

**UNIVERSITE PARIS 7
DENIS DIDEROT
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
5, Rue Garancière 75006 PARIS**

2008

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque:

THESE
pour le **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR**
en Chirurgie Dentaire
présentée et soutenue publiquement le
par:
Friedlander Lisa

**« Evaluation de la satisfaction de consultants d'un service hospitalo-universitaire
d'odontologie :
Enquête de cohorte prospective sur les patients traités
dans la PASS bucco dentaire de la Pitié Salpêtrière en 2004 et 2005 »**

Directeur de thèse: M le Docteur Frédéric RILLIARD

JURY

Mme le Professeur M.L. BOY-LEFEVRE

Présidente

M. le Docteur C. CHABRE

Assesseur

M. le Docteur A. BERY

Assesseur

M. le Docteur O. HUE

Assesseur

Mme le Docteur S. LEVY-AZOGUI

Assesseur

M. le Docteur F. RILLIARD

Membre invité

M. le Professeur J. AZERAD

Membre invité

M. le Docteur J.Y. DOUKHAN

Membre invité

UNIVERSITE PARIS7 – DENIS DIDEROT

Président : M. le Professeur Guy COUSINEAU

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire : Mme le Professeur Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Secrétaire Général : Monsieur Jean NARVAEZ

JURY

Mme le Professeur M.L. BOY-LEFEVRE

Présidente

M. le Docteur C. CHABRE

Assesseur

M. le Docteur A. BERY

Assesseur

M. le Docteur O. HUE

Assesseur

Mme le Docteur S. LEVY-AZOGUI

Assesseur

REMERCIEMENTS

Mme le Professeur M.L. BOY-LEFEVRE

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier à la faculté de chirurgie
dentaire de l'Université
PARIS 7 - Denis Diderot

Vous nous faites un grand honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie de m'avoir soutenue et fait confiance tout au long de mon cursus, je ne cesserai jamais de vous en être reconnaissante. Vous êtes, pour moi, un guide et un exemple à suivre. Je ne vous décevrai pas.

M. le Docteur C. CHABRE

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier à la faculté de chirurgie
dentaire de l'Université
PARIS 7 - Denis Diderot

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

M. le Docteur A. BERY

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Diplôme de Doctorat en Ethique Médicale
De l'Université Paris V
Docteur en Droit
Maître de conférence - Praticien
Hospitalier à la faculté de chirurgie
dentaire de l'Université
PARIS 7 - Denis Diderot
Expert près de la cour d'Appel de PARIS
Spécialiste qualifié en Orthopédie dento-
faciale
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

M. le Docteur O. HUE

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Maître de conférences - Praticien
Hospitalier à la faculté de chirurgie
dentaire de l'Université
PARIS 7 - Denis Diderot

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.
Je vous remercie pour votre enseignement et vos conseils avisés et chaleureux.*

Mme le Docteur S. LEVY-AZOGUI

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Maître de conférences - Praticien
Hospitalier à la faculté de chirurgie
dentaire de l'Université
PARIS 7 - Denis Diderot

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.
Merci pour vos précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail, veuillez trouver ici
l'expression de mes plus sincères remerciements.*

A M. le Docteur F. Rilliard,

Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail avec tant de disponibilité et d'appui.

Votre manière de travailler est un exemple à suivre pour moi. Vous représentez les raisons qui me donnent l'envie de faire ce métier. Votre rigueur technique et intellectuelle, votre positionnement déontologique sont pour moi des objectifs d'excellence à atteindre.

J'espère pouvoir continuer à travailler et échanger des idées avec vous, nos conversations me sont parmi les plus précieuses.

A Mme le Docteur F. Schvallinger

Je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, sans vous cela n'aurait sans doute pas été possible. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir permis de vous accompagner dans votre travail au sein des EPHAD, j'y ai beaucoup appris et mes choix futurs en seront imprégnés.

A M. le Professeur J. Azerad,

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail au sein du service dans des conditions professionnelles idéales, rigoureuses mais chaleureuses. J'espère pouvoir continuer à travailler avec vous, je me sens, dans votre service, « comme à la maison ».

A M. le Docteur J.Y.Doukhan,

Quelques lignes ne suffiront pas à vous exprimer mon infinie gratitude. Vous êtes celui qui m'a pris par la main, au tout début, et qui m'a poussée, toujours, avec exigence, rigueur et bienveillance. Vous avez été, vous êtes et vous resterez mon maître dans ce métier, le guide de mes choix, un membre de ma famille.

Il y a des personnes qui changent le cours de votre vie, vous êtes une de celles là pour moi.

Merci Monsieur.

A Lousiane, Annie, Nassira, Anne, Richard, Alexandre Escure, M. Muller, M. Bertoux, M. Thifaine,

Mille mercis pour toutes ces années. Merci de m'avoir supportée, vous êtes les maillons forts de cette faculté.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION-PROBLEMATIQUE.....	10
II. REVUE DE LA LITTERATURE	13
II.1. REVUE DE LITTERATURE.....	13
<i>II.1.a. Historique.....</i>	<i>13</i>
II.2. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA NOTION DE SATISFACTION	15
II.3. SPECIFICITES DES POPULATIONS ET SATISFACTION	17
III. L' EVALUATION DE SATISFACTION	20
III.1.QUALITES DES SOINS ET SATISFACTION	20
III.2. QUELS SONT LES OBJECTIFS ?	22
<i>II.2.a. Les structures.....</i>	<i>22</i>
<i>II.2.b. Les procédures.....</i>	<i>25</i>
III.3. QUELS SONT LES OUTILS ?	26
<i>II.3.a. Méthodologie.....</i>	<i>26</i>
<i>II.3.b. Evaluation qualitative</i>	<i>27</i>
<i>II.3.c. Evaluation quantitative.....</i>	<i>27</i>
<i>II.3.d. Les indicateurs.....</i>	<i>28</i>
III.4. EVALUATION DE LA SATISFACTION ET QUALITE DE SOINS : PERFORMANCE HOSPITALIERE	31
<i>II.4.a. Qualité de soins, indicateurs de l'APHP,.....</i>	<i>31</i>
<i>II.4.b. La performance dans l'hôpital</i>	<i>31</i>
IV. L'ETUDE	33
IV.1. MATERIELS ET METHODE	33
<i>IV.1.a. Lieu et chronologie de l'étude.....</i>	<i>33</i>
<i>IV.1.e. Méthode statistique.....</i>	<i>36</i>
IV.2.RESULTATS.....	37
IV.2.a. L'échantillon	37
<i>IV.2.a.1.Taille de l 'échantillon.....</i>	<i>37</i>
<i>IV.2.a.2.Sexe</i>	<i>39</i>
<i>IV.2.a.3.Age</i>	<i>39</i>
<i>IV.2.a.4.Type de prothèse</i>	<i>40</i>
<i>IV.2.a.5.Présence d'un édentement antérieur</i>	<i>41</i>
<i>IV.2.a.6.CAO</i>	<i>41</i>
<i>IV.2.a.7.Prise en charge par praticien ou étudiant.....</i>	<i>42</i>
<i>IV.2.a.8.Type d'hébergement</i>	<i>43</i>
<i>IV.2.a.9.emploi</i>	<i>44</i>
<i>IV.2.a.10. Type de protection sociale</i>	<i>44</i>
<i>IV.2.a.11.Nombre de séances, durée du traitement.....</i>	<i>45</i>
IV.2.b. Groupe des patients venus.....	45
<i>IV.2.b.1. Taux de participation.....</i>	<i>45</i>
<i>IV.2.b.2. Taux de réponses exploitables</i>	<i>46</i>
IV.3. LE QUESTIONNAIRE.....	46
<i>IV.3.a. Connaissance des soins terminés ou non</i>	<i>46</i>
<i>IV.3.b. Soins correspondant aux attentes.....</i>	<i>47</i>
<i>IV.3.c. Explications transmises, comprises.....</i>	<i>49</i>
<i>IV.3.d. Modifications du plan de traitement</i>	<i>52</i>
<i>IV.3.e. L'entretien avec l'assistante sociale.....</i>	<i>52</i>
<i>IV.3.f. L'attente : entre la première consultation et les débuts des soins, entre chaque rendez-vous, avant chaque rendez-vous</i>	<i>53</i>

IV.3.g. Nombre de séances	56
IV.3.h. Matériel	57
IV.3.i. Port des prothèses	58
IV.3.j. Apport au quotidien : fonctionnel, esthétique et social.....	59
IV.4. CORRELATION SATISFACTION-PARAMETRES ETUDIES	60
IV.4.a. Sexe.....	60
IV.4.b. Tenue du dossier.....	61
IV.4.c. Type de logement.....	62
IV.4.d. Type de prise en charge.....	63
IV.4.e. Présence d'un édentement antérieur	64
IV.4.f. Nombre de séances.....	65
IV.4.g. Type de prothèse.....	66
V. DISCUSSION	67
V.1. METHODOLOGIE.....	67
V.1.a. L'échantillon	67
V.1.b. Le recueil des données.....	67
V.1.c. La consultation.....	68
V.2. RESULTATS	69
V.2.a. Influence des paramètres sociaux économiques	69
V.2.b. Dossier du patient : de la tenue au contenu	69
V.2.c. Corrélation satisfaction-paramètres étudiés	70
V.2.d. Biais et limites.....	71
V.3. APPLICATIONS CLINIQUES ET AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	72
V.3.a. Les axes d'amélioration.....	72
V.3.a.1. La compétence et la confiance	72
V.3.a.2. L'information et la communication	73
V.3.a.3. Spécificités de la prothèse adjointe.....	73
V.3.b. Exploitations des résultats et recommandations	74
V.3.b.1. La question de la gratuité des soins.....	74
V.3.b.2. Le suivi des patients	75
V.3.b.3. Propositions cliniques.....	76
VI. CONCLUSION.....	77
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	79
VIII. ANNEXES :	86
VIII. ANNEXE 1 : ENQUETE SAPHORA	86
VIII. ANNEXE 2 : LETTRE TYPE ENVOYEE AUX PATIENTS EN VUE DE L'ENTRETIEN.....	88
VIII. ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE EN VUE DE L'ENTRETIEN	89

I. Introduction-Problématique

Le maintien et/ou l'amélioration de l'état de santé des populations font partie des missions fondamentales de la médecine et, de manière plus générale, des systèmes de soins de santé. L'évaluation de l'aptitude d'un système de santé à atteindre ces objectifs implique, entre autres, la mesure de la capacité à répondre aux besoins, explicites ou implicites, des usagers : l'appréciation de la satisfaction des patients, ou « mesure subjective de la qualité des soins » constitue à cet égard un indicateur incontournable (11).

L'éthique médicale, valeur centrale en médecine, définit des procédures qui sont considérées comme nécessaires au respect des besoins de la personne malade. Parmi ces procédures, citons l'information du patient, le partage des décisions médicales et l'obtention du consentement du patient pour tout acte médical, (1), (**ANDEM, Agence Nationale pour le Développement de l' Evaluation Médicale, ordonnance du 16 avril 1996**). Ces notions sont souvent reprises dans les outils de mesure de la satisfaction des patients.

La définition de l'évaluation des soins donnée par *l'Organisation Mondiale de la Santé* (OMS) intègre tout naturellement la notion de satisfaction : « *démarche qui doit garantir au patient les actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé..., pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats et contact humain à l 'intérieur du système de santé* », (**Rapport annuel de L'OMS, 1987**).

Le système de soins de santé est, le plus souvent, construit sans vraiment tenir compte de ce qui est important pour le patient. Il a été démontré que les professionnels avaient ainsi une opinion biaisée des attentes des patients et de leur perception des soins (22).

Les mesures de la satisfaction des patients apportent une information complémentaire à d'autres évaluations de la qualité des soins en permettant d'évaluer des aspects thérapeutiques pour lesquels le patient est la meilleure (voire l'unique) source d'information ou pour lesquels son point de vue est différent de celui des soignants. Ces mesures permettent de prendre en compte des critères importants pour les patients tels l'influence de la relation avec les professionnels de santé et l'importance de la transmission des informations à caractère médical.

Ces aspects humains sont indissociables des aspects techniques car une bonne relation soignant/patient contribue à l'amélioration du parcours de soins. A ce propos, en 2006, Vincent Jaubert montrait dans sa thèse (24) que cela s'appliquait tout particulièrement aux soins dentaires où le taux de renoncement aux soins était de 41% au sein d'une structure de soins hospitalière.

En France, la législation précise les obligations du service public hospitalier. Le code de la Santé Publique et l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à une réforme de l'hospitalisation publique spécifient que « *tout établissement public de santé procède à une évaluation régulière de la satisfaction des patients* », (1).

La prise en compte de la satisfaction du patient par l'hôpital public français s'inscrit dans une logique de réponse des services publics à une forte demande sociale, émanant principalement de deux catégories d'acteurs, les pouvoirs publics et les usagers (26). La démarche d'accréditation des établissements de santé constitue l'étape-clé de l'intégration de la satisfaction du patient parmi les indicateurs de la performance hospitalière (26).

La satisfaction des patients est ainsi de plus en plus utilisée pour évaluer la qualité des services de soin.

Elle est non seulement un indicateur de la qualité perçue par l'utilisateur, mais aussi un élément permettant d'évaluer et d'améliorer la qualité d'une structure de soins. L'évaluation de la satisfaction des soins s'inscrit donc dans une dynamique de l'évaluation générale des structures accueillant des usagers et montrant la cohérence entre les deux démarches.

De plus, la satisfaction du patient prédit son comportement futur, par exemple l'observance du traitement et la poursuite de la relation thérapeutique (5). Enfin, la satisfaction du patient est un reflet des soins qu'il a reçus, au moins en ce qui concerne leurs aspects organisationnels et

relationnels, sinon techniques. Ce dernier usage des enquêtes de satisfaction présente cependant quelque danger. Des patients se déclareront plus ou moins satisfaits, à qualité de soins égale relativement à la conformité scientifique.

Il convient donc d'identifier les caractéristiques des patients qui sont associées avec l'(in)satisfaction. Sans quoi, des comparaisons de différentes structures de soins pourraient être faussées, si les populations qu'elles servent différaient justement sur ces caractéristiques.

L'objet de cette thèse est d'évaluer la satisfaction de consultants d'un service hospitalo-universitaire d'odontologie en réalisant une enquête de cohorte prospective sur les patients traités dans la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) bucco dentaire du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière en 2004 et 2005. Cette étude poursuit et repose sur la même base de données médico-sociales utilisées en 2006 par V. Jaubert **(26)**.

Ce travail fait intervenir la dimension subjective de la satisfaction des soins, dont certains de ces objectifs ont été évalués par V. Jaubert.

Il s'articulera en premier lieu sur une revue de littérature concernant l'évaluation de la satisfaction aussi bien à l'hôpital que dans des structures de soins privées, et une définition des objectifs et des outils de cette évaluation. Dans un second temps, une étude épidémiologique de satisfaction sera menée au sein de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) bucco-dentaire du service d'Odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) reposant sur la cohorte de V.Jaubert **(26)**.

Les missions de la PASS issues de la loi relative à la lutte contre les exclusions du 24 octobre 1998, n'ont pas été remises en cause par la nouvelle gouvernance, notamment sur les financements qui relèvent toujours du principe de Dotation Globale de Financement (MIGAC, Missions d'Intérêt Général et d' Aide à la Contractualisation) mais dont le récent rapport relatif à l'organisation des systèmes de soins de santé remis au Président de la République, **(Rapport Larcher du 10 avril 2008)**, laisse supposer des extensions de ces missions à l'ensemble des structures de soins, publiques et privées.

L'objectif de cette étude est donc d'identifier, à partir de l'analyse des critères de satisfaction et d'insatisfaction retenus, des axes d'amélioration des pratiques.

La spécificité de la population étudiée est un élément déterminant des résultats observés, le public auquel la PASS s'adresse est en situation de vulnérabilité, autant sur le plan financier que social. Inaugurée en septembre 2002, cette unité fonctionnelle offre aux populations défavorisées la possibilité d'une prise en charge pouvant aller jusqu'à la réhabilitation orale d'usage notamment prothétique. Cette structure permet de lutter pour la réinsertion sociale et

professionnelle. Une des missions de la PASS, est autant d'apporter une réhabilitation orale primaire, que de faire bénéficier à ces patients d'une aide sociale qui passe par la réappropriation de leur droits sociaux en termes de couvertures médicales de base mais aussi par l'aide à la mutualisation. Autrement dit, conjointement à la délivrance de soins bucco-dentaires, la mission fondamentale de la PASS bucco-dentaire est de permettre aux patients reçus dans ce cadre d'accéder au système de soins de droit commun par un accompagnement social visant l'obtention d'une protection maladie appropriée.

L'intérêt de l'implication hospitalo-universitaire dans ce type de missions, dont celle du GHPS est à ce jour unique en France, repose sur l'appréciation de son efficacité, en particulier sur la mesure du ressenti des consultants à partir d'une évaluation de leur satisfaction.

II. Revue de la littérature

II.1. Revue de littérature

II.1.a. Historique

Dans les années 70, aux Etats-Unis, sous l'ère de l'administration du président R. Nixon, s'est engagée une réflexion au niveau du Congrès Américain. Elle s'est concrétisée par une incitation auprès des *National Institutes of Health* (NIH) pour stimuler l'émergence de synthèses d'informations médicales scientifiques et professionnelles et formaliser l'état des connaissances organisées sous forme de conférences de consensus (34). Dans le même temps, les organisations de financement des pays anglo-saxons ont mis en place des mécanismes de contrôle, par exemple sur des conditions d'admission et de sécurité des établissements hospitaliers. Parallèlement, des expérimentations ont été mises en place en France. L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, pour le secteur public, et l'Union Nationale des associations de formation médicale, pour le secteur privé, ont incité l'engagement d'une réflexion, favorisant notamment l'émergence de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Dans les années 1980, à l'issue des expérimentations antérieures, J. Barot, ministre du travail et des affaires sociales, a incité les directeurs et les présidents de commissions médicales d'établissement (CME) des centres régionaux hospitalo-universitaires (CHU) à réfléchir sur l'équilibre entre qualité et coûts des soins et procédures de prise en charge des

patients au sein des établissements hospitaliers. En 1988, C. Evin, ministre de la solidarité, de la Santé et de la protection sociale, a sollicité un rapport pour « le développement de l'évaluation médicale », à l'origine de la décision de création, en 1989, de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Cette sensibilisation et cette démarche concernent l'ensemble des pays européens. En effet, ces problématiques sont largement partagées sur le plan communautaire et dans l'ensemble des pays anglo-saxons situés en dehors de l'Europe.

II.1.b. Etat des pratiques des hôpitaux publics français

Une enquête a été réalisée en 2003 sur la base d'un questionnaire adressé par voie postale à l'attention du responsable de la qualité des centres hospitaliers (CH) publics français de plus de 100 lits (30). Le questionnaire se compose de cinq thèmes portant sur les outils mis en œuvre par les hôpitaux (ressources en personnel dédiées à cette thématique, questionnaire de satisfaction (QS), traitement des réclamations, études et enquête de satisfaction (ES), autres outils d'évaluation de la satisfaction et projets en cours dans ce domaine). Cette étude dresse un état des lieux relatif aux pratiques des établissements de santé et montre une situation marquée par deux phénomènes :

- Le premier phénomène touche aux dispositifs de gestion de la satisfaction du patient mis en place dans les hôpitaux publics français. Il consiste en une approche méthodologique homogène de gestion de la satisfaction du patient s'appuyant sur des outils de gestion hétérogènes. En effet, si la mise en œuvre d'outils dédiés à l'évaluation de la satisfaction se généralise au niveau institutionnel autour du questionnaire de satisfaction et de la réalisation d'enquête de satisfaction par questionnaire, force est de constater que ces derniers sont des outils ad hoc, développés en interne par les établissements, et peu validés au plan de leurs qualités psychomotrices.
- Le second phénomène mis en lumière touche à l'articulation entre les résultats produits par les outils de gestion de la satisfaction mis en place et les décisions d'action des acteurs opérationnels. La généralisation du recours aux outils de gestion de la satisfaction dans les établissements de santé publics ne doit pas masquer une faible implication du corps médical dans la mise en œuvre des dispositifs de gestion

de la satisfaction au niveau institutionnel ainsi que l'existence d'une forte déconnexion entre les résultats produits par ces dispositifs et les actions et pratiques cliniques effectivement mises en œuvre.

On voit donc qu'en dépit d'un intérêt croissant des établissements pour l'état des pratiques en termes d'évaluation de la satisfaction, on remarque une distanciation marquée du corps médical par rapport à la prise en compte et au suivi de satisfaction du patient ainsi qu'une faible utilisation des informations produites pour les décisions et les actions mises en œuvre par les hôpitaux (30).

II.2. Principes fondamentaux de la notion de satisfaction

Depuis 20 ans, de nombreuses études évaluant la satisfaction des patients ont été menées dans les pays anglo-saxons, où elles constituent un axe prioritaire de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins (15). En France, ces études se sont également développées à partir de 1996, date de la réforme de l'hospitalisation, qui précise que « *tout établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients* », (6). Dans le cadre de la procédure d'accréditation définie comme « ... *l'appréciation de l'organisation des procédures et des résultats attendus en terme de gain de santé et de satisfaction du patient....* », les enquêtes de satisfaction sont nécessaires. Ces principes reprennent ceux développés par A. Donabedian à partir de 1960 qui montrent que la place des mesures de la satisfaction s'est affinée au fur et à mesure des différentes versions successives des procédures d'accréditations.

Ware et Shebourne (46) ont proposé, en 1992, une classification des domaines de soins sur lesquels les patients peuvent être interrogés :

- qualités humaines et relationnelles des soignants, respect des droits du patient, interactions patients/soignants.
- compétences techniques des professionnels, c'est-à-dire respect des procédures diagnostiques et thérapeutiques appréciées par le patient comme, par exemple, dans le cas de la consultation, l'attention portée à l'examen clinique, la présence du dossier médical pendant une consultation, la connaissance des traitements pris par le patient, la coordination entre le médecin et les autres structures traitantes.
- environnement physique du lieu de soins : confort hôtelier et services.

- accessibilité de la structure : facilité d'accès, obtention d' un rendez-vous, temps d'attente (pour un rendez-vous, en salle d'attente), etc.
- aspects financiers : coût des soins, étendue de la couverture maladie, possibilité de choix entre plusieurs assurances, conditions de paiement et de remboursements, démarches administratives, etc.
- continuité des soins : possibilité de voir le même professionnel dans le même lieu.
- disponibilité des ressources, c'est-à-dire l'évaluation de la présence de structures médicales suffisantes dans une aide géographique donnée.
- résultat des soins, mesure de l'efficacité des soins ressentie par le patient.

Pour ces auteurs, il n'existe pas de méthodes de questionnaires permettant d' appréhender l'ensemble de ces éléments. Certaines dimensions ne sont pertinentes que pour les instruments adaptés à l'évaluation du système de santé dans son ensemble (comme la disponibilité des structures, les aspects financiers). L'impression globale n'est pas citée dans cette liste alors qu'elle apparaît dans de nombreux questionnaires (notamment ceux développés par J.E. Ware), tout comme l'information médicale qui pourrait être placée à la fois dans le domaine des qualités techniques ou humaines ou être considérée comme une dimension à part.

Selon A. Donabedian **(12)**, sept piliers peuvent, globalement, définir la qualité d'un système de soins de santé:

- « *efficacy* », l'efficacité est la capacité d un soin de santé à faire progresser la santé et le bien-être. Cela représente le meilleur de ce qu'il est possible de faire et ce, dans les meilleures conditions. Elle mesure le degré de réalisation de l'objectif fixé, par exemple, le nombre d'individus ayant accès aux soins suite à une politique sociale.
- « *effectiveness* », terme difficilement traduisible, par opposition au premier pilier, représente les améliorations qui ont déjà été faites, ou qui sont en attente de l'être.
- « *efficiency* », ou efficacité représente le rapport de l'efficacité sur un indice des moyens utilisés (ex. coût par habitant d'une mesure). L'efficacité traduit la notion de « meilleur prix ».
- « *optimality* », optimisation des coûts et des moyens mis en œuvre.
- « *acceptability* », correspond à l'acceptabilité de la procédure.
- « *equity* », représente l'équité dans la distribution des soins et dans leurs effets.

-« *legitimicy* », correspond à la conformité aux spécificités sociales concernant tout ce qui précède.

Le principe de satisfaction est un élément omniprésent dans chacun des piliers définis par Donabedian. Cela suggère que les professionnels des soins de santé doivent prendre en compte les préférences des patients indépendamment de leurs spécificités sociales et médicales dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité de soins délivrés.

II.3. Spécificités des populations et satisfaction

Il est maintenant accepté qu'aussi bien la validité que la fiabilité des échelles psychométriques peuvent être influencées pleinement par les différences socio-culturelles concernant les attitudes, comportements et priorités face à la santé, et que ces échelles doivent être, autant que faire se peut sans en changer la substance, adaptées à des publics contextuellement différents, (43).

Une étude réalisée en 2004 en Norvège (44) au sujet de la fiabilité et de la validité du questionnaire de satisfaction des soins dentaires sur une population âgée de 23 ans montre cela de différentes manières. Dans cette étude un questionnaire a été envoyé à une cohorte de patients comportant comme thème l'accès, la disponibilité, le coût, la prise en charge de la douleur, la qualité des soins. L'instrument de l'étude inclut les points classiques d'une échelle de Lickert (de 1, « très d'accord » à 5, « absolument pas d'accord ») ainsi que des points sur le comportement du dentiste et sur la manière dont les soins sont délivrés aux patients. Les items observés dans le questionnaire et certaines réponses des usagers sont les suivants :

- ➔ y a t il des points au niveau des soins dentaires reçus qui pourraient être meilleurs ?
- ➔ les dentistes sont ils assez précautionneux lors de l'examen clinique de leurs patients ?
- ➔ parfois j'évite d'aller chez le dentiste car les soins sont trop douloureux
- ➔ beaucoup d'attente dans la salle d'attente du dentiste
- ➔ les dentistes traitent toujours leurs patients avec respect
- ➔ il y a assez de dentistes présents dans le service

- ➔ les dentistes devraient faire plus pour réduire la douleur
- ➔ les lieux où vous pouvez recevoir des soins dentaires sont bien localisés
- ➔ les dentistes évitent à leurs patients des dépenses inutiles
- ➔ les dentistes ne sont pas assez « complets » dans leur prise en charge
- ➔ je vois le même dentiste à chaque fois que je vais me faire soigner
- ➔ il est difficile d'obtenir un rendez vous pour des soins dentaires dans un petit délai

En ce qui concerne la fiabilité et la validité des questionnaires de satisfaction au niveau dentaire, cette étude montre qu'il n'existe pas, en la matière, de « gold standard » du questionnaire. Mais cependant, les études ont montré que le concept était intimement lié à la qualité de la relation entre patient et praticien.

Cette étude montre le caractère multidimensionnel du concept de satisfaction concernant les soins dentaires, ainsi que le fait que cet indicateur doit être mesuré par un instrument multifactoriel. Les résultats montrent que l'analyse multidimensionnelle doit être menée et analysée en fonction du type de population analysée même si, dans cette étude, il n'a pas été observée de différence significative dans la satisfaction globale des patients des différents groupes. Le questionnaire de satisfaction des soins dentaires peut alors être un instrument d'évaluation des soins dentaires délivrés dans les services et de la fréquentation des unités de soins par des populations jeunes (en Norvège pour cette étude).

Ces questions ont également été traitées dans une étude de 2003 menée par B.L. Schouten et al. (40, 41) qui montre que les caractéristiques sociales des patients influencent les praticiens dans leur démarche de soins et de prise en charge globale des patients.

Par ailleurs, une étude qualitative de l'opinion des patients qui vivent dans une zone de privations socio-économiques en Ecosse a été menée par S. Mercer (29), cette étude montre que l'inégalité en matière de soins de santé et de services de soins de santé est une importante question de politique et qu'au Royaume-Uni notamment, elle est étroitement liée à la privation socio-économique.

Dans la présente étude, ont été explorés les points de vue des patients vivant dans un grand dénuement à l'égard de la qualité des consultations en médecine générale.

La méthode choisie est une étude de type « *focus group* » mise en place dans une zone de privations socio-économiques d'un grand lotissement dans la périphérie de Glasgow, en Écosse - les études par « *focus group* », reposent sur une forme de recherche qualitative qui

prend forme au sein d'un groupe spécifique culturel, sociétal ou idéologique afin de déterminer la réponse de ce groupe et l'attitude qu'il adopte à l'égard, par exemple, d'un soin. Il utilise la méthode par entretien semi-directif en face à face.

L'évaluation de la perception de la qualité des consultations avec les médecins généralistes a consisté en l'établissement de deux grands thèmes. D'une part la compétence des médecins, et d'autre part, l'évaluation de l'empathie ressentie par les patients de la part des médecins.

L'étude montre que, pour ces patients, la compétence des soignants est souvent supposée, mais de nombreux autres facteurs entrent en compte pour évaluer la relation et la qualité des traitements reçus. Parmi ces facteurs, l'écoute, la transmission claire des informations, le fait que le soignant s'assure que le patient ait compris les tenants et aboutissants des diagnostics et thérapeutiques mis en œuvre, sont des éléments déterminants de cette évaluation.

Par ailleurs, le temps passé lors des consultations et la perception par le patient que le médecin prend le temps nécessaire à le recevoir, entrent également en jeu.

Cette étude montre donc que les patients de ces quartiers défavorisés ressentent le besoin de percevoir un sentiment et une attitude d'empathie de la part des médecins pour pouvoir leur faire confiance et que l'évaluation de leur satisfaction passe en premier lieu par la qualité de l'échange relationnel qui peut s'établir entre eux et l'équipe soignante. Ces critères semblent déterminants dans le jugement qu'ils peuvent avoir des soins délivrés.

Ce thème est également repris dans une étude grecque de 2001 de A. Karydis et al. (25), sur les attentes et perceptions de patients grecs au niveau de la prise en charge bucco-dentaire.

L'audition compréhensive des angoisses et préoccupations liées à leur santé sont des critères majeurs de satisfaction des patients de l'étude. Les auteurs insistent sur l'importance par les patients d'être considérés comme des « individus » et non comme des « numéros ».

Par ailleurs, un des items les plus importants semble être la manière dont les explications et les informations sur les traitements sont fournies aux patients. Les patients sont sensibles au fait que les médecins apportent des explications claires et qu'ils puissent être à même de comprendre sans a priori intellectuel.

Cette étude insiste également sur les aspects plus matériels comme la durée de la consultation et la continuité de la relation entre le patient et son praticien. Cet élément semble déterminant dans l'établissement d'une « vraie relation » entre eux car cela peut leur permettre d'exprimer en confiance leurs préoccupations et leurs peurs quant au traitement et à la suite de soins. Cependant, cette notion de continuité ne garantit pas l'établissement d'une relation satisfaisante pour le patient qui peut exprimer la crainte que le praticien ne « s'ennuie de leurs problèmes » et qu'au cours du temps leurs préoccupations ne soient plus prises au sérieux.

Un autre point important observé dans cette étude est la difficulté éventuelle rencontrée par les patients pour obtenir un rendez-vous ainsi que le nombre de jours d'attente entre les rendez-vous et l'attente dans la salle d'attente avant chaque rendez-vous.

Toutefois, aucun lien théorique n'a été trouvé entre le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et le récit de l'expérience de la rencontre clinique elle-même. Contrairement à la durée du traitement dans le temps et la durée de chaque consultation, il y avait peu de chevauchement entre l'accès à la consultation, les thèmes de la qualité des récits et des discussions dans les séquences les transcriptions des groupes de discussion. La satisfaction des patients n'a donc ici pas ou peu été influencée par ces facteurs.

Attendre un rendez-vous pour voir un professionnel de santé, ainsi qu'attendre dans la salle d'attente sont souvent simplement considérées comme faisant partie de l'expérience de la visite chez le médecin. Pour quelques participants, attendre longtemps dans la salle d'attente (si le médecin était en retard) influence la consultation de façon négative par l'accumulation de stress et d'anxiété (par exemple, sensation de mal être dans un espace encombré, être vu par les autres).

La présente étude a montré que les patients vivant dans un grand dénuement perçoivent la qualité de la consultation en médecine générale comme relevant à la fois de la compétence des médecins, mais aussi de leur empathie.

III. L' évaluation de satisfaction

III.1. Qualités des soins et satisfaction

L'étude de A. Karydis et al. s'est également intéressée à la manière dont les patients évaluaient les services délivrés à l'hôpital. Les objectifs étaient, d'une part, de mesurer la nécessité de la communication entre avec le personnel soignant, ainsi que l'information et la coopération avec leur chirurgien dentiste, mais aussi d'évaluer quels étaient les facteurs dans les choix du praticien traitant.

Cette dernière interrogation tient, dans notre travail, une place particulière. En effet, le recours aux soins dentaires en milieu hospitalier, et tout particulièrement à la PASS, est ce que l'on pourrait appeler l'ultime recours aux soins de patients présentant des difficultés financières. L'arbitrage, le choix, ici ne se formule pas, dans la majorité des cas, entre plusieurs cabinets dentaires, plusieurs structures de soins, mais entre soins et renoncement aux soins. Ici se pose

la question du renoncement aux soins provoqués par le refus de prise en charge, malgré son obligation, par une grande partie des structures de soins de droit commun (bien que les patients bénéficiant d'une protection sociale aussi bien sécurité sociale que couverture médicale universelle, qu'Aide Médicale d'état soient totalement habilités à aller recevoir des soins dentaires en structures de villes, ils se heurtent à 39.1% en région parisienne à un refus de soins des praticiens, **Rapport Chadelat du 30 mars 2006**).

Cette étude grecque avait donc pour but d'essayer d'élucider une partie jusqu'alors peu explorée, l'évaluation de la qualité et de la satisfaction des soins dentaires.

Elle souligne la nuance entre « qualité » et « satisfaction », suggérant que si la qualité entraîne la satisfaction potentielle du patient, la satisfaction, elle, est multifactorielle partiellement indépendante de la qualité des soins délivrés d'un strict point de vue médical.

Les indicateurs utilisés par cette étude ont été classifiés selon différents critères : l'assurance (principalement gestion du risque, décontamination, asepsie), la conformité scientifique (les meilleures dispositions à donner au patient la meilleure information, les meilleures réponses à ses questions, l'empathie (efforts pour bien appréhender les besoins des patients, être à leur écoute, comprendre leur demande et les tenir informés des décisions prises quant à leurs traitements). En conclusion de cette étude menée sur 200 patients à l'aide d'un questionnaire faisant intervenir tous ces items, il a été montré que l'empathie des soignants était la dimension la plus importante. Puis du plus important au moins important, l'assurance, les réponses données aux patients et la conformité scientifique. Les patients de cette étude considèrent qu'ils n'ont pas été suffisamment informés à propos des infections dentaires qu'ils risquaient (carie, gingivite) ainsi que sur les méthodes de prévention et de maintenance de l'hygiène bucco-dentaire.

Une autre étude de satisfaction en milieu ambulatoire, mise en œuvre par TH.V. Perneger (35) en 1996, avait pour but de valider une échelle de satisfaction et d'identifier les facteurs qui pouvaient lui être associés. Elle consistait à envoyer par courrier un questionnaire de satisfaction à des patients vus en ambulatoire et ayant consulté dans plusieurs structures de soins de Genève.

Le taux de participation était de 81% et le questionnaire mesurait 7 dimensions distinctes de la satisfaction (satisfaction globale, accès aux soins, personnel de réception, médecin-relationnel, médecin-temps accordé, médecin-explication, compétence technique). Cette étude a permis de documenter les performances d'un bref questionnaire de satisfaction des patients qui peut être utilisé en médecine ambulatoire, et d'identifier plusieurs caractéristiques des patients et des circonstances de la consultation qui affectent le niveau de satisfaction. Le

questionnaire pouvait être rempli en quelques minutes et la fréquence des non-réponses était faible. Comme d'autres questionnaires de satisfaction, celui-ci tendait à produire des scores de satisfaction plutôt élevés, avec des effets de « plafond » suggérant que des améliorations ultérieures de la satisfaction pourraient être difficiles à détecter. Les auteurs précisant que pour évaluer une intervention visant à améliorer un aspect des soins, il pourrait s'avérer utile d'ajouter une question destinée à mesurer directement le changement éventuel. Dans cette étude, plusieurs caractéristiques des patients étaient associées aux différentes échelles de satisfaction. Après ajustement sur les critères analysés et les structures de soins étudiés, le sexe du patient n'était pas significativement associé à la satisfaction. En revanche, les patients les plus jeunes se disaient nettement moins satisfaits que les patients plus âgés. La relation avec l'âge était graduelle. Les patients nés en Suisse étaient aussi plus satisfaits que les patients nés à l'étranger, plus particulièrement vis-à-vis des explications données par le médecin. Les patients consultants sur rendez-vous étaient en général plus satisfaits que les patients venus sans rendez-vous.

D'autres variables n'ont été examinées que dans certains lieux de soins. Le nombre d'années d'études des patients d'un centre universitaire s'est révélé indépendant de la satisfaction. Les patients du cabinet de groupe privé qui ont consulté des spécialistes étaient significativement plus satisfaits que ceux qui n'ont consulté que des généralistes pour l'évaluation globale, l'accès aux soins, les explications données, et la compétence technique du médecin.

III.2. Quels sont les objectifs ?

II.2.a. Les structures

Une étude sur la structure et la qualité des systèmes d'évaluation de la satisfaction, menée sur 386 hôpitaux en Suède en 2007 (27), montre l'importance des procédures et des résultats qui en découlent.

Les cliniciens, les infirmières et les gestionnaires hospitaliers sont sans cesse confrontés à de nouvelles technologies et méthodes de travail implique un changement des pratiques professionnelles. S'interroger sur l'élaboration des procédures en matière de qualité peut aider à gérer le changement tout en maintenant une bonne qualité de soins. Un nouveau modèle de questionnaire inspiré également par le travail de Donabedian, est utilisé. Il comporte trois facteurs: la structure (ressources et administration), le processus (la culture et la coopération professionnelle), et le résultat (le développement des compétences et la réalisation de

l'objectif). De manière plus précise, la structure réfère à des conditions préalables, telles que les hôpitaux, le personnel et le matériel. Le processus décrit la mise en pratique, les thérapies spécifiques. Les résultats réfèrent, par exemple, aux résultats des traitements et à l'évaluation de la réalisation des objectifs et au développement de compétences liées à l'amélioration de la qualité.

Les objectifs de cette étude étaient d'analyser si la structure, les procédures et l'issue pouvaient être utilisés pour décrire les systèmes de qualité, d'analyser si ces éléments étaient liés, et discuter des implications cliniques et organisationnelles éventuelles.

La méthode utilisée fut la suivante : un questionnaire a été élaboré et envoyé à un échantillon aléatoire de 600 services hospitaliers Suédois. Le taux de réponse a été ajusté à 75%. Cette étude est importante car c'est la première grande étude quantitative qui applique le modèle de Donabedian.

Une étude des relations entre la structure, le processus, et le résultat pourrait fournir des informations qui pourraient profiter aux cliniciens et aux autres professionnels de soins, ainsi qu'aux chefs de service de santé et aux responsables politiques, lors de l'élaboration et de travailler avec l'amélioration de la qualité. Pour mettre en évidence ces relations, plusieurs aspects des systèmes devraient être analysés. Cependant, la plupart des études ne portent que sur quelques aspects ou quelques systèmes.

Les objectifs de cette étude étaient donc d'analyser si la structure, le processus et l'issue pouvaient être utilisés pour décrire les systèmes de qualité, et analyser si ces éléments étaient liés pour en d'étudier les incidences.

Les résultats ont montré que le modèle des relations entre la structure, le processus, et le résultat s'est avéré être une représentation raisonnable de la qualité des services hospitaliers. En conclusion de cette étude, on a pu dire que le modèle pouvait être utilisé pour décrire et évaluer les systèmes de qualité. Il pourrait, en outre, constituer un outil d'aide à l'amélioration de la qualité.

Cette étude montre que les systèmes qualité peuvent porter des noms différents. L'amélioration de la qualité est un terme général qui s'applique non seulement à de petites structures, élaborée à l'échelon local, mais aussi à des systèmes plus standardisés tels que l'amélioration continue de la qualité (« *Total Quality Management or Balanced Scorecard* »). La notion d'« assurance qualité », précise la relation structurée entre la qualité des mesures et les résultats. En secteur hospitalier, les différentes versions de l'accréditation se réfèrent à un

système normatif d'assurance qualité conformément aux classifications, par exemple ISO9002.

Cette étude souligne la place incontournable des systèmes qualité dans la définition des procédures, notamment lorsqu'elles relèvent de critères d'accréditation. Tout en considérant le contexte de limites temporelles et financières, elle intègre également l'administration des systèmes qualité tels le personnel affecté et la documentation de routine.

Donabedian (11) a suggéré que la structure, les procédures et l'issue peuvent être liés, mais que de telles relations pourraient être difficiles à démontrer. Un modèle de relations entre la structure, le processus et l'issue des systèmes de contrôle de la qualité a été développé à partir des résultats d'une revue d'études.

Le modèle indique, par exemple, que plus il y a de temps passé et de moyens financiers mis en œuvre pour travailler à l'amélioration de la qualité (structure), plus, l'attitude est positive à l'égard de ces travaux (processus), et plus on peut évaluer les réalisations en matière de qualité (outcome/résultats).

Les résultats de cette étude indiquent fortement que l'hypothèse de liens entre la structure, le processus et l'issue existent dans le cadre de systèmes de qualité.

La structure organisationnelle caractéristique, telle que le temps disponible et le personnel, semblent être étroitement liées à d'autres aspects de la qualité des systèmes. La structure semble être liée au processus, et à la bonne entente entre les professionnels. Elle semble être également liée au résultat, telles que les objectifs clairs définis par le système qualité, l'évaluation périodique de ces objectifs, la documentation des résultats des évaluations et les transmissions des résultats au personnel.

Le modèle suggère que, par exemple, s'il y a suffisamment de temps pour travailler à l'amélioration de la qualité (structure), il y a plus de soutien de la part des collègues (processus), et des améliorations sont également évaluées au plus haut niveau (résultat).

Une conception systématique et fondée sur des données probantes de l'amélioration de la qualité peut augmenter la probabilité de l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Par exemple, les ressources et l'administration (structure) pourraient être améliorées par la mise en œuvre des lignes directrices pour l'amélioration de la qualité. Les études montrent que les directives cliniques, basées sur des preuves plutôt que sur l'opinion, ont le potentiel de promouvoir des interventions avec des avantages avérés inefficaces et pouvant décourager les pratiques.

Les méthodes utilisées dans cette étude pourraient aussi démontrer comment les modèles théoriques peuvent être analysés quantitativement pour compléter les nombreuses études

qualitatives qui existent dans le domaine de la recherche sur la qualité des soins de santé. Par exemple, il pourrait être utilisé pour analyser les questions de la cohérence des référentiels de qualité.

Un avantage est que ces méthodes analysent à la fois l'importance des relations et le modèle en forme. Ainsi, il peut être justifié d'inclure même les plus petites relations, comme celle entre le processus et le résultat, tant que le modèle est capable de s'améliorer et que les résultats sont raisonnablement interprétables.

En théorie, la structure des systèmes affecte la qualité du processus et des résultats. Comme il s'agit d'une étude transversale, il est important d'être attentif lors de l'examen des relations de causalité. Cependant, la structure est fortement liée aux deux autres aspects.

En ce qui concerne les considérations éthiques, l'approbation formelle de cette étude n'était pas nécessaire. Cependant, des mesures ont naturellement été prises pour assurer le respect des principes généraux d'éthique pour la recherche. Les répondants ont été informés de l'objet de l'étude et du fait que leurs réponses seraient gardées confidentielles.

Ce projet de recherche a été approuvé par la Faculté de Médecine à l'Université d'Uppsala (27).

Le modèle structurel avec les liens entre la structure, le processus et l'issue ont été retrouvés comme prévu en fonction de la théorie. Cela semble indiquer que, par exemple, des ressources suffisantes ainsi que l'administration peuvent jouer un rôle important dans le travail systématique de la qualité.

Ces éléments peuvent apporter des renseignements sur la manière de réaliser une étude de satisfaction en prenant en compte l'ensemble de ces paramètres.

II.2.b. Les procédures

Une étude menée en 2006 par VP. Holt (23), sur la manière de réussir un questionnaire de satisfaction dans le domaine bucco-dentaire, montre que l'étude de l'opinion des patients constitue une part importante de la pratique de la dentisterie. L'observation de la satisfaction des patients est alors un déterminant thérapeutique essentiel. Le fait que le patient ne soit plus considéré uniquement en tant que tel mais également en tant que « client » et « consommateur » de soins, renforce l'idée que ses besoins aussi bien en matière de soins mais aussi au niveau relationnel doivent être pris en compte. Cette étude vise à donner au

méthodologiste des clés pour améliorer d'une part l'établissement du questionnaire de satisfaction mais également pour le recrutement et l'analyse des informations. Pour les auteurs, il y a quatre éléments majeurs dans la constitution d'une étude de satisfaction :

- le design du questionnaire en fonction du type d'informations que l'on veut obtenir,
- le planning de recrutement des patients et la manière de leur faire accepter de participer à l'étude, l'anonymat de l'étude,
- le design de la collection des données,
- le planning d'analyse des données pour l'analyse statistique et les conclusions.

Dans ces conditions, les auteurs montrent que l'étude des réponses à un questionnaire de satisfaction est valide si :

- la cohorte de patients établie est en nombre suffisamment important et constituée de manière randomisée,
- un taux de réponse important est atteint,
- les personnes interrogées ont répondu à toutes les questions,
- le questionnaire a été bien conçu,
- les réponses ont été correctement collectées,
- les réponses sont étudiées en équipe,
- des axes d'amélioration sont suivis en fonction des résultats de l'étude.

III.3. Quels sont les outils ?

III.3.a. Méthodologie

D'un point de vue technique, l'évaluation de la satisfaction tout comme la mesure de la qualité de la vie rencontrent des difficultés méthodologiques de mesure, inhérentes à la prise en compte d'un paramètre subjectif et multidimensionnel.

La validation métrologique d'instruments de mesure subjective nécessite la mise en œuvre de techniques d'enquêtes et d'analyse statistique spécifiques. Il faut s'assurer que l'instrument mesure ce qu'il est censé mesurer et qu'il le fait de façon optimale. La validation permet également de définir précisément les dimensions explorées par l'instrument (34).

Plusieurs méthodes permettent de recueillir et d'analyser la satisfaction des patients. Elles sont de deux types : les méthodes d'analyse indirecte, s'appuyant sur les données déjà disponibles dans l'hôpital, et les méthodes d'étude directe, basées sur des données recueillies spécifiquement à cet effet. Les méthodes d'analyse indirecte s'appuient sur l'analyse des données exprimées spontanément par les patients, comme les compliments ou encore les plaintes et réclamations, considérées comme des indicateurs de la qualité des soins délivrés. Le recueil est simple et peu coûteux. Les limites de cette approche portent sur le caractère partiel des informations accessibles et sur la non-représentativité des données.

Les méthodes d'étude directe de la satisfaction du patient visent expressément à recueillir l'évaluation opérée par les patients. Deux grands types d'études sont habituellement distinguées : les études dites « qualitatives » et les études dites « quantitatives » (30).

II.3.b. Evaluation qualitative

Les études qualitatives de la satisfaction sont de deux types :

- entretiens individuels non ou semi-directifs ou de groupes dits « focus group ». La méthode de critique d'incident est un exemple de technique bien standardisée pour les entretiens individuels. Il s'agit d'un entretien construit de façon à recueillir le récit du sujet sur des événements très précis qui ont soit généré chez le sujet des émotions fortes (étonnement, émotions positives ou négatives), soit lui ont laissé un souvenir particulier. Cette méthode a été utilisée dans le développement de plusieurs questionnaires français, comme celui de Gasquet et Pourin (17).
- auto-questionnaires comportant des questions ouvertes. Une phase d'analyse de contenu des réponses des patients est nécessaire. L'analyse des lettres de plaintes se situe dans ce champ. Leur analyse représente, au sein d'un dispositif global de mesure de la qualité des soins perçue par les patients, un complément indispensable aux enquêtes de satisfaction.

II.3.c. Evaluation quantitative

Ces études produisent une information sous forme de grandeur mesurable, visant l'établissement d'un score. Deux types d'outils sont utilisés : le questionnaire de sortie (QS) et les enquêtes de satisfaction (ES) par questionnaire. Le QS, apparu dès 1947 dans une circulaire (circulaire du 18 juin 1947 relative à la pratique du questionnaire de sortie), est

obligatoire pour tous les établissements de santé depuis le milieu des années 1990 (**circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995, ordonnance du 24 avril 1996 et arrêté du 7 janvier 1997**). Les avantages de cet outil sont un faible coût et la possibilité d'expression anonyme offerte à tout patient hospitalisé. Les limites du QS sont multiples et portent essentiellement sur la faiblesse des taux de retours et la non-représentativité des réponses. Il a en effet été montré que les résultats obtenus ne permettent pas de définir un niveau de satisfaction moyen dans la mesure où les répondants ont des profils extrêmes : très insatisfaits ou très satisfaits, (43). Les établissements de santé peuvent par ailleurs procéder à des enquêtes qui n'ont pas le caractère obligatoire du QS et qui sont basées sur l'administration de questionnaires visant à établir des scores mesurant l'état de satisfaction du patient. L'intérêt des ES est double. Les réponses sont représentatives et cet outil contribue à la conception et au suivi d'indicateurs de qualité et donc de pilotage de l'organisation hospitalière. Les limites concernent principalement le type d'information recueillie qui ne peut porter que sur des éléments préalablement identifiés ainsi que les coûts, qui peuvent être plus ou moins élevés selon le niveau de représentativité visé et le mode d'administration retenu du questionnaire (par voie téléphonique, postale ou en face-à-face). La littérature académique internationale propose de nombreuses échelles de mesure de la satisfaction du patient validées sur le plan de leurs qualités psychométriques parmi lesquelles les plus utilisés dans le monde hospitalier anglo-saxon sont le « *Patient Satisfaction Questionnaire* » (PSQ) de Ware et al.(46), le « *Patient Judgements of Hospital Quality* » (PJHQ) de Rubin, (« **Patient Judgements of hospital quality questionnaire** », 1990), ou encore le « *Patient Comment Card* » (PCC) de Nelson (« **the patient comment card : a system to gather customer feedback** », 1991). Les échelles validées dans un contexte culturel et dans un système de soins donné ne sont pas directement transposables à un environnement différent. Bien que le mouvement soit récent au regard du monde hospitalier anglo-saxon, on peut constater un développement d'échelles de mesure de la SP adaptées au contexte français.

II.3.d. Les indicateurs

Dans l'étude de TH.V. Perneger (35), le taux de participation était de 81%. L'instrument utilisé consistait en 16 items et mesurait 7 dimensions distinctes de la satisfaction. Le questionnaire était facile à remplir (scores disponibles chez 96 à 99% des répondants selon l'échelle). L'analyse factorielle a identifié deux composantes principales correspondant aux processus des soins et à l'organisation des soins. Ce bref questionnaire de satisfaction a fait

preuve d'une fiabilité et d'une validité satisfaisantes, et son usage a été recommandé pour les structures de soins ambulatoires. Plusieurs variables liées au niveau de satisfaction ont pu être identifiées : elles devraient être mesurées dans les enquêtes de satisfaction pour permettre une plus juste interprétation des résultats.

Cette étude montre le biais possible entre « satisfaction » et « qualité », explicitant bien que la satisfaction du patient est un des reflets de la qualité des soins qu'il a reçu, au moins en ce qui concerne leurs aspects organisationnels et relationnels, sinon techniques. Ce dernier usage des enquêtes de satisfaction présente cependant quelque danger d'interprétation. Il convient donc d'identifier les caractéristiques des patients qui sont associées avec l' (in)satisfaction. Sans quoi, des comparaisons de différentes structures de soins pourraient être faussées, si les populations qu'elles servent différaient justement sur ces caractéristiques.

Une autre étude **(20)** montre la performance des indicateurs utilisés pour évaluer la qualité des soins.

L'objectif de cette étude était de déterminer des indicateurs de performance et de qualité qui pourraient être utilisés pour évaluer la qualité de soins dentaires primaires. Cette étude insiste sur le fait que parce que les problèmes dentaires ne sont pas directement une cause de mortalité, leur importance a tendance à être sous-estimée. Ils représentent néanmoins un véritable problème de santé publique dus à leur importante prévalence et aux coûts imputables à l'absence de soins. Les items définissant la qualité des soins reçus passent aussi bien par le diagnostic, le plan de traitement, les méthodes cliniques utilisées, que par la communication patient-praticien ainsi que les différents aspects organisationnels de la structure de soins (accueil...) **(Poorterman et al, 1998)**.

Pour évaluer cette satisfaction, cet article rappelle les items de base appréhendés par A.Donabedian (et actualisés par l'OMS en 2000 et par Klazinga en 1996) et qui représentent, aujourd'hui encore, un certain « *gold standard* » des indicateurs utilisés pour évaluer cette satisfaction.

Schéma d'un modèle pouvant être mis en place pour évaluer la satisfaction et recueillir des informations dans une perspectives d'amélioration , issu d'une étude menée en 2006 par Gonzalez **(20)**:

cible d'étude	ce qui est mesuré ?	dimension de la qualité
Patients →	-état de santé -Satisfaction des patients, attente et perceptions -autres indicateurs subjectifs -plaintes et doléances	acceptabilité équité
Professionnels→	-performance : performance technique - relations entre les membres de l' équipe soignante -taux de succès et d'échec -taux de complications -satisfaction des professionnels	convenance efficience sécurité accessibilité équité
système de santé/ système de soins→	- ressources humaines -ressources matérielles -institutions -coûts engendrés	

Par ailleurs d'autres items plus subjectifs peuvent être examinés à propos de la satisfaction des patients. Bader et Ismail (1999) affirment que la satisfaction du patient est un indicateur de la qualité (résultat, *outcome*) des soins reçus, alors que beaucoup d'études montraient que la satisfaction du patient résultait davantage de la relation qu'il entretenait avec son dentiste. Les perceptions des patients sur leur santé bucco-dentaire peuvent aussi être reliées à la présence ou non de douleur pendant ou après les soins délivrés. Ce point est tout à fait primordial pour le bon déroulement du traitement, à tel point qu'un contrôle efficace de la douleur est une donnée importante augmentant la satisfaction du patient.

III.4. Evaluation de la satisfaction et qualité de soins : performance hospitalière

II.4.a. Qualité de soins, indicateurs de l'APHP,

Depuis 2001, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) réalise chaque année une enquête de satisfaction des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et pédiatrie.

Cette enquête répond aux critères scientifiques de qualité d'une enquête de satisfaction : utilisation du questionnaire validé SAPHORA-MCO, tirage au sort des sujets, interrogation des patients à distance de l'épisode et du lieu de soins, entretien réalisé par un enquêteur indépendant du service d'hospitalisation, respect de critères d'inclusion et d'exclusion stricts (hospitalisation plein-temps d'au moins trois jours dans les services adultes ou pédiatriques des hôpitaux court séjour), taux de participation élevé (supérieur à 80%).

Pour chaque question posée, le patient se situe par rapport à 5 niveaux de satisfaction. Certaines questions sont regroupées sous forme de 3 indicateurs pour lesquels des scores sont calculés. Chaque score est la moyenne arithmétique des résultats à ces questions (score de 0 à 100 par ordre croissant de satisfaction). (ANNEXE 1).

II.4.b. La performance dans l'hôpital

Selon, J. Petit et H. Garrigue-Guyonnaud (34), les démarches qualité ne constituent pas une contrainte, mais au contraire une opportunité pour les patients, qui verront leurs attentes mieux écoutées, donc mieux satisfaites ; opportunité pour les professionnels de santé qui recherchent une meilleure efficacité et sécurité de leurs prestations ; opportunité pour l'établissement, tant s'annoncent difficiles les compétitions attendues.

→Ce qui est attendu et par qui ?

- La démarche « qualité » au sein du système de santé est une réponse à l'évolution des besoins sanitaires des attentes des citoyens et de la société. Elles participent à la maîtrise des dépenses de santé.
- Cette logique de progrès se traduit en priorité par une exigence de sécurité pour les citoyens et les malades.
- Les autorités, qui régulent le système de santé, que ce soit les organismes d'Assurance maladie ou que ce soit l'Etat, attendent une meilleure objectivation du rapport bénéfice/risques des prises en charge, objectif difficile compte tenu de la complexité organisationnelle des établissements de santé.

→Ce qui est acquis ?

- La plupart des pays développés ont engagé des démarches « qualité » et des procédures de reconnaissance externe de la qualité des hôpitaux et des organisations de prise en charge des malades (réseaux de soins...)
- La France a réussi en un peu moins de 10 ans, à développer une démarche externe d'appréciation de la qualité des hôpitaux et de ses cliniques. Les 4000 établissements hospitaliers français ont été accrédités en 2006... alors que quarante ans ont été nécessaires pour développer cette démarche en Amérique du Nord.
- La procédure maintenant dénommée « certification » doit évoluer, et cela est engagé, notamment par une plus grande médicalisation de la démarche et par une plus grande prise en compte des aspirations des patients, seuls « clients » légitimes des hôpitaux et des cliniques.
- Les démarches d'anticipation des risques et d'amélioration de la qualité sont plus difficiles à mettre en œuvre dans le contexte de la pratique libérale et, notamment au niveau du professionnel de santé exerçant seul.

→Ce qui reste à résoudre ?

- L'accord des acteurs (financeurs, Etat, syndicats, hôpitaux, cliniques) sur la finalité de ces démarches n'est pas véritablement formalisé et ce partage de responsabilités mérite d'être travaillé pour décrire le partage collectif des rôles et des responsabilités.
- La complémentarité, et donc la cohérence des dispositifs ayant eu une traduction législative et réglementaire, doit être démontrée : la certification des hôpitaux,

l'accréditation des pratiques à risques, l'évaluation des pratiques professionnelles, les contrôles de conformité (par l'Etat) et les contrôles d'utilisation (par les assureurs) doivent être cohérents les uns rapport aux autres.

- Le contrôle / la vérification d'application de la norme (la procédure) ne doit pas l'emporter par rapport à la légitimité de la mesure et de la comparaison des résultats de soins.
- L'ensemble des procédures et des mécanismes ci-dessus ne dispensent pas et renforcent même la nécessité d'une évaluation des performances des individus/des personnes/des professionnels de santé.

IV. L'étude

IV.1. Matériels et méthode

IV.1.a. Lieu et chronologie de l'étude

L'étude se déroule dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) et concerne des consultants de la permanence d'Accès aux Soins de Santé bucco-dentaire.

La PASS bucco-dentaire accueille toute personne dont les difficultés économiques l'empêchent d'accéder aux soins d'odontologie. C'est une unité fonctionnelle du service d'odontologie, qui offre aux populations défavorisées la prise en charge « odonto-sociale » pouvant aller jusqu'à la réhabilitation « orale » prothétique.

Dès l'ouverture du service, une convention de partenariat a été signée avec l'Association Emmaüs, le Service Accueil Médical d'Urgence (Samu Social), Médecins du Monde, L'Aide Odontologique Internationale (AOI), le bus dentaire. Les personnes envoyées par l'association bénéficient d'un accès privilégié et rapide aux soins grâce à un créneau horaire qui leur est spécialement accordé. Quel que soit leur mode de protection sociale, toutes les personnes peuvent prétendre à une réhabilitation bucco-dentaire. L'engagement de la prise en charge financière se fait sur un dossier médico-social évalué par une commission constituée de professionnels hospitaliers. Cette commission est composée du directeur du GHPS, ou d'un de ses représentants du cadre social du GHPS (alliant ainsi expertise administrative et sociale), du chef du service d'Odontologie de Garancière (Paris 7) et/ou du GHPS au titre de l'expertise médicale.

Cette consultation est ouverte à tout public âgé de plus de 15 ans et 3 mois. Elle accueille toute personne devant bénéficier de traitements bucco-dentaires, indépendamment des conditions de ressources. Le patient consultant est intégré dans un circuit de soins qui comporte plusieurs paliers : prise de contact avec le service, constitution du dossier médico-social (rendez-vous médical et évaluation de la prise en charge thérapeutique avec le praticien référent de la PASS puis rendez-vous avec l'assistance sociale pour la prise en charge sociale), rendez-vous avec un praticien ou un étudiant hospitalier pour l'exécution des soins primaires et éventuellement passage en commission en vue de traitements prothétiques.

L'étude a commencé le 21 juin 2006, date de convocation de la première cohorte de patients. Les convocations ont été faites par lettre (ANNEXE 2), à partir de la totalité des consultants ayant été vus par l'assistante sociale dans le cadre d'une prise en charge, hors urgence, en 2004.

Cette lettre leur propose un rendez vous à un horaire donné avec possibilités de changer de rendez- vous selon leurs disponibilités), pour un examen clinique et pour solliciter leur avis sur les soins reçus.

Lors de l'élaboration de la lettre, plusieurs difficultés se sont posées quant à la manière d'exposer les causes de cette convocation. Pour que les patients, et en particulier ceux qui ont interrompu les soins, acceptent de venir, il a fallu trouver une manière d'insister sur le fait qu'ils auraient un examen clinique dans le cadre d'un suivi de soins, pour ne pas uniquement accentuer les motifs de l'enquête.

Les entretiens et examens cliniques se déroulent dans un box fermé du service pendant près d'un quart d'heure, sous la responsabilité d'un praticien de santé publique du service n'ayant pas participé à la prise en charge initiale.

IV.1.b. Critères d'inclusion des patients

Tous les patients pris en charge dans la PASS de la consultation bucco-dentaire pour des soins programmés présentent un point commun : ils ont rencontré une Assistante Sociale, ce qui assure une fiabilité optimale des données sociales recueillies, et ils ont passé une radiographie panoramique au premier jour de leur entrée dans le dispositif.

Tous les patients ayant passé les étapes de consultation par un praticien référent, entretien

avec une assistante sociale et étude du cas en commission d'admission dans la période du 01/01/2004 au 31/12/2004 ont été inclus dans l'étude.

IV.1.c. Le questionnaire, l 'entretien

Les données sont recueillies à partir d'un questionnaire à réponses fermées, rédigé selon les procédures préconisées par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, lu au patient par l'investigateur. Il concerne l'appréciation de l'acte médical en tant que tel mais également un ensemble de critères faisant appel au ressenti du patient par rapport :

- à l'accueil au sein du service,
- au déroulement de la première consultation,
- au déroulement de l'entretien social,
- à la qualité des informations transmises,
- aux modifications éventuelles du plan de traitement en cours de soins,
- aux délais d'attentes avant le début des soins et entre les consultations,
- à la durée du traitement,
- à l'usage des prothèses,
- à la fonctionnalité des prothèses,
- aux éventuelles implications sociales de la réhabilitation prothétique.

Les informations sont anonymisées conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), instituée par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ce questionnaire (ANNEXE 3) a été mis au point de telle sorte qu'il se déroule comme un entretien. Cette méthode a été préférée pour sa fiabilité à un questionnaire auto-rempli afin de limiter le biais qui pourrait être occasionné par le fait que certains patients ne savent pas lire le français ou ne comprennent pas les questions à leur simple lecture.

Dans cette optique, dans cette étude, les questions sont donc directement posées aux patients avec réponses ouvertes, pour que l'échange ne soit pas restreint à des réponses standardisées, que le patient ne soit pas influencé pour répondre et que l'analyse soit la plus personnalisée possible.

Afin de simplifier le recueil initial des données, une grille de réponse a été établie pour permettre une relecture rapide. Cette grille est remplie après l'entretien en s'appuyant sur les réponses données par les patients.

IV.1.d. Recueil des données

Le recueil de données se fait donc après les soins reçus par conséquent lors de la mesure de la variation entre ce qui est attendu avant le traitement et ce qui est ressenti par ces patients après réalisation prothétique. L'évaluation est donc faite a posteriori, les patients n'ayant pas précisément été interrogés sur le sujet avant le début de la prise en charge. Par conséquent, ce que l'on a pas, avec cette étude, c'est une connaissance précise des attentes des patients sur les différentes thématiques étudiées. Les données recueillies sont donc fonction des traitements et prises en charge déjà effectuées sur ces patients.

IV.1.e. Méthode statistique

Les données ont été recueillies sur le logiciel Excel 2000 (Microsoft Corporation, Redmond, USA) et sur le logiciel OpenOffice.Org 2.0 (OpenOffice.Org organization, www.openoffice.org).

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide des logiciel Excel 2000 et SPSS 10. Les tests statistiques utilisés sont le test de vérification de la normalité de Kolmogorov

Smirnov/Lilliefors, le test de comparaison des distributions du chi 2 de Pearson, le test de comparaison de moyennes de Student, et les tests d'analyse de variance univariée (ANOVA).

IV.2.Résultats

IV.2.a. L'échantillon

IV.2.a.1.Taille de l'échantillon

La population considérée dans notre étude comporte initialement 456 personnes. Sur ces 456 :

- 188 d'entre eux avaient interrompu leurs soins, soit 41%.
- 81, avaient poursuivi leur traitement à leur terme, soit 18%.
- 186, étaient encore en cours de soins, soit 41%.

Soins interrompus	188
Traitement à terme	81
En cours de soins	186
Total	456

L'échantillon de l'étude se basant sur les patients ayant terminé leur prothèse depuis au moins 6 mois , ceux ayant interrompus les soins, 188, sont donc exclus de l'enquête.

On postule sur le fait que les 267 patients restant ont, soit terminés leurs soins soit sont en cours de traitement entre 2004 et 2005.

Il a été décidé que seront exclus de l'étude, pour des raisons de fiabilités des données et d' un recul clinique insuffisant, ceux présentant les critères suivant :

- soins terminés mais pas de prothèses posées :1 patient
- patients trop près de la fin des soins : 57 patients
- soins en cours : 7 patients
- urgence :4 patients
- patients ne présentant pas d'adresse :2 patients
- patients décédés :2 patients

Cela représente donc 73 patients supplémentaires non inclus dans l'étude.

De ce fait, ont donc été inclus dans l'étude les patients nécessitant une prothèse, vus par l'assistante sociale du service en 2004 et dont les soins ont été réalisés en 2004 et 2005 et dont la ou les prothèses ont été terminées depuis au moins six mois à dater de la convocation, ce qui représente donc une **cohorte de 194 patients**.

Une fois les critères d'exclusion établis, la cohorte d'étude est donc de 194 personnes.

On établit donc que 194 patients ont été sélectionnés. Sur ces 194 patients, 17 ont été écartés car aucune adresse n'a pu être trouvée dans le dossier médico-social.

Par conséquent 177 lettres ont été envoyées. (22 patients ont été reconvoqués)

Sur ces 177 lettres envoyées, 57 nous sont revenues dans le service portant la mention NPAI (N'habite pas à l'adresse indiquée).

Trois groupes ont donc finalement été étudiés :

-patients venus, n=37

-patients « NPAI », n=57

-patients non venus avec raisons inconnues, n=83

aucune adresse	17
NPAI	57
Patients non venus	83
Patients venus	37
Total	194

La première partie de l'étude statistique consiste à comparer les trois groupes de patients (venus, NPAI, non venus) en fonction des différents critères bucco-dentaires et sociaux établis qui sont : le sexe, l'âge, la prise en charge par un étudiant ou un praticien titulaire, la présence d'un édentement antérieur, le type de prothèse réalisée (PA, PC), le type de logement, la couverture sociale, le nombre de séances de traitement.

Cette première partie de l'étude cherche à savoir si ces groupes sont homogènes et si des caractères étudiés sont plus ou moins présents dans un groupe particulier.

La seconde partie de l'étude se concentrera sur le groupe des patients venus qui ont pu répondre, dans ces conditions, au questionnaire de satisfaction lors de l'entretien.

IV.2.a.2.Sexe

	venus	NPAI	non venus	total
hommes	25	36	57	118
femmes	12	21	26	59
total	37	57	83	177

Les patients décédés ont été comptabilisés ici et pour le reste de l'étude avec les patients non venus.

On réalise un test de comparaison de proportion de Chi 2 à 2 ddl.

On trouve un degré de signification **p=0,787**

On ne montre pas de différences de proportions entre les patients venus et les autres selon le sexe.

IV.2.a.3.Age

	venus	NPAI	non venus	total
<<25	1	4	6	11
25<a<<45	20	33	42	95
45<a<<60	9	5	22	36
>60	7	15	13	35
total	37	57	83	177

Lors du calcul des effectifs calculés certains sont <5, on doit donc regrouper deux catégories d'âges pour que les conditions d'applications soient réunies. Ce qui donne le tableau suivant:

	venus	NPAI	non venus	total
a<<45	21	37	48	106
45<a<<60	9	5	22	36
>60	7	15	13	35
total	37	57	83	177

On réalise un test de comparaison de proportion de chi deux à 4 ddl, valeur seuil= 9,49.

On trouve un degré de signification $p>0,05$

On ne montre pas de différences d'âge significatives entre les trois groupes de patients.

IV.2.a.4.Type de prothèse

	venus	NPAI	non venus	total
PA	28	42	65	137
PC	5	2	4	9
PA+PC	4	13	14	31
total	37	57	83	177

Les conditions d'applications ici ne sont pas remplies. En effet certains effectifs calculés en vue d'effectuer un chi 2 à 4 ddl sont inférieurs à 5. Dans ce cas présents de comparaisons de plusieurs distributions, le regroupement de lignes ou de colonnes rendrait la l'hypothèse nulle impossible à poser, et la question perdrait tout son sens. On peut en revanche organiser les données de manière différente :

	venus	NPAI	non venus	total
PA unique	28	42	65	135
Pc ou PA/PC	5	15	18	42
total	37	57	83	177

On réalise un test de comparaisons de proportions de chi 2 à 2 ddl, on trouve **p=0,466**.

On ne met pas en évidence de différence significative entre les groupes étudiés.

	venus	NPAI	non venus	total
édentement antérieur	17	35	42	84
pas d'édentement antérieur	20	32	41	93
total	37	57	83	177

IV.2.a.5.Présence d'un édentement antérieur

On réalise un test de comparaison de proportion du Chi deux à 2 ddl, valeur seuil=5,99. On trouve un degré de signification **p=0,719**.

On ne montre pas de différence significative dans les proportions d'édentés antérieurs dans les 3 groupes étudiés.

IV.2.a.6.CAO

Certains effectifs calculés sont inférieurs à 5, par conséquent les conditions d'application ne sont pas remplies pour réaliser un test de chi 2 à 8 ddl. On doit regrouper deux lignes pour avoir des conditions d'application valides, ce qui donne le tableau suivant :

	venus	NPAI	non venus	total
CAO<<10	10	16	23	49
10<CAO<<15	8	13	12	33
15<CAO<<25	13	19	30	62
CAO>25	6	9	18	33
total	37	57	83	177

On fait un test de comparaison de plusieurs distributions de chi 2 à 6 ddl, valeur seuil=12,59.

On trouve un degré de signification **p=0,885**.

On ne met

évidence
différence
CAO
trois
étudiés.

	venus	NPAI	non venus	total
CAO<5	3	5	6	14
5<CAO<<10	7	11	17	35
10<CAO<<15	8	13	12	33
15<CAO<<25	13	19	30	62
CAO>25	6	9	18	33
total	37	57	83	177

pas en
de
entre les
pour les
groupes

IV.2.a.7.Prise en charge par praticien ou étudiant

On réalise un test de comparaison de distributions de chi deux à 2 ddl, valeur seuil= 5,99

On trouve un degré de signification $p=0,279$.

On ne met pas en évidence de différence entre les distributions des patients selon qu'ils aient été suivis par un praticien sénior ou un étudiant au sein des trois groupes étudiés.

	venus	non venus	total
hébergement précaire	15	33	48
logement individuel	22	50	72
total	37	83	120

IV.2.a.8.Type d'hébergement

La

	venus	NPAI	non venus	total
étudiant	28	49	72	149
praticien	9	8	11	28
total	37	57	83	177

mention NPAI porte en elle le fait que les patients n'aient pas de logement individuel ce qui fait que les courriers reviennent en portant cette mention. Pour comparer ces groupes en fonction du paramètre logement, il faut donc sortir ce groupe de patients NPAI et comparer les groupes « venus » et « non venus » car les événements « NPAI » et « hébergement précaire » ne sont pas indépendant

On réalise un test de comparaison de proportion de chi 2 à 1 ddl, on trouve un $\chi^2 = 0,087$ et $p = 0,768$. On ne met pas en évidence de différence significative entre les groupes.

IV.2.a.9.emploi

	venus	NPAI	non venus	total
emploi	19	10	10	39
chômage	18	47	73	138
total	37	57	83	177

On réalise un test de comparaison de distribution de chi deux à 2 ddl, valeur seuil=5,99.

On montre une différence de proportions entre les patients aux chômage et ceux ayant une activité au sein des trois groupes étudiés. Le degré de signification est $p < 0,001$. On suppose une tendance qui serait dans le sens où la proportion de patients ayant une activité va dans le sens du groupe des patients venus.

IV.2.a.10. Type de protection sociale

	venus	NPAI	non venus	total
AME	8	34	47	89
CMU	6	8	10	24
Sécurité sociale	23	15	26	64
total	37	57	83	177

On réalise un test de comparaison de proportions de chi deux à 4 ddl (valeur seuil=9,49).

On met en évidence une différence significative entre les distributions de protection sociale et les trois groupes étudiés. Le degré de signification est $p < 0,01$.

*IV.2.a.11. Nombre de
traitement*

lettres envoyées	177
NPAI	57
patients décédés	2
questionnaires recueillis	37
taux de participation	35,23%

séances, durée du

	venus	NPAI	non venus	total
N<<10	7	11	17	35
10<N<<20	17	22	26	73
N>20	13	24	40	69
total	37	57	83	177

On réalise un test de comparaison de distribution de chi deux à 4 ddl, valeur seuil= 9,49.

On trouve un degré de signification $p=2,65$.

On ne montre pas de différence significative entre les groupes étudiés.

IV.2.b. Groupe des patients venus.

IV.2.b.1. Taux de participation

Le taux de participation (de « retour du questionnaire ») est de 35,23%

IV.2.b.2. Taux de réponses exploitables

Sur les 37 questionnaires recueillis, soit 37 patients venus à la consultation, tous ont été exploitables , tous les patients ayant accepté de participer à l 'enquête.

Le taux de réponse exploitables est donc de 100%

IV.3. Le questionnaire

Il repose sur des questions posées aux patients qui constituent les huit paramètres de satisfaction étudiés, ce qui permettra de rendre compte, pour chaque patient d 'un score de satisfaction. Les huit paramètre sont :

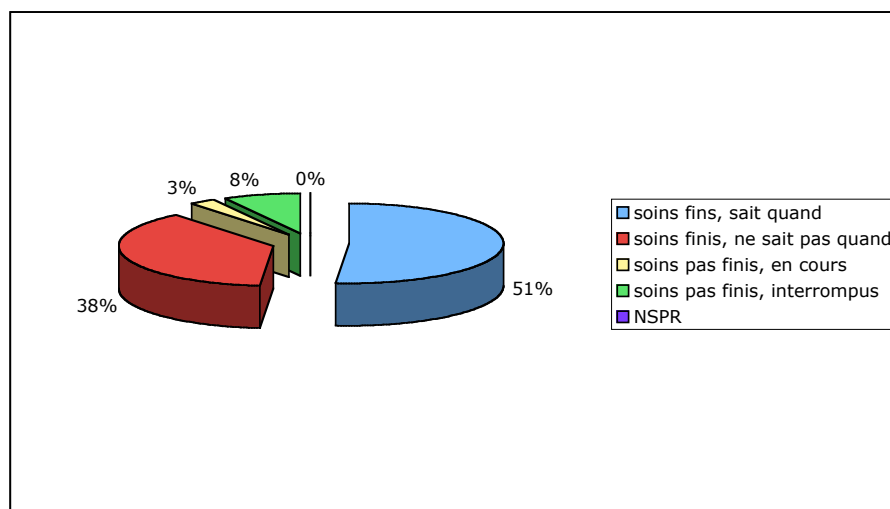
- les soins reçus correspondent ou non aux attentes
- les informations ont été transmises
- les informations ont été comprises
- l'entretien avec l'assistante sociale
- l'attente entre et avant chaque rendez-vous
- Le nombre de séances de traitement
- Le matériel nécessaire aux soins
- Les soins reçus changent le quotidien

IV.3.a. Connaissance des soins terminés ou non

La question posée est : Depuis quand avez-vous terminés vos soins ?

	effectif	proportion
Soins finis, savant quand	19	51,35
soins finis, ne savent pas quand	14	37,83
soins pas finis, en cours	1	2,7
soins pas finis, interrompus	3	8,1

ne souhaite pas répondre, NSPR	0	0
total	37	100

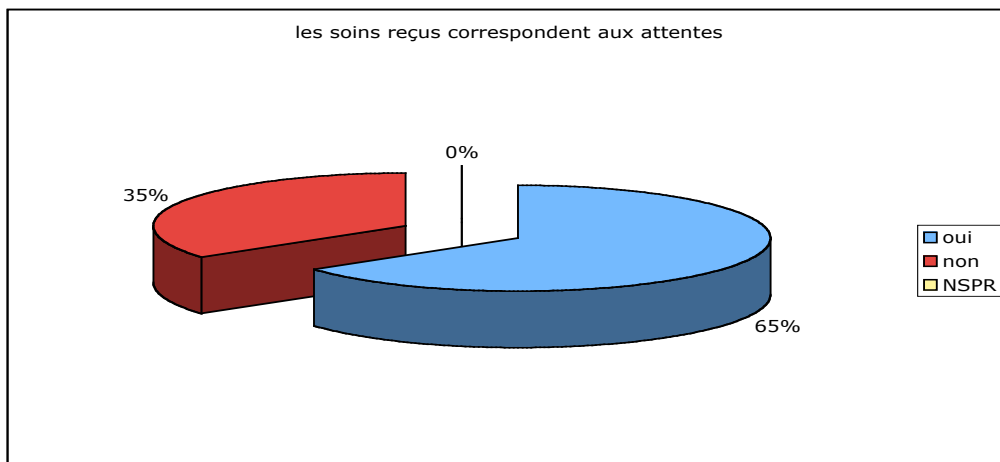


Plus de la moitié des patients interrogés ont fini leurs soins et savent quand.

IV.3.b. Soins correspondant aux attentes

La question posée était : Les soins reçus correspondaient-ils à vos attentes ? Si non, pourquoi ?

	effectif	proportion
oui	24	64,86
non	13	35,13
NSPR	0	0
total	37	100

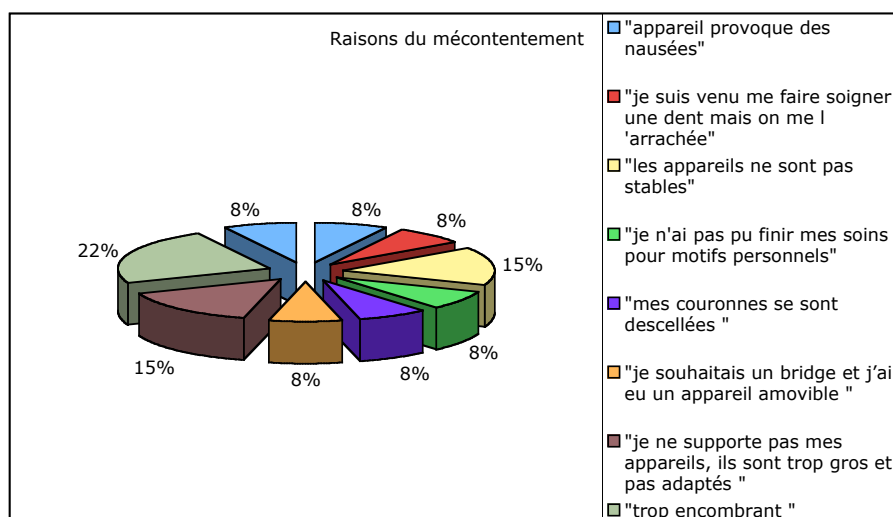


Pour un plus du 1/3 des patients, les soins reçus ne correspondaient pas à leurs attentes.

Un seul cas portait sur les soins reçus, les autres sur les prothèses mêmes. Les raisons sont de plusieurs types : causes intrinsèques au patient (1) ou causes extrinsèques dues à une mauvaise interprétation du plan de traitement ou à une conception inadaptée des prothèses

A la question : Si non, pourquoi ? Les réponses recueillies ont été les suivantes

Raisons invoquées	effectif	proportion
appareils provoquent des nausées	1	7,69
je suis venu pour me faire soigner une dent mais on l'a arraché	1	7,96
les appareils ne sont pas stables	2	15,38
je n'ai pas pu finir mes soins pour motifs personnels	1	7,69
mes couronnes se sont descellées	1	7,69
je souhaitais un bridge et j'ai eu un appareil amovible	1	7,69
je ne supporte pas mes appareils, ils sont trop gros et pas adaptés	2	15,38
trop encombrant	3	23,02
pas de raison donnée	1	7,69
total	13	100

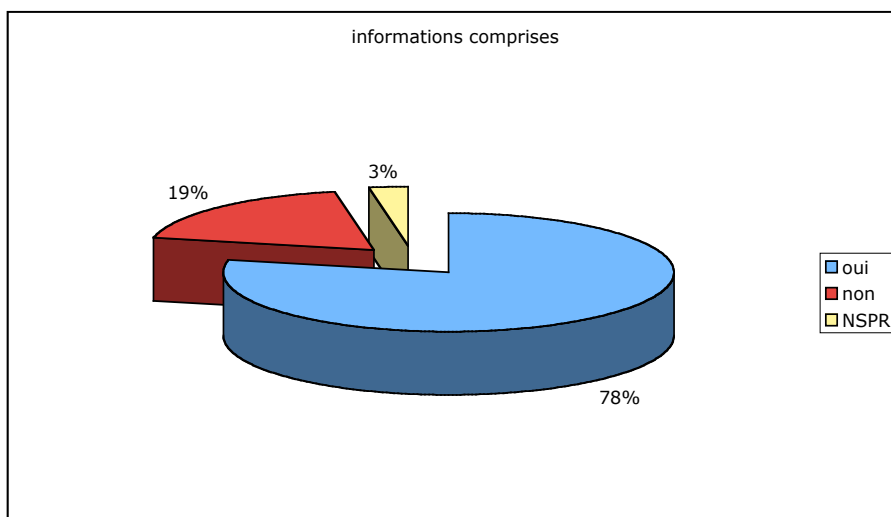
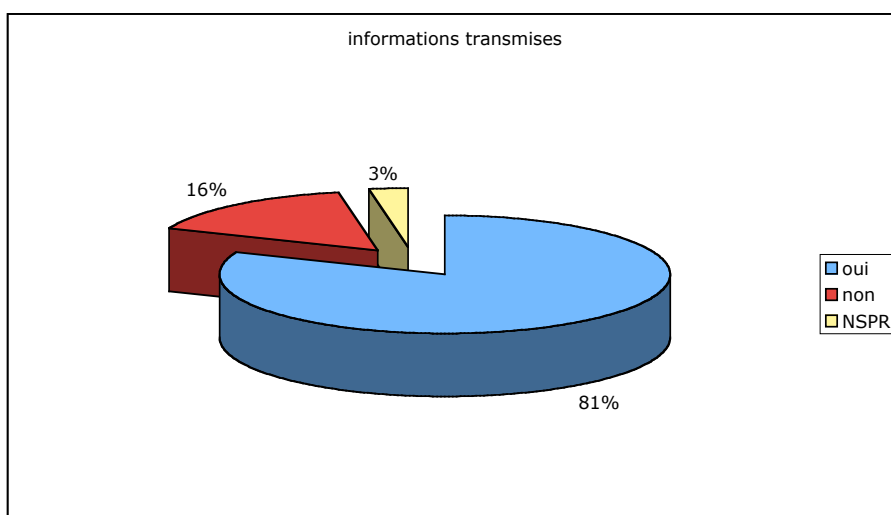


IV.3.c. Explications transmises, comprises

La question posée était : Vous a-t-on données des explications claires sur votre traitement au cours de la première consultation ?

informations transmises	effectif	proportion
oui	30	81,08
non	6	16,21
NSPR	1	2,7
total	37	100

informations comprises	effectif	proportion
oui	29	78,37
non	7	18,91
NSPR	1	2,7
total	37	100

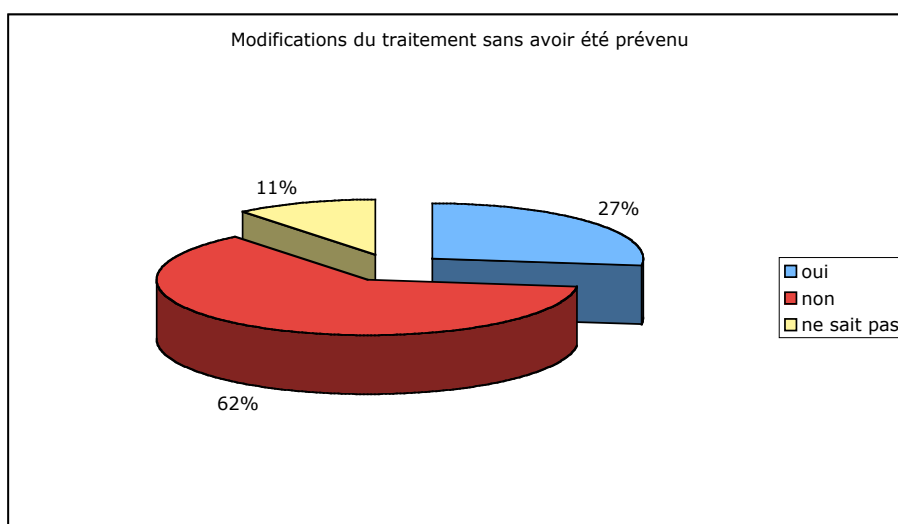


Pour près de 80% des personnes interrogées, les informations données lors de la première consultation ont été bien transmises et bien comprises.

IV.3.d. Modifications du plan de traitement

La question posée était : Y-a-t-il eu des modifications en cours de traitement dont vous n'avez pas été averti ?

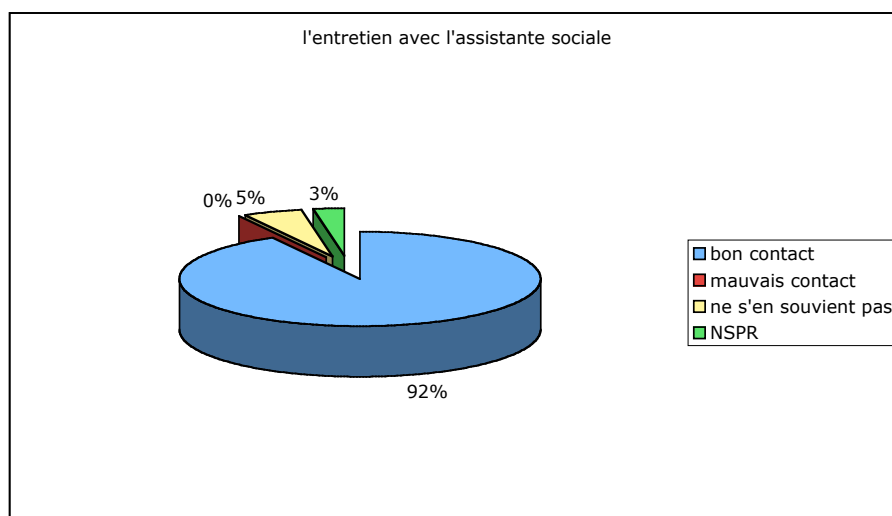
	effectif	proportion
oui	10	27,02
non	23	62,16
Ne sait pas	4	10,81
NSPR	0	0
total	37	100



Pour près d'un tiers des personnes interrogées, il y a eu des modifications de leur plan de traitement au cours du traitements dont ils disent ne pas avoir été avertis.

IV.3.e. L'entretien avec l'assistante sociale

La question posée était : Comment avez-vous vécu l'entretien avec l'assistante sociale ?



Près de 92% des personnes interrogées ont accepté et compris le fait de passer un entretien avec l'assistante sociale et près de 92% également ont jugé avoir eu un bon contact avec elle et sont satisfaits de cet entretien.

IV.3.f.

entre la

	effectif	proportion
a compris pourquoi l'entretien	34	91,89
n'a pas compris pourquoi l'entretien	0	0
ne s'en souvient pas	2	5,4
NSPR	1	2,7
total	37	100

L'attente :
première

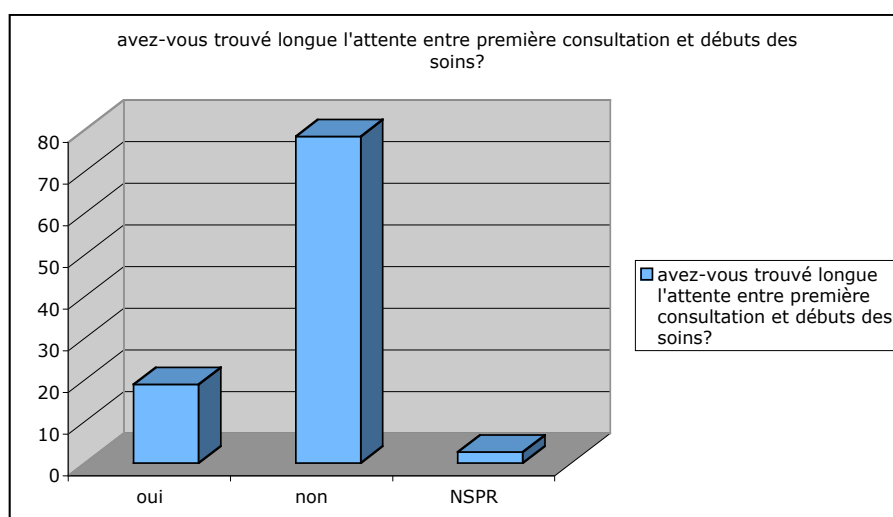
consultation et les débuts des soins, entre chaque rendez-vous, avant chaque rendez-vous

La question a été décomposée en plusieurs questions.

La première question posée sur ce thème était : Avez-vous trouvé longue attente entre la première consultation et le début des soins ?

	effectif	proportion
--	----------	------------

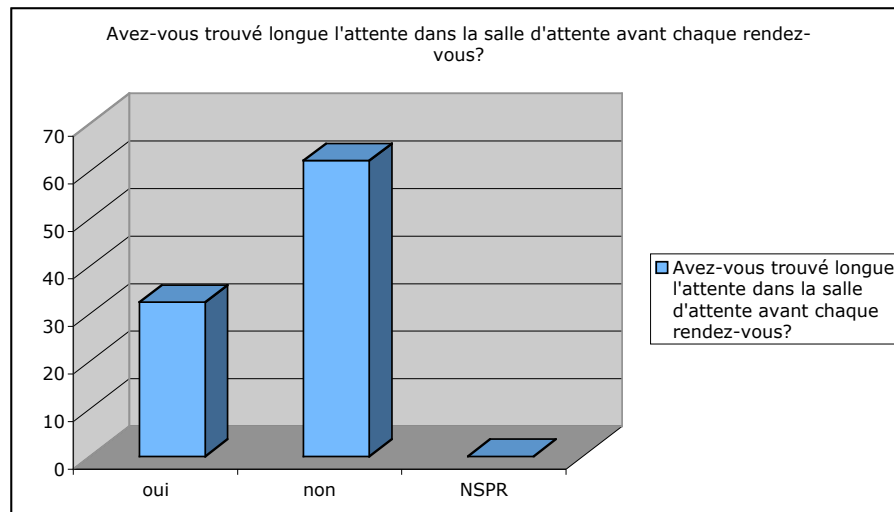
oui	7	18,91
non	29	78,37
NSPR	1	2,7
total	37	100



Près de 80% des patients n'ont pas jugé longue l'attente entre la première consultation et le début des soins.

La deuxième question posée sur ce thème était : Avez-vous trouvé longue l'attente entre chaque rendez-vous ?

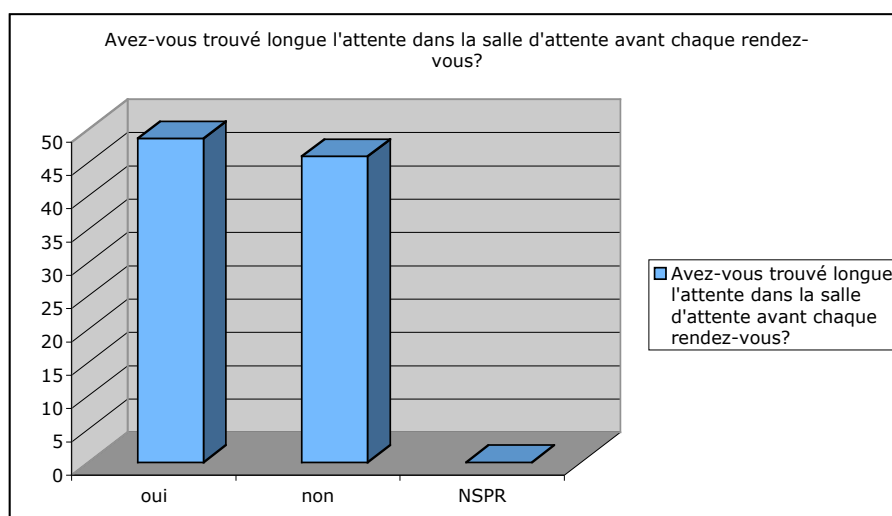
	effectif	proportion
oui	12	32,43
non	23	62,16
NSPR	2	5,4
total	37	100



Cependant, près d'un tiers des patients ont trouvé longue l'attente entre les rendez-vous.

La troisième question posée sur ce thème était : Avez-vous trouvé longue l'attente dans la salle d'attente entre chaque rendez-vous ?

	effectif	Proportion
oui	18	48,64
non	17	45,94
NSPR	2	5,4
total	37	100

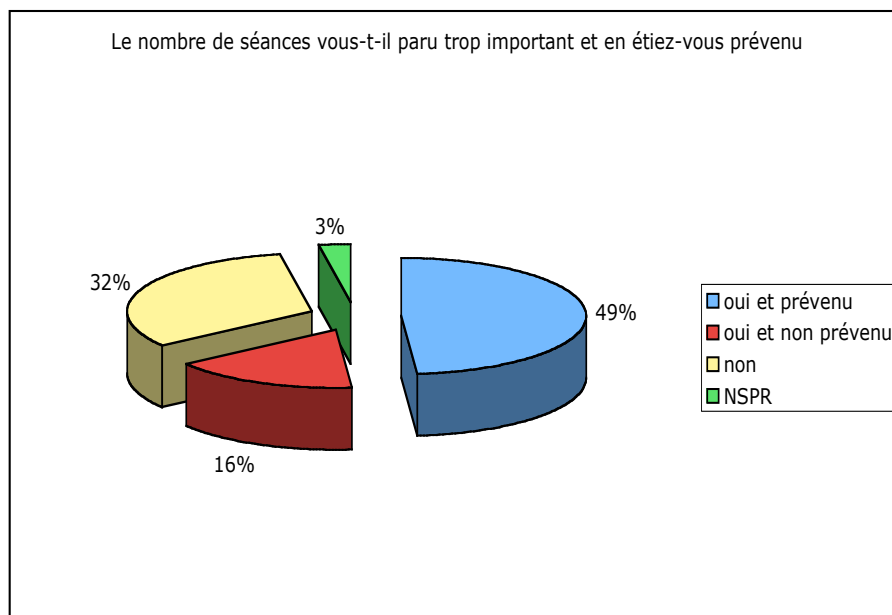


Près de la moitié des patients ont trouvé longue l'attente avant chaque rendez-vous dans la salle d'attente.

IV.3.g. Nombre de séances

La question posée était : Avez-vous le sentiment que le nombre de séance de votre traitement était trop important ?

	effectif	Proportion
oui mais prévenu	18	48,64
oui et non prévenu	6	16,21
non	12	32,43
NSPR	1	2,7
total	37	100

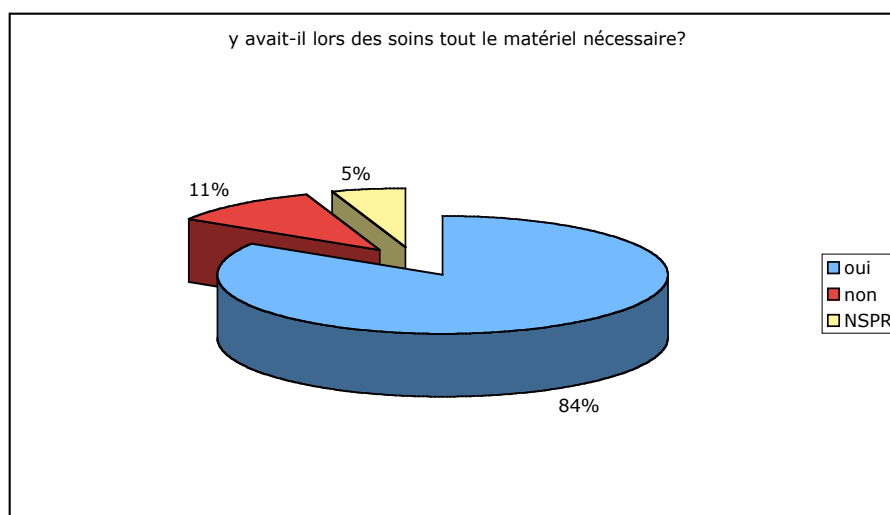


Près de 50% des patients ont trouvé le nombre de séances de traitement trop important tout en ayant été prévenu en début de traitement.

IV.3.h. Matériel

La question posée était : Avez-vous le sentiment que les praticiens disposaient de tout le matériel nécessaire aux soins ?

	effectif	proportion
oui	31	83,78
non	4	10,81
NSPR	2	5,4
total	37	100

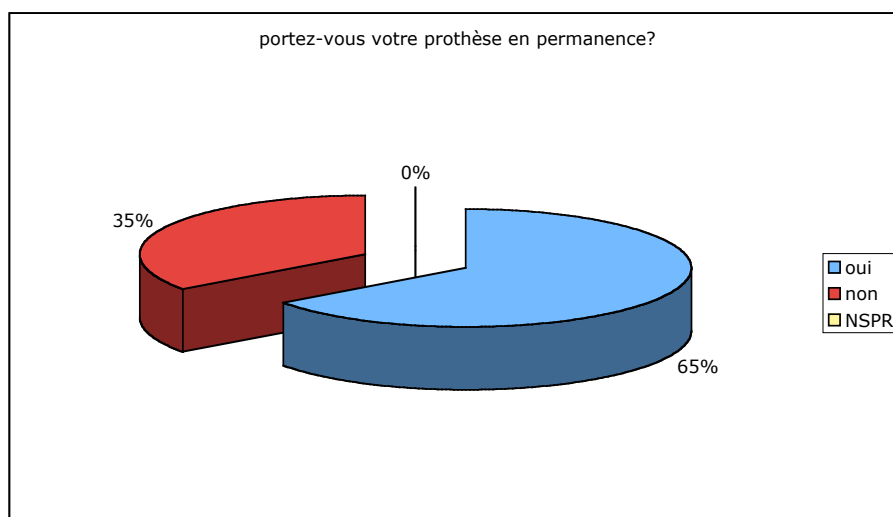


Près de 80% des personnes interrogées n'ont pas ressenti de problèmes de manque de matériel lors de leur soins.

IV.3.i. Port des prothèses

La question posée était : portez-vous votre prothèse en permanence ? Si non, pourquoi ?

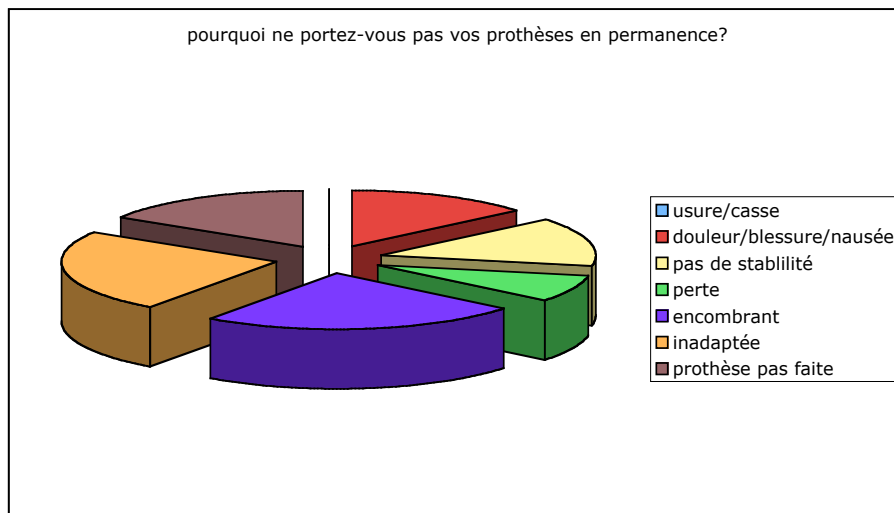
	effectif	proportion
oui	24	64,86
non	13	35,13
NSPR	0	0
total	37	100



Plus du tiers des personnes interrogées et à qui un traitement de prothèse a été réalisée dit ne pas porter ses prothèses en permanence.

Si non , pourquoi ?

	effectif	Pourcentage
usure/casse	0	0
douleurs/blessures/nausée	2	13,38
stabilité	2	13,38
perte	1	7,69
encombrant	3	23



Sur le tiers des personnes interrogées qui disent ne pas porter leur(s) prothèse(s) en permanence, pour près de 15% d'entre eux, les prothèses n'ont pas été réalisées.

Près de 14% ont des prothèses non fonctionnelles et près de 14% ont perdu leurs prothèses.

IV.3.j. Apport au quotidien : fonctionnel, esthétique et social

La question posée était : Avez-vous le sentiment que les soins reçus ont changé votre quotidien ?

	effectif	Proportion
non	11	29,72

oui	23	62,16
alimentation, fonctionnel	23/23	100
sourire, esthétique	12/23	52,17
emploi, social	5/23	21,73
NSPR	3	8,1
total	37	100

Pour près de 62% des personnes interrogées, les prothèses et soins réalisés ont changé leur quotidien en particulier, et ce pour près de 52% d'entre eux, au niveau esthétique.

IV.4. Corrélation satisfaction-paramètres étudiés

L'objectif de l'analyse statistique est d'évaluer, en réalisant des analyses de variance univariée intra groupe au sein du groupe des patients venus et en évaluant le rapport de corrélation *éta carré*, la mesure de l'association entre le niveau d'insatisfaction (variable dépendante quantitative) et les différents paramètres étudiés (variable indépendante qualitative nominale).

Les paramètres étudiés sont :

- le sexe
- le type de prothèse
- le nombre de séance, inférieur ou supérieur à 20
- le type de prise en charge, par un étudiant ou un praticien
- la tenue du dossier
- la présence ou non d'un édentement antérieur
- le type de logement, individuel ou foyer.

Le score de satisfaction a été établi de la manière suivante : 8/8 correspond à 8 critères d'insatisfaction remplis, 0/8 correspond à 0 critère d'insatisfaction rempli.

IV.4.a. Sexe

F=féminin
M=masculin

		N
sexe	f	12
	m	25

Statistiques descriptives

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:

sexe	Moyenne	Ecart-type	N
f	2,8333	2,40580	12
m	3,0400	1,71950	25
Total	2,9730	1,93630	37

satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	,346(a)	1	,346	,090	,766	,003
Constante	279,698	1	279,698	72,715	,000	,675
sexe	,346	1	,346	,090	,766	,003
Erreur	134,627	35	3,846			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,003 (R deux ajusté = -,026)

Le degré de signification est de 0,766. Par conséquent on ne montre pas de lien significatif entre le degré d'insatisfaction et le sexe.

IV.4.b. Tenue du dossier

Facteurs inter-sujets

		N
dossier	Bien tenu	26
	Mal tenu	11

Statistiques descriptives

dossier	Moyenne	Ecart-type	N
Bien tenu	2,5769	1,87985	26
Mal tenu	3,9091	1,81409	11
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	13,718(a)	1	13,718	3,960	,054	,102
Constante	325,177	1	325,177	93,862	,000	,728
dossier	13,718	1	13,718	3,960	,054	,102
Erreur	121,255	35	3,464			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,102 (R deux ajusté = ,076)

Le degré de signification étant de 0.054, on est très près du seuil, mais statistiquement on rejette l'hypothèse d'un lien entre la tenue du dossier et le niveau d'insatisfaction. Cependant on montre que 10% de l'insatisfaction peut être expliquée par la tenue du dossier.

IV.4.c. Type de logement

Facteurs inter-sujets

		N
logement	Foyer	15
	Individuel	22

Statistiques descriptives

Variable dépendante: satisfaction

logement	Moyenne	Ecart-type	N
foyer	3,7333	2,15362	15
individuel	2,4545	1,62502	22
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	14,585(a)	1	14,585	4,240	,047	,108
Constante	341,504	1	341,504	99,284	,000	,739
logement	14,585	1	14,585	4,240	,047	,108
Erreur	120,388	35	3,440			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,108 (R deux ajusté = ,083)

Le degré de signification étant de 0.047, on montre significativement un lien entre le type de logement et le degré de satisfaction dans le sens où l'absence de logement individuel est associée à une moindre satisfaction.

IV.4.d. Type de prise en charge

Facteurs inter-sujets

		N
Prise en charge	étudiant	28
	praticien	9

Statistiques descriptives

Variable dépendante: satisfaction

priseencharge	Moyenne	Ecart-type	N
étudiant	2,9286	1,92313	28
praticien	3,1111	2,08833	9
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	,227(a)	1	,227	,059	,810	,002
Constante	248,443	1	248,443	64,533	,000	,648
priseencharge	,227	1	,227	,059	,810	,002
Erreur	134,746	35	3,850			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,002 (R deux ajusté = -,027)

Le degré de signification étant de 0.81, on ne montre pas de lien entre le type de prise en charge par un étudiant ou un praticien et le niveau de satisfaction.

IV.4.e. Présence d'un édentement antérieur

Facteurs inter-sujets

		N
Edent. ant	non	20
	oui	17

Statistiques descriptives

Variable dépendante: satisfaction

Edent. ant	Moyenne	Ecart-type	N
non	3,2000	1,98945	20
oui	2,7059	1,89620	17
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	2,244(a)	1	2,244	,592	,447	,017
Constante	320,514	1	320,514	84,518	,000	,707
Edent. ant	2,244	1	2,244	,592	,447	,017
Erreur	132,729	35	3,792			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,017 (R deux ajusté = -,011)

Le degré de signification étant de 0.447, on ne montre pas de lien entre l'existence ou non d'un édentement antérieur et le niveau de satisfaction des patients.

IV.4.f. Nombre de séances

Facteurs inter-sujets

		N
N séances	<20	24
	>20	13

Statistiques descriptives

Variable dépendante: satisfaction

Nséance20	Moyenne	Ecart-type	N
<20	3,0000	1,86501	24

>20	2,9231	2,13937	13
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	,050(a)	1	,050	,013	,910	,000
Constante	295,834	1	295,834	76,741	,000	,687
Nséance20	,050	1	,050	,013	,910	,000
Erreur	134,923	35	3,855			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a. R deux = ,000 (R deux ajusté = -,028)

Le degré de signification étant de 0.91, on ne montre pas de lien entre le nombre de séances de traitement et le niveau de satisfaction des patients.

IV.4.g. Type de prothèse

Facteurs inter-sujets

		N
prothèse	Pa+pc	32
	pc	5

Statistiques descriptives

Variable dépendante: satisfaction

prothese	Moyenne	Ecart-type	N
Pa+pc	3,1563	1,96927	32
pc	1,8000	1,30384	5
Total	2,9730	1,93630	37

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: satisfaction

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	7,954(a)	1	7,954	2,192	,148	,059
Constante	106,224	1	106,224	29,270	,000	,455
prothese	7,954	1	7,954	2,192	,148	,059
Erreur	127,019	35	3,629			
Total	462,000	37				
Total corrigé	134,973	36				

a R deux = ,059 (R deux ajusté = ,032)

Le degré de signification étant de 0.148, on ne montre pas de lien entre le type de prothèse et le niveau de satisfaction des patients.

V. Discussion

V.1. Méthodologie

V.1.a. L'échantillon

La cohorte initiale est en fait à séparer en trois groupes : les patients venus à l'entretien, les patients dont l'adresse était mauvaise (NPAI) et les patients non venus pour raisons inconnues (dont deux patients décédés inclus dans ce groupe).

La satisfaction des patients, et ses différents items, n'a donc pu être évaluée que chez les patients ayant répondu à la convocation ce qui peut être donc la cause d'un biais éventuel étant donné la taille de ce groupe (37) et le fait que les paramètres étudiés de la satisfaction sont peut-être une des cause de la non réponse de certains patients à la convocation.

V.1.b. Le recueil des données

Là où la plupart des études sur la satisfaction utilisent comme source de données des questionnaires auto-remplis ou remplis par une personne non professionnelle du secteur en question, cette étude présente comme caractéristique le fait qu'il s'agit ici des données médicales collectées par un praticien de santé publique chirurgien dentiste et par une étudiante en fin de cursus de chirurgie dentaire.

Cette approche présente plusieurs avantages :

- L'évaluation des items médicaux est reproductible, effectuée par deux personnes , qui les connaissent parfaitement. C'est un avantage sensible par rapport aux questionnaires autoremplis.
- La collecte des informations est attentive : effectuée dans le cadre du travail quotidien de la consultation au sein du service.
- Les questions sont adaptées : l'expérience de chirurgien dentistes des investigateurs leur permet de moduler leurs questions en fonction de la personne qui est en face d'elles.. Il ne s'agit pas d'un simple énoncé de questions à choix multiples, mais bien d'un entretien d'où sont déduits les items utilisés par notre étude.
- Les réponses sont évaluées : l'évaluation des chirurgiens-dentistes est non seulement pratiquée sur le dit, mais également sur le non-dit, certaines informations pouvant être omises ou cachées par la personne reçue en entretien.

Le recueil des informations sociales par un professionnel permet d'obtenir des données dont la fiabilité est optimale. Il existe néanmoins toujours une part d'imprécision du fait même de la motivation de ce relevé d'informations.

Par ailleurs, une étude pilote a été conduite à la faculté d'Odontologie de Kaunas en 2005, dans le but de tester et développer un questionnaire qui évaluerait les attentes, la satisfaction, les attitudes et connaissances en matière de santé bucco-dentaire, de patients fréquentant la clinique dentaire de la faculté d'odontologie. Au total, 53 adultes (âge moyen : 40,1 ans), consultants de cette clinique dentaire, ont rempli le questionnaire. Les paramètres visant à évaluer la satisfaction ont été choisis en fonction d'autres études du genre menées dans d'autres pays. Les résultats de cette étude ont montré que les patients avaient rencontré de nombreuses difficultés à remplir le questionnaire en utilisant le système de réponse avec échelle de Likert (le patient doit évaluer la satisfaction avec une échelle en plusieurs points). Par ailleurs, l'emploi d'une terminologie professionnelle peut biaiser les réponses en raison de l'incompréhension des patients.

V.1.c. La consultation

Les patients présentant des problèmes avec leurs prothèses et venus lors de cette consultation ont été réorientés dans le circuit de soins pour pallier à leurs problèmes. A notre surprise, cet entretien en vue de l'enquête ainsi que l'examen clinique s'est transformé en consultation de « suivi » de soins et d'orientation

V.2. Résultats

V.2.a. Influence des paramètres sociaux économiques

Une des problématiques secondaires amenée par cette étude pourrait être exprimée de cette façon : y-a-t-il une différence entre l'évaluation de la satisfaction perçue par les patients et l'évaluation de la qualité perçue par les praticiens (ainsi que par le système de soins)? Où se situerait le delta et comment pourrait-on l'évaluer ?

Une des difficultés rencontrée dans ce travail, et liée à la situation de précarité des patients interrogés, est qu'ils pourraient être moins « revendicateurs », moins exigeants, quant à certains point du déroulement de leur traitement et donc, de ce fait, moins demandeurs de suivi en cas d'insatisfaction (élément remarquable de notre étude).

La précarité et les facteurs intrinsèques de comportement qu'elle peut induire chez les patients consultant la PASS est un élément qui peut rendre difficile l'évaluation de cette satisfaction. En effet, de nombreux patients ayant accepté de venir à l'entretien et étant insatisfait des soins dispensés, que ce soit pour des raisons de fonctionnalité des prothèses ou d'esthétique, n'avaient jusqu'à ce jour, jamais émis le souhait (en téléphonant ou en se présentant directement au service) de reprendre les soins, ou de demander « des comptes » concernant les soins prodigués.

V.2.b. Dossier du patient : de la tenue au contenu

Le dispositif PASS a la particularité de voir ses consultations dispensées d'une part par des praticiens titulaires mais également par des étudiants de 5ème et 6ème années de formation de chirurgie dentaire. Sans doute donc pour des raisons d'inexpérience autant dans la pratique que dans la relation praticien-patient, il a été observé dans cette étude que pratiquement tous les dossiers des patients insatisfaits étaient peu ou mal remplis. Cette caractéristique implique

le fait que les informations sur les patients et ses soins ne peuvent être transmises entre praticiens car elles n'ont pas été inscrites dans le dossier, ce qui est un élément de plus de la lenteur exprimée par les patients des soins dispensés et du fait que certains traitements doivent être fait plusieurs fois.

V.2.c. Corrélation satisfaction-paramètres étudiés

Les résultats des tests montrent la corrélation éventuelle de l'indice de satisfaction en fonction des paramètres étudiés que sont le sexe, le type de prothèse, le nombre de séances, inférieur ou supérieur à 20, le type de prise en charge, par un étudiant ou un praticien, la tenue du dossier et la présence ou non d'un édentement antérieur montrent différentes choses.

Dans un premier temps, l'indice de satisfaction a été quantifié de 1 à 8 (de 0/8, zéro paramètre d'insatisfaction rempli à 8/8, tous les paramètres d'insatisfaction remplis, autrement dit, degré maximum d'insatisfaction). La moyenne d'insatisfaction sur les 37 patients venus est de 2,97 ce qui veut dire que, globalement, la cohorte de patients venus est satisfaite.

D'autre part, les tests d'analyse de variance réalisés montrent qu'outre le type de logement (individuel ou foyer) et la tenue du dossier, aucun lien significatif n'a été montré entre le degré d'insatisfaction et les autres paramètres étudiés.

Comme le montrent Isabelle Parizot et Cynthia Morgny dans « *Le patient face aux événements indésirables dans le système de santé* », (rapport pour la MIRE, Missions Recherche et Etude, septembre 2007), les systèmes de signalement par les patients des événements indésirables ou l'insatisfaction liés au système de soins de santé, s'attachent plus particulièrement aux atteintes au *corps physique*. La question des biens matériels figure certes parmi les facteurs de déclaration d'insatisfaction et de plaintes, de même que la question relationnelle peut être signalée. Mais d'une manière générale, les systèmes existants se concentrent généralement sur les événements aux conséquences physiques ou physiologiques objectivables. Isabelle Parizot et Cynthia Morgny montrent, par ailleurs, que la construction des événements indésirables repose généralement sur un principe de cumul. Ce n'est, en outre, pas toujours sur la prise en charge elle-même que portent les récriminations des patients, leur jugement négatif portant parfois davantage sur les causes de la prise en charge incriminée (par exemple la négligence ou l'attitude discriminatoire d'un professionnel), ou sur ses conséquences (en termes d'état de santé comme les répercussions dans les multiples domaines de leur vie). De plus, elles montrent qu'il ne leur est pas toujours possible d'isoler

un acte qui serait en tant que tel responsable du préjudice subi. Dans différents cas, il semble d'ailleurs que c'est une succession d'actes (ou de non-actes) qui a provoqué préjudice et séquelles. Plus qu'un acte, l'événement indésirable est souvent vécu comme une conjonction d'éléments négatifs – une « cascade de pertes » qui fragilisent progressivement le patient. Les différents champs de récrimination tendent à se renforcer les uns les autres, c'est-à-dire que le jugement porté sur un élément négatif est d'autant plus sévère que d'autres aspects de la prise en charge posent eux-mêmes des problèmes. Dans ce processus, la sphère relationnelle occupe généralement une place très importante. D'une part, en effet, de nombreux patients estiment que le préjudice subi aurait pu être prévenu si leurs relations avec les professionnels avaient été meilleures, en particulier si ces derniers avaient porté davantage attention à leur parole et à leurs propres savoirs sur leur corps et leur santé. D'autre part, la qualité des relations humaines constituent aux yeux de beaucoup une «circonstance atténuante » en cas d'erreur, de faute ou d'aléa thérapeutique, les amenant à relativiser l'événement ou tout au moins à ne pas engager de démarches institutionnelles.

On voit donc que les facteurs et indicateurs de la satisfaction sont multiples et pas toujours cohérents compte tenu de la spécificité sociologique et psychologique de chaque patient.

Les résultats des tests de corrélation montrent donc bien qu'il est difficile d'isoler un facteur spécifique comme cause majeure d'insatisfaction et qu'une lecture multi factorielle est nécessaire pour appréhender les causes de cette insatisfaction.

V.2.d. Biais et limites

Dans cette étude, on n'apprécie pas vraiment les critères de choix du dentiste car on est face à une population qui n'a pas réellement fait le choix de l'hôpital mais y a été « contraint » faute de moyens financiers, ou par rejet des autres circuits de soins. Il convient donc de distinguer le fait que cette étude est menée en milieu hospitalier et pas en structure libérale qui est sanctionnée, elle, par le fait que les patients peuvent changer de praticiens s'ils ne sont pas satisfaits des soins reçus.

Par ailleurs, une des missions des PASS est l'« ouverture de l'hôpital sur la ville » (cf : « La documentation Française : A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital »). La PASS ne doit pas être une « forteresse » de laquelle on ne sort pas pour se faire soigner ailleurs. Cela représente tout le contraire de la mission de la PASS qui a pour but de permettre aux patients de retrouver des droits sociaux en termes de couverture sociale auxquels ils ont

droit puis de réaliser une réhabilitation orale. Théoriquement, une fois cela réalisé, les patients sont à même de se faire soigner à l'extérieur de l'hôpital.

Ce que nous avons observé dans cette étude, c'est que les patients présentant des critères d'insatisfactions concernant leur prothèse n'ont pas fait la démarche de tenter de se faire soigner dans une autre structure que celle de l'hôpital. Après les avoir interrogés sur les raisons de cet état, ils ont répondu dans leur grande majorité qu'ils craignaient trop de ne pas être acceptés dans d'autres structures de soins que l'hôpital compte tenue de leur situation de précarité en dépit du fait qu'ils présentaient les couvertures sociales requises. Cette situation montre les progrès qu'il reste à faire en terme d'informations données aux patients sur leurs droits dans l'accès aux soins et sur le fait qu'un certain nombre de praticiens refusent de soigner des patients bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

V.3. Applications cliniques et amélioration de la prise en charge

V.3.a. Les axes d'amélioration

Pour un plus du 1/3 des patients, les soins reçus ne correspondaient pas à leurs attentes. Ces conclusions peuvent permettre d'évaluer nos pratiques afin de tenter d'améliorer nos résultats en matière d'accueil des patients, de soins, de communication avec les patients et éventuellement de suivi.

V.3.a.1. La compétence et la confiance

Près de 92% des personnes interrogées ont accepté et compris le fait de passer un entretien avec l'assistante sociale et près de 92% également ont jugé avoir eu un bon contact avec elle et sont satisfaits de cet entretien. Cet entretien est déterminant pour le patient, car l'assistante sociale est son premier contact avec le service. C'est elle qui met au point le dossier social du patient. Elle représente véritablement un pilier du dispositif, son rôle est essentiel.

Les patients interrogés disent donc dans leur plus grande majorité qu'ils se sont sentis en confiance avec elle et qu'ils ont ainsi pu lui confier les caractéristiques de leur vie et donc de leur situation de précarité afin qu'elle puisse constituer le dossier puis faire passer le plan de traitement en commission. Cette « porte d'entrée » du service est une des clés de la réussite des soins futurs.

Par ailleurs, pour près d'un tiers des personnes interrogées, il y a eu des modifications de leur plan de traitement au cours du traitement dont ils disent ne pas avoir été avertis. Cela montre que la communication entre le praticien et le patient n'est pas toujours optimale. L'incompréhension du patient face à son traitement est une des causes d'insatisfaction et d'interruption des soins.

V.3.a.2. L'information et la communication

Pour près de 80% des personnes interrogées, les informations données lors de la première consultation ont été bien transmises et bien comprises. Cette première consultation étant réalisée par un praticien sénior, il n'y a pas, ici, de biais dû à la possible inexpérience d'un étudiant dans ce domaine.

Près de 80% des patients n'ont pas jugé longue l'attente entre la première consultation et le début des soins.

Cependant, près d'un tiers des patients ont trouvé longue l'attente entre les rendez-vous.

Près de la moitié des patients ont trouvé longue l'attente avant chaque rendez-vous dans la salle d'attente.

V.3.a.3. Spécificités de la prothèse adjointe

Plus du tiers des personnes interrogées et à qui un traitement de prothèse a été réalisée dit ne pas porter ses prothèses en permanence.

Sur le tiers des personnes interrogées qui disent ne pas porter leur(s) prothèse(s) en permanence, pour près de 15% d'entre eux, les prothèses n'ont pas été réalisées.

Près de 14% ont des prothèses non fonctionnelles et près de 14% ont perdu leurs prothèses.

Pour près de 62% des personnes interrogées, les prothèses et soins réalisés ont changé leur quotidien en particulier, et ce pour près de 52% d'entre eux, au niveau esthétique.

Les raisons de l'insatisfaction prothétiques des patients sont de plusieurs types. Les raisons invoquées sont les suivantes :

« appareils provoquent des nausées », « je suis venu pour me faire soigner une dent mais on l'a arraché », « les appareils ne sont pas stable », « je n'ai pas pu finir mes soins pour motifs personnels », « mes couronnes se sont descellées », « je souhaitais un bridge et j'ai eu un appareil amovible », « je ne supporte pas mes appareils, ils sont trop gros et pas adaptés », « trop encombrant » .

Parmi ces motifs de mécontentement, la stabilité des prothèses représente près de 20%

Une des raisons de cela tient dans le fait qu'un nombre important de patients n'a pas eu l'équilibration occlusale initiale d'une part, mais à trois semaines également. On ne peut objectivement pas considérer que revoir le patient à qui des prothèses adjointes ont été posées au bout de trois semaines constitue un « suivi » proprement dit, mais doit être compris dans le traitement initial systématiquement. Cette absence d'équilibration occlusale peut s'expliquer par la non compliance du patient qui n'est pas venu à ce rendez-vous, et/ou par le fait que certains praticiens ont pu passer outre cette étape pourtant déterminante dans la fonctionnalité des prothèses.

Par ailleurs 15% des personnes interrogées qui ne portent pas leur prothèse ne le font pas car celle-ci n'ont pas été réalisées alors qu'elles avaient été acceptées lors de la commission de la PASS. La notion d'un certain gâchis peut ici être totalement appropriée.

V.3.b. Exploitations des résultats et recommandations

V.3.b.1. La question de la gratuité des soins

Cette étude sur la satisfaction des patients de la PASS pose plusieurs questions sur les relations entre soins gratuits et satisfaction.

Certains patients nous ont dit qu'ils « n'avait pas osé appeler » car les soins ayant été « gratuits », ils considéraient qu'ils ne pourraient pas bénéficier d'une « deuxième chance »..

Une question se pose donc ici sur la notion de gratuité de soins et des effets qu'elle peut produire sur la satisfaction du patient et sur ses attentes quant aux traitements dispensés.

Attend-t-on la même chose d'un soin (ou de quelque service que ce soit) lorsque celui ci est gratuit ?

Comme l'ont montré I. Parizot et P. Chauvin, qu'ils soient intégrés à l'hôpital ou qu'ils relèvent d'une association, les centres de soins gratuits occupent une place particulière dans le système sanitaire français, dans la mesure où ils s'adressent à des personnes dont les droits à la couverture maladie ne sont pas concrètement reconnus. La prise en charge qu'ils leur proposent comporte donc une dimension assistancielle. Or, depuis les premiers travaux sociologiques sur ce thème, en particulier ceux de Simmel en 1908, on sait que l'assistance confère en tant que telle un statut de « pauvre ». Les recherches plus récentes insistent même sur son caractère disqualifiant et stigmatisant : l'assistance concrétise l'incapacité des individus à pourvoir seuls à leurs besoins, et manifeste leur dépendance. Comme le souligne Lewis Coser : « c'est le fait même d'être aidé ou assisté qui assigne les « pauvres » à une carrière spécifique, altère leur identité préalable et devient un « stigmate » marquant l'ensemble de leurs rapports avec autrui ».

Pour autant, la position des individus dans les institutions n'est jamais figée. Dans les centres de soins gratuits, les patients intériorisent en même temps qu'ils négocient les normes en vigueur. De même, leurs identités sont négociées au cours des interactions entre membres et usagers. Au fil de leurs recours, et parallèlement à l'évolution éventuelle de leur situation sociale et sanitaire, c'est finalement leur rapport aux structures médicales qui est ainsi construit, négocié et défini progressivement. Pierre Chauvin a, à ce propos, bien montré que dans les premiers temps de la fréquentation d'un centre humanitaire ou d'une PASS hospitalière, nombre de patients vivent leurs recours sur le mode de l'humiliation. Demander à être soigné gratuitement représente à leurs yeux une épreuve dévalorisante, si bien qu'ils tiennent à maintenir une certaine distance vis-à-vis des professionnels et tendant à limiter leurs recours aux soins. Cette observation va dans le sens de la thèse de V. Jaubert (25), sur le renoncement aux soins bucco-dentaires dans la PASS de la Pitié Salpêtrière, il montre que le taux d'interruption de soins pour les années 2004-2005 s'élève à près de 40%, alors que le motif financier n'est ici plus en cause.

Ces réflexions laissent à penser que dans un tel contexte, la dimension de satisfaction quand elle est évaluée, peut, de manière, aisée être biaisée par tous ces facteurs.

V.3.b.2. Le suivi des patients

De nombreux patients venus aux entretiens nous ont dit être venus car ils pensaient qu'on les contactait pour s'assurer du bon état des soins reçus antérieurement. Les patients ont, en

quelque sorte, pris cet entretien comme un examen de suivi de soins ce qui n'était, a priori, pas l'objet de ces entretiens (tous les patients insatisfaits pour des problèmes prothétiques ont été réintroduits dans le circuit de soins et adressés à nouveau à des praticiens).

Par ailleurs, une des missions de la PASS étant le rétablissement des droits sociaux permettant aux patients (notamment ceux bénéficiant du régime général ou de la CMUc) d'aller consulter dans des cabinets de ville, les patients sont parfaitement habilités à consulter ces praticiens de ville, cependant un nombre important de patients (voir combien si possible, sinon se référer à l'étude , 39.1% des praticiens libéraux d 'île de France refusent de prendre en charge les patients bénéficiant de la CMU). Cet état de fait produit donc une situation telle qu 'aucun suivi de soins ne peut être assuré pour ces patients « refusés » des cabinets de ville. La PASS n'ayant, initialement, pas une mission de suivi de soins, les patients se retrouvent alors dans un « no man's land » thérapeutique : d 'une part les cabinets de ville les refusent, d 'autre part le suivi de soins sort du cadre de la mission de la PASS.

Le problème du suivi des soins, s'est donc réellement et continuellement posé durant toute l'étude. Le « non suivi » de ces patients a une influence très importante sur l'évaluation de leur satisfaction. En effet, même si les soins initiaux avaient été correctement réalisés (ce qui n'est pas –du tout- toujours le cas, voir combien et penser à faire rapprochement avec tenue du dossier avec ratio insatisfaction /dossier mal tenu), le fait que le suivi n 'ait pas été assuré fait qu'au bout d'un certain temps (de quelques mois à une année en ce qui concerne ce qui a pu être évalué lors de l 'étude), les prothèses ne sont plus adaptées, et/ou se détériorent.

V.3.b.3. Propositions cliniques

L'optimisation des pratiques et l'amélioration de la prise en charge passe par un travail de concert entre tous les membres du service. En effet, chaque personne que rencontrera le patient au cours de son circuit de soins aura un rôle à part entière à jouer dans le bon déroulement de son traitement et donc sur sa satisfaction.

Plusieurs axes peuvent être explorés pour améliorer la satisfaction des patients au niveau des différents items étudiés :

- Les praticiens doivent continuer de s'assurer tout au long des soins, que le consentement éclairé du patient est toujours respecté, qu'il connaît et a compris la nature des soins qui vont lui être dispensés. Si le plan de traitement est amené à changer, le patient doit en être tenu informé, car le fait que le patient ne paie pas les soins ne doit absolument pas être un motif

pour l'écarter du processus de décisions quant à son traitement (Obligation d'information du patient, loi de mars 2002).

-Il serait intéressant de mettre au point un planning de maintenance prothétique dans les dossiers afin de pouvoir faire un suivi à un mois, six mois, voire un an. Cette idée de suivi de soins sort quelque peu des missions de la PASS, mais il paraît logique de s'assurer que les travaux prothétiques réalisés dans le service sont fonctionnels.

-Il serait intéressant également de mettre en place des réunions de travail entre praticiens afin que chacun puisse exposer ses cas et difficultés. De cette manière pourrions-nous éviter au maximum que des praticiens s'enlisent dans des traitements sans fin, seuls face à leurs difficultés. Outre l'apport pédagogique que ces « *staffs* » pourraient avoir, les difficultés des uns seraient exposées aux autres, ces réunions permettraient également de pouvoir régulièrement faire le point sur les difficultés rencontrées par chacun sur le plan matériel, humain, organisationnel. Les services de médecine en milieu hospitalier fonctionnent selon ce système.

VI. Conclusion

La précarisation s'accompagne d'une dégradation statutaire liée à l'absence de reconnaissance par l'emploi ou la fonction familiale mais également liée au bénéfice de l'aide

sociale. Refoulés hors de la sphère productive et ne pouvant bénéficier, dans de nombreux cas, de l'appui de leurs proches, les individus se voient recourir à l'assistance. Or, celle-ci confère aux « assistés » un statut social dévalorisé et concrétise la dépendance et donc un sentiment d'infériorité sociale, ce qui renforce, par-là même leur discrédit. Le stigmate qui pèse sur eux altère leur identité et marque l'ensemble de leurs relations à autrui.

Ces notions sont d'autant plus vraies dans une situation de soins bucco-dentaires, où ces patients, pour la plupart en renoncement aux soins depuis de nombreuses années sont plus que sensibles à tous les aspects de leur prise en charge. Etudier et optimiser leur satisfaction est donc un outil majeur pour améliorer leur recours aux soins et augmenter leur compliance aux traitements.

Lors de ce travail, il a été montré que près de 65% des patients interrogés avaient reçu des soins correspondant à leurs attentes. Cette « *satisfaction* », certes améliorabile, n'est pas négligeable. Il conviendrait donc de remarquer que si des axes d'amélioration sont à explorer, l'activité de la PASS remplit au moins une partie non négligeable de ses objectifs.

De plus, la PASS doit continuer de s'inscrire comme un acteur d'un réseau ville-hôpital qui associerait pratique libérale et hospitalière. Il est inenvisageable que la PASS soit le dernier « maillon » de la chaîne de soins accueillant, en fin de parcours, les patients exclus de toutes les structures de droit commun. Cette situation, qui ferait remplir à la PASS des missions autres que celles prévues dans son cahier des charges initial, serait préjudiciable pour les patients qui subiraient des temps d'attente de plus en plus longs avant d'obtenir un rendez-vous et favoriserait ainsi davantage de renoncement aux soins.

Pour poursuivre ce travail, il pourrait être intéressant d'étudier la mise en oeuvre de systèmes de qualité et de les associer aux processus de départements d'histoire et de la gestion de la qualité globale de la structure organisationnelle des hôpitaux. Il pourrait également être intéressant d'évaluer la réalisation de certains objectifs en matière de qualité, car certains objectifs sont probablement plus faciles à réaliser que d'autres.

Dans ce contexte où les usagers ont des besoins spécifiques au regard de leur vulnérabilité sociale, les praticiens, et toute l'équipe soignante et para-médicale se doivent d'aiguiser la prise en charge de la manière la plus optimale possible cela allant de l'accueil du patient, de la transmission des informations, de la compréhension par le patients des plans de traitements établis, du relationnel avec les professionnel soignants et de la bonne réalisation des soins.

VII. Bibliographie

1-AGENCE NATIONALE POUR L'ACCREDITATION ET L'EVALUATION DE LA SANTE.

La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé.

ANDEM, 1996, 55

PARIS: Ed. Quintessence

2-ALBERT H. GUAY.

The oral health status of nursing home residents: what do we need to know?

J.Dental Educ., 2005, 69 (9): 1015-1017

3-ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE.

Les satisfactions et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien dentiste.

Enquête SOFRES/ADF. 1998, 31

PARIS : Ed. Quintessence.

4-AZOGUI-LEVY S. , ROCHEREAU T.

Bulletin d'information en économie de la santé.

n°94, mai 2005

5- BEYNET A, MENAHEM G.

Problèmes dentaires et précarité.

PARIS : IRDES anciennement CREDES, Fev 2002, Biblio n°1369.

6-BREYSSE F., MIRRA M. , GRENEY H.

Améliorer le taux de retour de questionnaire de satisfaction du patient.

Objectifs soins, 2005, (8-9).

7-CROMBIE JK, DAVIES HTO, ABRAHAM STS, FLOREY C.

The audit handbook. Improving health care through clinical audit.

Ed J. Wiley and sons Chichester:1995, 127-157.

8-BULLETIN D'INFORMATION EN ECONOMIE DE LA SANTE.

n°48, février 2002.

IRDES publications.

9-BUTTERS JM, WILLIS DO.

A comparison of patient satisfaction among current and former dental school patients.
J. Dent. Educ., jun 2000, 64 (6) : 409-415.

10-DONABEDIAN A.

Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.1: The definition of quality and approaches to its assessment.
Health Administration Press, 1980, 163.

11-DONABEDIAN A.

The quality of care. How can it be assessed?
JAMA 1988; (8) 260: 1743-1748.

12-DONABEDIAN A.

The seven pillars of quality.
Arch. Pathol. Lab. Med., nov 1990, 114(11):1115-1118

13-DONABEDIAN A.

The effectiveness of quality assurance.
Int. jour. for qual. in health care, 1996, 8 (4): 401-407

14-DUBET F.

Injustices, l'expérience des inégalités au travail.
PARIS: Seuil, 2006.

15-FITZPATRICK R.

Surveys of patients satisfaction.
Br Med J., 1991.

16-FROMENTIN O.

La satisfaction des patients dans l'évaluation de la qualité des soins. Applications à l'odontologie prothétique.
Thèse de doctorat, sous la direction du Pr. M.L. Boy-Lefevre, 2001.

Université Paris 7.

17-GASQUET I.

Mesure de la satisfaction des patients

L'évaluation en santé, de la pratique aux résultats, ch.25.

PARIS, 2005.

18-GILLET D, MIQUEL JL, JEANNEL A.

Patients, practitioners, faculty and dental esthetics : the same level of perception.

Odontostomatol. Trop., jun 2002, 25(98) : 5-11.

19-GOLLETZ D, MILGROM P, MANCI L.

Dental care satisfaction: the reliability and validity of the DSQ in a low-income population.

J. Public Health Dent., 1995, 55(4):210-217.

20-GONZALEZ GZ, KLAZINGA N, ASBROEK G, DELNOIJ DM.

Performance indicators used to assess the quality of primary dental care.

Community Dent. Health, dec 2006, 23 (4) : 228-235.

21-HALL JA, FELDSTEIN M, FRETWELL MD, ROWE JW, EPSTEIN AM.

Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population.

Med Care 1990; 28:261-270.

22- HALL JA, STEIN TS., Roter DL., RIESER N.

Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients.

Med. Care, 1999, 37: 1164-1168.

23-HOLT VP.

Patient satisfaction questionnaire- how to do them successfully.

Dent Update., juillet-août 2006, 33 (6) : 338)340, 343-344, 346.

24-JAUBERT V.

Données socio-économiques et bucco-dentaires des populations précarisées: une étude en milieu hospitalo-universitaire sur des bénéficiaires d'une consultation PASS.

Thèse, Directeur de thèse: Dr Frédéric RILLIARD, 2006., Paris 7.

25-KARYDIS A, KOMBOLI-KODOVAZENITI M, HATZIGEORGIOU D, PANIS V.

Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care.

Int. J. for Quality in Health Care, 2001, 13 (5) : 409-416.

26-KRESS G, SHULMAN JD.

Consumer satisfaction with dental care : where have we been, where are we going ?

J. Am. Coll. Dent., 1997, 64(2) :8.

27-KUNKEL S, ROSENQVIST U, WESTERLING R.

The structure of quality systems is important to the process and outcome, an emirical study of 386 hospital departments in Sweden.

BMC Health Service Research, 2007, 7 :104-112.

28-LILJA-KARLANDER E., KUROL J, JOSEFSSON E.

Attitudes and satisfaction with dental appearance in young adults with and without malocclusion.

Swed. Dent. J., 2003, 27 (3) : 143-150.

29-MERCER S, CAWTSON P, BIKKER A.

Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland.

BMC Family Practice, 2007, 8.

30-MERDINGER RUMPER C.

Satisfaction du patient : un état des pratiques des hôpitaux publics français.

Journal d'économie médical, 2006, 24 (7-8) : 349-361.

31- NAUD LLAMAS C., RILLARD F., AZERAD J.

Analyse des premiers mois d'activité du dispositif de Permanence d'Accès aux Soins de Santé bucco-dentaire de la consultation Pierre Fauchard.

Rapport interne Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Assistance Publique – Hôpitaux de

Paris, déc 2003.

32-NEWTON T.

Involving the « consumer » in the evaluation of dental care : a philosophy in search of data.

Brit. Dent. J., 2001, 191(12) : 650-653.

33-PALIER B.

Gouverner la sécurité sociale.

PARIS : Puf, 2005.

34-PETIT J., GARRIGUE-GUYONNAUD H.

L'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé français.

In L'évaluation en santé, de la pratique aux résultats, ch.16

35-PERNEGER TH.V.

Satisfaction des patients en milieu ambulatoire : validation d'une échelle et identification de facteurs associés.

Schweitz Med Wochenschr ,1996 ; 864-871.

36- ROTH F.

L'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité.

Rapport interne, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, 1999.

37-ROTH F.

Un enjeu sous évalué : l'accès aux soins bucco-dentaire.

Espace éthique, la Lettre, n° 12-13-14, Summer 2000, 31-33.

38-SAKALAIUSKIENE Z, MACIULSKIENE V, SERTVYTYTE A.

Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A pilot study.

Stomatologija., 2005,7(3):84-89.

39-SCHIPPER H, CLINCH J, POWELL V.

Definitions and conceptual issues, in Quality of life assessments in clinical trial, NewYork. Raven Press, 1990.

40-SCHOUTEN BC, HOOGSTRATEN J, EIJKMAN MA.

Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior.

Community Dent. Oral. Epidemiol., 2003, 31(5):368-377.

41- SCHOUTEN BC, EIJKMAN MA, HOOGSTRATEN J.

Information and participation preferences of dental patients.

J.Dent. Res., 2004, 89(12):961-965.

42-SITZIA J., WOOD N.

Patient satisfaction.

Soc. Sci. Med., 1997, 45: 1829-1843.

43-SKARET E, BERG E, RAADAL M, KVALE G.

Reliability and validity of the dental satisfaction questionnaire in a population of 23-year olds in Norway.

Community Dent Oral Epidemiol., 2004, 32: 25-30.

44-SKARET E, BERG E, RAADAL M, KVALE G.

Factors related to satisfaction with dental care among a population of 23-year olds in Norway.

Community Dent Oral Epidemiol. Apr 2005 ; 33(2):150-7.

45-THOUVENIN D.

Rapport sur les recommandations destinées aux médecins, relatives à l'information des patients.

ANAES, mars 2000, 45.

46-WARE JE, SHEBOURNE CD.

The MOS 36 Item Short Form Health survey.

Med Care 1992; 30:47-483

VIII. Annexes :

VIII. Annexe 1 : enquête SAPHORA

INDICATEURS			
QUALITE DES SOINS		CONFORT	ORGANISATION DE LA SORTIE
QUESTIONS UTILISEES POUR CALCULER L'INDICATEUR	1. Accueil dans le service 2. Identification du personnel 3. Respect de l'intimité par le personnel 4. Information médicale (transmission) 5. Information médicale (compréhension) 6. Comportement des médecins 7. Comportement du personnel soignant 8. Politesse et amabilité du personnel 9. Disponibilité du personnel 10. Délai de réponse aux appels urgents 11. Prise en charge de la douleur 12. Prise en charge des symptômes 13. Délai d'attente aux examens 14. Information sur l'anesthésie 15. Information sur les actes opératoires (compréhension) 16. Satisfaction vis-à-vis des soins	1. Qualité des repas 2. Variété des plats 3. Confort de la chambre 4. Propreté de la chambre 5. Température de la chambre 6. Bruit dans la chambre 7. Appréciation du téléphone 8. Appréciation de la télévision	1. Information sur les médicaments à prendre après la sortie 2. Information sur les activités possibles après la sortie 3. Information sur l'aide à domicile après la sortie 4. Planification de la sortie

VIII. Annexe 2 : lettre type envoyée aux patients en vue de l'entretien

PARIS, le

Madame

Monsieur

Vous avez reçu une prise en charge par la PASS Bucco-dentaire durant l' année 2004 (ou-2005). Nous souhaiterions reprendre contact avec vous pour avoir votre avis sur les soins délivrés.

Pourriez-vous venir nous rencontrer pour un entretien et un examen, le mercredi entre au premier étage de la consultation PASS Bucco-dentaire, muni(e) de cette lettre.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Dr F. RILLIARD
Odontologiste
Réfèrent Pass Bucco-dentaire

VIII. Annexe 3 : questionnaire en vue de l'entretien

1). DEPUIS QUAND AVEZ-VOUS TERMINE VOS SOINS ?

- ◇ Finis , sait quand
- ◇ Finis , ne sait pas quand
- ◇ Pas finis, en cours
- ◇ Pas finis, interrompus

1) LES SOINS RECUS CORRESPONDAIENT ILS A VOS ATTENTES ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

2) SI NON, POURQUOI ?

3) VOUS A-T-ON DONNE DES EXPLICATIONS CLAIRES SUR VOTRE TRAITEMENT AU COURS DE LA PREMIERE CONSULTATION ?

Info transmises : Oui

Non

Info comprises : Oui

Non

4) Y A-T-IL EU DES MODIFICATIONS EN COURS DE TRAITEMENT DONT VOUS N AYEZ PAS ETE AVERTI ES ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

5) COMMENT AVEZ-VOUS VECU L'ENTRETIEN AVEC L ASSISTANTE SOCIALE ?

- ◇ A compris pourquoi l'entretien
- ◇ N'a pas compris pourquoi l'entretien
- ◇ Bon contact
- ◇ Mauvais contact

6) AVEZ-VOUS TROUVEZ LONGUE L ATTENTE ENTRE LA PREMIERE CONSULTATION ET LE DEBUT DES SOINS ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

7) AVEZ-VOUS TROUVEZ LONGUE L ATTENTE ENTRE CHAQUE RENDEZ VOUS ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

8) AVEZ-VOUS TROUVE LONGUE L ATTENTE DANS LA SALLE D ATTENTE AVANT CHAQUE RENDEZ VOUS ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

9) AVEZ-VOUS EU LE SENTIMENT QUE LE NOMBRE DE SEANCES DE VOTRE TRAITEMENT ETAIT TROP IMPORTANT ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

10) AVEZ-VOUS LE SENTIMENT QUE LES PRATICIENS DISPOSaient DE TOUT LE MATERIEL NECESSAIRE POUR VOUS SOIGNER ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

11) PORTEZ VOUS VOTRE PROTHESE EN PERMANENCE ?

- ◇ Oui
- ◇ Non

12) SI NON, POURQUOI ?

- ◇ Usure
- ◇ Douleurs
- ◇ stabilité

13) AVEZ-VOUS LE SENTIMENT QUE LES SOINS RECUS (PROTHESE OU AUTRE) ONT CHANGE VOTRE QUOTIDIEN ?

- ◇ Non
- ◇ Oui :
 - alimentation → fonctionnel
 - sourire → esthétique
 - emploi → social

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de chirurgie Dentaire.