

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2021

N° : 4661

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 27 SEPTEMBRE 2021

Par Agathe BALLIEU

Née le 12 JANVIER 1996 à Lille - France

La satisfaction vis-à-vis des soins parodontaux comme outil de rétroaction
des patients pour améliorer la qualité des soins

JURY

Présidente : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jérôme PETIT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Marie DUBAR

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen	:	E. BOCQUET
Vice-Doyen	:	A. de BROUCKER
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 Émérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
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
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de 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 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.

Aux membres du jury ...

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention Département
Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique

*Bien que le sujet soit éloigné de votre discipline, vous avez accepté
de présider ce jury et je vous en remercie chaleureusement.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond
respect.*

Monsieur le Docteur Jérôme PETIT

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Jéré, comment trouver les mots ... Tu fais partie de ceux qui ont cru en moi et tu as su me faire confiance. Tu as marqué un véritable tournant dans ma vie et je t'en remercie sincèrement. Un futur collègue mais surtout un ami qui m'a permis de m'épanouir. A tous ces rires passés mais surtout à tous ceux à venir : le meilleur est devant nous ! Mille fois merci, pour tout.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître 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)

Maîtrise : 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 Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé - Université de Rouen- Normandie

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

Assesseur à la Pédagogie

Je vous remercie d'avoir accepté spontanément de faire partie de ce jury. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Marie DUBAR

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine Bucco-Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine – mention Sciences de la vie et de la santé

Master Recherche Biosciences et Ingénierie de la Santé – spécialité Biotechnologies

Moléculaires et Bio-ingénierie Physiopathologie et Thérapeutique

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie médicale

Certificat d'Etudes Supérieures en Parodontologie

Assesseur à la Pédagogie

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger cette thèse. J'ai énormément appris à vos côtés tout au long de mon cursus universitaire et c'est un réel honneur pour moi d'avoir travaillé à vos côtés. Vous êtes un élément clé de mes ambitions professionnelles et j'espère pouvoir partager avec vous de nombreux moments encore. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé cette année pour ce travail mais aussi lors des vacations cliniques. J'admire vos qualités humaines et votre passion qui m'ont permis d'élaborer cette thèse avec sérénité. Je vous prie de trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect. Merci.

A ma famille, à mes amis ...

1	INTRODUCTION	16
1.1	CONTEXTE	16
1.1.1	LA PARODONTITE	16
1.1.2	UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	17
1.1.3	LA QUALITE EN SANTE	18
1.1.4	LE CONCEPT DE SATISFACTION EN SANTE	19
1.1.5	DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE AU SEIN DE L'UF DE PARODONTOLOGIE DE LILLE	20
1.1.6	TRAVAUX PRECEDENTS DANS LE DEPARTEMENT DE PARODONTOLOGIE DE LA FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE LILLE	22
1.2	OBJECTIFS DE L'ETUDE	24
1.2.1	OBJECTIF PRINCIPAL	24
1.2.2	OBJECTIFS SECONDAIRES	24
2	MATERIELS ET METHODES	25
2.1	TYPE D'ETUDE	25
2.2	LIEU ET PERIODE D'ETUDE	25
2.3	POPULATION D'ETUDE	25
2.3.1	CRITERES DE SELECTION	25
2.3.2	NOMBRE DE SUJETS	26
2.3.3	INDEMNISATION DES SUJETS	26
2.3.4	PROCEDURE DE RECRUTEMENT DES SUJETS	26
2.4	RECUEIL DES DONNEES DE L'ETUDE	27
2.4.1	ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	27
2.4.2	DESCRIPTION DE LA VERSION FINALE DU QUESTIONNAIRE	28
2.4.3	MODALITES DE GESTION DES DONNEES	28
2.4.4	ASPECTS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES	29
3	RESULTATS	32
3.1	RECUEIL DES DONNEES	32
3.1.1	AVANT L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE	32
3.1.2	APRES L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE	33
3.1.3	PUISSANCE STATISTIQUE DE L'ENQUETE	34
3.2	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	34
3.2.1	CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	34
3.2.2	SYNTHESE DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	37
3.3	ANALYSE FACTORIELLE	37
3.3.1	VALIDITE DE CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	38
3.3.2	ATTRIBUTION DES ITEMS A CHAQUE DIMENSION	40
3.3.3	INTERPRETATION DES DIMENSIONS	40
3.4	SATISFACTION DES PATIENTS	41
3.4.1	SCORES DE SATISFACTION DES PATIENTS	41
3.4.2	SYNTHESE DES COMMENTAIRES LIBRES	42
3.5	COHERENCE INTERNE	45
3.5.1	FIABILITE DE LA CONSISTANCE INTERNE	45
3.5.2	VALIDITE DE LA CONSISTANCE INTERNE	46
3.6	DETERMINATION DES FACTEURS ASSOCIES A LA SATISFACTION DES PATIENTS	48
3.6.1	ANALYSE BIVARIEE	48
3.6.2	ANALYSE DE VARIANCE MULTIVARIEE	49

4	DISCUSSIONS	51
4.1	METHODOLOGIE UTILISEE	51
4.1.1	PUISSANCE STATISTIQUE DE L'ETUDE	51
4.1.2	BIAIS DE SELECTION	52
4.1.3	BIAIS DE REPONSES	52
4.2	ANALYSE FACTORIELLE	53
4.2.1	NOMBRE DE DIMENSIONS AU QUESTIONNAIRE	53
4.2.2	CORRELATIONS DES ITEMS A CHAQUE DIMENSION	54
4.2.3	INTERPRETATION DES DIMENSIONS	54
4.3	COHERENCE INTERNE	54
4.3.1	FIABILITE DU QUESTIONNAIRE	54
4.3.2	VALIDITE DE CONSTRUIT DU QUESTIONNAIRE	55
4.4	APPORTS DE LA RECHERCHE PROPOSEE	56
4.4.1	ANALYSE DES COMMENTAIRES LIBRES	56
4.5	SATISFACTION ET CRITERES SOCIAUX DEMOGRAPHIQUES	58
4.5.1	AGE ET SATISFACTION	58
4.5.2	GENRE ET SATISFACTION	59
4.5.3	CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET SATISFACTION	60
5	CONCLUSION	61
6	TABLE DES TABLEAUX	62
7	TABLE DES FIGURES	63
8	BIBLIOGRAPHIE	64
9	ANNEXES	75

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 La parodontite

La parodontite est définie comme une maladie inflammatoire chronique d'origine infectieuse qui touche les tissus de soutien des dents (le parodonte). Elle met en jeu des interactions complexes entre le microbiote oral, la réponse immuno-inflammatoire du patient et des facteurs de risque généraux, tels que le tabagisme actif ou le diabète, ou encore des facteurs locaux, tels que le manque d'accessibilité au brossage ou la sécheresse buccale. (1) En 2003, une enquête nationale a constaté que 46,7% des individus présentaient au moins une perte d'attache de 5 mm ou plus et qu'une profondeur de poche au sondage de plus de 5 mm était retrouvée chez 10,2% des individus. (2)

Les conséquences de la parodontite se manifestent localement ou de manière systémique. Les parodontites entraînent des douleurs et une diminution des fonctions masticatoires et phonatoires dues à des migrations ou mobilités dentaires et/ou des récessions gingivales. (3) Ces conséquences locales ont un impact fonctionnel et esthétique altérant la qualité de vie des patients en impactant la santé physique, mais aussi l'estime de soi, les relations sociales et le plaisir de la vie. (4,5) Par ailleurs, les liens établis et potentiels entre les maladies parodontales et l'état général ont fait et font encore l'objet de nombreuses études. (6) En 2016, 57 pathologies générales ont été répertoriées dans des études de médecine parodontale. Les pathologies métaboliques, cardiovasculaires, musculosquelettiques ou encore neurodégénératives y étaient retrouvées. (7) Parmi les liens établis, il peut être souligné, entre autres, une forte association entre la parodontite modérée à sévère et les maladies cardiovasculaires (8,9), le diabète (10), la maladie d'Alzheimer (11) et les issues défavorables de la grossesse. (12)

Le traitement de référence des parodontites est basé sur une approche anti-infectieuse dont l'objectif est de réduire la charge bactérienne globale/les biofilms microbiens pour permettre la résolution de l'inflammation et la cicatrisation des lésions des tissus parodontaux. (13–16)

Elle comprend la mise en œuvre de trois stratégies complémentaires :

(i) Médicale par l'évaluation et le contrôle des facteurs de risque parodontaux, comme le tabagisme, et médicaux (17);

(ii) Comportementale par la promotion de comportements favorables à la santé orale passant notamment par une éducation thérapeutique au brossage dentaire et interdentaire (18) et

(iii) Mécanique par la désorganisation et le contrôle de l'accumulation des biofilms via des approches personnelles ou professionnelles, non-chirurgicales ou chirurgicales avec ou sans l'aide d'adjuvants antimicrobiens. (14,19)

Ces approches combinées, associées à un suivi régulier, ont montré améliorer les paramètres cliniques parodontaux comme l'apparition d'un gain d'attache dentaire (13) et sur le plan microbiologique, la restauration d'une flore microbienne compatible avec la santé orale. (18,20)

1.1.2 Un problème de santé publique

Les maladies chroniques sont les principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. Elles représentent, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 60% de la charge mondiale de morbidité. (21) Une augmentation du poids économique du secteur de la santé est prévisible en raison de la population mondiale croissante associée à une espérance de vie croissante et à une diminution significative de la prévalence de la perte totale de dents dans le monde. (22,23)

La maladie parodontale est l'une des deux maladies bucco-dentaires les plus importantes contribuant au fardeau mondial des maladies chroniques. (24) Elle est considérée comme la 6^e maladie la plus répandue dans le monde, touchant un adulte sur deux avec une prévalence de sa forme sévère de 11,2% soit environ 743 millions de personnes atteintes. (22) La prévalence de la maladie augmente significativement avec l'âge, quel que soit le degré de perte d'attache, et touche plus les hommes que les femmes. (2)

Outre une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les facteurs comportementaux tels que l'usage du tabac (25,26), la consommation excessive d'alcool (27,28), ou la malnutrition (29) jouent un rôle non négligeable dans l'aggravation de la maladie.

L'existence d'un lien mécaniste entre la maladie parodontale et les effets néfastes sur la santé systémique démontrent le caractère essentiel à la mise en œuvre de stratégies efficaces pour lutter contre la maladie. (30)

La prise en charge de la parodontite constitue donc un enjeu de santé publique en raison de son impact, de ses conséquences systémiques et comportementales, mais aussi des coûts directs et indirects associés à cette maladie. (31)

1.1.3 La qualité en santé

La notion de qualité dans le domaine de la santé a beaucoup évolué depuis ces 20 dernières années. Elle a longtemps été synonyme d'efficacité mais elle se tourne actuellement vers une obligation de moyens et non plus de résultat. (32)

L'appréciation du soin par le patient passe d'une analyse extrinsèque à une analyse intrinsèque du mode opératoire au regard de normes ou de référentiels comme celui publié par la Haute Autorité de Santé en Novembre 2020. (33) Face à une demande croissante de sécurité et de transparence, l'amélioration de la qualité des soins s'affirme de plus en plus comme une priorité nationale et internationale. Ainsi, la régulation de la qualité des soins est progressivement devenue un objectif à part entière du système de santé afin de permettre une transparence du système vis-à-vis des patients. (32)

D'après l'OMS, la France fournit les meilleurs soins de santé généraux au monde mais est en retard sur l'étude de la qualité de soins. (34) Il n'existe, à l'heure actuelle, pas de système d'information sur la qualité et la sécurité des soins : les données sont partielles, parfois contradictoires et difficilement accessibles. Définir et évaluer la qualité des soins est donc une démarche essentielle afin d'améliorer le système de santé. (35)

Avedis Donabedian, médecin connu pour ses travaux sur la théorie de la qualité des soins, définit les soins de haute qualité comme étant ceux qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». (36)

L'OMS définit la qualité en santé comme une notion multidimensionnelle dont la démarche « garantit à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (37)

La qualité en santé présente selon l'IOM (*Institute of Medicine*) et Keller et Hurst (2006) six dimensions (38) :

- (i) Efficacité : les soins prodigués sont en adéquation avec les besoins du patient,
- (ii) Sécurité : les soins prodigués ne nuisent pas au patient,
- (iii) Accessibilité : la possibilité d'accès est facilitée à un service de santé pour le patient (disponibilité géographique, financière et socio-psychologique),
- (iv) Équité : l'accès aux soins se fait quel que soit l'âge, le genre, l'ethnie ou les ressources financières du patient,
- (v) Efficience : le gaspillage des ressources lors des soins est limité
- (vi) Approche centrée sur le patient : le patient est placé au centre de son parcours de soins.

1.1.4 Le concept de satisfaction en santé

L'OMS définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (39) L'état de bonne santé présente donc un caractère subjectif : deux individus évoluant dans des environnements différents en ayant la même pathologie ne vivront pas la maladie de la même manière. La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des patients représentent donc aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité.

De plus, la satisfaction des patients a été identifiée comme pouvant influencer l'adhésion aux traitements tels que pour des traitements médicaux de pathologies chroniques (40–42) ou même en médecine alternative. (43) La satisfaction à l'égard des soins est un concept multidimensionnel qui nécessite pour être évalué correctement, l'emploi d'outils psychométriques validés et adaptés. Plusieurs études ont tenté de déterminer les facteurs motivant les patients à se faire soigner et affectant leur perception des soins reçus. (44–54)

Les facteurs suivants ont en effet été identifiés comme influençant l'adhésion des patients (55) et intervenant dans leur satisfaction :

- La qualité de la communication praticien-patient,
- La relation praticien-patient : celle-ci a été décrite comme étant caractérisée par des variables telles que la compréhension des besoins du patient, l'empathie, l'ouverture, l'équité et le respect des préoccupations du patient,
- Les attentes du patient et ses perceptions à l'égard du traitement.

Plusieurs études cherchant à évaluer la satisfaction des patients à l'égard des soins dentaires existent déjà mais elles utilisent souvent des questionnaires de satisfaction qui n'ont pour la majorité d'entre eux pas fait l'objet d'une validation rigoureuse. (44–46,52,53) Ainsi, la validité et la fiabilité des instruments inclus dans ces études est majoritairement non évaluée. (54)

1.1.5 Description de la prise en charge parodontale au sein de l'UF de Parodontologie de Lille

La prise en charge du patient dans l'Unité Fonctionnelle de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille peut se décomposer en plusieurs étapes successives :

- Le premier contact avec le patient a lieu au cours d'une séance appelée « Première consultation ». Au cours de celle-ci, le patient est informé de (i) sa condition parodontale (saine ou pathologique avec alors l'étiologie, les facteurs de risques généraux et locaux, les manifestations et les conséquences de la maladie) et (ii) de la prise en charge envisagée. Très souvent, le patient n'a que peu de connaissances sur les maladies parodontales, mais la communication avec lui ne peut être considérée comme une simple transmission d'informations. (56) Le praticien doit faire preuve d'une écoute bienveillante (57) et doit adopter une bonne stratégie de communication qui aura un impact majeur sur la suite de la prise en charge du patient. (58) L'empathie des praticiens joue un rôle important pour les patients : elle est associée à la compétence clinique et aux résultats. (59) La bonne gestion de cette consultation permet une évaluation qualitative de la motivation du patient mais aussi d'établir une relation de confiance patient-praticien qui aura un impact bénéfique sur les résultats de sa future prise en charge. (60)
- La deuxième étape consiste à effectuer un bilan parodontal complet chez les patients malades afin de poser un diagnostic précis, proposer un plan de traitement global et évaluer les pronostics de la maladie parodontale et dentaire. Le recueil d'informations se fait lors de l'interrogatoire du patient, de l'examen clinique et de l'analyse du status parodontal. (61,62) Ces données sont consignées dans le dossier de Parodontologie (**Annexe 1**) qui est ensuite mis dans le dossier de prise en charge dentaire globale du patient.

- La troisième étape est celle de la thérapeutique parodontale initiale non chirurgicale : elle s'organise le plus souvent en 4 séances de traitement au cours desquelles patient et praticien mettent tout en œuvre pour rétablir l'état de santé parodontale. C'est au cours de ces séances que les trois stratégies complémentaires : médicale, comportementale et mécaniques sont mises en œuvre de manière répétée par le professionnel de santé. (63–66)
- La réévaluation parodontale est réalisée 3 mois après la dernière intervention thérapeutique et constitue l'étape où le praticien évalue la compliance du patient à ses recommandations, mais surtout la réponse tissulaire à l'élimination des facteurs étiologiques et la qualité du traitement initial. (67) Elle vise en effet à évaluer les résultats obtenus à l'aide d'un relevé des paramètres cliniques qui seront comparés à ceux du bilan parodontal initial. Les données obtenues permettent de poser, ou non, un diagnostic de stabilité et de planifier la suite de la prise en charge. D'après la classification des conditions et maladies parodontales et péri implantaires (Chicago, 2017), la santé parodontale peut être observée sur un parodonte intact, réduit ou traité. Le retour à une santé parodontale se définit par : (i) une absence d'érythèmes ou d'œdèmes gingivaux, (ii) des saignements au sondage < 10% et (iii) une profondeur de sondage de 4 mm ou moins sans saignement au sondage sur les sites de 4 mm. (68) Si la maladie parodontale n'est pas stabilisée, des traitements parodontaux complémentaires non-chirurgicaux ou chirurgicaux sont indiqués. (66,69) Si la maladie parodontale est stabilisée, alors la suite de la prise en charge pluridisciplinaire, fonction du motif de consultation initial du patient, est planifiée. Les modalités de la maintenance parodontale sont également définies.
- La dernière étape est la phase de maintenance parodontale également appelée suivi parodontal : elle se définit par l'ensemble des procédures périodiques plus ou moins fréquentes, sous la supervision d'un professionnel, visant à accompagner le patient dans le maintien de sa santé orale. Elle permet de limiter la progression et le risque de récurrence de la maladie parodontale, mais aussi de diagnostiquer et traiter toutes autres pathologies buccales. (70) Elle permet de réévaluer la motivation du patient, de réviser les méthodes d'hygiène orale, de vérifier que le matériel prescrit est toujours adapté et d'effectuer une instrumentation professionnelle au besoin. Des prescriptions et examens complémentaires peuvent également être effectués. (71) Sa fréquence s'établit à l'aide du *Periodontal risk assessment* de Lang et Tonetti comprenant des facteurs

comme l'efficacité du système immunitaire de l'hôte, le pourcentage de perte osseuse ou encore la présence de facteurs de risque parodontaux. (72,73)

La **Figure 1** schématise la prise en charge parodontale dans l'UF de Parodontologie de Lille (UF 905).

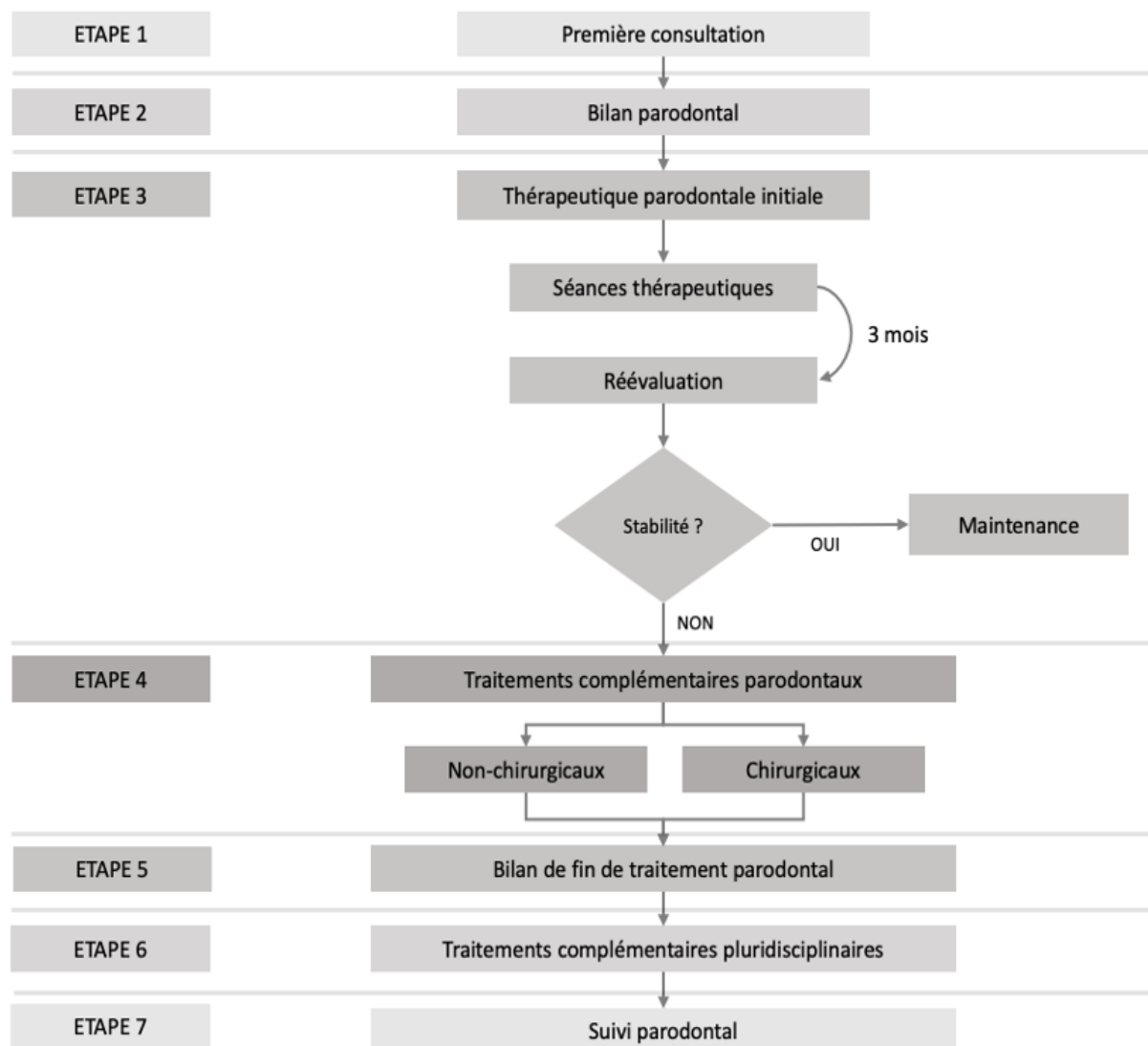


Figure 1 : Planification du traitement de la parodontite dans l'UF 905

1.1.6 Travaux précédents dans le département de Parodontologie de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Une étude préliminaire a été menée au sein de l'UF 905 (Parodontologie) du service d'Odontologie du CHU de Lille. Elle s'est basée sur une recherche documentaire et une enquête rétrospective, dont le but était de proposer et de tester un ensemble d'indicateurs de qualité adaptés à la prise en charge en Parodontologie.

En effet, les indicateurs, lorsqu'ils existent, sont mal connus et peu utilisés et sont majoritairement orientés vers la prise en charge de la maladie carieuse. (74) La mesure de la qualité en Odontologie ne dispose actuellement que de peu d'outils. (75) L'objectif de l'étude était de proposer un ensemble d'indicateurs de base permettant d'évaluer et à terme d'améliorer la qualité de la prise en charge parodontale.

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier 9 indicateurs de qualité :

- 6 indicateurs quantitatifs : (i) la sécurité lors de la prise en charge, (ii) l'efficacité du traitement, (iii) l'accessibilité aux soins, (iv) l'efficacité de la structure de soins, (v) l'équité des soins et (vi) l'approche centrée sur le patient (son observance).
- 3 indicateurs qualitatifs : (i) la satisfaction générale, (ii) la satisfaction par rapport à la communication patient-praticien et (iii) la satisfaction par rapport à l'organisation du service.

Ces indicateurs qualité ont été déterminés à l'aide d'un questionnaire de satisfaction, baptisé QSP, conçu à partir de la littérature par le Docteur Kévimy Agossa, Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier en Parodontologie et le Docteur Marine Pottier, Chirurgien-dentiste.

Le questionnaire QSP avait été envoyé à un échantillon de convenance de 100 patients. L'inclusion concernait les patients ayant reçu une première consultation de parodontologie pendant l'année universitaire 2018-2019 à compter du 4 Septembre 2018. Les 100 premiers patients inclus ont reçu le questionnaire par mail et ont été appelés pour être informés de l'envoi du questionnaire et de l'intérêt d'y répondre. Ils disposaient d'1 mois pour le compléter (du 7 Janvier 2020 au 7 Février 2020). Une relance par mail ou téléphone avait été effectuée 15 jours après le premier envoi.

Le nombre de réponses complètes au questionnaire a été de 47 soit un taux de participation de 47%. Cela n'a pas permis de tester la sensibilité du questionnaire ni de déterminer d'éventuels facteurs sociodémographiques ou médico-dentaires associés potentiellement à la satisfaction des patients du fait d'une puissance statistique trop faible.

Le questionnaire n'a donc pas pu être validé et les échelles de satisfaction n'ont pas pu être confirmées.

1.2 Objectifs de l'étude

Le service d'Odontologie du CHU de Lille a pour mission, à la fois la prise en charge des patients en vue de recevoir des soins bucco-dentaires, mais aussi permettre la formation clinique des externes en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année. Plus d'une centaine de patients sont pris en charge par an dans le cadre du suivi parodontal dans l'UF 905 du service d'Odontologie de Lille.

La finalité de l'étude menée est de fournir un outil de rétroaction des patients dans le but d'améliorer la qualité des soins parodontaux.

Les bénéfices attendus concernent notamment :

- (i) le patient : les besoins des patients pourraient être mieux évalués et des évolutions de prise en charge dans certaines sous populations à besoins spécifiques pourraient être envisagées ;
- (ii) la communauté des professionnels : une meilleure évaluation de la qualité de la prise en charge parodontale pourrait être envisagée avec une amélioration des pratiques professionnelles ;
- (iii) la structure de soin : la prise en charge pourrait être adaptée en fonction des besoins et de la satisfaction des patients.

1.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les propriétés psychométriques (validité de construction, fiabilité de la consistance interne, validité de la consistance interne) du questionnaire QSP.

1.2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont (i) d'identifier les dimensions sous-jacentes à la satisfaction des patients vis-à-vis du traitement parodontal, (ii) de déterminer des scores correspondant à ces dimensions potentielles, (iii) d'identifier des facteurs individuels

associés aux scores de satisfaction et finalement (iv) de déterminer la satisfaction des patients pris en charge dans l'UF de Parodontologie.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Une étude monocentrique s'inscrivant dans le cadre d'une enquête et n'impliquant pas la personne humaine (conformément au Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine) a été conduite.

2.2 Lieu et période d'étude

L'étude a été pilotée dans le service d'Odontologie du CHU de Lille au sein des locaux de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille, Place de Verdun 59000 Lille. La durée de l'étude présentée dans ce travail a été de 10 mois comprenant 3 grandes phases :

- Phase 1 : Montage du projet et obtention des autorisations (3 mois) = de Septembre 2020 à Novembre 2020 ;
- Phase 2 : Recrutement et conduite de l'enquête (4 mois) = de Décembre 2020 à Mars 2021 ;
- Phase 3 : Traitement et analyse des données (3 mois) = de Avril 2021 à Juin 2021.

2.3 Population d'étude

2.3.1 Critères de sélection

Les critères d'inclusion retenus pour l'enquête étaient :

- Adultes ≥ 18 ans,
- Ayant bénéficié d'une prise en charge parodontale dans l'UF 905 pour une parodontite et
- Ayant été reçus dans l'UF 905 pour leur suivi parodontal (maintenance parodontale) ou une réévaluation parodontale dans les 36 mois précédents (entre le 01/01/2018 et le 31/12/2020).

Les critères de non-inclusion retenus pour l'enquête étaient :

- Patients en cours de thérapeutique initiale parodontale dont la réévaluation parodontale n'a pas encore été effectuée ;
- Patients n'ayant pas fourni d'adresse électronique lors de l'enregistrement de leurs coordonnées par le service d'Odontologie du CHU de Lille.

2.3.2 Nombre de sujets

Il n'existe, à notre connaissance, pas de consensus pour déterminer la taille minimale d'un échantillon dans le cas de validation de questionnaire avec étude des propriétés psychométriques. (76–79) Les études utilisent majoritairement des stratégies empiriques pour estimer une taille d'échantillon considérée comme adéquate telle que celle définie par la règle classique de 2 à 20 sujets par item du questionnaire. (80,81)

En se basant sur cette règle empirique de 2 à 20 sujets par item (80,81), le nombre de réponses à notre questionnaire devrait se situer entre 46 et 460 réponses. Le taux de réponses de l'étude préliminaire était de 47%. Il est donc estimé que pour obtenir 230 réponses (10 fois le nombre d'items), le questionnaire devrait être proposé à, au minimum, 489 patients en se basant sur le taux de réponses déjà obtenu précédemment. Le nombre de personnes à contacter a été fixé à 500 patients.

Le cadre théorique proposé par MacCallum pour l'estimation de la taille de l'échantillon pourra être vérifié pour l'analyse factorielle *a posteriori*. (82)

2.3.3 Indemnisation des sujets

Aucune indemnisation des sujets n'a été réalisée.

2.3.4 Procédure de recrutement des sujets

Les participants ont été recrutés à partir de la liste de patients ayant bénéficié, dans les 36 mois précédents l'étude (entre le 01/01/2018 et le 31/12/2020), d'une maintenance parodontale ou d'une réévaluation parodontale dans l'UF de Parodontologie du CHU de Lille. Les rendez-vous intitulés « maintenance parodontale » et « réévaluation parodontale » ont été recherchés de manière ciblée à l'aide de l'agenda multi-ressources du logiciel Sillage du CHU de Lille, à partir du compte utilisateur du Docteur Marie Dubar.

Après élimination des patients apparaissant sur plusieurs rendez-vous (élimination des doublons), la présence d'une adresse électronique a été recherchée. Parmi les patients pour lesquels une adresse électronique était retrouvée, les antécédents de rendez-vous ont été prioritairement consultés afin de vérifier les critères d'inclusion et de non-inclusion établis.

Une fois les patients inclus à l'étude, les adresses électroniques des patients ont été recueillies et associées à un code d'anonymat du type : N° ordre d'inclusion afin de les anonymiser à la source.

Les patients recrutés ont reçu un mail ayant pour objet « CHU LILLE : Questionnaire de Satisfaction des soins Parodontaux » afin qu'ils puissent bénéficier d'une information dédiée spécifiquement à l'enquête. Ce mail a été envoyé à partir de l'adresse mail hospitalière du Docteur Dubar (marie.dubar@chru-lille.fr). Une note d'information leur a été transmise par écrit, dans le corps du mail (**Annexe 2**). Au sein de la note d'information, le lien d'accès au questionnaire, hébergé sur le logiciel LimeSurvey de l'Université de Lille, a été fourni ; ce lien contenant un code personnalisé généré automatiquement par le logiciel afin de garantir l'anonymat et éviter tout doublon de réponse.

Les patients inclus et souhaitant participer à l'enquête ont rempli le questionnaire auto-administré anonymisé. Aucune donnée identifiante n'a été recueillie dans le cadre de l'enquête.

Un rappel a été effectué par courriel à 2 puis 4 semaines.

Le lien du questionnaire a été clôturé 5 mois après les premiers envois des notes d'information et du lien vers le questionnaire.

2.4 Recueil des données de l'étude

2.4.1 Élaboration du questionnaire

Un auto-questionnaire anonyme et auto-administré, a été développé dans la thèse du Docteur Marine Pottier dirigée par le Docteur Kévimy Agossa, à partir de questionnaires similaires trouvés dans la littérature. (44–46)

Le questionnaire comprenait 30 questions réparties en deux parties (i) informations générales comprenant 4 questions, et (ii) questionnaire de satisfaction comprenant 24 questions.

Des questions supplémentaires ont été ajoutées dans la partie « informations générales » précisant le temps passé dans les transports pour se rendre dans le service de Parodontologie, et dans la partie « questionnaire de satisfaction » en développant 4 sous-parties à la question portant sur l'amélioration de l'état des gencives.

Le temps de réponse était initialement prévu à 3 minutes mais l'ajout de questions a modifié son estimation à 5 minutes. (74)

2.4.2 Description de la version finale du questionnaire

Le questionnaire final comprend 35 questions réparties en deux parties : "informations générales" et "questionnaire de satisfaction".

La partie "informations générales" comprend 4 questions fermées à choix unique concernant le sexe, le lieu d'habitation, la catégorie socio-professionnelle et la connaissance du service avec une sous-partie sur le kilométrage parcouru puis 3 questions ouvertes sur l'âge, la distance et le temps de parcours.

La partie "questionnaire de satisfaction" comprend 23 questions sous forme d'une échelle de Likert (pas du tout d'accord, pas d'accord, ne sais pas, d'accord, tout à fait d'accord) et un encadré réservé aux commentaires libres (**Annexe 3**). Seule l'une des questions contient 4 sous-parties de réponses.

2.4.3 Modalités de gestion des données

La base de données constituée de la liste des adresses électroniques des participants a été consignée dans un seul ordinateur personnel, celui du Docteur Marie Dubar, avec les protections mot de passe et coupures des réseaux au moment de la consultation et du travail sur les données puis conservées à la fin de l'étude sur un serveur du CHU de Lille.

La base d'adresses mails créée a été détruite après envoi des questionnaires, et les mails envoyés ont été conservés pendant la durée de réalisation de l'étude puis détruits à la fin de celle-ci.

L'ensemble des données patients était accessible à Mme Agathe Ballieu et le Docteur Marie Dubar.

Les données de l'enquête étaient quant à elles accessibles à Mme Agathe Ballieu, le Docteur Marie Dubar et le Docteur Kévimy Agossa.

Aucune autre personne que les investigateurs, hormis le promoteur ou les autorités de santé, ne pouvaient avoir accès aux données, ni pendant l'étude, ni une fois celle-ci achevée.

2.4.4 Aspects réglementaires et éthiques

2.4.4.1 Confidentialité

Toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude ont été tenues au secret professionnel.

2.4.4.2 Déclaration(s) réglementaire(s) et éthiques

Cette étude étant conduite en France auprès de participants recrutés en France, une demande auprès des autorités compétentes françaises a été effectuée, que ce soit pour les aspects liés à la protection des données ou éthiques.

Une déclaration auprès du DPO (Data Protection Officier) du CHU, à savoir Monsieur Bouzidi Anthony et Monsieur Deraedt Guillaume, a été faite, conformément au respect de la réglementation en matière de collecte et de stockage des données et afin d'obtenir l'autorisation CNIL. Une déclaration complémentaire auprès de Monsieur Tessier Jean-Luc, DPO de l'Université, a été effectuée. Le numéro de déclaration CNIL obtenu pour cette étude est le DEC20-297.

D'autre part, cette étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction des patients dans le but de faire évoluer les pratiques professionnelles et s'inscrit donc hors du cadre de la loi Jardé encadrant la recherche en France. (83,84)

Un protocole de recherche a été rédigé et soumis au comité d'éthique de l'Université de Lille le 23 Septembre 2020. La séance plénière a eu lieu le 20 Octobre 2020 et a donné un avis favorable avec modifications mineures à l'enquête (**Annexe 4**). Les modifications demandées ont été réalisées sous un délai de 3 semaines et le numéro d'autorisation ainsi obtenu est le 2020-442-S87.

2.4.4.3 Information et consentement

Les patients sont, lors de leur arrivée dans le Service d'Odontologie du CHU de Lille, avertis de leurs droits par une affiche située dans le hall, à côté du distributeur de tickets. Il est indiqué que la recherche et l'enseignement font partie intégrante des missions du CHU de Lille et que les informations recueillies peuvent être utilisées à des fins de recherche ou d'enseignement. Le consentement du patient est donc obtenu de façon tacite : dès lors qu'il ne s'oppose pas à l'utilisation de ses informations auprès du médecin, le patient accepte que celles-ci soient employées dans le cadre de programmes de recherche.

Cependant, dans les conditions d'accueil actuelles, les patients ne sont plus amenés à se rendre au distributeur de tickets ce qui réduit la visibilité de l'affiche et donc l'information des patients concernant leurs droits. Une note d'information a donc été fournie dans le corps du mail ayant pour objet « CHU LILLE : questionnaire de satisfaction des soins parodontaux », avec le lien du questionnaire afin que les patients puissent refuser de participer à l'enquête. Ce texte a permis d'apporter une information spécifique des objectifs de l'enquête menée. Cette procédure a permis de respecter l'obligation d'information d'une opposition possible à l'enquête conformément à ce qui est attendu des études non RIPH (recherche n'impliquant pas la personne humaine).

2.4.4.4 Propriétés des données et publication

Les résultats issus de l'étude sont la propriété du Responsable scientifique du projet. Les résultats pourront être valorisés sous la forme d'articles scientifiques et de présentations orales ou affichées transmis par les investigateurs. Toute autre publication ou communication sur cette étude devra faire l'objet d'un accord préalable du Promoteur et des investigateurs du projet.

2.4.4.5 Archivage des données

Toute la documentation relative à la recherche (protocole, résultats de l'enquête) est considérée comme du matériel confidentiel.

L'archivage des données est sous la responsabilité des investigateurs selon la législation en vigueur. La base d'adresses mails créée pour l'enquête a été détruite après envoi des

questionnaires. Les mails envoyés ont été archivés sur le serveur du CHU de Lille pendant la durée de l'étude. Les données anonymes de l'enquête sont archivées sur le Serveur Nextcloud, hébergé par l'Université de Lille et protégé par mot de passe, via le compte personnel du Docteur Marie Dubar pendant une durée de 15 ans. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

2.4.4.6 Plan d'analyse des données de l'étude

L'analyse statistique a été réalisée sous IBM SPSS version 26 et R version 4.0.

La validation du questionnaire QSP a concerné les 27 items qui évaluent spécifiquement la satisfaction du patient par rapport à son parcours dans l'UF de Parodontologie. Seules les réponses complètes ont été incluses dans l'analyse des données.

La validité de construction du questionnaire a été évaluée à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire. (85,86) L'hypothèse était que les regroupements d'items (dimensions principales) étaient similaires à ceux identifiés lors de l'étude préliminaire soit : satisfaction générale, satisfaction par rapport à la communication patient-praticien et satisfaction par rapport à l'organisation du service.

Une fois les dimensions principales du questionnaires confirmées ou infirmées avec établissement de nouvelles dimensions principales, des scores de satisfaction ont été calculés en faisant la moyenne des scores attribués aux réponses de tous les items au sein d'une même dimension. Les scores varient de -2 (insatisfaction la plus élevée) à +2 (satisfaction la plus élevée).

Parmi les mesures de propriétés psychométriques du questionnaire (87–90), une mesure de la fiabilité de la consistance interne a été effectuée à l'aide du calcul du coefficient alpha de Cronbach pour chaque regroupement d'items au sein d'une dimension principale confirmée ou nouvellement identifiée par l'analyse factorielle. L'hypothèse est que chaque item au sein d'une dimension principale est lié au même construit. Concernant la validité de la consistance interne des items, celle-ci a été évaluée en corrélant chaque item avec sa dimension en utilisant un coefficient de corrélation de Spearman (estimation de l'intensité de la liaison entre l'item et la dimension principale basée sur les rangs).

Finalement un modèle d'analyse de variance multivariée (MANOVA) a été mis en place pour identifier les facteurs associés à la satisfaction générale. Les facteurs testés ont été

l'âge, le genre, la catégorie socio-professionnelle, la distance entre le domicile et le service et le temps passé à répondre au questionnaire. Les facteurs retenus pour inclusion dans le modèle multivarié ont été insérés dans celui-ci de façon progressive en commençant par celui ressortant le plus significativement en analyse bivariée, et ont été conservé uniquement s'ils faisaient diminuer le critère d'information d'Akaike (AIC). Le modèle final est comparé à un modèle non-informationnel composé uniquement de l'intercept et la normalité des résidus standardisés est vérifiée. L'hypothèse était qu'il existe un lien entre des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le niveau de satisfaction des patients.

3 Résultats

3.1 Recueil des données

3.1.1 Avant l'envoi du questionnaire

Afin d'obtenir les 500 adresses mail nécessaires à l'envoi du questionnaire, les données des patients venus en maintenance ou réévaluation parodontale sur la période du 28/11/2018 au 31/12/2020 ont été recueillies et répertoriées au sein d'un document Excel. Parmi les informations recueillies, 654 doublons ont été supprimés et 903 patients persistaient parmi lesquels 386 n'avaient pas d'adresse mail. Sur les 500 patients restants, 337 ont été vus en suivi parodontal avant la crise sanitaire de la Covid-19 (67,4%), 114 (22,8%) ont été vus avant et après la crise sanitaire et 49 patients (9,8%%) ont été vus après la crise sanitaire.

L'analyse de la **Figure 2** compare les effectifs de patients non inclus dans l'étude en raison de l'absence d'adresse mail à celui des patients inclus en fonction de leur décennie de naissance. Par exemple, parmi les 188 patients nés dans les années 50, 142 n'avaient pas d'adresse mail et 146 en avaient une et ont ainsi pu être inclus dans l'étude.

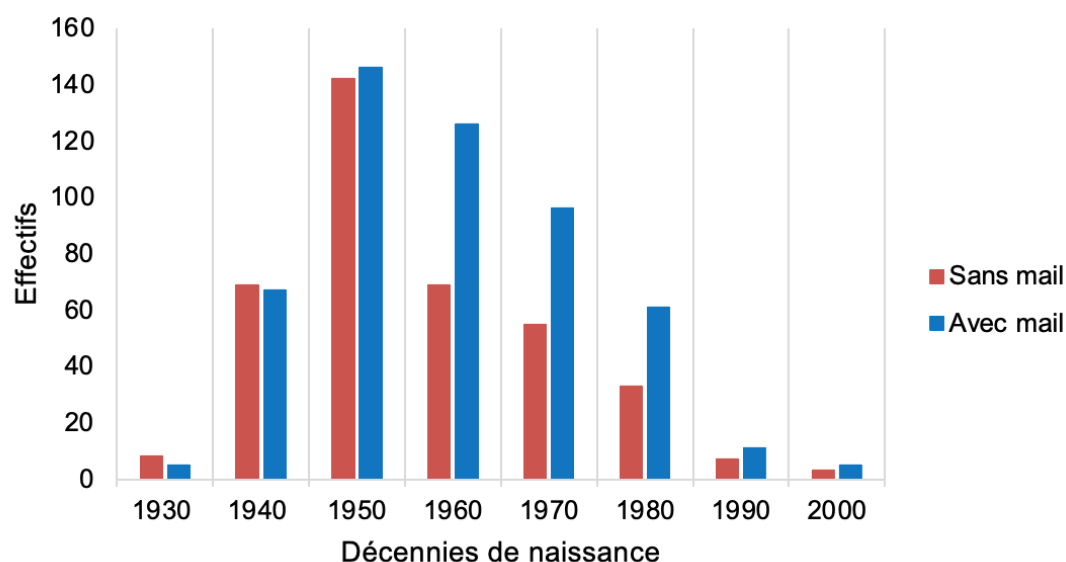


Figure 2 Distribution des sujets avec et sans adresse mail renseignée

3.1.2 Après l'envoi du questionnaire

Comme le montre la **Figure 3**, 303 participants ont répondu au questionnaire après les trois relances prévues. 258 patients ont répondu à la totalité des questions. Seules les réponses complètes ont été analysées soit un taux de participation final obtenu de 51,6%.

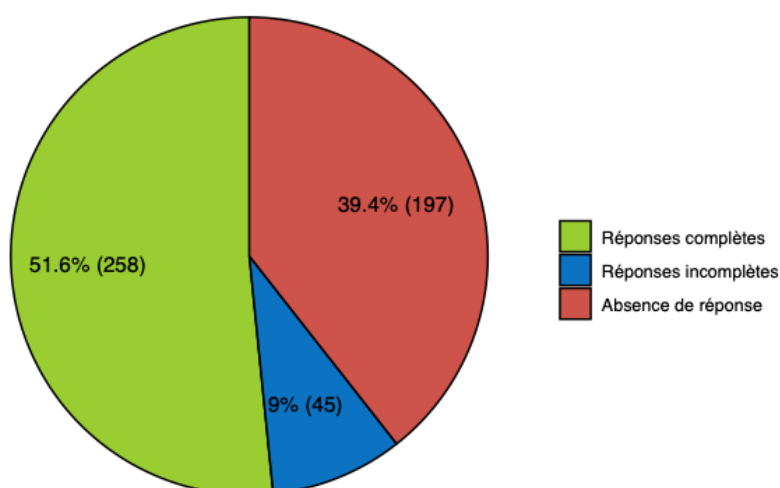


Figure 3 Répartition des sujets selon leur participation à l'enquête

3.1.3 Puissance statistique de l'enquête

Le calcul de l'effectif nécessaire *a priori* (réponses valides au questionnaire) a été calculé sous R avec le paquet *pwr* (version 1.3-0), se basant sur un coefficient de corrélation de 0,2, un taux d'erreur de première espèce de 0,05 ($\alpha = 5\%$), et un risque de seconde espèce de 0,3 (puissance de 70%), ce qui aboutit à un effectif nécessaire de 153 patients.

Le calcul de la puissance minimale effective est basé sur le plus faible coefficient de corrélation statistiquement significatif, à savoir $\rho = |-0,122|$ ce qui aboutit à une puissance de 51% au minimum en analyse bivariée.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 Caractéristiques socio démographiques

3.2.1.1 Genre

Comme le montre la **Figure 4**, la population étudiée est majoritairement féminine avec 60,5% de femmes ayant répondu complètement au questionnaire.

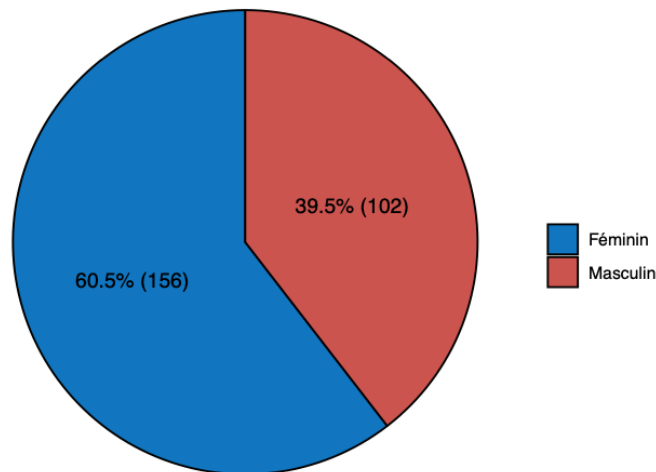


Figure 4 : Répartition des sujets selon leur genre

3.2.1.2 Age

59,3% de la population étudiée a entre 50 et 70 ans, 24% a moins de 50 ans et 16,7% a plus de 70 ans (**Figure 5**).

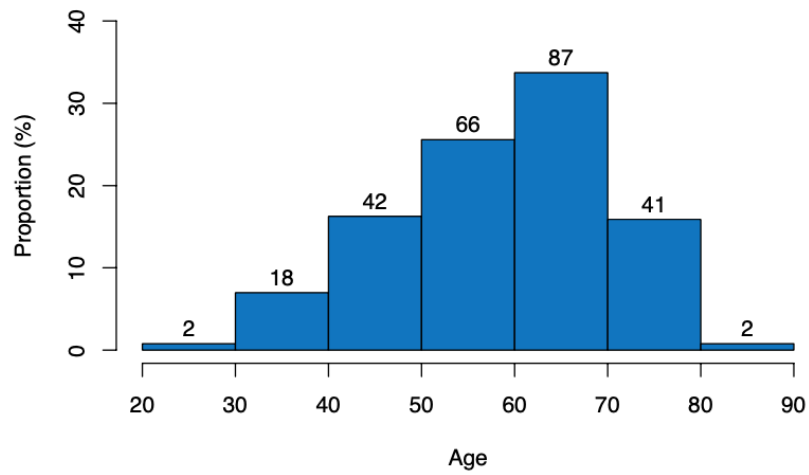


Figure 5 : Répartition des sujets selon leur âge

3.2.1.3 Lieu de vie

La distribution des sujets selon leur lieu de vie, représentée par la **Figure 6**, montre que 27,5% des patients n'habitent pas la métropole lilloise.

Parmi eux, on constate que plus de la moitié (soit 46 sujets sur les 71) parcourent moins de 50 kilomètres pour se rendre au service d'Odontologie de Lille (**Figure 7**).

Habitez-vous dans la métropole lilloise ?

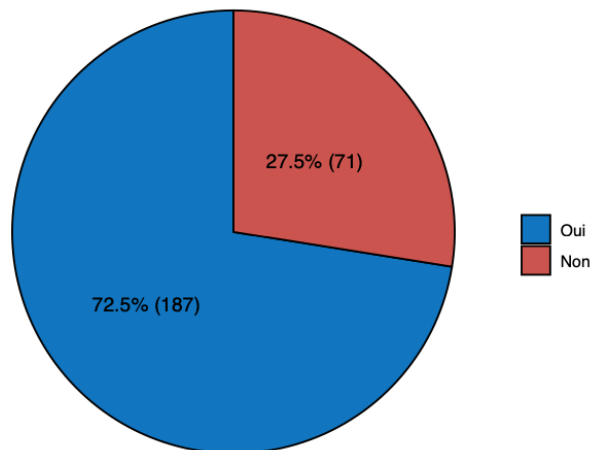


Figure 6 : Répartition des sujets selon leur lieu de vie

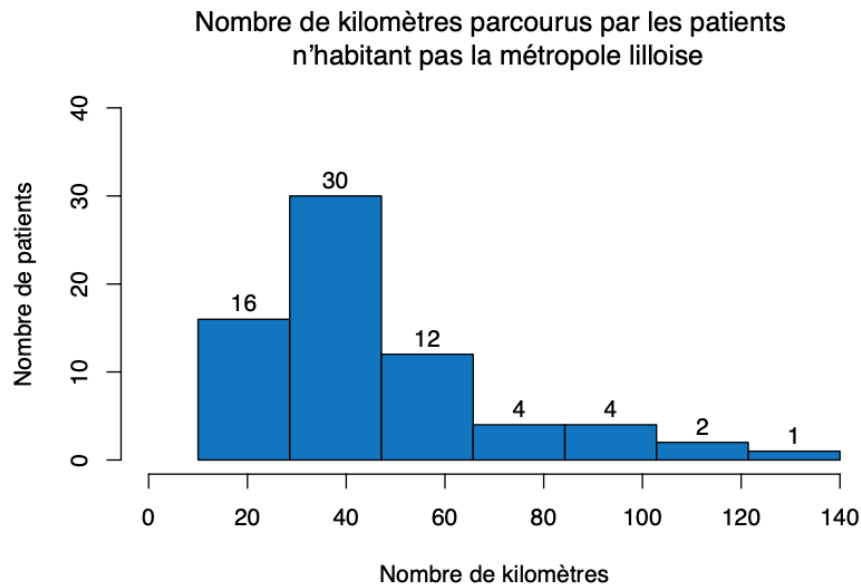


Figure 7 : Répartition des sujets n'habitant pas la métropole lilloise selon la distance parcourue pour venir au service d'Odontologie du CHU de Lille

3.2.1.4 Activité socio professionnelle

La majorité des répondants a déclaré être retraitée et près de 30% des sujets étudiés sont des employés. Aucun agriculteur exploitant n'a répondu au questionnaire et les étudiants sont faiblement représentés dans la population de l'étude (N=1). (**Figure 8**)

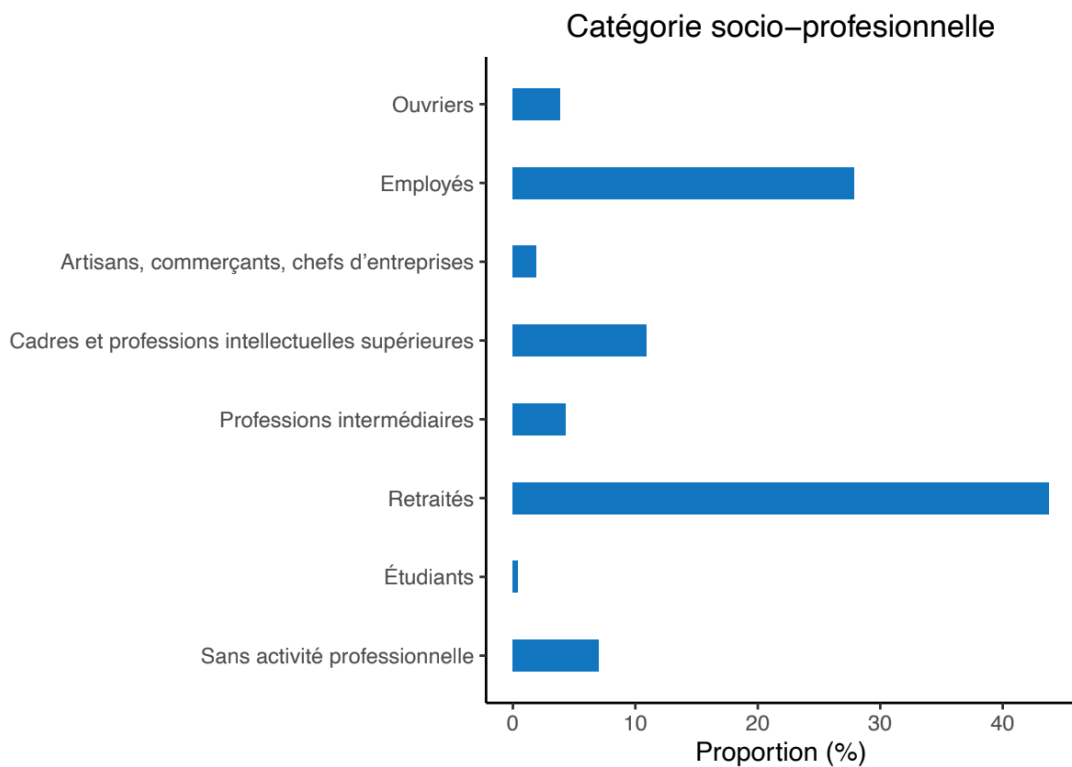


Figure 8: Répartition des sujets en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

3.2.2 Synthèse des caractéristiques de la population étudiée

Le **Tableau 1** est une synthèse de l'ensemble des caractéristiques de la population précédemment décrite.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (N = 258)

Variables		N	%
Genre			
	Homme	102	39.50
	Femme	156	60.50
Lieu d'habitation			
	Métropole lilloise	187	72.50
	Hors métropole lilloise	71	27.50
Kilomètres parcourus *			
	Moins de 20km	7	10.10
	Entre 20 et 50km	45	65.20
	Entre 50 et 100km	14	20.30
	Plus de 100km	3	4.30
Catégorie socio-professionnelle			
	Ouvriers	10	3.90
	Employés	72	27.90
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	5	1.93
	Agriculteurs exploitants	0	0
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	28	10.90
	Professions intermédiaires	11	4.30
	Retraités	113	43.80
	Étudiants	1	0.39
	Sans activité professionnelle	18	7.00
Parcours d'orientation			
	Par votre dentiste	73	28.30
	Par un médecin	10	3.90
	Par internet	13	5.00
	Par votre entourage	124	48.10
	Autre	38	14.70

* Patients habitant hors métropole lilloise

3.3 Analyse factorielle

La validité de construction du questionnaire QSP a été étudiée au travers une analyse factorielle confirmatoire des dimensions identifiées dans le travail de thèse du Docteur Marine Pottier et qui étaient au nombre de 3.

3.3.1 Validité de construction du questionnaire

La détermination du nombre de dimensions au questionnaire, afin d'en mesurer la validité de construction, s'est appuyée sur une Analyse en Composantes Principales avec rotation Varimax et passe par l'analyse des valeurs propres présentées **Tableau 2**.

En suivant la règle de Kaiser-Guttman (1961)(91,92), 7 dimensions au questionnaire peuvent être conservées et expliquent 62,8% de la variance totale.

Tableau 2 : Analyse des valeurs propres

Dimension	Valeurs propres initiales		
	Total	% de la variance	% cumulés
1	7,938	29,4	29,400
2	2,372	8,786	38,186
3	1,814	6,718	44,904
4	1,508	5,584	50,488
5	1,159	4,293	54,781
6	1,124	4,164	58,945
7	1,035	3,834	62,779
8	0,982	3,636	66,415
9	0,916	3,393	69,808
10	0,861	3,187	72,995
11	0,838	3,103	76,098
12	0,702	2,601	78,698
13	0,659	2,44	81,139
14	0,617	2,285	83,424
15	0,587	2,174	85,598
16	0,534	1,98	87,578
17	0,502	1,86	89,438
18	0,448	1,658	91,096
19	0,432	1,6	92,697
20	0,382	1,415	94,112
21	0,309	1,146	95,257
22	0,284	1,05	96,308
23	0,25	0,925	97,233
24	0,232	0,857	98,090
25	0,213	0,787	98,877
26	0,179	0,663	99,541
27	0,124	0,459	100

Notes : test statistique utilisé : Analyse en Composantes Principales avec rotation Varimax

L'étude selon Cattell (1966) (91,93) de la courbe de décroissance des valeurs propres présentée en **Figure 9** permet de retrouver deux coudes sur le tracé d'effondrement (scree plot) signalant un changement de structure.

L'analyse factorielle a permis de mettre en évidence deux coudes en $k = 2$ et $k = 5$. Choisir de ne regrouper les items du questionnaire QSP qu'en deux dimensions ne permettrait d'expliquer que 38,2% de la variance totale. En choisissant cinq dimensions, 54,8% de la variance totale peut être expliquée.

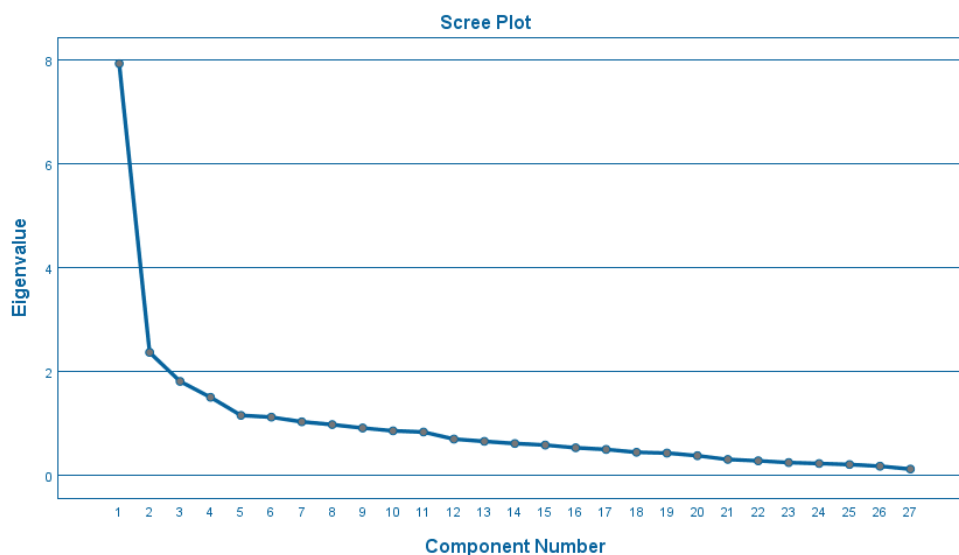


Figure 9 : Diagramme d'éboulis du questionnaire QSP

La matrice de corrélation des dimensions obtenue d'après la méthode de rotation orthogonale de type Varimax normalisée Kaiser (94) est présentée **Tableau 3**. Aucune dimension ne présente de corrélation supérieure à 0,8 avec une autre, confirmant que les 5 dimensions sélectionnées sont bien distinctes les unes des autres.

Tableau 3 : Matrice de corrélation des dimensions

Dimension	1	2	3	4	5
1	1,000	0,516	0,219	0,263	0,369
2	0,516	1,000	0,413	0,439	0,468
3	0,219	0,413	1,000	0,381	0,254
4	0,263	0,439	0,381	1,000	0,192
5	0,369	0,468	0,254	0,192	1,000

3.3.2 Attribution des items à chaque dimension

L'analyse des coefficients de corrélations de la matrice de structure (*structure matrix*) a permis d'identifier et de regrouper les items qui présentaient une corrélation avec chaque dimension (**Annexe 5**).

Huit items présentaient une corrélation forte à très forte (0,545 à 0,858) avec la première dimension, huit une corrélation moyenne à très forte (0,383 à 0,837) avec la deuxième dimension, quatre une corrélation forte (0,551 à 0,694) avec la troisième dimension, quatre une corrélation forte à très forte (0,727 à 0,845) avec la quatrième dimension et trois items présentaient une corrélation forte à très forte (0,507 à 0,829) avec la cinquième dimension.

3.3.3 Interprétation des dimensions

Grâce au regroupement d'items et à leur interprétation, cinq échelles de satisfaction ont pu être déterminées :

- (i) La satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement, notée [St], regroupant des items relatifs à l'amélioration des symptômes suite aux traitements reçus ;
- (ii) La satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient, notée [Se], regroupant des items relatifs au suivi par les mêmes binômes/praticiens, aux explications et aux conseils apportés ;
- (iii) La satisfaction vis-à-vis des aspects structurels et pratiques, notée [Sp], regroupant des items relatifs au dossier et à l'accès aux soins ;
- (iv) La satisfaction vis-à-vis de la relation patient/soignant, notée [Sr], regroupant des items relatifs à l'accueil chaleureux et au respect des étudiants/ praticiens ;
- (v) La satisfaction vis-à-vis de l'organisation, notée [So], regroupant des items relatifs à la prise de rendez-vous et à l'équipement du service.

Le regroupement des items selon chaque score est présenté dans l'**Annexe 6**.

3.4 Satisfaction des patients

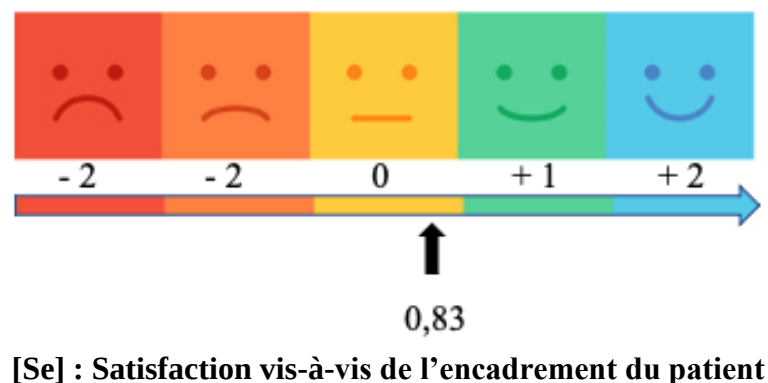
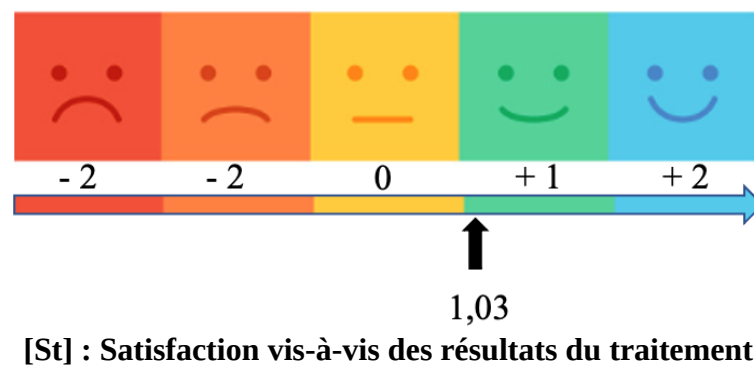
3.4.1 Scores de satisfaction des patients

Cinq scores moyen de satisfaction ont été calculés pour chacune des dimensions identifiées par l'analyse factorielle. Il s'agit des scores de satisfaction (i) vis-à-vis des résultats du traitement [St], (ii) vis-à-vis de l'encadrement [Se], (iii) vis-à-vis des aspects structurels et pratiques [Sp], (iv) vis-à-vis de la relation patient/soignant [Sr], et (v) vis-à-vis de l'organisation [So]. Pour ce faire, un score pour chaque item de la dimension a été attribué au niveau de satisfaction du patient allant de -2 (insatisfaction la plus élevée) à +2 (satisfaction la plus élevée) et la moyenne des scores de chaque item de la dimension a été calculée.

Ainsi, les scores moyens obtenus sont :

- [St] : $1,03 \pm 1,26$
- [Se] : $0,83 \pm 1,23$
- [Sp] : $0,81 \pm 1,33$
- [Sr] : $1,51 \pm 0,72$
- [So] : $0,62 \pm 1,19$

La **Figure 10** (St, Se, Sp, Sr, So) montre les différents scores de satisfaction sur une échelle visuelle analogique.



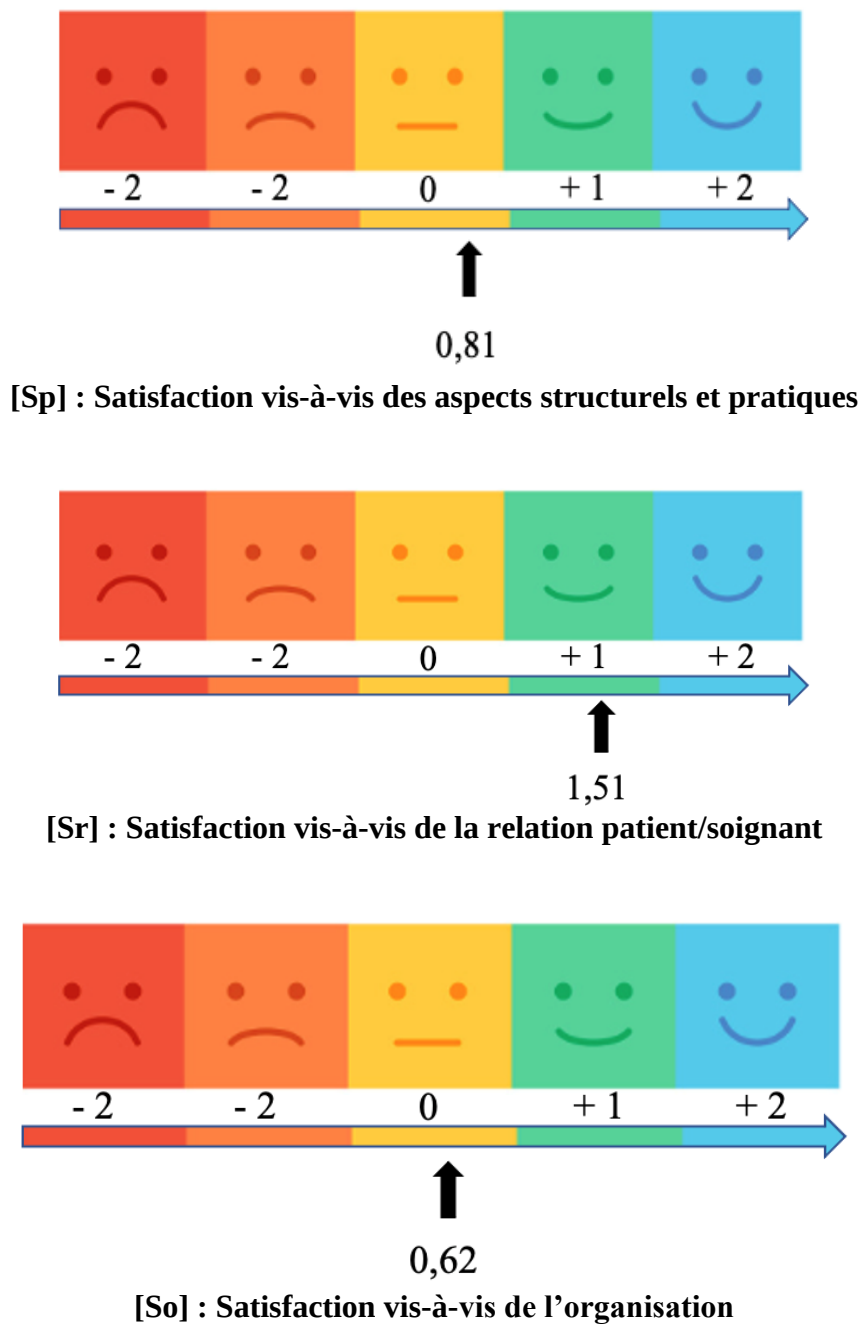


Figure 10 : Échelles de satisfaction visuelles et scores mesurés à partir de l'enquête de satisfaction menée auprès d'un échantillon de patients.

3.4.2 Synthèse des commentaires libres

Dans le questionnaire, les patients avaient la possibilité de mettre des commentaires positifs ou négatifs libres. Sur les 258 patients ayant répondu au questionnaire, 67,83 % d'entre eux (N = 175) ont laissé un ou deux commentaires libres (**Figure 11**).

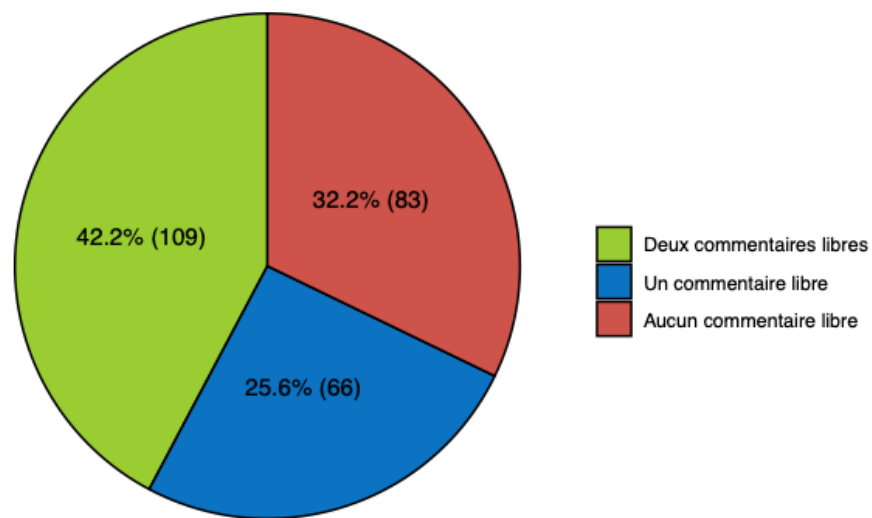


Figure 11 : Distribution des sujets selon leur réponse aux commentaires libres

Ces commentaires ont été répertoriés dans le **Tableau 4** en commentaires positifs et négatifs, classés par thématiques clés et le nombre d'occurrences a été calculé afin de déterminer les points les plus fréquemment signalés par les patients.

Tableau 4 : Synthèse des commentaires libres du questionnaire de satisfaction

	Commentaires	Nombre d'occurrences
+	Satisfaction globale sans commentaire spécifique	12
+	Bonne gestion de la douleur	6
+	Étudiants compétents	4
+	Soins de qualité	3
+	Personnels accueillants	1
-	Attente trop longue lors des soins	27
-	Délais entre les RDV longs	26
-	Manque de moyen pour les soins (matériel en insuffisante quantité/ usé /en panne)	21
-	Coordination faible dans la prise en charge globale	21
-	Prise de RDV téléphonique difficile	20
-	Absence de suivi par les mêmes étudiants	18
-	Durées de RDV trop longues	16
-	Prise de RDV au service difficile	13
-	Attente trop longue concernant les procédures administratives	12
-	Soins onéreux	12
-	Absence de suivi par les mêmes enseignants	11
-	Désorganisation du service depuis le confinement en mars 2020	10
-	Absence de remboursement CPAM/Mutuelle	8
-	Manque de communication patient-enseignant	8
-	Manque de confort (fauteuil, porte-manteau)	8
-	Manque de diplomatie des enseignants	7
-	Accessibilité	4
-	Perte des dossiers	4
-	Proximité avec les autres patients	4
-	Incompréhension concernant la facturation des soins	3

3.5 Cohérence interne

3.5.1 Fiabilité de la consistance interne

Afin de tester la capacité des items du questionnaire à mesurer les mêmes aspects au sein de chacune des 5 dimensions identifiées, la cohérence interne a été déterminée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et la consistance interne a été explorée à l'aide des corrélations inter items.

Les valeurs des coefficients alpha de Cronbach sont présentées dans le **Tableau 5** et montrent que la consistance interne du questionnaire est très bonne à excellente avec des valeurs comprises entre 0,605 et 0,852.

Tableau 5 : Valeurs des coefficients alpha de Cronbach en fonction de chaque dimension

Dimension	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement [St]	0,852	8
Satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient [Se]	0,778	8
Satisfaction vis-à-vis des aspects structurels et pratiques [Sp]	0,605	4
Satisfaction vis-à-vis de la relation patient/soignant [Sr]	0,826	4
Satisfaction vis-à-vis de l'organisation [So]	0,709	3

Afin de vérifier l'homogénéité des réponses au sein des dimensions identifiées, les items ont ensuite été retirés un par un et l'alpha de Cronbach a été recalculé. Les valeurs en gras dans le **Tableau 6** sont les valeurs pour lesquelles l'alpha de Cronbach a augmenté.

Aucune augmentation significative de l'alpha de Cronbach n'a été constatée dans les quatre premières dimensions, justifiant le regroupement des items dans ces dimensions. Dans la dimension [So], la suppression de l'item 3 induit l'augmentation de l'alpha de Cronbach de 0,709 à 0,826 permettant de passer d'une consistance interne très bonne à excellente.

Tableau 6 : Tableau des valeurs des coefficients alpha de Cronbach modifiées par la suppression d'un item

Facteurs	α sans l'item
QSP [St]	
Item 1	0,823
Item 2	0,834
Item 3	0,841
Item 4	0,849
Item 5	0,852
Item 6	0,818
Item 7	0,828
Item 8	0,829
QSP [Se]	
Item 1	0,787
Item 2	0,768
Item 3	0,749
Item 4	0,741
Item 5	0,740
Item 6	0,735
Item 7	0,729
Item 8	0,784
QSP [Sp]	
Item 1	0,431
Item 2	0,520
Item 3	0,493
Item 4	0,573
QSP [Sr]	
Item 1	0,773
Item 2	0,743
Item 3	0,800
Item 4	0,770
QSP [So]	
Item 1	0,497
Item 2	0,428
Item 3	0,826

3.5.2 Validité de la consistance interne

La validité du construit a été évaluée par une analyse factorielle utilisant une rotation Varimax. Le **Tableau 7** compare les coefficients de corrélation de chaque item associé à leur dimension obtenus lors de l'analyse factorielle selon les 3 dimensions développées par le Docteur Marine Pottier à ceux obtenus lors de l'analyse d'après 5 dimensions. Les coefficients des items non présents dans le questionnaire initial sont définis par la valeur NR.

L'analyse des coefficients selon 3 dimensions montre que 6 items présentaient une corrélation moyenne (0,2 à 0,5) avec leur dimension, 10 une corrélation forte (0,5 à 0,8) et 5 une corrélation très forte ($> 0,8$).

L'analyse des coefficients selon 5 dimensions montre quant à elle que 3 items présentent une corrélation moyenne avec leur dimension, 18 (dont 6 non présents dans le questionnaire initial) une corrélation forte et 6 une corrélation très forte.

Ces données sont présentées dans le **Tableau 8**.

Tableau 7 : Tableau comparatif des coefficients de corrélation de chaque item à leur dimension

Facteurs	3 dimensions	5 dimensions
QSP [St]		
Item 1	0,887	0,789
Item 2	NR	0,719
Item 3	NR	0,683
Item 4	NR	0,617
Item 5	NR	0,545
Item 6	0,919	0,858
Item 7	0,864	0,733
Item 8	0,797	0,747
QSP [Se]		
Item 1	0,536	0,383
Item 2	0,351	0,432
Item 3	0,221	0,578
Item 4	0,580	0,760
Item 5	0,727	0,779
Item 6	0,785	0,837
Item 7	0,735	0,836
Item 8	0,380	0,494
QSP [Sp]		
Item 1	NR	0,694
Item 2	0,329	0,625
Item 3	0,459	0,570
Item 4	NR	0,551
QSP [Sr]		
Item 1	0,843	0,786
Item 2	0,894	0,845
Item 3	0,763	0,727
Item 4	0,669	0,811
QSP [So]		
Item 1	0,707	0,829
Item 2	0,704	0,790
Item 3	0,500	0,507

NR : non renseigné

Tableau 8 : Tableau comparatif du nombre d'items selon leur niveau de corrélation fonction du nombre de dimensions étudiées

Niveau de corrélation	3 dimensions	5 dimensions
Moyen	6	3
Fort	10	18 (12 + 6)
Très fort	5	6

3.6 Détermination des facteurs associés à la satisfaction des patients

3.6.1 Analyse bivariée

L'analyse bivariée montre que (i) l'âge est corrélé positivement à la satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient ($\rho = 0,150$, $p < 0,05$) et vis-à-vis de l'organisation ($\rho = 0,143$, $p < 0,05$) ; (ii) le genre femme est corrélé négativement à la satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement ($\rho = - 0,135$, $p < 0,05$) et vis-à-vis des aspects structurels et pratiques ($\rho = - 0,122$, $p < 0,05$) ; (iii) la façon dont le patient a connu le service (adressé par un professionnel de santé, conseillé par l'entourage ou découverte par internet) influence la satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient ($\rho = 0,126$, $p < 0,05$). La distance entre le domicile et le service n'est corrélée à aucune satisfaction des patients de manière significative ($p > 0,05$).

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 9**.

Tableau 9 : Tableau des corrélations entre les scores de satisfaction et les caractéristiques sociodémographiques

		Age	Genre	Distance entre le domicile et le service	Connaissance du service
Satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement	Coefficient de corrélation (ρ)	0,064	-0,135	-0,056	0,028
	Significativité (p)	0,303	0,030	0,369	0,649
Satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient	Coefficient de corrélation (ρ)	0,150	-0,031	-0,026	0,126
	Significativité (p)	0,016	0,622	0,675	0,043
Satisfaction vis-à-vis des aspects structurels et pratiques	Coefficient de corrélation (ρ)	0,094	-0,122	-0,099	0,083
	Significativité (p)	0,133	0,050	0,112	0,181
Satisfaction vis-à-vis de la relation patient/soignant	Coefficient de corrélation (ρ)	0,039	-0,087	-0,022	0,107
	Significativité (p)	0,535	0,165	0,726	0,086
Satisfaction vis-à-vis de l'organisation	Coefficient de corrélation (ρ)	0,143	-0,102	-0,050	0,067
	Significativité (p)	0,022	0,101	0,424	0,284

Notes : Test statistique utilisé : test de Spearman. Les valeurs en gras sont significativement différentes de 0 à un niveau de significativité alpha de 0,05

3.6.2 Analyse de variance multivariée

L'analyse de la variance multivariée (MANOVA) s'est portée sur (i) l'âge, (ii) le genre, (iii) la connaissance du service par le patient, (iv) la catégorie socio-professionnelle, et (v) le temps total passé à répondre au questionnaire.

Le **Tableau 10** présente les critères qui influencent la satisfaction à un niveau de significativité alpha de 0,05.

Tableau 10 : Critères influençant les scores de la satisfaction en analyse multivariée

Facteur	Critère	Coefficient	Erreur type	t	p	IC à 95%
QSP [St]						
	Genre¹	2,067	0,874	2,365	0,019	0,346 à 3,789
	CSP²	-2,758	1,271	-2,169	0,031	-5,261 à -0,254
QSP [Se]						
	Age	0,077	0,030	2,593	0,010	0,018 à 0,135
	Connaissance du service³	-1,399	0,706	-1,982	0,049	-2,788 à -0,009
	Temps total	-0,003	0,001	-2,046	0,042	-0,006 à -0,0001
QSP [Sp]						
	Genre¹	0,643	0,315	2,041	0,042	0,022 à 1,264
QSP [Sr]						
	Genre¹	0,604	0,287	2,103	0,036	0,038 à 1,170
	CSP²	-0,889	0,415	-2,144	0,033	-1,706 à -0,072
	Connaissance du service³	-0,587	0,291	-2,019	0,044	-1,159 à -0,015
QSP [So]						
	Age	0,032	0,015	2,114	0,035	0,002 à 0,062

Notes : Test statistique utilisé : test de Student

¹ : La référence du test est la femme

² : Catégorie socio professionnelle : la référence du test est le regroupement « ouvriers, employés, cadres, professions intellectuelles supérieures, retraités et étudiants »

³ : La référence du test est le regroupement « par internet, par votre entourage, autre »

L'âge influence positivement la satisfaction vis-à-vis de l'encadrement du patient ($t = 0,077$, $p < 0,05$) et vis-à-vis de l'organisation ($t = 0,032$, $p < 0,05$).

Le fait d'être un homme influence positivement la satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement ($t = 2,067$, $p < 0,05$), vis-à-vis des aspects structurels et pratiques ($t = 0,643$, $p < 0,05$) et vis-à-vis de la relation patient/soignant ($t = 0,604$, $p < 0,05$).

Le regroupement majoritairement représenté par les employés et les retraités ont des scores de satisfaction plus élevés que les patients sans activité vis-à-vis des résultats du traitement ($t = -2,758$, $p < 0,05$) et vis-à-vis de la relation patient/soignant ($t = -0,889$, $p < 0,05$).

Les patients ayant connu le service par leur entourage ou internet sont plus satisfaits que ceux adressés par leur médecin ou leur dentiste vis-à-vis de l'encadrement ($t = -1,399$, $p < 0,05$) et vis-à-vis de la relation patient/soignant ($t = -0,587$, $p < 0,05$).

La satisfaction des patients vis-à-vis de l'encadrement semble liée à un temps de réponse des patients plus long au questionnaire ($t = -0,003$, $p < 0,05$).

4 Discussion

4.1 Méthodologie utilisée

4.1.1 Puissance statistique de l'étude

Le taux de participation à l'enquête est de 51,6% permettant de recueillir deux cent cinquante-huit réponses complètes au questionnaire. Ainsi la règle empirique de 2 à 20 sujets par item du questionnaire (80,81) a été remplie avec près de 10 sujets par item de questionnaire.

De plus, le calcul de la puissance minimale effective sous R avec le paquet pwr (version 1.3-0), basé sur le plus faible coefficient de corrélation statistiquement significatif observé avec les scores de satisfaction, à savoir $\rho = |-0.122|$, aboutit à une puissance de 51% au minimum en analyse bivariée justifiant également que le nombre de répondants a été suffisant pour observer de faibles corrélations.

Le choix de dix sujets par item du questionnaire a été conditionné par la situation sanitaire actuelle, divisant les capacités d'accueil de l'UF de Parodontologie par deux. En prenant vingt sujets par items, la puissance de l'enquête aurait pu être améliorée mais la taille de l'échantillon aurait été de minimum neuf cent soixante-dix-huit patients. Pour des aspects pratiques, la taille de l'échantillon a été fixée à cinq cents patients et a malgré tout permis de mettre en évidence l'existence d'une corrélation entre la satisfaction des patients et certaines caractéristiques socio démographiques qui n'avait pu être démontrée lors de l'enquête préalable.

4.1.2 Biais de sélection

L'utilisation d'un auto-questionnaire anonyme et auto-administré a été choisie pour recueillir l'ensemble des données. La diffusion a été faite grâce aux adresses mail renseignées par les patients lors de leur enregistrement administratif. Cette méthode permet d'augmenter la participation et l'adhésion des patients mais provoque un biais de sélection car seuls les patients possédant une adresse mail ont pu être contactés. (95,96) Notre échantillon aurait pu ne pas être représentatif de l'ensemble de la population suivie dans l'Unité Fonctionnelle de Parodontologie.

Pour limiter le biais de sélection, une entrevue normalisée avec les cinq cent premiers patients répondant aux critères d'inclusion aurait pu être choisie pour le recueil de données, mais il existait alors un risque de biais de désirabilité sociale face aux investigateurs. (97) En effet, le patient pourrait modifier son jugement afin de se montrer sous une facette positive lors de l'interrogatoire. Les scores de satisfaction obtenus auraient probablement été meilleurs que ceux calculés lors de l'enquête, mais auraient également pu être non représentatifs de la satisfaction réelle des patients vis-à-vis de leur prise en charge dans l'UF 905.

De plus, l'analyse des résultats montre que pour chaque catégorie d'âge, les proportions de patients ayant et n'ayant pas d'adresses mail sont comparables. Le choix d'utiliser un questionnaire auto-administré paraît donc être le plus judicieux pour étudier la satisfaction des patients vis-vis des soins car elle limite les biais de désirabilité et n'exclut pas spécifiquement une partie de la population générale tout en permettant une enquête à moindre coût.

4.1.3 Biais de réponses

Le questionnaire a été envoyé par mail, accompagné d'une note informant que le questionnaire vise à évaluer la satisfaction des patients concernant leur prise en charge parodontale. Cependant, lors de l'analyse des commentaires libres, certaines réponses ne concernaient pas la prise en charge parodontale mais le suivi dans les autres unités fonctionnelles. Il existe probablement un biais de réponses à notre questionnaire, notamment pour les questions n'explicitant pas qu'il s'agit de la prise en charge dans l'UF 905 qui est évaluée, et non la prise en charge globale dans le service d'Odontologie du CHU de Lille.

Pour limiter ce biais, l'indication précisant la prise en charge parodontale aurait pu être ajoutée à chacune des questions. (98) Par exemple, préciser « lors de mes rendez-vous en Parodontologie, je n'ai pas eu besoin de patienter longtemps en salle d'attente avant d'être pris en charge ».

De plus, l'entrevue normalisée aurait pu permettre de s'assurer de la bonne compréhension des questions par le patient. Mais en contrepartie de la diminution du biais de réponse lié à la compréhension, une augmentation du biais de réponse lié à la présence de l'investigateur aurait alors pu être observée. (97)

4.2 Analyse factorielle

4.2.1 Nombre de dimensions au questionnaire

La satisfaction des patients est une notion multidimensionnelle nécessitant l'utilisation d'outils psychométriques précis, adaptés et validés. Cette validation passe par l'analyse des possibles regroupements d'items du questionnaire au sein de dimensions/facteurs cherchant à évaluer la même idée concernant la satisfaction des patients. (99,100) Le choix du nombre de dimensions au questionnaire est important car il permet de distinguer d'une part l'information pertinente véhiculée par les dimensions que l'on choisit de retenir et d'autre part, l'information résiduelle issue des fluctuations d'échantillonnages véhiculée par les dimensions que l'on choisit de négliger. Leur interprétation permet donc de comprendre les principales idées que recèlent les données obtenues par les réponses des patients en termes de satisfaction.

L'analyse du questionnaire précédemment réalisée par le Docteur Marine Pottier avait identifié trois dimensions. Cependant, l'analyse factorielle confirmatoire ne confirme pas ce choix de trois dimensions mais indique que le modèle à cinq dimensions s'avère le plus adéquat car il permet de mieux expliquer la dispersion des données.

Les critères statistiques, comme la règle de Kaiser-Guttman (1961) (91,92), qui analyse les valeurs propres de chaque facteur, indiquent qu'il existe sept facteurs intéressants à conserver. Cependant, leur interprétation par des critères non statistiques est difficile. L'analyse de la parcelle d'éboulis proposée par Cattell (1966) (93) a donc été privilégiée et la justification par des considérations pratiques a été réalisée pour cinq dimensions/facteurs.

4.2.2 Corrélations des items à chaque dimension

La comparaison des coefficients de corrélation calculés lors de notre analyse à ceux issus de la thèse du Docteur Marine Pottier montre que pour certains items, les valeurs du coefficient diminuent lorsqu'ils sont attribués selon cinq dimensions. Cependant, à l'exception de quatre items, l'interprétation des scores de corrélation n'a pas été modifiée ou a été améliorée en comparaison à celle faite selon trois dimensions. Ainsi, les données statistiques confirment l'hypothèse attribuant cinq composantes au questionnaire QSP permettant de mieux corrélérer chaque item aux nouvelles dimensions définies. (99,100)

4.2.3 Interprétation des dimensions

L'analyse des coefficients de corrélations dans la matrice de structure (*structure matrix*) a permis d'attribuer les items à chaque dimension. Leur interprétation a montré que les items se rapportant à la même dimension semblaient effectivement partager le même concept, à l'exception des deux items relatifs à la prise en charge par le même étudiant ou par le même professeur. Ces deux items ont été attribués à une autre dimension permettant de faciliter l'interprétation des résultats tout en gardant une corrélation satisfaisante avec la nouvelle dimension attribuée.

Le problème majeur soulevé par l'analyse factorielle est qu'il n'existe pas de façon claire de quantifier la performance de notre analyse car aucune donnée objective ne permet d'estimer nos regroupements. Ce sont donc les connaissances *a priori*, le jugement et les considérations non statistiques qui ont permis l'attribution de ces items à une dimension différente de celles auxquelles ils étaient le mieux corrélés.

4.3 Cohérence interne

4.3.1 Fiabilité du questionnaire

La fiabilité du questionnaire QSP a été mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach permettant de mesurer la cohérence de nos mesures et la stabilité des résultats obtenus. (101,102) L'analyse statistique montre que le questionnaire a une consistance très bonne à excellente mais il faut toutefois rappeler que le questionnaire évalue la satisfaction des patients et étudie donc le comportement des patients face à leur prise en charge parodontale. La mesure des sciences comportementales est influencée par des variables externes appelées sources d'erreurs de mesure aléatoires, comme par exemple

l'état psychologique du sujet au moment de répondre au questionnaire ou encore l'environnement dans lequel se fait cette réponse. (103) Une mesure de la fidélité test-retest aurait pu permettre d'avoir une indication sur le degré de répétabilité dans le temps des scores de satisfaction obtenus et ainsi vérifier l'absence d'influence de ces variables externes. (104,105)

Trois items permettent, lorsqu'ils sont supprimés, d'améliorer la fiabilité des scores de satisfaction. Ainsi, le score de satisfaction relatif à l'encadrement du patient gagne en fiabilité lors de la suppression de l'item se référant au suivi par le même binôme d'étudiants ou celui concernant le coût des traitements des gencives. Néanmoins, la faible variation de la valeur du coefficient alpha de Cronbach pour ces items démontre la stabilité de ce score.

Le troisième item permettant une augmentation de l'alpha de Cronbach lorsqu'il est supprimé est celui relatif à l'équipement du service et au confort de l'installation. La variation de la valeur de l'alpha de Cronbach est alors plus significative car elle permet de passer d'une bonne corrélation à une corrélation très forte. Cette variation pourrait s'expliquer par le fait que l'item exprime le vécu du patient pendant le soin alors que les deux autres items relatifs à cette dimension expriment plutôt le vécu du patient avant le soin. Cependant, la stabilité du score de satisfaction vis-à-vis de l'organisation reste bonne et cet item ne semble pas mieux décrire, de manière non statistique, une autre dimension que celle définie. (106)

4.3.2 Validité de construit du questionnaire

La validité de construit a été étudiée par l'analyse des coefficients de corrélation de chaque item associé à leur dimension. (105) L'utilisation de cinq scores de satisfaction dans le cadre du questionnaire QSP a permis d'améliorer sa validité malgré que certains items, notamment ceux relatifs à la satisfaction vis-à-vis des résultats du traitement, ont vu leur coefficient de corrélation diminuer en comparaison à l'utilisation de trois dimensions. Les corrélations de ces items à cette dimension restent cependant fortes et l'ajout des quatre questions relatives à la perception de l'amélioration des symptômes par le patient permet de définir, de façon logique, cette dimension comme étant celle relative à la satisfaction vis-à-vis des résultats.

De plus, seule la dimension relative à l'encadrement présente des items ayant une corrélation moyenne avec leur dimension. Cela peut s'expliquer par les deux items qui

ont été, d'après des considérations non statistiques, attribués à une autre dimension. La validité de ce score reste cependant satisfaisante et permet d'offrir une mesure adéquate de la satisfaction du patient vis-à-vis de l'encadrement.

4.4 Apports de la recherche proposée

4.4.1 Analyse des commentaires libres

4.4.1.1 Prise en compte de la douleur

L'utilisation de questions fermées à échelle verbale permet au patient de répondre rapidement et facilement aux questions mais l'empêche de s'exprimer librement. La possibilité pour le patient de laisser un ou deux commentaires libres à la fin du questionnaire nous a permis de constater que le thème de la douleur n'avait pas été abordé dans le questionnaire. Or, il apparaît dans la littérature que la gestion de la douleur fait partie intégrante d'une bonne prise en charge pour les patients. (107,108)

Ainsi, une question relative à la douleur pourrait être intégrée au questionnaire comme par exemple « J'ai ressenti des douleurs au cours ou après mon traitement parodontal (soins de gencives) » avec la possibilité pour le patient de répondre comme pour les autres questions par une échelle de Likert.

Cette notion de douleur pourrait aussi être intégrée dans le dossier de suivi parodontal afin non seulement de montrer au patient qu'elle est prise en compte et transmise par écrit dans le dossier aux autres soignants, mais aussi de pouvoir l'anticiper avant de prendre en charge le patient. L'état psychologique du patient et son ressenti de la douleur sont liés : un patient mis en confiance et détendu voit son seuil de douleur augmenter et sa perception douloureuse modifiée. (109,110) En interrogeant le patient sur les sensibilités et douleurs ressenties lors des rendez-vous précédents, la douleur peut être gérée autrement que par des moyens analgésiques et permet d'améliorer la relation patient-soignant, améliorant ainsi la satisfaction du patient vis-à-vis de sa prise en charge. (111,112)

4.4.1.2 Durée des rendez-vous

La problématique relative à l'attente trop longue lors des soins présente le nombre d'occurrence le plus grand dans les commentaires libres. La lecture des commentaires montre que la prise de connaissance du dossier par l'étudiant puis par le praticien provoque un mécontentement du patient car il la considère comme une perte de temps et

une perte de chance dans le succès de sa prise en charge. Parmi les commentaires retrouvés, on trouve par exemple : « Je déplore le fait de ne pas être suivi par les mêmes personnes, de ce fait le diagnostic varie selon la personne », « Le changement de binôme contribue à la lenteur des soins (reprise à zéro du dossier) ».

Ce temps d'attente peut être corrélé à l'absence de suivi par le même binôme et par le même praticien, notions que l'on retrouve également fréquemment dans l'analyse des commentaires libres. La satisfaction des patients concernant leur encadrement lors de la prise en charge pourrait être améliorée par l'instauration d'un suivi des patients par le même binôme d'étudiants. Le patient serait alors plus en confiance et la prise de connaissance du dossier par les étudiants serait facilitée, améliorant ainsi la présentation du patient à l'enseignant et facilitant sa prise en charge.

Cette notion d'absence de suivi des patients était déjà retrouvée dans l'étude menée par le Docteur Marine Pottier mais elle n'était pas décrite comme un élément provoquant une lenteur des soins. Cela pourrait s'expliquer par les modifications dans l'organisation de la présence des externes dans l'UF de Parodontologie depuis la crise sanitaire de la Covid-19. En effet depuis septembre 2020, ce ne sont plus les étudiants qui prennent les rendez-vous de leurs patients en s'assurant d'être présents dans l'UF lors du rendez-vous pour les prendre en charge, mais les étudiants bénéficient désormais de vacations imposées ne permettant le suivi de patients que de manière très limitée. Parmi les patients interrogés, près de 23% d'entre eux ont connu l'organisation pré-Covid puis post-Covid leur donnant un élément de comparaison et un sentiment de dégradation de la qualité des soins. De plus, les soins d'assainissement parodontal non chirurgicaux sont dorénavant réalisés presque uniquement manuellement à l'aide de curettes afin d'éviter la génération d'aérosols dans une salle ouverte ce qui accentue l'idée d'une lenteur des soins. Néanmoins, les plans de traitement proposés aux patients n'ont pas été impactés par ces nouvelles directives et la littérature montre que les résultats obtenus avec les curettes manuelles sont comparables à ceux obtenus par l'utilisation des ultrasons. (61,66,113,114)

Afin d'améliorer la satisfaction des patients vis-à-vis de leur suivi, une communication patient-soignant plus qualitative (115) visant à expliquer les nouvelles modalités de prise en charge liées à la situation sanitaire pour faire face à l'épidémie de la Covid-19 pourrait être mise en place. L'objectif serait alors d'impliquer davantage le patient dans les soins en lui exposant les nouvelles contraintes qui s'offrent au service pour qu'il puisse décider

ou non de commencer voire de poursuivre la prise en charge/le suivi parodontal selon ces nouvelles modalités.

4.5 Satisfaction et critères sociaux démographiques

Les études retrouvées dans la littérature présentent des résultats parfois contradictoires concernant l'influence des critères sociodémographiques sur la satisfaction des patients concernant les soins. (116,117) Certains auteurs comme Lahti et collaborateurs mettent en évidence que d'autres variables sont responsables des variations observées comme par exemple les compétences de communication du dentiste ou les expériences antérieures. (118)

4.5.1 Age et satisfaction

Des études précédentes ont montré que l'âge est associé positivement à des niveaux de satisfaction élevés comme retrouvé dans la littérature. (87,119,120) Actuellement, presque 40% des individus âgés de 65 ans présentent une maladie chronique entraînant une perte d'autonomie et une perte des capacités physiques, psychologiques et cognitives. (121) Ces conséquences entraînent une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'isolement et de rejet contribuant à renforcer un besoin d'écoute et d'empathie grandissant avec l'âge. (122) Il a été démontré que l'attitude des étudiants en termes de communication et d'empathie envers les patients est plus importante. (123,124) La qualité relationnelle des étudiants lors de la prise en charge des patients dans l'UF permet d'expliquer une satisfaction plus grande des patients plus âgés vis-à-vis de l'encadrement.

La satisfaction vis-à-vis de l'organisation est également influencée positivement par l'âge et concerne notamment la facilité à obtenir un rendez-vous. Le Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion indique qu'en 2017, l'âge moyen de départ à la retraite est de 63,4 ans au régime général. (125) L'hypothèse formulée dans ce travail est que les patients retraités sont plus disponibles que les patients en activité professionnelle et qu'ils accordent plus de temps à leur prise en charge médicale. Du fait de l'absence de contrainte professionnelle, il leur est plus facile de trouver un créneau où ils sont disponibles et de fixer un rendez-vous que les patients en activité professionnelle. En effet, les possibilités de prise en charge dans l'UF de Parodontologie sont limitées au (i) Lundi de 9 heures à 12 heures, (ii) Mardi de 14 heures à 17 heures, (iii) Jeudi de 14 heures

à 20 heures et (iv) Vendredi de 9 heures à 12 heures. La majorité des patients en activité ne peuvent être présents que le Jeudi à partir de 17 heures ou doivent poser un jour de congé pour se rendre disponible et venir à leur rendez-vous. Les contraintes horaires pourraient expliquer leur insatisfaction vis-à-vis de l'organisation et par conséquent, une satisfaction plus grande des patients plus âgés.

4.5.2 Genre et satisfaction

Notre enquête montre qu'il existe une relation entre la satisfaction et le genre avec une satisfaction plus grande des hommes notamment vis-à-vis des résultats du traitement. La littérature ne permet pas d'appuyer ces résultats mais l'enquête Pierre Fabre menée par l'UFSBD (*Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*) en 2019 auprès de plus de 22 500 répondants démontre que les femmes ont un comportement plus préventif avec 69% d'entre elles qui réalisent un contrôle chez le chirurgien-dentiste une fois par an contre 46% chez les hommes. (126) Les femmes sont donc peut-être diagnostiquées plus précocement, plus rapidement prises en charge et présentent donc une maladie parodontale moins avancée avec des signes subjectifs moins importants que les hommes. (2,127,128) Les signes subjectifs ressentis par les patientes avant traitement peuvent alors être moins marqués (halitose, saignements, migrations ...) et la qualité de vie moins impactée. (4,129)

Notre hypothèse est que les améliorations cliniques obtenues après traitement sont moins remarquées par les patientes du fait d'une sévérité moindre de la parodontite initialement, impactant le niveau de satisfaction des femmes vis-à-vis des résultats du traitement. Une analyse de l'état parodontal avant traitement au cours de notre enquête aurait pu permettre de confirmer ou infirmer cette hypothèse selon laquelle ce n'est pas le genre mais la sévérité de la maladie parodontale avant prise en charge qui influence la satisfaction vis-à-vis des résultats.

De plus, le traitement de la parodontite vise à réduire les biofilms microbiens pour permettre une réduction significative des symptômes inflammatoires et la cicatrisation des lésions des tissus parodontaux (18). Il permet un gain d'attache conduisant à une amélioration des signes fonctionnels mais présente des effets secondaires cliniques qui, dans la majorité des cas, apparaissent indésirables comme l'apparition de récessions gingivales souvent vécues comme inesthétiques par les patients. (3,130–132)

Des études ont montré que les femmes expriment plus leur insatisfaction vis-à-vis des résultats esthétiques que les hommes (128,133,134) et les conséquences cliniques du

traitement parodontal peuvent être mal perçues par les patientes. Une communication plus importante entre soignant et patient devrait être mise en place dès le début du traitement afin d'expliquer et prévenir le patient des effets secondaires induits par le traitement, afin de permettre d'améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis des résultats chez la population féminine. (135)

4.5.3 Catégorie socio-professionnelle et satisfaction

Le regroupement majoritairement représenté par les employés et les retraités présente un score de satisfaction vis-à-vis de la relation patient-soignant et vis-à-vis des résultats du traitement plus important que le regroupement représenté majoritairement par les patients sans activité professionnelle.

McKee Ryan et collaborateurs ont montré dans une méta-analyse que les demandeurs d'emploi ont un bien-être physique et psychologique plus faible que les salariés. (136) Le chômage prolongé diminue le sentiment de cohérence d'une personne et provoque l'incertitude, un sentiment d'inutilité, une peur de l'avenir et une perte de confiance. (137,138)

L'amélioration de la prise en charge des patients atteints par une maladie chronique nécessite une approche psychologique avec, comme point de départ possible, la prise en compte de ce sentiment de cohérence. (139) En effet, il a été démontré dans la littérature que les patients ayant un sens de la cohérence plus élevé sont plus susceptibles d'obtenir de meilleurs résultats parodontaux. (140) La prise en compte du statut professionnel dans la prise en charge du patient doit donc être faite afin d'adapter la stratégie de communication et ainsi améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis de relation avec le soignant. De plus, la communication avec le patient joue un rôle clé dans son observance au cours du traitement initial et de la phase de soutien (141) permettant d'obtenir de meilleurs résultats cliniques et une stabilisation de la maladie à l'issue du traitement plus importante que chez le patient non observant. (142,143)

5 Conclusion

L'intérêt majeur de cette étude conduite au sein de l'UF 905 était d'évaluer les propriétés psychométriques du questionnaire QSP sur un échantillon plus large que celui initialement contacté en 2019. Cette étude constitue une première étape dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins parodontaux en fournissant un outil de rétroaction aux patients sur leur expérience de soins.

En effet, l'enjeu de cette enquête était d'administrer le questionnaire de satisfaction QSP développé précédemment par le Docteur Marine Pottier auprès d'un échantillon plus grand que 100 patients. L'analyse statistique du questionnaire s'est portée sur cinq dimensions permettant de mieux distinguer les informations relayées et a permis de mettre en évidence des facteurs tels que le genre, l'âge ou la catégorie socio-professionnelle comme influençant la satisfaction. La fiabilité et la validité de construit sont bonnes et montrent que le questionnaire mesure de façon cohérente la satisfaction avec une bonne stabilité des résultats dans le temps.

L'étude a donc fait émerger des points qui pourraient être améliorés, notamment vis-à-vis de l'organisation et des aspects structurels et pratiques, mais aussi des points pour lesquels les patients sont satisfaits, notamment vis-à-vis des résultats du traitement et de la relation avec les soignants.

Ces résultats permettront à l'équipe soignante de tendre à l'amélioration de la prise en charge globale du patient en réévaluant et en prenant compte certains aspects qui n'étaient jusqu'alors pas envisagés dans la satisfaction du patient. La qualité de la relation instituée sera améliorée, permettant la mise en place d'une plus grande alliance thérapeutique dans un but d'augmenter les chances de succès thérapeutique.

A plus grande échelle, le questionnaire QSP pourrait être diffusé auprès des patients en phase de suivi parodontal dans les UF de Parodontologie comme outil de rétroaction de la satisfaction des patients vis-à-vis des soins parodontaux. A termes, la traduction et la validation du questionnaire pourraient être envisagées afin d'obtenir un outil psychométrique pouvant être utilisé sur un territoire plus grand que le niveau national. Le concept de satisfaction en santé est complexe et nécessite de s'y intéresser davantage car elle représente une part importante du succès thérapeutique dans la prise en charge des pathologies chroniques.

6 Table des tableaux

TABEAU 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE (N = 258)	37
TABEAU 2 : ANALYSE DES VALEURS PROPRES	38
TABEAU 3 : MATRICE DE CORRELATION DES DIMENSIONS	39
TABEAU 4 : SYNTHESE DES COMMENTAIRES LIBRES DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	44
TABEAU 5 : VALEURS DES COEFFICIENTS ALPHA DE CRONBACH EN FONCTION DE CHAQUE DIMENSION	45
TABEAU 6 : TABLEAU DES VALEURS DES COEFFICIENTS ALPHA DE CRONBACH MODIFIEES PAR LA SUPPRESSION D'UN ITEM	46
TABEAU 7 : TABLEAU COMPARATIF DES COEFFICIENTS DE CORRELATION DE CHAQUE ITEM A LEUR DIMENSION	47
TABEAU 8 : TABLEAU COMPARATIF DU NOMBRE D'ITEMS SELON LEUR NIVEAU DE CORRELATION FONCTION DU NOMBRE DE DIMENSIONS ETUDIEES	48
TABEAU 9 : TABLEAU DES CORRELATIONS ENTRE LES SCORES DE SATISFACTION ET LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	49
TABEAU 10 : CRITERES INFLUENÇANT LES SCORES DE LA SATISFACTION EN ANALYSE MULTIVARIEE	50

7 Table des figures

FIGURE 1 : PLANIFICATION DU TRAITEMENT DE LA PARODONTITE DANS L'UF 905	22
FIGURE 2 DISTRIBUTION DES SUJETS AVEC ET SANS ADRESSE MAIL RENSEIGNEE	33
FIGURE 3 REPARTITION DES SUJETS SELON LEUR PARTICIPATION A L'ENQUETE	33
FIGURE 4 : REPARTITION DES SUJETS SELON LEUR GENRE	34
FIGURE 5 : REPARTITION DES SUJETS SELON LEUR AGE	35
FIGURE 6 : REPARTITION DES SUJETS SELON LEUR LIEU DE VIE	35
FIGURE 7 : REPARTITION DES SUJETS N'HABITANT PAS LA METROPOLE LILLOISE SELON LA DISTANCE PARCOURUE POUR VENIR AU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU DE LILLE	36
FIGURE 8: REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DE LEUR CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE	36
FIGURE 9 : DIAGRAMME D'EBOULIS DU QUESTIONNAIRE QSP	39
FIGURE 10 : ÉCHELLES DE SATISFACTION VISUELLES ET SCORES MESURES A PARTIR DE L'ENQUETE DE SATISFACTION MENEES AUPRES D'UN ECHANTILLON DE PATIENTS.	42
FIGURE 11 : DISTRIBUTION DES SUJETS SELON LEUR REPONSE AUX COMMENTAIRES LIBRES	43

8 Bibliographie

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45 Suppl 20:S162-70.
2. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002–2003. *J Periodontal Res.* 2007;42(3):219-27.
3. Papapanou PN, Susin C. Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both? *Periodontol* 2000. 2017;75(1):45-51.
4. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res.* 2017;96(8):864-74.
5. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging.* 2015;10:461-7.
6. Gaudilliere DK, Culos A, Djebali K, Tsai AS, Ganio EA, Choi WM, et al. Systemic Immunologic Consequences of Chronic Periodontitis. *J Dent Res.* 2019;98(9):985-93.
7. Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixou M, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *J Clin Periodontol.* 2016;43(5):390-400.
8. Peng C-H, Yang Y-S, Chan K-C, Kornelius E, Chiou J-Y, Huang C-N. Periodontal Treatment and the Risks of Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes: A Retrospective Cohort Study. *Intern Med Tokyo Jpn.* 2017;56(9):1015-21.
9. Nguyen CM, Kim JWM, Quan VH, Nguyen BH, Tran SD. Periodontal associations in cardiovascular diseases: The latest evidence and understanding. *J Oral Biol Craniofacial Res.* 2015;5(3):203-6.
10. Ajita M, Karan P, Vivek G, S MA, Anuj M. Periodontal disease and type 1 diabetes mellitus: associations with glycemic control and complications: an Indian perspective. *Diabetes Metab Syndr.* 2013;7(2):61-3.
11. Sadrameli M, Bathini P, Alberi L. Linking mechanisms of periodontitis to Alzheimer's disease. *Curr Opin Neurol.* 2020;33(2):230-8.
12. Nabet C, Lelong N, Colombier M-L, Sixou M, Musset A-M, Goffinet F, et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *J Clin Periodontol.* 2010;37(1):37-45.
13. Weijden GAV der, Timmerman MF. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2002;29(s3):55-71.

14. Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, Michalowicz BS, John MT, Gunsolley J, et al. Systematic review and meta-analysis on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(7):508-524.e5.
15. Heitz-Mayfield LJA, Trombelli L, Heitz F, Needleman I, Moles D. A systematic review of the effect of surgical debridement vs non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2002;29 Suppl 3:92-102; discussion 160-162.
16. Drisko CH. Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 2001;25:77-88.
17. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000.* 2017;75(1):152-88.
18. Joshi S, Suominen AL, Knuuttila M, Bernabé E. Toothbrushing behaviour and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. *J Clin Periodontol.* 2018;45(2):196-203.
19. Sultan N, Jafri Z, Sawai M, Bhardwaj A. Minimally invasive periodontal therapy. *J Oral Biol Craniofacial Res.* 2020;10(2):161-5.
20. Krishna R, De Stefano JA. Ultrasonic vs. hand instrumentation in periodontal therapy: clinical outcomes. *Periodontol 2000.* 2016;71(1):113-27.
21. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Prévention des maladies chroniques un investissement vital. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2006. 183 p.
22. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2014;93(11):1045-53.
23. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl.* 2012;380(9859):2071-94.
24. Bratthal D, Petersen PE, Stjernsward JR. Oral and Craniofacial Diseases and Disorders. In: Disease control priorities in developing countries. 2^e éd. Washington DC: World Bank [u.a.]; 2006. p. 723-36.
25. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol.* 2000;71(5):743-51.
26. Kibayashi M, Tanaka M, Nishida N, Kuboniwa M, Kataoka K, Nagata H, et al. Longitudinal study of the association between smoking as a periodontitis risk and salivary biomarkers related to periodontitis. *J Periodontol.* 2007;78(5):859-67.
27. Pitiphat W, Merchant AT, Rimm EB, Joshipura KJ. Alcohol consumption increases periodontitis risk. *J Dent Res.* 2003;82(7):509-13.

28. Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ. The effect of alcohol consumption on periodontal disease. *J Periodontol.* 2001;72(2):183-9.
29. Nishida M, Grossi SG, Dunford RG, Ho AW, Trevisan M, Genco RJ. Dietary vitamin C and the risk for periodontal disease. *J Periodontol.* 2000;71(8):1215-23.
30. Du Q, Ma X. [Research progress of correlation between periodontal pathogens and systemic diseases]. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao.* 2020;40(5):759-64.
31. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res.* 2015;94(10):1355-61.
32. Dupagne D. Qualité et santé - Première partie : qualité des moyens ou qualité des résultats ? *Médecine.* 2008;4(8):360-3.
33. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. France; 2020 oct p. 27.
34. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 – Pour un système de santé plus performant [Internet]. OMS; 2000 juin p. 8. Disponible sur: https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
35. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES institut for research and information in health economics. 2008;19:20.
36. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):Suppl:166-206.
37. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. *WHO Offset Publ.* 1988;(105):1-78.
38. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper [Internet]. 2006 mars [cité 27 avr 2021]. (OECD Health Working Papers; vol. 23). Report No.: 23. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301
39. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946 ; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Internet]. 1948 [cité 30 avr 2021]; Disponible sur: <https://ci.nii.ac.jp/naid/20000731560/>
40. D'Amico F, Peyrin-Biroulet L, Vandromme L, Bouhnik Y, Faure P, Nahon S, et al. Motivation to pursue anti-TNF α treatment in patients with Crohn's disease – the SPACE motivation study. *Dig Liver Dis.* 2020;52(9):995-1001.
41. Khmour MR, Awadallah HB, Al-Hamed DH. Treatment Satisfaction and Quality of Life among Type 2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study in West Bank, Palestine. *J Diabetes Res.* 2020;2020:1834534.

42. Leon C, Koosed T, Philibert B, Raposo C, Benzaken AS. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):344.
43. Cao H-J, Li X, Li X-L, Ward L, Xie Z-G, Hu H, et al. Factors influencing participant compliance in acupuncture trials: An in-depth interview study. *PloS One.* 2020;15(4):e0231780.
44. Davies AR, Ware JE. Measuring patient satisfaction with dental care. *Soc Sci Med [A].* 1981;15(6):751-60.
45. Sowole AA. Patient satisfaction with care provided by a district dental clinic. [Afrique du Sud]: Western Cape; 2007.
46. Hashim R. Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 2005;11(5-6):913-21.
47. Imanaka M, Nomura Y, Tamaki Y, Akimoto N, Ishikawa C, Takase H, et al. Validity and reliability of patient satisfaction questionnaires in a dental school in Japan. *Eur J Dent Educ.* 2007;11(1):29-37.
48. Narayanan A, Greco M. The Dental Practice Questionnaire: a patient feedback tool for improving the quality of dental practices. *Aust Dent J.* 2014;59(3):334-48.
49. Ebn Ahmady A, Pakkhesal M, Zafarmand AH, Lando HA. Patient satisfaction surveys in dental school clinics: a review and comparison. *J Dent Educ.* 2015;79(4):388-93.
50. Cooper BR, Monson AL. Patient satisfaction in a restorative functions dental hygiene clinic. *J Dent Educ.* 2008;72(12):1510-5.
51. Lafont BE, Gardiner DM, Hochstedler J. Patient satisfaction in a dental school. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* 1999;3(3):109-16.
52. Gürdal P, Cankaya H, Onem E, Dinçer S, Yılmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(6):461-9.
53. Coolidge T, Tangcharoensiri S, Chan DCN, Phillips SL. Dental School Patient Preferences for Receiving and Returning Patient Satisfaction Surveys. *J Dent Educ.* 2019;83(11):1323-31.
54. Nair R, Ishaque S, Spencer AJ, Luzzi L, Do LG. Critical review of the validity of patient satisfaction questionnaires pertaining to oral health care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018;46(4):369-75.
55. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp.* 2018;5(2):101-6.

56. Borracci RA, Álvarez Gallesio JM, Ciambone G, Matayoshi C, Rossi F, Cabrera S, et al. What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient. *Rev Médica Chile.* 2020;148(7):930-8.
57. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020;133(5):561-6.
58. Hansen E, Zech N, Benson S. Nocebo, Aufklärung und Arzt-Patienten-Kommunikation. *Nervenarzt.* 2020;91(8):691-9.
59. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2011;86(3):359-64.
60. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician-patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1046.
61. Bouchard P, Brochery B, Feghali M, Jaumet V, Kerner S, Korngold S, et al. *Parodontologie & dentisterie implantaire. Volume 1, Volume 1., Lavoisier Médecine Sciences. Vol. 1. 2014. 720 p.*
62. Giusti M, Bouat V, Gibert P, Orti V. Radiodiagnostic des maladies parodontales. *EM-Consulte.* 2016;7.
63. Boulaamain T, Tenenbaum H, Davideau J-L, Huck O. Selective Influence of Smoking on Periodontal Treatment Outcomes after 3 Years of Follow-up. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):823-31.
64. Kotsakis GA, Lian Q, Ioannou AL, Michalowicz BS, John MT, Chu H. A network meta-analysis of interproximal oral hygiene methods in the reduction of clinical indices of inflammation. *J Periodontol.* 2018;89(5):558-70.
65. Muniz FWMG, Langa GPJ, Pimentel RP, Martins JR, Pereira DH, Rösing CK. Comparison Between Hand and Sonic/ Ultrasonic Instruments for Periodontal Treatment: Systematic Review with Meta-Analysis. *J Int Acad Periodontol.* 2020;22(4):187-204.
66. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* 2020;47 Suppl 22:4-60.
67. Cobb CM. Non-surgical pocket therapy: mechanical. *Ann Periodontol.* 1996;1(1):443-90.
68. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45 Suppl 20:S68-77.
69. Cobb CM, Sottosanti JS. A re-evaluation of scaling and root planing. *J Periodontol.* 2021;

70. Costa FO, Esteves Lima RP, Cortelli SC, Costa AM, Cortelli JR, Cota LOM. Effect of compliance during periodontal maintenance therapy on c-reactive protein levels: a 6-year follow-up. *J Clin Periodontol*. 2021;48(3):400-9.
71. Trombelli L, Franceschetti G, Farina R. Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2015;42(S16):S221-36.
72. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent*. 2003;1(1):7-16.
73. Lu H, He L, Xu J, Song W, Feng X, Zhao Y, et al. Well-maintained patients with a history of periodontitis still harbor a more dysbiotic microbiome than health. *J Periodontol*. 2020;91(12):1584-94.
74. Pottier M. Définir et évaluer la qualité des soins en parodontologie : développement d'indicateurs et étude pilote au CHU de Lille. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Lille 2; 2020.
75. Byrne M, O'Malley L, Glenny A-M, Campbell S, Tickle M. A RAND/UCLA appropriateness method study to identify the dimensions of quality in primary dental care and quality measurement indicators. *Br Dent J*. 2020;228(2):83-8.
76. Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011;20(4):235-49.
77. Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin J-B. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:176.
78. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 2018;6:149.
79. Floris L, de Labrusse C. Cross-cultural validation and psychometrics' evaluation of women's experience of maternity care scale in French: the ESEM. *BMC Med Res Methodol*. 2020;20(1):188.
80. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4^e éd. London, UK: The Guilford Press; 2015. 534 p.
81. McDonald RP, Ho M-HR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychol Methods*. 2002;7(1):64-82.
82. MacCallum RC, Widaman KF, Preacher KJ, Hong S. Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error. *Multivar Behav Res*. 2001;36(4):611-37.
83. Loi relative aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. N° 2012-300 mars 5, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/>

84. Décret modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. 2017-884 mai 9, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634217>
85. Davies AR, Ware JE. Development of a dental satisfaction questionnaire for the health insurance experiment. Santa Monica, CA: Rand Corp; 1982. 95 p. (Health insurance experiment series).
86. Fayers P, Machin D. Quality of Life The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes [Internet]. 2013 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-20141008320>
87. Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. In Questions d'économie de la santé; 2016.
88. Teigné D, Mabileau G, Anthoine E, Lucas M, Leclère B, Moret L, et al. Transcultural adaptation and psychometric study of the French version of the nursing home survey on patient safety culture questionnaire. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):490.
89. Milad D, Atallah M-R, Benamer Y-H, Saltychev M, Most SP, Moubayed SP. French translation, cultural adaptation and validation of the BDDQ-AS for rhinoplasty patients. J Otolaryngol - Head Neck Surg. 2019;48(1):20.
90. Kassis A, El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, El Osta L, Ghoubriel J. Cross-cultural adaptation and validation of the child perceptions questionnaire (CPQ11–14) among children in Lebanon. BMC Oral Health. 2018;18(1):18.
91. Ferchiou A, Todorov L, Lajnef M, Baudin G, Pignon B, Richard J-R, et al. [Schizotypal Personality Questionnaire-Brief - Likert format: Factor structure analysis in general population in France]. L'Encephale. 2017;43(6):558-63.
92. Auerswald M, Moshagen M. How to determine the number of factors to retain in exploratory factor analysis: A comparison of extraction methods under realistic conditions. Psychol Methods. 2019;24(4):468-91.
93. Ledesma RD, Valero-Mora P, Macbeth G. The Scree Test and the Number of Factors: a Dynamic Graphics Approach. Span J Psychol. 2015;18:E11.
94. Ricolfi L, Testa S. Factorial Invariance and Orthogonal Rotation. Multivar Behav Res. 2020;1-18.
95. Seguin R, Godwin M, MacDonald S, McCall M. E-mail or snail mail? Randomized controlled trial on which works better for surveys. Can Fam Physician Med Fam Can. 2004;50:414-9.
96. Johnston S, Hogg W, Wong ST, Burge F, Peterson S. Differences in Mode Preferences, Response Rates, and Mode Effect Between Automated Email and Phone Survey Systems for Patients of Primary Care Practices: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2021;23(1):e21240.

97. Christensen AI, Ekholm O, Glümer C, Juel K. Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *Eur J Public Health*. 2014;24(2):327-32.
98. Jacobsson L, Lexell J. Life satisfaction after traumatic brain injury: comparison of ratings with the Life Satisfaction Questionnaire (LiSat-11) and the Satisfaction With Life Scale (SWLS). *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:10.
99. Hurley AE, Scandura TA, Schriesheim CA, Brannick MT, Seers A, Vandenberg RJ, et al. Exploratory and confirmatory factor analysis: Guidelines, issues, and alternatives. *J Organ Behav*. 1997;18(6):667-83.
100. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Seventh edition. NY, NY: Pearson; 2019. 832 p.
101. Cronbach LJ. Test “reliability”: Its meaning and determination. *Psychometrika*. 1947;12(1):1-16.
102. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn’t matter. *J Pers Assess*. 2003;80(3):217-22.
103. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004;328(7451):1312-5.
104. Guttman L. A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika*. 1945;10(4):255-82.
105. René F, Casimiro L, Tremblay M, Brosseau L, Chea P, Létourneau L, et al. Fiabilité test retest et validité de construit de la version française de L’Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie II. *Physiother Can*. 2011;63(2):249-55.
106. Strauss ME, Smith GT. Construct validity: advances in theory and methodology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:1-25.
107. Leung WK, Duan YR, Dong XX, Yeung KWS, Zhou SY, Corbet EF, et al. Perception of Non-surgical Periodontal Treatment in Individuals Receiving or Not Receiving Local Anaesthesia. *Oral Health Prev Dent*. 2016;14(2):165-75.
108. Kuronen M, Kokki H, Nyssönen T, Savolainen S, Kokki M. Life satisfaction and pain interference in spine surgery patients before and after surgery: comparison between on-opioid and opioid-naïve patients. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2018;27(11):3013-20.
109. Pflingsten M, Flor H, Nilges P. Psychologie und Schmerz in Deutschland. *Schmerz*. 2015;29(5):544-9.
110. Fardal Ø, McCulloch CA. Impact of anxiety on pain perception associated with periodontal and implant surgery in a private practice. *J Periodontol*. 2012;83(9):1079-85.
111. van Steenberghe D, Garmyn P, Geers L, Hendrickx E, Maréchal M, Huizar K, et al. Patients’ experience of pain and discomfort during instrumentation in the diagnosis and non-surgical treatment of periodontitis. *J Periodontol*. 2004;75(11):1465-70.

112. Quinlan-Colwell AD. Understanding the paradox of patient pain and patient satisfaction. *J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc.* 2009;27(3):177-82; quiz 183-5.
113. Profili F, Sparabombe S, Tawse Smith A, D'Isidoro O, Quaranta A. The effect of miniaturized manual versus mechanical instruments on calculus removal and root surface characteristics: An in vitro light microscopic study. *Clin Exp Dent Res.* 2019;5(5):519-27.
114. Yan Y, Zhan Y, Wang X, Hou J. Clinical evaluation of ultrasonic subgingival debridement versus ultrasonic subgingival scaling combined with manual root planing in the treatment of periodontitis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2020;21(1):113.
115. Mårtensson C, Söderfeldt B, Axtelius B, Andersson P. Expectations and satisfaction with care for periodontal specialist patients. *Acta Odontol Scand.* 2013;71(3-4):799-806.
116. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2017;137(2):89-101.
117. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J.* 1999;186(4 Spec No):166-70.
118. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Käärlänen R. Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(4):240-4.
119. Horta-Baas G, Vargas-Mena R, Alejandre E, Peláez-Ballestas I, Romero-Figueroa M del S, Queipo G. Psychometric properties of the 12-item Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS-12) Spanish version for people with knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol.* 2021;40(4):1547-58.
120. Canouï-Poitaine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Prat Organ Soins.* 2008;39(4):323.
121. Boudreault A, Ntetu A-L. Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Rech Soins Infirm.* 2006;N° 86(3):52-67.
122. Beadle JN, Sheehan AH, Dahlben B, Gutchess AH. Aging, empathy, and prosociality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2015;70(2):215-24.
123. Michael K, Dror MG, Karnieli-Miller O. Students' patient-centered-care attitudes: The contribution of self-efficacy, communication, and empathy. *Patient Educ Couns.* 2019;102(11):2031-7.
124. Molinuevo B, Aradilla-Herrero A, Nolla M, Clèries X. A comparison of medical students', residents' and tutors' attitudes towards communication skills learning. *Educ Health.* 2016;29(2):132.

125. Ester.D. Âge effectif de départ à la retraite [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. 2021 [cité 20 juill 2021]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/retraite/le-systeme-de-retraite-actuel/glossaire/article/age-effectif-de-depart-a-la-retraite>
126. UFSBD. Les Français et leur hygiène bucco-dentaire - Enquête Pierre Fabre Oral Care / UFSBD sur la santé bucco-dentaire des Français menée auprès de 22 969 Français du 28 décembre 2018 au 10 février 2019 via Facebook – Twitter – Internet [Internet]. Disponible sur: https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/03/DP_UFSBD_Pierre-Fabre-Oral-Care-Printemps-du-Sourire-2019.pdf
127. Ioannidou E. The Sex and Gender Intersection in Chronic Periodontitis. *Front Public Health*. 2017;5:189.
128. Diouf M, Cisse D, Cmm L, Ginsburg FD, R T. Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(3):225-30.
129. Meisel P, Kohlmann T, Nauck M, Biffar R, Kocher T. Effect of body shape and inflammation on tooth loss in men and women. *Clin Oral Investig*. 2017;21(1):183-90.
130. Schmidlin PR. Le point sur les possibilités restauratrices pour l'amélioration des déficits esthétiques. *Rev Mens Suisse Odontostomatol*. 2021;122:433-7.
131. Stadler AF, Romagna R, Rossi V, Costa DM, Gomes SC. Self-perception of patients after periodontal treatment: A longitudinal study. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2017;28(5):519-23.
132. Craddock HL, Yorke VC, Chan MFWY. Cosmetic rehabilitation following successful treatment of aggressive periodontitis. *Dent Update*. 2007;34(2):91-4, 96.
133. Tin-Oo MM, Saddki N, Hassan N. Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*. 2011;11:6.
134. Armalaite J, Jarutiene M, Vasiliauskas A, Sidlauskas A, Svalkauskiene V, Sidlauskas M, et al. Smile aesthetics as perceived by dental students: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):225.
135. Veldhuis B, Schouten BC. [The relationship between communication styles of dentists and the satisfaction of their patients]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2003;110(10):387-90.
136. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*. 2005;90(1):53-76.
137. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94(1):82-8.
138. Leino-Loison K, Gien LT, Katajisto J, Välimäki M. Sense of coherence among unemployed nurses. *J Adv Nurs*. 2004;48(4):413-22.

139. Prieto-Callejero B, Rivera F, Andrés-Villas M, Gómez-Salgado J. Influence of the Sense of Coherence, the Doctor-Patient Relationship, Optimism and Non-Haematological Adverse Reactions on Health-Related Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *J Clin Med*. 2019;8(12):E2043.
140. Cruz Olivo EA, Corradi-Dias L, Paiva SM, Storino RJ, Moura MF, Pereira AG, et al. Association Between Sense of Coherence and Periodontal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Fam Community Health*. 2021;44(3):225-34.
141. Echeverría JJ, Echeverría A, Caffesse RG. Adherence to supportive periodontal treatment. *Periodontol 2000*. 2019;79(1):200-9.
142. Hughes B, Heo G, Levin L. Associations between patients' understanding of periodontal disease, treatment compliance, and disease status. *Quintessence Int Berl Ger* 1985. 2018;49(1):17-23.
143. Costa FO, Cortelli SC, Costa AA, Cyrino RM, Cortelli JR, Miranda Cota LO. Impact of compliance during periodontal maintenance therapy on oral health-related quality of life: A 6-year follow-up. *J Dent*. 2019;83:50-5.

9 Annexes

ANNEXE 1 : DOSSIER CLINIQUE DE PARODONTOLOGIE DANS L'UF 905.....	76
ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION INCLUSE DANS LE CORPS DU MAIL DESTINE AU PATIENT	82
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QSP	83
ANNEXE 4 : AVIS FAVORABLE DU COMITE D'ETHIQUE	90
ANNEXE 5 : TABLEAU DE CORRELATION DU MODELE DE STRUCTURE SELON LES 5 DIMENSIONS	91
ANNEXE 6 : ATTRIBUTION DES ITEMS A CHAQUE SCORE/DIMENSION	93

Annexe 1 : Dossier clinique de parodontologie dans l'UF 905



Service d'odontologie

Dossier de parodontologie

Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance :
Nom : Age :
Adresse : Tél fixe :
..... Tél portable :
..... Tél professionnel :
Chirurgien-Dentiste traitant :
Médecin traitant :

Date de la 1^{ère} consultation :

Date du bilan :

Devis le :

Anamnèse :

Motif de consultation :
Antécédents parodontaux : gingivites, abcès parodontal, parodontite, GUN/PUN.
Ancienneté des problèmes (date) :
Traitements antérieurs :
Bilan parodontal préalable (date, confrère, diagnostic) :
Symptômes subjectifs : mobilités, migrations, douleurs, sensibilités, récessions,
saignements, tics et manies, parafunctions, halitose.
Habitudes d'hygiène :

Bilan médical – Evaluation du risque de maladies parodontales

Antécédents personnels :

Pathologies générales :
Traitements médicamenteux :
Allergies :
Tabac (ou autres addictions) :
Signes de stress :

Antécédents familiaux médicaux :
.....
.....
.....

Antécédents familiaux parodontaux :
.....

Examen biologique sanguin : dates :
Anomalies :

Examen bactériologique : dates :
.....

EXAMEN CLINIQUE

1) Plaque (coloration + indice d'O'Leary) :

2) Présence de poches :

3) Signes d'activité :

-Inflammation :

-Saignements (au sondage ponctuel) :

-Abscess :

4) Problèmes mucogingivaux :

-Hauteur de GK :

-Brides et freins :

-Récessions :

5) Mobilités :

6) Facteurs Locaux Aggravants :

-Tartre :

-Vitalité pulpaire +/- :

-Caries :

-Restaurations iatrogènes :

EXAMENS RADIOLOGIQUES

A) Radiographie Panoramique : date :

B) Cone Beam : date :

C) Status (date) :

1) Structures Anatomiques :

.....

2) Tartre :

.....

3) Dents :

.....

4) Traitements endodontiques :

.....

5) LIPOE :

.....

7) Autres :

.....

6) Parodonte :

Arcade Maxillaire :

-Espaces Desmodontaux :

-Alvéolyse :

.....

-Image de LIR :

.....

Arcade Mandibulaire :

-Espaces Desmodontaux :

-Alvéolyse :

.....

-Image de LIR :

.....

Praticien :

Stagiaire :

DIAGNOSTIC

Date :

Type	Sexe	Age	ATCD Personnels	ATCD Familiaux
			Médicaux :	Médicaux :
			Parodontaux :	Parodontaux :

-Facteurs de risque :

-Pronostic :

-Précautions particulières :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- LIR :
- Edentements :
- Malpositions dentaires :
- Occlusion :
- Autres:

Schéma de synthèse du Bilan

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Inflammation																
Plaque																
Tartre																
Saignement																
Présence de poches																
Mobilité ARPA																
LIPOE																

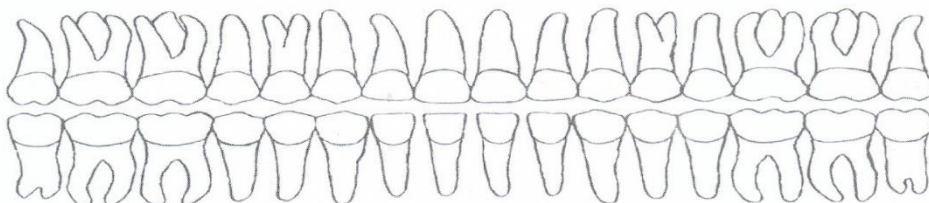
Légende : éléments à représenter :

Dents : caries, obturations, prothèses fixées...

Racines : traitements endodontiques, tenons...

LIR

Niveau osseux



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Inflammation																
Plaque																
Tartre																
Saignement																
Présence de poches																
Mobilité ARPA																
LIPOE																

Orientation diagnostique de la 1^{ère} consultation :

Activité	Stade	Perte d'attache	Contrôle de plaque	FLA
	Alvéolyse			
.....	Problèmes mucogingivaux			
.....				
.....				

- ☐ Bilan biologique sanguin :
- ☐ Courrier correspondant :
- ☐ Autre :

Traitements immédiats éventuels :

Soins : Contention :

Extractions : Débridement/détartrage :

Traitements étiologiques anti-infectieux :

Prescriptions détaillées :

Brosse : -Motif :

Brossettes : -Molécules :

Révélateur de plaque : -Posologie :

Dentifrice : -Fenêtre thérapeutique/date :

Antiseptiques (fenêtre thérapeutique/ date) :

-Chlorhexidine :

-Technique de Keyes :

Antibiothérapie :

Séance thérapeutique parodontale :

-Contrôle de plaque/OHM, débridement, irrigation, détartrage/surfaçage radiculaire, Full Mouth Therapy...

Plan de traitement global et suppression des facteurs locaux aggravants :

Réévaluation :

Dates :

-Contrôle de plaque/OHM, débridement, irrigation, charting, détartrage/surfaçage radiculaire...

-Dents à extraire :

-Contention :

-Autres (examen biologique, bactériologique...) :

Traitements chirurgicaux complémentaires :

-Chirurgie d'accès :

-Amputation radiculaire :

-Pose de membrane :

-Pose de matériaux de comblement :

-Chirurgie plastique parodontale :

Nom :

Prénom :

N° de fiche :

Etudiant :	- Indice d'O'leary :	- Matériel de brossage :	- Ordonnance :
Enseignant :			
Date :			
Type de séance réalisée :			
Prochain RDV :			
Devis (fait le / à prévoir) :			
Etudiant :	- Indice d'O'leary :	- Matériel de brossage :	- Ordonnance :
Enseignant :			
Date :			
Type de séance réalisée :			
Prochain RDV :			
Devis (fait le / à prévoir) :			
Etudiant :	- Indice d'O'leary :	- Matériel de brossage :	- Ordonnance :
Enseignant :			
Date :			
Type de séance réalisée :			
Prochain RDV :			
Devis (fait le / à prévoir) :			

Réévaluation ☐

Suivi Parodontal (TPS) ☐

N° ☐

NOM, Prénom, date de naissance : Etudiant : Enseignant : Date :

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Implant																
Mobilité																
LIR																
BOP																
Niveau gingival	V															
Profondeur de poche	P															
Niveau gingival																
BOP																
LIR (préciser M ou D)																
LIR																
BOP																
Niveau gingival	L															
Profondeur de poche																
Niveau gingival	V															
BOP																
LIR																
Mobilité																
Implant	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Questionnaire médical réactualisé

☐

Commentaires :

Contrôle du motif de 1^{er} consultation

☐

Commentaires :

Indice de O'Leary
(calcul sur 4 faces/dent)

☒ V
☒ D
☒ L
☒ M

☐

Commentaires :

Contrôle des FLA

☐

Commentaires :

Maladie parodontale stabilisée

☐ OUI

Commentaires :

Plan de traitement réactualisé

☐

Commentaires :

Annexe 2 : Note d'information incluse dans le corps du mail destiné au patient

Madame/ Monsieur,

Vous avez été reçu(e) dans l'Unité Fonctionnelle de Parodontologie du Service d'Odontologie du CHU de Lille au cours des 36 derniers mois pour votre suivi parodontal ou l'évaluation de votre état parodontal après traitement (soins de gencives).

Dans le cadre d'une thèse d'exercice, nous souhaiterions évaluer, à l'aide d'une enquête, votre satisfaction concernant votre prise en charge parodontale, vis-à-vis des traitements parodontaux (soins de gencives) dont vous avez bénéficié. Vous êtes libres de participer ou non à cette enquête. En y participant, vous contribuerez à améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients en Parodontologie, mais aussi, vous contribuerez à la validation d'un outil de recueil de la satisfaction vis-à-vis des traitements parodontaux.

Ce questionnaire est anonyme et les réponses possibles aux questions ne contiennent aucune information permettant de vous identifier.

Vous trouverez le questionnaire de satisfaction au lien suivant :

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/873898?lang=fr>

Afin de garantir la qualité de l'étude, merci d'y répondre le plus honnêtement possible. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Le temps de remplissage est estimé à 5 minutes.

Si vous ne souhaitez plus que vos coordonnées soient employées à des fins d'enquête ou de recherche, merci de vous manifester auprès du délégué à la protection des données à l'adresse dpo@chru-lille.fr ou après des praticiens qui vous suivent au sein du service d'Odontologie du CHU de Lille.

Nous vous remercions par avance de l'importance que vous accorderez à notre travail,
Bien cordialement,

Mme Agathe Ballieu, étudiante en 6ème année de chirurgie dentaire et Dr Marie Dubar, MCU-PH dans le département de Parodontologie de Lille.

Promoteur de la recherche : Université de Lille, Faculté de Chirurgie Dentaire, Département de Parodontologie, Service d'Odontologie – UF de Parodontologie - CHU de Lille, Place de Verdun – 59000 LILLE

Responsable scientifique : Dr Marie Dubar, Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction QSP

Informations générales

Merci de répondre aux questions suivantes qui permettront de vous connaître un peu mieux tout en respectant votre anonymat :

- Vous êtes : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Une femme

☐ Un homme

- Votre âge : *

Veillez écrire votre réponse ici :

- Habitez-vous dans la métropole lilloise ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui

☐ Non

- Si non, combien de kilomètres parcourez-vous environ pour vous rendre dans le service de Parodontologie du CHU de Lille (aller uniquement) ?

Veillez écrire votre réponse ici :

- Combien de temps environ, en minutes, passez-vous dans les transports (véhicules personnels, transports en commun, ...) pour vous rendre dans le service de Parodontologie du CHU de Lille (aller uniquement) ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

- Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Ouvriers

☐ Employés

☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprises

☐ Agriculteurs exploitants

☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures

☐ Professions intermédiaires

☐ Retraités

☐ Étudiants

☐ Sans activité professionnelle

- Comment avez-vous connu le service de Parodontologie du CHU de Lille ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
 - ☐ Par votre dentiste
 - ☐ Par un médecin
 - ☐ Par internet
 - ☐ Par votre entourage
 - ☐ Autre

Questionnaire de satisfaction

Pour les affirmations suivantes qui concernent votre prise en charge dans le service d'Odontologie du CHU de Lille pour vos traitements parodontaux (soins de gencives), sélectionnez la réponse qui vous paraît la plus juste.

- J'ai pu obtenir un rendez-vous aussi rapidement que je l'aurais souhaité *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai pu facilement fixer une date et une heure pour mon rendez-vous *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ Pas du tout d'accord

- Le service d'Odontologie du CHU est bien situé et accessible facilement *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ Pas du tout d'accord

- La distance entre mon domicile/mon lieu de travail et le service n'est pas un obstacle pour me rendre à mes rendez-vous de soins *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ D'accord
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Pas d'accord
 - ☐ Pas du tout d'accord

- Lors de mes rendez-vous, je n'ai pas eu besoin de patienter longtemps en salle d'attente avant d'être pris en charge *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je me rappelle que mon dossier était absent ou perdu à au moins un de mes rendez-vous *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai été suivi(e) par le même étudiant (ou le même binôme d'étudiants) tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai été suivi(e) par le même professeur tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai trouvé qu'il y avait suffisamment de personnel (étudiants et/ou enseignants) pour permettre une bonne prise en charge *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai toujours été traité(e) avec respect par les étudiants *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai toujours été traité(e) avec respect par le ou les enseignant(s) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Les étudiants qui m'ont pris en charge étaient chaleureux et accueillants *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- L'enseignant (ou les enseignants) que j'ai vu étai(en)t chaleureux et accueillant(s) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué les coûts et les devis avant le début du traitement *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je trouve que j'ai reçu de bons conseils sur la façon de prendre soin de mes dents et de mes gencives *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué ma maladie et les traitements dont j'avais besoin *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Lorsque j'avais des questions, les personnes qui me prenaient en charge y ont bien répondu *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai trouvé les coûts des traitements de gencives (soins parodontaux) abordables *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je trouve que les soins que j'ai reçu ont amélioré l'état de mes gencives *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Concernant des saignements au brossage :
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐ améliorés
☐ non améliorés
☐ non présents avant le traitement

- Concernant des douleurs/gênes/sensibilités
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐ améliorés
☐ non améliorés
☐ non présents avant le traitement

- Concernant des mobilités dentaires
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐ améliorés
☐ non améliorés
☐ non présents avant le traitement

- Concernant une halitose (mauvaise haleine)
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
☐ améliorés
☐ non améliorés
☐ non présents avant le traitement

- Je trouve que les soins que j'ai reçu ont amélioré l'état de ma bouche en général
*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- J'ai ressenti les résultats du traitement aussi rapidement que ce que à quoi je m'attendais *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je trouve que le service est suffisamment bien équipé (confort de l'installation, matériel de qualité) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

- Je suis globalement satisfait(e) des traitements (soins de gencives) que j'ai reçu dans le service *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Commentaires libres (non obligatoire) : citez deux éléments dans votre prise en charge qui pourraient être améliorés

Veillez écrire votre réponse ici :

Notes : * = question à réponse obligatoire

Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique



Comité d'éthique en sciences comportementales

Présidente :

Yvonne DELEVOYE-TURRELL

Président adjoint :

Cédric PATIN

Gestionnaire administrative :

Stella BOUAMRIRENE

Tél : 03 -62- 26- 80- 82

E-mail : Stella.Bouamrirenne@univ-lille.fr

Villeneuve d'Ascq le, 04/11/2020

Références comité d'éthique :	2020-442-S87
Sigle :	Quali-SP
Numéro de version et date :	Version 1 du 23/09/2020
Promoteur :	ULILLE/CHU
Responsable Scientifique du projet :	Marie DUBAR

Date de la soumission : 23/09/2020

Date de la réunion du comité d'éthique : 20/10/2020

Avis du comité d'éthique : Avis favorable sous modifications mineures

Merci de faire parvenir au comité d'éthique, dans un délai de 3 semaines, le nouveau protocole (avec nouveau numéro de version et date correspondante) tenant compte des modifications demandées, **en prenant soin de changer la couleur de la police d'écriture** à l'adresse : ethique-administration@univ-lille.fr ainsi qu'une lettre reprenant point par point les réponses apportées aux remarques du comité d'éthique afin d'y expliquer, le cas échéant, les changements apportés. Passé ce délai, le protocole devra faire l'objet d'une nouvelle soumission.

L'avis du CER-Lille n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (DPO) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Pr Yvonne DELEVOYE-TURRELL

Présidente du Comité d'Éthique

DAR - Direction de l'Appui à la Recherche
Service Pilotage des Partenariats, des Structures de Recherche et des Plateformes
Comité d'Éthique Lille



Bureau 61
Bât A3
59655 Villeneuve d'Ascq
Tel 03-62-26-80-82

Annexe 5 : Tableau de corrélation du modèle de structure selon les 5 dimensions

	1	2	3	4	5
J'ai pu obtenir un rendez-vous aussi rapidement que je l'aurais souhaité	0,320	0,333	0,342	0,206	0,829
J'ai pu facilement fixer une date et une heure pour mon rendez-vous	0,302	0,310	0,349	0,194	0,790
Le service d'Odontologie du CHU est bien situé et accessible facilement	0,164	0,312	0,694	0,327	0,375
La distance entre mon domicile/mon lieu de travail et le service n'est pas un obstacle pour me rendre à mes rendez-vous de soins	0,251	0,227	0,625	0,284	0,160
Lors de mes rendez-vous, je n'ai pas eu besoin de patienter longtemps en salle d'attente avant d'être pris en charge	0,282	0,425	0,570	0,143	0,321
Je me rappelle que mon dossier était absent ou perdu à au moins un de mes rendez-vous	- 0,117	-0,298	-0,551	-0,233	-0,227
J'ai été suivi(e) par le même étudiant (ou le même binôme d'étudiants) tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives)	0,050	0,383	0,521	0,177	0,266
J'ai été suivi(e) par le même professeur tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives)	0,222	0,431	0,206	0,134	0,610
J'ai trouvé qu'il y avait suffisamment de personnel (étudiants et/ou enseignants) pour permettre une bonne prise en charge	0,267	0,578	0,515	0,238	0,459
J'ai toujours été traité(e) avec respect par les étudiants	0,164	0,306	0,605	0,786	0,009
J'ai toujours été traité(e) avec respect par le ou les enseignant(s)	0,322	0,487	0,225	0,845	0,318
Les étudiants qui m'ont pris en charge étaient chaleureux et accueillants	0,199	0,352	0,557	0,727	0,036
L'enseignant (ou les enseignants) que j'ai vu étai(en)t chaleureux et accueillant(s)	0,305	0,518	0,201	0,811	0,373
Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué les coûts et les devis avant le début du traitement	0,263	0,760	0,307	0,468	0,217

Je trouve que j'ai reçu de bons conseils sur la façon de prendre soin de mes dents et de mes gencives	0,428	0,779	0,481	0,471	0,381
Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué ma maladie et les traitements dont j'avais besoin	0,491	0,837	0,312	0,397	0,395
Lorsque j'avais des questions, les personnes qui me prenaient en charge y ont bien répondu	0,456	0,836	0,447	0,486	0,408
J'ai trouvé les coûts des traitements de gencives (soins parodontaux) abordables	0,411	0,494	0,154	0,079	0,188
[Je trouve que les soins que j'ai reçus ont amélioré l'état de mes gencives]	0,789	0,395	0,056	0,175	0,354
[Concernant des saignements au brossage]	0,719	0,298	0,082	0,204	0,210
[Concernant des douleurs/gênes/sensibilités]	0,683	0,251	0,190	0,116	0,230
[Concernant des mobilités dentaires]	0,617	0,312	0,061	0,202	0,373
[Concernant une halitose (mauvaise haleine)]	0,545	0,269	0,192	0,140	-0,018
Je trouve que les soins que j'ai reçus ont amélioré l'état de ma bouche en général	0,858	0,574	0,244	0,328	0,401
J'ai ressenti les résultats du traitement aussi rapidement que ce que je m'attendais	0,733	0,572	0,305	0,230	0,331
Je trouve que le service est suffisamment bien équipé (confort de l'installation, matériel de qualité)	0,253	0,449	0,191	0,241	0,507
Je suis globalement satisfait(e) des traitements (soins de gencives) que j'ai reçus dans le service	0,747	0,736	0,355	0,335	0,484

Annexe 6 : Attribution des items à chaque score/dimension

Score/ Dimension	N° d'item	Énoncé
St		
	1	Concernant les soins que j'ai reçu : [Je trouve que les soins que j'ai reçu ont amélioré l'état de mes gencives]
	2	Concernant les soins que j'ai reçu : [Concernant des saignements au brossage]
	3	Concernant les soins que j'ai reçu : [Concernant des douleurs/gênes/sensibilités]
	4	Concernant les soins que j'ai reçu : [Concernant des mobilités dentaires]
	5	Concernant les soins que j'ai reçu : [Concernant une halitose (mauvaise haleine)]
	6	Je trouve que les soins que j'ai reçu ont amélioré l'état de ma bouche en général
	7	J'ai ressenti les résultats du traitement aussi rapidement que ce que à quoi je m'attendais
	8	Je suis globalement satisfait(e) des traitements (soins de gencives) que j'ai reçu dans le service
Se		
	1	J'ai été suivi(e) par le même étudiant (ou le même binôme d'étudiants) tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives)
	2	J'ai été suivi(e) par le même professeur tout au long de mon traitement parodontal (soins de gencives)
	3	J'ai trouvé qu'il y avait suffisamment de personnel (étudiants et/ou enseignants) pour permettre une bonne prise en charge
	4	Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué les coûts et les devis avant le début du traitement
	5	Je trouve que j'ai reçu de bons conseils sur la façon de prendre soin de mes dents et de mes gencives
	6	Je trouve qu'on m'a suffisamment bien expliqué ma maladie et les traitements dont j'avais besoin
	7	Lorsque j'avais des questions, les personnes qui me prenaient en charge y ont bien répondu
	8	J'ai trouvé les coûts des traitements de gencives (soins parodontaux) abordables

Sp		
	1	Le service d'Odontologie du CHU est bien situé et accessible facilement
	2	La distance entre mon domicile/mon lieu de travail et le service n'est pas un obstacle pour me rendre à mes rendez-vous de soins
	3	Lors de mes rendez-vous, je n'ai pas eu besoin de patienter longtemps en salle d'attente avant d'être pris en charge
	4	Je me rappelle que mon dossier était absent ou perdu à au moins un de mes rendez-vous
Sr		
	1	J'ai toujours été traité(e) avec respect par les étudiants
	2	J'ai toujours été traité(e) avec respect par le ou les enseignant(s)
	3	Les étudiants qui m'ont pris en charge étaient chaleureux et accueillants
	4	L'enseignant (ou les enseignants) que j'ai vu étai(en)t chaleureux et accueillant(s)
So		
	1	J'ai pu obtenir un rendez-vous aussi rapidement que je l'aurais souhaité
	2	J'ai pu facilement fixer une date et une heure pour mon rendez-vous
	3	Je trouve que le service est suffisamment bien équipé (confort de l'installation, matériel de qualité)

La satisfaction vis-à-vis des soins parodontaux comme outil de rétroaction des patients pour améliorer la qualité des soins / **Agathe BALLIEU**. - p. (95) : ill. (22) ; réf. (143).

Domaines : Parodontologie

Mots clés Libres : Parodontologie ; Satisfaction ; Qualité en santé ; Questionnaire

La notion de qualité dans le domaine de la santé a beaucoup évolué depuis ces 20 dernières années. La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des patients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité. La satisfaction a été en effet identifiée comme pouvant influencer l'adhésion aux traitements tels que pour des traitements médicaux de pathologies chroniques. Elle est un concept multidimensionnel qui nécessite pour être évalué correctement d'employer des outils psychométriques validés et adaptés. La finalité de l'étude menée et présentée dans ce travail est de fournir un outil de rétroaction des patients dans le but d'améliorer la qualité des soins parodontaux. Les propriétés psychométriques du questionnaire QSP, utilisé dans une enquête auprès de patients de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, ont été évaluées et validées et des facteurs individuels associés à la satisfaction ont pu être mis en évidence.

JURY :

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jérôme PETIT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Marie DUBAR