question avant, pendant et après l'étude, vous pouvez vous adresser au Docteur Alessandra BLAIZOT à l'adresse mail suivante : alessandra.blaizot@univ-lille2.fr

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2019] – N°:

Evaluation de la satisfaction des patients consultant en prophylaxie bucco-dentaire dans le Service d'odontologie du CHU de Lille/**TAILLIEZ Pauline.**- p(82) : ill (14) ; réf. (61).

Domaines : Prophylaxie bucco-dentaire

Mots clés Rameau: Patients ; Satisfaction ; Évaluation ; Prophylaxie dentaire

Mots clés FMeSH: Satisfaction du patient ; Études d'évaluation ; Prophylaxie dentaire

Résumé de la thèse :

En France depuis une quinzaine d'années, des actions de prévention bucco-dentaire sont mises en place sur le territoire, cependant elles sont principalement destinées aux enfants. De plus, trop peu de praticiens chirurgiens-dentistes accordent suffisamment d'importance et de temps à la prévention. Or, on sait aujourd'hui qu'elle constitue un pilier incontournable du traitement dans une vision globale de maintien de la santé et de qualité de vie. Mais à ce jour, ce type d'activité ne bénéficie pas d'une reconnaissance et d'un développement important dans le système de soins français. Compte tenu des récents débats liés à la renégociation de la Convention avec l'Assurance Maladie, cette thèse s'inscrit dans l'actualité médicale en faveur de la promotion de la santé bucco-dentaire en France. Ce travail consiste en une enquête de satisfaction des patients vis à vis de leur prise en charge au sein de la consultation de prophylaxie bucco-dentaire du CHU de Lille.

JURY :

Président : Pr Guillaume PENEL

Assesseurs : Dr Laurent NAWROCKI

Dr Alessandra BLAIZOT

Dr Margaux ABRAHAM