



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2023

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 06 AVRIL 2023

Par Antoine MALYCHA

Né(e) le 14 Octobre 1997 à Béthune – France

**La gestion du non-respect des
rendez-vous au cabinet dentaire**

JURY

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Maxime BEDEZ

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Madame le Docteur Marine HENAUT

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Responsable du Département de Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	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
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	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	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.

Table des matières

La gestion des rendez-vous manqués au cabinet dentaire

Introduction.....	7
Les facteurs associés au non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire.....	9
Généralités	9
Les conséquences du non-respect des rendez-vous	9
Un phénomène répandu dans de multiples domaines	10
Les spécificités des rendez-vous en odontologie	11
De multiples facteurs associés	12
De multiples facteurs de confusion	12
Facteurs structuraux	15
Les contraintes environnementales	16
Les contraintes organisationnelles	17
Les difficultés financières	18
L'apport de la convention "100 % santé "	19
La discrimination	20
Facteurs psychologiques	23
Les troubles mentaux	23
L'anxiété et la phobie dentaire	24
L'épuisement émotionnel et professionnel	26
Les profils à évitement des soins	27
Facteurs liés à la littératie en santé	28
La sous-évaluation de la santé bucco-dentaire	30
Le défaut de communication	31
Le fatalisme dentaire	32
Les oublis	35
Autres facteurs	36
Les caractéristiques du rendez-vous	36
Antécédents de non-respects	39
Les facteurs socio-démographiques	40
Résumé de l'ensemble des facteurs	41

Revue des stratégies de gestion du non-respect des rendez-vous.....	43
Stratégies préventives	43
Le surbooking	43
La charte d'engagement patient-soignant	46
La prise de rendez-vous en ligne	48
Les systèmes de rappel	51
Stratégies interventionnelles	54
Par rapport au patient	54
L'avertissement	54
L'indemnisation	55
L'arrêt de prise en charge	56
Pour combler le rendez-vous	57
Le walk-in	57
La gestion d'une liste d'attente	58
Résumé de l'ensemble de ces stratégies	60
Mise en place d'une gestion optimale au cabinet dentaire.....	62
Généralités	62
Dans l'organisation du cabinet dentaire	62
La conception et l'aménagement du cabinet dentaire	62
Le management au sein du cabinet dentaire	63
La gestion du planning au cabinet dentaire	64
Dans la communication	66
Dans la relation au sein de l'équipe soignante	66
Dans la relation équipe soignante - patient	66
A travers la prise en charge	68
Dans le matériel	68
Dans la gestion de la douleur	68
Dans le coût des soins	69
Dans les soins et la prévention	70
Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous.....	71
Conclusion.....	72
Références bibliographiques.....	73
Table des illustrations.....	86
Table des tableaux.....	88
Annexes.....	89

Table des abréviations

ACS	Aide Complémentaires Santé
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
CDF	Chirurgiens-Dentistes de France
CMU	Couverture Médicale Universelle
CSBM	Consommation de Soins et Biens Médicaux
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
HRSA	Health Ressources & Services Administration
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
IOM	Institute Of Medecine
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
NHS	National Health Service
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
UNAASS	Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

Introduction

Dans le domaine de la santé, l'aspect financier ne devrait pas y être prédominant. Cependant, afin d'assurer la plus grande qualité de soin possible, la mise en place de moyens coûteux est nécessaire.

Ainsi, selon les données de 2018 de *l'Observatoire de l'activité libérale*, l'ensemble des charges d'un cabinet d'un médecin généraliste représente 41,8 % de son chiffre d'affaires. Pour un médecin spécialiste, cela s'élève à 47,4 % de son chiffre d'affaires. Enfin, pour un chirurgien-dentiste, il s'accroît davantage à 63,3 % de son chiffre d'affaires (1–3).

Ces chiffres s'expliquent par le grand coût qu'un cabinet dentaire représente, notamment via l'utilisation de matériels et matériaux toujours de plus en plus innovants. Tout non-respect de rendez-vous représente donc un réel manque à gagner financier pour le cabinet dentaire.

Par conséquent, dans l'organisation d'un cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste est confrontée à une forme de dualité entre assurer son serment d'Hippocrate auprès des patients et être rentable. Ainsi, de par le coût de ce dernier, afin d'effectuer sa mission de soin durablement envers la population, le cabinet dentaire se doit donc d'être productif.

Cependant, la condition *sine qua non* à ceci reste le respect des rendez-vous des patients au sein même du cabinet dentaire. Or, la fréquence des patients qui ne respectent pas leurs rendez-vous est trop importante pour ne pas être prise en compte au fonctionnement de celui-ci.

On retrouve plusieurs événements qui peuvent être regroupés sous le terme de **non-respect des rendez-vous** au cabinet dentaire :

- les rendez-vous manqués ;
- les retards de rendez-vous ;
- les annulations des rendez-vous sans suffisamment d'avance.

Cependant, pour les chirurgiens-dentistes, il est impossible de proposer une définition universelle de ces événements car chaque praticien gère son cabinet dentaire de sa manière et ne soumet donc pas les mêmes règles de respect. Par conséquent, chacun possède ses propres critères de jugements sur ce que représente un retard ou une annulation non suffisamment anticipée.

Par exemple, certains définissent un retard comme étant un délai supérieur à un certain pourcentage, en minutes, du temps consacré pour le rendez-vous. D'autres, considèrent qu'un patient est suffisamment en retard pour perturber le rendez-vous à partir de l'instant où il n'est pas à l'heure prévue.

Teich, Wan et Faddoul, définissent un **rendez-vous respecté** comme un rendez-vous non manqué, sans retard ou bien annulé au moins 24 heures avant qu'il ne soit prévu (4). Nous utiliserons cette définition pour la suite de ce travail.

De nos jours, pour nous permettre de concilier au mieux ces concepts au cabinet dentaire, il existe de nombreuses solutions de gestion et d'optimisation. Cette thèse fait le point sur la littérature scientifique afin d'analyser les raisons du non-respect des rendez-vous et d'en limiter la fréquence et l'impact.

Pour ce faire, nous explorerons dans un premier temps, les facteurs de risques liés à ces phénomènes. Dans un deuxième temps, nous exposerons l'ensemble des méthodes à envisager afin de limiter le non-respect des rendez-vous. Enfin, nous développerons la mise en application de ces stratégies au sein de notre cabinet.

Les facteurs associés au non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire

I Généralités

I.A Les conséquences du non-respect des rendez-vous

Le non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire a de **multiples conséquences**.

Premièrement, elles sont **humaines**. Cela entraîne de nombreux effets psychologiques négatifs tels que le stress et la démoralisation de l'équipe soignante qui s'est mobilisée à la planification et la préparation des soins.

Deuxièmement, elles sont **financières**, notamment par la perte de bénéfice sur le temps perdu en attendant, sans soins, le prochain rendez-vous. De plus, l'ensemble des ressources préparées inutilement, comme le matériel, sont gaspillées. Enfin, l'absence de patient n'exempte pas le cabinet dentaire de ses charges fixes (charges de personnel, locatives, etc.).

Troisièmement, elles sont **médicales et bucco-dentaires**. Le non-suivi et l'interruption de la continuité des soins aggravent l'état de santé bucco-dentaire des patients. Ainsi, le non-suivi dentaire a des impacts médicaux négatifs pour environ 64 % des Français, allant de l'aggravation des symptômes à l'hospitalisation (5). Enfin, en diminuant le nombre de rendez-vous disponibles, le non-respect des rendez-vous réduit l'accès aux soins au reste de la population. Cette situation est d'autant plus préoccupante que des patients médicalement compromis peinent à accéder aux services médicaux, notamment dentaires (6).

Le **non-respect des rendez-vous** concerne de nombreuses professions, médicales ou non : la restauration, l'hôtellerie, le transport aérien, l'esthétique... Toutes sont concernées par des réservations qui ne sont pas respectées (7).

Dans le domaine médical, la fréquence du non-respect des rendez-vous est plus importante (8). Ainsi, selon la *Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)* on estime à 28 millions le nombre de consultations manquées en France, chaque année, dans toutes les professions de santé confondues (9).

Dans le domaine de l'odontologie, le taux de non-respect des rendez-vous varie entre 3 % et 58 % (10–12). Cette importante variation de taux pouvant être expliquée par la diversité des critères observés dans les études. Elle complique d'autant plus l'interprétation des résultats qui seront avancés dans cette thèse

Par exemple, selon une enquête de 2015 du syndicat des *Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)*, on considère qu'en moyenne, chaque jour, un dentiste sur trois est concerné par au moins un rendez-vous manqué (13).

Le **non-respect des rendez-vous** représente une problématique dans l'ensemble des domaines médicaux. Dans ce cas, il est légitime de se demander ce que les rendez-vous non respectés en dentisterie ont de particulier par rapport aux autres domaines médicaux.

Andersen, évoque ainsi que les services dentaires se différencient des autres services médicaux dans trois principales caractéristiques distinctes (14).

Premièrement, la capacité des services à assurer les soins. Les difficultés d'accès sont nombreuses et s'expliquent en raison de nombreux facteurs comme le grand manque de praticiens ou bien le coût des soins (15). Cela se traduit, par exemple en France par la présence, de zones d'inadéquations entre l'offre et la demande des soins, aussi appelés "Déserts médicaux" (16).

Deuxièmement, le niveau de maladie présent dans le service. Les pathologies rencontrées en odontologie sont nombreuses, variées dans leurs sévérités et dans leurs prises en charge. Ainsi, la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire des individus se produit souvent progressivement, avec une accumulation des pathologies pendant de longues périodes (17). Ce niveau de maladie fait contraste avec les maladies aiguës qui sont souvent rencontrées dans les autres services médicaux et qui aboutissent à un suivi plus régulier qu'en odontologie (14).

Troisièmement, les prédispositions des individus à bénéficier du service. Il s'agit de la capacité des personnes à utiliser les services médicaux. En plus des difficultés d'accès aux soins et l'incompréhension des patients au besoin de suivi, de nombreux facteurs s'accumulent et freinent les individus à vouloir consulter le dentiste. Il s'agit notamment de l'anxiété/phobie dentaire et du coût des soins (18).

I.D De multiples facteurs associés

Afin de mieux comprendre ces phénomènes, de nombreuses recherches ont mis en évidence que le respect des rendez-vous dans les services de chirurgie dentaire dépend de facteurs spécifiques.

On retrouve ainsi des **facteurs de risque et des facteurs protecteurs** associés au respect des rendez-vous en chirurgie dentaire.

Il est possible d'agir sur ces facteurs par de multiples moyens qui seront vus dans cette thèse. Une adaptation du cabinet et de l'équipe soignante est nécessaire afin de limiter les facteurs de risque du respect. L'objectif étant de réduire le plus possible le non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire.

I.E De multiples facteurs de confusion

Pour la suite, à travers l'ensemble des études présentées, il existe une multitude d'erreurs qui peuvent venir perturber l'interprétation des enquêtes épidémiologiques (19).

Premièrement, les erreurs aléatoires. Nommées fluctuations d'échantillonnage, ces erreurs surviennent au moment de la constitution de l'échantillon provenant d'une population source. Cette erreur est réduite en augmentant la taille de cet échantillon

Deuxièmement, Les erreurs systématiques. Nommés biais, il s'agit d'une estimation erronée d'un paramètre mesuré. On en retrouve différentes catégories :

- **Les biais de sélection** : Au moment de la constitution de l'échantillon il faut rechercher un groupe représentatif de la population sélectionnée avec un sondage aléatoire.
- **Les biais de classement** : Il s'agit des erreurs de mesure sur le phénomène concerné risquant de conduire à un mauvais classement des sujets. Une standardisation des procédures est nécessaire afin de contrôler ce phénomène.

➤ **Les biais de confusion :**

Dans les études présentées, il existe soit une corrélation, soit une causalité entre les facteurs. En statistiques, une corrélation n'est qu'un lien entre deux variables. Alors que la causalité est lorsqu'une variable est déterminante pour une autre variable. Un lien de causalité doit donc être démontré afin de prouver leurs impacts sur le non-respect des rendez-vous. Ces liens de causalité seront recherchés autant que possible.

Cependant, de multiples facteurs tiers perturbent la relation entre les paramètres mesurés : les biais de confusion. Nous pouvons notamment citer les paradoxes statistiques. Ils viennent tromper les analyses statistiques et seront donc pris en compte lors de la présentation des études : (20)

- **Le paradoxe de Simpson :** En transcrivant des hypothèses statistiques d'un groupe à un autre, certaines données peuvent être contradictoires. Ici, la plupart des études s'intéressent au non-respect des rendez-vous, moins s'intéressent aux raisons du respect des rendez-vous. De ce fait, certains facteurs s'avèrent être causaux dans un premier cas, mais pas dans le second. La recherche d'un facteur tiers est donc à considérer. Ce phénomène est limité en favorisant les protocoles d'étude avec essai randomisé et contrôlé.
 - **L'effet Hawthorne :** Lorsque les sujets savent qu'ils participent à une étude ou qu'ils sont observés, selon l'effet Hawthorne, ils modifient leur comportement naturel de ce simple fait. Ce phénomène se manifeste notamment lors de la justification du non-respect d'un rendez-vous. Par conséquent, cela peut conduire à des sur-estimations des résultats.
-

Afin de garantir la pertinence des conclusions présentées et d'éviter de tirer un jugement prématuré. Il sera nécessaire, de s'assurer de la présence minimale d'erreurs statistiques. Les résultats seront donc présentés de la manière la plus clairement lisible afin de réduire les sur-interprétations et les idées reçues.

Selon les recherches, les causes du non-respect des rendez-vous sont multifactorielles. Elles ne sont pas réductibles à une seule cause en particulier et sont donc liées à de **multiples facteurs associés**.

Afin de cerner au mieux cet ensemble complexe de facteurs, les auteurs *Lapidos, Shaefer et Gwozdek*, proposent dans leur étude de 2016, un modèle conceptuel classant ces facteurs dans trois différentes catégories qui s'entremêlent : (21)

- les facteurs structuraux ;
- les facteurs psychologiques ;
- les facteurs liés à la littératie en santé.

Par conséquent, le plan de la suite de ce travail suivra les différentes catégories de cette étude afin de pouvoir présenter, de la manière la plus claire et lisible possible, ces facteurs avec leurs complexités et leurs influences sur le respect ou non des rendez-vous.

II**Facteurs structureaux**

Lapidos, Shaefer et Gwozdek identifient un premier groupe de facteurs influençant le non-respect des rendez-vous : "Les facteurs structureaux" (21). Ce premier ensemble de facteurs regroupe l'ensemble des éléments qui concernent l'architecture et l'organisation du cabinet dentaire qui sont donc perçues par le patient comme incompatibles avec son mode de vie.

Les contraintes environnementales représentent tous les éléments relatifs à l'environnement du patient qui vont venir physiquement influencer le patient sur sa venue au cabinet. Ces contraintes correspondent donc aux moyens de transport du patient qui vont venir empêcher ou démotiver le patient à respecter sa venue au cabinet dentaire. Celles-ci regroupent notamment :

- **L'instabilité résidentielle du patient (21).**
- **Les aléas de transports (pannes, grèves, embouteillages, évènements culturels..)** (22). L'angoisse de prendre les moyens de transports en commun peut être une raison de non-respect dans certains cas (23). Les problèmes de transport sont une justification de non-respect des rendez-vous dans 8,8 % dans l'étude de *Shabbir* (24).
- **La météo.** Dans l'étude de *Maserejian et al.*, environ 10 % des patients ayant manqué un rendez-vous se justifient par les intempéries (25). Cependant, dans l'étude de *Hahm*, le taux de non-respect des rendez-vous n'augmente en moyenne qu'à 18,6 % avec intempéries contre 17,4 % sans intempéries (26).
- **La distance par rapport au cabinet (22).** 25% des Français ont déjà renoncé à des soins à cause de la distance du cabinet par rapport au domicile. Cette distance s'expliquant notamment par le manque de disponibilités pour les praticiens à proximité (5). De plus, la distance du cabinet en milieu urbain influe négativement sur le respect du rendez-vous (27). Cela n'est pas le cas pour le milieu rural étant donné que ces personnes sont déjà préparées à l'idée de faire de la route pour se rendre au cabinet dentaire (25). Selon *Wenby et al.*, chaque mile de distance augmente la probabilité de non-respect de 2 % (28).

Les contraintes environnementales sont difficilement modifiables. Par conséquent, il sera complexe d'agir sur ces facteurs. En revanche, il est intéressant de pouvoir prendre en compte, à l'oral ou dans le questionnaire médical, le moyen de transport et les difficultés de certains patients à se rendre au cabinet, comme par exemple l'appréhension d'arriver le matin, pendant les heures de pointe ou bien à la nuit tombée, afin d'adapter leurs rendez-vous.

II.B Les contraintes organisationnelles

Les contraintes organisationnelles représentent tous les éléments relatifs au patient et au cabinet qui vont venir perturber l'organisation du soin. Ces contraintes correspondent donc aux disponibilités du patient, de par sa vie professionnelle et/ou personnelle, qui ne concordent pas avec les disponibilités limitées du praticien. Celles-ci regroupent notamment :

- **Un temps de soin trop long par rapport à la disponibilité du patient .**
- **La vie professionnelle et/ou personnelle du patient** qui limite ses disponibilités ou les rend non prévisibles. Ainsi selon *Yarbbrough et al.*, 14,1 % des personnes justifient un non-respect par manque de temps (29). Chez les enfants, selon *Maserejian et al.*, un imprévu dans leur planning et/ou la gestion des activités extra-scolaires est l'une des principales raisons au non-respect des rendez-vous (25).
- **L'heure, le jour et la période du rendez-vous.** La littérature se contredit à ce sujet, mais certaines études mettent en avant une association entre le jour de la semaine, l'heure du rendez-vous et le non-respect des rendez-vous (30,31). Ainsi, selon *Storrs et al.*, un rendez-vous fixé dans la semaine a 33 % de risque en moins de non-respect comparé à un Lundi. De plus, un rendez-vous fixé à la plage horaire de 17H30 à 19H présente le plus haut taux de non-respect (10,6%) contre la plage horaire de 12H00 à 13H30 (7,7%) (30). Concernant la période de l'année, les mois de Mars et Décembre semblent plus à risque de non-respect que les mois de Août et Octobre (26,27).
- **Un délai d'attente trop long avant le prochain rendez-vous du patient.** Selon la même enquête française réalisée pour *l'Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé (UNAASS)* en 2019, 44 % des Français ont déjà renoncé à des soins à cause du délai de rendez-vous trop long (5). *Modifi*, reporte également qu'un long délai de rendez-vous n'encourage pas le patient à respecter ses rendez-vous (32). En dessous de 2 semaines de délai, il n'y a pas de différence sur le respect des rendez-vous (33). Un délai supérieur à 2 semaines est associé à l'augmentation du non-respect des rendez-vous (27). Ainsi, *Price et al.* ont pu mettre en avant un risque doublé de non-respect lorsque le délai est supérieur à 2 semaines (34). *Tuominen et al.* ont également mis en avant qu'au-delà d'un délai de 46 jours pour un rendez-vous non urgent, la satisfaction du patient baisse significativement (35).

II.C Les difficultés financières

En France, la plupart des actes dentaires sont pris en charge à l'aide du remboursement de la Sécurité Sociale et de la complémentaire santé du patient. Ces remboursements, varient d'un acte à un autre, en étant soit totalement, soit partiellement, soit, dans certains cas, non remboursés.

Cependant, les difficultés financières représentent un frein à la prise en charge des patients, elle regroupe plusieurs facteurs :

- **L'absence d'aides financières et de tiers-payant.** On estime que 30 % des français ont déjà renoncé à des soins à cause de l'impossibilité d'avancer les frais (5). *Mathu-Muju et al.*, mettent également en avant que les patients qui manquent le plus souvent leurs rendez-vous sont ceux qui doivent payer leurs traitements eux-mêmes sans aides et qui en sont financièrement incapables (36). Dans l'étude de *Daggy et al.*, le taux de rendez-vous non respectés varie de 11,2 % à 16,4 % lorsque la couverture de l'assurance est plus faible (37).
- **Le coût des soins dentaires trop élevé.** Aux États-Unis, 40,2 % des patients renoncent aux soins dentaires à cause de leur coût (29). On retrouve également d'autres chiffres : (15,38)

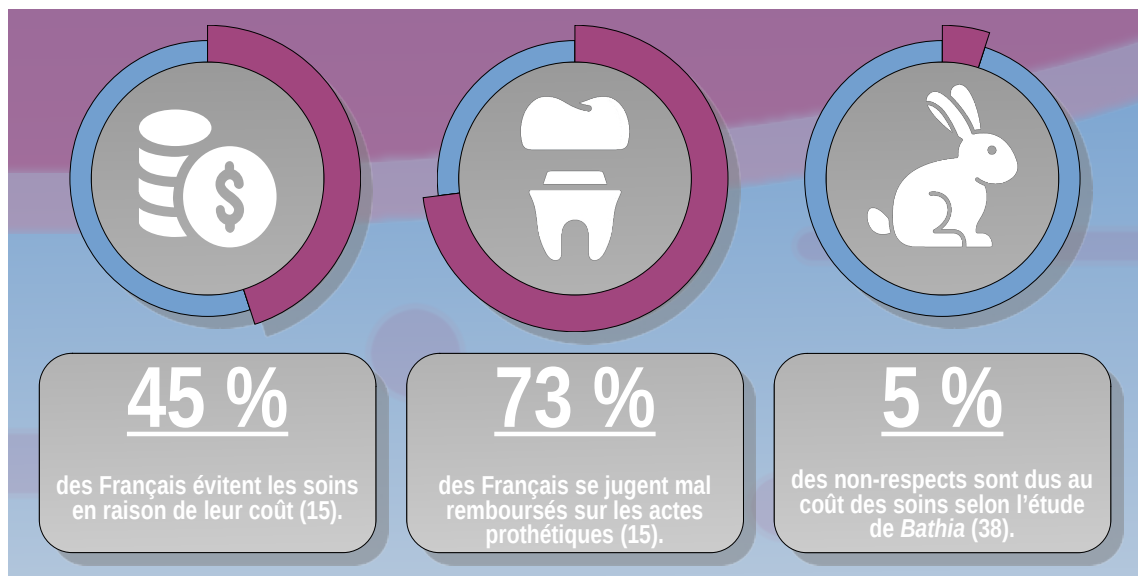


Figure 1: L'influence du coût des soins dentaires (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Cuputo et Mihimihi de www.Flaticon.com)

II.C.1 L'apport de la convention "100 % santé "

Depuis le 1^{er} Janvier 2019, le gouvernement, les mutuelles et les syndicats ont mis en place progressivement la convention "100 % Santé" afin de rendre plus accessible les soins médicaux à l'ensemble des Français

Ainsi en 2020, en France, selon la *Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)*, la part des ménages dans les dépenses des soins dentaires ne représente que 18,3 % (soit 1 997 millions d'euros), soit 3,8 points en moins de 2019 à 2020 (39). 79 % des Français sont satisfaits de cette convention (40).

Cependant, cette convention se heurte à de multiples limites : (40)

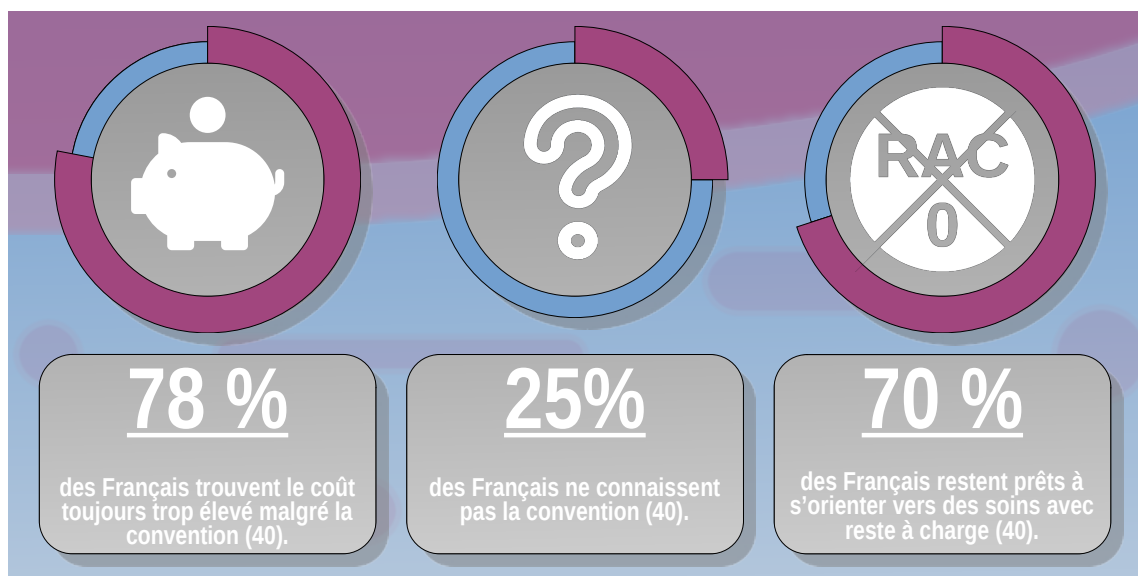


Figure 2: Les limites de la convention "100 % Santé" (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo)

Maserejian, souligne le fait que d'offrir des soins dentaires ne semble pas suffisant, à lui seul, pour assurer le respect des rendez-vous (25).

II.D La discrimination

La discrimination se définit comme une différence de traitement réel ou supposé entre des personnes placées dans une situation similaire selon des critères spécifiques liés par exemple à l'origine, l'état de santé, aux convictions, le genre, le mode de vie ou bien l'âge (32,41). Ce facteur dépendra de la perception du patient sur ce qu'il analyse comme étant une discrimination. De ce fait, il est donc un facteur structurel et psychologique (21).

Se montrer discriminant envers les patients, représente une faute déontologique et pénale et est régi par les articles suivants :

Tableau 1: Articles relatifs à la discrimination dans les soins

Article 225-1 du code Pénal	Définissant les différentes discriminations, comme les personnes en situation de handicap, situation de précarité, personnes âgées, étrangers, atteints de pathologies graves etc. (42).
Article R.4127-7 du code de la Santé Publique	Expliquant que le soignant ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée (43).
Article L1110-3 du code de la Santé Publique	"Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins." (44).

Malgré cela, dans la littérature, la discrimination dans le domaine de la santé est présente pour de nombreuses populations concernées (45). L'exemple de la discrimination financière et sur l'état de santé sont largement représentées dans la littérature : (5,46–48)

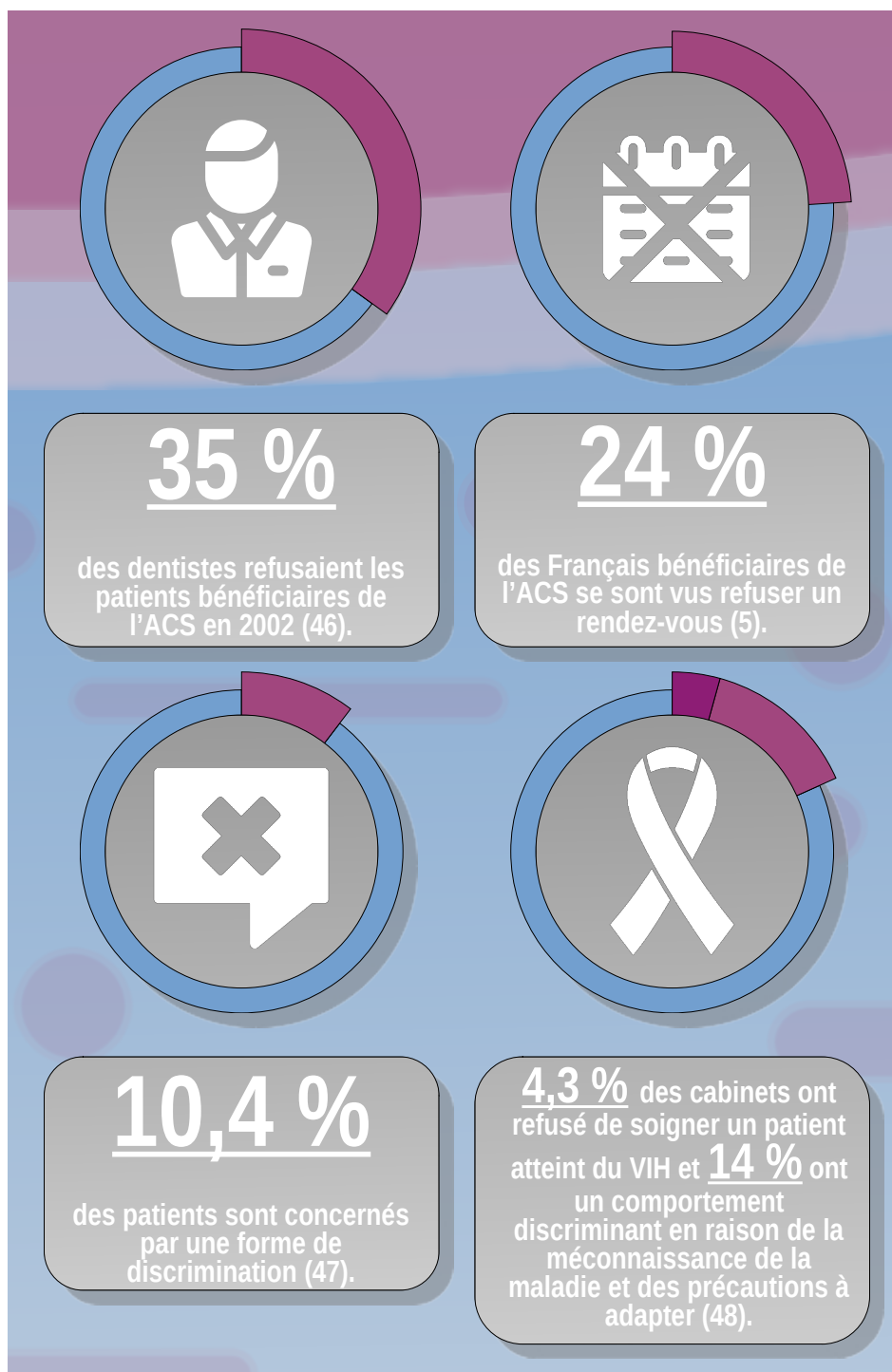


Figure 3: Quelques chiffres à propos de la discrimination dans les soins (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Freepik et DinosoftLabs de www.Flaticon.com)

La discrimination peut être présente à chaque étape du parcours du soin : le refus de soin ; un délai augmenté de rendez-vous ; le refus d'appliquer les dispositions financières. Côté du patient, cela peut se traduire par une anticipation de discrimination de la part de l'équipe soignante, ce qui altère la relation de confiance avec leur praticien (45). Il en résulte une association entre la discrimination et le non-respect des rendez-vous (47).

III **Facteurs psychologiques**

Lapidos, Shaefer et Gwozdek identifient un deuxième groupe de facteurs influençant le non-respect des rendez-vous : "Les facteurs psychologiques" (21). Cet ensemble de facteurs inclut les éléments qui vont venir favoriser l'évitement des soins, par le patient, et donc le non-respect des rendez-vous.

III.A **Les troubles mentaux**

Les troubles mentaux touchent environ 25 % de la population en France chaque année (49). Selon le *Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux* (DSM-5). Un trouble mental est défini comme étant : "Un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental." (50).

Parmi les troubles mentaux anxieux et de l'humeur, la détresse psychologique s'avère être un critère décisif afin d'évaluer la gravité de ces différents troubles (51). Mesurée dans les populations via l'échelle de Kessler, la détresse psychologique s'avère être associée avec de nombreux problèmes de santé lorsque celle-ci est considérée comme grave : (52,53)

- une qualité de vie quotidienne diminuée (50) ;
- des difficultés d'intégration sociale (50) ;
- plus de risques de ne pas être assurée (52) ;
- un style de vie à risque (53) ;
- de multiples problèmes de santé bucco-dentaire (défaut de contrôle de plaque, lésions carieuses, maladies parodontales, flux salivaire perturbé) (51) s'expliquant par une moins bonne hygiène orale (54).

L'association de multiples comportements à risques (55) explique une prévalence du besoin en soins dentaires plus importante chez ces patients (56).

De plus, ils présentent plus de risques de ne pas respecter leurs visites médicales (57). Cela s'expliquant notamment par les peurs de l'analyse de leurs corps ; d'avoir des problèmes graves ou de la peur de la mort.

Ainsi, la littérature met en évidence une association entre la prise de psychotiques et le non-respect des rendez-vous (58). La dépression l'est également avec une prévalence de 10,08 % chez les personnes ne respectant pas leurs rendez-vous (59).

Ainsi, les patients atteints de troubles mentaux demandent une adaptation de prise en charge : une communication centrée sur la sensibilisation et la tranquillisation de leurs craintes est essentielle afin de favoriser le respect des rendez-vous par ces patients.

III.A.1 L'anxiété et la phobie dentaire

Parmi les différents troubles mentaux, la phobie dentaire est classée dans la catégorie des troubles anxieux et est définie comme suit : "Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objet ou le type de situation qui induisent la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé." (50).

Ainsi, le Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux (DSM-5), définit plusieurs termes : (50,60)

Tableau 2: Définitions de peur, anxiété et phobie selon le DSM-5

Peur	Est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue
Anxiété	Est l'anticipation d'une menace future
Phobie	"Les sujets ayant une phobie spécifique sont anxieux ou ont peur d'objets ou de situations bien définis ou les évitent. [...]. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont presque toujours immédiatement induits par la situation phobogène de manière persistante et disproportionnée par rapport au risque véritablement présent."

Par conséquent, la phobie du dentiste, aussi appelé odontophobie, englobe de multiples peurs que les patients peuvent rencontrer dans un cabinet. Ainsi nous retrouvons notamment : (61,62)

- les peurs qui tournent autour de l'anesthésie : piqûre, injection, aiguille, sensation ;
- la peur de la douleur en per- et post-opératoire ;
- la peur de l'intrusion dans l'intimité qu'est la cavité orale ;
- la peur des actes thérapeutiques à effectuer ;
- la peur des radiations ;
- la peur du vomissement...

White et al. estiment que cette anxiété dentaire a une prévalence de 19 % dans la population (61). Elle est associée notamment avec un ressenti de la douleur plus élevé, des nausées plus prononcées (63), un plus grand risque de développer des comorbidités phobiques comme des troubles de l'humeur, des dépressions et d'autres troubles mentaux (64).

White et al. établissent une association et mesurent une prévalence de 8,4 % de la population qui ne respecte pas leurs rendez-vous à cause de l'anxiété dentaire (61). Cette association est également mise en avant par Wogelius et Poulsen (65).

Les mauvaises expériences dentaires, l'anxiété dentaire et le non-respect des rendez-vous sont trois acteurs qui rentrent en relation dans un cercle vicieux qui dégrade indubitablement l'état de santé bucco-dentaire des patients qui doivent donc subir des traitements plus lourds, laissant en mémoire une plus mauvaise expérience entraînant le patient plus loin dans ce cercle vicieux : (65,66)

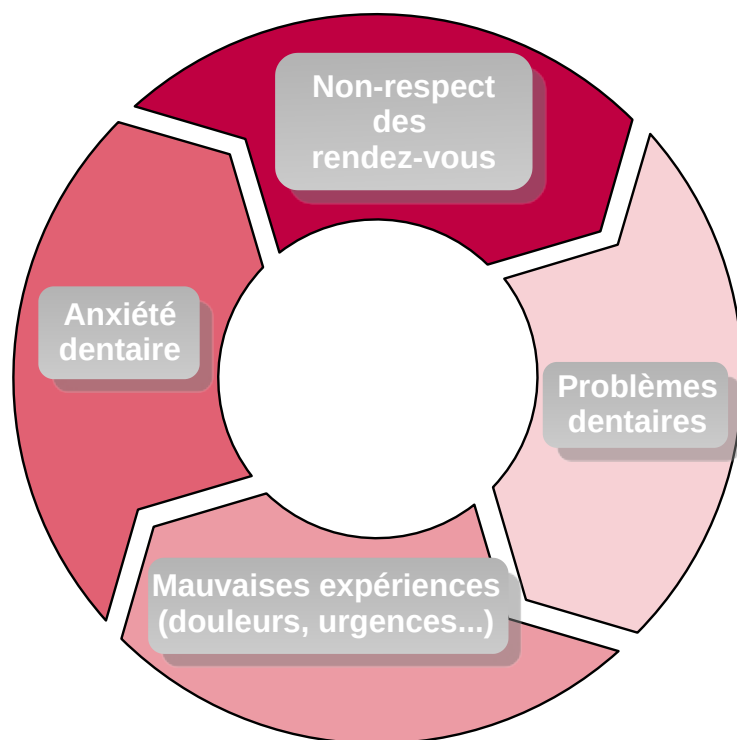


Figure 4: Schéma représentant le cercle vicieux de la phobie dentaire (iconographie personnelle adaptée de Armfield (66). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo)

L'anxiété dentaire est multifactorielle. Longtemps associée avec une expérience traumatisante (67), les origines incluent également : expériences passées ; médias ; manque d'estime de soi ; anxiété sévère de l'entourage... (68,69) Au-delà de la sphère bucco-dentaire, le retentissement des conséquences de l'anxiété dentaire sur la qualité de vie de ces personnes est important.

L'**épuisement émotionnel** se définit comme étant un état physique et psychique de fatigue qui résulte de l'accumulation du stress provenant de la vie professionnelle et/ou personnelle. Le temps de repos habituel n'est plus suffisant pour soulager cette fatigue qui alors devient chronique (70).

Il représente l'un des signes de l'**épuisement professionnel**, aussi dit "Burnout" en Anglais. L'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie car il n'est pas reconnu dans le DSM-V et ne se caractérise donc pas par un diagnostic précis de symptômes et causes précises (71). En revanche, il est défini comme un syndrome qui regroupe des symptômes mais sans se référer à un élément causal dans sa définition (70).

- **L'épuisement professionnel** induit de nombreux impacts négatifs sur le plan physique et psychique en réduisant le sens des responsabilités et en augmentant l'anxiété, le stress, la fatigue, l'insomnie, les troubles de l'humeur etc. Selon l'étude de *Khiredine* publiée en 2015, sa prévalence est estimée à 7 % dans la population française (72). Il est associé avec la dépression, l'usage de psychotiques ou de drogues (73) et avec de multiples problèmes de santé comme le diabète, les pathologies cardiovasculaires et la mortalité prématurée... (74)
- **L'épuisement émotionnel** a pour conséquence de provoquer de la fatigue et des difficultés de gestion et est associé avec la dépression. Il représente ainsi l'un des facteurs expliquant le non-respect des rendez-vous (75). Ainsi, l'épuisement émotionnel est lié à environ 5 % des rendez-vous non respectés chez les personnes ayant des antécédents de troubles psychologiques, selon l'étude de *Miller-Matero et al.* (73).

III.B Les profils à évitement des soins

L'évitement des soins se définit comme le fait de s'éloigner des procédures des soins qui provoquent chez le patient une détresse physique mentale (62).

Malgré les multiples campagnes de prévention mises en place et de la connaissance de la nécessité de leurs prises en charge (76), la prévalence des profils à évitement des soins dentaire dans la population varie de 6,7 à 10 % selon la littérature (77–79).

L'évitement des soins est un comportement ayant un fort impact négatif sur l'état de santé générale et dentaire des populations. Ce profil de patient a tendance à éviter voire manquer ses consultations et ne venir qu'en cas de fortes douleurs (59). Ainsi, le retard de prise en charge augmente le nombre, la sévérité et la chronicité des pathologies. Étant plus graves, les options de traitements adaptés sont moins nombreuses, plus invasives, plus longues et plus coûteuses, ce qui représente une charge émotionnelle plus grande à subir pour le patient (62,77).

De nombreuses caractéristiques sont associées avec le profil d'évitement des soins :

- manque de support social (80) ;
- absence d'un praticien habituel (81) ;
- tabagisme quotidien (81) ;
- mauvaise hygiène de vie (81) ;
- fatalisme médical (81) ;
- névrosisme (45,81): S'opposant à la stabilité émotionnelle, il s'agit de la prédisposition d'un individu à ressentir des émotions négatives comme la colère, l'anxiété ou la dépression (82) ;
- antécédents de rendez-vous non respectés (59) ;

Aucune étude ne chiffre avec précision le taux des rendez-vous manqués pour les profils à évitement des soins car, souvent, les études incluent l'anxiété et d'autres facteurs dans ces données sans isoler les profils à évitement des soins.

Cependant, il est nécessaire d'être capable d'identifier ces profils afin de limiter le plus possible ces phénomènes. Une meilleure prise en charge de l'évitement des soins améliore l'état de santé de la population et réduit les coûts de prise en charge (83).

Enfin, *Lapidos, Shaefer et Gwozdek* identifient un dernier groupe de facteurs influençant le non-respect des rendez-vous : "Les facteurs liés à la littératie en santé" (21).

Le *Health Resources & Services Administration (HRSA)*, définit la littératie en santé comme étant : "Le degré que possèdent les individus à obtenir, traiter et comprendre les informations basiques et nécessaires en santé afin de réaliser les décisions de santé appropriées." (84).

La littératie est essentielle dans la promotion de la santé lors de la prévention primaire. Mais également dans la prévention secondaire et tertiaire, car une communication défailante entre le professionnel de santé et le patient ou une mauvaise compréhension des informations peuvent conduire à des erreurs médicales (85). Or, avec la multiplication des sources d'informations et de la variété des formats, le contenu des informations sur la santé devient colossal ce qui apporte la confusion lorsqu'il s'agit d'obtenir des données concises (85).

Le niveau de littératie en santé des personnes dépend de nombreux facteurs. Il s'agit principalement : des capacités de communication et d'évaluation ; du niveau d'éducation ; de la culture et du langage des individus. De plus, la capacité des médias et du gouvernement à promouvoir et transmettre les informations adéquates ont également une influence (86).

Ainsi, le comité sur la littératie en santé de l'Institut de Médecine (IOM) identifie, un ensemble de facteurs influençant le niveau de littératie de santé de la population : (86)

- les facteurs culturels et sociaux ;
- le système d'éducation ;
- le système de santé.

Ces facteurs, impactant sur le niveau de littératie en santé de la population, influencent aussi indirectement le niveau de maladie et les coûts en santé de manière générale : (86)

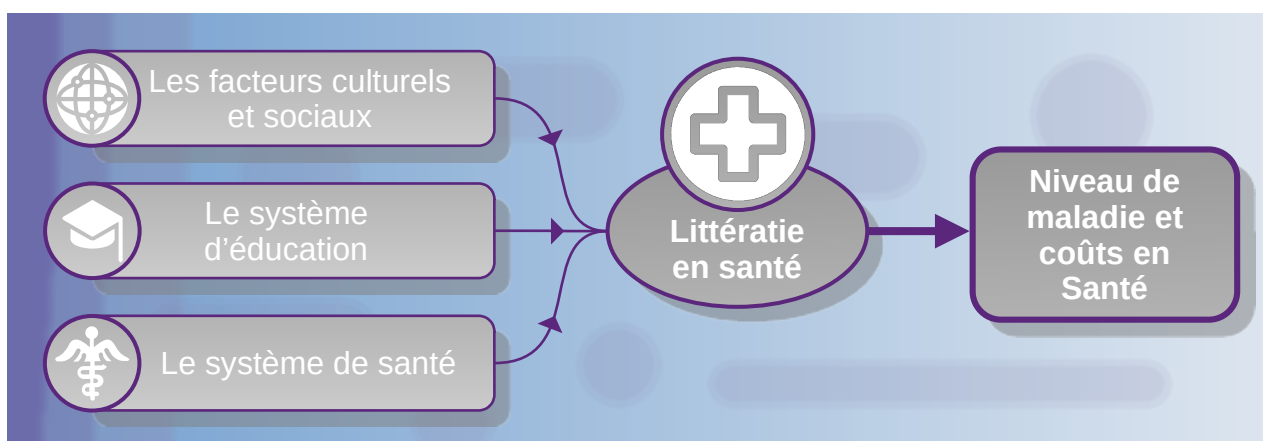


Figure 5: Structurogramme des acteurs et influence de la littératie en santé (iconographie personnelle adaptée du livre "Health Literacy : A Prescription to End Confusion" (86). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo)

Un défaut de littératie en santé implique une sous-évaluation de la santé bucco-dentaire par le patient qui n'est donc pas capable d'estimer correctement son état de santé bucco-dentaire et ne comprend pas la valeur du suivi et des visites régulières. Dépendant du patient et du praticien, la sous-évaluation de la santé bucco-dentaire est donc à la fois un facteur structurel et un facteur de littératie en santé (21).

Ce défaut de littératie en santé générale est estimé à 33 % dans la population (87). Cependant, en santé bucco-dentaire il peut atteindre jusqu'à 61,3 % comme dans l'étude de *Baskaradoss* (88). Il est plus fréquemment retrouvé chez les personnes avec de faibles revenus (87).

Les personnes avec un faible niveau de littératie en santé ont tendance à moins fréquenter et respecter leurs rendez-vous médicaux (89). Cet évitement des soins est associé avec un niveau de maladie plus grand et un plus grand besoin de soins (73,76).

Plus précisément, la faible littératie en santé, à travers la sous-évaluation de la santé bucco-dentaire, est associée à un plus grand nombre de caries ou de problèmes parodontaux (25,90).

Ainsi, *Baskaradoss* montre, dans son étude de 2016, une association entre un faible niveau de littératie en santé et le non-respect des rendez-vous par une prévalence de 74 % des patients ayant une faible littératie et qui ne respectent pas les rendez-vous en odontologie (88).

Améliorer le niveau de littératie en santé avec une communication personnalisée et une éducation adaptée aux besoins ou demandes du patient permet de lui faire comprendre les risques encourus du non-suivi et les bénéfices de faire des contrôles dentaires réguliers (91). Cela permet d'assurer un meilleur suivi du patient et donc d'améliorer sa santé bucco-dentaire (29).

La délivrance des informations de santé à nos patients se fait par le biais de notre communication. Au sein d'un cabinet dentaire, les possibilités pour communiquer avec le patient sont multiples, tout comme les obstacles à la compréhension des informations. On peut retrouver la barrière de la langue, les insatisfactions dues à la communication verbale du praticien, la capacité de compréhension du patient... Par conséquent, le défaut de communication représente à la fois un facteur structurel et de littératie en santé (21).

Une communication qualitative est associée à une meilleure littératie de santé. Elle conduit donc à une meilleure prise en charge, des contrôles plus réguliers, une meilleure hygiène bucco-dentaire pour le patient et une relation patient-soignant améliorée (92).

À l'opposé, un défaut communication est associé à un faible niveau de littératie en santé et est la raison la plus commune d'insatisfaction des patients de leur praticien (93). Cette mauvaise communication, s'exprime par des difficultés de compréhension des informations écrites (devis, questionnaires médicaux, ordonnances...) et un manque de confiance au moment des soins (94).

Aucune étude ne montre directement l'association entre la communication et le respect des rendez-vous. Cependant, étant associée avec à une meilleure littératie en santé, elle représente un facteur important à prendre en compte.

Le fatalisme dentaire peut être défini comme l'acceptation passive de la maladie dentaire et de ses conséquences, et peut entraîner une non-prévention et une non-utilisation des soins dentaires. Il est aujourd'hui perçu comme une barrière à l'amélioration de l'état de santé des individus. Sa prise en charge psychologique est importante pour les cliniciens (95). Il est à la fois un facteur psychologique et un facteur de littératie en santé (21).

En odontologie, ce fatalisme s'exprime notamment à travers de nombreuses idées reçues : (96,97)

- La plupart des gens ont, un jour, des problèmes avec leurs dents ;
- La plupart des gens finissent par se faire retirer leurs dents ;
- La plupart des gens, finissent par avoir des douleurs dentaires ;
- La plupart des gens vont avoir des gencives qui saignent ;
- Les déchaussements dentaires sont inévitables ;
- Les enfants attrapent forcément des caries ;
- Il n'est pas nécessaire de soigner les dents de lait car elles finissent par tomber.

Dans la population générale, la prévalence du fatalisme dentaire n'est pas connue mais on la retrouve plus souvent dans des milieux socio-économiques bas, avec un stress familial et des croyances culturelles limitantes (98).

Selon l'étude de *Bandura*, le fatalisme dentaire est lié au concept d'auto-efficacité (99). Chez un patient, cette auto-efficacité se définissant comme : "La confiance en sa capacité à se comporter de manière à produire un résultat souhaitable.". Cette auto-efficacité est associée avec un bon comportement de prévention et d'hygiène bucco-dentaire (96,99).

En matière de santé bucco-dentaire, le patient se fixe certains objectifs à atteindre. Pour les atteindre, il met en place des stratégies de prévention bucco-dentaire (visites régulières, contrôle de plaque correct, respect des rendez-vous dentaire...). Cependant, ces objectifs vont dépendre : (99)

- **De l'évaluation par le patient de ses objectifs** : qui dépendent de la littératie en santé du patient ;
- **Des facilités et des obstacles socio-structuraux** ;
- **De l'auto-efficacité** : plus elle est forte et plus les patients se fixent des objectifs élevés et ont un engagement ferme envers eux.

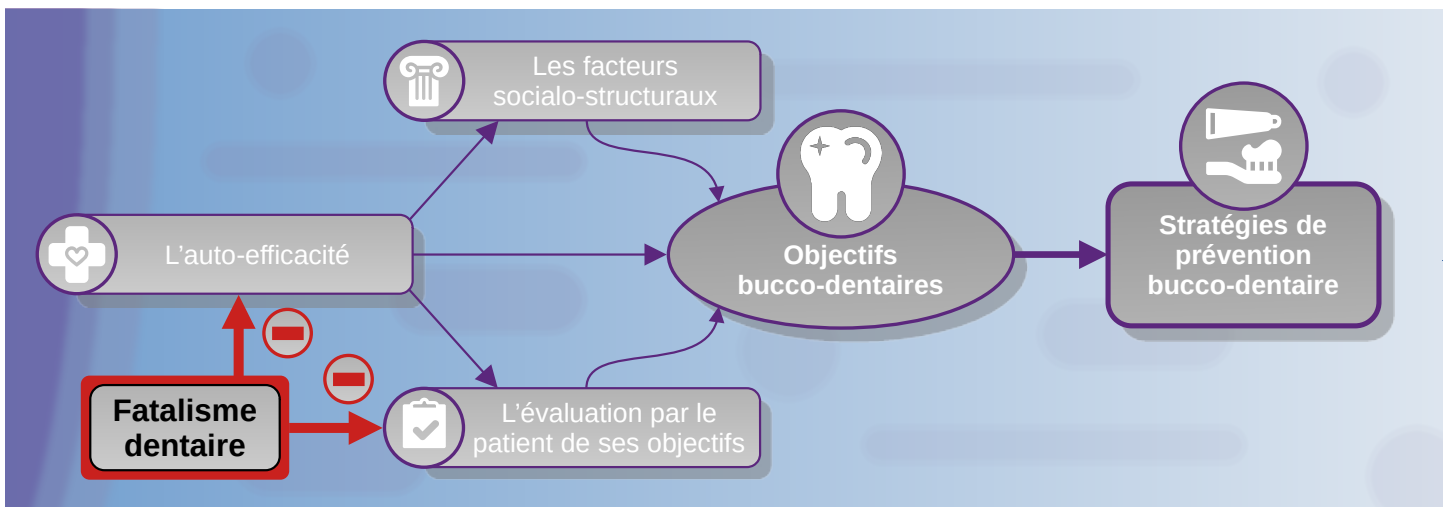


Figure 6: Structurogramme de l'impact du fatalisme dentaire sur les comportements de prévention bucco-dentaires (iconographie personnelle adaptée de Bandura (99). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo)

Le fatalisme dentaire va venir agir défavorablement sur l'auto-efficacité et l'évaluation par le patient de ses objectifs. Cela réduit donc les stratégies de prévention bucco-dentaires mises en place par le patient (100).

Les études mettent en avant la présence du fatalisme dentaire dans le domaine de l'odontologie pédiatrique. Les comportements de prévention bucco-dentaire de l'enfant découlent directement de ceux des parents (101). Ainsi, le fatalisme dentaire (97), le manque d'auto-efficacité (97), le mauvais état de santé bucco-dentaire des parents (101) et le manque en littératie en santé générale (97), sont des facteurs associés avec les caries précoces du jeune enfant et le risque carieux élevé de l'enfant.

Le défaut d'auto-efficacité est associé à une sous-évaluation de la santé bucco-dentaire (102). Le fatalisme dentaire pourrait expliquer une partie du non-respect des rendez-vous mais il n'y a pas d'étude qui montre l'association directe entre ces deux éléments (21). Cependant il reste un facteur important à prendre en considération dans l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de nos patients.

IV.B Les oublis

Parmi les facteurs liés au non-respect des rendez-vous, les oublis représentent un facteur structurel, psychologique, et lié à la littératie en santé (21).

Les oublis sont considérés comme l'un des facteurs les plus communs expliquant le non-respect des rendez-vous. (103) Cependant, il s'agit d'un facteur difficilement mesurable car l'oubli représente une excuse simple à fournir (56).

Ainsi, la prévalence des oublis dans le non-respect des rendez-vous varie de 24,3 % à 51,4 % dans les études (24,104–106).

Ainsi, la mise en place d'un système de rappel est associée à la réduction du non-respect des rendez-vous (30). Plusieurs études cas-témoins permettent d'observer l'impact des systèmes de rappels sur le non-respect des rendez-vous et donc sur les oublis : (107–110)

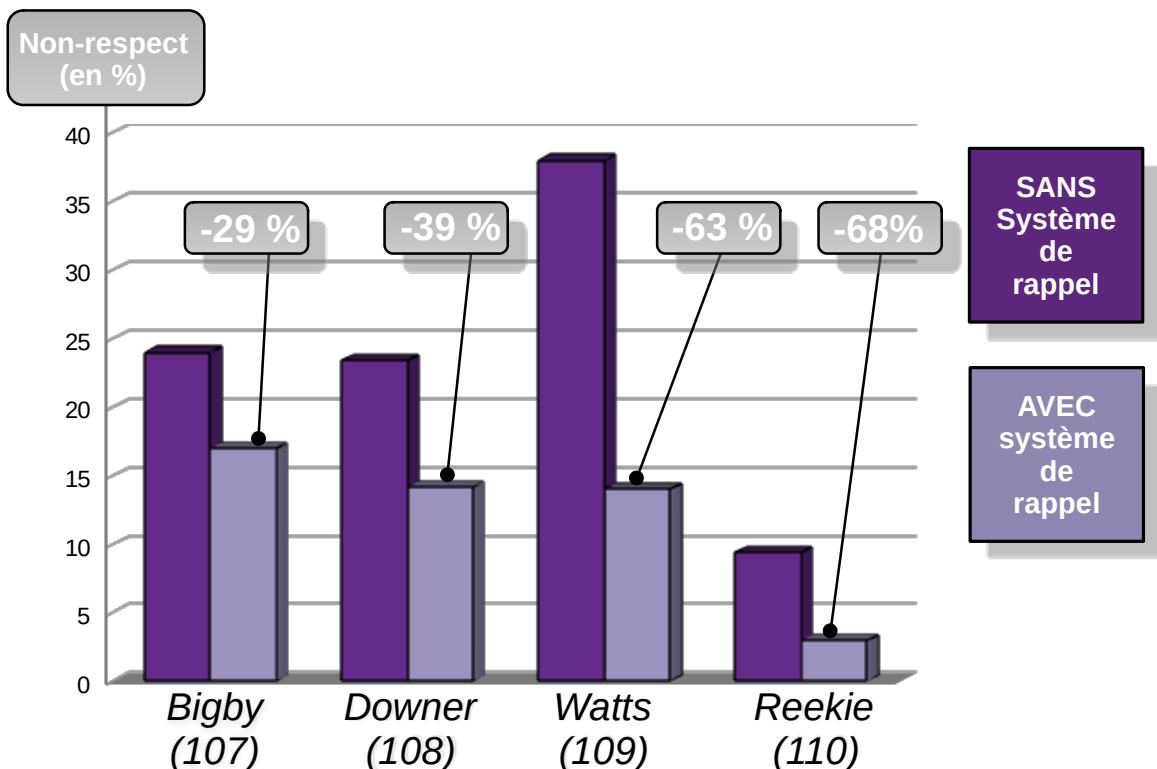


Figure 7: Diagramme de l'impact des systèmes de rappels sur le non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle)

Le système de rappel permet de diminuer de 49 % en moyenne le non-respect des rendez-vous (107–110) .

V Autres facteurs

V.A Les caractéristiques du rendez-vous

Certains types de rendez-vous sont plus à risque de non-respect que d'autres. Cela va dépendre notamment :

- **La nature du rendez-vous.** Les rendez-vous d'endodontie puis de parodontologie sont associés à un plus grand non-respect des rendez-vous comparés à ceux d'urgences ou de contrôle (30). Cela pouvant s'expliquer par la mécompréhension du patient sur l'utilité de ces disciplines et du soulagement de la douleur lors du rendez-vous d'urgence ce qui fait perdre la motivation du patient à respecter son prochain rendez-vous : (30,111)

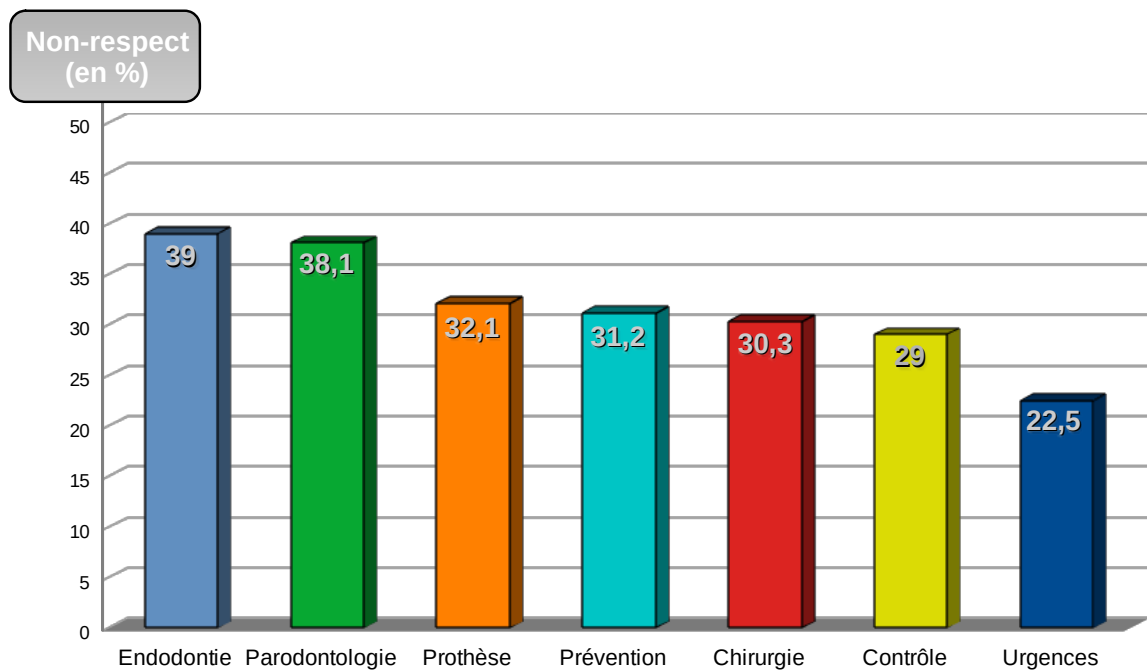


Figure 8: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la discipline selon Storrs (30) (Iconographie adaptée depuis Storrs (30).)

- **La première consultation** semble avoir un effet négatif sur la probabilité de respect des rendez-vous (26,112). Cela s'expliquant par le fait que les nouveaux patients ne sont pas familiarisés avec les procédures et politiques du cabinet et peuvent oublier ou ne pas comprendre l'importance du respect de leurs rendez-vous. En outre, les nouveaux patients peuvent ne pas avoir développé une relation de confiance avec leur dentiste ou l'équipe du cabinet, ce qui peut les inciter à manquer le rendez-vous (26,112).

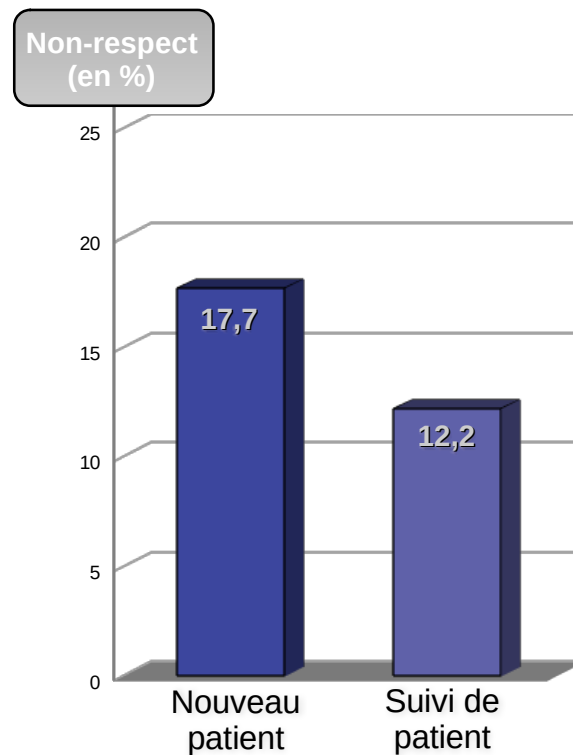


Figure 9: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction du suivi du patient selon Parente (112) (Iconographie adaptée depuis Parente (112).)

- **L'absence de confirmation du rendez-vous.** Selon, *Parente* le fait de ne pas avoir confirmé son rendez-vous semble accentuer le risque de non-respect des rendez-vous (112). *Can* obtient des résultats similaires dans son étude (113). Cependant plus d'informations sont nécessaires pour établir une association.

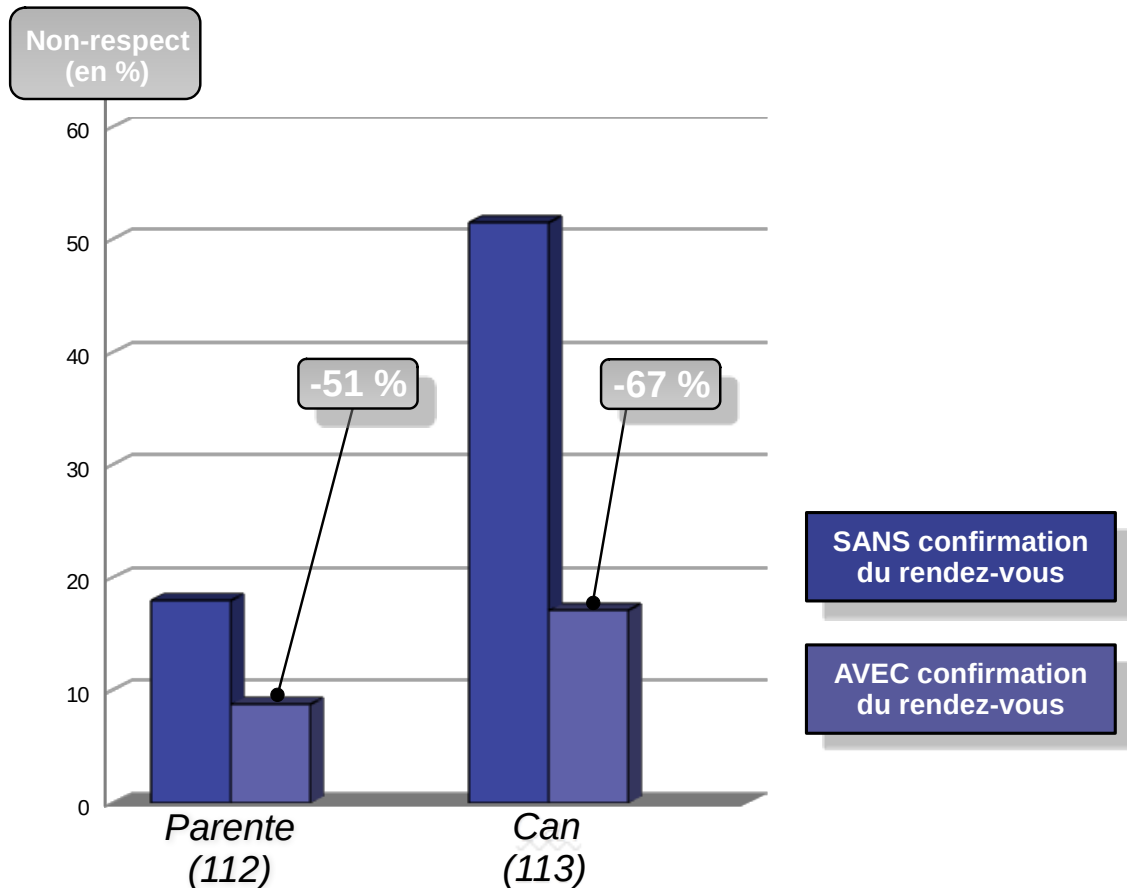


Figure 10: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la confirmation du rendez-vous (iconographie personnelle)

V.B Antécédents de non-respects

Les patients qui ont déjà manqué des rendez-vous dans le passé sont associés à un plus grand risque de ne pas respecter à l'avenir des rendez-vous. Ils ont déjà démontré qu'ils n'ont pas un engagement fort envers leur santé bucco-dentaire ou qu'ils ont des difficultés à respecter les engagements (24,26,112).

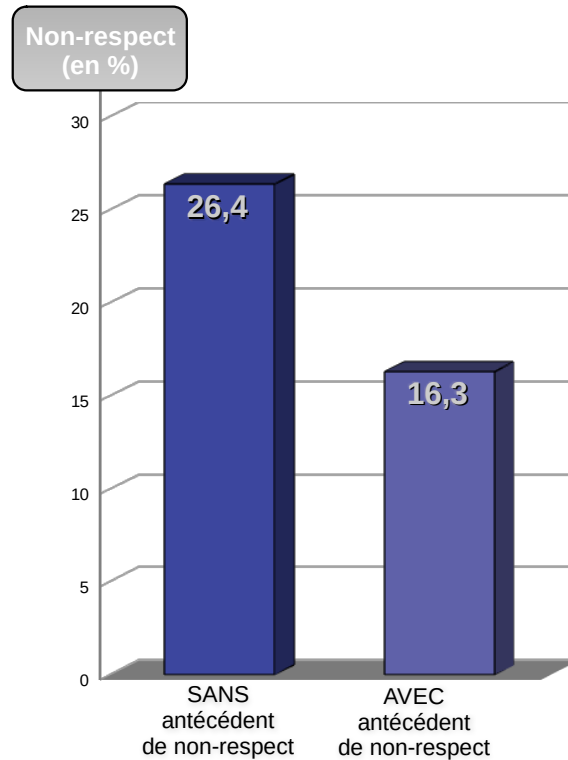


Figure 11: Diagramme des proportions du non-respect en fonction des antécédents de non-respect de rendez-vous selon Hahm (26) (Iconographie adaptée depuis Hahm (26).)

Il est important de noter que d'avoir des antécédents de non-respect de rendez-vous n'entraîne pas automatiquement des non-respects à l'avenir.

Il est donc important d'établir une communication claire avec le patient pour identifier les raisons de ses antécédents de non-respect de rendez-vous et de mettre en place des solutions adaptées pour l'aider à respecter ses rendez-vous futurs.

La littérature montre que plusieurs facteurs socio-démographiques semblent influencer le non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire :

- **Le jeune âge du patient.** Les patients plus jeunes (18 à 30 ans) sont plus à risque de ne pas respecter leurs rendez-vous, probablement en raison de leur manque d'engagement envers leur santé bucco-dentaire (112).
- **Le niveau socio-économique bas.** Les patients de niveau socio-économique inférieur sont associés à un risque plus élevé de non-respect des rendez-vous, ce qui pourrait être lié à des facteurs tels que l'accès limité aux soins dentaires ou à la difficulté financière (114).
- **Le niveau d'éducation bas du patient,** associé avec un plus grand risque de non-respect du rendez-vous. Ce facteur semble également lié avec un faible niveau en littératie de santé (25).
- **D'autres facteurs** avec des chiffres qui semblent être en lien avec le non-respect des rendez-vous mais qui n'atteignent pas le seuil significatif statistique. Il s'agit notamment : du sexe féminin qui annule plus souvent les rendez-vous (105,112), les hommes qui s'absentent à leurs rendez-vous (30) et le fait d'être seul et célibataire dans son foyer (114).

Ces facteurs socio-démographiques peuvent interagir entre eux, et ne sont pas des indicateurs déterminants pour expliquer le non-respect de rendez-vous.

VI Résumé de l'ensemble des facteurs

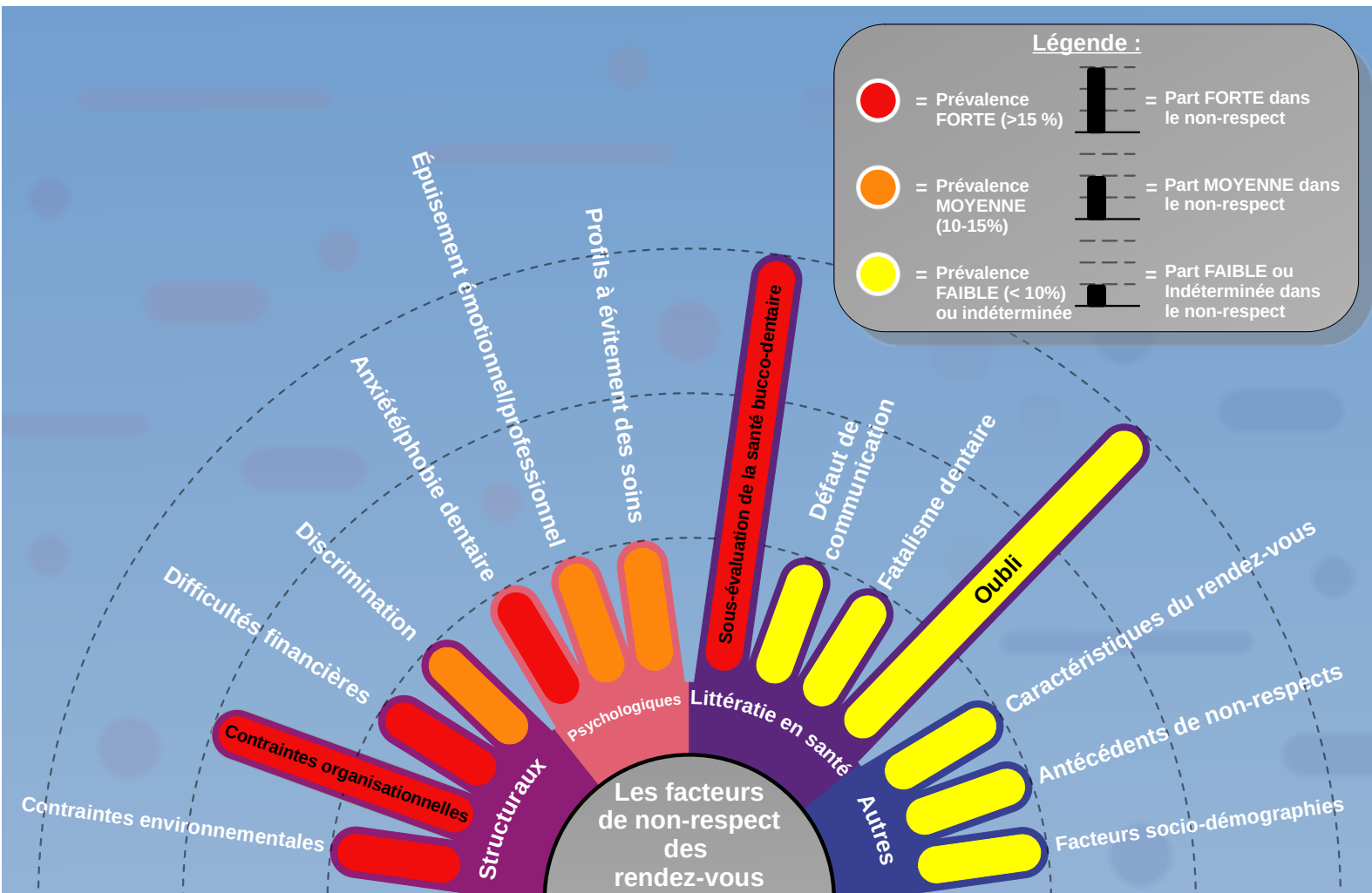


Figure 12 : Graphique résumé des facteurs de non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle)

L'évaluation de ces facteurs permet d'anticiper le potentiel non-respect du rendez-vous. Pour ce faire, il est possible de procéder de la manière suivante :

- **Analyse des données administratives** : les antécédents de non-respect ; les facteurs socio-démographiques etc.
- **Analyse des données des questionnaires** : la santé mentale ; les difficultés financières ; les difficultés de transport ; les problèmes de mémoires, entre autres.
- **Réalisation d'un entretien de pré-rendez-vous** : les difficultés de transport ; les conflits de planning ; les problèmes financiers ou tout autre information pas assez précise ou non obtenue dans les questionnaires.
- **Évaluation du risque de non-respect des rendez-vous**

Afin d'être le plus juste possible, la conception d'un tel outil d'analyse et d'évaluation du risque de non-respect se doit de s'adapter à la pratique souhaitée de l'équipe soignante tout en étant dynamique en utilisant les données des patients non venus au cabinet pour avoir l'évaluation la plus juste possible.

Revue des stratégies de gestion du non-respect des rendez-vous

I Stratégies préventives

I.A Le surbooking

Le surbooking est une méthode d'optimisation qui se définit selon le principe de réservations multiples de patients sur une période de temps partiellement ou totalement commune (112).

Cette technique ne permet pas de limiter le non-respect des rendez-vous mais elle permet, par anticipation, de limiter leurs conséquences négatives sur le cabinet dentaire.

S'il est mal anticipé, le surbooking induit des **inconvénients** :

- **Des temps d'attente plus long pour les patients**, qui, à partir de 15 minutes, seront perçus comme un manque de respect (115,116), induisant de l'anxiété et un taux de non-respect plus élevé (117,118).
- **Une surcharge de travail pour l'équipe soignante** : donc une qualité de soins diminuée car le système impose de la précipitation et du stress. (117). À long terme, une surcharge de travail induit des conséquences néfastes pour la santé (119).

Dans des conditions bien précises, le surbooking permet d'augmenter l'optimisation au cabinet et le taux de travail du praticien donc l'accès aux soins pour les patients (112,117). Pour ce faire, le surbooking devrait se limiter uniquement aux rendez-vous à haut risque de non-respect (120).

Il n'y a pas de valeur numérique précise qui définit un taux de non-respect des rendez-vous en cabinet dentaire comme étant élevé. Cela peut varier en fonction de nombreux facteurs tels que la taille de la pratique, les procédures de gestion des rendez-vous, le nombre de patients et les types de services offerts.

Cependant, il est généralement considéré que des taux de non-respect des rendez-vous supérieurs à 10% sont élevés et peuvent indiquer un problème de gestion des rendez-vous qui doit être résolu (117).

Ce taux de surbooking doit être inférieur au taux moyen de non-respect des rendez-vous du cabinet (121). Le surbooking n'apporte aucun bénéfice sous un seuil de non-respect des rendez-vous de 5 % (122).

Cette technique est efficace dans les structures avec un grand nombre de patients, un taux de non-respect des rendez-vous élevé et pour des durées de rendez-vous courts et non variables (112,117).

Le modèle de surbooking doit prendre en compte de très nombreux paramètres pour être efficace : taux de non-respect par rendez-vous ; durées variables des rendez-vous ; conséquences des temps d'attente ; le temps d'attente des patients ; le temps d'inactivité du praticien; le temps de surcharge de travail... Il n'existe pas à ce jour de modèle parfaitement adapté au cabinet dentaire (11,112).

Une autre façon d'appliquer le surbooking est lorsque le praticien a accès à plusieurs fauteuils. En effet, il est possible de surbooker partiellement les rendez-vous en faisant installer le patient suivant sur un autre fauteuil par l'équipe soignante un peu avant la fin du rendez-vous. Ainsi, le temps de nettoyage et d'installation gagné permet de voir jusqu'à 5 % de patients en plus (123).

Le meilleur moment pour placer les rendez-vous surbookés sera en fonction de la préférence du praticien : (124)

- **En début de session**, ce qui risque d'augmenter le temps d'attente pour les patients ;
- **En fin de session**, ce qui risque d'augmenter la surcharge de travail pour l'équipe soignante

Enfin, afin de réduire le temps d'attente pour les patients causé par le surbooking, il est possible de mettre en place, juste après les rendez-vous surbookés, un rendez-vous long avec un groupement d'acte. Il est donc possible de rattraper le retard en diminuant la quantité de soin effectué sur ce rendez-vous long. Cependant cela se fait aux dépens de la quantité d'actes effectués pour ce patient (125).

La mise en place d'une telle pratique ne vient pas régler la cause du problème qu'est un taux trop élevé de non-respect des rendez-vous. Il est donc intéressant de s'intéresser à d'autres techniques impactant directement sur ce paramètre avant de chercher à mettre place une méthode qui peut induire frustration et stress pour les patients et l'équipe soignante.

I.B La charte d'engagement patient-soignant

La mise à disposition d'une charte d'engagement patient - soignant est une grande source d'information pour le patient et représente un excellent moyen pour communiquer à propos :

- des droits et devoirs du patient (126) ;
- des principes de bonnes conduites ;
- de la politique d'annulation / respect des rendez-vous du cabinet ;
- des engagements du praticien dans la relation de soin.

Il n'existe pas d'études faisant l'association entre la mise en place d'une charte d'engagement patient-soignant et la diminution du non-respect des rendez-vous. Cependant, certaines études mettent en avant que de multiples informations sont méconnues des patients : (127–130)

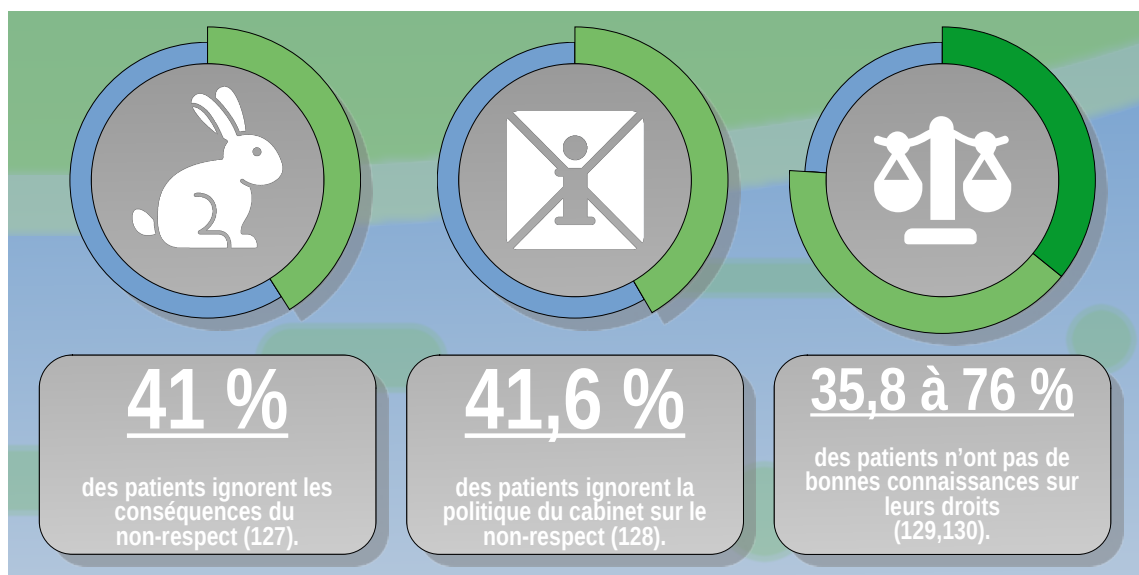


Figure 13: Les connaissances du patient sur la charte d'engagement patient-soignant (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo et Mihimihi de www.Flaticon.com)

Par conséquent, il reste favorable de les sensibiliser à l'aide d'une charte d'engagement patient-soignant pour mettre en confiance le patient et renforcer la relation patient-soignant ce qui a tendance à favoriser le respect des rendez-vous (124).

Il est possible de fournir ce document en même temps que le questionnaire médical, dès la prise de rendez-vous. La prise de rendez-vous en ligne a l'avantage de pouvoir fournir tous ces documents plus facilement en amont. Il n'est pas obligatoire pour le patient de signer ce document, mais cela augmente les chances qu'il soit lu.

Une charte doit d'être claire et concise et doit aborder certains sujets comme les standards et politique du cabinet, la qualité de l'expérience du patient, la communication et l'empathie de l'équipe soignante, la promotion de la prévention et la santé (131). Mais elle peut également évoquer le respect, la ponctualité, l'esprit d'équipe, le bien-être, les honoraires, la clarté des informations, le secret professionnel, le matériel... (132)

Cependant, un document distribué ne peut pas remplacer une conversation entre le patient et le praticien (133). Fournir des informations médicales en amont permet au patient d'être plus responsable et engagé lors de la conversation avec le praticien (134). Il est donc intéressant de s'assurer oralement de la compréhension de celui-ci tout en faisant un rappel sur ses droits suivi par la signature du consentement éclairé.

En guise d'exemple, Les *Chirurgiens-Dentistes de France (CDF)* mettent à disposition une charte à afficher dans son cabinet (disponible en annexe 1). (135).

Traditionnellement, la prise de rendez-vous s'effectue en personne ou au téléphone avec des personnes dédiées à ce travail.

Cependant, avec l'essor du numérique et de l'internet, la transformation numérique a également eu son impact dans le domaine de la santé avec l'apparition des plateformes de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib, DocAvenue, KelDoc, RDV-MED...).

Ces plateformes apportent de nombreux **avantages** :

- **Développe une meilleure communication** : Grâce à ce système, le patient fournit ou prépare les données médicales et administratives nécessaires à son enregistrement au cabinet. De plus, le patient a également accès à de nombreuses informations sur le cabinet et les consignes de bonnes conduites (136).
- **Améliore l'accessibilité de la prise des rendez-vous** : La prise de rendez-vous est possible partout et n'importe quand, pour les praticiens comme pour les patients, notamment en dehors des horaires d'ouverture des cabinets qui concerne 54 % des rendez-vous en ligne selon les données internes de Doctolib de 2020 (137). Cela permet aux personnes introverties, qui éprouvent certaines réticences à s'exprimer en personne, de prendre rendez-vous plus facilement (138).
- **Augmente la satisfaction des patients** : Le patient a une visibilité sur l'ensemble des plages disponibles et de nombreuses infos concernant le cabinet et son propre rendez-vous, il peut ainsi sélectionner le moment qui correspond au mieux à ses préférences. Cette flexibilité est satisfaisante pour le patient et permet ainsi de réduire le non-respect des rendez-vous (31,139).
- **Réduit la charge de travail et le délai entre les rendez-vous** : L'utilisation d'un système de rappel automatisé intégré à la plateforme de prise de rendez-vous en ligne permet de réduire le stress et le temps dédié à la gestion des rendez-vous ce qui permet d'augmenter la satisfaction du patient et donc de réduire le non-respect des rendez-vous (139).

Cependant, la mise en place d'une plateforme en ligne de prise de rendez-vous représente quelques **inconconvénients** :

- **Inadapté pour tous les types de rendez-vous** : Elle sera utilisée plutôt pour les premiers rendez-vous, les contrôles simples voire les urgences.
- **Démarche impersonnelle** : Il y a une dépersonnalisation de la prise de rendez-vous. Le patient ne peut pas recevoir des informations personnalisées délivrées par l'équipe soignante dès la prise de rendez-vous.
- **Coût** : La mise en place d'un système de rendez-vous en ligne, son abonnement ainsi que son support représentent une certaine charge pour les cabinets dentaires. Cependant, ce coût est compensé par les bénéfices apportés (139).
- **Besoin d'un accès internet** : Selon une enquête menée par l'*Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)* en 2021, en France, 9 % de la population n'a pas la possibilité de prendre directement rendez-vous en ligne (140).
- **Méfiance sur la protection des données** : De nombreux patients sont soucieux de la confidentialité de leurs données administratives et médicales lors de l'utilisation des plateformes de prise de rendez-vous en ligne (31,139). Cependant, la mise en place du *Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)* du 27 Avril 2016 représente une solide garantie pour les utilisateurs que leurs données personnelles ne peuvent être vendues (141). De plus, les plateformes de prise de rendez-vous en ligne mettent en place une politique assurant une protection élevée des données à caractère personnel (142).

Ces plateformes, induisent une libération de la charge de travail et un meilleur taux de respect des rendez-vous et sont donc considérées comme une piste d'amélioration pour le cabinet (139). En moyenne, la littérature met en avant une réduction de 57,2 % des non-respects des rendez-vous avec la mise en place d'un système de rendez-vous en ligne : (143–149)

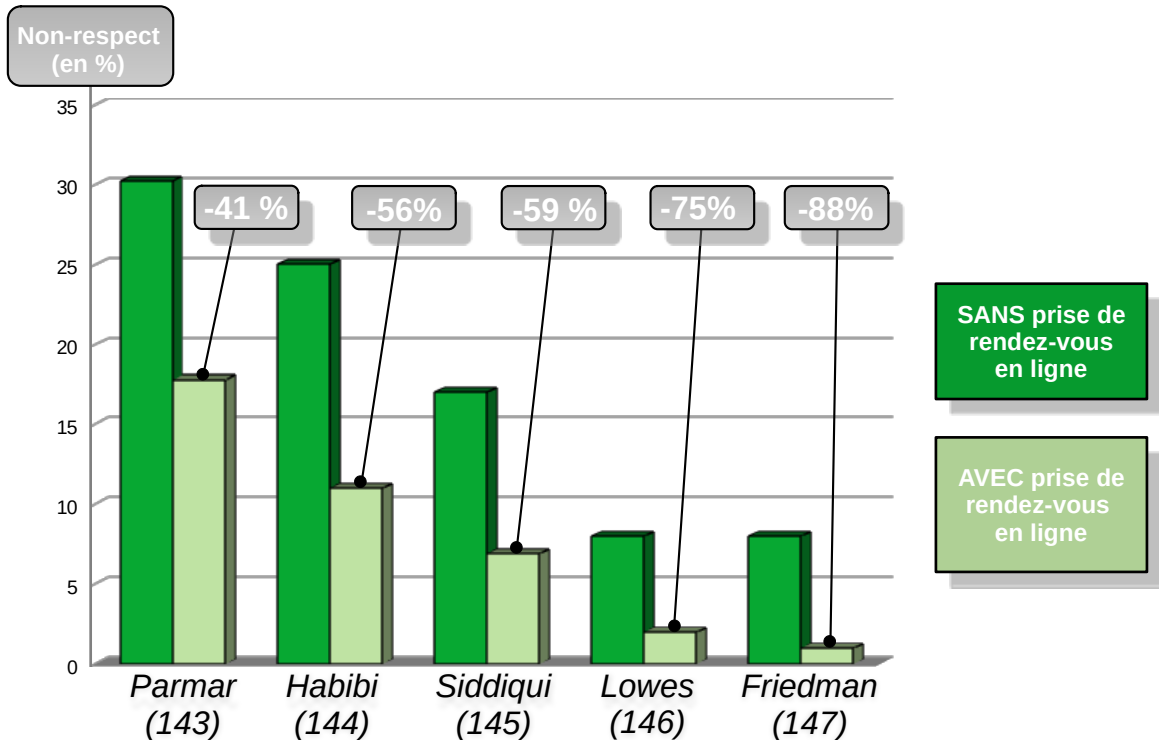


Figure 14: Diagramme de réduction des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la prise de rendez-vous en ligne (iconographie personnelle).

La méfiance des patients et l'ignorance de la possibilité de prendre rendez-vous en ligne sont les barrières communes sur l'utilisation de ces plateformes.

Il convient donc d'informer nos patients quand le cabinet passe par ce genre de plateformes mais aussi de diversifier la prise de rendez-vous en gardant des systèmes plus classiques afin de pallier aux désavantages de la prise de rendez-vous en ligne (31,139).

I.D Les systèmes de rappel

L'utilisation d'un système de rappel est largement associée avec la réduction du non-respect des rendez-vous (127). Ainsi, on constate une réduction de non-respect des rendez-vous allant jusqu'à 62% grâce à la mise en place d'un système de rappel (109).

De plus, la mise en place d'un système de rappel a d'autres conséquences au cabinet dentaire :

- **Diminue les retards** : En rappelant l'heure du rendez-vous au patient tout en sensibilisant celui-ci sur l'importance de la ponctualité, les patients ont moins tendance à être en retard. (31).
- **Augmente le risque d'annulation** : Les rappels permettent de remémorer au patient ses incompatibilités de planning avec son rendez-vous. Par conséquent, en étant prévenus en avance, les patients vont plus avoir tendance à annuler/reporter leurs rendez-vous plutôt que de ne pas s'y présenter du tout (150).

Tous les différents systèmes de rappels sont efficaces pour réduire le non-respect des rendez-vous. Cependant, on constate des différences d'efficacité : (151)

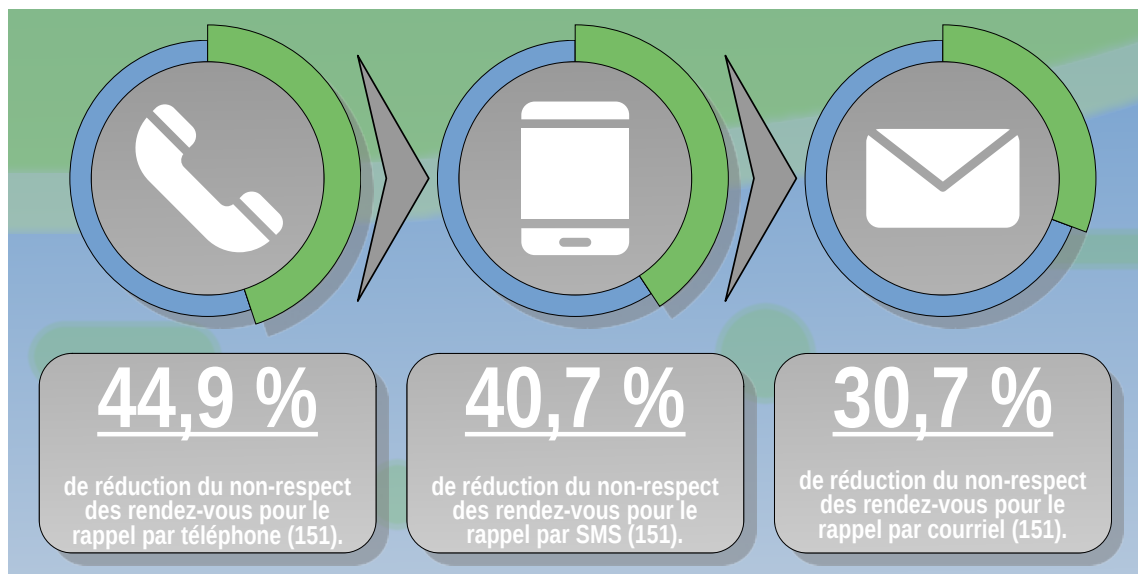


Figure 15: Infographie comparative des différents systèmes de rappels (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo)

Notes :

- *Les rappels téléphoniques sont plus efficaces s'ils sont effectués par un centre dédié plutôt que par une réceptionniste ou le dentiste lui-même (152). Cependant les appels téléphoniques peuvent être perçus comme plus invasifs pour le patient (153).*
- *Pour les rappels par SMS, la possibilité où le patient doit confirmer lui-même par message semble améliorer le respect des rendez-vous.*

Le rappel téléphonique est plus efficace, cependant le rappel par SMS est le système ayant le meilleur ratio coût/efficacité (152). De plus, quand le patient est au cabinet, écrire son prochain rendez-vous sur un support physique permet de multiplier les supports et donc d'augmenter l'effet des systèmes de rappels. Il est également intéressant de s'adapter aux préférences du patient sur le système de rappel souhaité (154).

Certaines études montrent qu'il est plus avantageux d'effectuer le rappel 48 heures avant le rendez-vous. Autrement, si le rappel est trop proche du prochain rendez-vous, si un patient est indisponible, il a plus de risques de ne pas prévenir de son indisponibilité et de manquer son rendez-vous (150). De plus, un autre rappel à 1 semaine est également efficace (155). Enfin, un dernier rappel le jour de la consultation est également efficace (156).

Par conséquent, l'idéal serait de réaliser un triple rappel à une semaine, 48 heures avant et une heure avant le rendez-vous en y indiquant les informations suivantes :

- la date, l'heure et la durée du rendez-vous ;
- le motif du rendez-vous ;
- le nom du praticien ;
- la localisation du cabinet ;
- une possibilité de confirmer le rendez-vous.

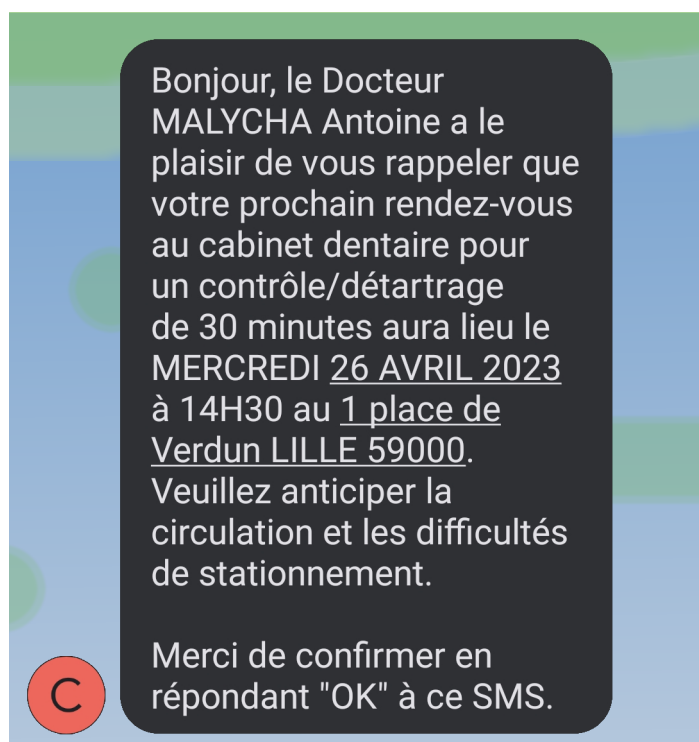


Figure 16: Exemple de SMS reprenant les informations recommandées au rappel de rendez-vous (iconographie personnelle)

II **Stratégies interventionnelles**

II.A **Par rapport au patient**

Concernant la gestion du non-respect des rendez-vous, il n'existe pas de politique idéale. Cependant, la plupart des politiques sur le non-respect des rendez-vous possèdent le fonctionnement suivant : (157,158)

- Un rendez-vous est considéré comme non-respecté si le patient ne vient pas à son rendez-vous, arrive en retard de 10 minutes ou s'il l'annule à moins de 24 heures.
- Un nouveau patient a une tolérance de 2 rendez-vous non respectés avant de ne plus être pris en charge au cabinet.
- Un patient déjà suivi au cabinet a une tolérance de 3 rendez-vous non respectés avant de ne plus être pris en charge au cabinet.

II.A.1 **L'avertissement**

Il n'existe pas de littérature attestant de l'efficacité de cette méthode sur le non-respect des rendez-vous.

Lors d'un non-respect de rendez-vous, il est conseillé d'avertir le patient sur son comportement, en évitant d'être accusateur. Étant donné que de nombreux patients ignorent la politique du cabinet, un rendez-vous non respecté est l'occasion de faire un rappel de la charte d'engagement patient-soignant (127).

Il est intéressant de comprendre les raisons de son non-respect et de lui proposer, s'il le souhaite, un prochain rendez-vous (127,159). Il est conseillé d'éviter de faire l'avertissement avec un ton accusateur (159), l'idée est d'encourager les respects de rendez-vous et de ne pas vexer les patients à propos de la politique du cabinet (153).

II.A.2 L'indemnisation

Cette pratique est **interdite** en France par l'article L. 1111-3-4 du Code de la Santé Publique depuis la Loi de Modernisation de la Santé (160).

Dans d'autres pays, la mise en place d'une indemnisation est associée à un taux de non-respect des rendez-vous diminué de 0,6 % à 5,1 % (161,162).

Cependant, cette pratique est **complexe à mettre en place**, pour plusieurs raisons :

- **Il est difficile d'obtenir les données bancaires** ou le paiement du patient.
- **Elle est mal connotée.** Les patients sont plus exigeants sur la ponctualité du praticien car leur temps est perçu comme plus précieux, hors un imprévu temporel reste toujours possible (124).
- **Elle ne représente qu'une mince compensation.**
- **Elle n'a qu'une efficacité très limitée sur le respect des rendez-vous** si d'autres techniques de réduction du non-respect des rendez-vous ne sont pas mises en place (systèmes de rappels, optimisation de la prise de rendez-vous...) (163).
- **Elle limite l'accès aux soins** pour les personnes avec difficultés financières (37).

Il existe plusieurs manières d'exécuter cette méthode. Il est possible de mettre en place l'indemnisation dès le premier rendez-vous manqué ; avant de donner un autre rendez-vous ; annuler si le prochain rendez-vous est respecté ; à partir de plusieurs rendez-vous manqués... (153)

Il convient de limiter cette pratique aux rendez-vous manqués hors urgences et maladies (163). La somme moyenne varie de 20 à 60 dollars (164), sachant que les effets sur le respect des rendez-vous augmentent avec le montant de l'indemnisation (162,163).

Il est important de bien informer le patient sur l'existence de cette indemnisation permettant ainsi de le responsabiliser et de chercher à l'encourager à ne pas faire preuve de non-respect plutôt que de le punir si c'est le cas (117).

II.A.3 L'arrêt de prise en charge

Selon les articles **L1110-3** et **R4127-211** du Code de la Santé Publique, le chirurgien dentiste se doit de soigner avec la même conscience tous ses patients et ne peut refuser de soigner pour des raisons discriminatoires. (44,165).

Cependant, l'arrêt de prise en charge peut s'effectuer pour des raisons professionnelles ou personnelles à condition de respecter les règles définies par les articles **R4127-232** et **R4127-47** du Code de la Santé Publique : (166–169)

- Ne jamais nuire à son patient
- S'assurer de la continuité des soins et de fournir tous les renseignements utiles
- Ne doit pas être une situation d'urgence.

Une récurrence de rendez-vous non respectés compromet le déroulement correct des soins du patient. De ce fait, il représente un motif valable à l'arrêt de prise en charge (169).

Cependant, en plus du manque de consensus sur le terme de non-respect des rendez-vous, ces termes soulèvent plusieurs réflexions éthiques sur le sujet. Ainsi, les textes ne définissent pas ce que représente une nuisance pour le patient. Dans ce cas, tout refus de soin est-il forcément une nuisance pour notre patient ? Est-ce confraternel d'adresser à un autre dentiste un patient non respectueux ? Quel est le degré d'urgence d'une situation qui nécessite sa prise en charge ?

De ce fait, il dépend de l'éthique et de la déontologie de chacun d'entre nous de définir nos limites sur ces concepts (170).

Il n'existe pas de littérature attestant de l'efficacité de cette méthode ou non sur le non-respect des rendez-vous. Cependant, en cas d'arrêt de prise en charge, il est conseillé d'avoir une procédure standardisée afin de prévenir le patient (171). Le but étant d'informer le patient et de le sensibiliser sur les conséquences pour sa santé (170). Celui-ci peut être averti oralement ou par courrier (172). Il est nécessaire d'adresser le patient à un confrère mais surtout de le sensibiliser en amont avec un rappel sur la charte d'engagement patient-soignant et la possibilité de stopper la prise en charge en cas de rupture de la relation de soin (173).

II.B Pour combler le rendez-vous

II.B.1 Le walk-in

Le principe du walk-in est de combler un rendez-vous non respecté avec les éventuels patients qui arrivent au cabinet pour obtenir un rendez-vous. (122).

Sa mise en place est compliquée en cabinet car ce phénomène est surtout répandu dans les structures hospitalières. Souvent, les patients ignorent la possibilité de prendre rendez-vous directement au cabinet (174).

De plus, les horaires à haute chance de walk-in (plutôt le Lundi et tôt le matin ou le midi) ne concordent pas avec les horaires probables de non-respect (121,174). Ainsi, les patients se présentant en walk-in ne peuvent donc pas être vus immédiatement.

Ainsi lorsqu'un patient se présente, en cas de rendez-vous annulé non remplacé, il est possible d'affecter ce patient à cette même plage horaire de la journée. Cette méthode est très bien acceptée par les patients et permet d'assurer une probabilité de respect de rendez-vous très élevé (121).

II.B.2 La gestion d'une liste d'attente

Lorsqu'il n'est pas possible de placer un patient dans le planning, le patient est placé sur une liste d'attente. Cette liste permettant de venir combler un rendez-vous annulé en y programmant un patient depuis cette liste (175).

Pour ce qui est de la gestion d'une liste d'attente, elle semble être moins efficace lorsque celle-ci fonctionne selon le principe d'accorder la priorité selon l'ordre d'arrivée. Le système le mieux adapté au cabinet dentaire est une gestion de priorité selon le motif, la durée et l'urgence du rendez-vous (176). De plus, au sein même d'un groupe de priorité, la prise en compte de la disponibilité des patients permet de les programmer plus facilement dans le planning du cabinet (177). Il est également conseillé de noter d'autres informations essentielles dans cette liste comme le matériel nécessaire ou s'il y a nécessité d'anticiper le rendez-vous avec une antibioprophylaxie par exemple.

Ainsi, le *système de santé publique du Royaume-Uni (NHS)*, met à disposition un système de gestion de liste d'attente permettant de classer les patients selon ces informations et donc d'estimer leur temps d'attente (178). La *NHS* a ainsi pour objectif que le taux des patients sur liste d'attente qui obtiennent un rendez-vous en moins de 18 semaines soit d'au moins 92 %. En revanche, ce taux ne s'élève qu'à 58,9 % en Odontologie en Juillet 2021 au Royaume-Uni (179).

Il est nécessaire d'adapter ces temps d'attente selon les statistiques du cabinet. Cela permet de mieux communiquer avec le patient et de lui donner une idée plus précise de son temps d'attente en le lui indiquant clairement, ce qui augmente ainsi sa satisfaction sur l'utilisation d'une liste d'attente (180).

La mise à jour régulière de la liste pour vérifier que les patients souhaitent continuer à être en attente et la mobilisation des patients depuis cette liste sont des procédures chronophages si elles sont effectuées manuellement. Une automatisation de cette gestion est ainsi possible et permet de faire gagner du temps à l'équipe soignante (176).

Au-delà du questionnement éthique de catégoriser un patient, ce système se heurte à quelques **limites** :

- **Une erreur de catégorisation** du patient est toujours possible (181).
- **Une liste d'attente ne permet pas de réduire le délai du rendez-vous** qui est source d'insatisfaction lorsque celui-ci est trop grand (180).

Concernant la gestion d'une liste d'attente, il n'existe pas de consensus qui permet de répondre aux questions comme : quand est-il nécessaire de démarrer une liste d'attente ? Ou bien quelle est la limite du nombre de patients à placer sur cette liste d'attente ?

Cependant il est suggéré d'avoir recours à une liste d'attente lorsque la gestion des rendez-vous des patients en cours de soins est compliquée et jugée comme non fluide selon la pratique du soignant. Enfin, lorsque les délais de cette liste ne sont pas respectés, il est suggéré de revoir les délais ou bien d'arrêter de rajouter des patients sur cette liste ce qui se traduit par des refus de soins par le praticien.

Il est important de mettre en place des stratégies pour réduire le taux de non-respect des rendez-vous. Ces stratégies doivent être adaptées à chaque cabinet dentaire en fonction de ses caractéristiques propres.

Il est également essentiel de continuer à surveiller et à évaluer l'efficacité de ces stratégies pour s'assurer qu'elles sont efficaces dans la réduction du taux de non-respect des rendez-vous en cabinet dentaire.

Au-delà de réelles stratégies à mettre en place en cabinet, il existe une multitude d'éléments à mettre en place dans la gestion du cabinet qui viennent impacter la satisfaction et peuvent influencer le respect des rendez-vous en cabinet dentaire.

L'impact de l'ensemble des stratégies vues dans cette thèse peut schématiquement se résumer de la façon suivante :

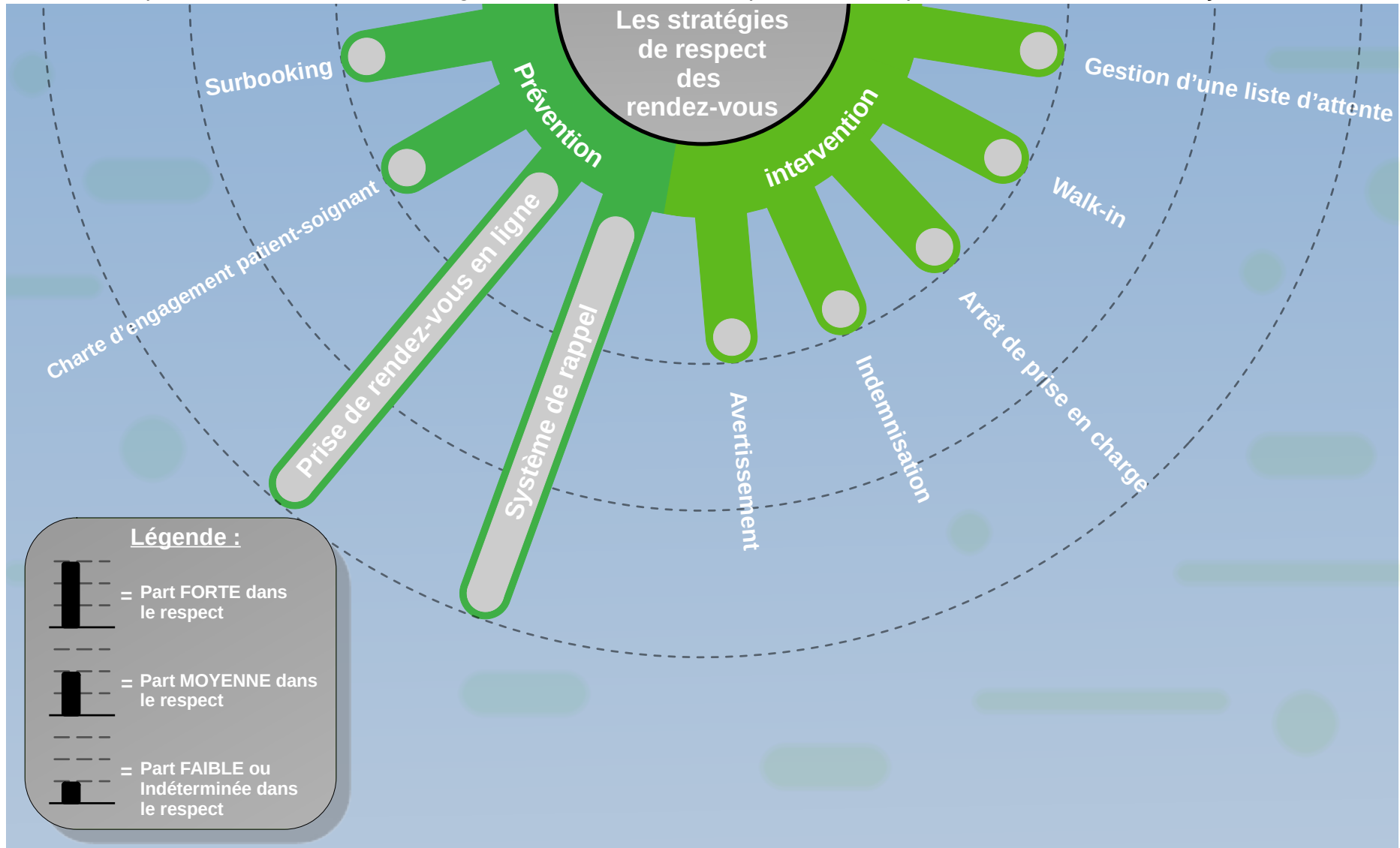


Figure 17 : Graphique résumé des stratégies de respect des rendez-vous (iconographie personnelle)

———— Chapitre III ————

Mise en place d'une gestion optimale au cabinet dentaire

I Généralités

La satisfaction du patient est un déterminant important dans le respect des rendez-vous. Elle renforce la confiance du patient donc la relation patient-soignant (182).

Cette satisfaction va dépendre des multiples facteurs vus précédemment. Par conséquent, la suite de ce travail va présenter de multiples éléments de gestion à mettre en place dans un cabinet dentaire afin d'optimiser au mieux la satisfaction du patient et donc le respect des rendez-vous.

II Dans l'organisation du cabinet dentaire

II.A La conception et l'aménagement du cabinet dentaire

Lors de la **conception du cabinet dentaire**, son emplacement va permettre de mesurer l'indice d'*Accessibilité Potentielle Localisée (APL)*. Cet indice sera faible dans les zones rurales et avec une faible offre de soins. Ainsi, un indice faible sera associé avec des délais plus longs de rendez-vous, car une patientèle plus grande, et des patients qui viennent de plus loin pour un rendez-vous chez le dentiste. Pour ces raisons, un indice APL faible sera donc plus à risque de non-respect des rendez-vous et est à prendre en considération lors de la conception du cabinet (183,184).

Lors de l'**aménagement du cabinet dentaire**, l'architecture et l'ameublement de celui-ci doivent être pensés pour le patient et l'équipe soignante tout en respectant les normes légales, administratives et les règles d'hygiène et d'asepsie (185). Un agencement optimisé est bénéfique :

- **Pour le patient** : Permet ainsi d'agir directement sur l'anxiété et la satisfaction du patient ce qui renvoie une image professionnelle, hygiénique, chaleureuse voire confortable du cabinet dentaire (185).
- **Pour l'équipe soignante** : Permet d'optimiser les déplacements, les protocoles et la communication ce qui améliore le confort de travail (185).

Cet agencement s'exprime à travers de multiples notions : la décoration ; l'ambiance sonore ; l'odeur... (185)

Il existe une multitude d'ouvrages qui traitent de ce sujet. Il peut donc être intéressant de les étudier afin d'avoir un agencement réfléchi au sein du cabinet dentaire.

II.B Le management au sein du cabinet dentaire

Le dentiste a un rôle de chef d'équipe, il définit les rôles de chacun et il conçoit des procédures standardisées importantes au fonctionnement du cabinet dentaire (186). Ainsi, les horaires de l'équipe de soignante sont optimisés selon les activités/soins programmés (187).

Enfin, manager une équipe signifie également motiver, communiquer, gérer les relations au sein d'elle... (188) Cela passe par des briefings et des entretiens de compétences (186,188).

La gestion de l'agenda est cruciale dans le bon fonctionnement du cabinet dentaire. Sa structure doit suivre certaines règles tout en restant flexible afin de s'adapter au mieux pour les patients et le cabinet dentaire (189,190).

Il existe de multiples formations de managements. Certains logiciels de gestion peuvent même aider à suivre les principes de ces formations. Par exemple, le logiciel Logos© peut être paramétré afin d'effectuer un contrôle quotidien et prévenir le praticien lorsque le principe de la répartition des actes "blocs - hors blocs" du principe de Binhas est respecté. Ce fonctionnement classe les rendez-vous selon leurs productivités et permet d'optimiser le rendement du cabinet dentaire avec un maximum d'efficacité, un minimum de stress tout en conservant la qualité des soins (191). Suivre ce genre de formation peut permettre d'optimiser au mieux cet aspect de gestion.

Quelques **principes** de gestion du planning au cabinet dentaire ressortent de la littérature de management :

- **Équilibre la répartition des patients et des actes** effectués tout en étant adapté au rythme de travail naturel de l'équipe soignante (191,192).
- **Favoriser le groupement d'actes.** Pour chaque patient, il y a un temps incompressible d'installation/désinstallation/nettoyage estimé à environ 10 minutes. Ainsi, afin d'être le plus efficient possible et de réduire le stress, il est donc conseillé de diminuer le nombre de patients par jour en regroupant les actes possibles à réaliser sur de longues séances. En revanche, ce fonctionnement peut être limité pour les patients à haut risque de non-respect des rendez-vous (189,193).
- **Éviter la surcharge du planning.** Cela permet de ventiler les actes, les patients, d'avoir de la place pour gérer les rendez-vous urgents tout en ayant des délais de rendez-vous plus courts. Ce principe s'applique également en évitant de donner des rendez-vous d'avance au patient et en évitant le phénomène d'«îlotage» qui consiste à placer un rendez-vous au milieu d'une session vide ce qui rend beaucoup plus complexe la mise en place des rendez-vous longs sur cette même session. (189,192,193).

C'est en étant formé à une gestion optimale du planning au cabinet dentaire que le dentiste pourra s'adapter et gérer les patients avec un risque de non-respect des rendez-vous. Il pourra ainsi placer le patient sur le planning de la meilleure façon selon ses préférences et selon les caractéristiques du rendez-vous (type, jour, heure etc.).

III **Dans la communication**

III.A **Dans la relation au sein de l'équipe soignante**

La manière dont l'équipe soignante communique affecte l'image renvoyée par le cabinet. Ainsi, s'exprimer avec respect renforce l'idée d'une équipe soudée au sein du cabinet. Le Tutoiement renvoie une image plus familiale du cabinet mais est plus sujet à des débordements comparé au vouvoiement (194).

III.B **Dans la relation équipe soignante - patient**

La délivrance des informations a un impact majeur sur le comportement du patient sur sa santé. Idéalement, le praticien doit adapter sa stratégie de communication à la population concernée (94), en faisant preuve d'empathie, d'être rassurant, aimable (195), tout en restant professionnel en expliquant la structure et le déroulement de son plan de traitement (196).

Cela nécessite des compétences sociales, notamment la serviabilité. La communication s'effectue également dans l'environnement du patient, c'est-à-dire du cabinet, à travers les affiches d'informations qui lui sont accessibles (197). Ainsi, pour tout praticien, afin de construire une meilleure relation avec le patient tout en améliorant la littératie en santé du patient, il est nécessaire de savoir maîtriser autant les communications verbales que les communications non verbales (195) afin de transmettre toutes les informations nécessaires au patient, dans une forme concise, simple et adaptée tout en évitant les interactions discriminantes. Puis, il est nécessaire de vérifier que l'ensemble de ces données est assimilées (92). Ces informations doivent notamment traiter des risques du non-suivi et des bénéfices des contrôles réguliers (198).

C'est en connaissance des bonnes informations, que le patient pourra se motiver à mettre en place un comportement de prévention et de contrôle régulier favorisant ainsi son suivi (92,196).

Enfin, écouter le patient sur ses doutes, tranquilliser ses craintes et encourager les comportements positifs sont des approches intéressantes pour prendre en charge le patient (195).

De plus, un changement dans le comportement du patient peut nous alerter sur un état à risque d'épuisement émotionnel. Même si les dentistes manquent de formation pour aborder convenablement ce sujet avec le patient, faire preuve d'empathie et de sympathie représente un premier soutien psychologique pour le patient. Ainsi, c'est à travers l'écoute active et l'ouverture à la discussion que le praticien pourra espérer résoudre le fatalisme du patient tout en améliorant sa littératie en santé et donc le respect des rendez-vous (92).

IV **A travers la prise en charge**

IV.A **Dans le matériel**

La modernisation amène à une évolution des attentes du patient sur l'aspect matériel du cabinet. Ainsi, le confort, le divertissement durant le soin, les variétés des supports d'informations, la modernité du cabinet sont des éléments importants à considérer pour les patients (199).

En plus de cet aspect matériel, les mesures d'hygiène et d'asepsie se doivent d'être irréprochables. Car le patient peut porter un jugement sur la propreté du cabinet, du matériel, des odeurs et des protocoles d'hygiènes mis en place (200).

IV.B **Dans la gestion de la douleur**

Selon les patients, la gestion de douleur est un critère important de satisfaction et qui témoigne des aptitudes techniques du praticien (201). Le praticien doit donc prendre son temps afin de prévenir et traiter les douleurs pré-, per- et post-opératoires.

On retrouve également une grande part de la communication dans la gestion de la douleur. En effet, le fait de manifester notre volonté à contrôler la douleur et mettre à l'aise le patient face à l'insécurité que représente la situation de soin sont des approches intéressantes à mettre en place (202).

IV.C Dans le coût des soins

Un dentiste manquant d'assurance concernant le coût des soins renforcera les préjugés déjà véhiculés par les médias, du dentiste avide (203). Ainsi, un dentiste réalisant des soins de qualité peut clarifier son rapport à l'argent et assumer ses honoraires déterminés avec tact et mesure (202). Aux yeux du patient, le montant du devis et le fait de payer sont perçus comme des signes de qualité de soin (203). D'autant plus chez les patients avec des ressources limitées. (199).

Il est donc important de soigner la mise en forme du devis afin d'expliquer son contenu, ce qu'il apporte au patient et de l'informer sur l'ensemble des prises en charge disponibles (204).

Après un délai de huit jours environ, le patient a le temps de prendre une décision ou de relever quelques interrogations sur son plan de traitement. (205). La signature du consentement éclairé et du devis suivra et permettra de justifier le fait que le patient soit informé sur toutes les possibilités thérapeutiques (204,205) tout en ayant une valeur contractuelle symbolique entre le praticien et le patient liés par un plan de traitement (206).

Enfin, la discussion sur le moyen de paiement choisi est une étape importante également (203,205). Ainsi, mettre en place un échelonnage des paiements et favoriser le tiers-payant sont de bonnes solutions afin de dépasser certaines difficultés financières (205).

IV.D Dans les soins et la prévention

La qualité de soins est un devoir à respecter par tout praticien. Le patient souhaite le meilleur en terme de relation mais également en matière de qualité de soins. Ainsi, il est nécessaire d'expliquer les bénéfices apportés par le traitement et de mettre l'accent sur les compétences du praticien afin de renforcer la notion de qualité de soin (207,208).

Pour le patient, la qualité de soin sera surtout jugée par l'esthétique et la fonction des soins prodigués. Cependant la qualité des soins englobe un contexte plus global comme la gestion de la douleur et la communication. En somme, prodiguer des soins de qualité permet d'améliorer la satisfaction du patient tout en justifiant les prix de ceux-ci (207).

Le motif de consultation du patient est un facteur de satisfaction important à considérer. Ce motif devra être identifié et reformulé par le praticien mais surtout comblé à un moment du plan de traitement qui sera indiqué en amont. (207).

Enfin, la qualité de soins passe également par la prévention. Il s'agit d'être capable d'identifier les conseils adaptés aux patients afin de fournir des informations personnalisées. De manière générale, il peut s'agir de sensibiliser et favoriser un suivi médical régulier, un cadre de vie sain ou bien de définir un cadre de gestion contre l'anxiété. Cette démarche augmente la coopération et la satisfaction du patient (209).

Une bonne hygiène de vie est un ensemble de pratiques et comportements qui aident à maintenir la santé physique et mentale. Elle est associée avec une plus grande sensibilisation à l'importance de la prévention (98) et un risque diminué de l'évitement des soins (210). Cette hygiène de vie est propre à chaque individu mais elle peut inclure

- **une gestion du stress (53) ;**
- **un sommeil suffisant (209) ;**
- **une alimentation équilibrée (209) ;**
- **avoir un support social (62) ;**
- **éviter les mauvaises habitudes**, comme le tabagisme, l'alcool en excès et la consommation de drogues (53) ;
- **un exercice physique régulier**, qui favorise à la fois la santé physique mais aussi mentale (209).

Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous

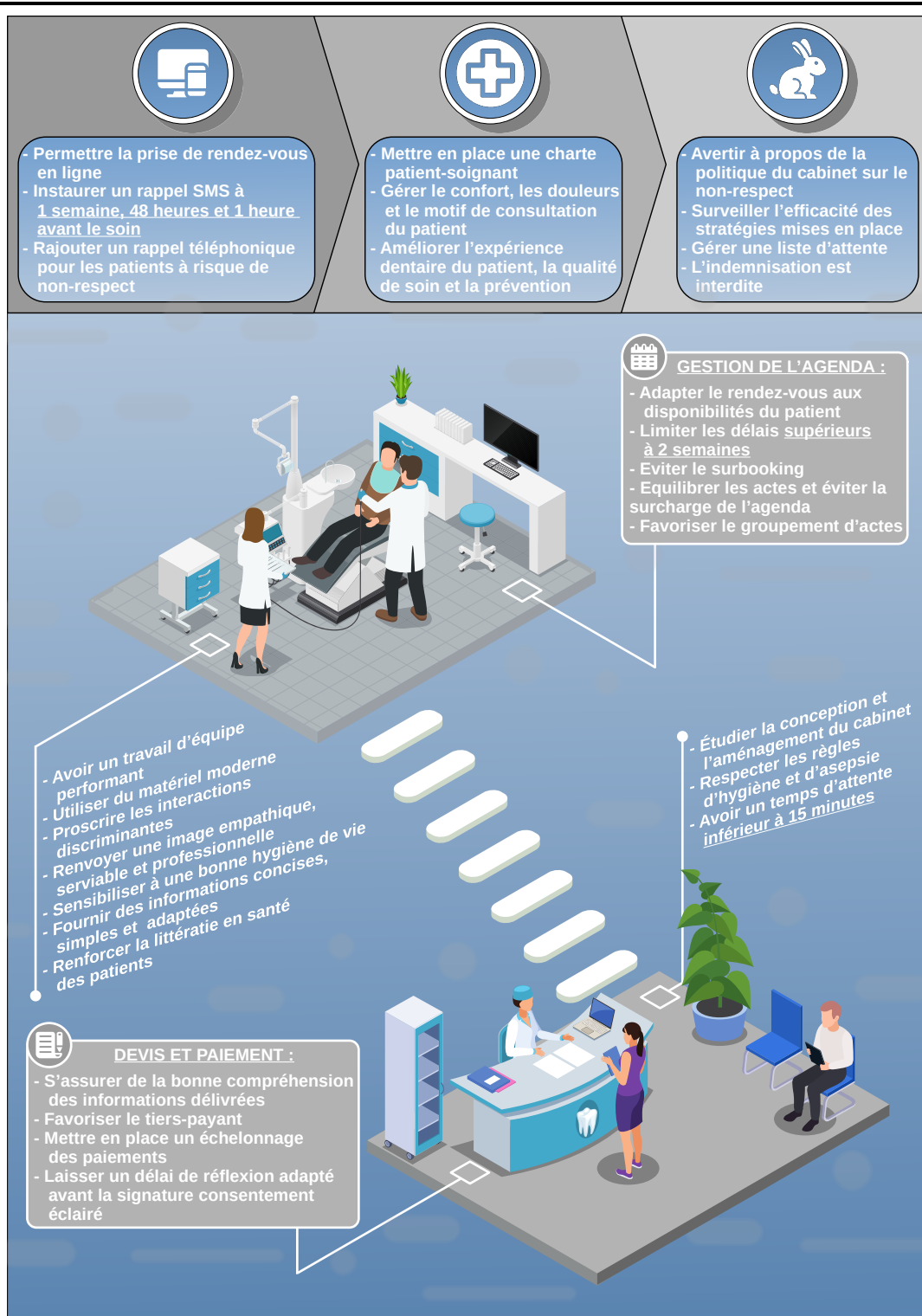


Figure 18 : Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle réalisée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Macrovector de www.FreePik.com et Mihimihi de www.Flaticon.com)

Conclusion

La gestion du non-respect des rendez-vous en cabinet dentaire est un problème complexe qui a des conséquences négatives sur le fonctionnement du cabinet dentaire, l'équipe qui la constitue et sur la santé bucco-dentaire des patients.

Les facteurs causaux du non-respect des rendez-vous sont nombreux et interagissent ensemble. La limite de ce travail se situe dans la diversité des études citées qui possèdent donc une hétérogénéité dans la méthodologie et l'analyse des résultats donnés.

Ainsi, afin de limiter le plus possible les biais, il serait intéressant de pousser la recherche sur la quantification de l'impact du non-respect des rendez-vous en cabinet dentaire du plus grand nombre de facteurs en un minimum d'études.

Dans l'intention d'agir favorablement sur ces facteurs, il existe de multiples stratégies qui sont à mettre en place pour espérer réduire et gérer au mieux le non-respect des rendez-vous. Celles-ci sont à adapter aux caractéristiques propres du cabinet dentaire et des patients.

Chaque cabinet étant unique dans son fonctionnement et sa patientèle, il est important de souligner que l'utilisation de ces stratégies demande un dynamisme d'adaptation et de gestion afin d'être le plus optimisé possible.

Cela s'effectue avec l'analyse statistique de l'efficacité de ces stratégies sur le non-respect des rendez-vous qui peut notamment se faire via des solutions logicielles. En fonction de l'efficacité ou non de ces stratégies, l'équipe soignante peut ainsi s'adapter afin d'atteindre ses objectifs de réduction non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire.

Il existe de multiples formations possibles à suivre et d'aides logistiques à obtenir afin d'assister au mieux l'équipe soignante sur cet aspect de gestion du cabinet dentaire. Améliorer le respect des rendez-vous, est, parmi tant d'autres critères, un symbole de la réussite du chirurgien-dentiste dans son engagement pour la santé de ses patients.

Références bibliographiques

1. Observatoire de l'activité libérale. Chiffres médecin généraliste [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/secteurs-d-activite/professions-liberales/chiffres/2018/medecin_generaliste.pdf
2. Observatoire de l'activité libérale. Chiffres médecin spécialiste [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/secteurs-d-activite/professions-liberales/chiffres/2018/medecin_specialiste.pdf
3. Observatoire de l'activité libérale. Chiffres chirurgien-dentiste [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/secteurs-d-activite/professions-liberales/chiffres/2018/chirurgien_dentiste.pdf
4. Teich ST, Wan Z, Faddoul FF. Relationship Between Broken Appointments and Dental Students' Clinical Experience Level. *J Dent Educ.* sept 2012;76(9):1167-74.
5. Henry A, Gallay AL. France Assos santé, Novembre 2019. 2018;22.
6. ONCD. Rapport accès aux soins [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2020/01/RAPPORT_ACCES_AUX_SOINS_BUCCODENTAIRES_NOVEMBRE-2018.pdf
7. Le phénomène du "no show" [Internet]. GE RH Expert. 2018 [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ge-rh.expert/le-phenomene-du-no-show/>
8. Gulliford M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Health.* déc 2017;2(12):e532-3.
9. Rendez-vous non honorés : la CSMF lance une campagne de sensibilisation des patients | Le Généraliste [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/archives/rendez-vous-non-honores-la-csmf-lance-une-campagne-de-sensibilisation-des-patients>
10. Tandon S, Duhan R, Sharma M, Vasudeva S. Between the Cup and the Lip: Missed Dental Appointments. *J Clin Diagn Res JCDR.* mai 2016;10(5):ZC122-124.
11. Alabdulkarim Y, Almukaynizi M, Alameer A, Makanati B, Althumairy R, Almaslukh A. Predicting no-shows for dental appointments. *PeerJ Comput Sci.* 9 nov 2022;8:e1147.
12. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res.* 14 janv 2016;16:13.
13. Rendez-vous manqués : « 1 chirurgien-dentiste sur 3 touché chaque jour » [Internet]. dentaire365. 2015 [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/actualites/actualites-365/rendez-vous-manques-1-chirurgien-dentiste-sur-3-touche-chaque-jour/>
14. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q.* déc 2005;83(4):10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
15. IFOP. Les Français, l'accès aux soins dentaires et la question du reste à charge zéro pour les prothèses dentaires [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/11/115081_Rapport_ifop_Dentaly.pdf

16. Sénat. Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2022. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589-syn.pdf>
17. Guay AH. The differences between dental and medical care. *J Am Dent Assoc.* juin 2006;137(6):801-6.
18. Belén R, Andrés R. Patients' perceptions about dentists A literature review. :8.
19. Merrer J. Les sources d'erreurs et de variabilité dans les études épidémiologiques. *Sages-Femmes.* 1 juill 2022;21(4):51-5.
20. Soins dentaires : comprendre le 100 % Santé [Internet]. 2022 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/artois/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante>
21. Lapidos A, Shaefer HL, Gwozdek A. Toward a better understanding of dental appointment-keeping behavior. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016;44(1):85-91.
22. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. *Health Policy.* avr 2018;122(4):412-21.
23. Harrison RL, Li J, Wyman T. The Community Dental Facilitator Project: Reducing Barriers to Dental Care. *J Public Health Dent.* 1 mai 2007;63(2):126-8.
24. Shabbir A, Alzahrani M, Abu Khalid A. Why Do Patients Miss Dental Appointments in Eastern Province Military Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia? *Cureus.* 13 nov 2021;10(3):e2355.
25. Maserejian NN, Trachtenberg F, Link C, Tavares M. Underutilization of Dental Care When It Is Freely Available: A Prospective Study of the New England Children's Amalgam Trial. *J Public Health Dent.* juin 2008;68(3):139-48.
26. Hahm J. Characteristics of No-Show in Dental Clinics. déc 2014;46.
27. Huang Y, Hanauer DA. Patient No-Show Predictive Model Development using Multiple Data Sources for an Effective Overbooking Approach. *Appl Clin Inform.* 24 sept 2014;5(3):836-60.
28. Wehby GL, Shane DM, Joshi A, Momany E, Chi DL, Kuthy RA, et al. The Effects of Distance to Dentists and Dentist Supply on Children's Use of Dental Care. *Health Serv Res.* oct 2017;52(5):1817-34.
29. Yarbrough, Nasseh, Vujicic. Why Adults Forgo Dental Care: Evidence from a New National Survey. nov 2014;10.
30. Storrs MJ, Ramov HM, Laloo R. An Investigation into Patient Non-Attendance and Use of a Short-Message Reminder System at a University Dental Clinic. *J Dent Educ.* janv 2016;80(1):30-9.
31. Cao W, Wan Y, Tu H, Shang F, Liu D, Tan Z, et al. A web-based appointment system to reduce waiting for outpatients: A retrospective study. *BMC Health Serv Res.* déc 2011;11(1):318.
32. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems With Access to Dental Care for Medicaid-Insured Children: What Caregivers Think. *Am J Public Health.* janv 2002;92(1):53-8.
33. Benjamin-Bauman J, Reiss ML, Bailey JS. Increasing appointment keeping by reducing the call-appointment interval. *J Appl Behav Anal.* 1984;17(3):295-301.

34. Price RS, Balcer LJ, Galetta SL. Education Research: A new system for reducing patient nonattendance in residents' clinic. *Neurology*. 9 mars 2010;74(10):e34-6.
35. Tuominen R, Eriksson AL. Patient experiences during waiting time for dental treatment. *Acta Odontol Scand*. 1 janv 2012;70(1):21-6.
36. Mathu-Muju KR, Li HF, Hicks J, Nash DA, Kaplan A, Bush HM. Identifying demographic variables related to failed dental appointments in a university hospital-based residency program. *Pediatr Dent*. août 2014;36(4):296-301.
37. Daggy J, Lawley M, Willis D, Thayer D, Suelzer C, DeLaurentis PC, et al. Using no-show modeling to improve clinic performance. *Health Informatics J*. déc 2010;16(4):246-59.
38. Bhatia R, C Vora E, Panda A. Pediatric Dental Appointments No-show: Rates and Reasons. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(3):171-6.
39. Consommation de soins et de biens médicaux. Les soins de dentistes [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Fiche%2007%20-%20Les%20soins%20de%20dentistes.pdf>
40. Harris interactive. Observatoire des parcours de soins des Français [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2020/10/Rapport-Harris-Les-Fran%C3%A7ais-et-les-probl%C3%A8mes-dentaires-Santeclair.pdf>
41. Définitions : discrimination - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. 2022 [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
42. Article 225-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033461473/
43. Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912868
44. Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426
45. Pauchet MC. Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Regards*. 11 sept 2018;53(1):43-56.
46. Enquête sur l'accès aux soins dentaires by Médecins du Monde - Issuu [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/enquete-l-acces-aux-soins-dentaires>
47. do Amaral Júnior O, Menegazzo G, Fagundes M, Sousa J, Torres LHN, Giordani J. Perceived discrimination in health services and preventive dental attendance in Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 23 juill 2020;48.
48. COCQ-SIDA. Vers un accès aux soins dentaires sans discrimination pour les personnes vivant avec le VIH. 2019;29.
49. L'Observatoire Place de la Santé [Internet]. La Mutualité Française. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/les-publications/observatoire-place-de-la-sante/>

50. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
51. Gouvernement du Canada SC. Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 [Internet]. 2016 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2016001/article/14307-fra.htm>
52. Weissman J. Serious Psychological Distress Among Adults: United States, 2009–2013. 2015;(203):8.
53. Osborn DPJ. The poor physical health of people with mental illness. *West J Med.* 1 nov 2001;175(5):329-32.
54. Clifton A, Tosh G, Khokhar W, Jones H, Wells N. Oral Health Advice for People With Serious Mental Illness. *Schizophr Bull.* mai 2011;37(3):464-5.
55. Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol.* mai 2001;46(5):413-23.
56. Patel R, Gamboa A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking community-based psychiatric care. *Br Dent J.* nov 2012;213(9):E16-E16.
57. Ye J, Shim R, Rust G. Health Care Avoidance among People with Serious Psychological Distress: Analyses of 2007 Health Information National Trends Survey. *J Health Care Poor Underserved.* nov 2012;23(4):1620-9.
58. Kruse GR, Rohland BM, Wu X. Factors Associated With Missed First Appointments at a Psychiatric Clinic. *Psychiatr Serv.* sept 2002;53(9):1173-6.
59. Lin KC. Behavior-Associated Self-Report Items in Patient Charts As Predictors of Dental Appointment Avoidance. *J Dent Educ.* 2009;73(2):218-24.
60. Cyril Tarquinio, Marie-Jo Brennsthul, Hélène Dellucci, Martine Iracane-Coste, Jeanny Ann Rydberg, Michel Silvestre, Eva Zimmerman. *Pratique de la Psychothérapie EMDR* [Internet]. Dunod. Dunod; 2017 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=DUNOD_TARQU_2017_01_0535&download=1
61. White AM, Giblin L, Boyd LD. The Prevalence of Dental Anxiety in Dental Practice Settings. *J Dent Hyg JDH.* févr 2017;91(1):30-4.
62. Byrne SK. Healthcare Avoidance: A Critical Review. *Holist Nurs Pract.* sept 2008;22(5):280-92.
63. Sanikop S, Agrawal P, Patil S. Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling. *J Oral Sci.* 2011;53(3):341-8.
64. Halonen H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettunen J. The Association Between Dental Anxiety And Psychiatric Disorders And Symptoms: A Systematic Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 31 août 2018;14(1):207-22.
65. Wogelius P, Poulsen S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. *Acta Odontol Scand.* janv 2005;63(3):179-82.

66. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 14 janv 2007;7:1.
67. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc*. août 1984;109(2):247-51.
68. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Overlap between dental anxiety and blood-injury fears: Psychological characteristics and response to dental treatment. *Behav Res Ther*. juill 1997;35(7):583-90.
69. Benjamins C, Schuurs AHB, And TK, Hoogstraten J. Self-reported and physiologically measured dental anxiety, coping styles and personality traits. *Anxiety Stress Coping*. janv 1996;9(2):151-62.
70. Direction générale du travail (DGT), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir. mai 2015;34.
71. What Is Emotional Exhaustion and How Do You Fix It? [Internet]. Healthline. 2021 [cité 25 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.healthline.com/health/emotional-exhaustion>
72. Khireddine I. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. 2015;8.
73. Miller-Matero LR, Clark KB, Brescacin C, Dubaybo H, Willens DE. Depression and literacy are important factors for missed appointments. *Psychol Health Med*. 17 août 2016;21(6):686-95.
74. Leiter MP, Hakanen JJ, Ahola K, Toppinen-Tanner S, Koskinen A, Väänänen A. Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study: Inconsistency among burnout elements. *J Organ Behav*. oct 2013;34(7):959-73.
75. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*. 4 oct 2017;12(10):29.
76. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J Gen Intern Med*. mars 2015;30(3):290-7.
77. Gragoll I, Schumann L, Neubauer M, Westphal C, Lang H. Healthcare avoidance: a qualitative study of dental care avoidance in Germany in terms of emergent behaviours and characteristics. *BMC Oral Health*. 8 nov 2021;21:563.
78. Spinler K, Aarabi G, Walther C, Valdez R, Heydecke G, Buczak-Stec E, et al. Determinants of dental treatment avoidance: findings from a nationally representative study. *Aging Clin Exp Res*. 1 mai 2021;33(5):1337-43.
79. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin Oral Investig*. 1 avr 2006;10:84-91.
80. Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring [Internet]. Routledge & CRC Press. 2022 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.routledge.com/Burnout-in-Families-The-Systemic-Costs-of-Caring/figley/p/book/9781574440478>
81. Chariatte V, Berchtold A, Akré C, Michaud PA, Suris JC. Missed Appointments in an Outpatient Clinic for Adolescents, an Approach to Predict the Risk of Missing. *J Adolesc Health*. juill 2008;43(1):38-45.

82. Définition de névrosisme | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/nevrosisme>
83. The Psychology Behind Medical Care Avoidance [Internet]. 2022 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.nashvillemedicalnews.com/article/4590/the-psychology-behind-medical-care-avoidance>
84. Health Literacy | HRSA [Internet]. 2022 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/ohe/health-literacy>
85. Ratzan, Zorn, Ruth. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. janv 2020;34.
86. Institute of Medicine (US) Committee on Health, Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [Internet]. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press (US); 2004 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216029/>
87. Moreira L. Health Literacy for people-centred care. 2017;54.
88. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. J Am Dent Assoc. nov 2016;147(11):867-74.
89. Holtzman JS, Atchison KA, Gironde MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. Community Dent Oral Epidemiol. juin 2014;42(3):263-70.
90. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Intern Med. 19 juill 2011;155(2):97-107.
91. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. Am J Health Behav. 1 juill 2007;31(1):19-26.
92. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. Am J Public Health. juill 2014;104(7):e85-91.
93. Lanning SK, Ranson SL, Willett RM. Communication skills instruction utilizing interdisciplinary peer teachers: program development and student perceptions. J Dent Educ. févr 2008;72(2):172-82.
94. Wynia MK, Osborn CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. J Health Commun. 2010;15(Suppl 2):102-15.
95. Fairchild R. Fatalism and Health Behaviors: Exploring the Context for Clinician-Patient Interactions. 2015;4.
96. Parker EJ. Oral health-related self-efficacy and fatalism in a regional South Australian Aboriginal population. Community Dent Health. 1 juin 2022;39(2):92.
97. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Delva J, Sohn W. Reliability and Validity of Brief Measures of Oral Health-Related Knowledge, Fatalism, and Self-Efficacy in Mothers of African American Children. 2006;10.
98. Fleary SA, Ettienne-Gittens R, Heffer RW. Perceptions of Preventive Health Care and Healthy Lifestyle Choices for Low Income Families: A Qualitative Study. ISRN Prev Med. 3 avr 2013;2013:1-6.

99. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav.* avr 2004;31(2):143-64.
100. Jamieson LM, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J. Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. *BMC Oral Health.* 2 avr 2014;14(1):29.
101. Alade M, Folayan MO, El Tantawi M, Oginni AB, Adeniyi AA, Finlayson TL. Early childhood caries: Are maternal psychosocial factors, decision-making ability, and caries status risk indicators for children in a sub-urban Nigerian population? *BMC Oral Health.* 4 mai 2021;21(1):73.
102. Wilson AR, Mulvahill MJ, Tiwari T. The Impact of Maternal Self-Efficacy and Oral Health Beliefs on Early Childhood Caries in Latino Children. *Front Public Health* [Internet]. 2017 [cité 26 sept 2022];5. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00228>
103. Simons D, Pearson N, Dittu A. Why are vulnerable children not brought to their dental appointments? *Br Dent J.* juill 2015;219(2):61-5.
104. Mrcp AMM, Mrcp CRM, Lindsay H, Tham TCK. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. 2002;95:3.
105. AlSadhan SA. Frequency of missed and cancelled appointments in King Saud University orthodontic clinic. *King Saud Univ J Dent Sci.* juill 2013;4(2):77-80.
106. Herrick J, Gilhooly MLM, Geddes DAM. Non-attendance at periodontal clinics: forgetting and administrative failure. *J Dent.* oct 1994;22(5):307-9.
107. Bigby J. Appointment Reminders to Reduce No-Show Rates. 1983;4.
108. Downer SR, Meara JG, Da Costa AC. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *Med J Aust.* 3 oct 2005;183(7):366-8.
109. Watts T. The effect of confirmation calls on appointment-keeping behavior of patients in a children's hospital dental clinic. *Br Dent J.* 15 juin 2002;192(11):633-633.
110. Reekie D, Devlin H. Preventing failed appointments in general dental practice: a comparison of reminder methods. *Br Dent J.* 14 nov 1998;185(9):472-4.
111. Paige L, Mansell W. To attend or not attend? A critical review of the factors impacting on initial appointment attendance from an approach-avoidance perspective. *J Ment Health.* févr 2013;22(1):72-82.
112. Parente CA, Salvatore D, Gallo GM, Cipollini F. Using overbooking to manage no-shows in an Italian healthcare center. *BMC Health Serv Res.* déc 2018;18(1):185.
113. Can S, Macfarlane T, O'Brien KD. The use of postal reminders to reduce non-attendance at an orthodontic clinic: A randomised controlled trial. *Br Dent J.* août 2003;195(4):199-201.
114. Kannan VD, Veazie PJ. Predictors of Avoiding Medical Care and Reasons for Avoidance Behavior. *Med Care.* avr 2014;52(4):336-45.
115. Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining Quality of Care. *Soc Sci Med* 1982. 1 janv 2001;51:1611-25.
116. Harper PR, Gamlin HM. Reduced outpatient waiting times with improved appointment scheduling: a simulation modelling approach. *Spectr.* 1 mai 2003;25(2):207-22.

117. Marbough D, Khaleel I, Al Shanqiti K, Al Tamimi M, Simsekler MCE, Ellahham S, et al. Evaluating the Impact of Patient No-Shows on Service Quality. *Risk Manag Healthc Policy*. 4 juin 2020;13:509-17.
118. Zeng B, Zhao H, Lawley M. The impact of overbooking on primary care patient no-show. *IIE Trans Healthc Syst Eng*. juill 2013;3(3):147-70.
119. Kleppa E, Sanne B, Tell GS. Working Overtime is Associated With Anxiety and Depression: The Hordaland Health Study. *J Occup Environ Med*. 2008;50(6):658-66.
120. Srinivas S, Ravindran AR. Optimizing outpatient appointment system using machine learning algorithms and scheduling rules: A prescriptive analytics framework. *Expert Syst Appl*. juill 2018;102:245-61.
121. Lee S, Min D, Ryu J hyun, Yih Y. A simulation study of appointment scheduling in outpatient clinics: Open access and overbooking. *SIMULATION*. 1 déc 2013;89(12):1459-73.
122. Aomar RA, Awad M. Dynamic process modelling of patients' no-show rates and overbooking strategies in healthcare clinics. *Int J Eng Manag Econ*. 2012;3(1/2):3.
123. Holtshousen WSJ, Coetzee E. The effect of overbooking on idle dental chair capacity in the Pretoria region of the Gauteng oral health services : original research. *South Afr Dent J*. sept 2012;67(8):460-4.
124. Medical Group Management Association. No Show Appointments: Why They Happen and How to Reduce Them. 2021;22.
125. Zeng B, Turkcan A, Lin J, Lawley M. Clinic scheduling models with overbooking for patients with heterogeneous no-show probabilities. *Ann Oper Res*. juill 2010;178(1):121-44.
126. Droits des usagers : Information et orientation [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation
127. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *Ann Fam Med*. nov 2004;2(6):541-5.
128. Relatent. The Ultimate Guide to Reducing Patient No-Shows. 2021.
129. Mohammed ES, Seedhom AE, Ghazawy ER. Awareness and practice of patient rights from a patient perspective: an insight from Upper Egypt. *Int J Qual Health Care*. 1 mars 2018;30(2):145-51.
130. Gurung. Knowledge and Attitude Regarding Patients Right among Nurses in a Teaching Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. 2020;6.
131. Farrell C. The Patient's Charter: a tool for quality improvement? *Int J Health Care Qual Assur*. 1 juill 1999;12(4):129-35.
132. Fédération Nationale des Centres de Santé. Charte d'engagement qualité pour la pratique dentaire en centre de santé. 2020;1.
133. Le contenu de l'information médicale - La signature d'un écrit est elle obligatoire ? [Internet]. Figaro Santé. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/social/droit/contenu-linformation-medicale/signature-dun-ecrit-est-elle-obligatoire>

134. Reddy. Health Information in Hospital Waiting Rooms, Can it Act as a Vector in Health Promotion? Survey among Patients Attending Medical and Dental Hospitals [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.jdrr.org/article.asp?issn=2348-2915;year=2017;volume=4;issue=4;spage=97;epage=100;aulast=Reddy>
135. Charte d'engagement du chirurgien-dentiste : à afficher dans vos cabinets ! [Internet]. Les CDF. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://lescdf.fr/charte-dengagement-du-chirurgien-dentiste-afficher-dans-vos-cabinets>
136. White DL, Froehle CM, Klassen KJ. The Effect of Integrated Scheduling and Capacity Policies on Clinical Efficiency: Integrated Scheduling and Capacity Policies. *Prod Oper Manag.* mai 2011;20(3):442-55.
137. Djabri R. Prise de rendez-vous en ligne, le bilan 2020 [Internet]. Doctolib Blog - France. 2020 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://info.doctolib.fr/blog/42-millions-de-patients-rendez-vous-en-ligne/>
138. Real-time scheduling faces operational challenges. *Internet Healthc Strateg.* janv 2005;7(1):1-6.
139. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 26 avr 2017;19(4):e134.
140. 94 % des 15-29 ans ont un smartphone en 2021 - Insee Focus - 259 [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6036909#titre-bloc-4>
141. Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
142. Politique de protection des données personnelles [Internet]. Doctolib Pro - France. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://info.doctolib.fr/politique-de-protection-des-donnees-personnelles>
143. Parmar V, Large A, Madden C, Das V. The online outpatient booking system « Choose and Book » improves attendance rates at an audiology clinic: a comparative audit. *Inform Prim Care.* 2009;17(3):183-6.
144. Habibi MRM, Mohammadabadi F, Tabesh H, Vakili-Arki H, Abu-Hanna A, Eslami S. Effect of an Online Appointment Scheduling System on Evaluation Metrics of Outpatient Scheduling System: a before-after Multicenter Study. *J Med Syst.* août 2019;43(8):281.
145. Siddiqui Z, Rashid R. Cancellations and patient access to physicians: ZocDoc and the evolution of e-medicine. *Dermatol Online J.* 15 avr 2013;19(4):14.
146. Lowes R. Let patients book their own appointments? *Med Econ.* 2 juin 2006;83(11):27-8.
147. Friedman JP. Internet patient scheduling in real-life practice. *J Med Pract Manag MPM.* 2004;20(1):13-5.
148. Walters BA, Danis K. Patient Online at Dartmouth-Hitchcock - interactive patient care web site. *AMIA Annu Symp Proc AMIA Symp.* 1 janv 2003;1044.
149. Lowes R. Phones driving you crazy? Try clinical messaging. *Med Econ.* 19 mars 2004;81(6):65, 69-72, 76.
150. Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. Failed appointments in an orthodontic clinic. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* mars 2005;127(3):355-7.

151. Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *Am J Med Sci.* sept 2012;344(3):211-9.
152. Almog DM, Devries JA, Borrelli JA, Kopycka-Kedzierawski DT. The Reduction of Broken Appointment Rates Through an Automated Appointment Confirmation System. *J Dent Educ.* sept 2003;67(9):1016-22.
153. Solutionreach. Everything You Need to Know About No-Shows In Your Practice [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.solutionreach.com/guide/reduce-no-shows-and-cancellations-in-your-practice>
154. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, Fields K, Cosgrove NM, Kostis JB. The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates. *Am J Med.* juin 2010;123(6):542-8.
155. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J Telemed Telecare.* 1 oct 2011;17(7):358-64.
156. Prasad S, Anand R. Use of mobile telephone short message service as a reminder: the effect on patient attendance. *Int Dent J.* févr 2012;62(1):21-6.
157. Teich ST, Wan Z, Faddoul FF. Relationship Between Broken Appointments and Dental Students' Clinical Experience Level. *J Dent Educ.* sept 2012;76(9):1167-74.
158. NEPA Community. Policy and Procedure Regarding No Shows and Cancellations. 2022;5.
159. QualisHealth, The commonwealth fund, GroupHealth. No-Show Management Guide. :3.
160. Article L1111-3-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031924909/
161. University of Saskatchewan. 30th Annual Resident Scholarship Day Abstract Book. mai 2020;77.
162. Yarze J. Effect of a No-Show/Short-Term Cancellation Fee Policy in Deterring NonCompliance with Attendance at Scheduled Appointments: 1790. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG.* oct 2012;107:S729.
163. Blæhr EE, Væggemose U, Søggaard R. Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals: a randomised controlled trial from Danish outpatient clinics. *BMJ Open.* 13 avr 2018;8(4):e019969.
164. admin. How Much Can A Doctor Charge You for a Missed Appointment? [Internet]. Stellar Transportation. 2019 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.stellartransport.com/much-can-doctor-charge-missed-appointment/>
165. Article R4127-211 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913009
166. Article R4127-232 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913036
167. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913/
168. MACSF.fr. Le refus de soins du praticien chirurgien-dentiste - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/refus-de-soins-chirurgien-dentiste>

169. Refus de soins dentaires : conditions et limites [Internet]. Ooreka.fr. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: [//appareil-dentaire.ooreka.fr/astuce/voir/266732/refus-de-soins-dentaires-conditions-et-limites](http://appareil-dentaire.ooreka.fr/astuce/voir/266732/refus-de-soins-dentaires-conditions-et-limites)
170. Pirnay P. Je ne veux plus soigner ce patient qui a manqué ses rendez-vous ! [Internet]. L'Information Dentaire. 2016 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/je-ne-veux-plus-soigner-ce-patient-qui-a-manque-ses-rendez-vous/>
171. Terminating patient relationships: How to dismiss without abandoning [Internet]. [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: <https://hub.tmlt.org/tmlt-blog/terminating-patient-relationships-how-to-dismiss-without-abandoning>
172. Lippman, Davenport. Patient dismissal: The right way to do it. mars 2011;5.
173. Hobayan CGP, Grant-Kels JM, Korman AM. The ethics of dismissing a patient with melanoma who repeatedly no-shows. J Am Acad Dermatol [Internet]. 19 mars 2022 [cité 2 déc 2022];0(0). Disponible sur: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(22\)00504-7/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(22)00504-7/fulltext)
174. Jeon WH, Kim B, Kim DH, Lee SG, Jang SY, Kim TH. Characteristics of Walk-In Patients and Related Factors in a Dental University Hospital. Healthcare. août 2022;10(8):1469.
175. Dudko Y, Hons Bds. Public dental waiting list in Australia: a detailed analysis and discussion of management options. :254.
176. Centre for Oral Health Strategy. Priority Oral Health Program (POHP) and Waiting List Management. juin 2017;22.
177. Report on Criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport_en.asp
178. Coulthard, Jones. Clinical Guide to Surgical Prioritisation of Patients on Oral Surgery Waiting Lists. sept 2021;6.
179. Elective (planned) treatment waiting times [Internet]. The Nuffield Trust. 2018 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/treatment-waiting-times>
180. Tatham M, Stringer H, Perera S, Waller G. "Do you still want to be seen?": The pros and cons of active waiting list management. Int J Eat Disord. 2012;45(1):57-62.
181. Elwyn GJ, Williams LA, Barry S, Kinnersley P. Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients. BMJ. 6 avr 1996;312(7035):887-8.
182. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. Stud Health Technol Inform. 2017;240:284-302.
183. Auber JM. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. oct 2018;4.
184. Données sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) - data.gouv.fr [Internet]. [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-sur-lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl/>
185. Optimisation des locaux | Organisation technique du cabinet dentaire [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2019 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/optimisation-des-locaux>

186. Management de groupe et démarche qualité du cabinet dentaire [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2019 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/management-et-gestion-du-cabinet-dentaire>
187. La gestion globale du cabinet dentaire | Organisation interne, management et ergonomie [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2017 [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/gestion-cabinet-dentaire-tome-2-organisation-interne-management-ergonomie>
188. Cochet. Maîtriser l'art du management au cabinet dentaire [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/maitriser-l-art-du-management-au-cabinet-dentaire/>
189. Vermeulen DJ. Apprendre à gérer le carnet de rendez-vous [Internet]. 2014. Disponible sur: https://cabinet-dentaire-flumet.fr/sites/S_E2TJZDF6NZERZBDKSIEOID5HCM/files/p/lecabinet3.pdf
190. Gestion de l'agenda au cabinet dentaire la méthode et les règles [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2020 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/gestion-de-lagenda-au-cabinet-dentaire-la-methode-et-les-regles/>
191. Binhas E. La gestion globale du cabinet dentaire. Vol 2: organisation interne, management et ergonomie. Vol. 2. Rueil-Malmaison: CdP; 2013.
192. Maccario R. L'organisation du cabinet dentaire. Les Ullis: EDP sciences; 2014. 195 p.
193. La gestion des urgences au cabinet dentaire, tout ce qu'il faut savoir [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2019 [cité 18 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/le-gestion-des-urgences>
194. HAVU Eva. Quand les Français tutoient-ils ? août 2005;17.
195. Orsini CA, Jerez OM. Establishing a Good Dentist-Patient Relationship: Skills Defined from the Dental Faculty Perspective. J Dent Educ. oct 2014;78(10):1405-15.
196. Hannah A, Millichamp CJ, Ayers KMS. A communication skills course for undergraduate dental students. J Dent Educ. sept 2004;68(9):970-7.
197. Horowitz AM, Maybury C, Kleinman DV, Radice SD, Wang MQ, Child W, et al. Health literacy environmental scans of community-based dental clinics in Maryland. Am J Public Health. août 2014;104(8):e85-93.
198. PIRNA P. Comment expliquer nos traitements aux patients ? Information dentaire, vol 93 n°26, p 28-29, 2011.
199. DUCOFFE Marion ; Qu'attendre les patients de leur chirurgien-dentiste ? ; [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire] ; Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2016,98 p ; Disponible : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/ODO/2016/2016_DUCOFFE_Marion.pdf.
200. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technol Assess Winch Engl. juill 2012;16(30):i-xii, 1-509.

201. ABASQ Nicolass; Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes. Sciences du Vivant ; Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire] ; Brest : Université de Bretagne Occidentale ; 2017,119p ; Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01533565>.
202. REMY Camille; La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée. Sciences du Vivant [q-bio] ; Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire] ; Nancy : Université de Lorraine ; 2012,183p ; Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732007> [Internet]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732007>
203. AMZALAG A. Codes de la relation dentiste-patient. Paris : Elsevier-Masson, 2007. Pp 31 - 44;60;7175;111.
204. JACQUOT Jean-Philippe ; Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire ; [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire] ; Nancy : Université de Lorraine ; 2007,213 p ; Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733048>.
205. Le second rendez-vous | Gestion de rendez-vous au cabinet dentaire [Internet]. La gestion du cabinet dentaire. 2019 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/le-second-rendez-vous>
206. CHARON Jacques, JOACHIM Frederic Service patient service gagnant. Editions CdP. 1996, p. 5;42;65.
207. RUGA Agathe ; L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication ; [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire] ; Nancy : Université de Lorraine ; 2013,170 p ; Disponible : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738909>.
208. Binhas E. Le cabinet du futur Clinic; 2000 ; vol 21 n° 1 ; p 53.
209. #HealthyAtHome [Internet]. 2022 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>
210. Dew R, Wilkes S. Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 2018;68(672):e460-8.

Table des illustrations

Index des figures

Figure 1: L'influence du coût des soins dentaires (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Cuputo et Mihimihi de www.Flaticon.com).....	18
Figure 2: Les limites de la convention "100 % Santé" (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo).....	19
Figure 3: Quelques chiffres à propos de la discrimination dans les soins (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Freepik et DinsoftLabs de www.Flaticon.com).....	21
Figure 4: Schéma représentant le cercle vicieux de la phobie dentaire (iconographie personnelle adaptée de Armfield (66). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo).....	25
Figure 5: Structurogramme des acteurs et influence de la littératie en santé (iconographie personnelle adaptée du livre "Health Literacy : A Prescription to End Confusion" (86). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo).....	29
Figure 6: Structurogramme de l'impact du fatalisme dentaire sur les comportements de prévention bucco-dentaires (iconographie personnelle adaptée de Bandura (99). Iconographie créée à l'aide des ressources de Slidesgo).....	33
Figure 7: Diagramme de l'impact des systèmes de rappels sur le non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle).....	35
Figure 8: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la discipline selon Storrs (30) (Iconographie adaptée depuis Storrs (30).).....	36
Figure 9: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction du suivi du patient selon Parente (112) (Iconographie adaptée depuis Parente (112).).....	37
Figure 10: Diagramme des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la confirmation du rendez-vous (iconographie personnelle).....	38
Figure 11: Diagramme des proportions du non-respect en fonction des antécédents de non-respect de rendez-vous selon Hahm (26) (Iconographie adaptée depuis Hahm (26).).....	39
Figure 12 : Graphique résumé des facteurs de non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle).....	41
Figure 13: Les connaissances du patient sur la charte d'engagement patient-soignant (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo et Mihimihi de www.Flaticon.com).....	46
Figure 14: Diagramme de réduction des proportions du non-respect de rendez-vous en fonction de la prise de rendez-vous en ligne (iconographie personnelle).....	50
Figure 15: Infographie comparatives des différents systèmes de rappels (iconographie personnelle créée à l'aide des ressources de Slidesgo).....	51
Figure 16: Exemple de SMS reprenant les informations recommandées au rappel de rendez-vous (iconographie personnelle).....	53

Figure 17 : Graphique résumé des stratégies de respect des rendez-vous
(iconographie personnelle).....61
Figure 18 : Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous
(iconographie personnelle réalisée à l'aide des ressources de Slidesgo ;
Macrovector de www.Freepik.com et Mihimihi de www.Flaticon.com).....71

Table des tableaux

Index des tableaux

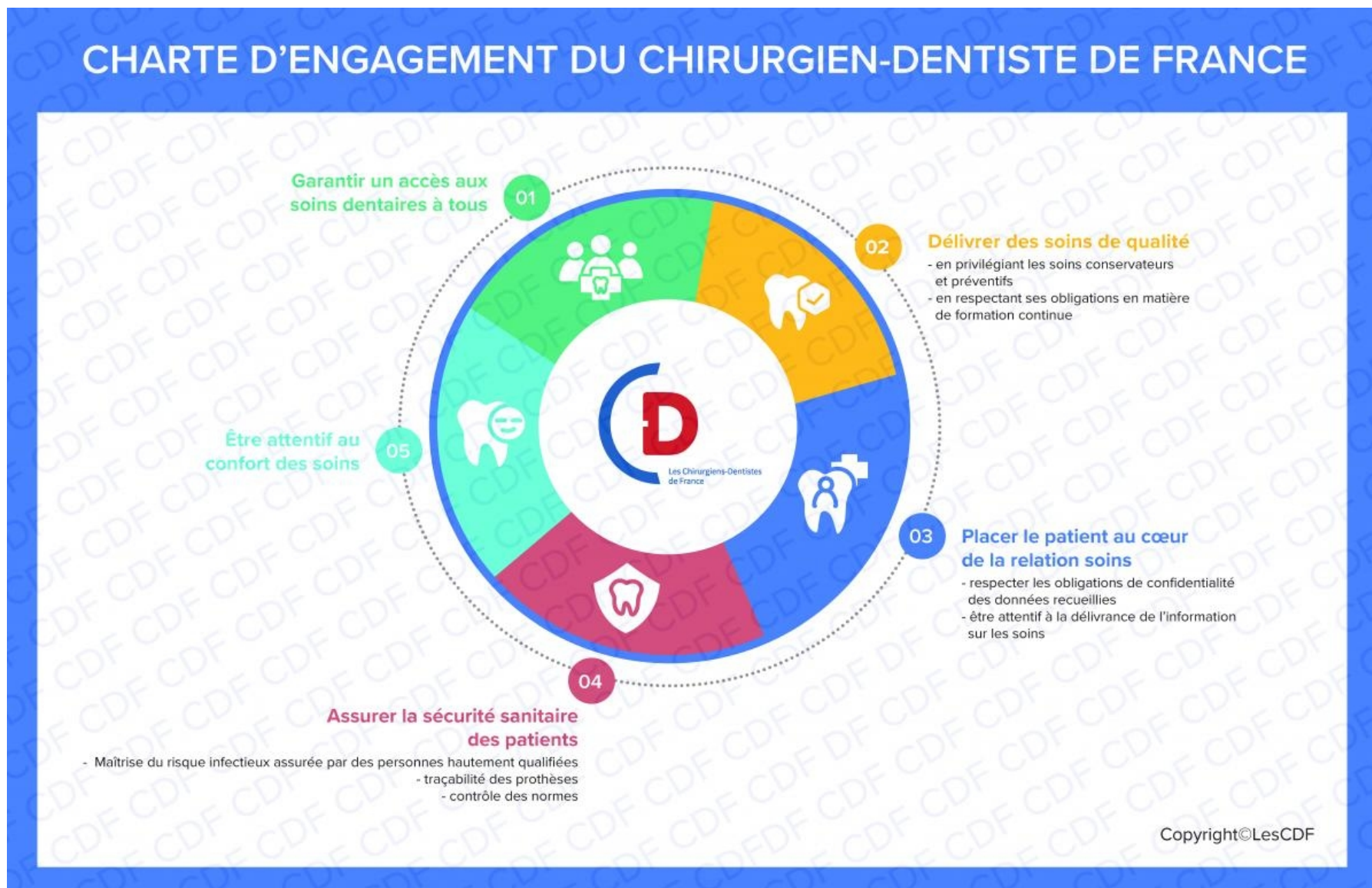
Tableau 1: Articles relatifs à la discrimination dans les soins.....	20
Tableau 2: Définitions de peur, anxiété et phobie selon le DSM-5.....	24

Annexes

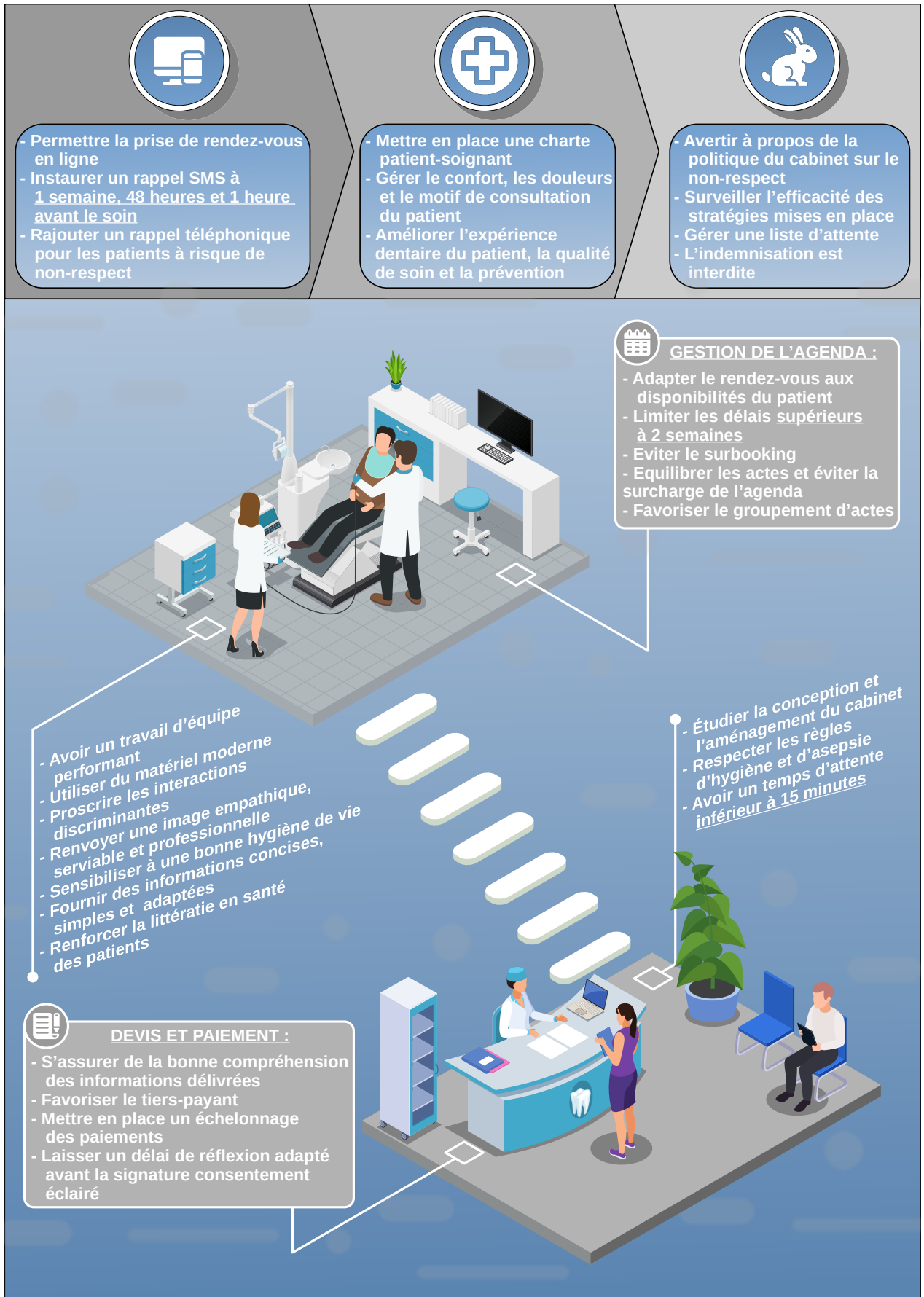
Liste des annexe

Annexe 1	Charte d'engagement du chirurgien-dentiste selon la CDF
Annexe 2	Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous (iconographie personnelle réalisée à l'aide des ressources de Slidesgo ; Macrovector de www.Freepik.com et Mihimihi de www.Flaticon.com)

Annexe 1 : Charte d'engagement du chirurgien-dentiste selon la CDF



Annexe 2 : Les éléments-clés de la diminution du non-respect des rendez-vous



Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2023 – N° :

La gestion du non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire / **Antoine MALYCHA**. - p. (91) : ill. (18) ; réf. (210).

Domaines : Ergonomie et Gestion

Mots clés Libres : Non-respect des rendez-vous, conséquences, facteurs structureaux, facteurs psychologiques, littératie en santé, stratégies, méthodes préventives, méthodes interventionnelles, organisation, conception, aménagement, communication, prise en charge.

Résumé de la thèse :

La gestion du non-respect des rendez-vous au cabinet dentaire est un problème complexe qui a des conséquences négatives sur son fonctionnement et sur la santé bucco-dentaire des patients.

Les facteurs causaux du non-respect des rendez-vous sont nombreux et interagissent ensemble. Ils possèdent une certaine prévalence et un certain impact sur le non-respect des rendez-vous.

De ce fait, il existe de multiples stratégies à mettre en place en fonction des caractéristiques propres du cabinet dentaire et des patients afin de prévenir et intervenir sur le non-respect.

Ces stratégies sont mises en place en concomitance de nombreux autres éléments d'optimisation du cabinet dentaire dans l'objectif de gérer au mieux le non-respect des rendez-vous.

JURY :

Président : Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Maxime BEDEZ

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Madame le Docteur Marine HENAUT