



HAL
open science

Urgences odontologiques au GHPS : étude observationnelle sur le ressenti des patients

Grégoire Demeestère, Maxime Alcabes

► To cite this version:

Grégoire Demeestère, Maxime Alcabes. Urgences odontologiques au GHPS : étude observationnelle sur le ressenti des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03434606

HAL Id: dumas-03434606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03434606>

Submitted on 18 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Université
de Paris

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2020

N°

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2020

par **Grégoire DEMEESTÈRE & Maxime ALCABES**

**URGENCES ODONTOLOGIQUES AU GHPS : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE SUR LE
RESSENTI DES PATIENTS**

Dirigée par M. le Professeur Yves BOUCHER

JURY

M. le Professeur Yves BOUCHER	Président
M. le Docteur Rufino FELIZARDO	Assesseur
Mme la Professeure Laurence JORDAN	Assesseur
Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER	Assesseur
M. le Docteur Steve TOUPENAY	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur

UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Yves BOUCHER	Président
M. le Docteur Rufino FELIZARDO	Assesseur
Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER	Assesseur
Mme la Professeure Laurence JORDAN	Assesseur
M. le Docteur Steve TOUPENAY	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur

M. le Professeur Yves BOUCHER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

A vous qui nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Nous vous remercions pour votre gentillesse et bienveillance pendant notre formation et au cours de la réalisation de cette thèse. Votre aide fut extrêmement précieuse, et nous tenions à vous remercier du fond du cœur. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

C'est avec le plus grand respect à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre enseignement durant nos études, vous avez su nous transmettre avec passion des éléments indispensables à notre exercice. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

C'est avec le plus grand respect à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre transmission de votre savoir et de vos conseils pratique en prothèse fixé notamment. Soyez assurée de notre profonde gratitude.

Mme la Professeure Laurence JORDAN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

C'est avec le plus grand respect à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre bonne humeur, votre gentillesse naturelle et votre disponibilité. Soyez assurée de notre profonde gratitude.

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités Associé

C'est avec le plus grand respect à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre enseignement et vos conseils pour notre exercice de praticien. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

C'est avec le plus grand respect à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre bienveillance tout au long de notre cursus. La transmission de votre passion pour l'endodontie nous a permis d'évoluer et de viser toujours plus haut. Soyez assurée de notre profonde gratitude.

Table des matières

Introduction	3
1. Définitions et rappels déontologiques	4
2. Les différents types d'urgence dentaire	6
2.1 La douleur	6
2.2 Les urgences infectieuses	6
2.3 Les traumatismes.....	7
2.4 Les hémorragies	8
2.5 Les urgences de confort.....	8
2.6 Les urgences dentaires les plus fréquentes	9
3. La structure d'accueil des urgences dentaires du GHPS	13
3.1 Organisation des soins.....	13
3.2 Motifs de consultation et caractéristiques démographiques de la patientèle	14
4. Méthodologie de l'étude	15
4.1 Objectifs	15
4.2. Critères d'évaluation	15
4.3 Echantillon	16
4.4 Population étudiée	16
4.5 Méthode	17
4.6 Description des méthodes statistiques	20
4.7 Aspect réglementaires	21
5. Résultats	22
5.1 Chart Flow.....	22
5.2 Données socio-démographiques	24
5.3 Questionnaire de satisfaction.....	47
5.4 Résultats des rappels téléphoniques.....	57
5.4.1 Douleur	57
5.4.2 Inquiétude	73
5.4.3 État de santé générale	78
5.4.4 Suites des soins	81
6. Comparatif de l'étude par rapport à celle de 2014	85

6.1 Données socio-démographiques	85
6.2 Questionnaire de satisfaction.....	96
6.3 Résultats des rappels téléphoniques.....	99
6.3.1 Douleur	99
6.3.2 Inquiétude	103
6.3.3 État de santé générale	107
6.3.4 Suite des soins	110
7. Discussion	114
7.1 Analyse descriptive de l'échantillon.....	114
7.2 Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon.....	115
7.3 Recrutement des patients	117
7.4 Suivi par un chirurgien-dentiste	118
7.5 Motifs de consultation du patient et diagnostics	119
7.6 Soins réalisés	121
7.7 Délais d'attente.....	122
7.8 Perception de l'état de santé	122
Conclusion	123
Annexe 1	126
Annexe 2	128
Annexe 3	129
Annexe 4	131

Introduction

Au cours de notre dernière année d'étude (T1), nous avons effectué des vacations hospitalières dans l'Unité Fonctionnelle « Urgences » du service d'Odontologie du Groupe Hospitalier-Pitié Salpêtrière (GHPS).

Cette partie de notre cursus est essentielle à notre formation : d'une part pour la réflexion visant à poser le bon diagnostic et d'autre part pour l'exécution du geste clinique permettant de soulager le patient.

Cependant, une fois cette prise en charge réalisée, nous n'assurons pas le suivi du patient donc nous ne savons pas si son état s'est amélioré. Il est donc très intéressant de savoir comment les patients vivent leur passage aux urgences du service GHPS, en termes de satisfaction médicale et d'impact psychologique.

Depuis plusieurs années, nous constatons en France une augmentation significative des soins d'urgence médicale. Une étude montre que cette inflation du recours aux urgences concerne également l'odontologie (*Ahossi et al. 2002*). Le service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) prend aussi bien en charge les soins d'urgences de jour que de nuit. Les patients sont reçus selon les cas par des étudiants de sixième année, des internes et des seniors de la faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris Diderot, mais également de celle de Paris Descartes dans le cadre du service de garde.

Une enquête (*Azerad 2007*) a été menée dans le but d'analyser les caractéristiques sociologiques des patients et la typologie des actes effectués.

Ces études montrent que la douleur est le motif principal des consultations, cité par 60 à 80% des patients. D'autres études ont évalué la satisfaction des soins prodigués en odontologie, en structure publique ou privée (*Mascarenhas et al. 2001, Chapko 1985*).

Plus récemment, une étude pilote a été réalisée au GHPS sous la forme d'une thèse de doctorat d'état en chirurgie dentaire visant à évaluer le soulagement de la douleur et de l'anxiété ainsi que la satisfaction des patients (*Senoussi et al. 2015*). Cette étude pilote a permis de tester la faisabilité de l'étude, d'affiner les questionnaires et d'estimer la taille de

l'échantillon final nécessaire à une étude de puissance suffisante (en évaluant notamment le nombre de perdus de vue).

Ce travail répond à une demande du Service d'Accueil des Urgences (SAU) initiée par le service d'odontologie du GHPS. Les objectifs étaient d'évaluer : d'une part l'efficacité des soins réalisés dans cette unité fonctionnelle d'urgence et d'autre part la satisfaction des patients après leur passage aux urgences.

1. Définitions et rappels déontologiques

Le mot « urgence » est issu du latin « urgere » qui signifie « presser ». Il se définit comme « le caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard. Et plus précisément dans le cadre médical : situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. *(Boucher et al.2007) (Larousse médical,2003)*. On retient la notion de valeur temporelle de l'urgence, la nécessité d'agir sans délais.

L'urgence en odontologie implique donc un traitement immédiat pour répondre à une demande de soin pressante. Cette demande de soins d'urgence est formulée par le patient, elle est donc par essence subjective. Les motifs de consultation sont par conséquent variables, allant de la douleur extrême au malaise social et esthétique, dépassant parfois les critères d'urgence habituellement reconnus par les praticiens. Il est donc de la responsabilité du professionnel de distinguer l'urgence vraie de l'urgence relative au sens médical du terme.

C'est pourquoi le code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes apporte des précisions quant aux responsabilités du professionnel lors de la prise en charge d'un patient en situation d'urgence.

Les principales considérations médico-légales liées aux urgences sont les suivantes :

- Article 2 du code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes :

« Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé ».

- Article 39 du code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes :

« Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exceptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien ».

L'instauration du service de garde découle d'une circulaire ministérielle de décembre 1969 et l'organisation de ce service est de la responsabilité des conseils départementaux. Chaque conseil définit le mode de désignation du ou des praticiens de garde, les plages horaires d'intervention, les modes d'information des patients et des autorités, etc.

2. Les différents types d'urgence dentaire

2.1 La douleur

La douleur oro-faciale est la plus fréquente des douleurs (*McMillan et al.2006*) Différentes études épidémiologiques réalisées aux Etats-Unis, en Europe et en Chine estiment entre 14% et 40% la prévalence de la douleur oro-faciale au sein de la population adulte (*McMillan et al. 2006 ; Douglass et al. 2003 ; Macfarlane et al. 2004, Riley et al. 2001*). En ce qui concerne les études relatives aux urgences odontologiques incluant celle réalisée au sein du service des urgences odontologiques du GHPS, la douleur représente dans 80% des cas le motif de consultation, avec 35% des patients consultant pour une douleur considérée comme intense, et 40% pour une douleur modérée à intense (*Sayers et al.2004, Ahossi et al.2003*) (*Chiche 2007*) (*Laboux 2002*).

Une étude réalisée en Floride par *Duncan et al.2003* évaluant l'incidence de la douleur dentaire montre que 31% des sujets s'étant présentés sans douleur au début de l'étude ont fait l'expérience d'une douleur dentaire au cours des 24 mois suivant. En outre, 65% des patients consultant pour une douleur oro-faciale nécessitaient un traitement endodontique d'urgence dont la cause est le plus souvent une pulpite irréversible (*Laboux 2012*).

2.2 Les urgences infectieuses

D'origines diverses, les urgences infectieuses nécessitent une prise en charge précoce, médicale le plus souvent, afin d'enrayer le processus infectieux et diminuer les symptômes généraux associés au tableau clinique caractéristique de l'étiologie. Les urgences infectieuses constituent un motif de consultation courant aux urgences odontologiques.

Dans une étude, *Ahossi et al.2003* relèvent que 33% des appels d'urgence sont motivés par des infections odontogènes ; dans une autre étude des mêmes auteurs (*Ahossi et al. 2002*), 24% des patients se présentant aux urgences consultaient à cause d'une cellulite. Une étude menée dans un centre dentaire pédiatrique d'Athènes montre que les cellulites représentent 7% des urgences odontologiques et que si la prévalence carieuse a nettement

diminué depuis le début des années 1990 en Grèce, les caries restent encore l'étiologie principale des urgences dentaires (*Naidu et al.2011*).

Si les urgences infectieuses sont des urgences le plus souvent douloureuses, le motif de consultation avancé en premier lieu par le patient dans ce cas n'est pas la douleur mais, quand elle existe, la tuméfaction associée.

2.3 Les traumatismes

Isolés ou associés à un traumatisme facial (*Vladimirov et al.2005*), les traumatismes dento-alvéolaires se singularisent par leur fréquence, avec une incidence qui semble en constante augmentation depuis plusieurs années (*Cochet et al.2003*). Si dans l'étude réalisée au sein du service des urgences odontologiques du GHPS et dans celle réalisée par *Sayers et al.2004*, seuls respectivement 4,5% et 1,4% des patients déclarent consulter à cause d'un traumatisme, cela ne reflète pas les données de la littérature. En effet, dans toutes les autres études, les traumatismes constituent un motif fréquent de consultation. Dans l'étude de *Halling et al.2000*, 12% des patients se présentant en urgence au Service Public de Santé Dentaire de Ostergötland en Suède consultent à cause d'un traumatisme. Dans l'étude d'*Ahossi et al.2002* menée au CHU de Dijon, les traumatismes représentent le deuxième motif de consultation après la douleur avec 24% des urgences. Une revue de la littérature parue entre 1936 à 2004 (*Feliciano et al. 2006*) portant sur le diagnostic des traumatismes dentaires suggère même que les traumatismes constitueront dans un avenir proche le premier motif de consultation aux urgences odontologique. Cette évolution suit la diminution du taux des caries et des maladies parodontales dans la population dites « développées », essentiellement grâce aux mesures préventives de santé publique. C'est pourquoi les traumatismes et leur moyen de prévention préoccupent de plus en plus en termes de santé publique dans les pays Anglo-Saxons où des campagnes d'information sur les traumatismes dentaires ont été développées (*Sayers et al.2004*).

2.4 Les hémorragies

L'urgence hémorragique en odontologie est une urgence médicale vraie. En effet, une hémorragie non contrôlée entraîne un risque de morbidité élevé, l'hémorragie buccale pouvant se compliquer par l'obstruction des voies aérienne supérieures, par un hématome expansif dans le cou ou l'accumulation de sang dans les voies aériennes, et par la survenue de choc hypovolémique.

Si l'hémorragie n'est certes pas le motif de consultation le plus fréquent en urgence, elle n'en reste pas moins un motif courant de consultation. Dans l'étude réalisée au sein du GHPS, 6,5% de la population déclare consulter aux urgences odontologiques pour cause de « saignements ». Dans d'autres études, ce pourcentage se situe entre 0,1% et 3% (*Ahossi et al.2002*, *Gibson et al.1993*, *Sayers et al.2004*. *Agostini et al.2001* indiquent que les « saignements » constituent le deuxième motif de consultation après la douleur, ce qui est également retrouvé par *Okunseri et al.2005*) avec 28% des consultants.

Face à la disparité de ces statistiques, il semble important de nuancer le terme d'hémorragie avancé comme motif par la consultation dans ces différentes études où le patient peut inclure aussi bien un saignement gingival dû à une gingivite qu'une hémorragie mettant en jeu le pronostic vital.

2.5 Les urgences de confort

Depuis quelques années, la prévalence des consultations dans les services d'urgences générales et odontologiques en France mais aussi aux Etats-Unis et dans de nombreux pays occidentaux ne cesse d'augmenter. Certaines études montrent que cette augmentation concerne également les consultations pour des motifs non urgents (*Ladrillo et al.2006*; *Ahossi et al.2003*). Face à cette demande croissante, les services hospitaliers sont contraints de réaliser un tri parmi les patients (*Smith et al.2006*). Dans l'étude réalisée au sein du service d'urgences odontologique du GHPS, 20% des patients ont été orientées d'emblée lors du tri et n'ont pas été pris en charge par ce service. Leur motif de consultation ne nécessitait pas une prise en charge immédiate. Les urgences de confort n'ont pas de définition précise, il

s'agit d'urgences différables pour le praticien car ne revêtant pas un caractère de soin immédiat malgré l'aspect essentiel de la prise en charge du point de vue du patient. On note la notion d'écart entre le patient et le praticien concernant l'appréciation de l'importance et de l'immédiateté de la situation

C'est donc au chirurgien-dentiste de déterminer lors du premier contact s'il s'agit d'une urgence de confort. Ce premier contact peut être un appel téléphonique réceptionné par le chirurgien-dentiste lui-même ou par quelqu'un de l'équipe soignante qui réalise ainsi un premier tri (*Topping 2005, Ahossi et al.2002*). Ce premier contact peut également être direct quand le patient se présente directement à la consultation. C'est le cas le plus fréquent au SAU du GHPS où le patient qui s'y présente est accueilli par un premier soignant qui réalise le tri après un examen clinique et décide soit de son orientation soit de sa prise en charge immédiate sur place. Selon sa disponibilité le chirurgien-dentiste peut décider de prendre en charge l'urgence de confort en mettant en place des solutions rapides et temporaires. Les cas d'urgence de confort les plus courants sont la perte/fracture/défaut d'intégration d'une restauration, ou d'une prothèse, mobilité dentaire importante, halitose.

2.6 Les urgences dentaires les plus fréquentes

On distingue principalement 2 étiologies :

1) Etiologie pulpaire

a) Pulpite réversible

La pulpite réversible est une inflammation réversible de la pulpe associant une augmentation transitoire du flux sanguin et une sensibilisation nerveuse périphérique.

Elle peut être liée à une lésion carieuse ou à un traumatisme.

Le patient se plaint d'une douleur provoquée (froid, sucre) qui disparaît à l'arrêt du stimulus.

Le traitement d'urgence consistera à l'éviction du tissu carieux et à la réalisation d'une obturation provisoire type IRM ou CVI.

Le traitement définitif consistera en la réalisation d'une obturation coronaire étanche.

b) Pulpite irréversible

La pulpite irréversible est une inflammation irréversible de la pulpe, l'agression dépasse le potentiel réparateur de la pulpe.

Elle est liée à une lésion carieuse ou à un traumatisme.

Le patient se plaint d'une douleur spontanée, intense pulsatile qui persiste à l'arrêt du stimulus.

Le traitement d'urgence consistera à réaliser :

- une pulpectomie : pour les monoradiculées
- une pulpotomie : pour les pluriradiculées.

Un antalgique de palier 1 sera prescrit.

Le traitement définitif consistera à réaliser le **traitement endodontique** complet associé à une restauration coronaire étanche.

c) Parodontite apicale aigue (PAA)

C'est une lésion inflammatoire péri-radriculaire d'origine endodontique.

Le patient ressent une douleur continue, sourde, exacerbée par le contact occlusal (le patient évoque la sensation subjective d'avoir une dent « longue »).

Le traitement d'urgence consistera à réaliser un parage canalaire de tous les canaux, la dent sera mise en sous occlusion. On réalisera une prescription d'un antalgique de palier 1.

Si la dent est déjà traitée endodontiquement, on prescrira au patient une antibiothérapie de 1^{er} intention.

Le traitement définitif consistera à réaliser le traitement endodontique définitif associé à une restauration coronaire étanche.

d) Abscès alvéolaire aigu (AAA)

Il s'agit d'une parodontite apicale suppurée, il y a formation de pus qui s'accumule dans le péri apex, il fait en général suite à une parodontite apicale non prise en charge.

Le patient se plaint d'une douleur spontanée, le simple contact occlusal est insupportable.

Le traitement d'urgence aura pour but d'obtenir un drainage par voie trans-canalair ou par voie chirurgicale (incision dans le cas d'un abcès collecté et fluctuant), la dent sera mise en sous occlusion

Une antibiothérapie de 1^{ère} intention est nécessaire dans le cas où le drainage a été obtenu ; dans le cas contraire, une antibiothérapie de 2nd intention est indiquée.

Le traitement définitif consistera à réaliser le traitement endodontique définitif associé à une restauration coronaire étanche.

2) Étiologie parodontale

a) Syndrome du septum

Le patient décrit une douleur spontanée le plus souvent au cours des repas, la papille dentaire est souvent tuméfiée et la palpation est très douloureuse. Le traitement consistera à réaliser un débridement sous gingival avec prescription de bain de bouche et d'antalgique de palier 1.

b) Abscès parodontal

Un abcès parodontal est une infection localisée dans les tissus parodontaux (gencive et os alvéolaire). C'est l'exacerbation aiguë de l'inflammation chronique d'une parodontite ou d'une gingivite.

Le patient décrit une douleur inconstante si l'évacuation est spontanée.

A l'examen clinique on constatera une poche parodontale profonde, une mobilité augmentée, mais aussi un œdème gingival localisée associée à une suppuration spontanée ou provoquée par la pression.

Le traitement consistera à réaliser un débridement sous gingival avec irrigation via un antiseptique à base de polyvidone iodée. Chez un sujet sain l'antibiothérapie associée n'est

pas nécessaire, mais chez un patient à risque d'infection elle sera recommandée (métronidazole 500 mg matin midi et soir pendant 6j).

c) Péricoronarite (accident d'évolution des dents de sagesse)

***Aigue congestive : inflammatoire**

Le patient décrit une douleur continue spontanée, rétro molaire. La pression est douloureuse, avec ou sans écoulement de sérosité. A l'examen clinique, la muqueuse est rouge, œdématiée et recouvre tout ou une partie de la couronne. Le traitement d'urgence consistera à réaliser un débridement sous gingivale et une irrigation avec un antiseptique. Une prescription de bain de bouche et d'un antalgique de palier 2 sera réalisé, et les normes d'HBD seront réexpliquées au patient.

***Suppurée : infectieuse**

Elle succède à une péricoronarite aigue congestive ou peut être d'emblée infectieuse. Il s'agit d'une infection du sac péricoronaire.

Le patient décrit des douleurs plus fortes et irradiantes.

La muqueuse est rouge et œdématiée, la pression fait sortir du pus, un trismus peut être associé. Le traitement d'urgence consiste à réaliser un débridement sous gingival et une irrigation avec un antiseptique.

Une prescription d'une antibiothérapie de 2^{ème} intention sera réalisée, associée à un antalgique de palier 2. Le traitement définitif d'une péricoronarite sera l'extraction de la dent de sagesse s'il y a plusieurs récurrences. Dans le cas contraire, on pourra la conserver selon l'hygiène du patient et l'évolution de la dent.

d) Les cellulites maxillo-faciales

Il s'agit de pathologies infectieuses des tissus de remplissage des espaces bucco-cervico-faciaux. Elles sont à 90% d'origine dentaire (endodontique ou parodontale).

Le signe pathognomonique d'une cellulite maxillo-faciale est la tuméfaction maxillo-faciales. Le patient peut présenter des signes d'infection généralisée (fièvre, asthénie) et localisée (dysphagie, trismus).

L'étiologie doit être recherchée, le traitement d'urgence consistera à obtenir un drainage par voie dentaire ou muqueuse. Une antibiothérapie de seconde intention sera prescrite dans tous les cas, et sera associée à une prescription d'antalgique de palier 2.

3. La structure d'accueil des urgences dentaires du GHPS

3.1 Organisation des soins

Le SAU du GHPS était au moment de la réalisation de ces enquêtes, sous la responsabilité du Dr Rafael Toledo responsable de l'Unité Fonctionnelle Urgences dans le service d'Odontologie.

Le SAU est ouvert 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Les soins sont assurés sous la responsabilité d'un senior (hospitalo-universitaire, praticien hospitalier ou attaché de consultation), parfois par les seniors eux-mêmes, par les étudiants en odontologie, internes et externes (5^{ème} et 6^{ème} année d'étude).

- Les équipes des urgences de jour sont constituées de 10 étudiants de 6^{ème} année, d'un ou plusieurs seniors selon les jours, et d'un interne en odontologie. Les équipes changent tous les jours.
- L'équipe de nuit est constituée d'un senior, d'un interne et d'un externe.

Depuis octobre 2013 toutes les urgences dentaires, de jour comme de nuit sont accueillies sur le site du service d'odontologie du GHPS, dans le bâtiment de Stomatologie.

- Le SAU reçoit en moyenne 93 patients/24h, répartis entre le jour et la nuit.

La prise en charge des patients est organisée comme suit :

A leur arrivée, les patients prennent un ticket sur lequel figure un numéro d'appel et leur heure d'arrivée. Ce numéro détermine leur ordre d'arrivée afin de constituer un dossier administratif. Selon son cas le patient peut ensuite être orienté directement vers le service de radiologie afin d'y réaliser une radiographie panoramique. Une fois le cliché effectué, le patient retourne en salle d'attente où il est appelé selon son ordre d'arrivée par le soignant ; celui-ci réalise le diagnostic, puis le traitement d'urgence si nécessaire, qui peut être un acte endodontique, chirurgical, de contention...

Les patients souffrant de traumatismes, cellulites, hémorragies, les femmes enceintes, les enfants de moins de 12ans, les patients hospitalisés ou non valides, les détenus, sont traités en priorité.

Après un examen clinique validé par le senior responsable, le soignant prend la décision thérapeutique, effectue les soins, délivre une prescription et/ou oriente le patient pour la continuité du soin. Dans les cas simples, les soins sont réalisés sur place. Dans les cas complexes un rendez-vous ultérieur en consultation spécialisée est délivré (endodontie, chirurgie, consultation handicap/phobie). Dans les cas d'urgences médicales, le patient est hospitalisé dans le service de maxillo-facial (cellulites sévères).

3.2 Motifs de consultation et caractéristiques démographiques de la patientèle

Certains patients viennent en urgence car leur praticien ne peut pas les recevoir en consultation rapidement faute de plage horaire disponible ou parce qu'il est absent. D'autres consultent en urgence car ils n'ont pas de praticien attitré et n'ont pas donc de suivi dentaire régulier. Ces patients ne consultent que dans l'urgence et de ce fait dans la majorité des cas tardivement. La difficulté diagnostique est souvent accrue par l'absence de maîtrise de la langue française pour un nombre non négligeable de patients.

4. Méthodologie de l'étude

4.1 Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'efficacité des procédures d'urgence et la satisfaction des patients vis à vis du service des urgences dentaires du GHPS.

La douleur constituant le principal motif de consultation des patients au SAUO, nous avons donc évalué la douleur du patient avant et après les soins d'urgence via des questionnaires le jour de la consultation (J0), puis via des entretiens téléphoniques à J1, J3 et J7.

- ⇒ L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la diminution de la douleur à J1 après la prise en charge aux SAUO
- ⇒ Les objectifs secondaires de cette étude étaient :
 - D'évaluer la diminution de la douleur à J3 et J7
 - D'évaluer la diminution de l'anxiété entre J0, J1, J3 et J7
 - D'évaluer l'évolution de la santé générale entre J1, J3 et J7
 - D'évaluer la qualité de l'accueil du personnel soignant et non soignant (disponibilité, environnement de soin...)
 - D'évaluer la perception de la qualité des soins.

4.2. Critères d'évaluation

- ⇒ Le critère d'évaluation principal était la réduction du score de douleur entre J0 et J1, mesurée par une échelle numérique (**EN**) – notée de 0 à 10 [0=pas de douleur ; 10 = pire douleur imaginable]
- ⇒ Les critères d'évaluation secondaires étaient :
 - La réduction du score de douleur entre J0 et J3 et J7, mesurée sur une EN.
 - La réduction du score d'anxiété mesuré sur une EN

- La perception de l'état de santé générale mesurée sur une EN
- La perception de la qualité de l'accueil du personnel médical et non médical mesurée sur une EN
- La perception de la qualité des soins mesurée sur une EN

4.3 Echantillon

L'étude proposée est une étude observationnelle menée au sein du SAU du GHPS. L'échantillon étudié est constitué des patients se présentant aux urgences odontologiques de jour (8h30-18h30) pendant le temps de l'étude, ayant accepté de répondre aux questionnaires et remplissant les critères d'inclusion de l'enquête. Deux enquêteurs se sont relayés dans le service tout au long de la période de l'enquête pour le recueil des données.

4.4 Population étudiée

Recrutement de la population

Les inclusions ont eu lieu par session de 5 jours hors week-ends, environ tous les 2 mois à raison de 3 sessions ; ce qui a permis d'interroger les patients à différents moments de l'année.

La participation à l'étude a été proposée par les enquêteurs à tous les patients se présentant dans le SAUO, en salle d'attente. Une note d'information concernant les modalités de participation à la recherche expliquant ses objectifs et ses contraintes a été présentée aux patients.

La non opposition a été recueillie par le chirurgien-dentiste au cours de la consultation et notifiée dans le dossier médical du patient.

Critères d'éligibilité (critères d'inclusion et de non inclusion)

⇒ **Les critères d'inclusion** étaient :

1. Age \geq 18 ans
2. Patient joignable par téléphone au cours de la semaine suivant sa prise en charge dans le service
3. Recueil de la non opposition du patient à sa participation à la recherche
4. Bonne compréhension de la langue française

⇒ **Les critères de non inclusion** étaient :

1. Patient présentant des troubles de la communication

4.5 Méthode

Déroulement de l'enquête

Deux enquêteurs (étudiants dans le service) se sont relayés dans le service pendant toute la durée de la recherche. Ils se sont chargés : d'informer les patients du déroulement de la recherche, de procéder au recueil des données, et effectuer les suivis téléphoniques.

Le déroulement de la recherche a eu lieu comme suit (figure 1) :

1. Information du patient sur la recherche lors de son arrivée dans le service ; explication de ses objectifs, de ses modalités et contraintes.
2. Vérification des critères d'éligibilité.
3. Recueil de la non-opposition du patient par le chirurgien-dentiste lors de la consultation
4. Consultation conformément à la prise en charge habituelle (J0). Au cours de celle-ci, le praticien réalise une anamnèse médicale et remplit selon les réponses du patient le « questionnaire de renseignements généraux » (annexe 2). Réalisation du soin d'urgence par le praticien et explication des suites post-opératoires.

5. Remplissage par le patient du questionnaire de satisfaction immédiatement après sa consultation.
6. Rappel téléphonique à **J+1** du patient par l'enquêteur et remplissage du questionnaire.
7. Rappel téléphonique à **J+3** du patient par l'enquêteur et remplissage du questionnaire.
8. Rappel téléphonique à **J+7** du patient par l'enquêteur et remplissage du questionnaire.

Les étapes 1 et 2 ont été réalisées pendant l'attente de prise en charge du patient et ont duré environ 15 minutes.

Etape 3 et 4 (en salle de soin) : le questionnaire de renseignements généraux correspond à une anamnèse médicale (données issues du soin uniquement).

Il était nécessaire d'aider certains patients à remplir certains items du questionnaire car ils n'en percevaient pas complètement le sens. Le questionnaire comprenait des renseignements généraux relatifs aux patients tels que son nom, prénom, adresse etc... mais également des renseignements sur l'état de santé générale et les traitements médicaux en cours. Il était également demandé de préciser la date de la dernière visite chez un dentiste, d'évaluer la douleur actuelle ainsi que celle perçue les dernières 24h précédant son passage aux urgences sur une échelle numérique simple de 0 à 10 ainsi que l'anxiété vis à vis de la consultation.

Etape 5 : Après la réalisation des soins, un questionnaire de satisfaction a été proposé au patient. Son remplissage durait environ 3 minutes. Ce questionnaire était constitué de deux parties. Dans la première le patient était interrogé sur la prise en charge médicale mais également sur la politesse du personnel soignant et non soignant. Il devait également noter la propreté et l'aménagement des locaux de soins, ainsi que le temps d'attente sur une échelle de 0 à 10. La seconde partie du questionnaire était constituée d'une série de 4 questions où le choix de réponse était binaire (oui ou non). Les questions posées avaient trait à la satisfaction des patients et enfin, il était demandé de proposer des pistes d'amélioration du service

Etapes 6, 7 et 8 : chaque rappel téléphonique durait environ 3 minutes. Il avait été demandé lors de la première étape de nous fournir les créneaux horaires les plus favorables pour le rappel.

Lors des interviews téléphoniques de rappel, les questions posées aux patients portaient donc sur :

- Le score de douleur (**EN**) – noté de 0 à 10. Les scores de 0 à 4 sont qualifiés de légers, 5 à 7 de modérés, et 8 à 10 de sévères.
- Le score d'anxiété – notés de 0 à 10. Comme pour la douleur, les scores de 0 à 4 sont qualifiés de légers, 5 à 7 de modérés, et 8 à 10 de sévères
- Le score d'état de santé générale, est également noté de 0 à 10. Les scores de 8 à 10 sont qualifiés comme bons, 5 à 7 comme moyens et 0 à 4 comme mauvais.
- La nécessité à consulter à nouveau et la raison de cette consultation

De surcroît, trois items étaient destinés à évaluer si le patient avait suivi les consignes données. Il lui était demandé à J1, J3 et J7 s'il avait :

- Suivi les instructions reçues
- Pris les médicaments prescrits
- Pris un rendez-vous chez un praticien de ville pour la suite des soins

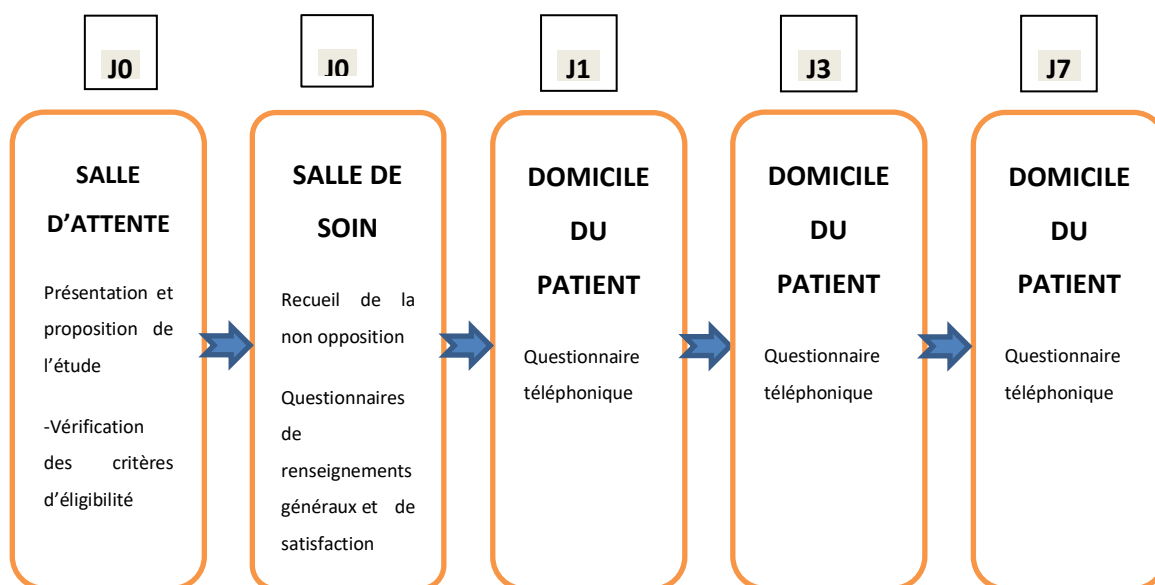


Figure 1. chronogramme et design de l'étude.

4.6 Description des méthodes statistiques

Une analyse descriptive des caractéristiques de l'échantillon a été effectuée âge, sexe, motif de consultation, diagnostic, essai de prise de rendez-vous préalable, valeur moyenne des scores d'anxiété et de douleur à J0, J1, J3 J7 , compliance avec les instructions et prise de rendez-vous de suivi, note de satisfaction, appréciation de la qualité de la prise en charge médicale, politesse du personnel, temps d'attente, appréciation de la qualité du cadre de soins, de l'information reçue, du traitement reçu, et de la recommandation du service à des tiers sera effectuée.

4.7 Aspect réglementaires

Afin de pouvoir réaliser notre étude, nous avons dû obtenir certaines autorisations.

A) CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Nous avons adressé une première demande à la CNIL, en précisant les caractéristiques de notre étude, à savoir une étude observationnelle (donc non interventionnelle). Nous avons également précisé la nature de nos données (identification) ainsi que leur mode de collection (directement auprès de la personne concernée) et leur durée de conservation (1an).

Nous avons obtenu l'autorisation le 09 février 2018 (Numéro d'enregistrement : 2150870).

B) CPP (Comité de Protection des Personnes)

L'introduction de la Loi Jardé en 2016 modifiant la loi relative aux recherches impliquant la personne humaine impose la consultation d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) pour tout type d'étude humaine, interventionnelle ou non interventionnelle.

Nous avons donc déposé le protocole de l'étude auprès de l'Unité de Recherche Clinique (URC) de la Pitié Salpêtrière avant de le soumettre au CPP. L'URC a transmis le dossier aux CPP de Dijon, qui avait été attribué au préalable par tirage au sort.

Enfin, le comité CPP de Dijon a émis un avis favorable le 13/12/2018.

5. Résultats

5.1 Chart Flow

Causes de non inclusion à J0

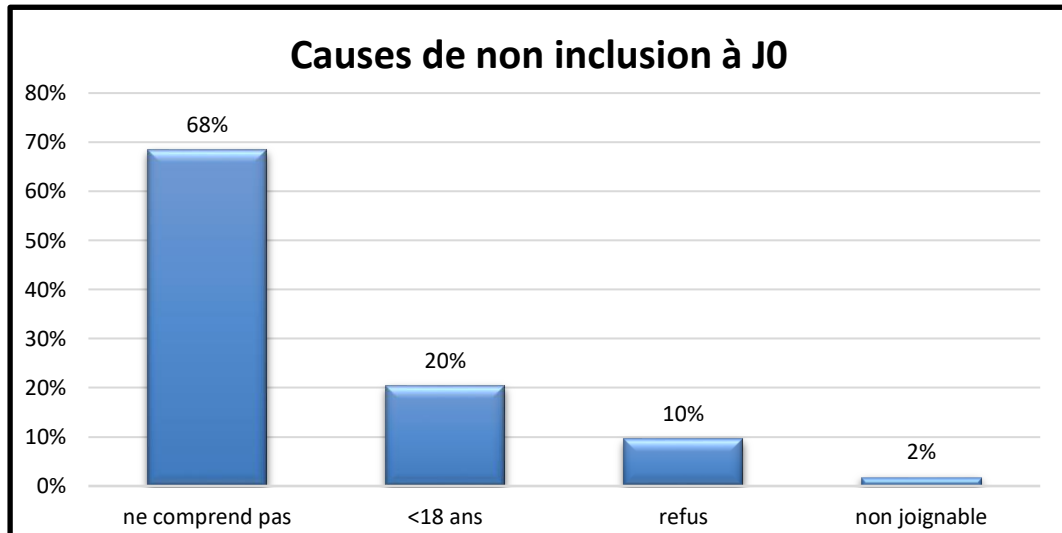


Figure 2 : causes de non inclusion.

Au total 814 patients ont été sollicités, 231 ont été exclus.

La principale cause de non inclusion était la non compréhension de nos questions (2/3 des patients non inclus), suivi de l'âge (18% de mineurs). 10% des patients n'ont pas désiré répondre aux questions et 2% se sont déclarés non joignables par téléphone. 583 patients ont donc été inclus dans l'échantillon final.

Perdus de vue et rappels téléphoniques

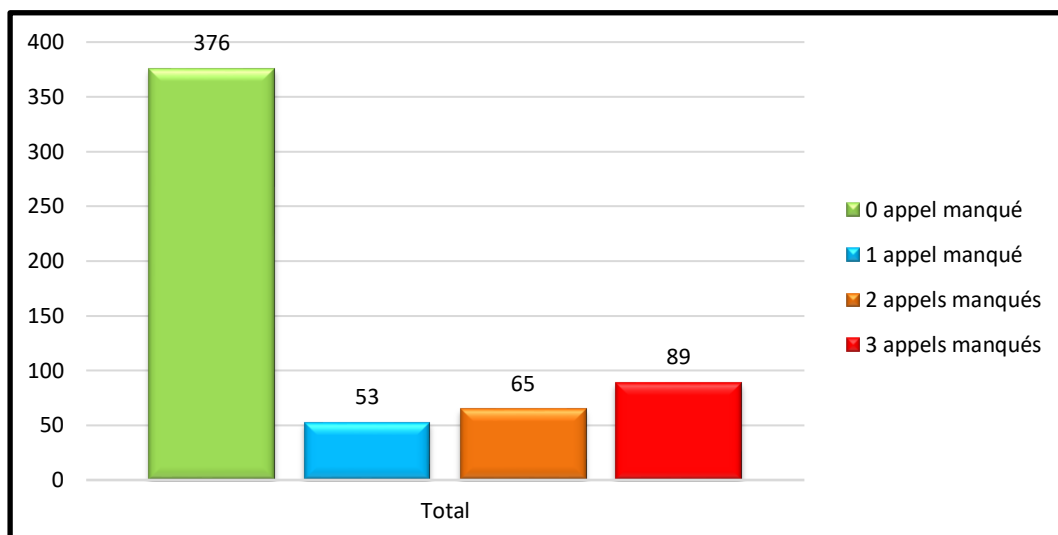


Figure 3 : Réponse aux appels téléphoniques à J1, J3 et J7.

376 patients sur 583 (65%) ont répondu à l'ensemble des appels (figure 3). Les patients non joignables aux 3 appels ont été considérés comme perdus de vue. Ils constituaient environ 15% de l'échantillon.

Les patients ayant manqué 1 ou 2 appels étaient chacun environ une cinquantaine soit en tout 20% de l'échantillon.

Au final, sur les 814 patients sollicités : 583 (70%) ont été inclus dans l'étude et 376 (45%) patients ont rempli l'ensemble des questionnaires le jour de la consultation et lors des suivis téléphoniques à J1, J3 et J7.

5.2 Données socio-démographiques

Le questionnaire socio-démographique (annexe 1) a été rempli en salle d'attente.

Les résultats descriptifs de l'échantillon sont les suivants :

Sexe

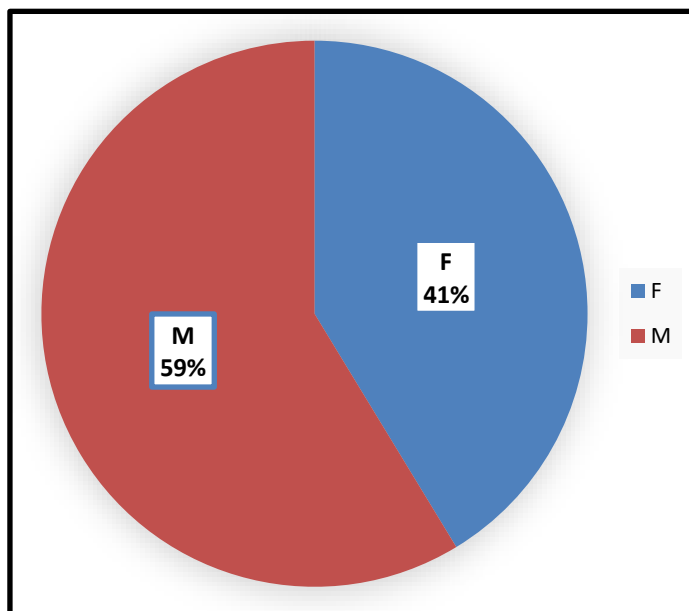


Figure 4 : répartition du nombre d'hommes et de femmes dans l'échantillon.

L'échantillon comportait un peu plus d'hommes (59%) que de femmes (41%).

Âge

L'échantillon était majoritairement constitué de patients jeunes. La moyenne d'âge était de 40 ans \pm 16 ans.

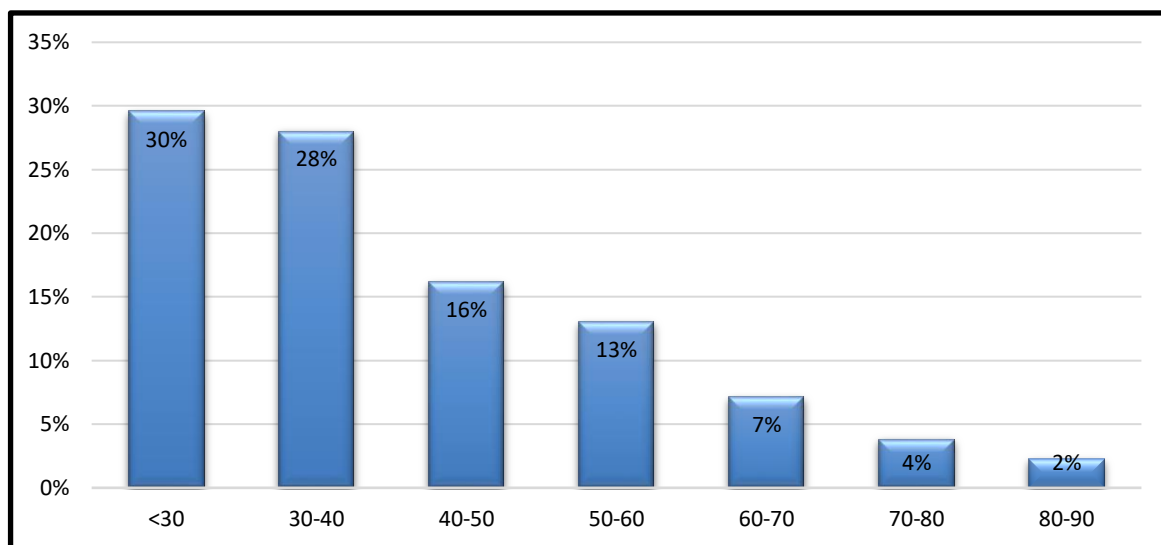


Figure 5 : répartition de l'échantillon selon l'âge des patients.

La répartition des patients par tranche d'âge (10ans) est illustrée par la figure 5.

58% des sujets avaient moins de 40 ans (et 30% de moins de 30 ans). 13% seulement avaient plus de 60 ans et les classes 40-50 et 50-60 ans représentaient respectivement 16% et 13% des patients.

Couverture sociale

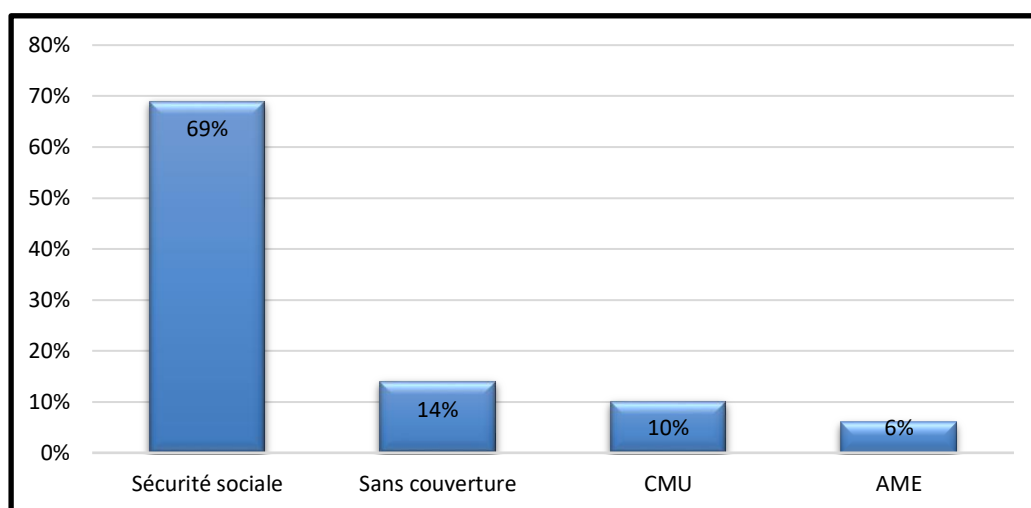


Figure 6 : répartition de la couverture sociale des patients au sein de l'échantillon.

La répartition des patients au sein de l'échantillon selon la couverture sociale est illustrée par la figure 6.

Environ cinq patients sur six (86%) avaient une couverture sociale, dont 69% la sécurité sociale, 10% la CMU (Couverture Maladie Universelle), 6% l'AME (Aide Médical d'État).

Cependant, 14% des patients n'avaient aucune couverture sociale.

Profil médical

Les informations relatives à la typologie médicale des patients se présentant au SAU sont doublement importantes, d'une part pour l'appréciation des résultats d'un point de vue santé publique et d'autre part pour leur prise en charge médicale.

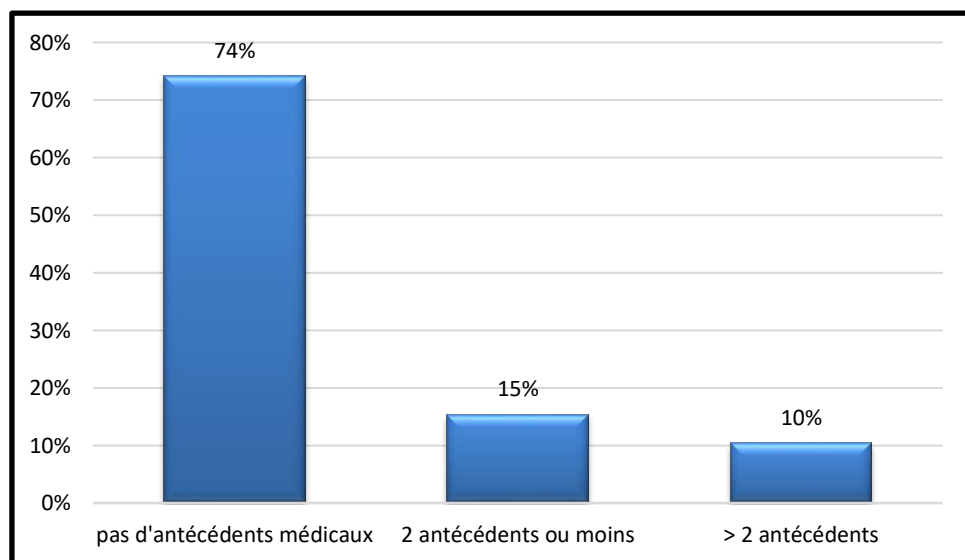


Figure 7 : répartition du nombre d'antécédents médicaux au sein de l'échantillon.

La majorité des consultants (74%) déclaraient ne pas avoir de problème médicaux et 10% en déclaraient plus de 2.

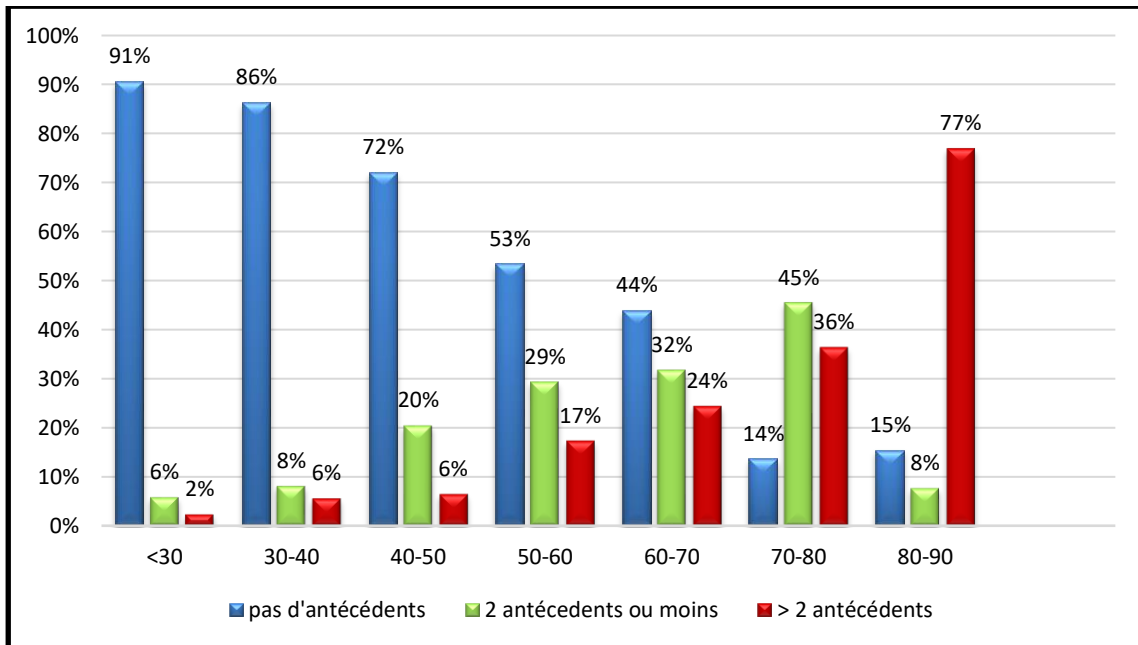


Figure 8 : Antécédents médicaux en fonction de l'âge des patients.

La figure 8 indique les catégories d'âge des patients en apportant des précisions sur le nombre d'antécédents médicaux de l'échantillon. Globalement, le nombre d'antécédents médicaux augmente avec l'âge ; 77% des plus de 80 ans déclarent plus de 2 pathologies contre 6% des moins de 30 ans.

Suivi dentaire

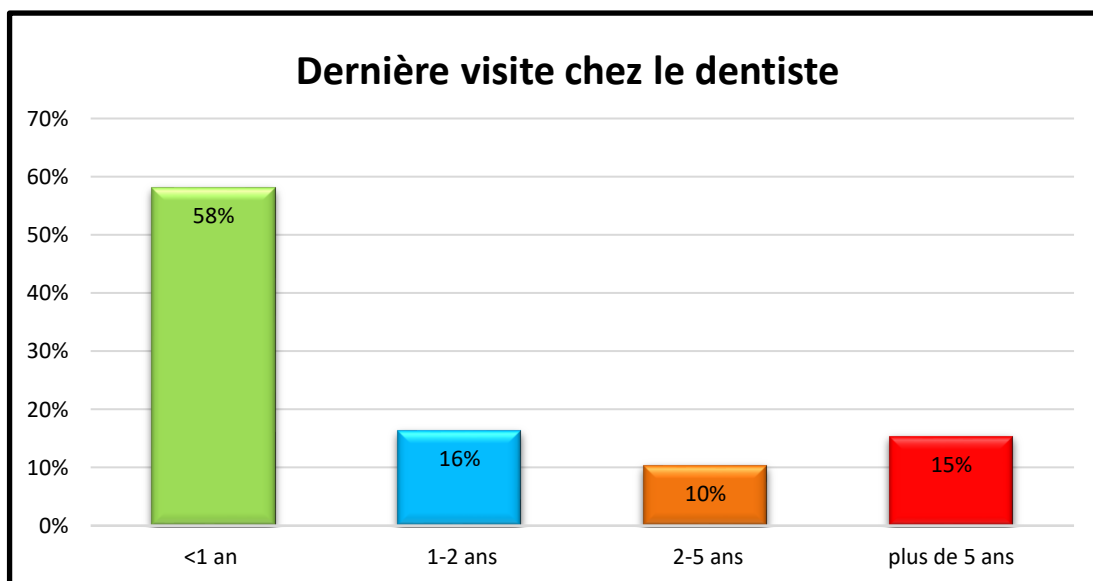


Figure 9 : répartition du suivi dentaire de l'échantillon. La date de dernière visite est indiquée selon différentes tranches temporelles.

La majorité des patients (58%) semble bien suivie puisque la dernière visite chez le chirurgien-dentiste remonte à moins d'1 an (figure 9). Par contre au moins un quart de la population n'est pas suivie régulièrement par un chirurgien-dentiste avec une dernière visite datant de plus de 2 ans, dont 15 % datant de plus de 5 ans.

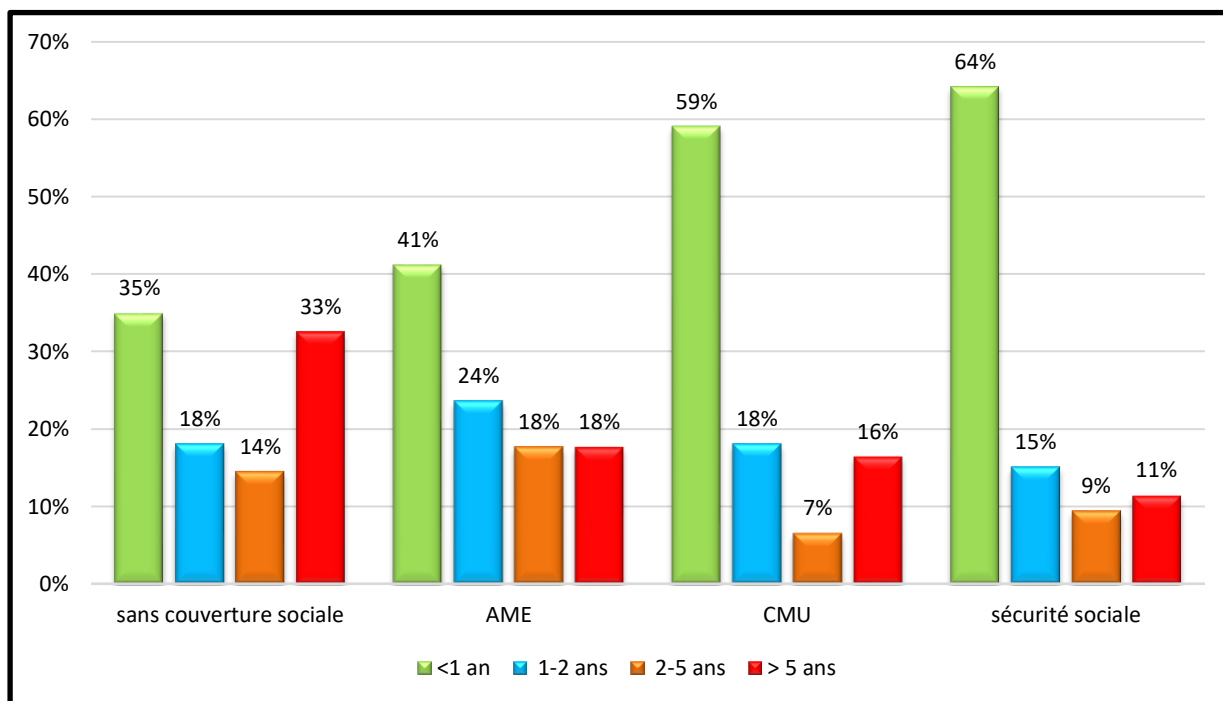


Figure 10 : répartition de la date du dernier rendez-vous selon la couverture sociale.

La figure 10 illustre la répartition de la régularité de suivi dentaire des patients selon la couverture sociale : globalement, le suivi dentaire augmente avec le degré de couverture sociale. Les patients bénéficiant d'un suivi dentaire de moins d'un an étaient en effet 35% sans couverture sociale, 41% avec AME et environ 60% chez les patients avec CMU et Sécurité sociale.

Inversement, la diminution de la protection sociale tend à espacer les visites de suivi : 33% des patients sans couverture sociale, 18% avec AME, 16% avec CMU et 11% avec la sécurité sociale bénéficient d'un suivi dentaire de plus de 5 ans.

La régularité du suivi dentaire des patients dépend donc de leur couverture sociale.

Mode de recrutement des patients

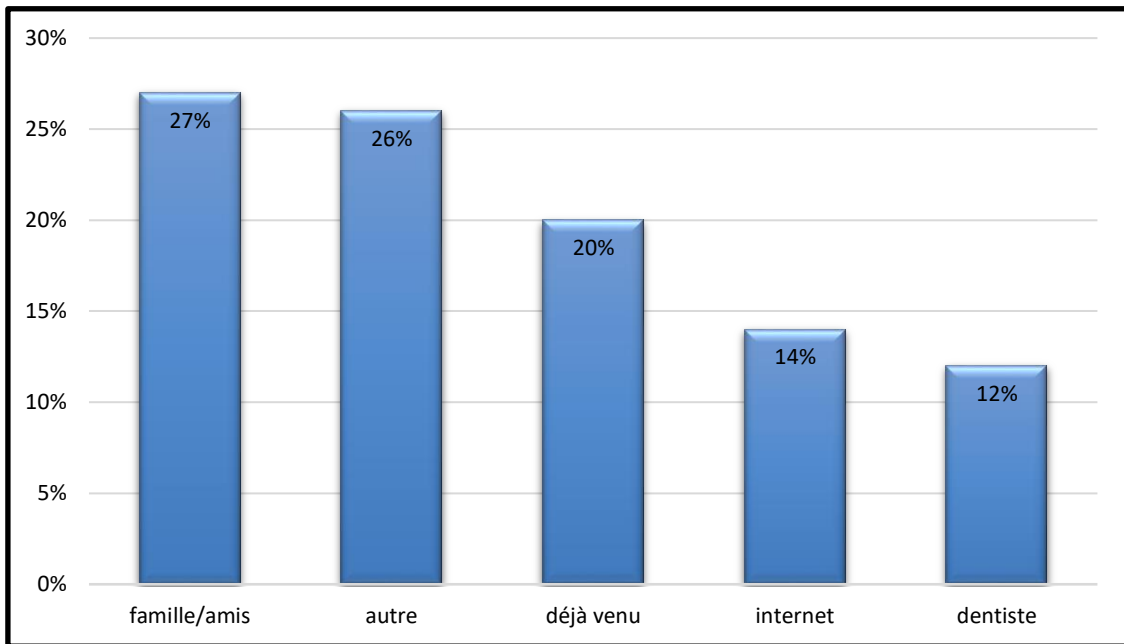


Figure 11 : répartition du mode de recrutement des patients.

La figure 11 illustre la répartition de l'échantillon selon le mode de recrutement. La question posée était : « Comment avez-vous connu le service d'urgence dentaire du GHPS ? ».

Les patients venant consulter au SAU ont principalement pris connaissance de l'existence de ce service grâce à leurs proches (27%) ; contre 14% par internet et 12% par leur dentiste. 20% sont déjà venus et 26% ont connu le SAU par d'autres moyens.

Prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

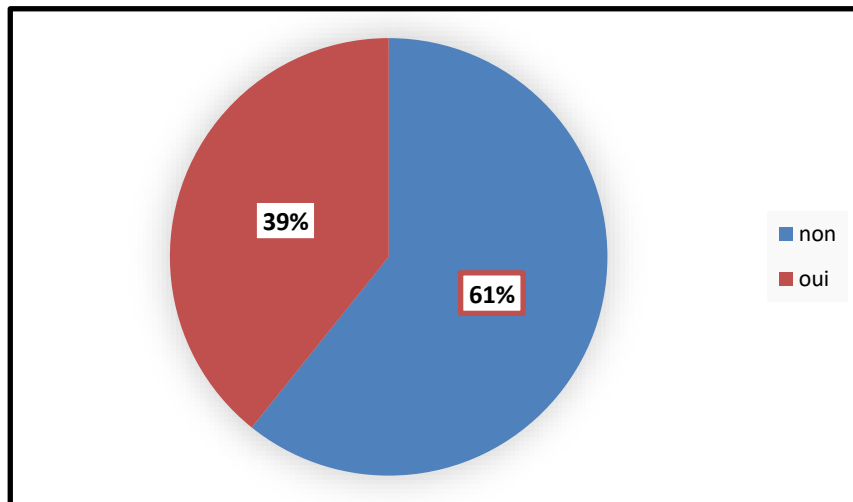


Figure 12 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

La figure 12 permet d'apprécier la part des patients ayant tenté d'avoir un rendez-vous avec leur chirurgien-dentiste en ville avant de se présenter au service d'urgence.

La majorité des patients (61%) ont décidé de venir directement aux urgences et 39% ont essayé de prendre rendez-vous en ville avant.

La figure 13 donne des précisions concernant le parcours des patients ayant essayé de prendre un rendez-vous avant de consulter au SAU.

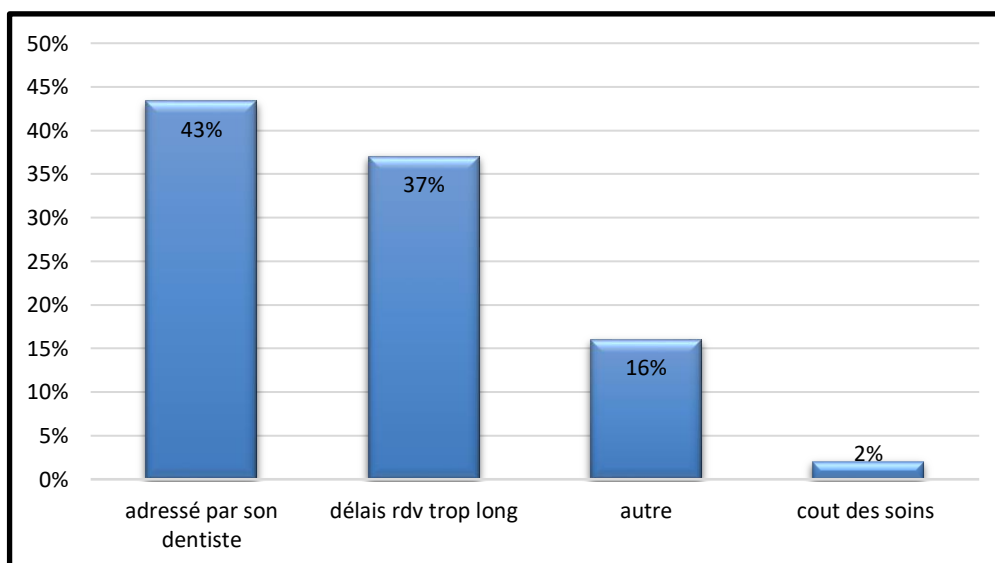


Figure 13 : raisons de recours aux urgences du SAU plutôt que chez leur dentiste, évoquées par les patients.

La majorité des patients sont venus aux urgences adressés par leur dentiste (43%) ou parce que les délais de rendez-vous (37%) chez leur praticien était trop long. 2% ont refusé d'être suivis par un dentiste de ville car le coût des soins leur semblait trop élevé. 16% invoquaient d'autres raisons.

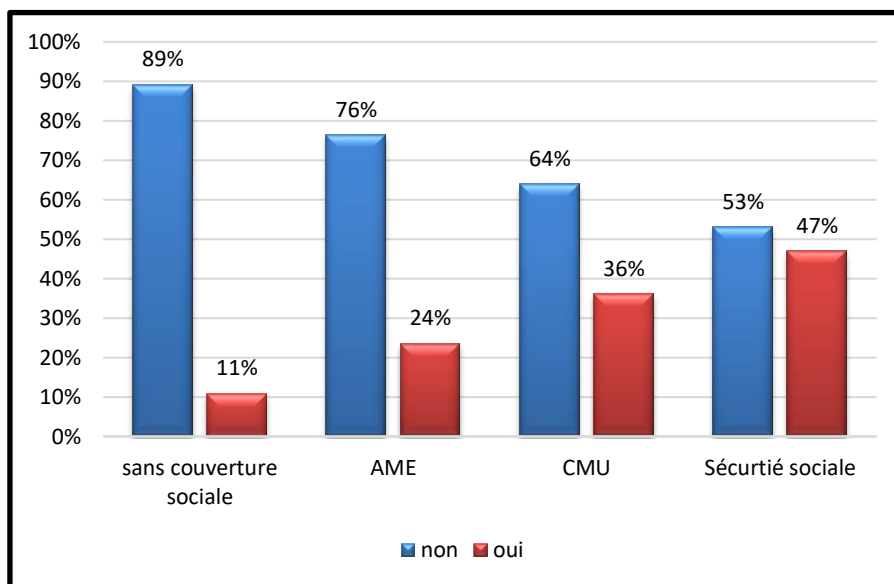


Figure 14 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU et couverture sociale.

La figure 14 donne des précisions socio-économiques quant à la répartition des patients ayant essayé de prendre un rendez-vous chez leur chirurgien-dentiste. Globalement la part de patients n'ayant pas tenté de consulter avant de se présenter au SAU est toujours supérieure, quel que soit le degré de couverture sociale. Cependant, cette proportion suit une diminution presque linéaire selon le degré de couverture sociale. En moyenne 61% des patients sont venus directement consulter au SAU.

La majorité partie des patients sans couverture sociale ou avec AME sont venus directement aux urgences : respectivement 89% soit 30% de plus que la moyenne et 76% soit 15% de plus.

Les patients venus directement avec la CMU représentent environ 60% de l'échantillon ; les patients avec la sécurité sociale et venus directement se situent environ 10 points en-dessous (53%).

B) Renseignements médico-dentaires

Les motifs de consultation évoqués par les patients

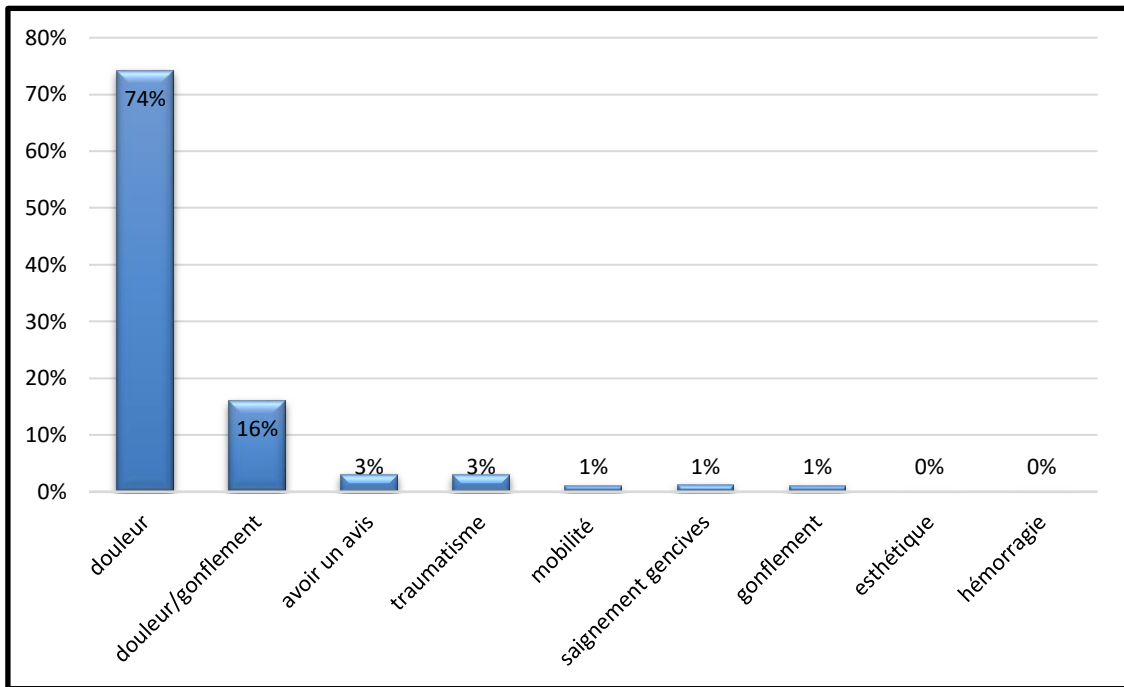


Figure 15 : répartition du motif de consultation évoqué par les patients.

Le motif de consultation le plus fréquent est la douleur (90%) dont 74% de douleur uniquement et 16% de douleur associée à un gonflement (figure 15).

Les autres motifs de consultation (avoir un avis, traumatisme...) ne représentent chacun qu'une très faible proportion des motifs de consultation (<3%).

Diagnostic cliniques

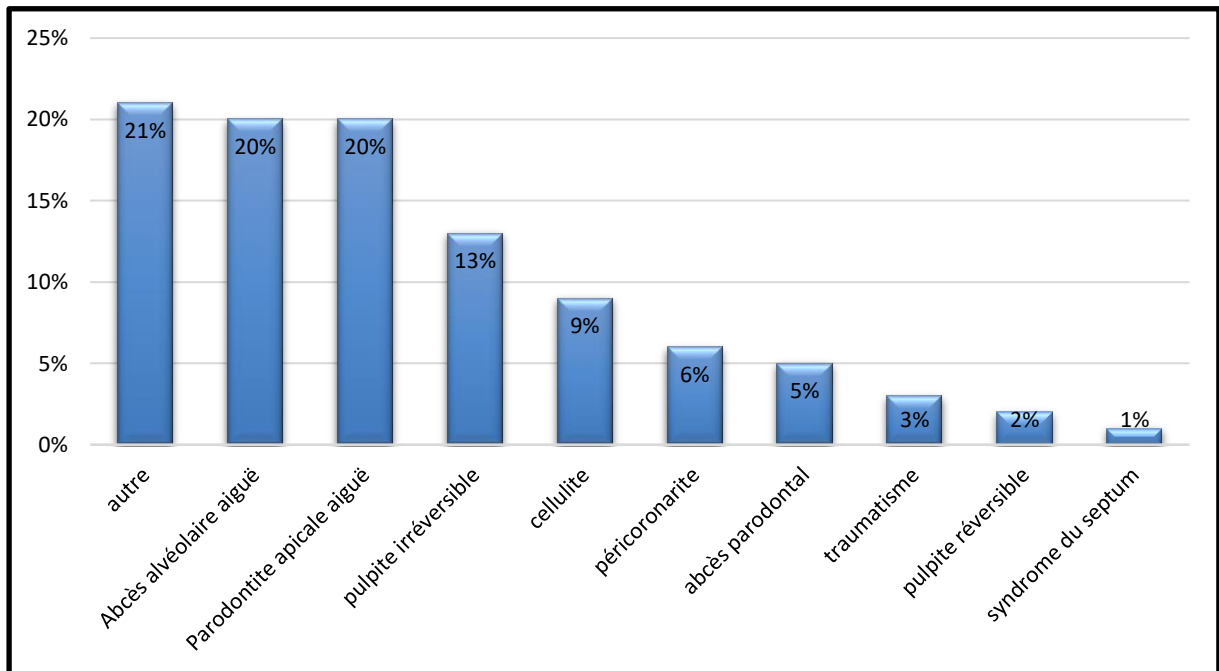


Figure 16 : répartition des différents diagnostics dans l'échantillon.

Les trois diagnostics les plus fréquents (figure 16) sont : AAA (Abcès alvéolaire aigu) PAA (Parodontite apicale aiguë) représentant environ 20% chacun et pulpite irréversible (13%). Viennent ensuite la cellulite (9%), la péricoronarite (6%), les traumatismes, la pulpite réversible (2%) et le syndrome du septum (1%). La dernière catégorie est un ensemble hétéroclite rassemblant les fausses urgences, pathologies de la muqueuse buccale, pathologies salivaires, erreurs d'orientation du patient, demandes d'avis.

Score d'anxiété

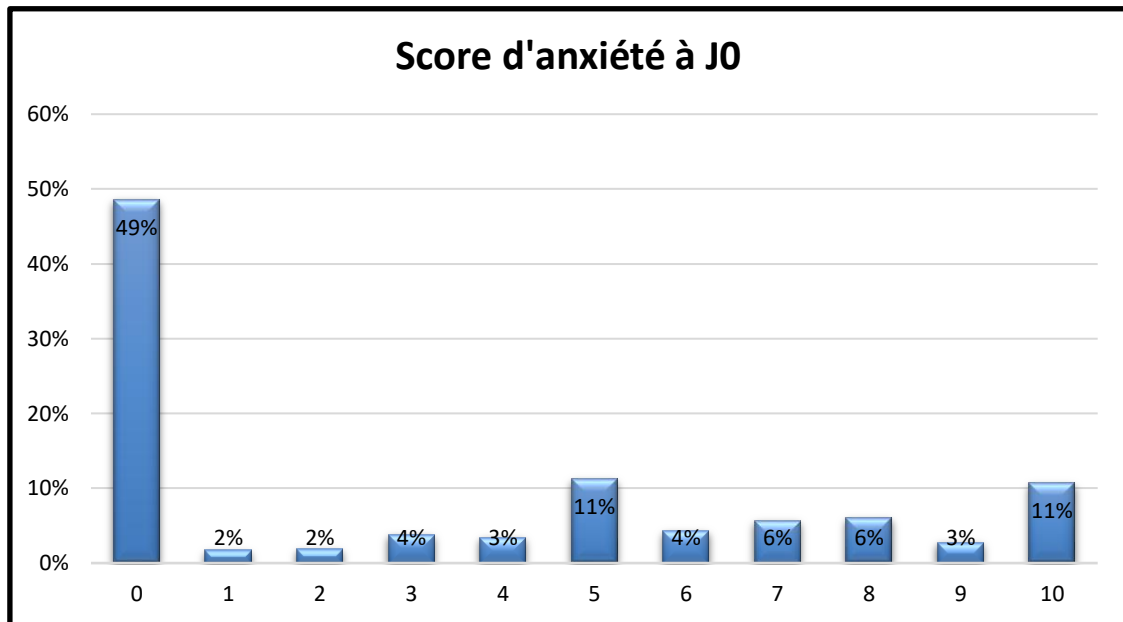


Figure 17 : répartition des scores de l'anxiété à J0 (abscisse : les différents scores d'anxiété de 0 à 10 ; ordonnée : les pourcentages relatifs dans l'échantillon).

La figure 17 illustre les scores d'anxiété des patients de l'échantillon.

- Les scores faibles (0-4) représentent 59% de l'échantillon
- Les scores modérés (5-7) représentent 21% de l'échantillon
- Les scores sévères (8-10) représentent 20% de l'échantillon

La majorité des patients ont un score faible d'anxiété à J0 (59%) dont 49% ont un score de 0. Cependant, 20% des patients souffrent d'une anxiété sévère avec 11% d'anxiété maximale.

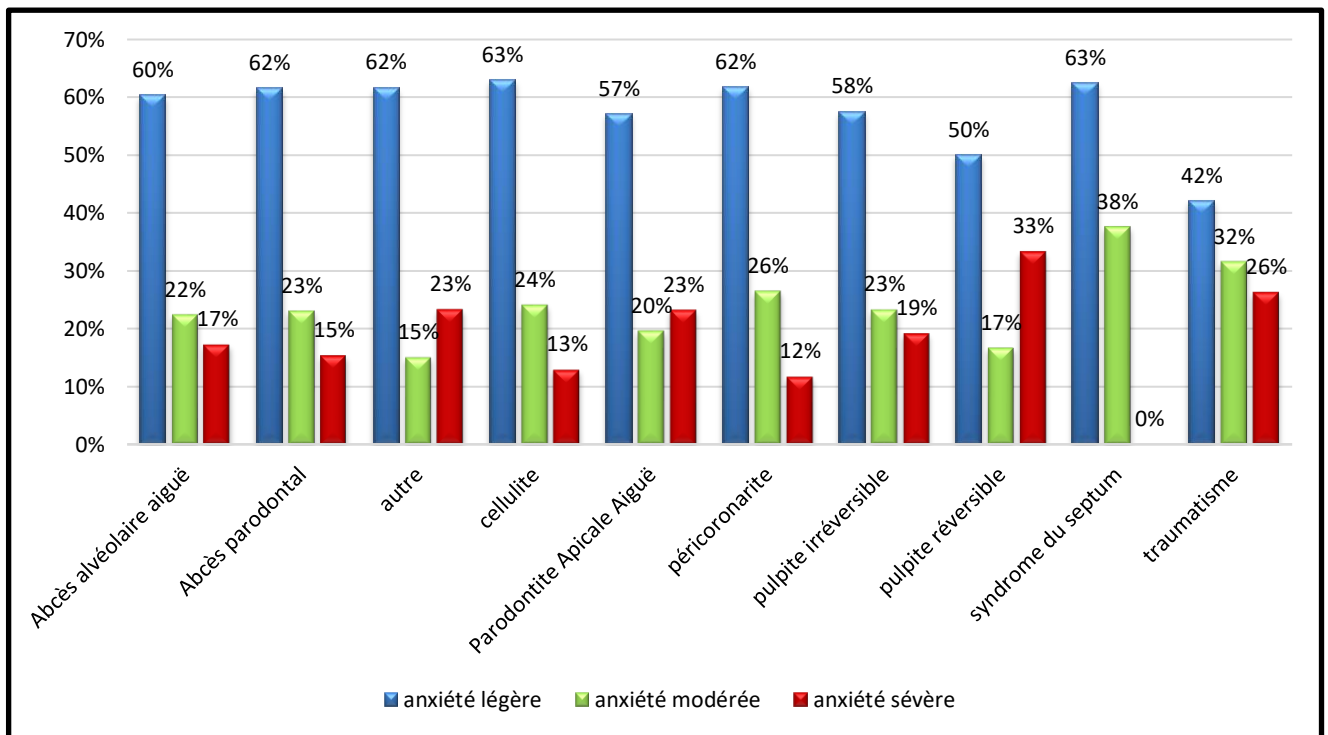


Figure 18 : répartition des degrés d'anxiété par diagnostic.

Légende : Anxiété légère (bleu) = score 0-4 ; anxiété modérée (vert) = score 5-7 ; anxiété (rouge) score 8-10.

La plupart des diagnostics s'accompagnent d'une d'anxiété légère chez environ 60% des patients, modérée chez 20% et sévère dans 20% des cas (figure 18). Les diagnostics qui diffèrent de ce schéma général sont :

- la pulpite réversible, qui paradoxalement, eu égard à son faible niveau de gravité s'accompagne de score d'anxiété plus élevés sévère dans 33% des cas ;
- les traumatismes, qui s'accompagnent d'un faible niveau d'anxiété (42% de scores faibles et 32% modérés). Enfin, Les taux d'anxiété sévère les plus bas (13% et 12%) sont observés pour les diagnostics de cellulite et péricoronarite.

Il est intéressant de constater que le taux d'anxiété n'est pas corrélé au degré de gravité des différentes pathologies.

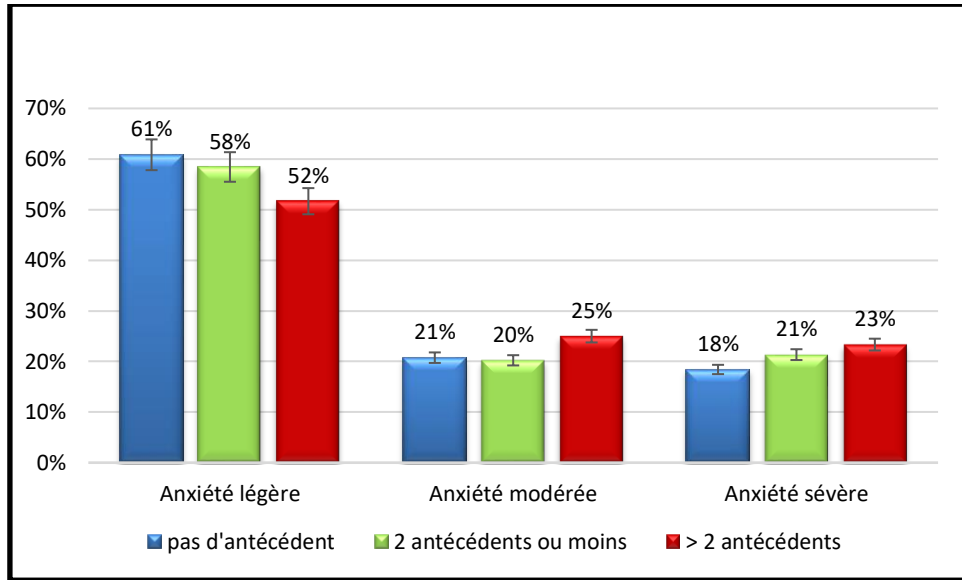


Figure 19 : répartition du degré d'anxiété selon les antécédents médicaux.

La figure 19 illustre présente la répartition du degré d'anxiété selon les antécédents médicaux. On observe une répartition équilibrée des patients quels que soient les antécédents médicaux. Il n'y a donc pas de corrélation mise en évidence entre le nombre d'antécédents médicaux et le degré d'anxiété des patients.

Score de la douleur les dernières 24h

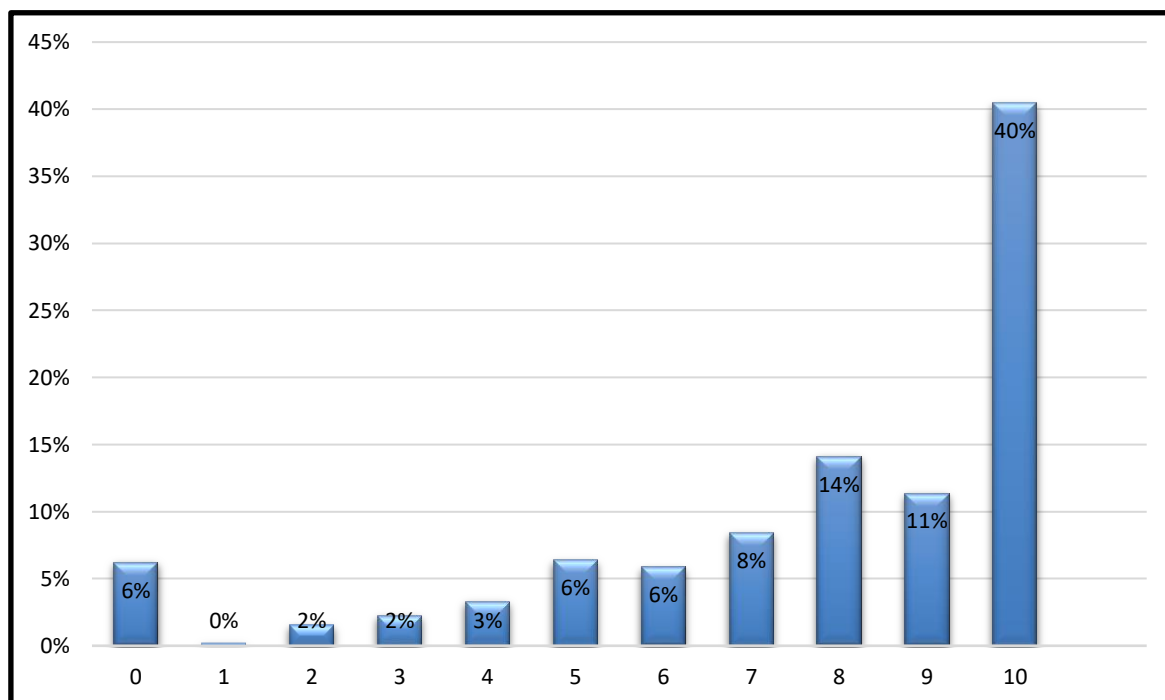


Figure 20 : score de douleur au cours des dernières 24h.

La répartition des scores de douleur est illustrée par la figure 20.

- Les scores faibles (0-4) représentent 13% de la population avec 6% au score de 0 ;
- Les scores modérés (5-7) représentent 20% de la population répartis équitablement près de 7% par score ;
- Les scores élevés (8-10) représentent 65% de la population avec 40% de score maximal.

La grande majorité de la population (93%) déclare donc une douleur modérée à sévère au cours des dernières 24h, ce qui confirme les résultats figure 15 illustrant que la douleur représente 90% des motifs de consultation.

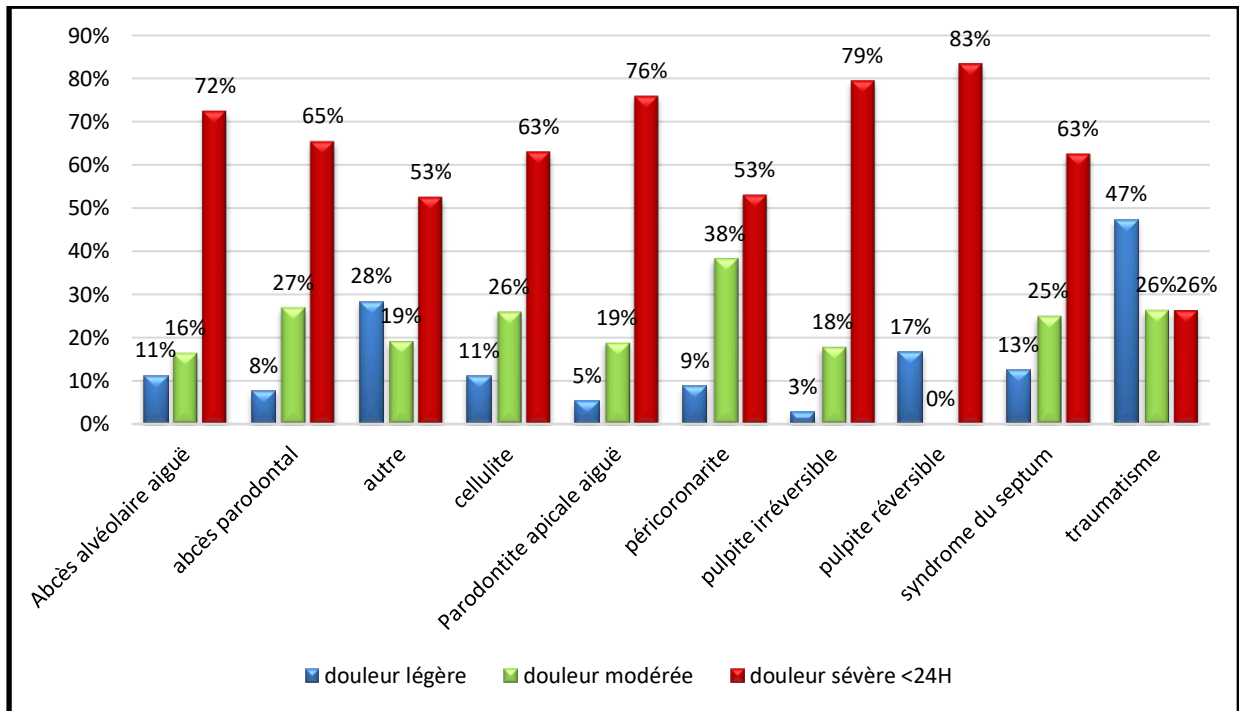


Figure 21 : répartition de l'intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures en fonction du diagnostic.

Les douleurs sévères étaient particulièrement rapportées pour 4 diagnostics : AAA, PAA, pulpite irréversible et pulpite réversible.

Les douleurs légères sont particulièrement peu représentées dans les pulpites irréversibles (3%) et PAA (5%) ;

Le diagnostic de traumatisme présente le taux le plus élevé de douleurs légères (47%). Ceci est explicable car la plupart des patients vont aux urgences le jour du traumatisme dentaire ; ils ne présentaient donc pas de douleur la veille.

Score de la douleur à J0

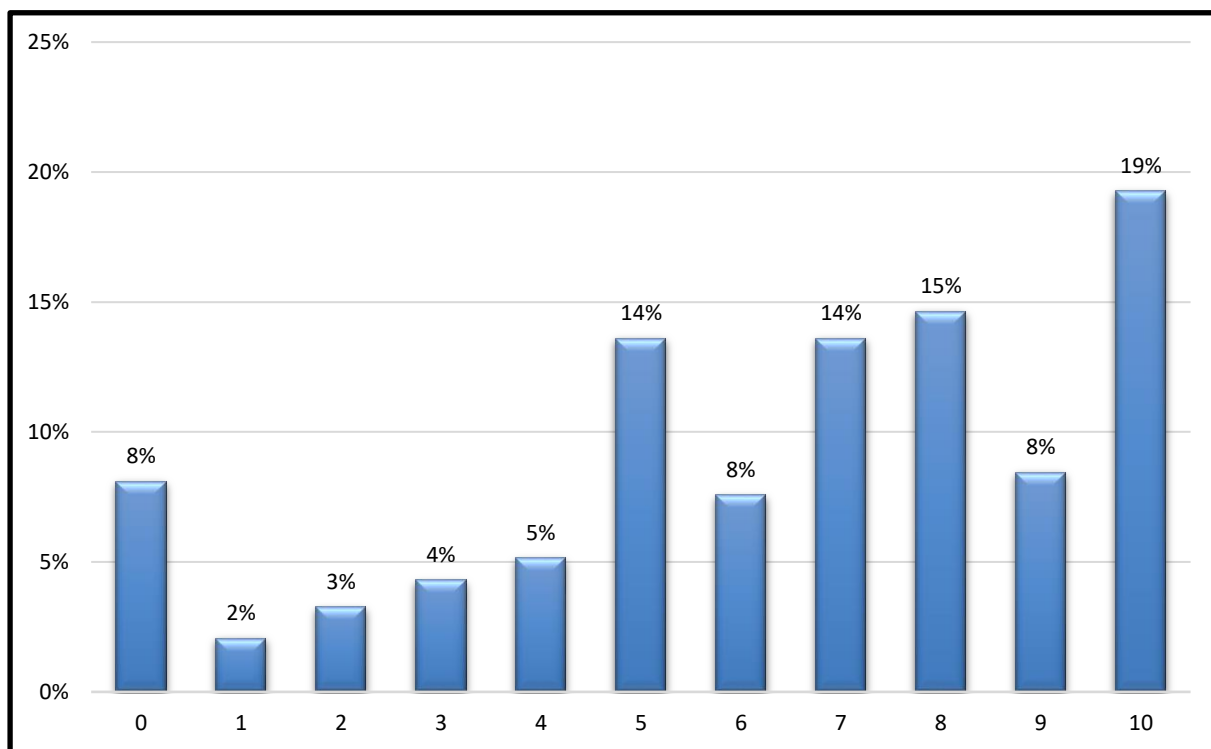


Figure 22 : répartition des scores de douleur à J0.

La figure 22 indique que :

Les scores faibles (0-4) représentent 22% de l'échantillon dont 8% de score à 0 ; Les scores modérés (5-7) représentent 36% de l'échantillon et les scores élevés (8-10), 42% de l'échantillon.

Les scores modérés et élevés sont les plus représentés (78%) avec 19% de score maximal ; les résultats sont en cohérence avec le premier motif de consultation : la douleur.

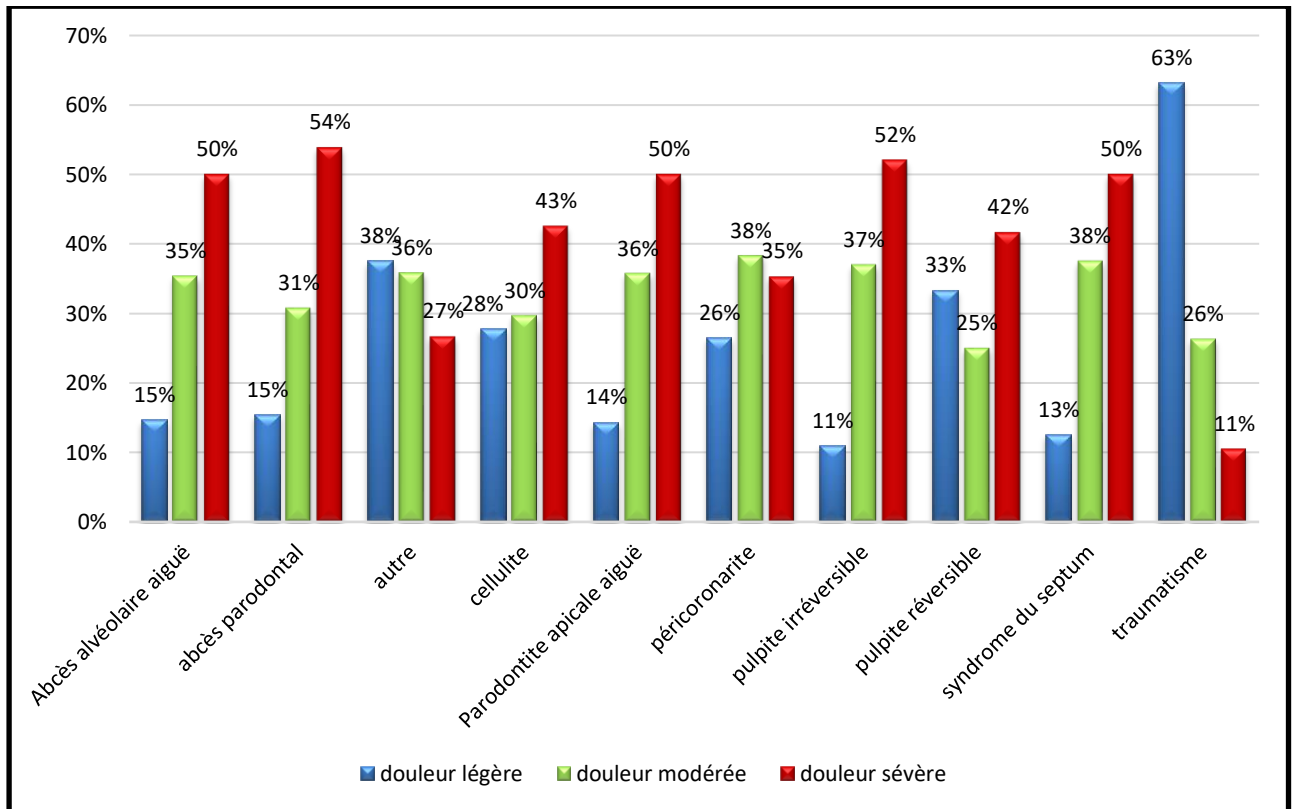


Figure 23 : douleur à J0 et diagnostic.

La figure 23 illustre la relation entre douleur actuelle et diagnostic.

- Mis à part les patients souffrant de traumatisme ou « autre », la part de douleurs sévères est majoritaire et supérieure à 40%. Les douleurs sévères sont plus représentées dans les diagnostics de pulpite irréversible (52%), abcès parodontal (54%), abcès alvéolaire aiguë (50%) et syndrome du septum (50%).
- Les douleurs modérées sont réparties aux alentours de 30% de manière équilibrée selon les diagnostics.
- Les douleurs légères se situent pour la moitié des diagnostics autour de 15%. Elles représentent près d'un quart des douleurs pour les cellulites et péricoronarites, un tiers pour la pulpite réversible, 38% pour « autre », et 63% pour les traumatismes.

Les diagnostics de péricoronarite, pulpite réversible, « autre » et cellulite ont une répartition équilibrée des différents degrés de douleur (environ 30% chacun) avec :

- Une prédominance de patients présentant des douleurs sévères pour les cellulites (43%) et pulpites réversibles (42%) ;
- une prédominance des patients présentant des douleurs modérées (38%) pour les péricoronarites ;
- une prédominance des douleurs légères (38%) pour « autre » ;

Les diagnostics de traumatisme sont majoritairement représentés par les patients ayant des douleurs légères (63%), avec seulement 11% de douleurs sévères.

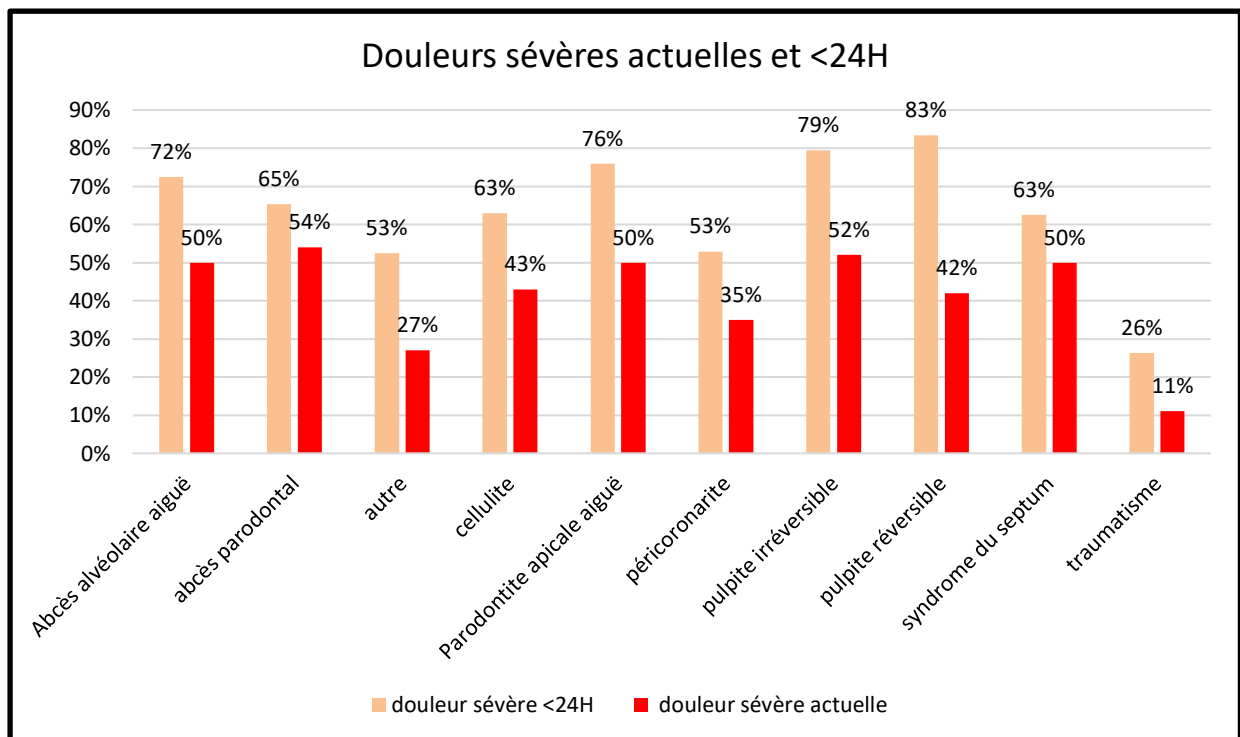


Figure 24 : douleurs sévères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 24 révèle que le taux de douleurs sévères <24H est toujours supérieur au taux de douleurs sévères le jour de la consultation.

La différence entre les scores varie de 11% pour les abcès parodontaux à 40% pour la pulpite réversible.

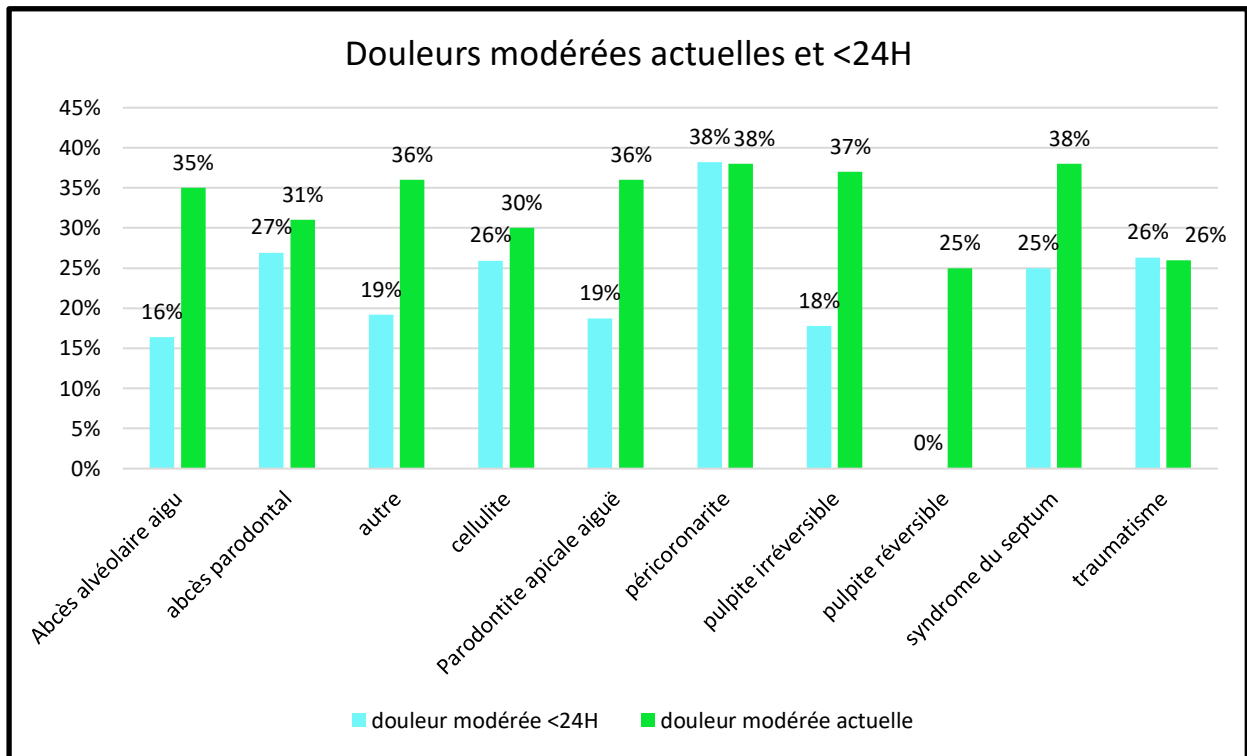


Figure 25 : douleurs modérées actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 25 révèle que les proportions de douleurs modérées <24H globalement inférieures aux proportions de douleurs modérées le jour de la consultation.

La différence entre les scores varie de 0% pour les péricoronarites et traumatismes à environ 20% pour les pulpites réversibles et irréversibles, l'abcès alvéolaire aigu et la parodontite apicale aiguë.

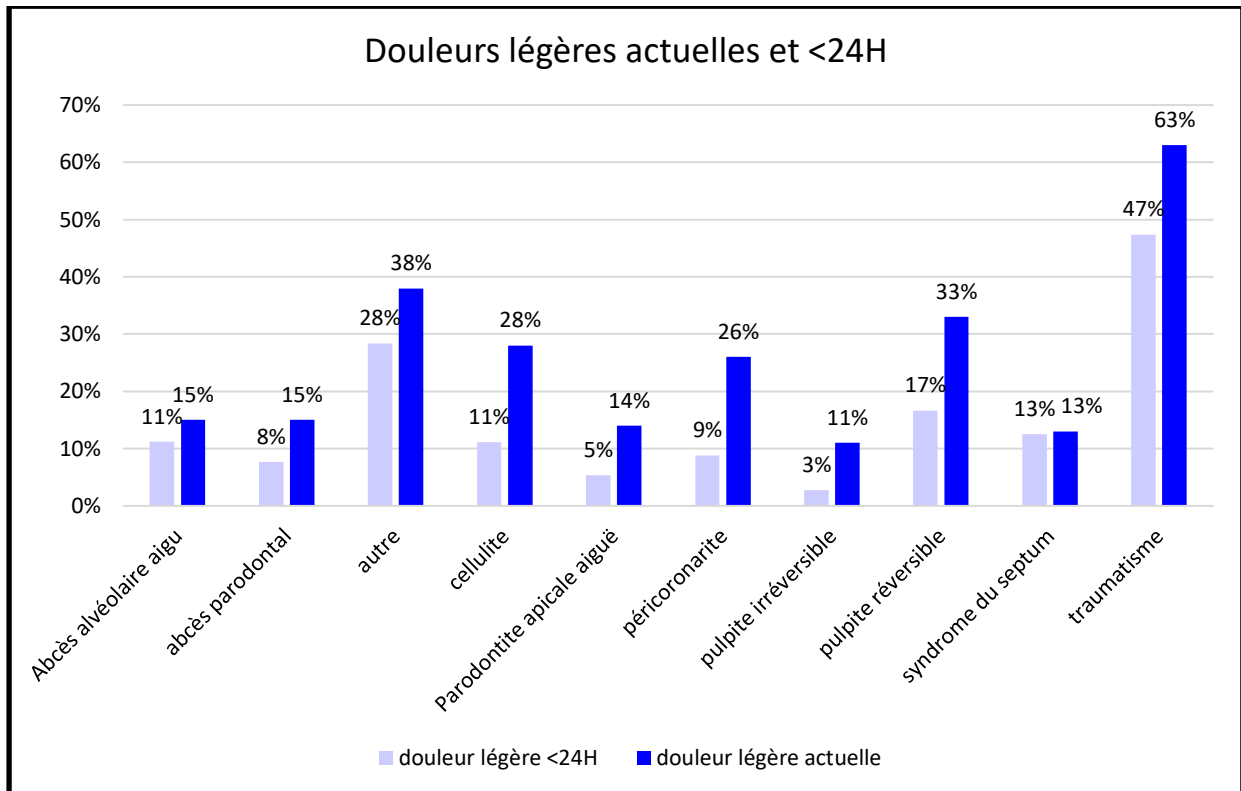


Figure 26 : douleurs légères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 26 révèle que les proportions de douleurs légères <24H sont toujours inférieures aux proportions de douleurs légères le jour de la consultation.

La différence entre les scores varie de moins de 1% pour les syndromes du septum à 27% pour les cellulites. Les écarts de scores se situent pour la plupart aux alentours des 15%.

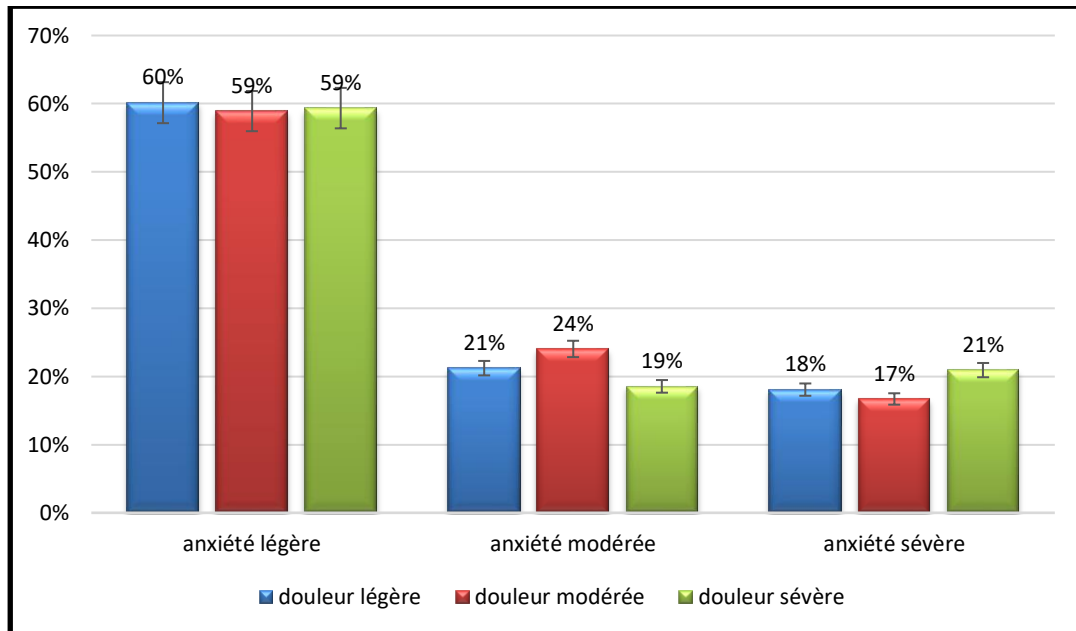


Figure 27 : répartition du degré d'anxiété selon le degré de douleur à J0.

Douleur et anxiété ont été notées de 0 à 10 et décomposées en 3 plages : Légère de 0 à 4, Modérée 5 à 7, Sévère de 8 à 10.

La figure 27 présente la relation entre douleur et anxiété. Le degré de douleur est réparti équitablement selon les différents degrés d'anxiété.

Il n'y a donc pas de corrélation entre degré de douleur et degré d'anxiété.

Traitements

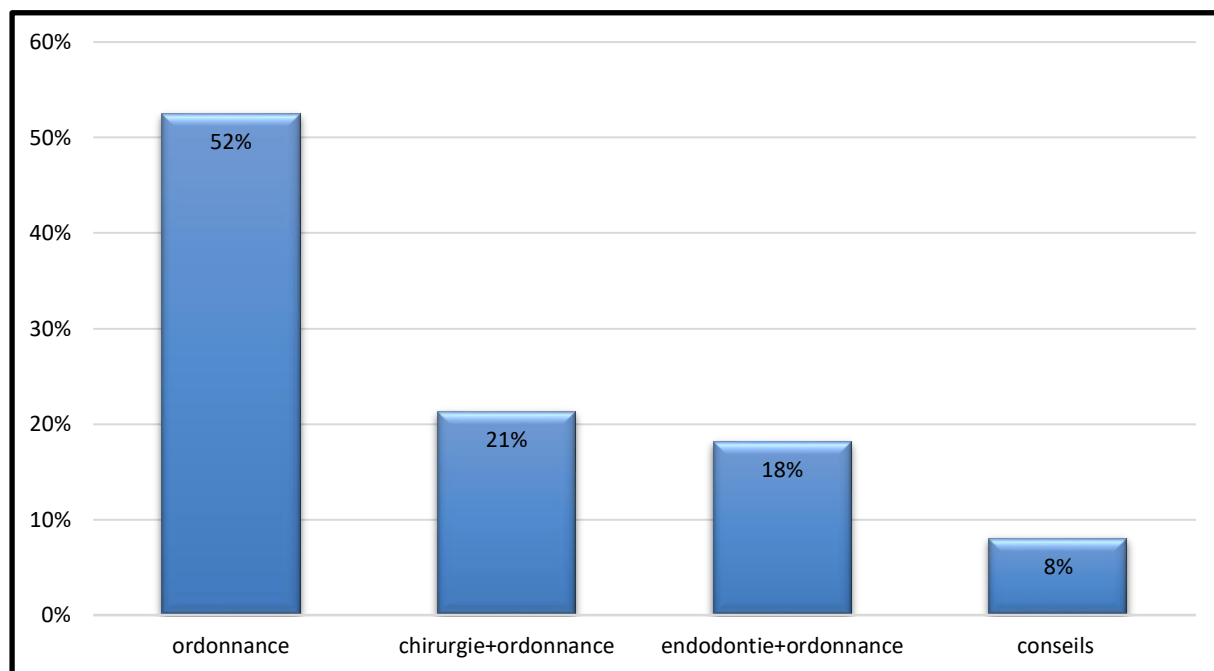


Figure 28 : répartition des traitements réalisés à J0 au sein de l'échantillon.

La figure 28 illustre la répartition de l'échantillon selon les traitements proposés par le soignant.

En majorité, la prise en charge résulte en la réalisation d'une prescription médicale seule (52%) tandis que 8% des patients n'ont eu que des conseils d'hygiène sans soin ou ordonnance.

Environ 40% des patients ont bénéficié d'un acte : chirurgical (21%) ou endodontique (18%).

Temps passé au sein du service

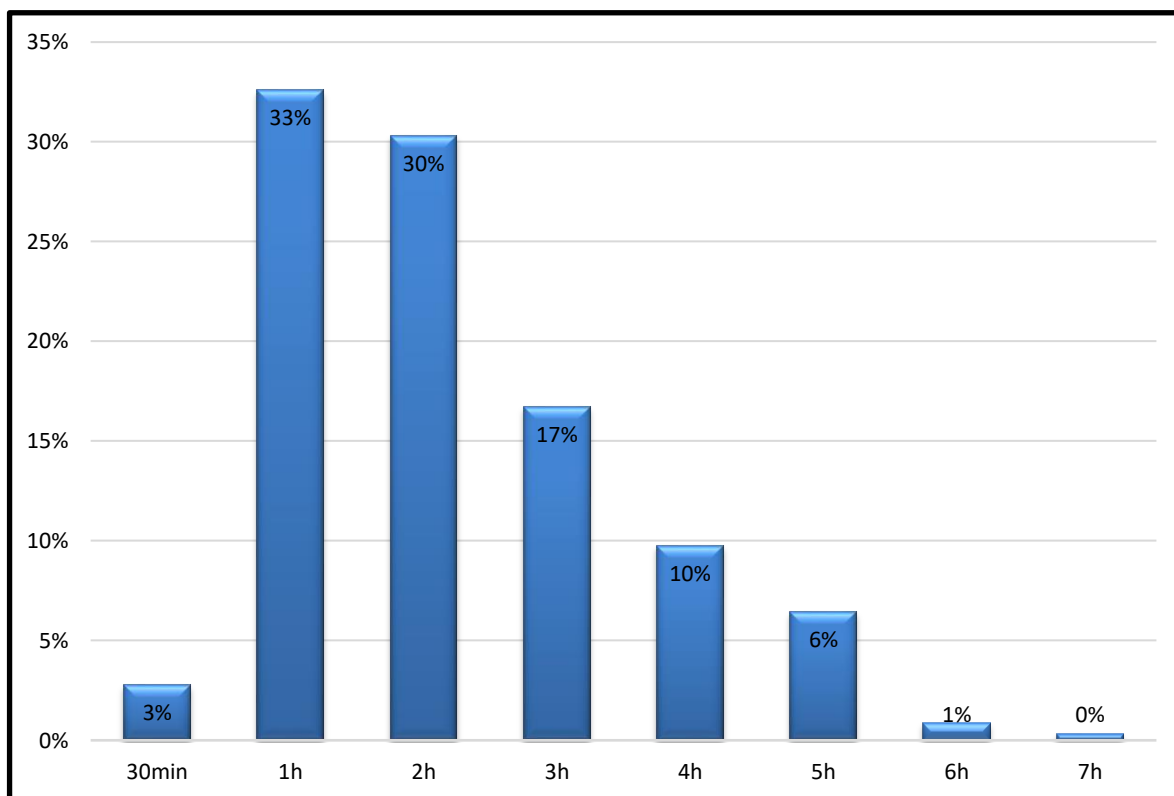


Figure 29 : répartition du nombre d'heures passées par le patient dans le service d'urgences.

Le passage du patient aux urgences peut être plus ou moins long. Il varie selon :

- L'heure d'arrivée
- L'affluence
- L'équipe présente (nombre et efficacité)

Le temps total passé aux urgences comprend l'attente au sein de la salle d'attente puis la consultation et le soin.

La majorité de l'échantillon est resté au sein du service entre 1 et 2h (60%) et plus de 15% y a passé plus de 4 heures. En moyenne les patients de l'échantillon sont restés environ 2 heures dans le service.

5.3 Questionnaire de satisfaction

Suite à la consultation d'urgence, nous avons demandé aux patients d'évaluer leur degré de satisfaction. Plusieurs paramètres ont été évalués : la qualité de la prise en charge médicale, la qualité de l'accueil, le cadre de soin et le temps d'attente. Une note de satisfaction globale regroupant les différentes variables a également été demandée.

Note de satisfaction globale

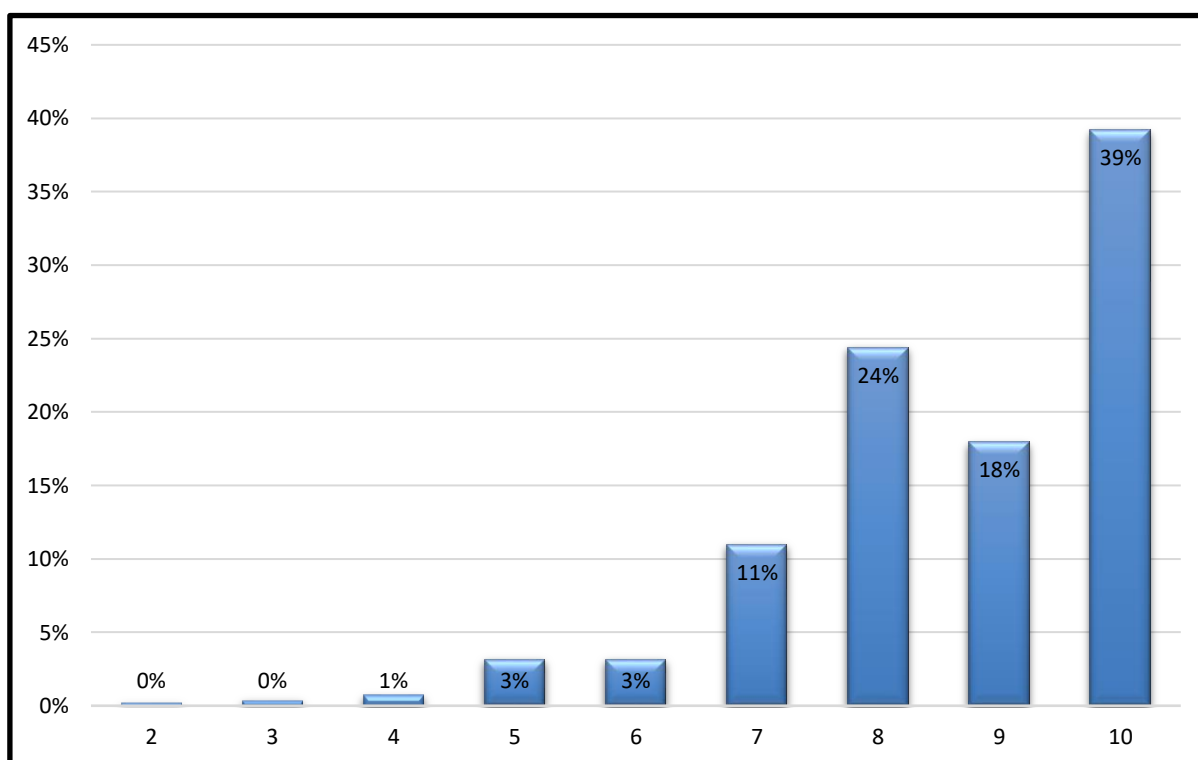


Figure 30 : répartition de la note globale de satisfaction dans notre échantillon.

L'appréciation globale du SAU par le patient est illustrée par la figure 30.

Cette appréciation est satisfaisante car 99% des patients ont évalué le service avec une note supérieure ou égale à 5. 81 % des patients sont très satisfaits car leur note est supérieure ou égale à 8.

Cette appréciation globale a été ensuite appréhendée plus finement par des items d'évaluation spécifique :

La qualité de la prise en charge médicale

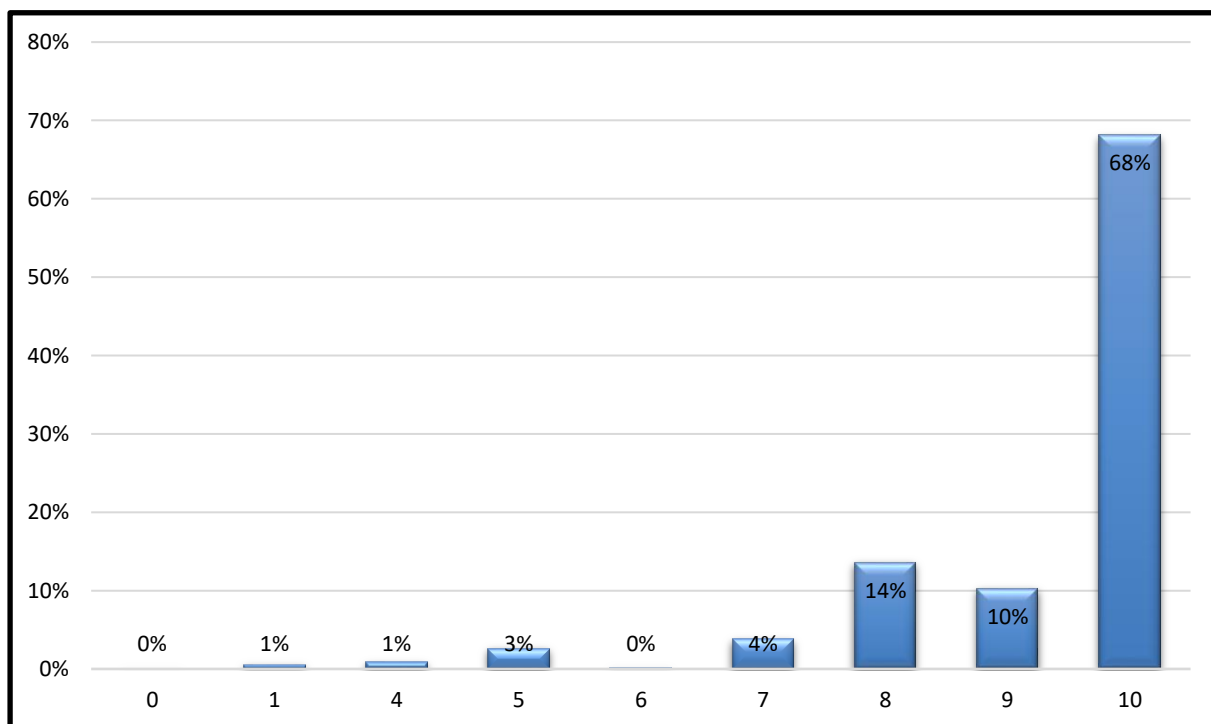


Figure 31 : répartition des notes de la qualité de la prise en charge médicale dans l'échantillon.

La figure 31 présente la répartition des notes attribuées par les patients de l'échantillon sur la qualité de la prise en charge médicale.

Les patients semblent globalement satisfaits de la qualité de la prise en charge car 98% attribuent une note supérieure ou égale à 5 et 92% des scores supérieurs ou égaux à 8.

Moins de 2% des patients sont peu satisfaits de leur prise en charge et ont mis une note inférieure à la moyenne.

Politesse et disponibilité du personnel non-soignant

Cette évaluation du personnel non soignant comprend principalement les aides-soignant(e)s ayant accueilli le patient et procédé à son inscription.

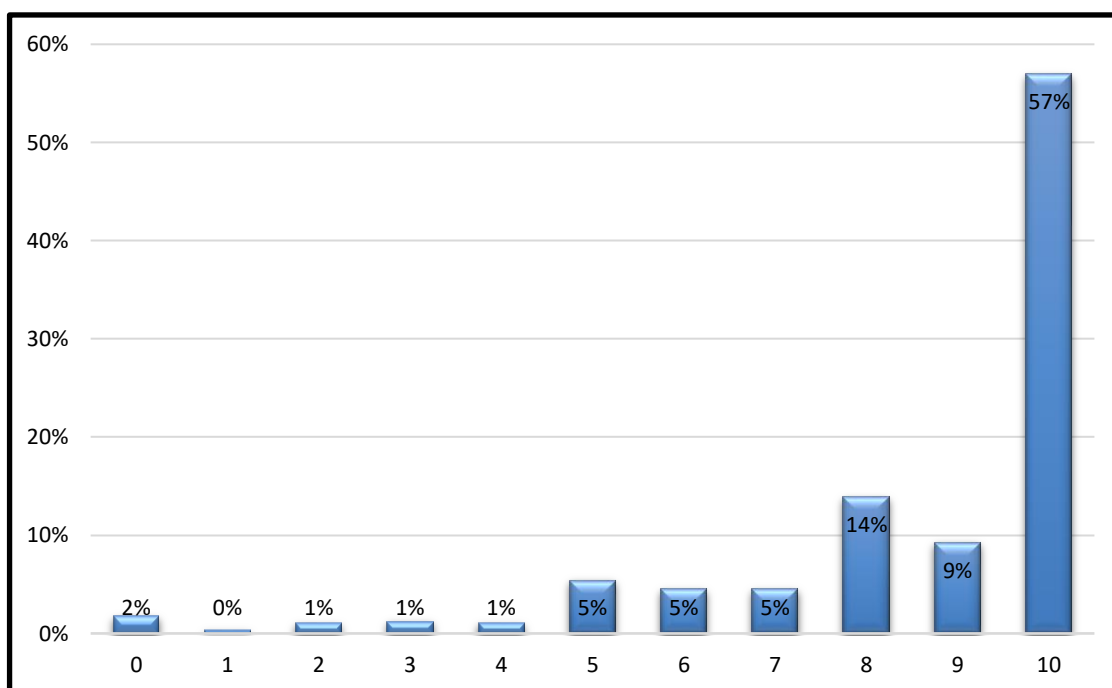


Figure 32 : répartition des notes sur la politesse et la disponibilité du personnel non soignant dans l'échantillon.

Les résultats de cette évaluation représentés figure 32 indiquent que la plupart des patients sont satisfaits de leur prise en charge par le personnel non soignant car 80% ont mis une note supérieure ou égale à 8.

10% des patients sont moyennement satisfaits et situent entre 5 et 6 la qualité de leur prise en charge non médicale.

5% des patients attribuent une note inférieure à la moyenne et sont peu satisfaits de leur prise en charge non médicale.

Politesse et disponibilité du personnel soignant

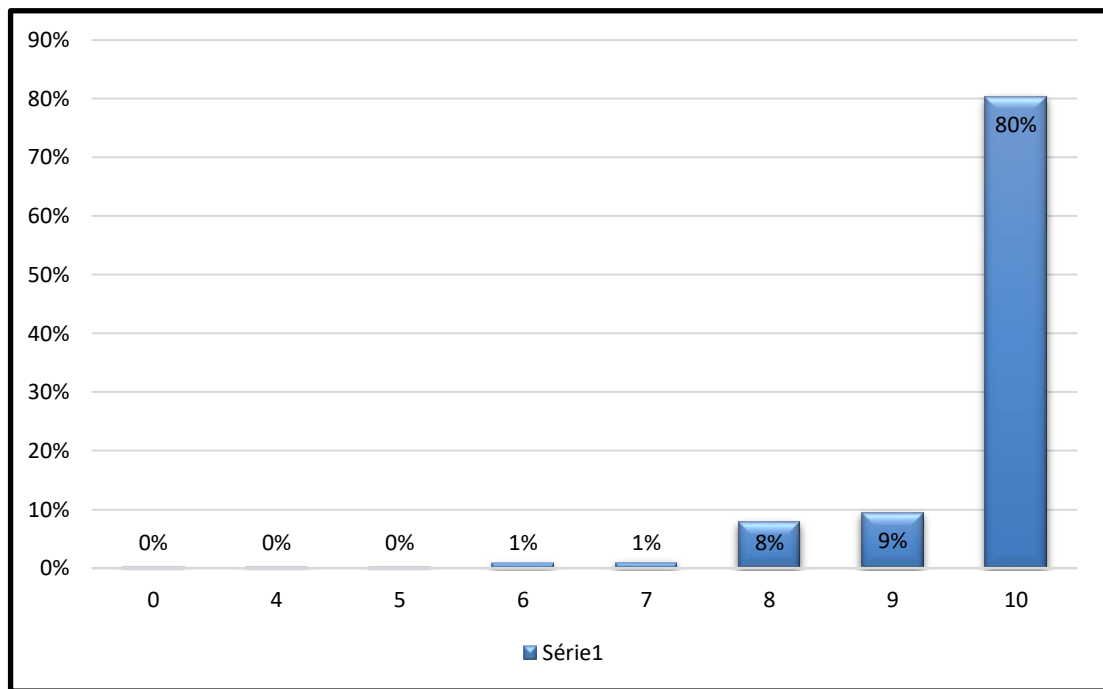


Figure 33. : répartition des scores de politesse et disponibilité du personnel soignant dans l'échantillon.

Les résultats présentés dans la figure 33 montrent que le personnel médical est favorablement perçu, puisque près de la totalité des patients indiquent un score supérieur à la moyenne et 97% indiquent un score supérieur ou égal à 8.

Le cadre de soin

La question portait sur la qualité du cadre de soin, c'est-à-dire les locaux, (boxes de soins, la salle d'attente, le local de radiographie, les couloirs).

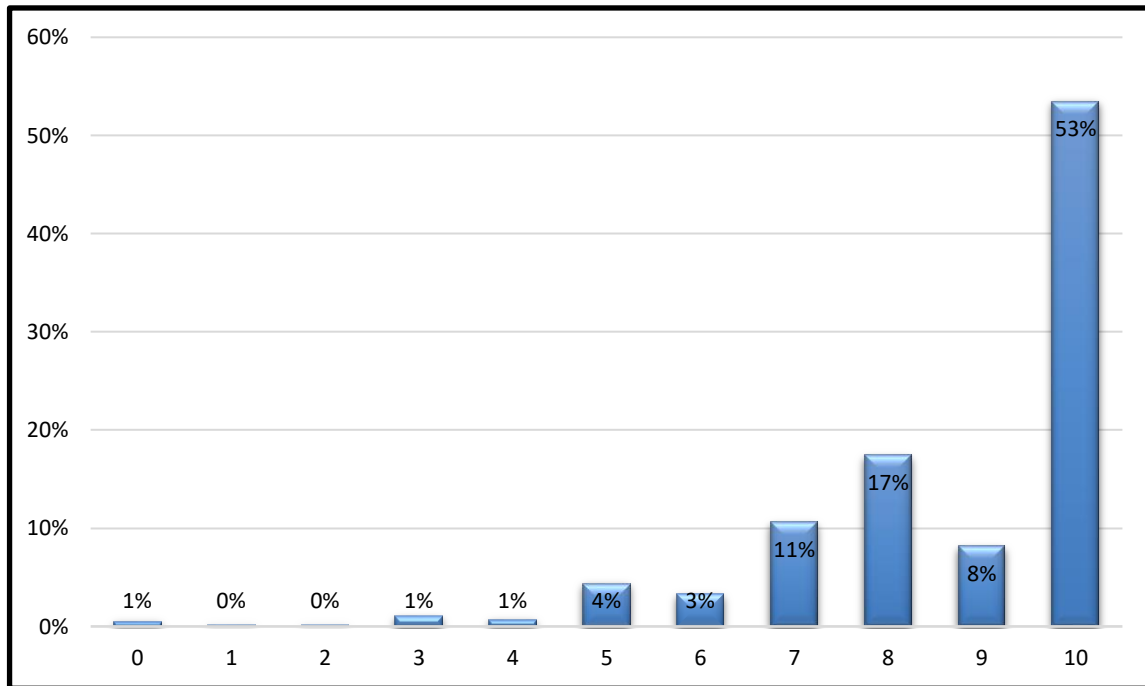


Figure 34. : Distribution de de la note d'appréciation de la qualité du cadre de soin, dans l'échantillon.

Là encore, les patients ont évalué positivement le cadre de soins car 78% donnent une note supérieure ou égale à 8 (figure 34).

A noter tout de même que 7% des patients sont moyennement satisfaits et attribuent une note inférieure ou égale à 6, dont 3% ont donné moins que la moyenne.

Temps d'attente

Le temps d'attente varie selon les jours et les heures de la journée, essentiellement en fonction de l'affluence et du nombre de praticiens.

Globalement les patients étaient satisfaits de leur passage en termes de temps d'attente puisque seuls 12% ont attribué une note inférieure à la moyenne (figure 35).

Plus de la moitié de l'échantillon (56%) était même très satisfaite du temps d'attente (notes supérieure ou égale à 8). Cependant cet item a été la principale source d'insatisfaction puisque près d'un tiers des sujets (31%) ont attribué une note inférieure ou égale à 6.

Nous avons cependant noté que ce grief était souvent pondéré par le fait que les patients étaient satisfaits de l'accueil et de la prise en charge et que ce temps d'attente leur paraissait comme le « prix à payer » pour être soigné dans le service.

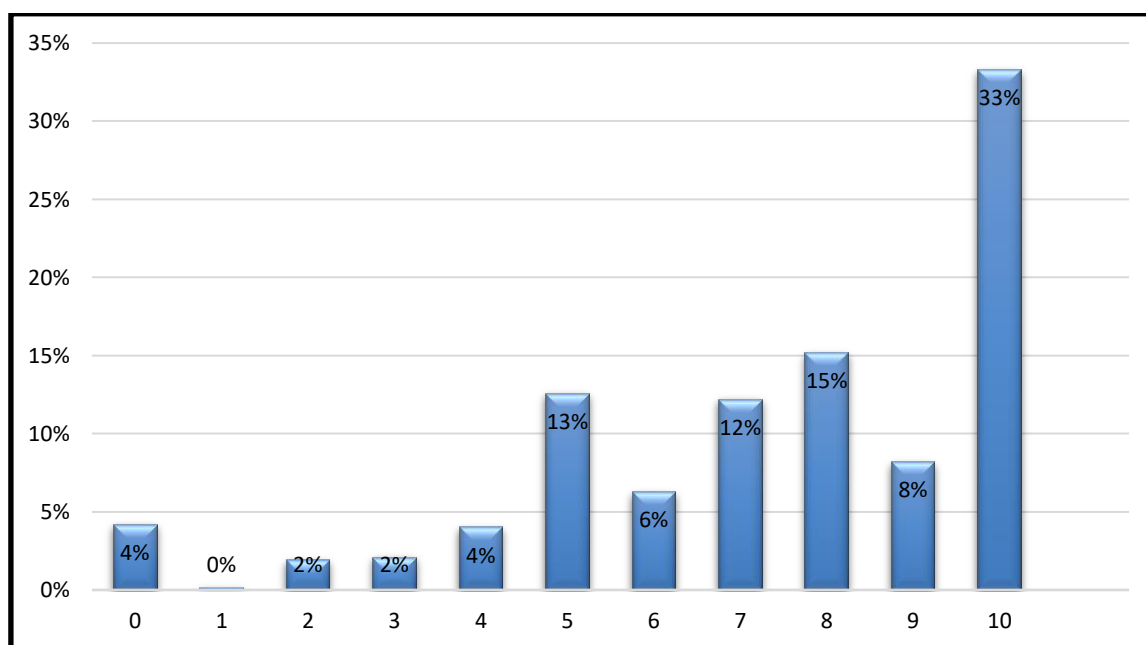


Figure 35 : répartition des scores de satisfaction du temps d'attente dans l'échantillon.

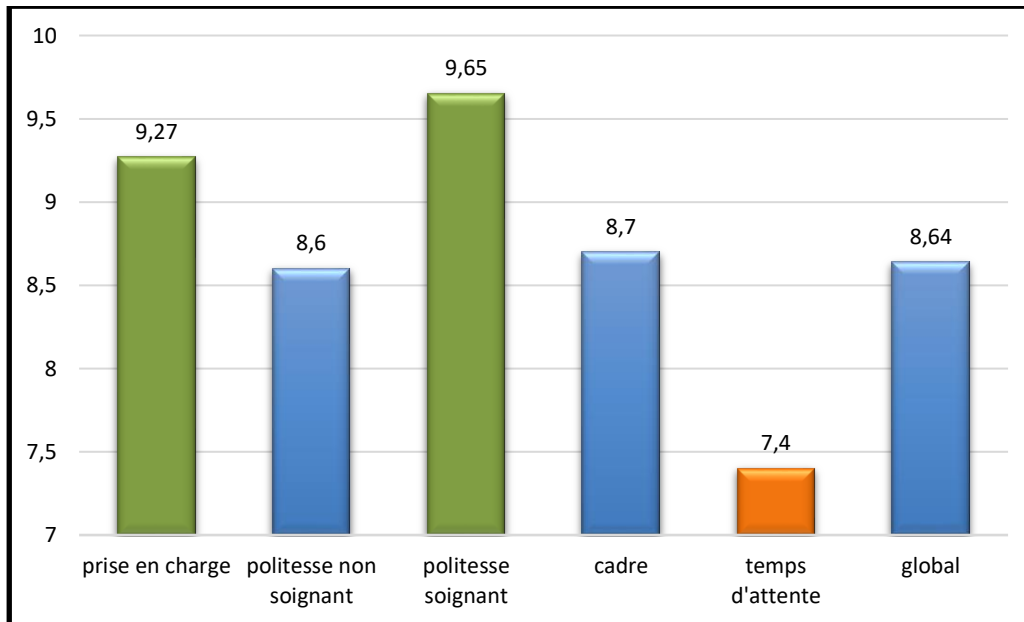


Figure 36 : Moyennes des notes de satisfaction.

Les scores moyens de la qualité de la prise en charge au fauteuil, de politesse du personnel soignant et non soignant, de perception du cadre de soins de temps d'attente et l'impression globale sont représentés dans la figure 36.

La moyenne de satisfaction globale est de 8,6. Les moyennes de satisfaction du cadre de soin et de la politesse du personnel non soignant se situent sensiblement autour de la moyenne globale.

La qualité de la prise en charge et la politesse du personnel soignant présentent environ un point de plus, tandis que la moyenne du temps d'attente enregistre un point de moins.

Dans la considération de la note de satisfaction globale par les patients, chaque poste semble être pris en compte équitablement.

En effet, si on établit une moyenne de l'ensemble des postes on obtient sensiblement la même note que le score de satisfaction global. On peut donc supposer que chacun des postes est estimé à valeur égale. Plus précisément, la qualité de la prise en charge médicale compte tout autant que la politesse du personnel, le cadre de soin ou le temps d'attente.

Satisfaction de l'information reçue



Figure 37 : répartition des scores de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

La quasi-totalité des patients (97%) étaient satisfaits de l'information reçue en urgence, et seulement 3% n'en étaient pas satisfaits.

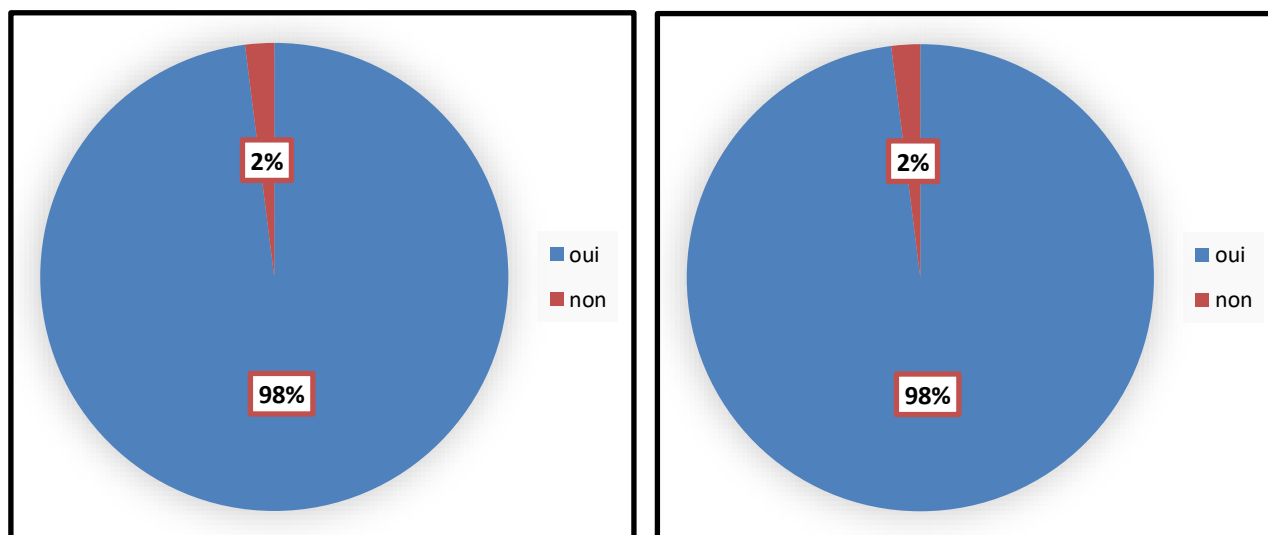
Satisfaction du traitement reçu



Figure 38 : répartition de l'échantillon sur la satisfaction du traitement reçu.

La très grande majorité des patients (95%) se disaient satisfaits du traitement reçu contre seulement 5% qui ne l'étaient pas.

Recommandations et consultation



Figures 39 et 40 : Recommandations et consultation à nouveau au sein du service.

Les deux dernières questions visaient à évaluer le pourcentage de patients interrogés qui se disaient prêts à recommander le service à un ami ou à consulter à nouveau.

Les réponses à ces deux questions étaient destinées à évaluer de façon indirecte la satisfaction.

Les données présentées dans les figures 39 et 40 confirment les résultats de l'évaluation directe car 98% des patients conseilleraient à un ami de s'adresser au service d'urgence odontologique du GHPS s'il faisait face à une urgence dentaire et 98% des patients se déclarent prêts à consulter à nouveau dans le SAU.

Suggestions d'amélioration du service

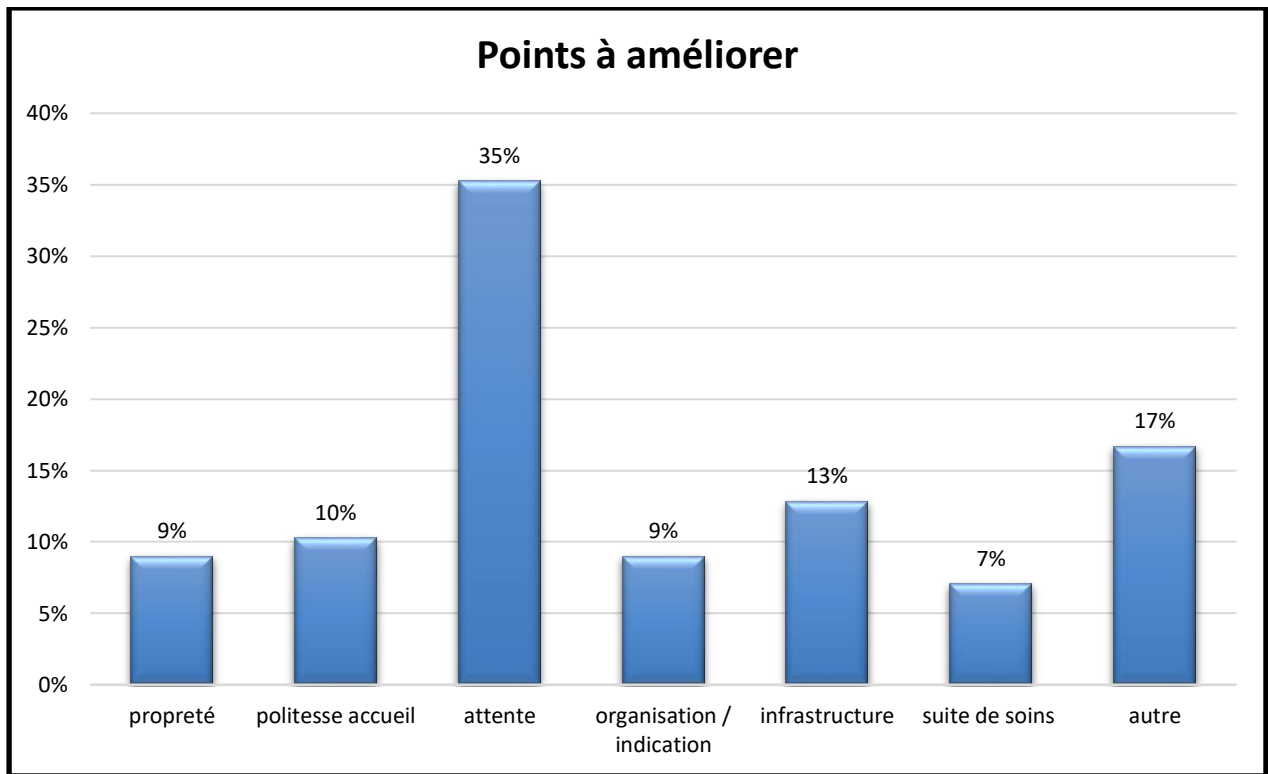


Figure 41 : suggestions d'amélioration à apporter au sein du service d'urgence.

La dernière question portait sur les points à améliorer dans le service. Le patient pouvait en indiquer jusqu'à 3 ; les réponses étaient libres et sans suggestions de la part des enquêteurs. 156 suggestions ont été recensées avec 27% de réponses au sein de l'échantillon.

35% des répondants ont suggéré une amélioration du temps d'attente tandis que les autres postes tels que la propreté, la politesse de l'accueil, l'indication du parcours de soin, recueillaient environ 10% chacun.

On retrouve une demande d'amélioration des infrastructures pour 13% des patients et une demande de suite des soins pour 7%.

17% des patients ont suggéré d'autres améliorations très diverses (la possibilité de s'allonger sur des fauteuils pendant l'attente, avoir une distribution de boissons chaudes, une télévision dans la salle d'attente etc.)

5.4 Résultats des rappels téléphoniques

Les patients venus au SAU et ayant rempli les questionnaires ont été recontactés selon le protocole de questions présenté en Annexe 4.

5.4.1 Douleur

Score de douleur à J1

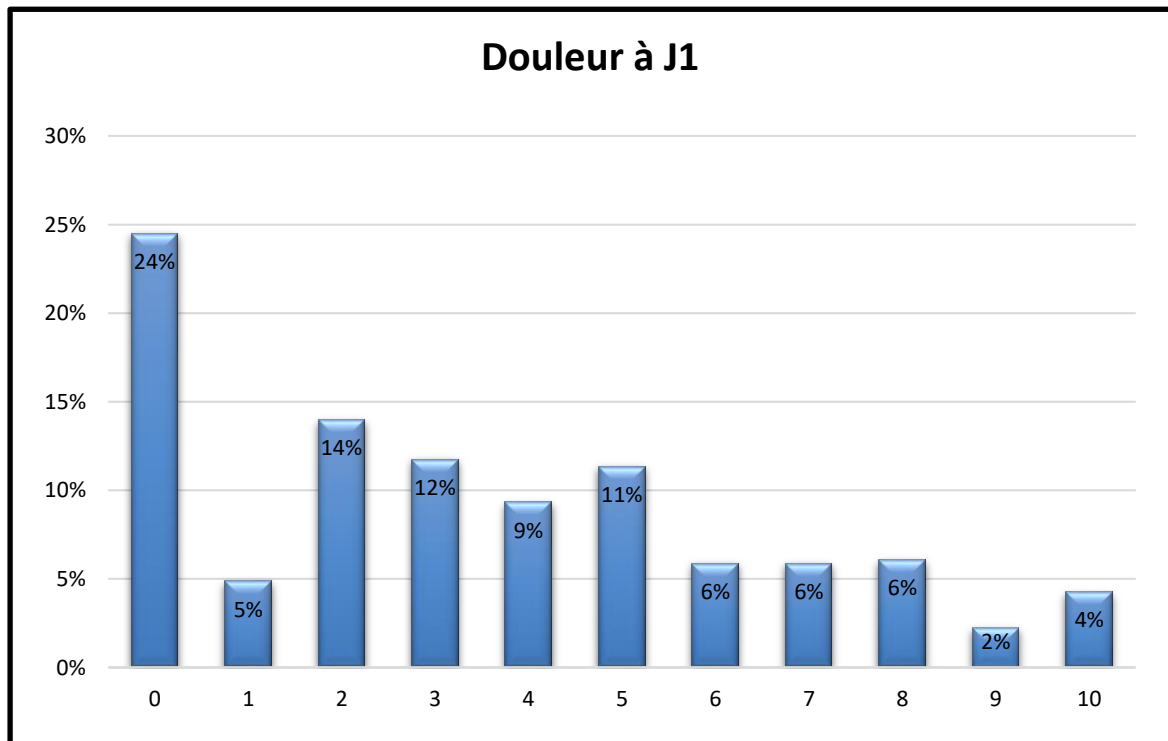


Figure 42 : Répartition des scores de douleur 24h après le passage du patient aux urgences (J1).

Près d'un quart des patients ne déclare plus de douleur à J1.

14% des patients ont donné un score de 2/10 et les scores de 3, 4, et 5 sont représentés chacun autour de 10%.

Les scores de 1, 6, 7, 8, 9, 10 représentent moins de 6% chacun.

Score de douleur à J3

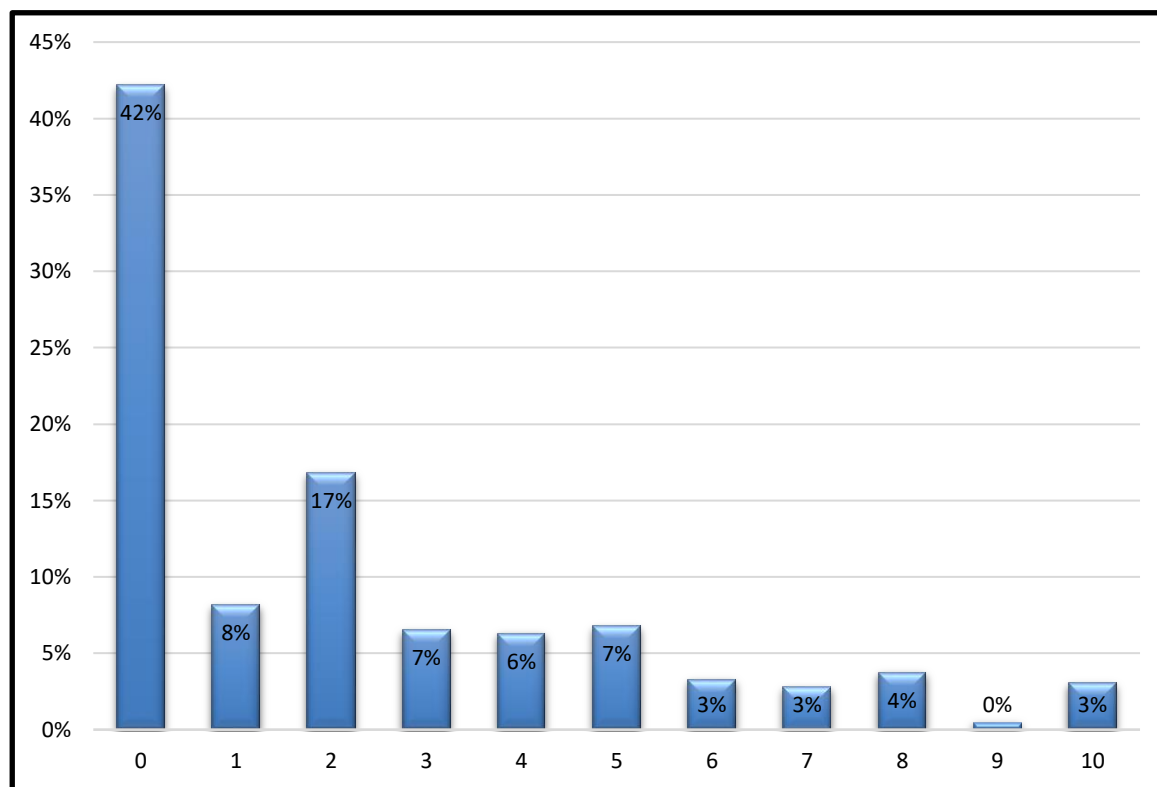


Figure 43 : Répartition des scores de douleur 3 jours après le passage du patient aux urgences (J3).

Près de 2 patients sur 5 ne présentent plus de douleur 3 jours après la consultation d'urgence (figure 43). 17% des patients ont noté 2 ; les notes de 1, 3, 4, 5 ne représentent qu'environ 7% chacune.

Seulement 13% des patients déclarent une douleur au-dessus de 5. A J3, les scores de douleur sont très majoritairement faibles.

Score de douleur à J7

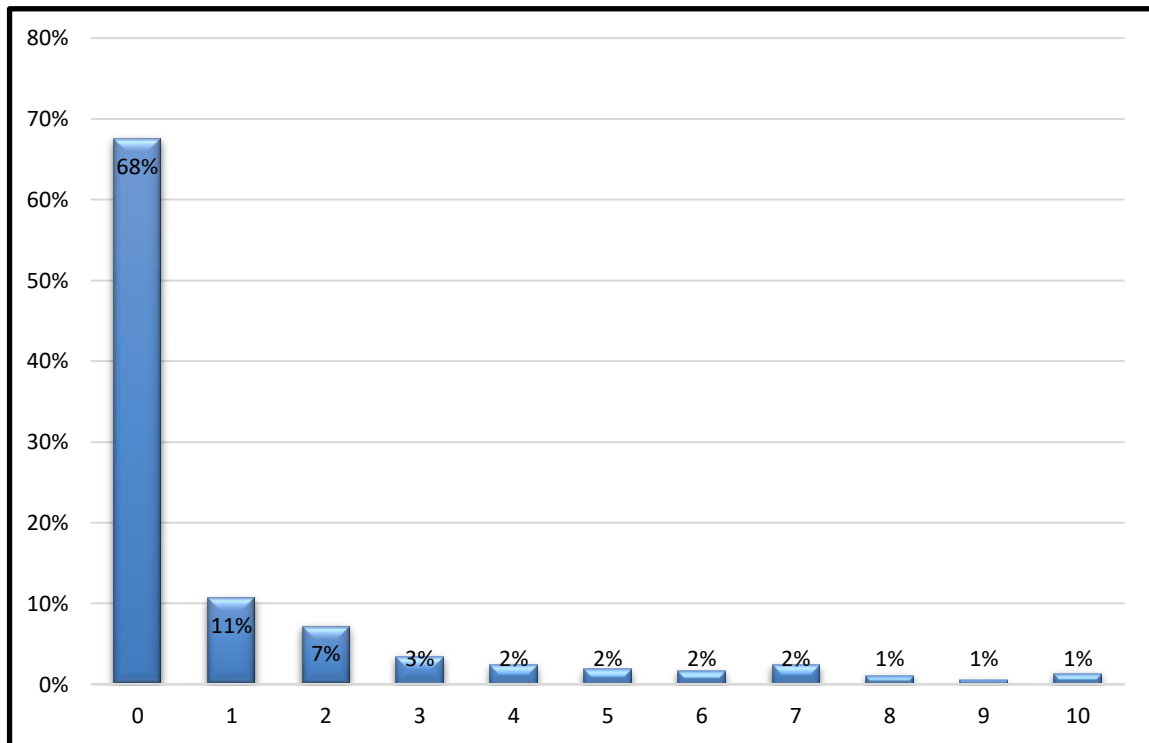


Figure 44 : Répartition des scores de douleur 7 jours après le passage du patient aux urgences (J7).

A J7, près de 68% des patients déclarent ne pas ressentir de douleur. Vient en 2^{ème} position la note de 1/10 (11%) puis 2/10 (7%).

Les scores compris entre 3/10 et 10/10 représentent moins de 3% chacun.

A J7, 86% des patients présentent des scores de douleur inférieurs à 2 et 1 patient sur 10 se plaint toujours de douleurs supérieures à 5/10.

Synthèse des scores de douleur (J-1,J0,J1,J3 et J7)

Evolution des moyennes des Scores EN de J-1 à J7

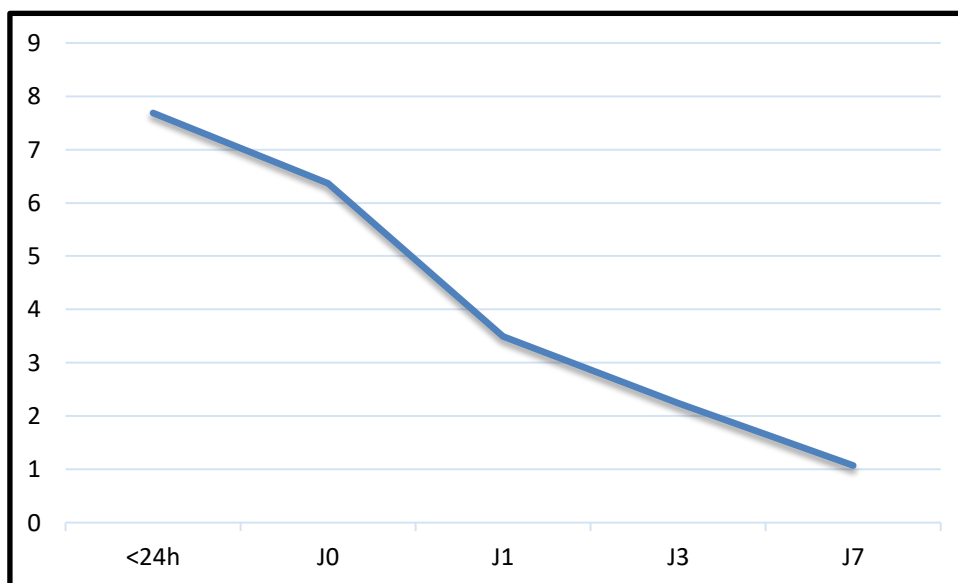


Figure 45 : évolution de la moyenne du score de douleur EN en fonction du temps.

La figure 45 illustre l'évolution de la douleur entre J-1 et J7.

Elle montre une franche et remarquable diminution de la douleur globale : d'un score à <24H de 7.6/10 de moyenne au score de 1/10 à J7.

L'écart le plus important est observable entre J0 et J1 : une perte de 3 points de moyenne de douleur ; comparé à une perte de 1,2 points entre <24H et J0, J1 et J3, J3 et J7.

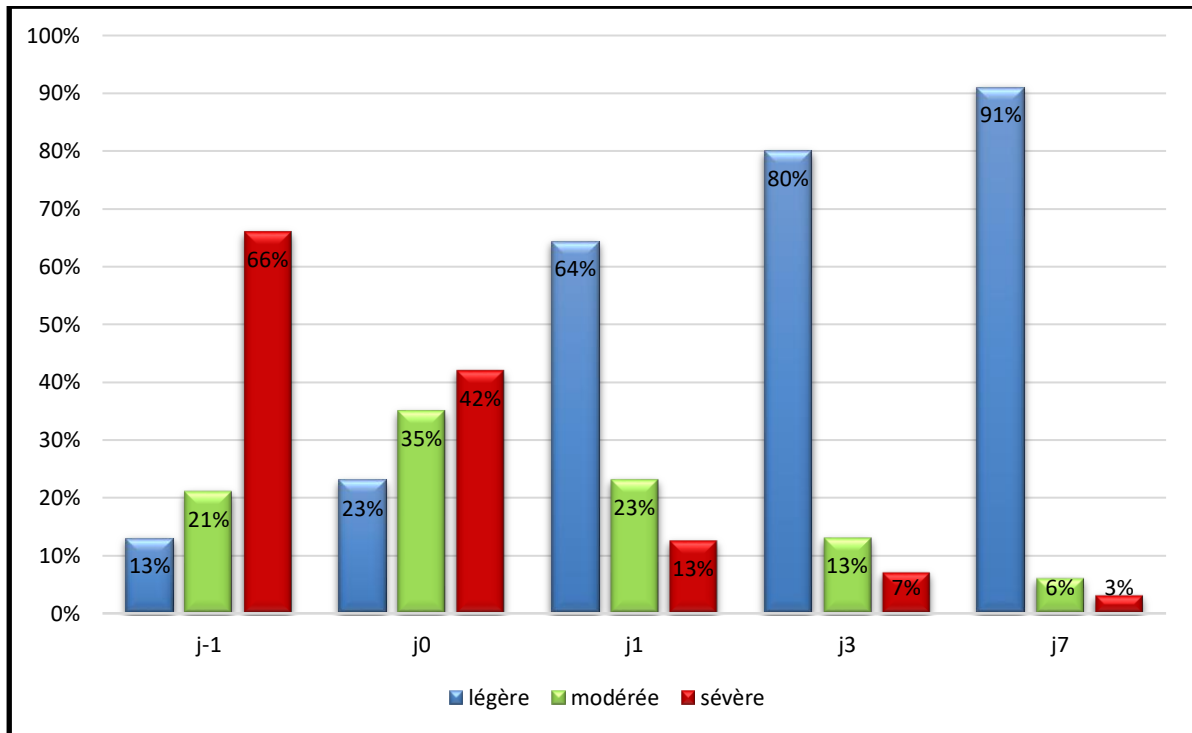


Figure 46 : évolution de la douleur entre J-1 et J7. (bleu : douleurs légères (0-4) ; vert : douleurs modérées (5-7) ; rouge : douleurs sévères (8-10))

La figure 46 donne une vision globale de l'évolution de la douleur de J-1 à J7 en fonction de la sévérité de la douleur.

A J-1, les douleurs sévères représentent 2/3 de l'échantillon et 87% des patients déclarent des douleurs modérées à sévères.

Entre J-1 et J0 la part de douleur sévère a diminué de 24% répartis équitablement dans les douleurs légères (+10%) et les douleurs modérées (+14%). Près des 3/4 des patients déclarent des douleurs modérées à sévères.

A J1, la proportion de douleurs sévères à modérées représente 35% de l'échantillon contre 77% à J0 et 87% à J-1. Plus précisément, la part des douleurs légères augmente de 40% (les douleurs modérées diminuent de 10% et les sévères de 30%). Près des 2/3 des patients ne présentent que des douleurs légères le lendemain de leur consultation au SAU.

3 jours après la consultation d'urgence, 4 patients sur 5 ne présentent plus que des douleurs légères : soit une augmentation de 15% par rapport à J1. Les douleurs modérées à sévères regroupent 20% de l'échantillon.

A J7, près de 9 patients sur 10 présentent des douleurs légères. Un reliquat de 3% des patients conserve des douleurs sévères.

Pour conclure, entre J-1 et J7 les proportions de douleurs légères et de douleurs modérées/sévères s'inversent : de 10% de légère pour 90% de modérées/sévères (J-1) à 90% pour 10% (J7).

L'évolution des scores de douleur a ensuite été analysée en fonction du diagnostic.

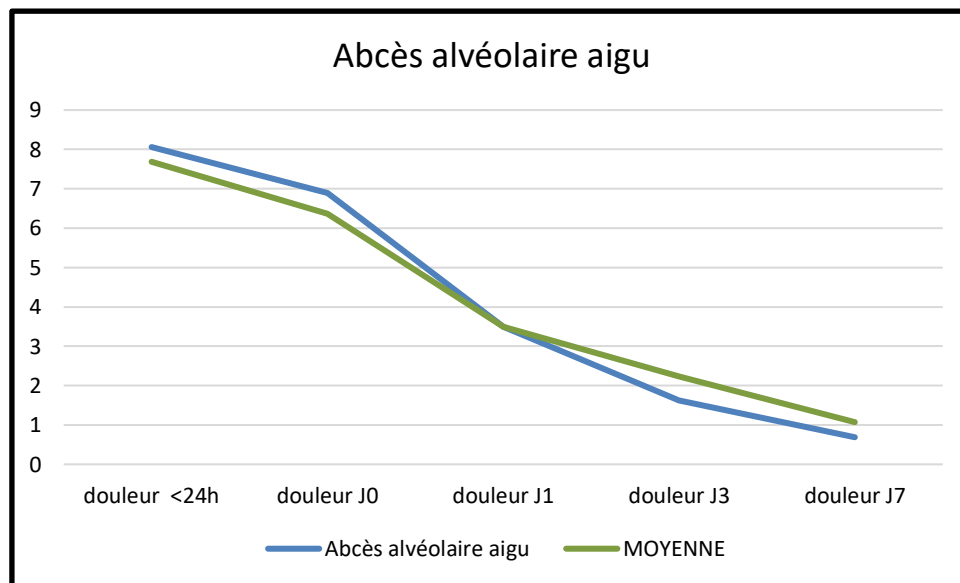


Figure 47 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès alvéolaire aigu en fonction du temps.

La courbe de douleur de l'abcès alvéolaire aigu est superposable à la courbe d'évolution moyenne.

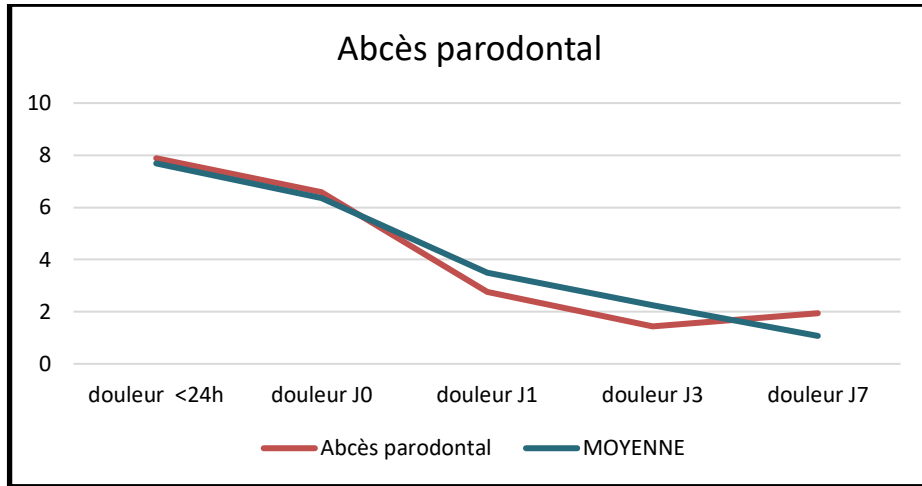


Figure 48 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès parodontal en fonction du temps.

La figure 48 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un abcès parodontal. Les courbes suivent sensiblement la même trajectoire de J-1 à J0.

De J1 à J3, les patients souffrant d'abcès parodontaux présentent des douleurs inférieures par rapport à la moyenne.

A J7, les patients présentant des abcès parodontaux sont plus douloureux que la moyenne.

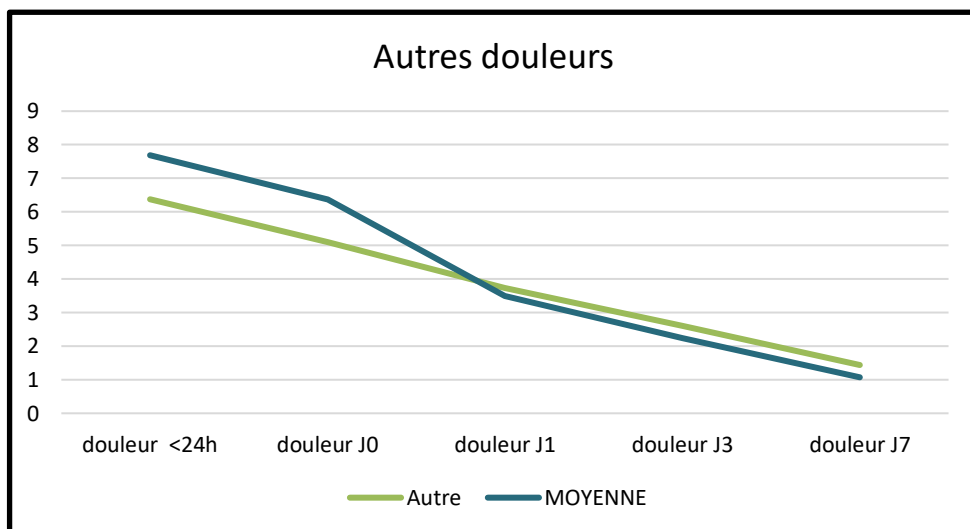


Figure 49 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et du diagnostic « autre » en fonction du temps.

La figure 49 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients dans la catégorie diagnostique « autre » (courbe verte).

La courbe de douleur « autre » est une droite de J-1 à J7. Entre J-1 et J0 les patients diagnostiqués « autre » présentent des douleurs inférieures de 1,2 points par rapport à la moyenne. Après prise en charge les douleurs rejoignent la courbe moyenne et suivent la même trajectoire.

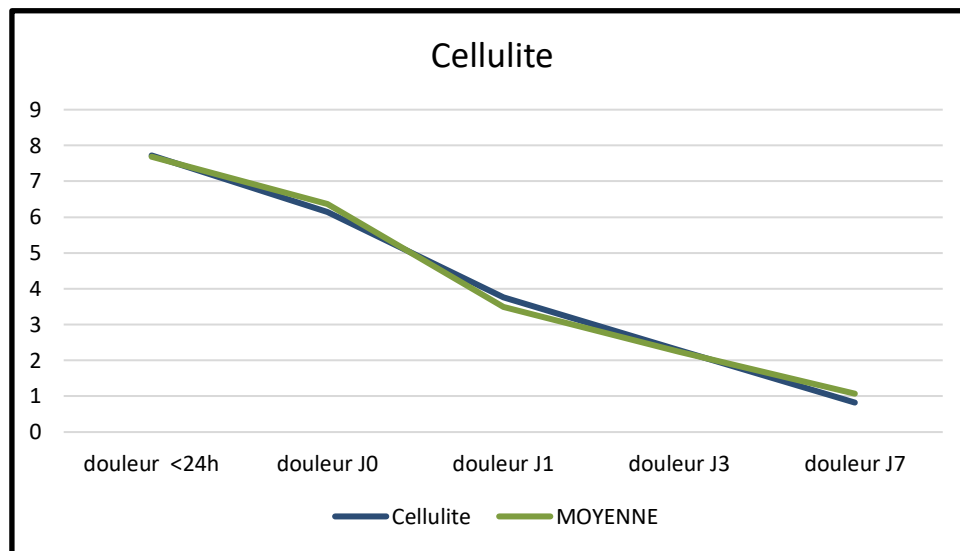


Figure 50 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la cellulite en fonction du temps.

La figure 50 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une cellulite.

Les 2 courbes sont superposables de J-1 à J7.

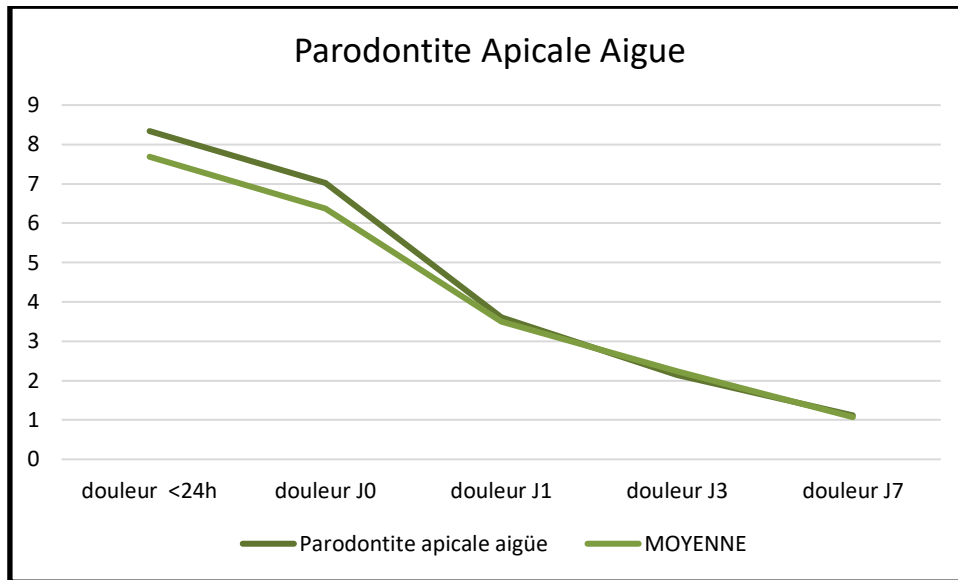


Figure 51 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la parodontite apicale aigüe en fonction du temps.

La figure 51 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une parodontite apicale aigüe.

Entre J-1 et J1 la courbe représentant la douleur moyenne des patients présentant une parodontite apicale aigüe suit la même trajectoire que la courbe moyenne de douleur 0,6 point au-dessus. Après prise en charge les courbes se rejoignent et se superposent.

La parodontite apicale aigüe est donc plus douloureuse que la moyenne des douleurs avant prise en charge.

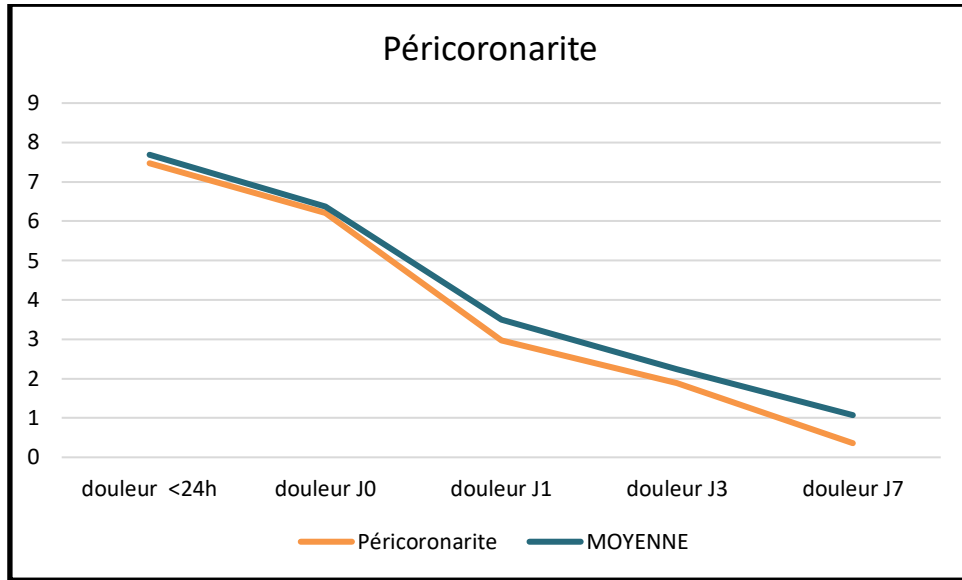


Figure 52 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la péricoronarite en fonction du temps.

La figure 52 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une péricoronarite.

Jusqu'à J7 les 2 courbes sont similaires. 7 jours après prise en charge, les patients avec péricoronarite présentent des douleurs 0,6 point inférieures à la moyenne générale et ne déclarent par conséquent presque plus de douleurs.

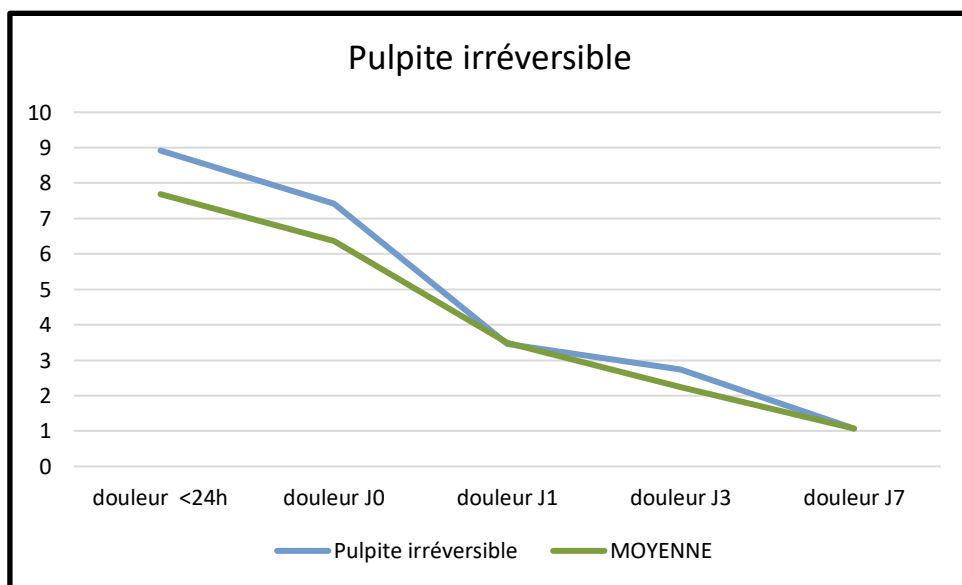


Figure 53 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpite irréversible en fonction du temps.

La figure 53 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une pulpите irréversible.

La pulpите irréversible est le diagnostic où figure la moyenne de douleur la plus élevée avant prise en charge : 9/10 soit 1,3 points supérieur à la moyenne globale à J-1 et J1. Après prise en charge les deux courbes de douleur se superposent.

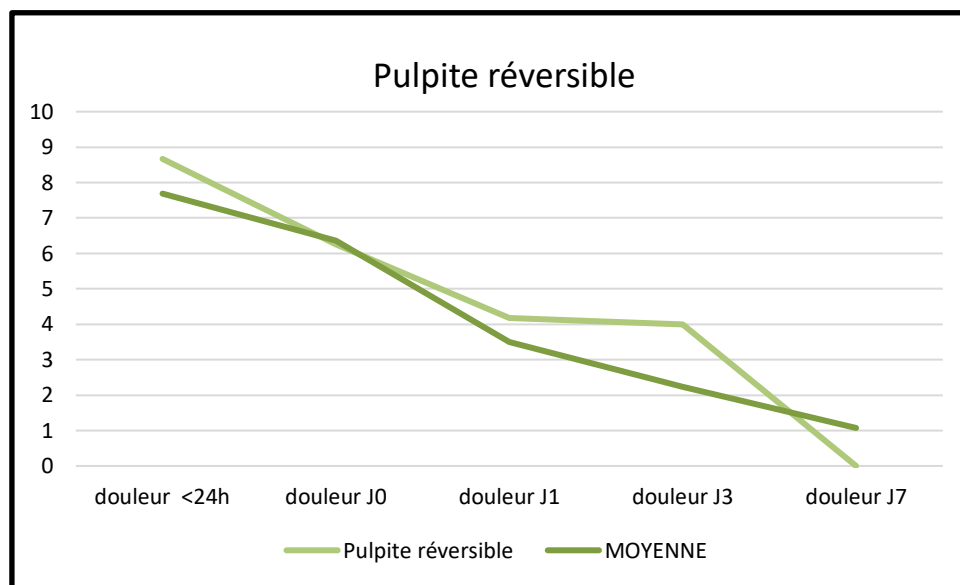


Figure 54 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpите réversible en fonction du temps.

La figure 54 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une pulpите réversible.

La courbe de douleur de la pulpите réversible est presque toujours au-dessus de la courbe moyenne.

A J-1 la douleur est supérieure de 1 point puis rejoint la moyenne à J0 et J1. Entre J1 et J3 la douleur est stable et est 3 points supérieure à la moyenne globale.

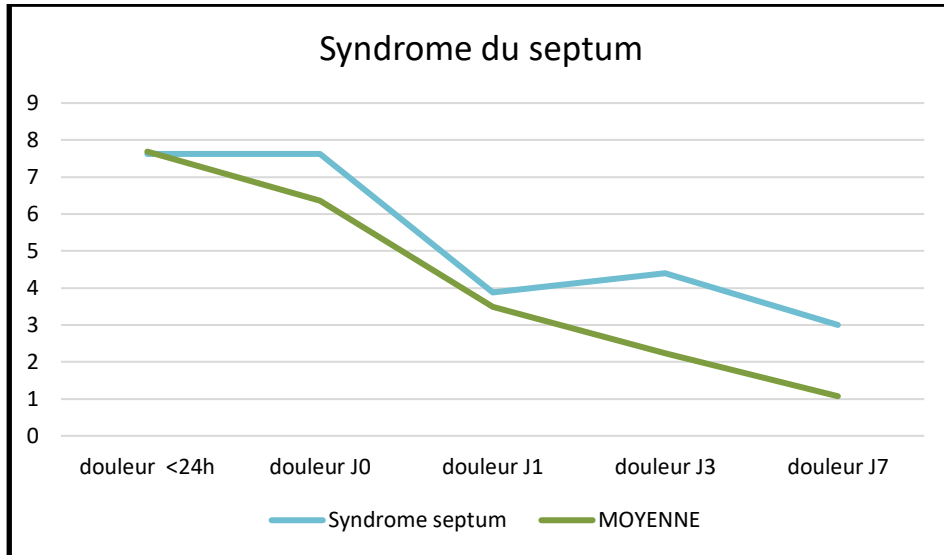


Figure 55 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et syndrome du septum en fonction du temps.

La figure 55 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un syndrome du septum.

Les patients présentant un syndrome du septum décrivent une douleur stable et sévère entre J-1 et J1 (7,6). A J1 la douleur se rapproche de la moyenne (3,8) ; puis baisse jusqu'à 3/10 à J7.

L'écart avec la moyenne 7 jours après prise en charge est de 2 points ; c'est donc le diagnostic exposant les patients aux douleurs les plus élevées à J7.

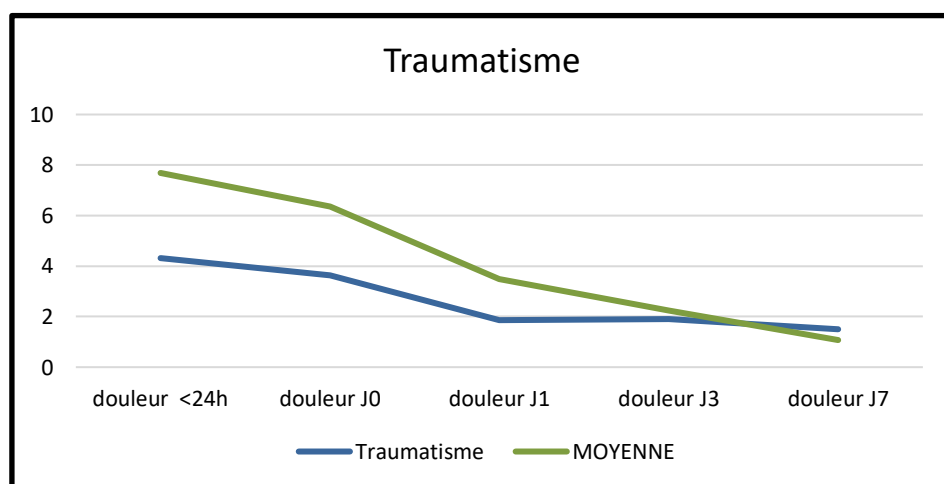


Figure 56 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de celle des traumatismes dentaires en fonction du temps.

La figure 56 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un traumatisme dentaire.

La courbe de douleur des traumatismes présente moins d'amplitude dynamique que la courbe moyenne de douleur : de 4 à 1,5 contre 7,7 à 1. La principale diminution de la douleur est observable le lendemain de la prise en charge avec une baisse de 2,8 points de douleur.

Douleurs modérées à sévères dans le temps

Il a été vu précédemment que 20% de patients présentaient des douleurs modérées à sévère à J3 et 9% à J7. Il est essentiel de préciser sur le plan diagnostique le type de patient présentant ces douleurs.

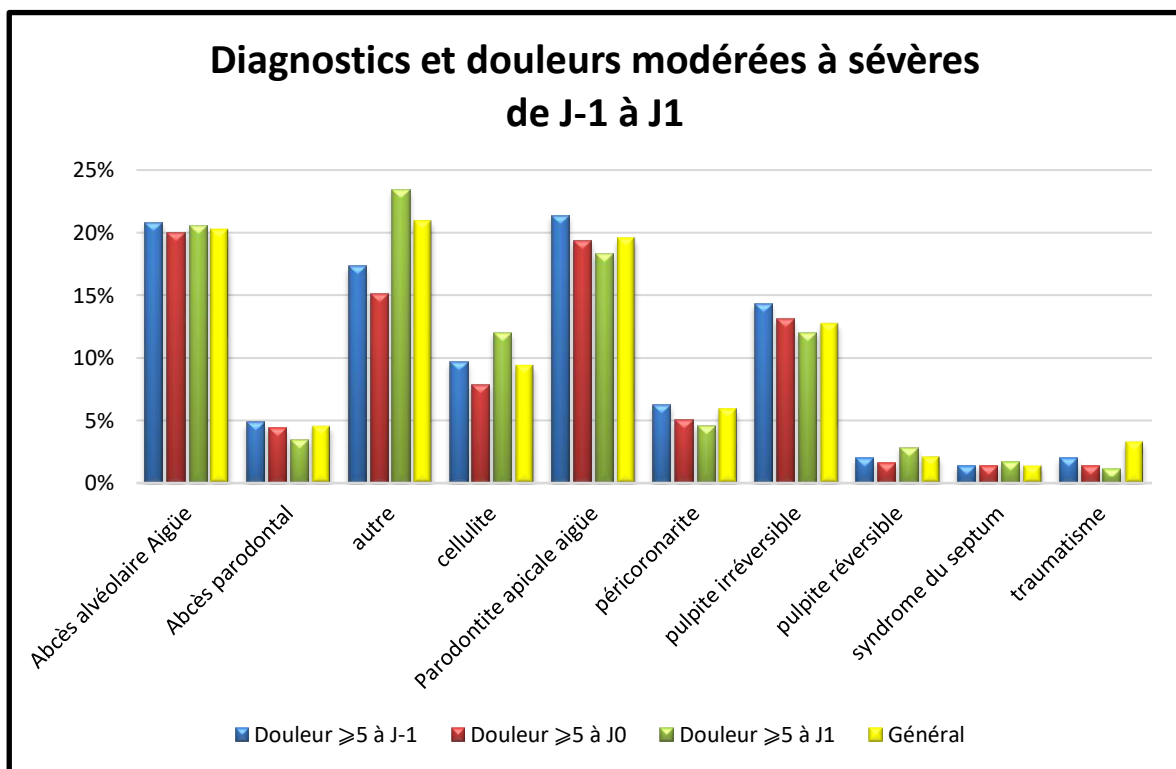


Figure 57 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J-1, J0 et J1.

La figure 57 compare les proportions de patients présentant des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics avec la répartition des diagnostics dans la population de l'échantillon (bâtonnet jaune).

La répartition des patients douloureux reste dans le temps sensiblement similaire à la répartition générale.

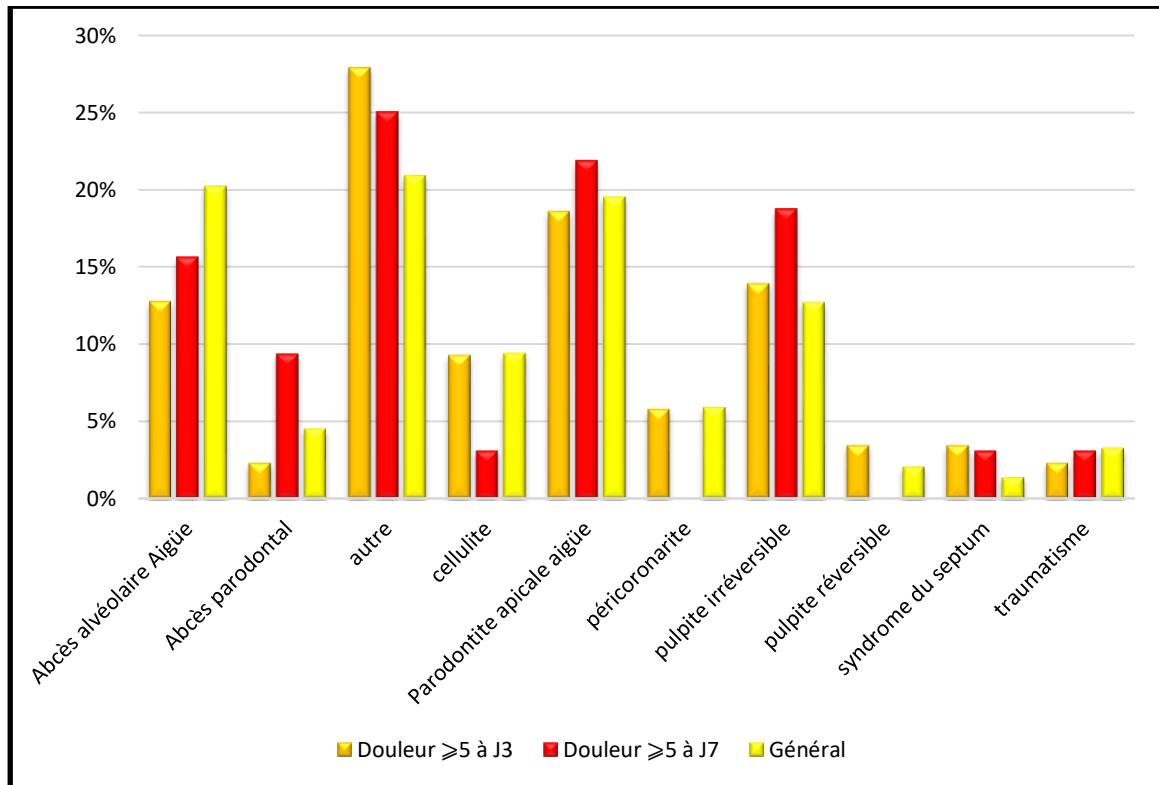


Figure 58 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J3 et J7.

La figure 58 compare, de J3 à J7, les proportions de patients présentant des douleurs modérées à sévères classées par diagnostics avec la répartition des diagnostics dans la population de l'échantillon (bâtonnet jaune).

A J3, 5 diagnostics regroupent 85% des douleurs modérées à sévères : « autre » (28%), parodontite apicale aigüe (19%), pulpite irréversible (14%), abcès alvéolaire aigu (13%) et cellulite (9%). La catégorie « autre » présente un écart de 7% par rapport à la répartition globale des patients dans cette catégorie.

A J7, 5 diagnostics regroupent près de 90% de la population présentant des douleurs modérées à sévères : « autre » (25%), parodontite apicale aigüe (22%), pulpite irréversible (19%), abcès alvéolaire aigu (16%) et abcès parodontal (10%).

Les catégories « autre », pulpite irréversible et abcès parodontal présentent un écart d'environ 5% de plus par rapport à la répartition globale des patients dans cette catégorie. Cet écart est un indicateur de la répartition spécifique des patients douloureux dans ces diagnostics.

Non réponses aux appels et douleur

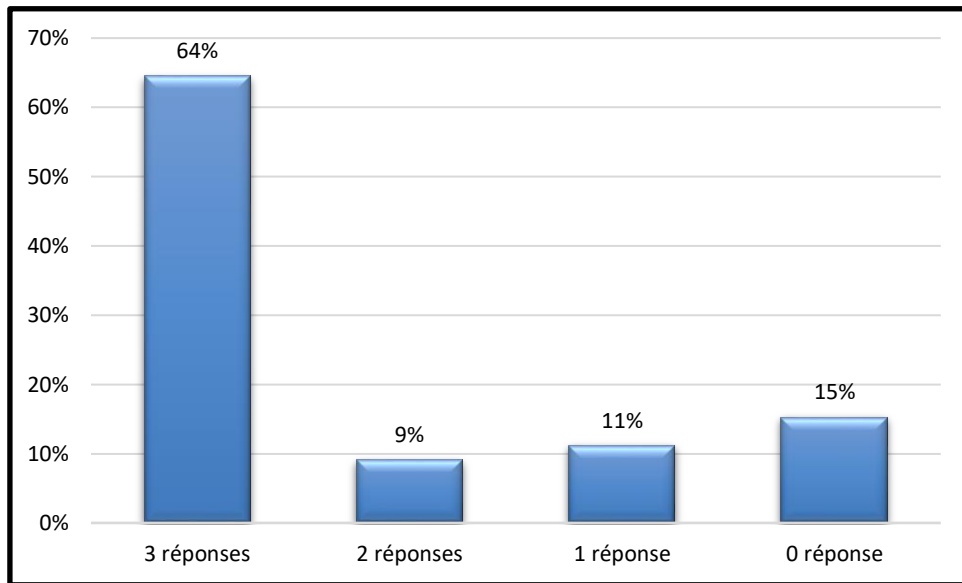


Figure 59 : répartition du nombre de réponses obtenues lors des appels téléphoniques.

Deux tiers des patients de l'échantillon ont répondu aux 3 appels (fig. 55) soit 378 patients. Les patients ayant répondu 1 et 2 fois représentent 20% de l'échantillon ; 15% des patients n'ont répondu à aucun appel.

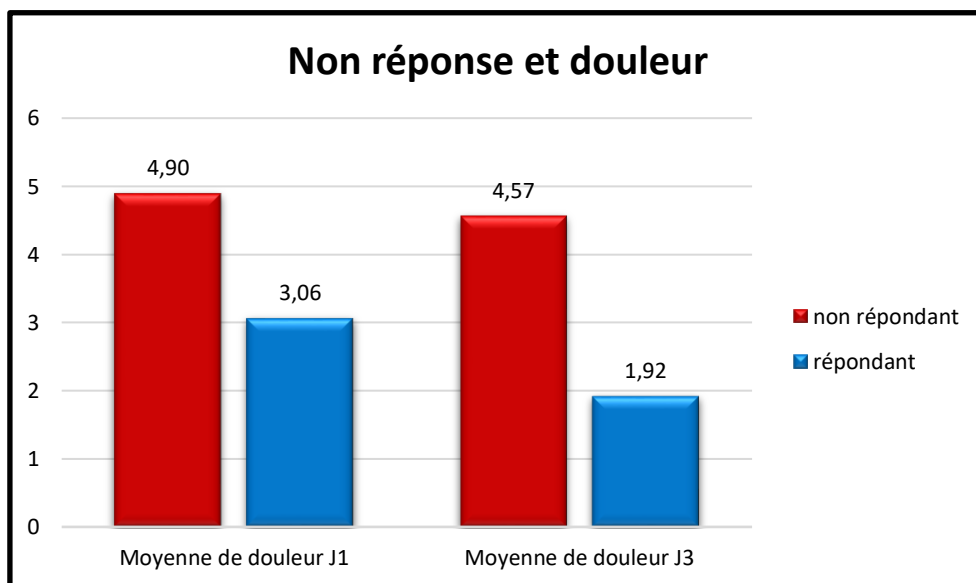


Figure 60 : moyenne de douleur selon le degré de réponse.

La figure 60 indique les moyennes de douleur à J1 et J3 entre répondants au téléphone (en bleu) et non répondants (en rouge). Ont été considérés comme non répondants les patients de l'échantillon ayant raté l'appel de J3 et/ou J7.

La moyenne de douleur des patients non répondants était plus élevée que celle des répondants.

Entre J1 et J3 les moyennes de douleur des répondants ont diminué de plus d'un point tandis que la moyenne des non répondants diminuait de 0.3 point.

A J1, l'écart entre non répondants et répondants est de presque 2 points ; il s'accroît à J3 pour atteindre 2,6 points.

Pour conclure, les patients non répondants présentent une douleur plus élevée et plus stable que les patients répondant au téléphone.

Plusieurs explications sont possibles :

- ⇒ D'une part, les patients seraient mécontents d'une non diminution de la douleur et ne voudraient plus répondre aux questionnaires par téléphone.
- ⇒ D'autre part les patients répondant bénéficient d'un suivi téléphonique rassurant avec des conseils adaptés à l'évolution de leur problème bucco-dentaire.

5.4.2 Inquiétude

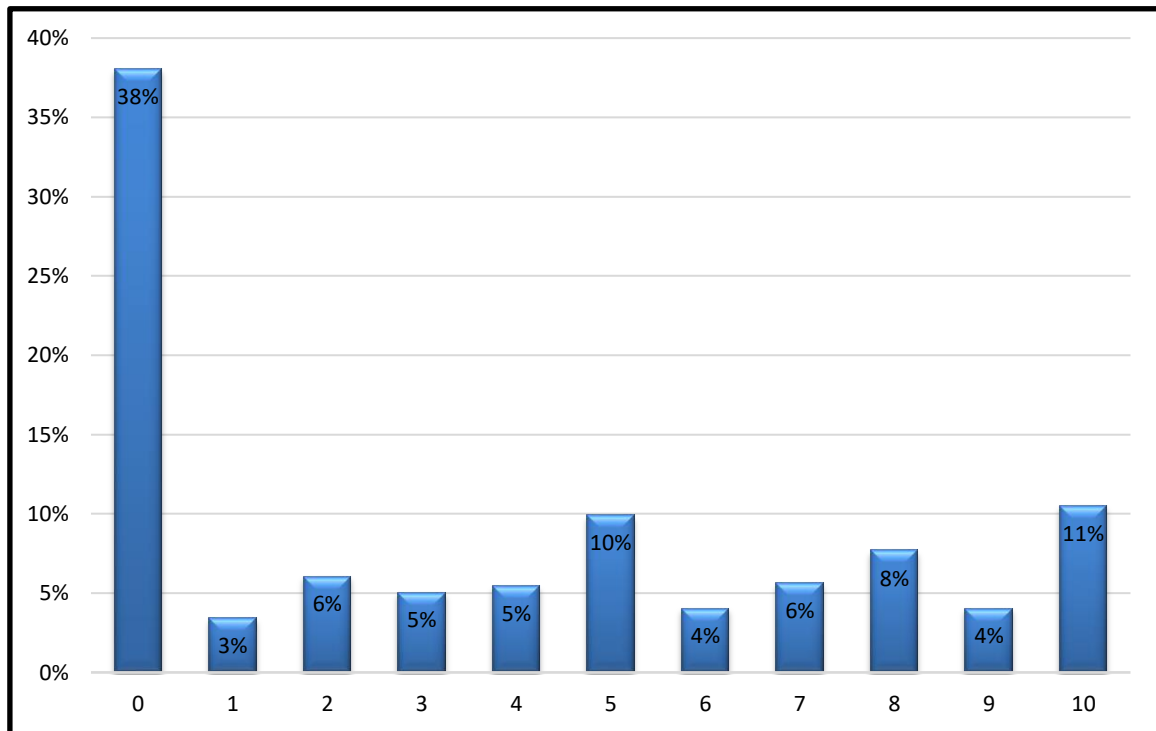


Figure 61 : répartition des scores d'inquiétude mesurés une EN (0-10) à J1.

La figure 61 indique la répartition des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon à J1.

- Les scores faibles (0-4) représentent 57% de la population avec 38% de score à 0/10.
- Les scores modérés (5-7) représentent 20% de la population.
- Les scores élevés (8-10) représentent 23% de la population avec 11% de score à 10/10.

Après prise en charge, à J1, un peu plus de la moitié des patients présentent des scores faibles.

Il subsiste cependant dans près d'un quart des cas une inquiétude sévère.

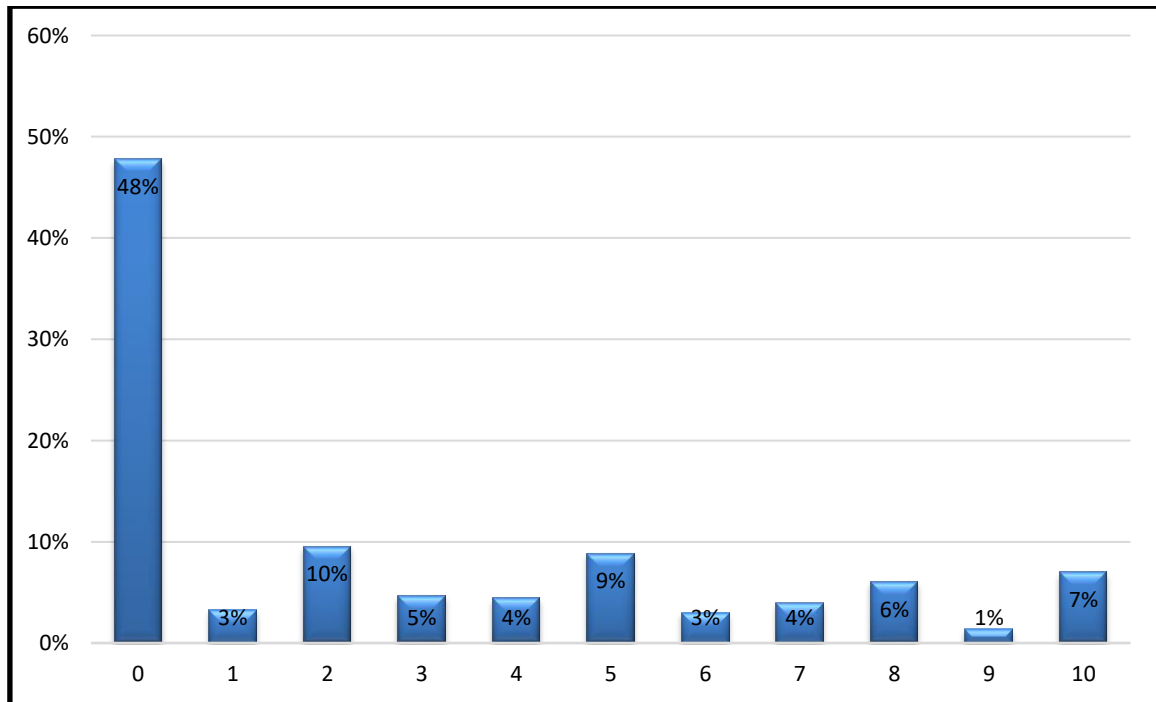


Figure 62 : répartition des scores d'inquiétude sur une EN (0-10) à J3.

La figure 62 indique la répartition à J3 des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon.

- Les scores faibles (0-4) représentent 70% de la population avec 48% de score à 0.
- Les scores modérés (5-7) représentent 16% de la population.
- Les scores sévères (8-10) représentent 14% de l'échantillon avec 7% de score à 10

A J3, plus de 2/3 des patients sont peu inquiets face à leur problème bucco-dentaire, la moitié ne sont plus du tout inquiets et 15% des patients sont très inquiets.

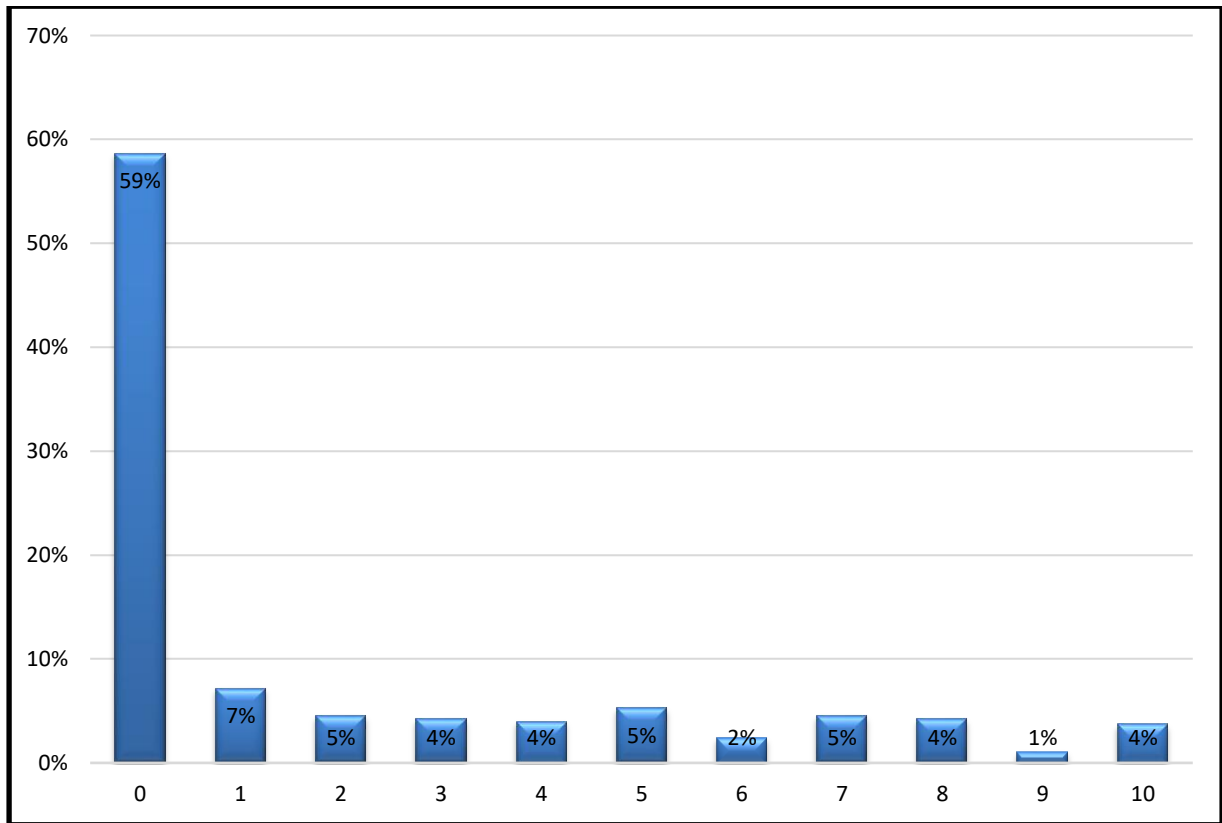


Figure 63 : répartition des scores d'anxiété à J7.

La figure 63 indique la répartition à J7 des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon.

- Les scores faibles (0-4) représentent 79% de la population avec 59% de score à 0.
- Les scores modérés (5-7) représentent 12% de la population.
- Les scores élevés (8-10) représentent 9% de la population avec 4% de score à 10.

A J7, 4 patients de l'échantillon sur 5 déclarent avoir un niveau d'inquiétude faible. 1 patient sur 10 présente un niveau élevé d'inquiétude.

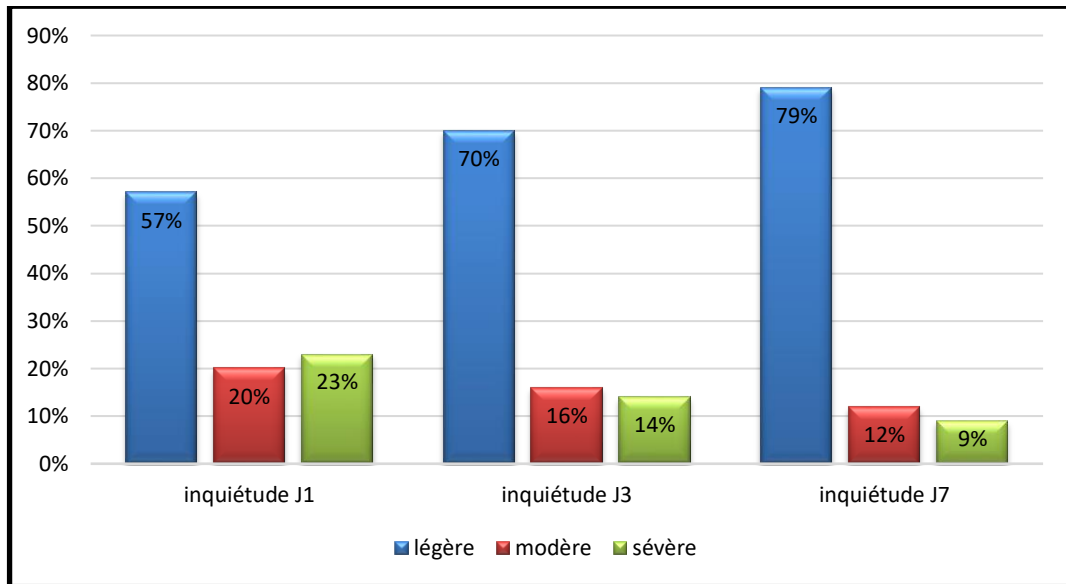


Figure 64 : répartition des scores d'anxiété à J1, J3 et J7.

Selon une vision plus globale, les taux d'inquiétude légère sont toujours supérieurs aux taux modérés et sévères eux-mêmes à peu près équivalents. La proportion d'anxiété légère augmente de 10% entre 2 rappels.

La proportion d'anxiété modérée perd régulièrement 4% entre chaque rappel. La proportion d'anxiété sévère perd 9% entre J1 et J3 puis 5% entre J3 et J7.

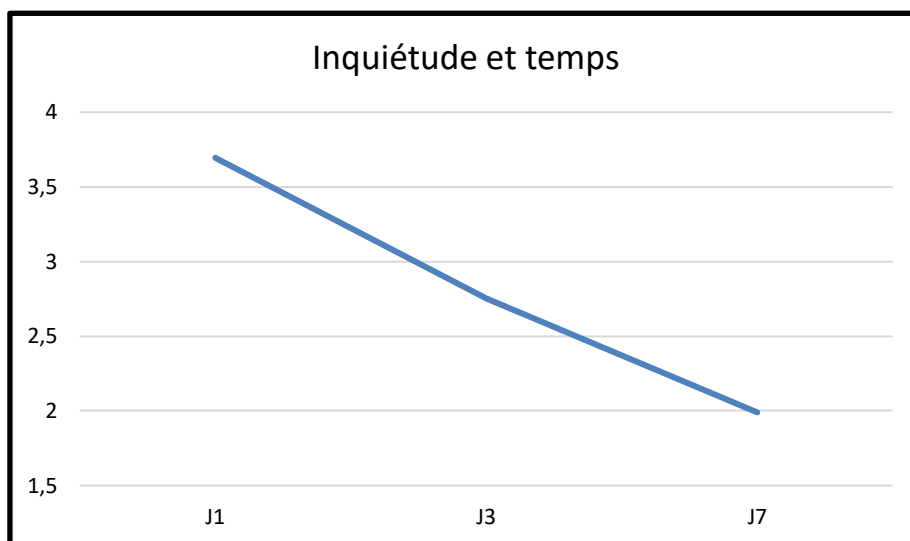


Figure 65 : évolution de la moyenne des scores d'inquiétude en fonction du temps.

La courbe est une droite décroissante de 3,7 à 2/10 entre J1 et J7.

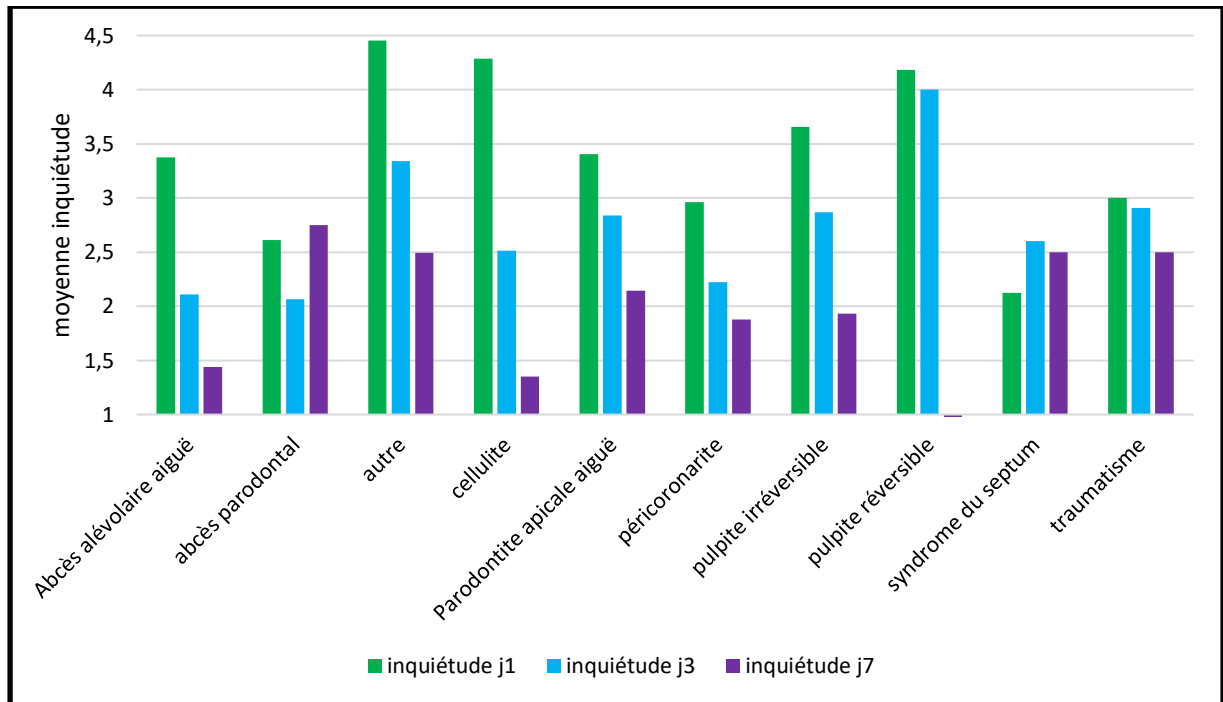


Figure 66 : répartition des moyennes d'inquiétude à J1, J3 et J7 par diagnostic.

La figure 66 offre une illustration de l'inquiétude en fonction du diagnostic à J1 (en vert), J3 (en bleu) et J7 (en violet).

- À J1 : les scores d'inquiétude les plus élevés concernent les pulpites, cellulites et « autre » avec une moyenne entre 4 et 4,5/10.

Les scores les plus bas concernent le syndrome du septum et les abcès parodontaux avec une moyenne de 2,1 et 2,6.

- À J3 : le score de la pulpite réversible est le plus élevé à 4. Les scores les plus bas sont pour les abcès parodontaux et AAA autour de 2. Les autres diagnostics ont des scores entre 2,5 et 3.
- À J7 : le score d'inquiétude le plus élevé est pour le diagnostic d'Abcès parodontal (2,7) ; le score le plus bas est pour la cellulite (1,3).

Entre J1, J3 et J7, on observe une nette diminution de la moyenne d'inquiétude pour la grande majorité des diagnostics. Cependant elle reste stable pour les diagnostics de syndrome du septum et d'abcès parodontal.

5.4.3 État de santé générale

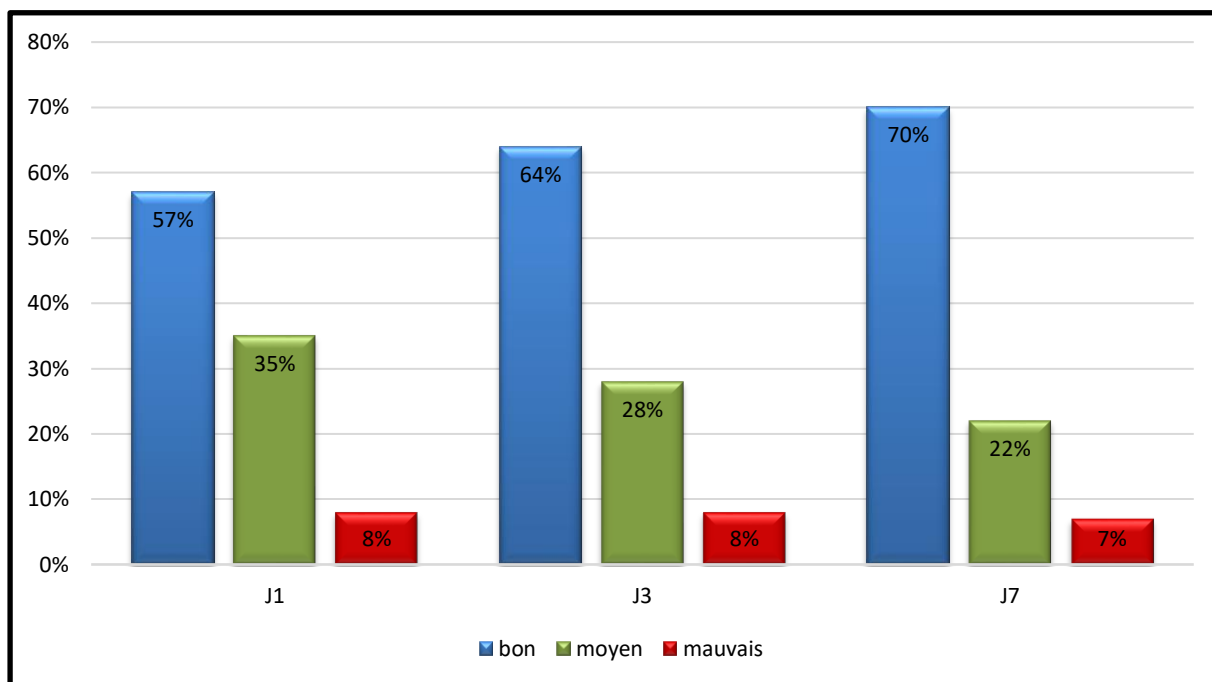


Figure 67 : proportion des scores de perception de la santé générale à J1, J3 et J7.

La figure 67 apporte des précisions concernant les scores de santé générale des patients de l'échantillon à J1, J3 et J7. Les différentes notes ont été regroupées pour des raisons didactiques : les scores de « bon état général » de 8 à 10 en bleu, de 5 à 7 « état général moyen » en vert et de 0 à 4 « mauvais état général » en rouge.

Les scores de « bon état général » augmentent de J1 à J7 tandis que la proportion des scores d'état général moyen diminue avec le temps. Cette évolution ne concerne pas les scores de « mauvais état général » qui restent stable.

De manière globale, la perception de l'état de santé général du patient s'améliore en fonction du temps.

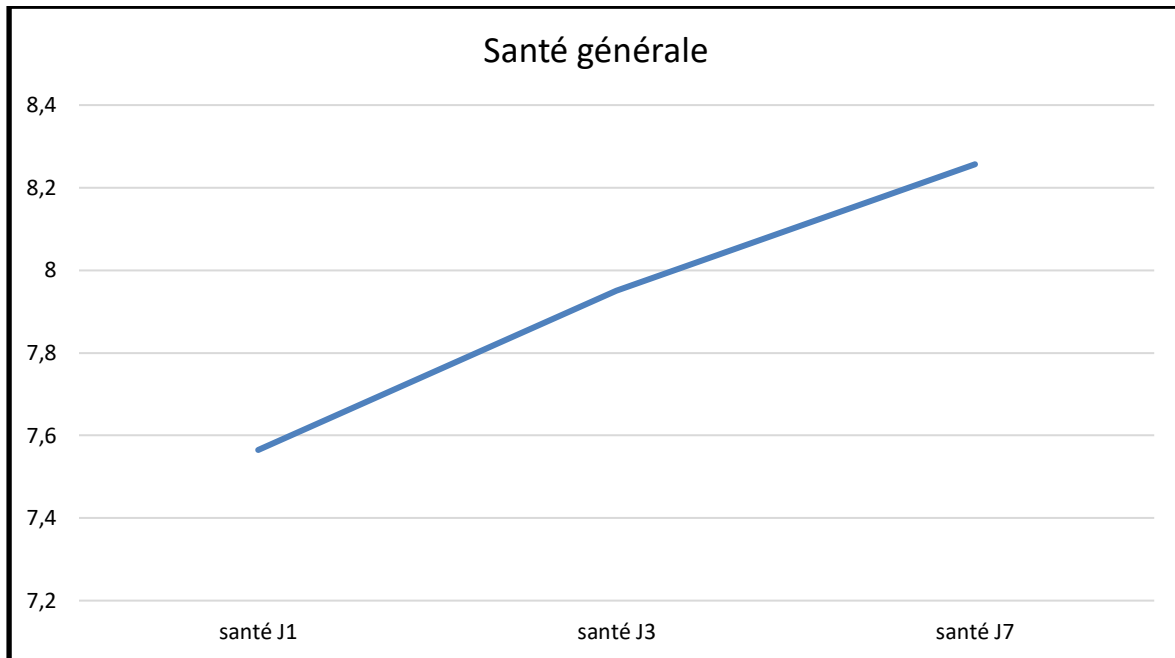


Figure 68 : moyenne des scores de perception de l'état de santé générale à J1, J3 et J7.

Les scores moyens de santé générale forment une droite augmentant de 0,6 points de 7,6 à 8,2 entre J1 et J7.

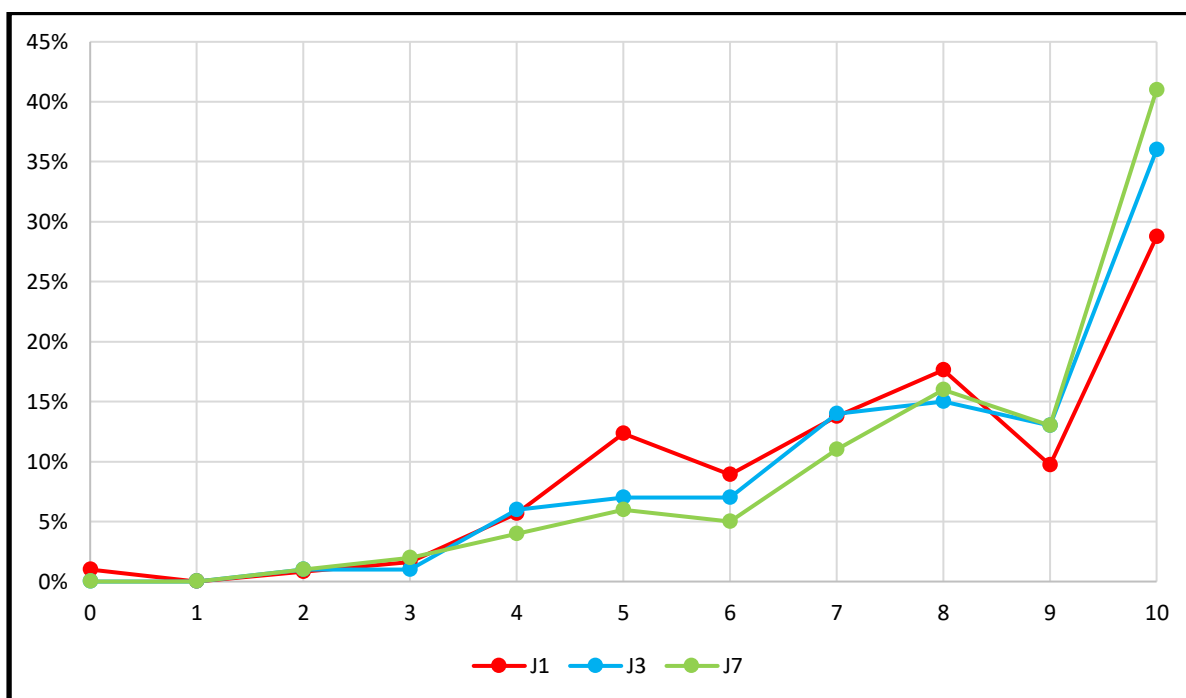


Figure 69 : répartition des scores de santé générale à J1, J3 et J7.

La figure 69 donne des indications plus précises sur l'évolution de la santé générale notamment dans les répartitions des scores à J1 (en rouge), J3 (en bleu) et J7 (en vert).

Entre J1, J3 et J7, les courbes des scores de 0 à 4 sont superposables. Les premières différences s'opèrent à partir du score de 5/10.

Les écarts les plus importants entre J1 et J7 sont observables au score de 5 qui perd 6% et le score de 10 qui gagne 12%.

L'augmentation de la moyenne figure 68 est donc principalement due à l'augmentation de la proportion de la note maximale de 10/10.

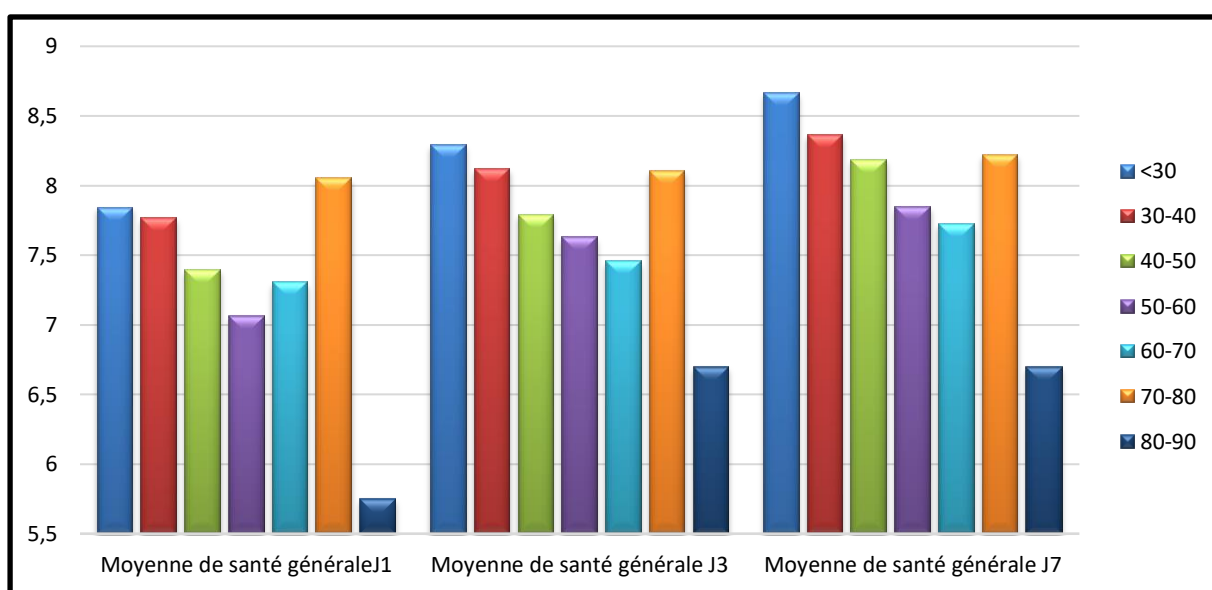


Figure 70 : moyenne de santé générale à J1, J3 et J7 selon âge.

La figure 70 décrit l'évolution de la santé générale de J1 à J7 selon de l'aspect socio-démographique de l'échantillon.

Exceptée la tranche d'âge 70-80 ans, la tendance de moyenne de santé générale va décroissant avec l'âge, avec un écart de 0,8 point entre les moins de 30 ans et les 60-70 ans. L'écart le plus important (près de 2 points) se situe la tranche entre 80-90 ans et les moins de 30 ans.

Entre J1 et J7 toutes les tranches augmentent leur moyenne de 0,6 points environ. La classe des plus de 80 ans reste tout de même 1.5 points en dessous de la moyenne de santé générale globale.

5.4.4 Suites des soins

a) Nouvelle consultation

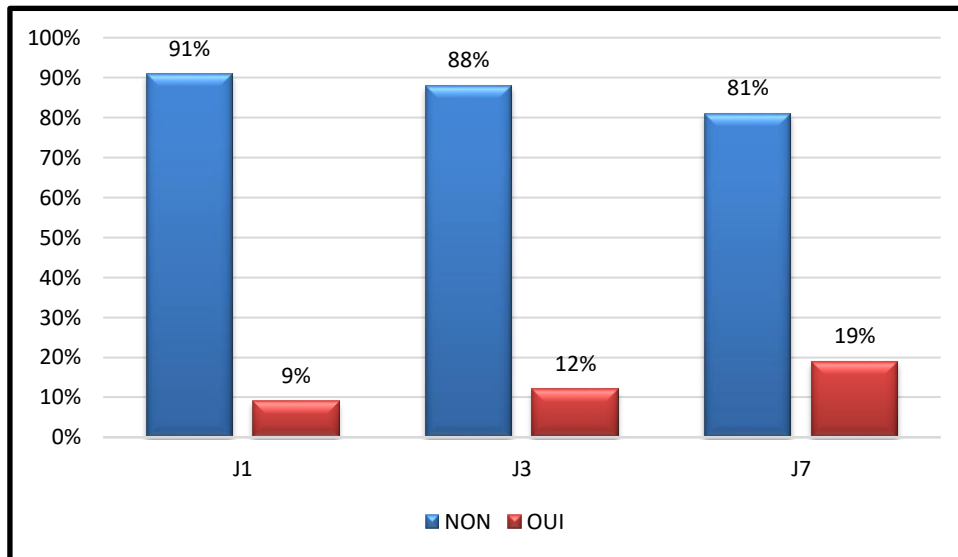


Figure 71 : réponse à la question : « avez-vous consulté à nouveau. » à J1, J3 et J7.

La proportion de réponses positives (en rouge) évolue de 9%, 12% puis 19% respectivement à J1, J3 et J7.

A J7, 4 patients de l'échantillon sur 5 n'ont pas consulté de nouveau.

Les raisons pour lesquelles les 19% patients ont dû consulter à nouveau sont représentées dans la figure 72.

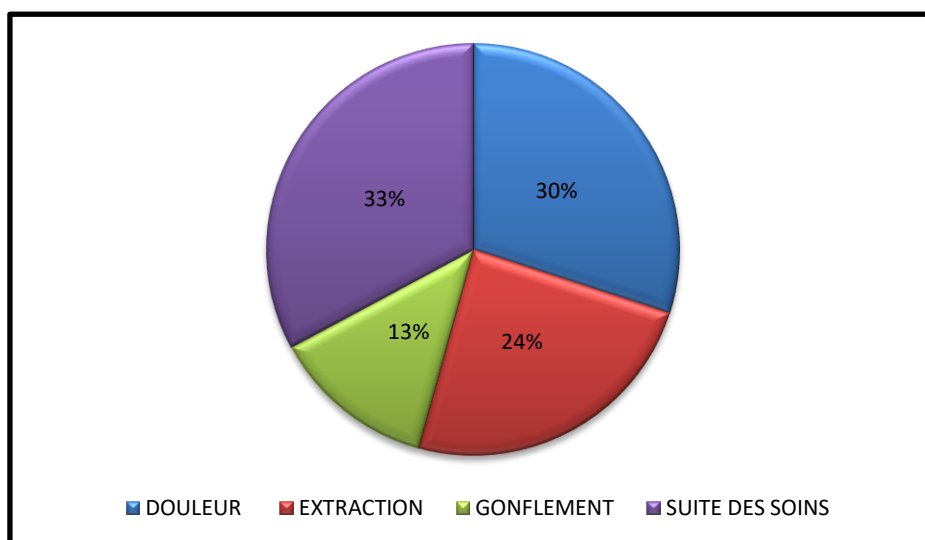


Figure 72 : Raisons d'une nouvelle consultation.

Les résultats présentés figure 72 ont été mesurés à J7 et concernent environ 20% de l'échantillon des répondants soit près de 70 patients sur 378 (figure 71). Ces 70 patients forment l'échantillon des patients ayant reconsulté.

Plusieurs causes de nouvelles consultation sont évoquées : gonflement (en vert), extraction (en rouge), douleur (en bleu), suite de soins (en violet)

43% des patients ayant reconsulté retournent voir un praticien car leur douleur est toujours présente (30%) ou bien que le gonflement a empiré (13%). Cela représente en tout 8% de l'échantillon des répondants. Les valeurs sont en adéquation avec les résultats des scores douleur et d'inquiétude : 10% de douleurs modérées à sévère à J7 (figure 46) et 10% d'inquiétude sévère à J7 (figure 64).

Par ailleurs, dans l'échantillon des reconsultants, plus de la moitié des patients ont pris rendez-vous chez un praticien afin de terminer les soins : suite des soins chez leur dentiste (30%) ou extraction au sein de l'hôpital via une consultation en chirurgie (24%).

b) Suivi des instructions

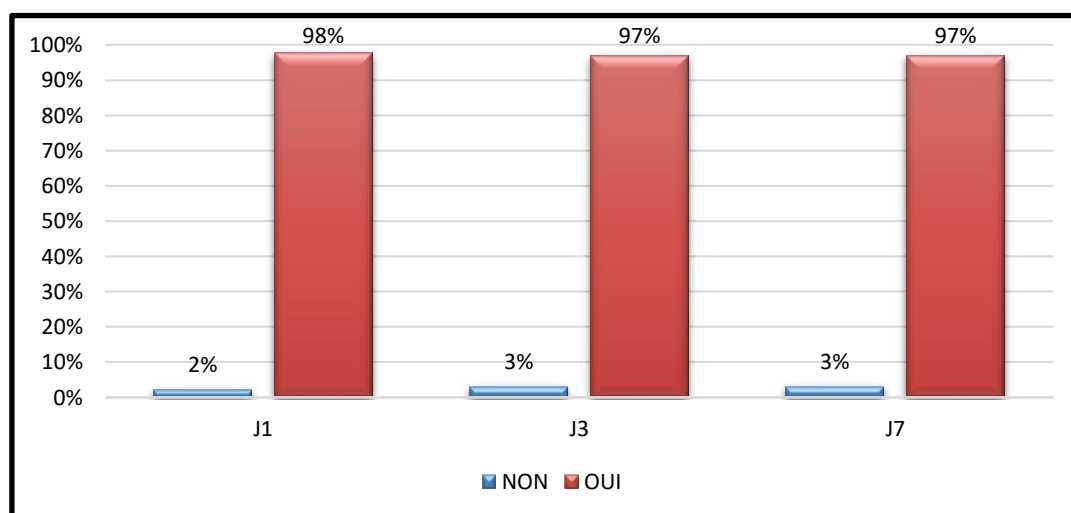


Figure 73 : réponse à la question : « avez-vous suivi les instructions données lors de la consultation d'urgence ».

Il n'y a pas d'évolution significative des valeurs entre J1, J3 et J7. Une très large majorité (97%) déclare avoir respecté les instructions du personnel soignant.

c) Suivi de la prescription

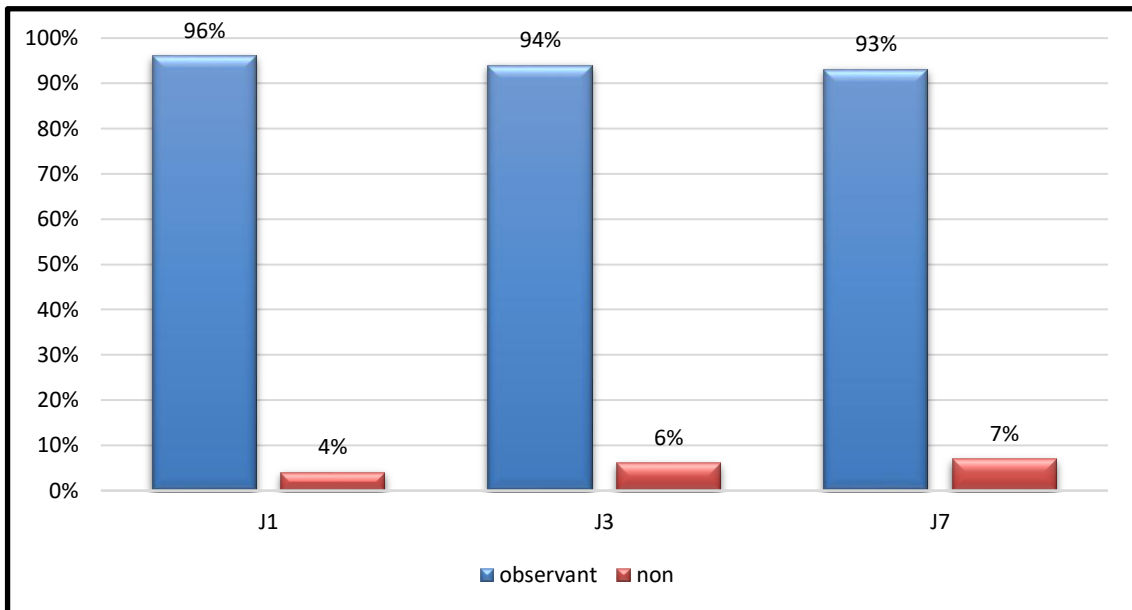


Figure 74 : respect de l'ordonnance à J1, J3 et J7.

La proportion de patients déclarant ne pas observer leurs traitements évolue de 4% à J1 à 7% à J7. La raison principale évoquée est un arrêt des antibiotiques justifié par un arrêt des douleurs.

d) Prise du rendez-vous de suite des soins

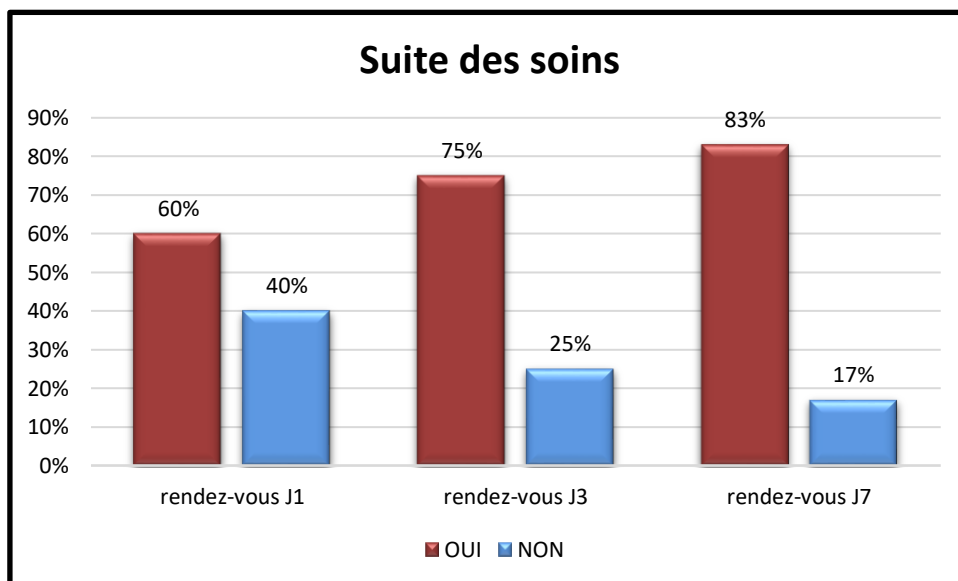


Figure 75 : réponse à la question : « avez-vous pris un rendez-vous chez le dentiste ».

A **J1** : 60% des patients disent avoir pris rendez-vous chez le chirurgien-dentiste pour la suite des soins. La proportion augmente de 20% entre J1 et J7.

Si la majeure partie des patients déclare avoir un rendez-vous de suite des soins chez un chirurgien-dentiste, un patient sur 5 n'a pas pris rendez-vous à J7.

6. Comparatif de l'étude par rapport à celle de 2014

6.1 Données socio-démographiques

A) Renseignements généraux et sociaux.

Sexe

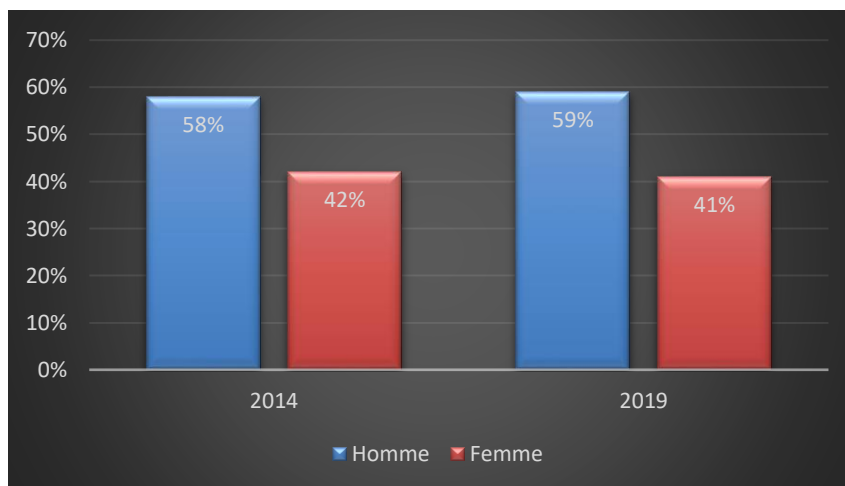


Figure 76 : sexe de la population en 2014 et en 2019.

La figure 76 décrit la répartition homme/femme en 2014 et 2019. Il y a moins d'1% de différence entre les résultats de 2014 et 2019.

Couverture sociale

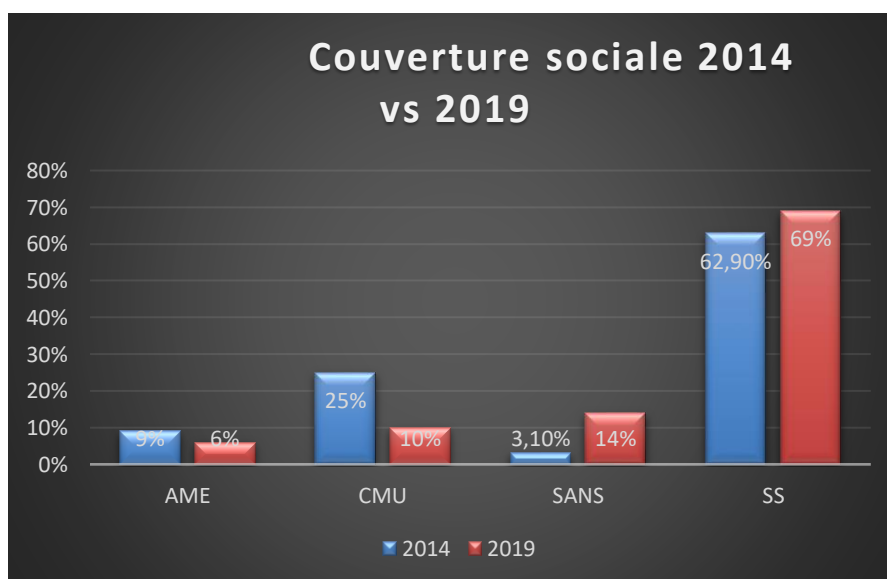


Figure 77 : répartition du degré de couverture sociale des patients de l'échantillon en 2014 et en 2019.

Entre 2014 et 2019, on observe plus de 10% d'augmentation des patients sans couverture sociale et 7% d'augmentation des patients avec la sécurité sociale est constaté.

Il y a cependant une **diminution** des patients avec CMU (15% d'écart) et AME (3% d'écart).

Suivi dentaire

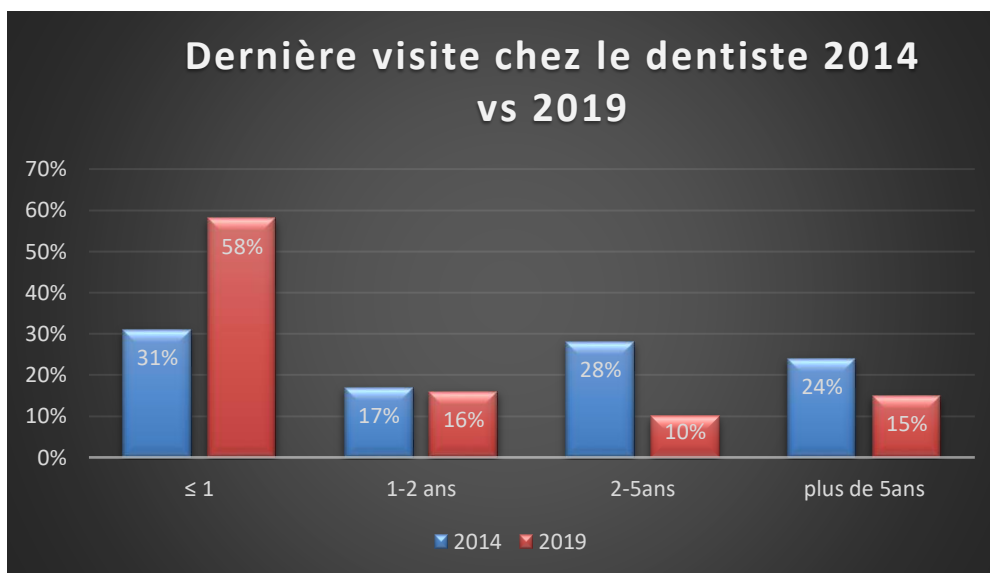


Figure 78 : répartition du suivi dentaire de l'échantillon en 2014 et en 2019.

La figure 78 illustre la répartition de la date de dernière visite chez un chirurgien-dentiste en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

- La proportion de patient ayant consulté leur chirurgien-dentiste dans l'année est 2 fois supérieure en 2019 par rapport à 2014 (58% par rapport à 31%) ;
- Entre 1-2 ans les proportions sont quasi identiques ;
- Entre 2-5 ans le taux évolue de 28% à 10% en 2019 ;
- >5 ans la proportion diminue de 9% entre 2014 et 2019.

La population étudiée en 2019 semble donc être plus régulière vis à vis des visites chez le chirurgien-dentiste.

Mode de recrutement des patients :

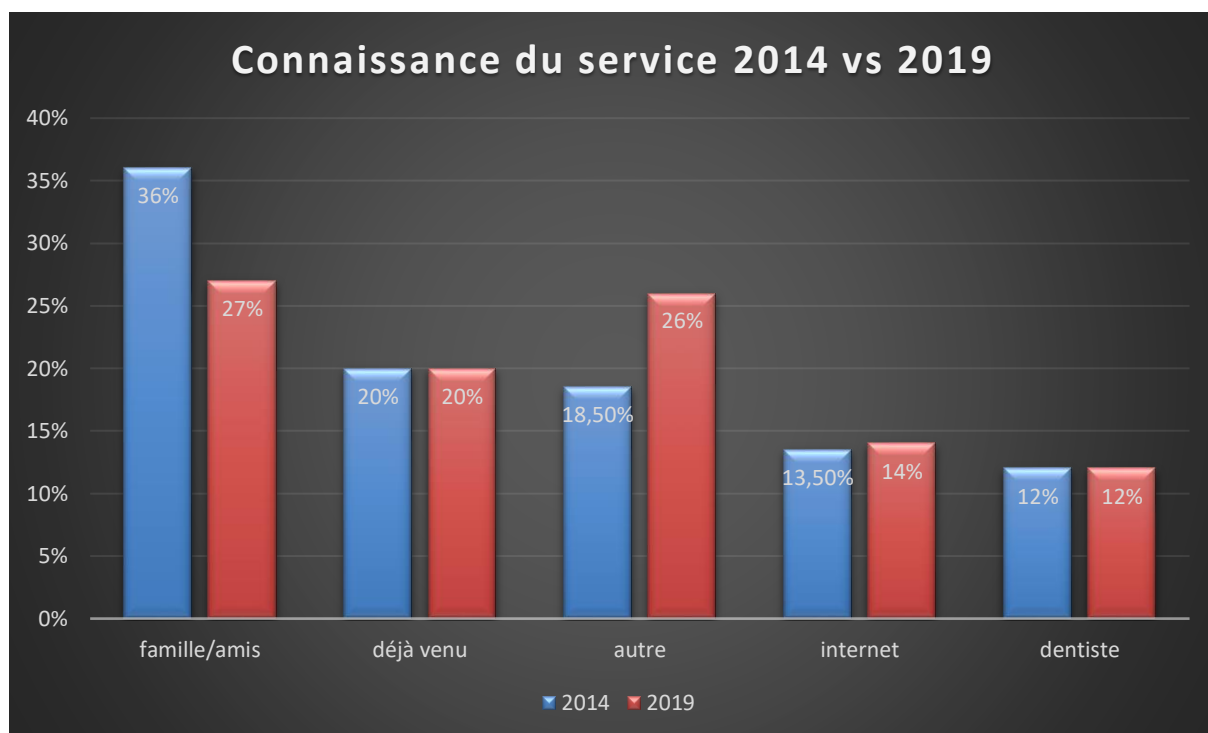


Figure 79 : répartition du mode de recrutement des patients en 2014 et en 2019.

La figure 79 illustre la répartition de l'échantillon selon le mode de recrutement en 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge).

Les résultats sont globalement similaires entre 2014 et 2019, exceptée une diminution de 10% dans la rubrique « famille amis » et une augmentation de 10% dans la rubrique « autre » en 2019.

Essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

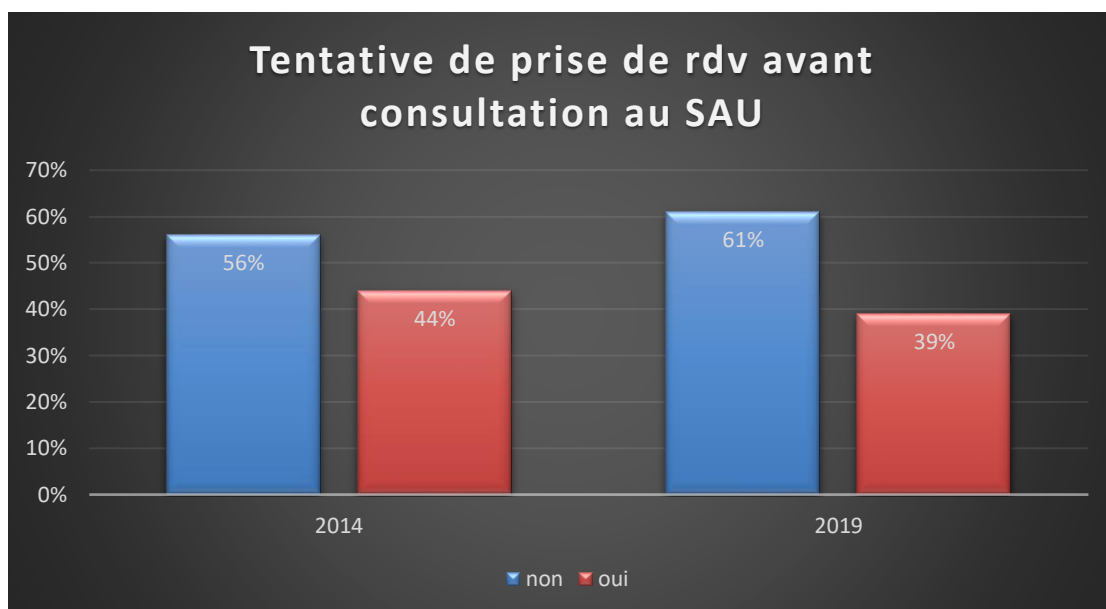


Figure 80 : Prise de rendez-vous avant la consultation d'urgence en 2014 et en 2019.

Les résultats entre 2014 et 2019 sont globalement similaires (perte de 5% de réponses positives en 2019).

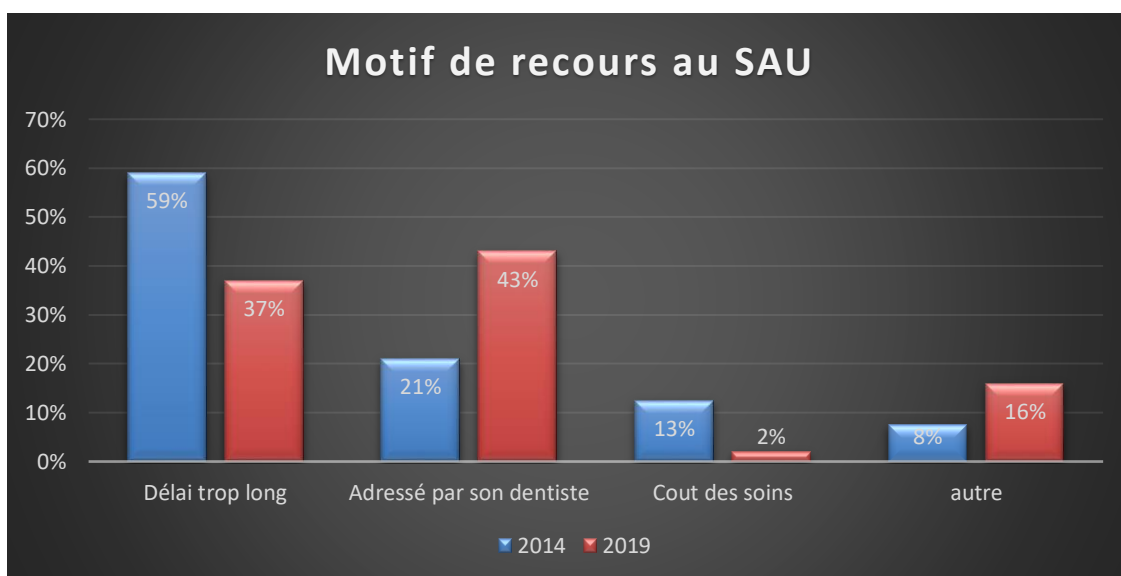


Figure 81 : raison de recours aux urgences du SAU plutôt que leur praticien traitant évoquées par les patients en 2014 et 2019.

-En 2014 (en bleu) : la raison principale de recours aux urgences était le délai de rendez-vous (59%) ; le motif « adressé par son dentiste » en 2^e position (21%), le coût des soins en 3^e position (12.5%) et en 4^e position : autre (7.5%).

-En 2019 (en rouge) : la raison principale de recours aux urgences est : « adressé par son praticien » 43%, soit le double de 2014 ; en 2^e, le délai de rendez-vous perd 12%, en 3^e « autre » gagne 9% et enfin le coût des soins perd 10%.

Les motifs de consultation

1. Les motifs de consultation évoqués par les patients

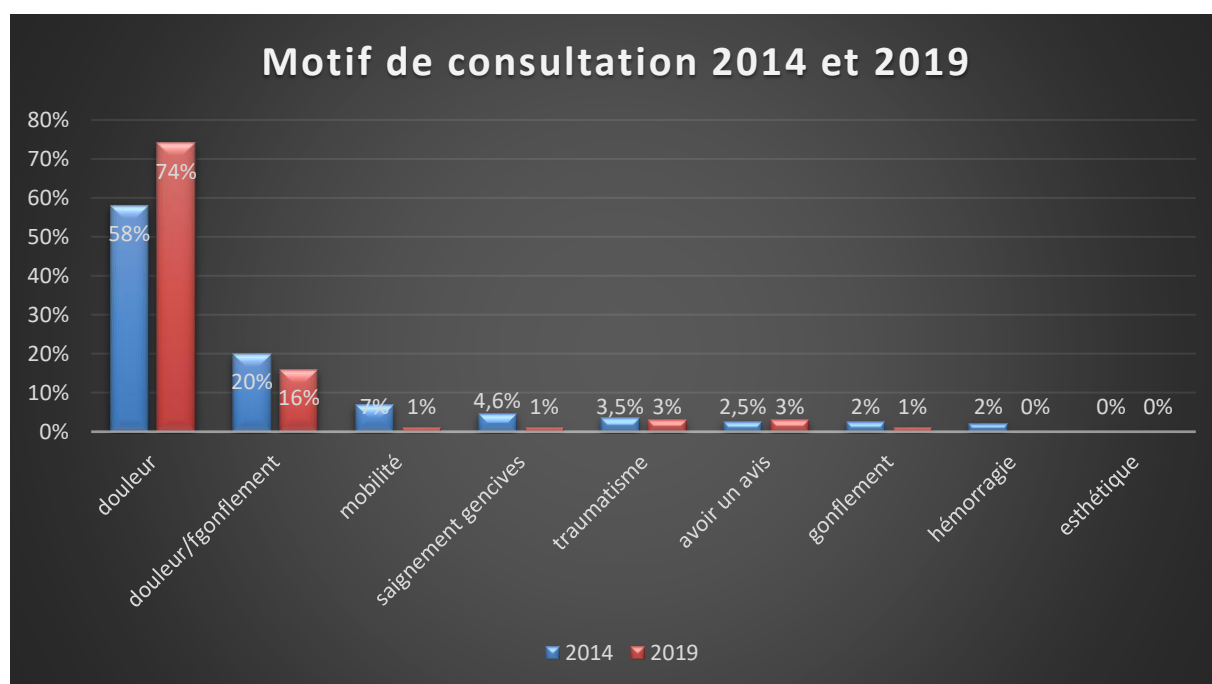


Figure 82 : répartition du motif de consultation évoqué par les patients.

La figure 82 illustre la répartition des différents motifs de consultation évoqués par le patient.

La répartition des motifs de consultation est superposable entre 2014 et 2019 à l'exception d'une différence notable de 16% d'augmentation pour « la douleur » en 2019 ainsi que de légers écarts dans les diagnostics représentés chacun à moins de 5%.

2. Diagnostic établi par le personnel soignant

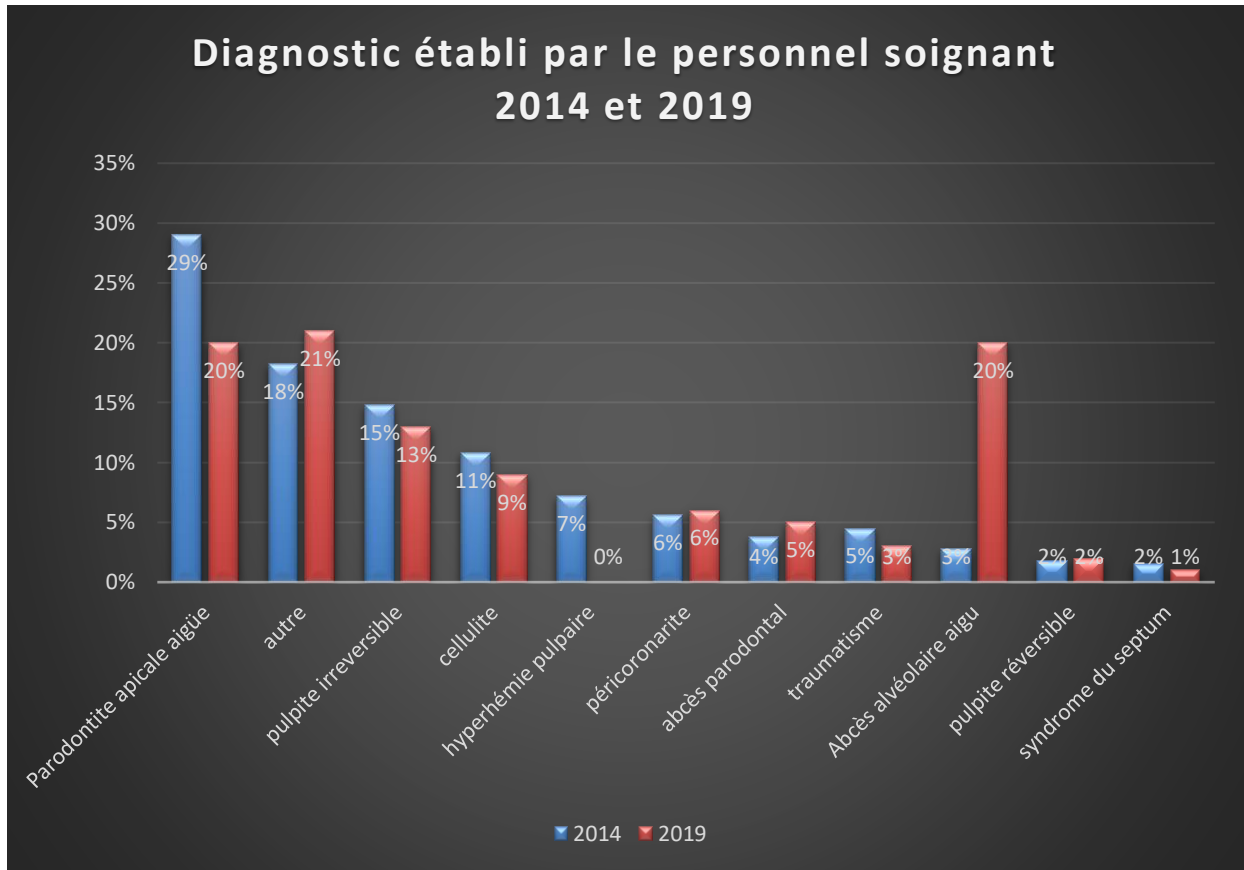


Figure 83 : répartition des diagnostics dans l'échantillon (comparatif 2014 et 2019).

La figure 83 présente la part des différents diagnostics dans l'échantillon de 2014 (en bleu) et de 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 sont globalement similaires avec toutefois :

- Une diminution de 9% de parodontite apicale aiguë
- Une augmentation de 17% des abcès alvéolaires aigus
- Une diminution de 7% des pulpites réversibles

Score d'anxiété

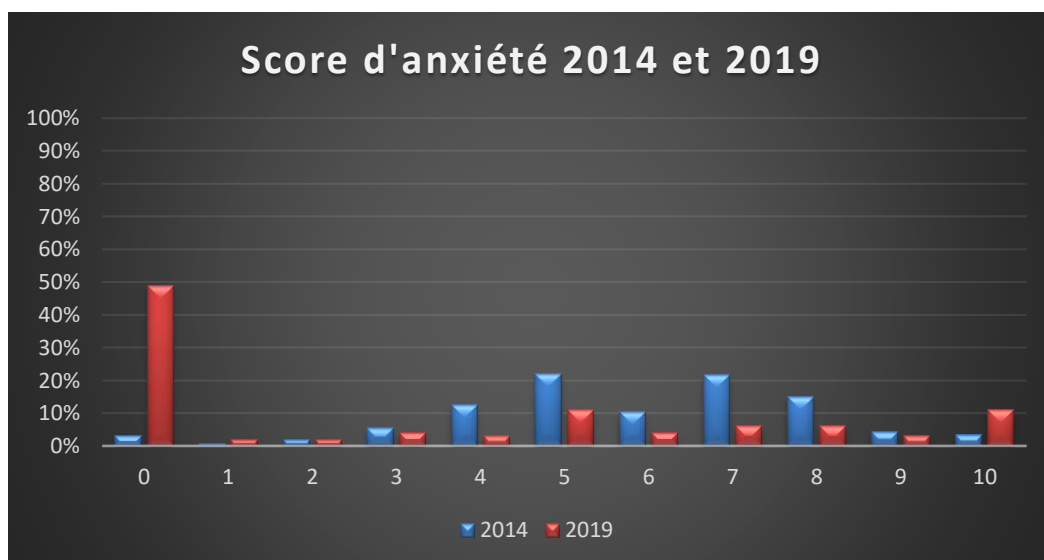


Figure 84 : répartition des scores d'anxiété à J0 (comparatif 2014 et 2019).

Sont présentés en ordonnée les % et en abscisse les différents scores d'anxiété de 0 à 10.

La figure 84 compare les scores d'anxiété en 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge)

Ces scores ont une répartition similaire. La principale différence portant sur le nombre de patients se déclarant non anxieux (score 0) : 49% en 2019 contre 3% en 2014 ; et 10% entre les scores de 4 et 8.

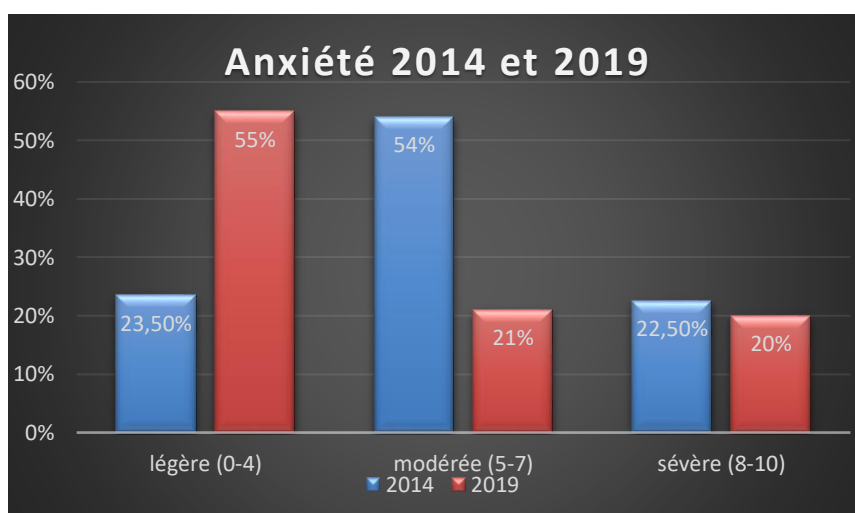


Figure 85 : répartition des scores d'anxiété regroupés en 3 classes à J0 en 2014 et 2019.

La distribution des scores d'anxiété montre certains écarts entre 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge).

Il n'y a pas de différence dans les scores d'anxiété sévère. Cependant, la répartition entre 2014 et 2019 de l'anxiété légère et modérée est inversée en faveur d'une augmentation de 30% d'anxiété légère, et d'une baisse de 30% d'anxiété modérée.

Score de douleur au cours des dernières 24h

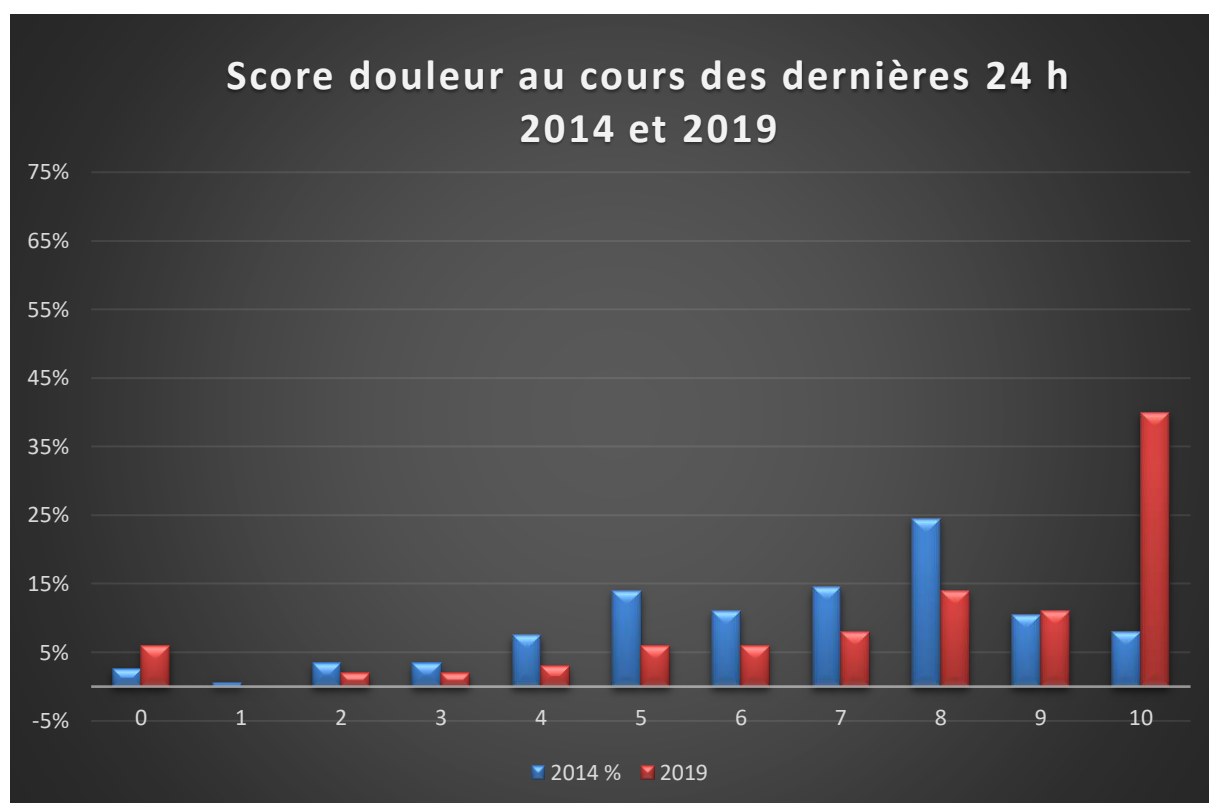


Figure 86 : Distribution des scores de douleur des dernières 24h (comparatif 2014 et 2019).

La figure 86 compare la répartition des différents scores de douleur 24 heures avant la consultation d'urgence en 2014 (bleue) et en 2019 (rouge).

Excepté pour le score de 10, La répartition des scores de douleur au cours des dernières 24 heures est globalement similaire.

L'écart notable entre les 2 années se situe au niveau de la note de 10/10 : 40% en 2019 contre 8% en 2014.

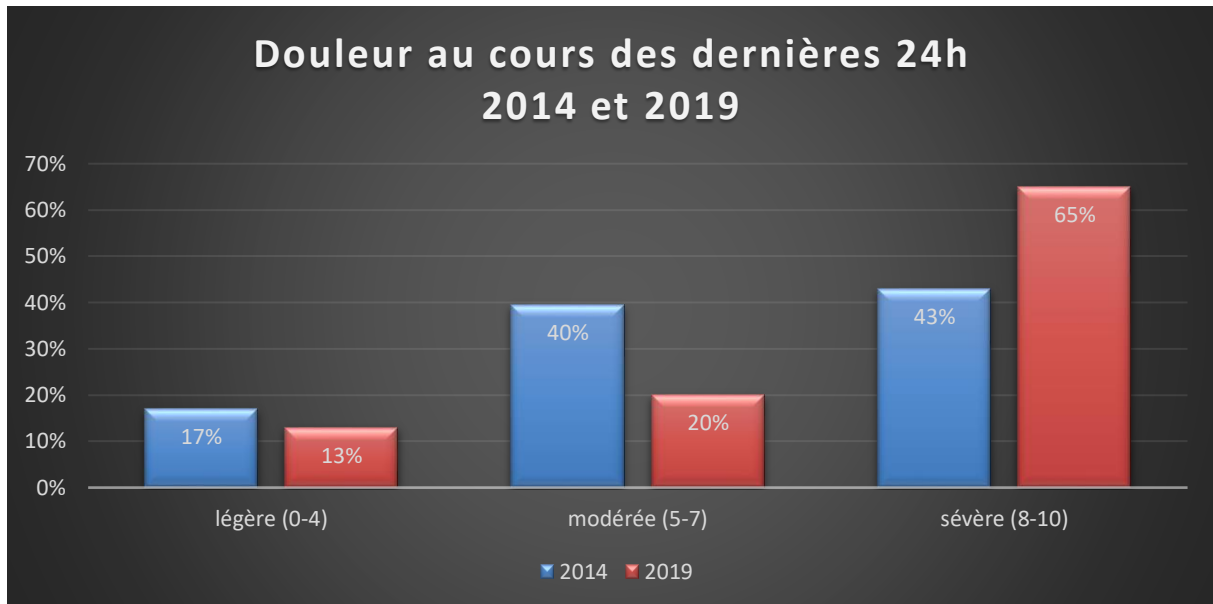


Figure 87 distribution des scores de douleur au cours dernières 24 heures en 2014 et 2019.

La figure 87 modélise les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère au cours des 24 heures avant consultation, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Bien qu'il n'y ait pas de différences dans l'ordre de répartition des degrés de douleurs (1^{er} rang : sévère, 2^e rang : modéré, 3^e rang légère) entre 2014 et 2019, il y a un transfert des proportions des douleurs modérées vers les douleurs sévères : 20% de diminution de douleurs modérées pour 20% d'augmentation de douleurs sévères en 2019.

Score de douleur à J0

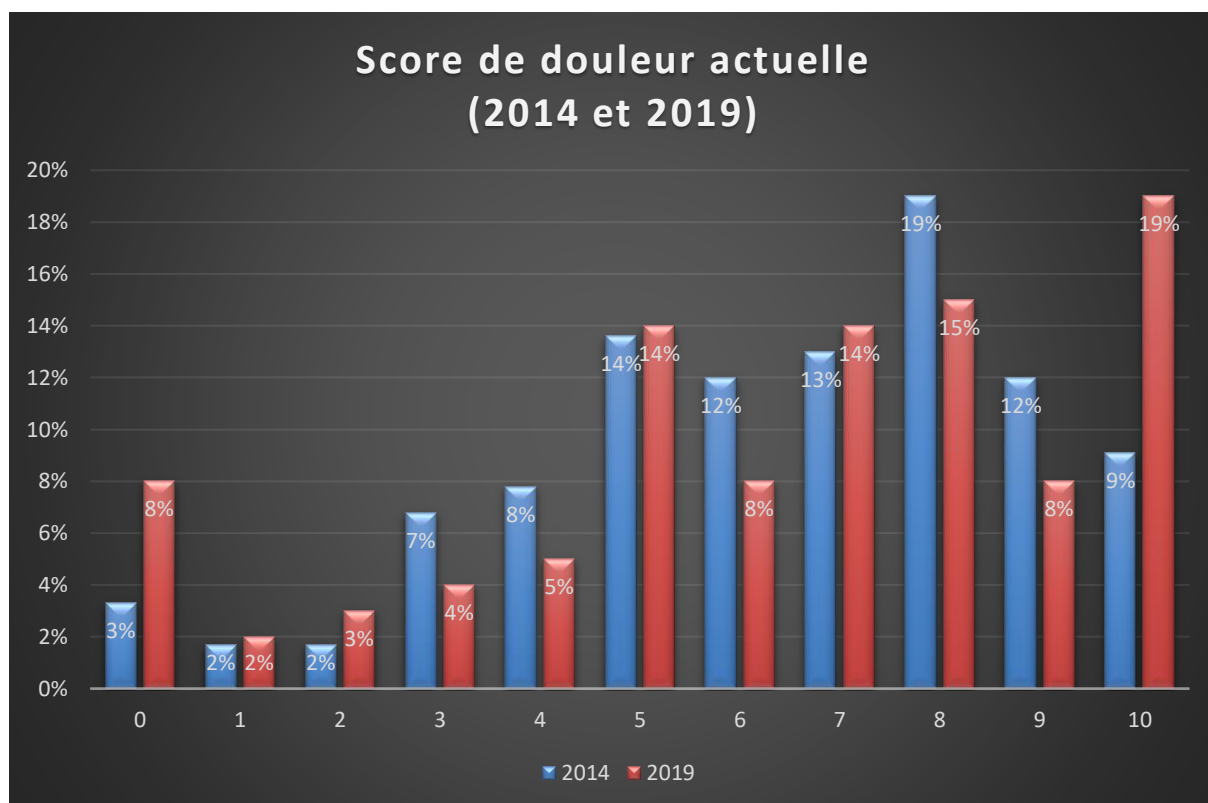


Figure 88 : répartition des scores de douleur à J0 en 2014 et 2019.

La figure 88 compare la répartition des différents scores de douleur le jour de la consultation d'urgence en 2014 (courbe bleue) et en 2019 (courbe rouge).

L'historique suit la même dynamique de répartition des scores de douleur. Cependant, le partage des notes au niveau des score extrêmes (0/10 et 10/10) présente des différences : 8% des patients ont évalué leur douleur à 0/10 contre 3% en 2014 ; et 19% contre 9% en 2014 pour le score de 10.

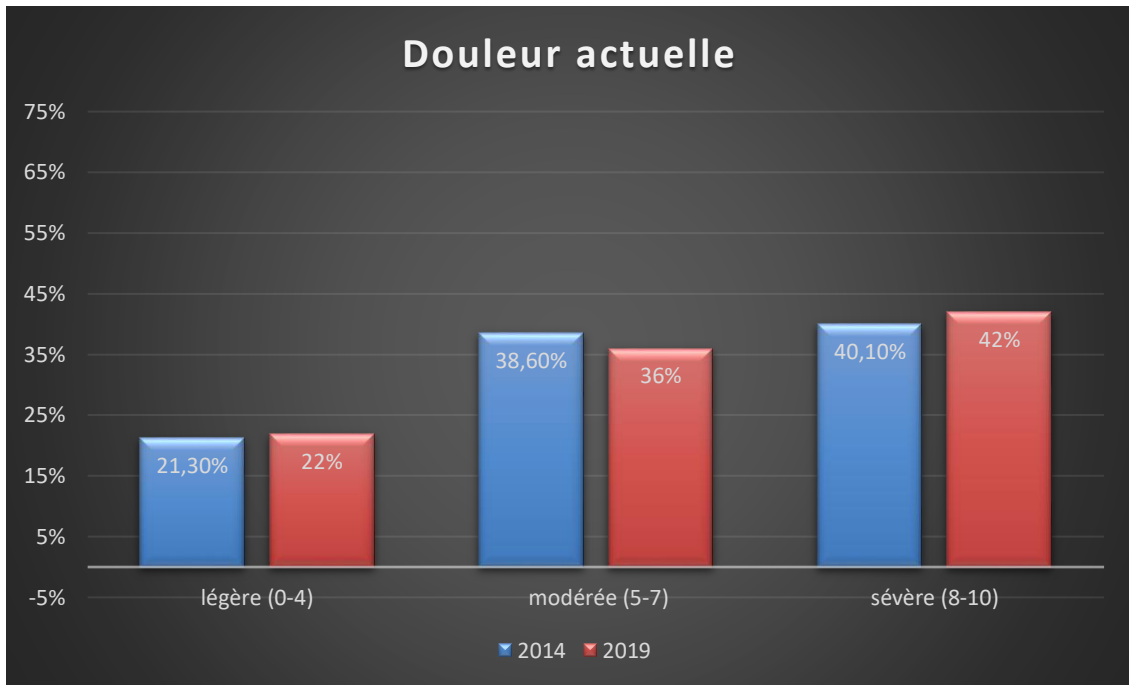


Figure 89 : répartition des degrés de douleur à J0 regroupés en 3 classes (comparatif 2014 et 2019).

La figure 89 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère le jour de la consultation en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats présentés figure 89 sont similaires entre 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge).

6.2 Questionnaire de satisfaction

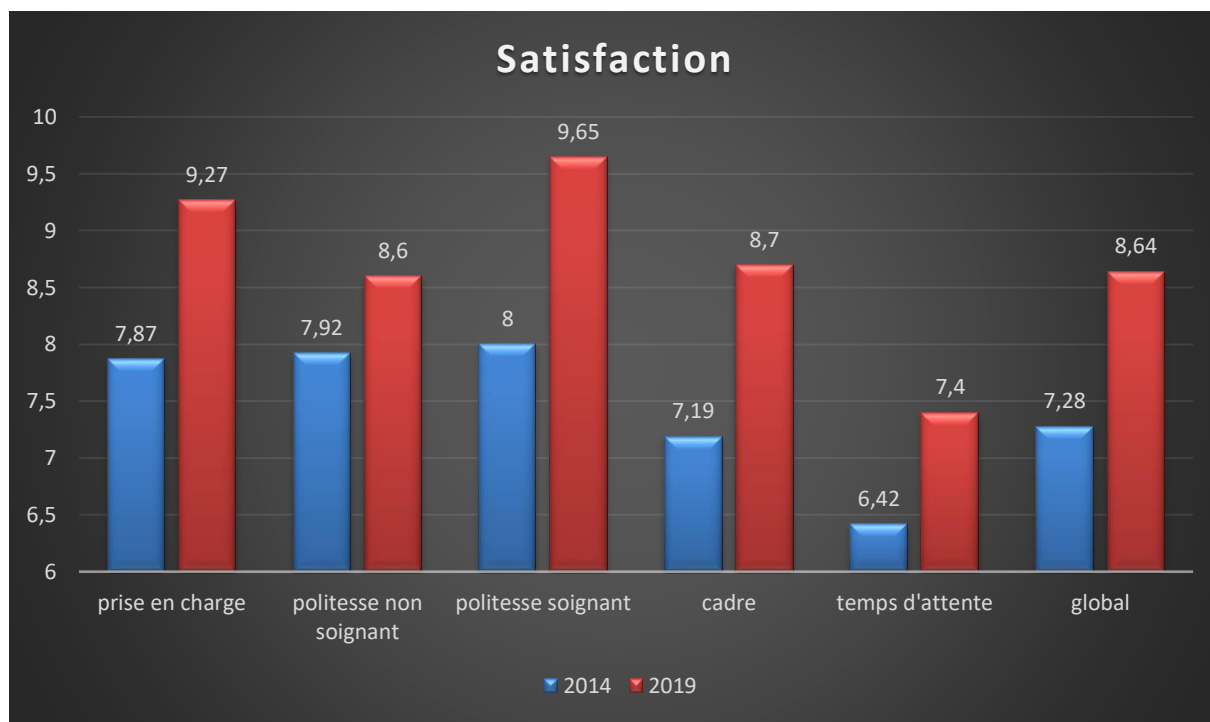


Figure 90 : moyenne des notes de satisfaction en 2014 et 2019.

Les résultats des notes concernant la qualité de la prise en charge au fauteuil, la politesse du personnel soignant et non soignant, le cadre, le temps d'attente et l'impression globale sont illustrés figure 90 avec les moyennes de 2014 en bleu et les moyennes de 2019 en rouge.

Toutes les moyennes de notes en 2019 sont supérieures à celles de 2014. Les écarts sont autour de 1.5 points de moyenne pour toutes les notes sauf pour la politesse du personnel non soignant (0.7 points) et pour le temps d'attente (1 point).

Les patients semblent donc plus satisfaits en 2019 concernant ces critères.

Satisfaction de l'information reçue

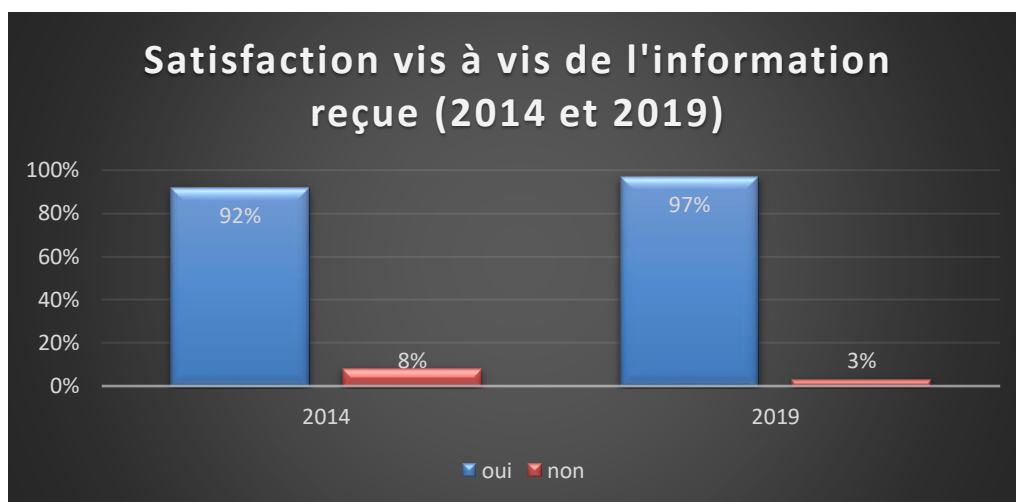


Figure 91 : Satisfaction de l'information reçue (comparatif 2014 et 2019).

Les résultats sont superposables entre 2014 et 2019, la quasi-totalité des patients déclarent être satisfaits de l'information transmise par le praticien avec une augmentation de 5% de réponses positives en 2019.

Satisfaction du traitement reçu

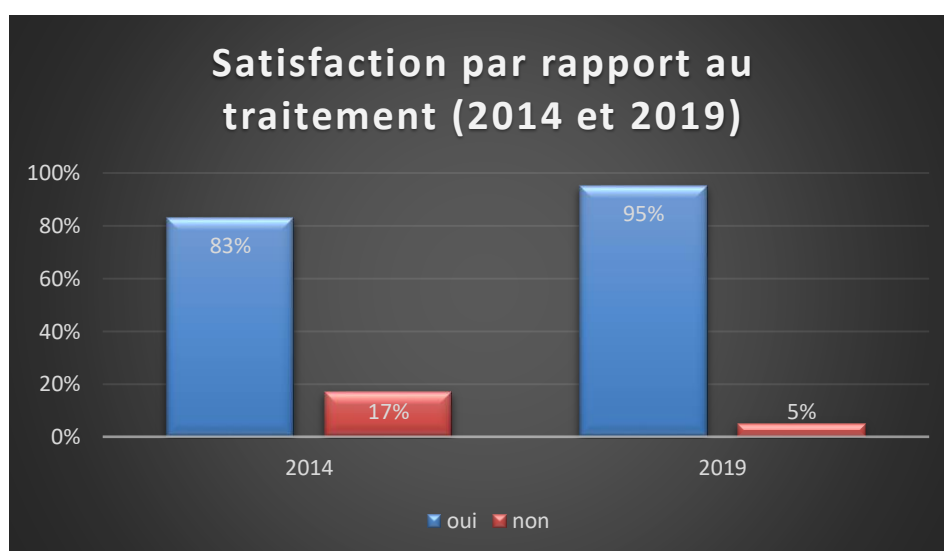


Figure 92 : Satisfaction par rapport au traitement (comparatif 2014 et 2019).

Si une grande majorité de patients déclare être satisfait du traitement réalisé par le praticien en 2014 et en 2019, 12% de patients supplémentaires ont manifesté leur satisfaction par rapport à leur traitement en 2019.

Recommandations et consultation

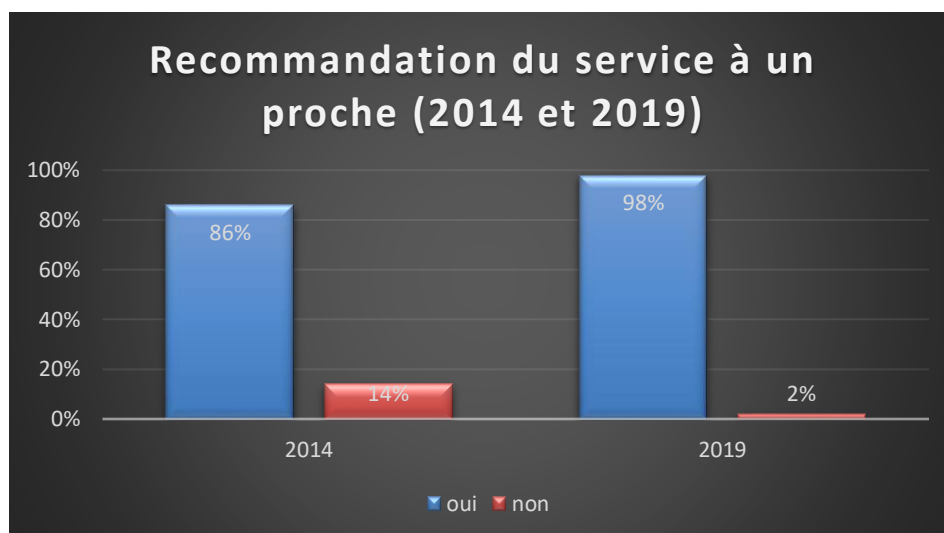


Figure 93 : Recommandation du service (comparatif 2014 et 2019).

En résonance avec la figure 93, 12% de patients supplémentaires recommanderaient le service à un proche, par rapport à 2014. En 2019, la quasi-totalité des patients recommanderaient le service d'urgence du GHPS.

Consultation de nouveau

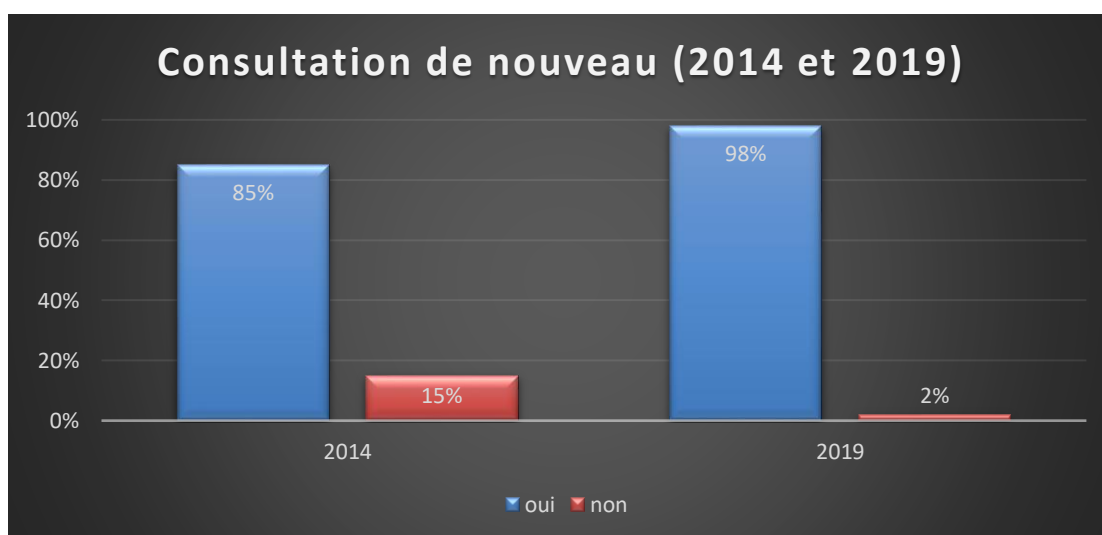


Figure 94 : Consultation de nouveau (comparatif 2014 et 2019).

Sur la même dynamique de satisfaction vue figures 92 et 93, La figure 94 révèle une augmentation de 13% de la part de « oui » en 2019 concernant une possible nouvelle consultation si cela était nécessaire.

6.3 Résultats des rappels téléphoniques

Nous avons comparé les résultats de notre étude à ceux de 2014 à propos des rappels téléphoniques à J3 et J7. En 2014, le rappel à 24h (J1) n'avait pas été réalisé.

6.3.1 Douleur

Score de douleur à J3

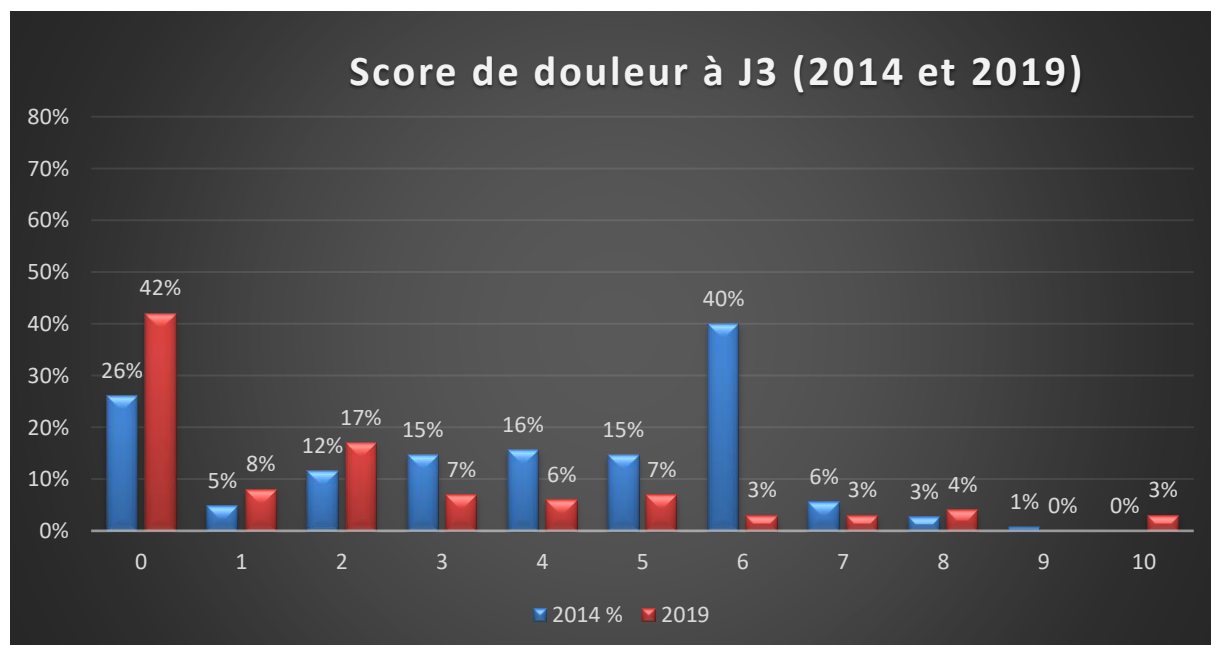


Figure 95 : répartition des scores de douleur à J3 en 2014 et 2019.

La figure 95 compare la répartition des différents scores de douleur 3 jours après la consultation d'urgence en 2014 (bleue) et en 2019 (rouge).

La répartition des scores de douleur au cours des dernières 24h entre 2014 et 2019 est différente.

Concernant les scores inférieurs ou égaux à 2, les proportions en 2019 sont supérieures aux taux de 2014 ; avec un écart de 15% pour la note de 0/10.

De 3 à 7, l'écart se situe aux alentours de 10% en faveur de 2014. Le score de 6 représente le plus haut décalage : 40% en 2014 contre 3% en 2019.

Pour les scores supérieurs à 7, la répartition au sein de l'échantillon en 2014 et 2019 est globalement similaire.

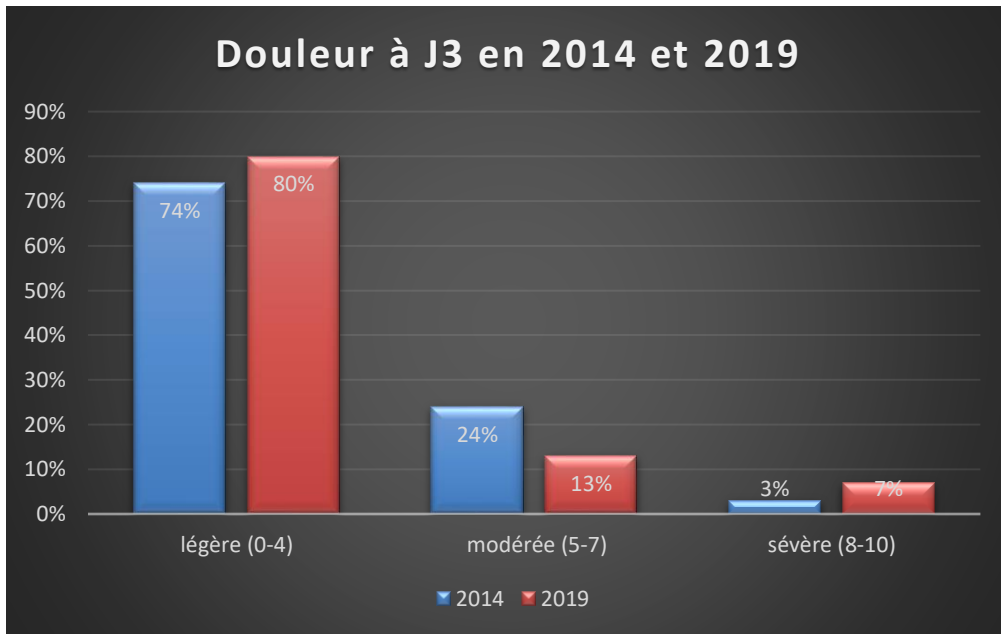


Figure 96 : répartition des scores de douleurs à J3 regroupés en 3 classes (comparatif 2014 et 2019).

La figure 96 modélise les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère 3 jours après la consultation, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 sont globalement similaires. Toutefois, les parts de douleurs légères et sévères augmentent d'environ 5% chacune et la part de douleur modérée diminue de 11%.

Les résultats figure 96 appuient la répartition des scores illustrés figure 95 qui démontrent un déplacement des proportions dans les extrêmes des notes en 2019 impliquant une diminution de la part de douleurs modérées.

Score de douleur à J7

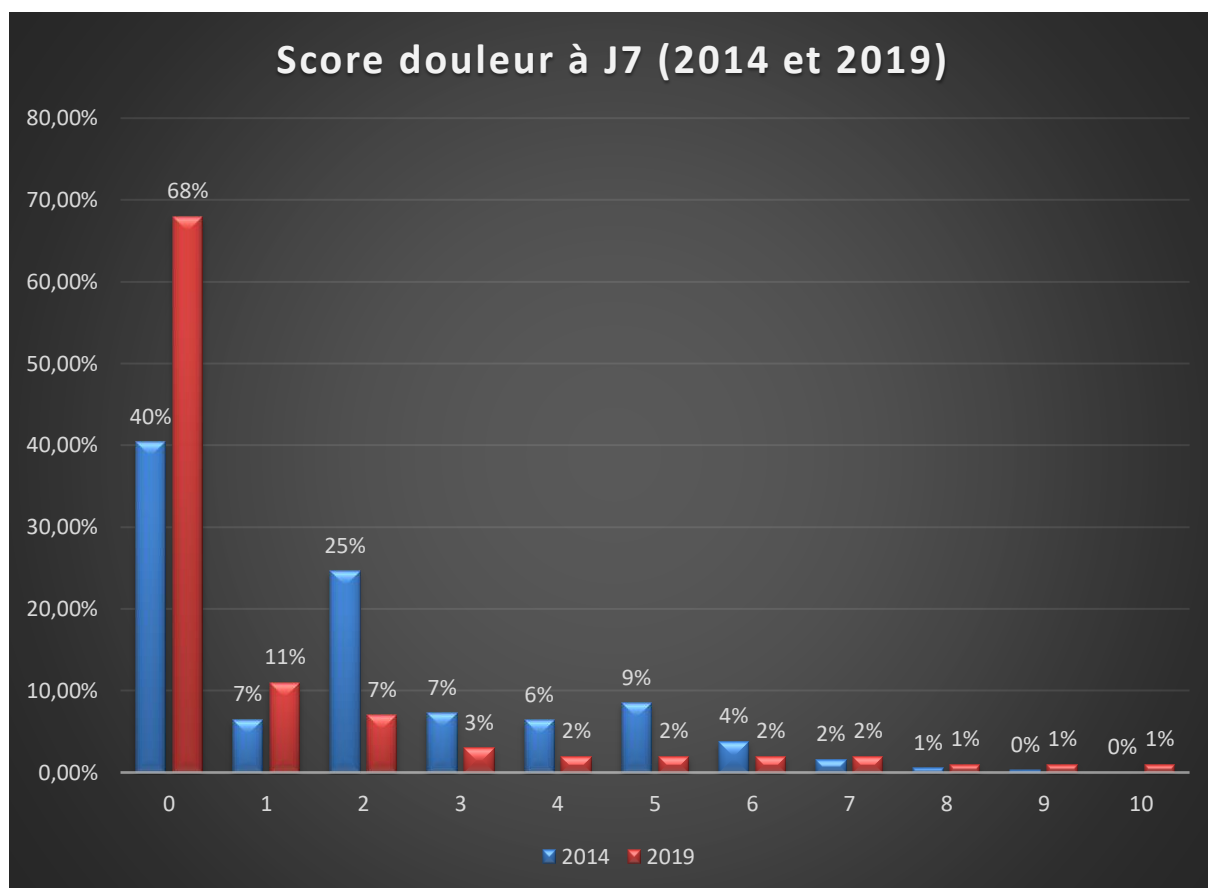


Figure 97 : répartition des scores de douleur à J7.

La figure 97 compare la répartition des différents scores de douleur 7 jours après la consultation d'urgence en 2014 (bleue) et en 2019 (rouge).

L'ordre de découpage des notes supérieures à 3 est similaire entre 2014 et 2019. La répartition des scores de douleurs à J7 de 2019 suit légèrement en-dessous la direction de 2014.

Cependant, 30% de patients en plus ont noté 0/10 et près de 20% de moins ont noté 2/10 en 2019.

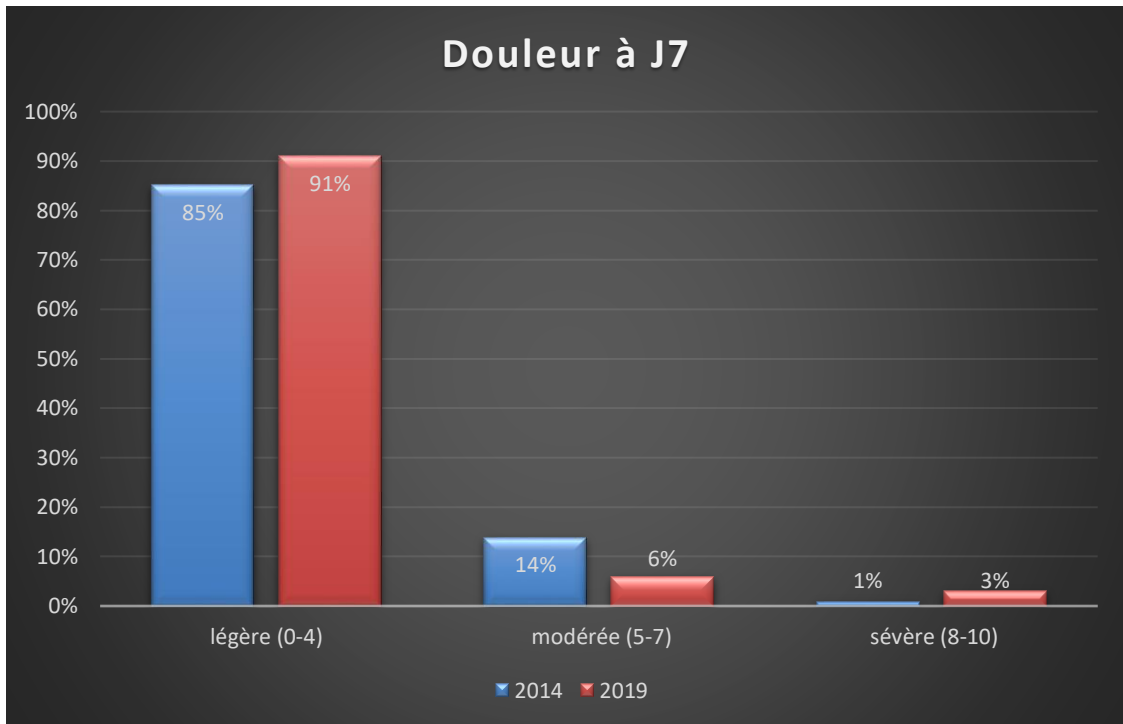


Figure 98 : répartition des scores de douleur regroupés en 3 classes à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 98 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère 7 jours après la consultation d'urgence, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 sont superposables avec toutefois une légère augmentation de la part de douleur légère (6%) et une diminution de la part de douleur modérée (8%).

6.3.2 Inquiétude

Score d'inquiétude à J3

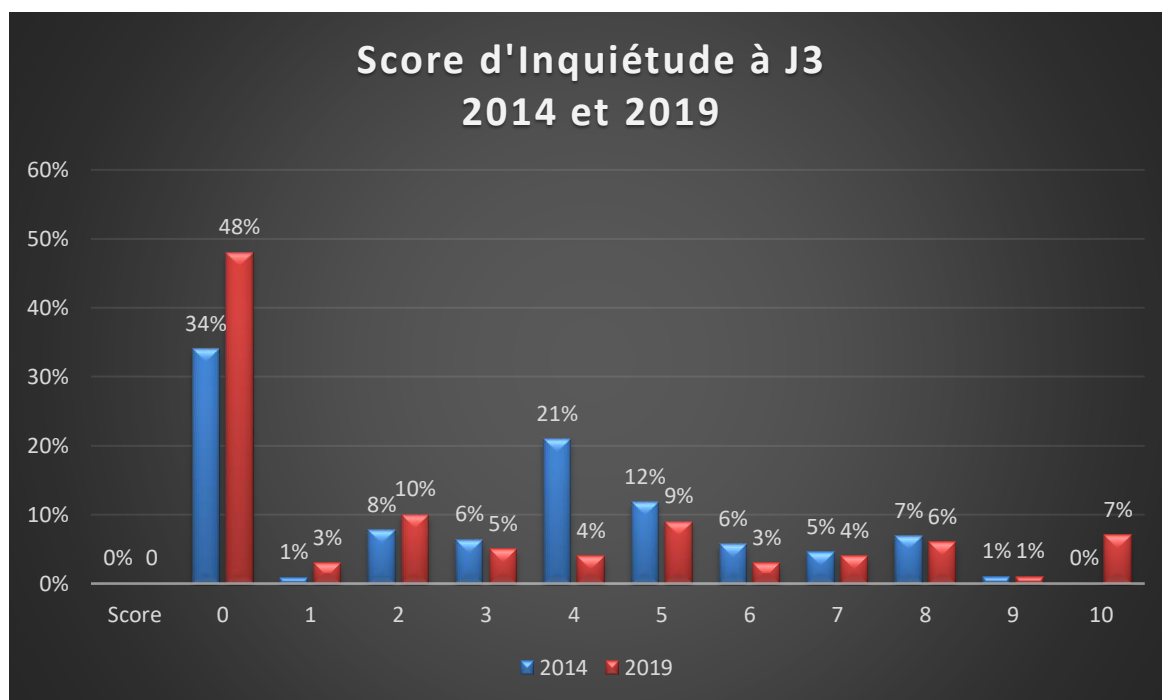


Figure 99 : répartition des scores d'inquiétude à J3 entre 2014 et 2019.

La figure 99 indique la répartition des différents scores d'inquiétude 3 jours après la consultation d'urgence en 2014 (bleu) et en 2019 (rouge).

Les 2 courbes ont sensiblement la même dynamique avec des écarts notables au niveau des scores de : 0/10 et 10/10 respectivement 15% et 7% d'augmentation, 4/10 15% de diminution.

La répartition des scores est globalement similaire en 2019 et en 2019. Les écarts observables se situent aux scores extrêmes (0 et 10) et pour le score de 4.

En effet, en 2019, 14% de patients supplémentaires ont attribué la note de 0 par rapport à 2014, et 7% supplémentaires pour le score de 10. Concernant le score de 4/10, le taux perd 14% en 2019.

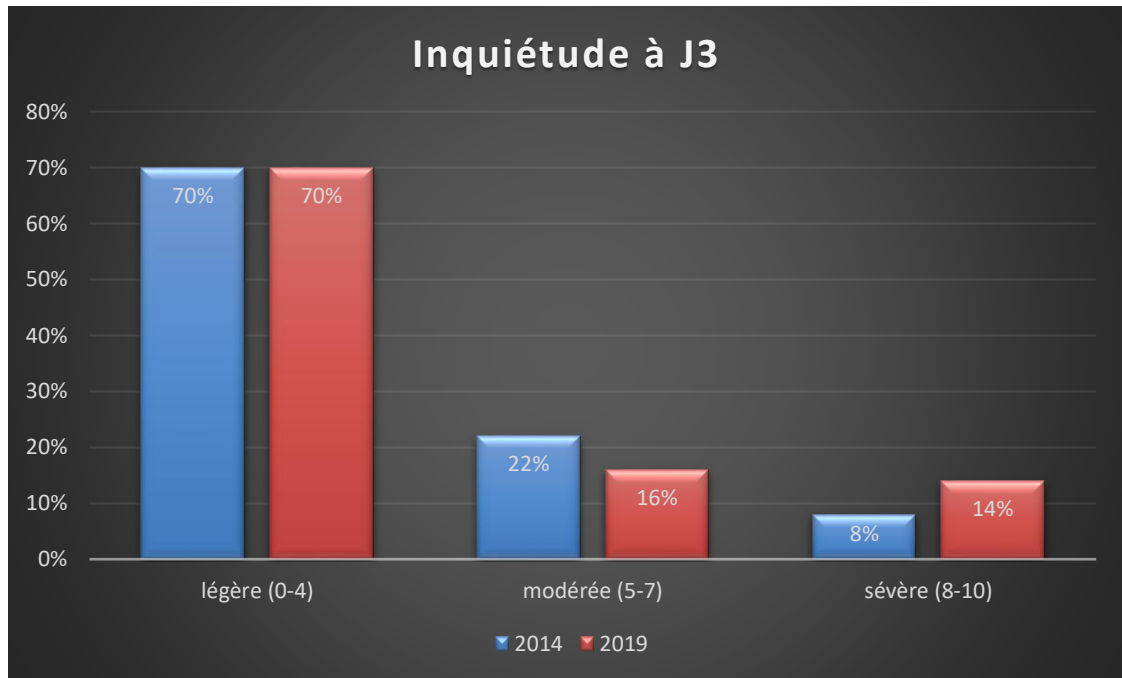


Figure 100 : répartition des score d'inquiétude regroupés en 3 classes (comparatif 2014 et 2019).

La figure 100 retrace les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés d'inquiétude : légère, modérée, sévère 3 jours après la consultation d'urgence, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 sont globalement similaires. En 2019, 6% des patients supplémentaires décrivent leur inquiétude comme sévère. Parallèlement, 6% de patients en moins décrivent leur inquiétude comme modérée.

Score d'inquiétude à J7

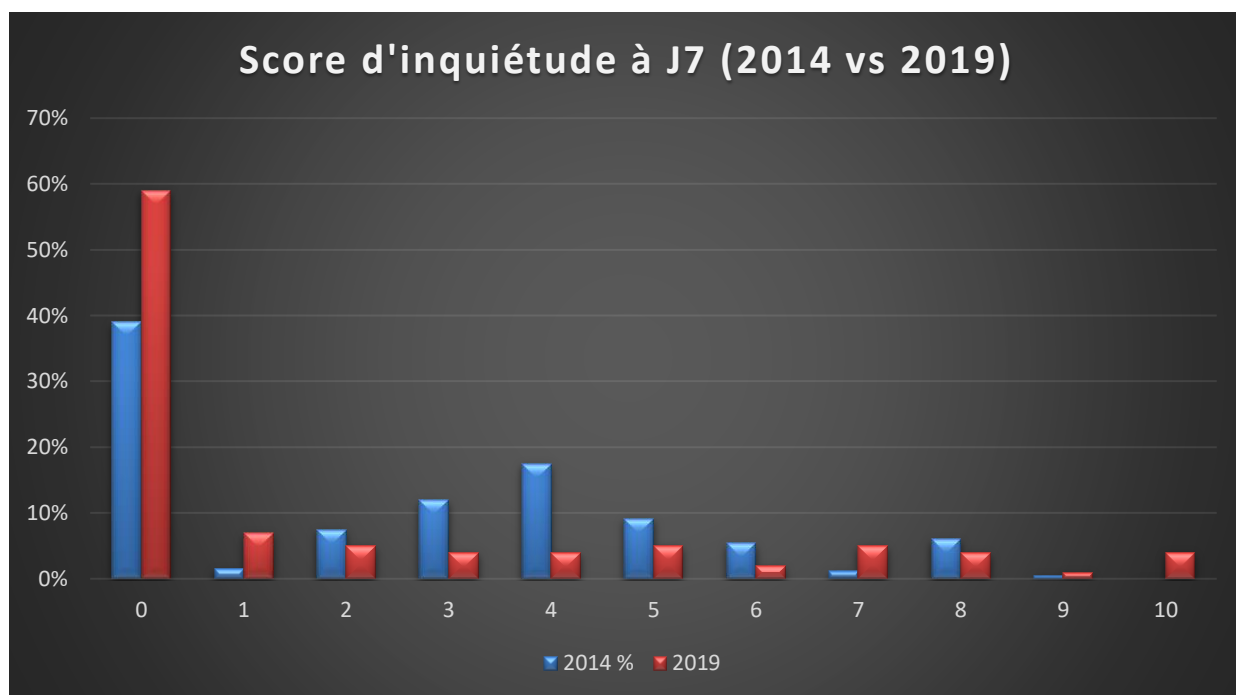


Figure 101 : répartition des scores d'inquiétude à J7 entre 2014 et 2019.

La figure 101 compare la répartition des différents scores d'inquiétude 7 jours après la consultation d'urgence en 2014 (bleu) et en 2019 (rouge).

Les résultats entre 2019 et 2014 suivent globalement la même répartition. Cependant, un décalage de 20% supérieur pour le score de 0 et près de 10% inférieur entre 3 et 5 est observable en 2019.

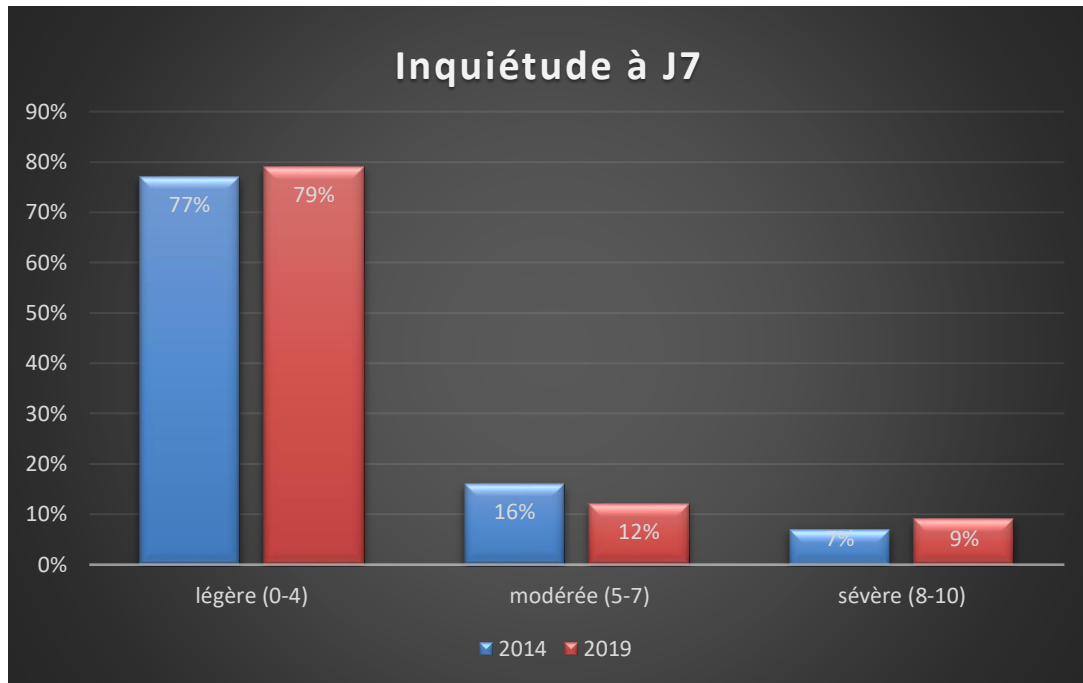


Figure 102 : répartition des scores d'inquiétude regroupés en 3 classes à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 102 retrace les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés d'inquiétude : légère, modérée, sévère 7 jours après la consultation d'urgence, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 sont sensiblement semblables.

6.3.3 État de santé générale

Score d'état de santé générale à J3

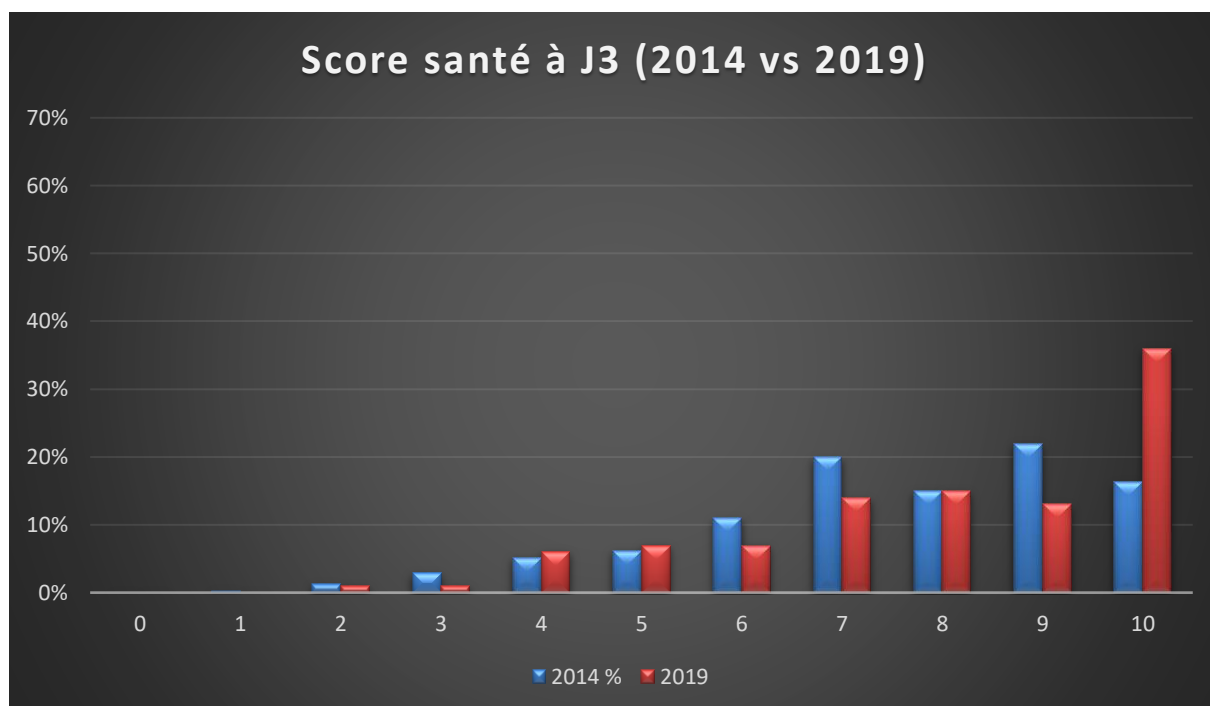


Figure 103 : Répartition des scores de santé à J3 (2014 et 2019).

La figure 103 est histogramme comparatif de la répartition des scores de santé générale à J3 entre 2014 et 2019.

Les résultats entre 2014 et 2019 suivent la même tendance, avec toutefois une différence importante pour le score de 10/10 : 20% de plus par rapport à 2014

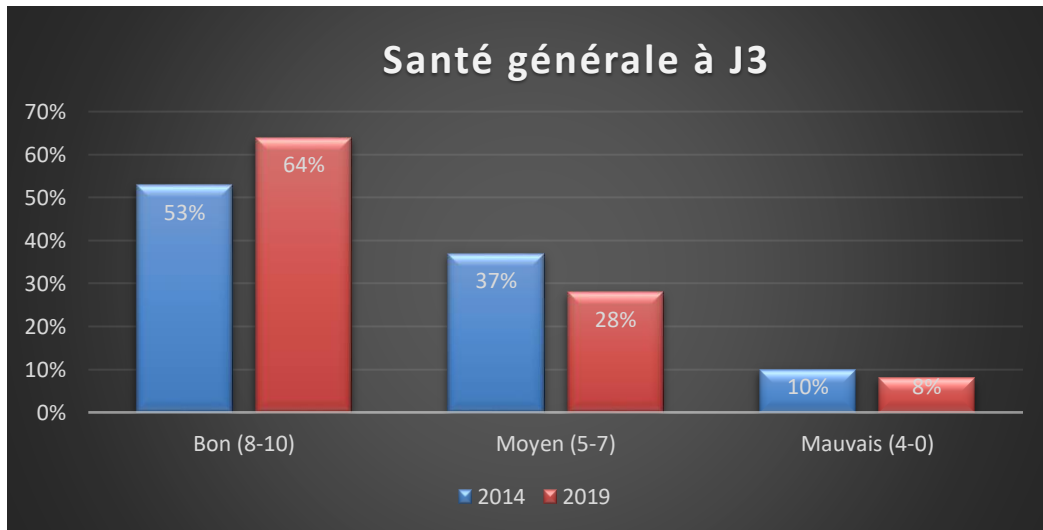


Figure 104 : répartition des scores de santé générale regroupés en 3 classes à J3 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 104 indique les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de santé générale : bon, moyen et mauvais 3 jours après la consultation d'urgence, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge). L'ordre de répartition des degrés de santé générale entre 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge) est semblable.

Toutefois, 10% de patients supplémentaires ont décrit leur état de santé générale comme bon en 2019. La catégorie « état de santé général moyen » perd 10%.

Score état de santé générale à J7

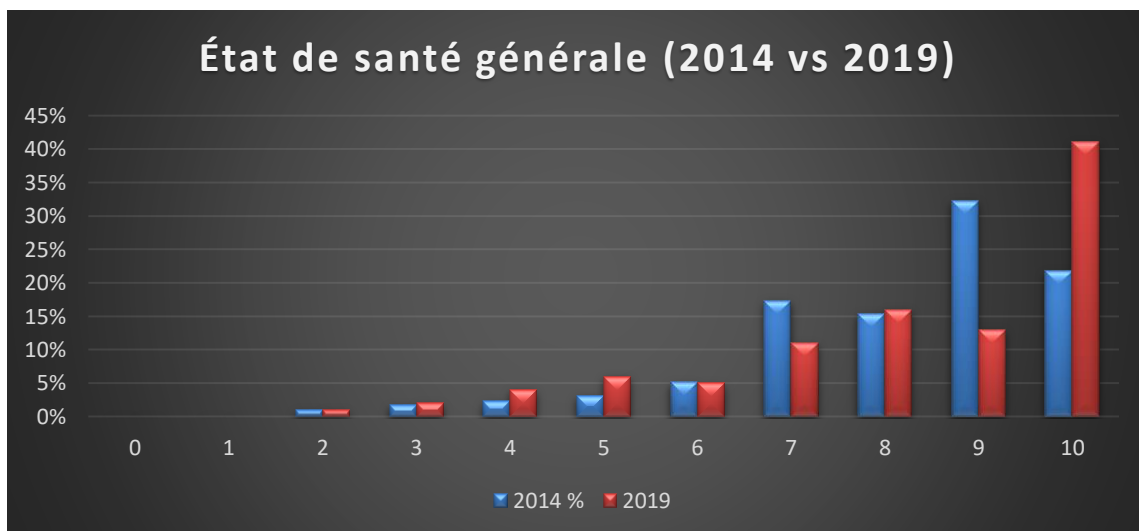


Figure 105 : Répartition des scores de santé générale à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 105 est un histogramme comparatif de la répartition des scores de santé générale à J7 entre 2014 (bleu) et 2019 (rouge).

Les résultats entre 2014 et 2019 suivent la même tendance, cependant les proportions s'inversent aux score de 9 et 10 entre 2014 et 2019 au profit d'une augmentation du taux pour la note de 10 en 2019.

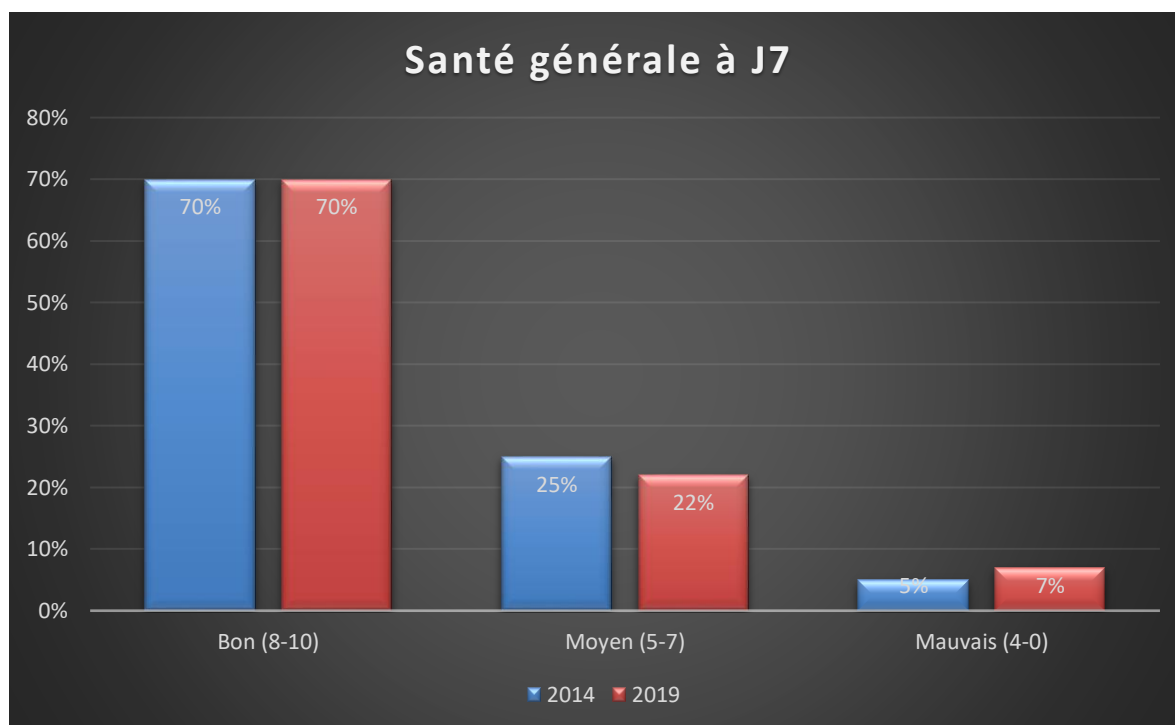


Figure 106 : Score de santé générale regroupé à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 106 analyse les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de santé générale : bon, moyen et mauvais 7 jours après la consultation d'urgence, en 2014 (en bleu) et en 2019 (en rouge).

Les résultats entre 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge) présentés figure 106 sont équivalents.

6.3.4 Suite des soins

a) Nouvelle consultation

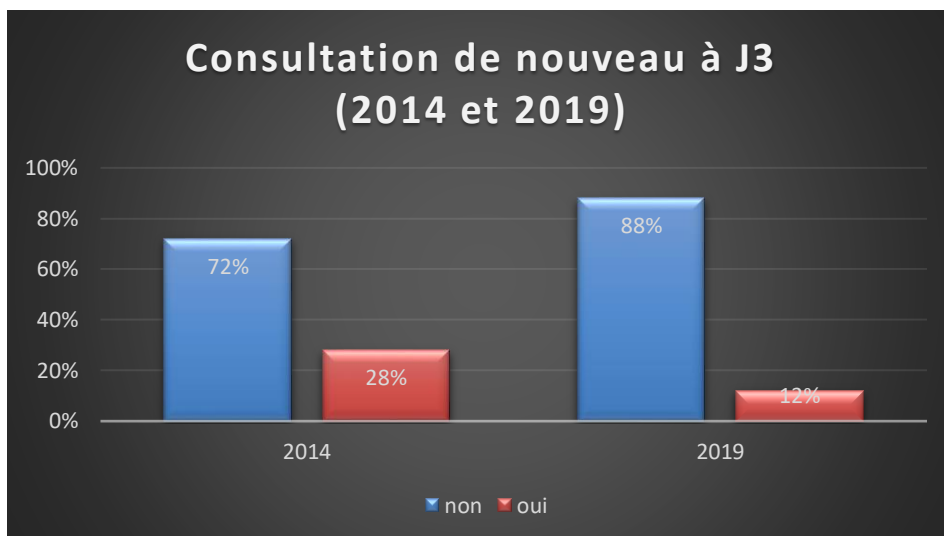


Figure 107 : Consultation de nouveau à J3 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 107 est un comparatif à J3 entre 2014 et 2019 concernant la question d'une nouvelle consultation du patient. Entre 2014 et 2019, la part de patients ayant consulté de nouveau a diminué de 16%.

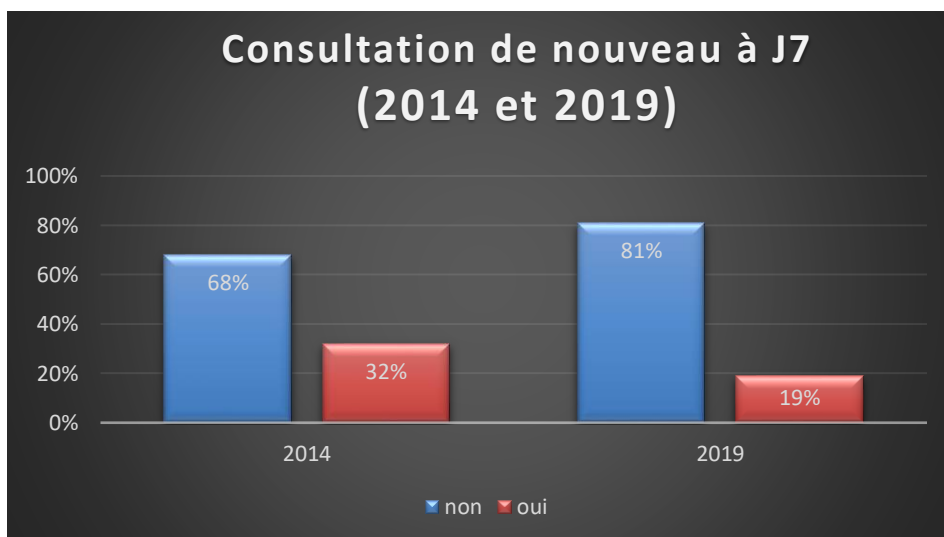


Figure 108 : Consultation de nouveau à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 108 est un comparatif à J7 entre 2014 et 2019 concernant la question d'une nouvelle consultation du patient. Le même décalage de 15% constaté figure 107 (J3) est illustré à J7.

b) Suivi des instructions

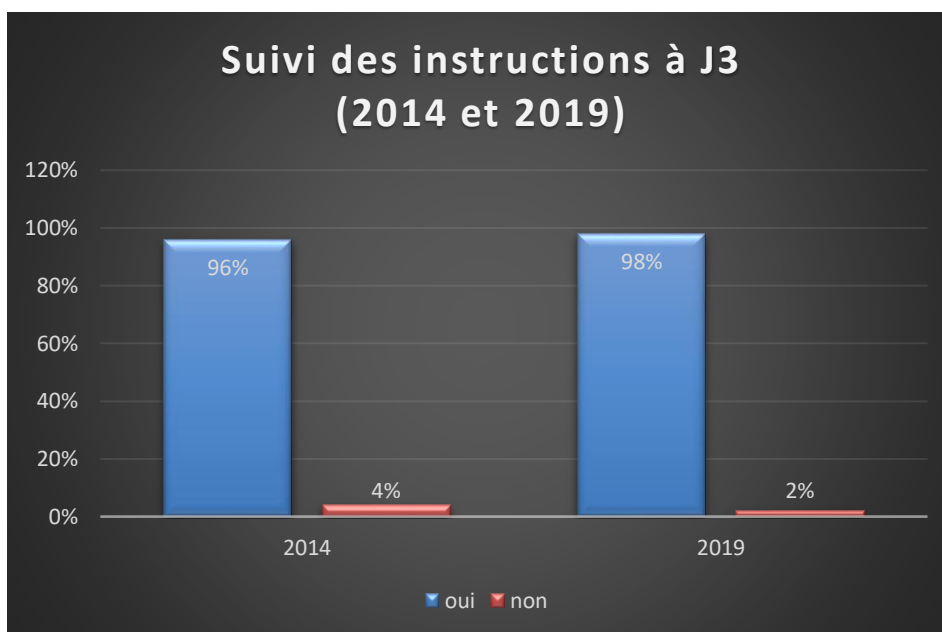


Figure 109 : Suivi des instructions à J3 (comparatif 2014 et 2019).

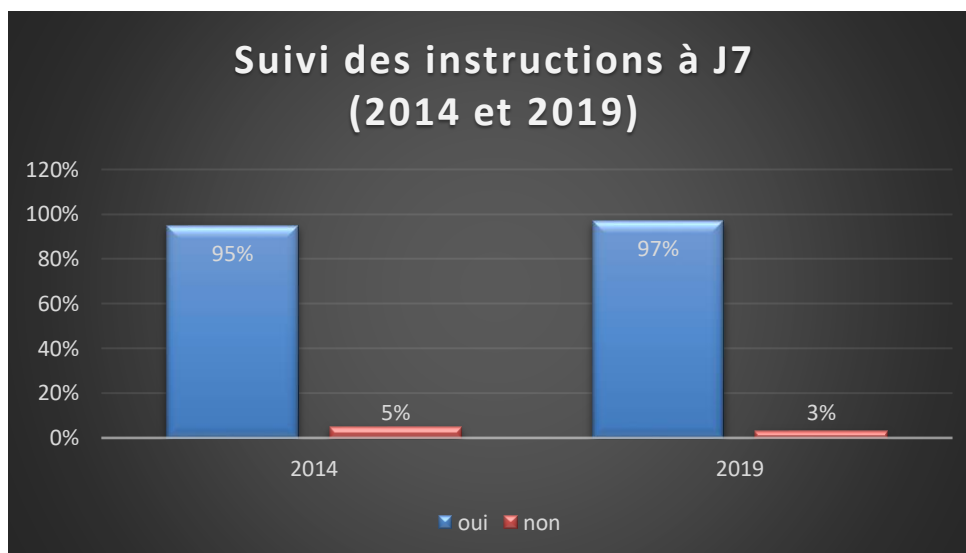


Figure 110 : Suivi des instructions à J7 (comparatif 2014 et 2019).

Les figures 109 et 110 exposent l'évolution entre J3 et J7 de la part des patients ayant suivi les instructions en 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge).

Il n'y a pas de différence significative concernant les résultats de suivi des instructions à J3 et à J7 pour l'année 2014 et 2019.

c) Suivi de la prescription

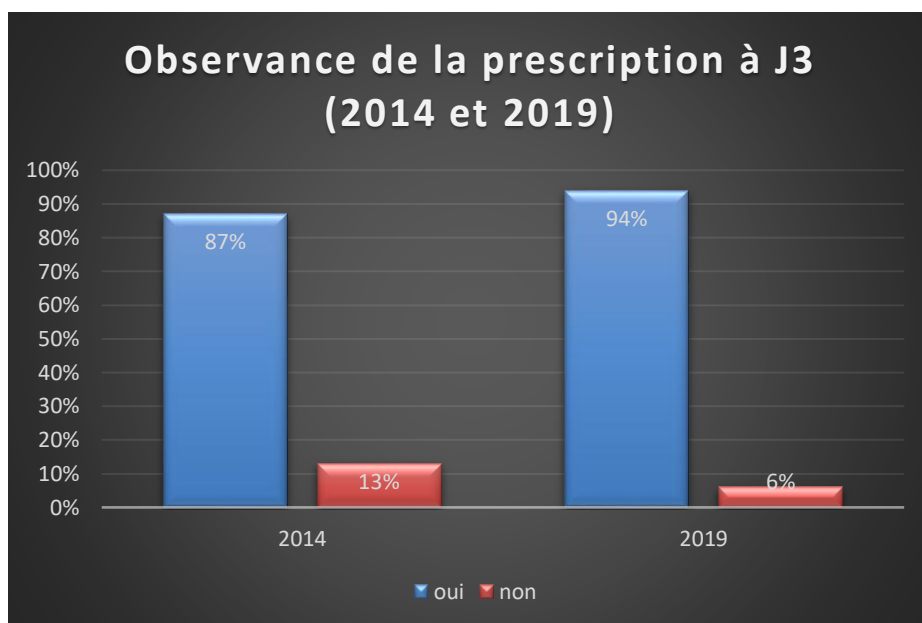


Figure 111 : Observance de la prescription à J3 (comparatif 2014 et 2019).

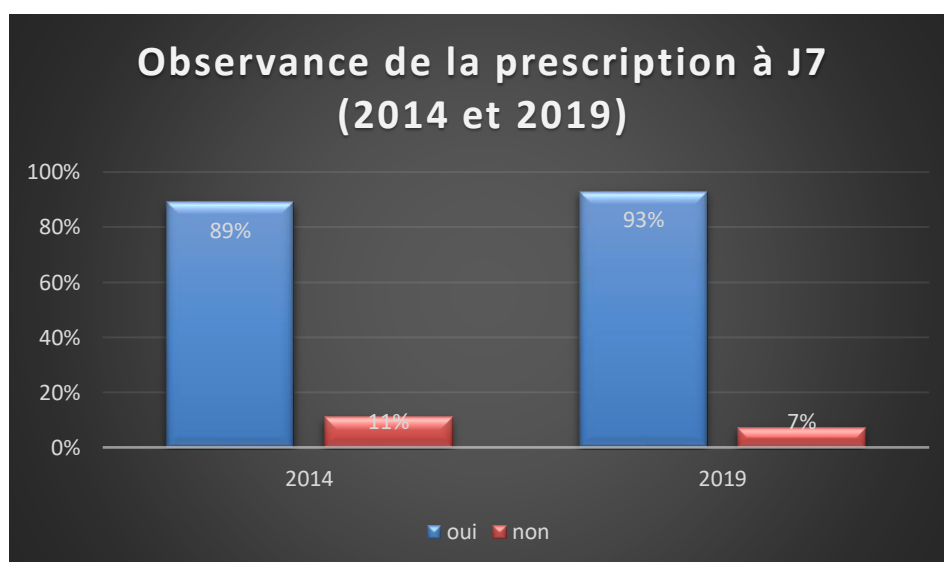


Figure 112 : Observance de la prescription à J7 (comparatif 2014 et 2019).

Les figures 111 et 112 exposent l'évolution entre J3 et J7 de la part des patients ayant suivi la prescription en 2014 (en bleu) et 2019 (en rouge).

Une très légère différence (5%) dans l'observance des traitements est notable en 2019 à J3 comme à J7.

Prise de rendez-vous de suite de soins

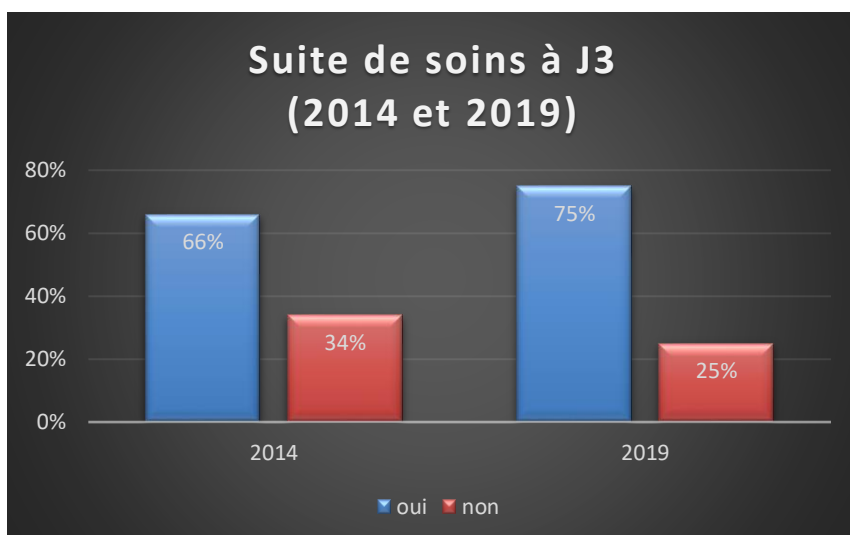


Figure 113 : Prise de rendez-vous à J3 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 113 représente la proportion de patients ayant pris un rendez-vous à la suite des soins d'urgence à J3. En 2019 la proportion de patients ayant pris un rendez-vous de suite des soins est supérieur de près de 10%.

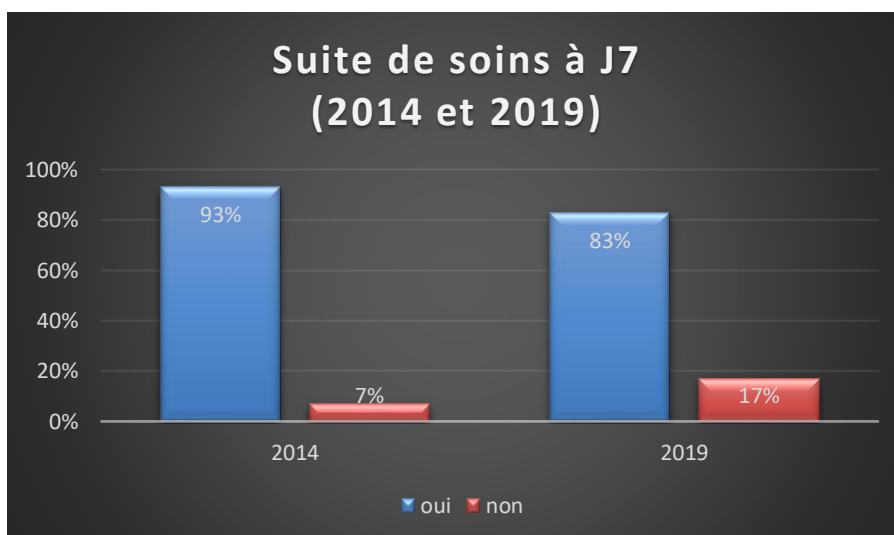


Figure 114 : Prise de rendez-vous à J7 (comparatif 2014 et 2019).

La figure 114 représente la proportion de patients ayant pris un rendez-vous à la suite des soins d'urgence à J7. A J7, la part de patient ayant pris rendez-vous en 2019 est supérieure de 10% à celle de 2014. L'écart constaté est le même qu'observé figure précédente.

7. Discussion

7.1 Analyse descriptive de l'échantillon

La **figure 115** illustre les données démographiques de notre échantillon comparées aux autres publiées.

Auteurs	Lieux	Nombre de patients	Répartition Homme/femme	Age moyen (ans)
Ahossi .et al. (2002)	CHU de Dijon	201	56/44%	28.2
Ahossi et al. (2003)	CHU de Dijon, Limoges, Metz-Thionville, Nîmes	408	56/44%	36,6
Anderson R. et al. (2003)	Hôpitaux Cardiff et Pontypride, Royaume-Uni	44	59-41%	35,3
Badenco. (2000)	Hôpital de Lourdes	48	64/36%	28,2
Gibson et al. (1993)	CHU de Vancouver	253	X	X
Halling. et al. (2000)	4 services publics de santé dentaire, Ostergötland, Suède	895	X	0-20
Khaleeq-Ur-Rehman (2003)	Hôpital dentaire de Birmingham	10799	X	31-50
Perry. (2000)	Hôpital de Dreux	157	64/36%	32
Sayers et al. (2004)	Hôpital Royal de Londres	6299	53/47%	20-39
Scully (1995)	Hôpital dentaire de Bristol, Royaume-Uni	574	X	X
Thery (2002)	CHU de Nantes	210	X	33,8
Widström et al (1990)	Kupio et Lahti, Finlande	839	X	X

Figure 115 : Données démographique et comparatives (x : valeur non renseignée dans l'étude).

Nous pouvons remarquer que :

- le nombre de patients inclus dans notre étude est supérieur à 8 études sur 12.
- les données relatives à l'âge et au sexe sont globalement similaires.

En ce qui concerne le sexe, une représentation globalement un peu plus forte des hommes est visible. Il est à noter que ce pourcentage est inversé par rapport à la consommation habituelle de soins où on constate que les femmes ont un meilleur suivi dentaire que les hommes (*Hassoun.1998*). Il est donc logique de voir plus d'hommes que de femmes en urgence.

Certaines différences peuvent également s'interpréter par l'hétérogénéité des échantillons (centres urbains vs campagne etc.). Cependant certaines études ne montrent pas de différence significative (*Thery 2002 ; Widström et al.1990 ; Ntabaye et al.1998*). En ce qui concerne l'âge, plus de la moitié des consultants de notre étude, avaient entre 20 et 40 ans pour un âge moyen de 40 ans.

Il s'agit donc d'une population relativement jeune, ce qui est en accord avec la plupart des autres études (figure 115). Ceci est en accord avec une revue de la littérature sur la prévalence de la douleur dentaire. Elle affecte préférentiellement les sujets jeunes d'où leur fréquentation plus importante au sein des services d'urgences odontologiques (*Pau et al. 2003*).

Une autre explication des différences tient à la mission des services considérés et notamment l'accueil des urgences pédiatriques. Le GHPS est par définition un hôpital d'adultes et l'accueil des enfants n'y est que peu développé.

7.2 Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

De nombreuses études concernant le profil des patients et l'activité des services hospitaliers d'urgence odontologiques ont été réalisées dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord et très peu en France.

Le profil de la patientèle des unités d'urgences odontologiques hospitalières est similaire avec quelques spécificités. Ces unités doivent répondre au mieux aux besoins de patients qui

fréquentent peu les structures de soins habituelles. La plupart des études montrent une proportion plus importante d'hommes jeunes. L'étude de *Tramini et al.2010* indique que le risque de fréquenter le service des urgences était plus élevé chez les personnes plutôt ouvrières (1,85), au chômage (OR=1,65), jeunes (OR=3,43), masculines (OR=1,57).

Il faut rappeler que le service d'urgence est souvent considéré comme une solution alternative à un suivi dentaire régulier pour la population ayant difficilement accès aux soins. La prise en charge de la plupart des visites d'urgence observées aurait très bien pu être assurée dans le cadre d'une activité libérale.

Roger-Leroy et al.2007 décrivent que 72% des patients de leur échantillon n'avaient jamais consulté au SAU, 38% avaient un chirurgien- dentiste traitant et la moitié n'avaient pas consulté de dentiste dans l'année en dehors de la consultation d'urgence.

De nombreuses publications rapportent que les personnes qui consultent en urgence appartiennent à des classes sociales défavorisées (*Gilthorpe et al.2003 ; Chapko et al.1985 ; Mascarenhas et al.2001*).

Les patients ne bénéficiant d'aucune couverture médicale, ceux bénéficiant de l'AME, et ceux bénéficiant de la CMU et/ou CMU complémentaire ont été regroupés en une catégorie de consultants dite « précaire » et ceux ayant droit à la sécurité sociale et ceux souscrivant en plus à une mutuelle ou d'assurance maladie complémentaire en une catégorie dite « non précaire »

Dans notre étude, la majorité des patients (69%) avaient une protection sociale « non précaire » et 31% ont été considérés comme « précaires ». Cette différence pourrait s'expliquer par un biais de sélection : les patients inclus dans l'étude devaient maîtriser suffisamment la langue française pour répondre aux questionnaires, ce qui a pu exclure un nombre significatif de personnes à faible niveau socio-économique. En effet si la différence est significative, elle est beaucoup moins importante que ce à quoi on pouvait s'attendre aux vues des études déjà réalisées. Comme le soulignent *Azogui-Levy et al.2005*, la CMU joue un rôle positif sur le recours aux soins dentaires des populations les plus démunies et exerce un effet positif sur leur état de santé. A moyen et long terme le recours aux consultations d'urgence dentaire diminue car l'accès aux soins en cabinet libérale leur est facilité.

7.3 Recrutement des patients

La majorité des patients (27%) sont venus sur recommandation de la famille ou d'amis, les autres (20%) étaient déjà venus, ou ont trouvé via Internet (14%). Seuls 12% étaient adressés par leur chirurgien-dentiste ; La recommandation amis/famille est donc majoritaire comme l'avaient déjà souligné *Thery 2002 ; Scully 1995 ; Chiche 2007* qui rapportent que respectivement 36% et 29% de la population se détermine selon ce critère. Le taux important de consultants déjà venus aux urgences, semblable à ceux d'autres études, (*Edelstein et al.2006*) suggère plusieurs réflexions :

- 1) Ces patients n'ont peut-être pas été suffisamment sensibilisés à la nécessité d'un suivi dentaire régulier lors de leur précédente consultation aux urgences ou n'ont pas écouté ce conseil.
- 2) Ils utilisent l'hôpital « à la demande », en fonction de leurs besoins. Près d'un patient sur sept consultant aux urgences fait partie de ce qu'on pourrait appeler les « habitués » du service, pour qui l'hôpital ne constitue plus un recours exceptionnel. Une étude réalisée en 2005 sur la même population et s'intéressant à l'évaluation radiographique de la santé bucco-dentaire des consultants de notre service a révélé que 13% des patients pouvaient être considérés comme « consommateurs » de la consultation d'urgence (*David 2005*).
- 3) Ces consultants ont probablement été satisfaits du précédent recours aux soins dans le service d'urgence puisqu'ils reviennent.

Plus d'un tiers de l'échantillon (39%) a essayé de prendre rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste de ville avant de se présenter aux urgences, mais en vain. Les raisons tenaient essentiellement au suivi des recommandations de leur dentiste qui les a adressé aux urgences odontologique du GHPS (43%) et au délai d'obtention du rendez-vous par rapport à l'urgence estimée (37%), la dernière raison tenait au coût des soins (2%).

Dans l'étude de *Chiche 2007*, 16,6% de la population fréquentant les urgences odontologiques ont été adressées par leur chirurgien-dentiste, soit un pourcentage relativement inférieur au nôtre.

Ces résultats traduisent les difficultés du système libéral à répondre à la demande de prise en charge des urgences dentaires, ce qui peut indiquer soit un engorgement des capacités d'accueil, soit un refus de soins envers ces catégories de soins ou de patients. Ce que notent également *Ahossi et al.2003*. Il y a donc un hiatus entre l'offre et la demande qui pose un problème de santé publique.

Parallèlement, 61% des patients se sont présentés directement au service des urgences odontologique, sans essayer de consulter un chirurgien-dentiste au préalable. La raison de cette démarche n'a pas été recherchée ; *Sayers et al.2004* observent un pourcentage plus élevé (79%) et l'attribuent au coût de la consultation : dans cette étude, 54% des patients estimaient que le coût de la consultation hospitalière était moins élevé que dans un cabinet privé, ce qui peut constituer une explication, même s'il n'est pas possible d'extrapoler cette donnée puisque les systèmes de soins ne sont pas identiques. Une étude française de *Thery.2002*, a montré qu'un refus tacite de soins de certains chirurgiens-dentistes des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME (*Rouden 2006*), pourrait expliquer que ces patients se rendent directement au service d'urgence hospitalière qui prodigue des soins à tous les patients sans distinction.

7.4 Suivi par un chirurgien-dentiste

L'étude de cette variable est importante dans le cadre de notre étude sur les urgences odontologiques du GHPS car les patients qui ont un suivi dentaire régulier consultent statistiquement moins dans les services des urgences dentaires, en dehors des cas de traumatisme (*Power et al.2000*).

Plus de la moitié des consultants (58%) ont déclaré avoir consulté leur chirurgien-dentiste il y a moins d'un an. Les autres, c'est-à-dire 42% n'ont pas consulté depuis plus d'un an dont 15% depuis plus de 5 ans. Nos résultats sont en accord avec une enquête menée en 2004 par l'ADF et la SOFRES réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de la population française composé de 951 individus âgés de 18 ans et plus sur la perception et les attentes du grand public à l'égard des soins bucco-dentaires. Cette étude révèle en effet que la dernière visite chez le dentiste datait d'il y a moins d'un an pour 61% de la population. Dans l'étude de *Badenco 2000*, 56% des patients déclaraient avoir un suivi dentaire ce qui est

comparable à nos résultats ; la proportion de consultants n'ayant pas consulté depuis plus d'un an peut paraître importante au vu des campagnes de sensibilisation et des dispositifs d'aide sociale existantes (CMU, AME) mais également l'existence au GHPS d'une consultation PASS, qui permettent la gratuité des soins aux plus défavorisés y compris dentaires. D'autres études indiquent des chiffres différents : pour *Gibson et al.1993*, 69% des patients d'urgence consultaient en cabinet moins d'une fois par an ; pour *Scully et al.1995*, 77% des patients n'avaient pas non plus consulté depuis plus d'un an, soit presque deux fois plus que dans notre étude. Ceci peut s'expliquer, car ces études étant plus anciennes, le niveau d'information des patients s'est sans doute amélioré. *Thery et al.2002* constatent qu'un tiers de la population n'avait pas vu de dentiste depuis plus d'un an, soit un pourcentage similaire au nôtre.

Le renoncement aux soins bucco-dentaire observé dans notre étude, a été également constaté dans l'enquête « santé et protection sociale » (*Auvray. et al.2004*) menée en France à l'initiative de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) dont un des thèmes de recherche est le rôle de l'accès aux soins dans la formation des inégalités de santé. Parmi les personnes interrogées dans l'étude de *Perry et al.2000*, 9,5% ont déclaré avoir renoncé à des soins bucco-dentaires pour des raisons financières. Cette enquête analysait également les motifs de renoncement aux soins pour raisons financières révélait que 46% concernaient les soins dentaires, avec la prothèse et l'orthodontie en tête des renoncements, loin devant le renoncement à l'ophtalmologie (lentilles et lunettes) (19%), aux soins de spécialistes (11%), aux soins de généraliste (6%).

Les données de notre étude renforcent donc les données relatives au renoncement aux soins. Un travail important à ce niveau paraît donc essentiel afin d'améliorer le suivi dentaire de la population en général et désengorger les services d'urgences dentaires.

7.5 Motifs de consultation du patient et diagnostics

Dans la plupart des études, les principales raisons de consultation en urgence sont la douleur, l'infection et le traumatisme.

Pour les personnes ayant des problèmes médicaux, l'expertise hospitalière semble nécessaire aux praticiens de ville qui adressent souvent à l'hôpital. L'étude menée au service

d'odontologie de Montpellier conduite d'Avril à Octobre 2005 a montré que 9% des patients avaient des problèmes médicaux importants étaient adressés.

Les autres raisons déclarées sont le coût des soins pour des personnes n'ayant pas de couverture complémentaire, le manque de disponibilité des cabinets dentaires sollicités. Pour 36 % des patients, le problème de santé qui les a menés aux urgences était déjà survenu par le passé. Certains patients n'ont pas de source régulière de soins : ils ont deux fois plus de chance d'avoir une visite en urgence pour une douleur. Un état dentaire déficient est un facteur de risque pour une visite aux urgences.

Dans notre étude, 74% de la population a déclaré consulter à cause de douleurs. Ce pourcentage est comparable à ceux de la littérature : 73% (*Sayers et al.2004*), 88% (*Gibson et al.1993*), 79% (*Scully.1995*) ou supérieur : 58%, (*Thery 2002*). Anderson et al.2003, (39%).

Les résultats de *Halling A et al.2000* sont inférieurs mais obtenus avec une méthodologie différente. Ces auteurs n'interrogent pas les patients avec des questions ouvertes mais classent les motifs de consultation en trois catégories : la douleur, le trouble et, l'information. Leurs résultats indiquent que 70% de la population déclarent consulter pour un trouble (traumatismes, fractures dentaires ou de restauration, problème prothétique, maladies buccales comme la carie dentaire ou l'infection muqueuse), 11% pour obtenir une réponse à une question, lever un doute, et seulement 19% pour une douleur. Cependant cette classification a des limites puisque les « troubles » peuvent être douloureux. Il reste tout de même intéressant de constater que 11% consultent pour avoir une réponse à leurs questions et que ce taux pourrait diminuer grâce au développement de l'information sur la santé bucco-dentaire et un meilleur accès à cette information via les médias.

Enfin, les urgences odontologiques relevant de la traumatologie sont de plus en plus fréquentes en pratique quotidienne. Elles sont souvent peu prises en charge parce qu'elles surviennent, pour la plupart du temps, à des heures où les cabinets de consultation libéraux sont peu disponibles, c'est à dire les fins de semaine, les nuits et les jours fériés. Une étude menée au CHU de Dijon avec un recul de 3 ans de prise en charge a montré que sur 2 259 patients reçus, 542 patients ont été admis pour traumatisme dentaire (24 % de l'ensemble des urgences odontologiques).

Dans notre étude, les diagnostics les plus fréquemment posés sont ceux de l'abcès alvéolaire aigu (20%), la parodontite apicale aiguë (20%), suivi par la pulpite irréversible (13%). Ces résultats sont retrouvés dans la littérature. En effet, *Widstrom et al.1990* constatent que les deux principaux diagnostics posés lors de la consultation d'urgence sont la parodontite apicale (21,1% des cas) et la pulpite (13,3% des cas), *Ahossi et al.2003* constatent que les urgences algiques prédominent avec 46% du volume total des consultations et parmi les multiples origines de la douleur en odontologie les pathologies pulpaire en constituent l'étiologie principale. Parmi les urgences algiques les abcès d'origine endodontique représentent 25 % des cas et les pulpites 18% des cas. *Gibson et al.1993*, constatent que le diagnostic le plus souvent posé est d'origine endodontique, représentant 76,3% des urgences.

7.6 Soins réalisés

Au sein notre échantillon, 52% des patients ont reçu une prescription, 21% des patients ont bénéficié d'une extraction, 18% de soins endodontiques, 8% ont simplement reçus des conseils.

D'après *Anderson.2004*, la nature spécifique du soin apporté, qu'il s'agisse d'une prescription, d'un acte chirurgical ou endodontique n'a que peu d'importance pour le patient. Ce qui compte pour lui en termes de satisfaction finale est avant tout le soulagement de la douleur ainsi que le réconfort apporté par le chirurgien-dentiste grâce à ses soins, son attitude, écoute, empathie, explications, conseils, d'où l'importance de la communication patient-praticien y compris (et surtout) en situation d'urgence. L'étude de *Fosnocht et al.2004* relative aux attentes des patients dans les services d'urgence, montre également l'importance du soulagement de la douleur qui constitue la principale attente du patient, quel que soit l'âge, le genre et l'intensité de la douleur.

D'après une étude de *Nixdorf et al.2016*, la douleur était également associée au résultat du traitement attendu par le patient. En effet, un patient qui s'attendait à un très bon résultat du traitement endodontique était moins susceptible de ressentir la douleur par rapport à un patient qui s'attendait à un résultat convenable.

7.7 Délais d'attente

Peu d'études évaluent de manière précise les délais d'attente dans un service d'urgence odontologique. Certaines études se sont intéressées à la satisfaction des patients dans les services d'urgences médicale, mais rares sont celles qui s'intéressent à la satisfaction des patients consultant dans les services d'urgences odontologiques. Le délai d'attente global est pourtant important à prendre en compte et à tenter de réduire dans la mesure où il constitue dans certaines études un critère de qualité et de satisfaction du service essentiel pour le patient (*Derlet et al. 2009*). De plus ce délai d'attente paraît d'autant plus long pour le patient qu'il se trouve dans un état d'anxiété lorsqu'il se présente aux urgences (*Nairn et al. 2004*). Néanmoins, la satisfaction des patients dépend plus du soulagement de la douleur ressentie et de l'attention, de l'écoute et du réconfort apportés par le chirurgien-dentiste que des délais d'attente (*Anderson 2004*).

La durée totale de la visite qui est très souvent rapportée par le patient comme un des points négatifs de la prise en charge, s'explique en outre par la forte demande en soins d'urgence à laquelle le service doit répondre face au désengagement de l'odontologie de ville.

7.8 Perception de l'état de santé

Les patients de l'échantillon perçoivent une amélioration de leur état de santé générale au fur et à mesure du temps. Les patients se déclarant insatisfait de leur état de santé et ne percevant pas d'amélioration sont principalement des patients qui estiment que la consultation n'a pas répondu à leur attente et qui se sont majoritairement présentés pour des douleurs dentaires.

Riley III et al. 2005 constatent que les patients consultant pour une forte douleur sont moins satisfaits du traitement reçu.

Sarah A et al. 1998 établissent une relation de proportionnalité entre le degré de satisfaction et le soulagement de la douleur. Les patients soulagés de leur douleur seraient plus satisfaits.

Conclusion

Notre étude a permis, d'une part, d'évaluer les caractéristiques socio-démographiques et la prise en charge des patients consultant dans l'unité fonctionnelle d'urgence et d'autre part, de suivre l'évolution de la situation pathologique des patients consultant aux urgences odontologique du GHPS.

La première partie du questionnaire portant sur des renseignements généraux a permis de préciser les caractéristiques de la population étudiée, ainsi que la douleur et l'anxiété du patient avant la consultation.

La population fréquentant la consultation des urgences odontologiques du GHPS est majoritairement constituée de patients jeunes, de sexe masculin.

Cette population possède pour la majorité la sécurité sociale, mais il est important de préciser que le service est un recours pour les personnes sans couverture sociale.

Le motif de consultation principal était la douleur avec une douleur à J-1 et J0 très majoritairement modérée à sévère.

Globalement, l'anxiété du patient vis à vis de la consultation était légère, mais il faut garder à l'esprit 1/5 de l'échantillon était très anxieux.

Les diagnostics infectieux étaient les plus nombreux et la prescription exclusive sans acte était le soin le plus souvent réalisé dans le SAUO.

La seconde partie du questionnaire a permis de préciser la satisfaction de la population après son passage en consultation :

L'appréciation du service par les patients était très satisfaisante, la note de satisfaction globale étant de 8,6/10.

En effet la prise en charge médicale, la politesse du personnel médical et non médical ainsi que le cadre de soins ont été très bien perçus par les patients (note supérieure à 8/10). La note relative au temps d'attente était un peu plus faible mais satisfaisante.

Les doléances des patients concernant le service étaient principalement le temps d'attente suivi par la qualité de l'infrastructure et son organisation.

Enfin, la troisième partie du questionnaire concernait les rappels téléphoniques à J1, J3 et J7 afin de suivre l'évolution de la douleur, de l'inquiétude et du suivi des recommandations.

Le motif de consultation principal était la douleur (9 patients sur 10).

En effet 24h avant la consultation les douleurs étaient très majoritairement sévères ; à J0 les douleurs étaient majoritairement modérées à sévères.

La douleur a diminué de manière linéaire entre J1 et J7. Dès J1 la douleur était majoritairement légère.

La consultation a apporté une diminution substantielle de la douleur entre J0 et J7, dès J1 (scores EN J0 : 7,68, J1: 3,49, J3 : 2,23; J7:1,07, soit une diminution respective de 55%, 71%, 86% à J1, J3, J7).

L'inquiétude du patient a diminué avec le temps, les scores moyens EN d'anxiété étaient J0 3,32; J1 :3,69; J3 :2,74; J7: 2.10.

Enfin, la perception de l'état de santé générale du patient s'améliorait avec le temps.

La majorité des réponses est positive par rapport au suivi des instructions du praticien ainsi qu'au respect de la prescription.

Presque tous les patients (9/10) déclarent ne pas avoir eu besoin de consulter de nouveau, ce qui prouve que la thérapeutique d'urgence fut bénéfique et a soulagé le patient.

Les résultats de 2014 et 2019 sont globalement similaires, mais on note tout de même quelques différences, concernant la population de 2019 :

- il y a une plus forte proportion de patient sans couverture sociale ;

- elle semble être plus assidue vis à vis des visites de contrôle chez le chirurgien-dentiste ;
- elle est également moins anxieuse vis à vis de la consultation d'urgence ;
- les moyennes des notes de tous les paramètres du questionnaire de satisfaction sont supérieures en 2019, les patients semblent donc plus satisfaits du service actuel ;
- les scores de douleur, inquiétude et santé générale sont sensiblement superposables ;
- Elle est plus assidue au suivi des instructions du praticien et à l'observance de la prescription. De plus, la majorité déclare pas avoir eu besoin de consulter de nouveau.

La prise en charge au sein du service d'urgence a permis une réduction significative de la douleur et de l'anxiété avec une satisfaction globale élevée.

Si cette étude révèle que les consultants sont globalement satisfaits du service d'urgences, des améliorations du service sont envisageables.

Certaines peuvent être menées simplement, comme l'amélioration de la politesse des membres du personnel. D'autres relatives au temps d'attente, aux locaux (modernité et propreté) nécessitent une réorganisation structurelle et une augmentation de moyens humains et financiers.

Annexe 1

Questionnaire patient – à remplir à l’hôpital

<u>NIP</u>	<u>Sexe</u> <u>Num de tel</u>	Age	<u>N° dans l'étude</u>
------------	----------------------------------	-----	------------------------

Renseignements généraux et sociaux:

- Couverture sociale : Sécurité Sociale CMU AME MUTUELLE SANTE
SANS

- De quand date votre dernière visite chez le dentiste :

Moins d'1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans + de 5 ans

- Comment avez-vous connu les urgences dentaires de la Pitié Salpêtrière :

Déjà venu Famille/amis Par votre dentiste Internet
Autre

- Pourquoi venez-vous consultez :

Douleur Traumatisme Dent qui bouge Saignement des
gencives

Parce que c'est enflé problème esthétique hémorragie Avoir un avis

Avez-vous essayé de consulter un dentiste en ville pour cette urgence ? Oui Non

Si oui pourquoi êtes-vous venu aux urgences ?

Délai de RV trop long Mon dentiste m'a dirigé vers ce service coût des soins
 Les urgences de nuit m'ont dit de revenir la journée Autre

Évaluez votre anxiété (0-10) :

Comment évaluez-vous la douleur maximum ressentie dans les dernières 24h : (0-10) :

.....

Comment évaluez-vous votre douleur actuelle (0-10):

Renseignements médicaux

Antécédents médicaux :

Traitement en cours :

Allergies :

Renseignement concernant la prise en charge

Heure d'arrivée :

Heure de prise en charge :

Heure de départ :

Diagnostic : Syndrome du septum Hyperhémie pulpaire Pulpite réversible
 Pulpite irréversible PAA Abscès apical aigu Abscès parodontal Cellulite
Péricoronarite Traumatisme Autre

Traitement: Conseils/ EHBD Prescription Acte chirurgical Acte
endodontique Devenir du patient : pas de suite réadressé dans le service
réadressé hors service

Annexe 2

Questionnaire satisfaction - (à rendre à l'issue de la première consultation)

Évaluez svp sur une échelle de 0 à 10 le/la :

- qualité de la prise en charge médicale :
- politesse/disponibilité du personnel non médical :
- politesse/disponibilité du personnel médical ?
- le cadre de soins (qualité des locaux, propreté etc.) ?
- votre satisfaction par rapport au temps d'attente?

- Note de satisfaction globale

- Avez-vous reçu les informations que vous souhaitiez ? Oui / Non

- Êtes-vous satisfait du traitement reçu ? Oui / Non

- Recommanderiez-vous ce service à un(e) ami(e) ? Oui / Non

Consulteriez-vous à nouveau dans ce service si cela était nécessaire ? Oui / Non

Que souhaiteriez voir améliorer en 1^{er}, en 2^e en 3^e ?

1/

2/

3/

- si le patient n'a pas rempli le questionnaire, indiqué la raison :

Annexe 3

Titre de la recherche : Urgences odontologiques au GHPS: étude observationnelle sur le ressenti des patients

Formulaire de consentement

Nom – Prénom	NIP	Téléphone	
--------------	-----	-----------	--

- Le service d'odontologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière entreprend une étude destinée à évaluer l'efficacité des soins d'urgence ainsi que la satisfaction des patients. Cette recherche est dirigée par le Pr. Yves Boucher et conduite dans le service par deux enquêteurs étudiants (DEMEESTÈRE Grégoire et ALCABES Maxime) dans le cadre d'un travail de thèse. L'un de ces investigateurs m'a proposé de participer à l'étude.

- Ils m'ont précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche et que ma décision, quelle qu'elle soit, ne modifiera en rien ma prise en charge dans le service.

- Le but, la contrainte ainsi que la durée et les moyens d'étude m'ont été clairement présentés :

Je m'engage notamment à :

- remplir 2 questionnaires lors de cette consultation, l'un au début et l'autre à la fin
- répondre 3 fois au téléphone à un questionnaire court : demain, dans 3 jours et dans 1 semaine

- J'ai eu la possibilité de poser les questions qui me paraissaient utiles et de recevoir les réponses claires.

- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « information et liberté » (article 40) aux données me concernant s'exerce à tout moment auprès des enquêteurs, et je pourrai exercer mon droit à la rectification et d'opposition de celui-ci.

- Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et seront détruites après 5 ans. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche et désignées par l'organisateur et éventuellement un représentant des autorités de santé.

- Je peux retirer à tout moment ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

Je soussigné certifie avoir été informé des buts et des contraintes de la recherche intitulée « Urgences odontologiques au GHPS: étude observationnelle sur le ressenti des patients » dirigée par le Pr. Yves Boucher et consent à participer à cette recherche.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur de ses responsabilités morales et légales et je conserve mes droits garantis par la loi.

Fait à Paris le en double exemplaire, un des exemplaires étant remis à l'investigateur, l'autre au participant

Signature du participant

Signature investigateur

Annexe 4

Evaluation Douleur/santé - (à remettre au patient)

<u>NIP</u>			<u>N° dans l'étude</u>
------------	--	--	------------------------

24h après les soins (J1):

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10?:
- 2) Votre problème s'est-il amélioré / aggravé ou est resté le même ?
- 4) Quel est votre niveau d'inquiétude en raison de ce problème? (0-10)
- 5) Évaluez votre état de santé générale actuel (0-10)
- 6) Avez-vous suivi les instructions données au service d'urgence: oui non
- 7) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits oui non
- 8) Avez-vous pris un rdv chez un dentiste pour la suite des soins oui non

72 après les soins (J3):

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10?:
- 2) Quel est votre niveau d'inquiétude en raison de ce problème? (0-10)
- 3) Évaluez votre état de santé générale actuel (0-10)
- 4) Avez-vous consulté de nouveau ? oui non
Si oui pourquoi ? douleur gonflement autre : préciser.....
- 5) Avez-vous suivi les instructions données au service d'urgence: oui non
- 6) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits oui non
- 7) Avez-vous pris un rdv chez un dentiste pour la suite des soins oui non

Une semaine après les soins (J7)

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10?:
- 2) Quel est votre niveau d'inquiétude en raison de ce problème? (0-10)
- 3) Évaluez votre état de santé générale actuel (0-10)
- 4) Avez-vous consulté de nouveau ? oui non
Si oui pourquoi ? douleur gonflement autre : préciser.....
- 5) Avez-vous suivi les instructions données au service d'urgence: oui non
- 6) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits oui non
- 7) Avez-vous pris un rdv chez un dentiste pour la suite des soins oui

Bibliographie

Association Dentaire Française. Synthèse de l'étude SOFRES: perception et attentes du grand public à l'égard des soins bucco-dentaire. Paris : Association Dentaire Française ; 2004.

Agostini FG, Flaitz CM, Hicks MJ. Dental emergencies in a university-based pediatric dentistry postgraduate outpatient clinic : a retrospective study. *ASDC J Dent Child*. 2001;68(5-6):300-21.

Ahossi V, Delestan C, Gerard E, Lozza J, Michlowsky S., Moizan H, Perrin D et al. Urgence odontologique à l'hôpital , une inflation de la demande de soins. *Lettre du conseil national des chirurgiens-dentistes*. 2003;15:15-17.

Ahossi V, Devoise L, Tazi M, Perrin D . Urgence odontologique au centre hospitalo-universitaire de Dijon analyse de 12 mois d'activité. *Clinique*. 2002;23(3):165-170.

Anderson R, Thomas DW. Toothache stories: a qualitative investigation of how and why people seek emergency dental care. *Community dent health*. 2003;20:106-111.

Anderson R. patient expectations of emergency dental services : a qualitative interview study. *Br Dent J*. 2004;197(6):331-334.

Auvray L, Dumesnil S, Le furt P. Santé, soins et protection sociale en 2000 [Internet]. IRDES. 2004 [Consulté le 4 Juillet 2019]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621.pdf>.

Azerad J. Urgence et permanence de soins au sein du GHPS. *Information dentaire*. 2007;13:678-680.

Azoguy-levy S, Toledo R, Bourdillon F, Azerad J. Une action d'évaluation des pratiques professionnelles : l'accueil et la prise en charge des urgences odontologique au GHPS [Internet]. *Information dentaire*. 2015 [Consulté le 8 Juin 2019]. Disponible sur :

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjI4YGdZLIAhVnzoUKHcaoA_oQFjAAegQIABAB&url=http%3A%2F%2F_65430983298_1_1364259600.id.elteg.net%2F011025-23095-DOSSIER-URGENCES-1.html&usg=AOvVaw1Z-N1Nod9nq9OU7v-NZ7fm.

Azoguy-Levy S, Rogereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Bulletin d'information en économie de la santé*. 2005;94:1-8.

Badenco S. L'analgésie dentaire aux urgences : étude de 48 dossiers sur un an à l'hôpital de Lourdes [Thèse d'exercice : Douleur oro-faciale]. [Toulouse] : Université Toulouse III; 2000.

Boucher Y, Cohen E. Urgences dentaires et médicales. Paris : Cahiers de prothèses ; 2007.

Chapko MK, Bergner M, Green K, Beach Bilgrom P, Skalabrin N. Development and validation of a measure of dental patient satisfaction. *Med Care*. 1985;23(1):39-49.

Chiche L. Motifs de consultation et prise en charge des patients accueillis en urgence : enquête dans l'unité fonctionnelle d'urgence du service odontologique du GHPS [Thèse d'exercice : santé publique]. [Paris] : université Paris Diderot; 2007.

Cochet JY, Fraysse MC, Maniere MC, Naulin ifi C, Roy E, Roy V. luxation traumatique des dents permanente : assurer l'urgence, oui ,mais après? [Internet]. Association Dentaire Française . 2003 [Consulté le 25 Juin 2019]. Disponible sur : <https://www.adf.asso.fr/fr/component/thesaurus/detail/579?view=quintessence>.

David O. Evaluation de la santé bucco-dentaire de consultants d'urgences d'un service hospitalier [Thèse d'exercice : santé publique]. [Paris] : université Paris Diderot ; 2005.

Derflet RW, Richards JR. Overcrowding in the national's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. 2009;35(1):63-68.

Douglass AB., Douglass JM. Common dental emergencies. *Am fam physican.* 2003;67(3) :511-6.

Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implication of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent.* 2006;28(5):431-438.

Feliciano KM, De franca caldas A.Jr. A systematic review of the diagnostic classification of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2006 ;22(2):71-6.

Fosnocht DE, Heaps ND, Swanso ER. Patient expectations for pain relief in the ED. *Am J Emerg Med.* 2004;22(4):286-288.

Gibson GB , Blasberg B., Altom R, A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies : part 2 : follow-up emergency treatment . *Spec Care Dent.* 1993;13: 110-2.

Gilthroe MS, Bedi R. An exploratory study combining hospital episode statistics with socio-demographic variables, to examine the access and utilization of hospital oral surgery services. *Community Dent Health.* 2003;14(4):209-213.

Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed – also for regular attenders within a comprehensive insurance system. *Swed Dent J.* 2000;24:173-181.

Hassoun D. Précarité et état de santé bucco-dentaire [Internet]. IRDES. 1998 [Consulté le 7 juillet 2019]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes16.pdf>.

Khaleeq-ur-rehman. Emergency dental services: review of community health NHS trust service in Birmingham between 1997 and 2000. *Prim Dent Care.* 2003;10(3):93-96.

Laboux O. Prise en charge de l'urgence pulpaire au cabinet. *J.Assist.Dent.* 2012 ;20:8-10.

Ladrillo TE, Hobdell MH, Caviness AC. increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997-2001. *J Am Dent Assoc.* 2006;137(3):379-385.

Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kineey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community dent oral epidemiol.* 2004;30:52-60.

Mascarenhas AK. Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *J Dent Educ.* 2001;65(11):1266-71.

Mcmillan AS, Wong MCM, Zheng J, LAM CLK. prevalence of orofacial pain and treatment seeking in hon-kong chinese. *J Orofac Pain.* 2006;20(3):218-225.

Naidu RS, Boodoo D, Percival T, Newton JT. Dental emergency presenting to a university-based paediatric dentistry clinic in the west indies. *Int J Paediatr Dent.* 2011;15(3):177-84.

Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency department: a review of the literature. *Accid Emerg nurs.* 2004;12(3):159-165.

Nixdorf D, Law A, Lindquist K, Reams G, Cole E, Kanter K. Frequency, impact, and predictors of persistent pain following root canal treatment : a national dental PBRN study. *Pain.* 2016; 157(1): 159-165.

Ntabaye MK, Sscheutz F, Poulsen S. Patient satisfaction with emergency oral health care in rural Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26:289-295.

Okunseri C, Hodges JS , Born D. Self-reported toothache experience in an adult population in berlin city ,Edo state, Nigeria. *Oral Health Prev dent.* 2005;3(2):119.

Pau AK, Croucher R, Marcenes W. Prevalence estimates and associated factor for dental pain: a review. *Oral Health Prev Dent .* 2003;1(3):209-220.

Pau AK, Croucher R, Mercenes W, Leung T. Development and validation of a dental pain-screening questionnaire. *Pain*. 2005;119(1-3):75-81.

Perry J. Les urgences hospitalières. *Inf Dent Convergence*. 2000;82(44):13.

Powers LJ, Grana JR, Keen NN, Hanchak NA. Preventive service utilization as a predictor for emergency dental examination. *Community Dent Health*. 2000;17(1):20-23.

Riley JL III, Gilber GH. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain*. 2001;90:245-256.

Roger-Leroy V, Lalechere-Lestrade C, Tubert-Jeannin S. Caractéristiques des patients en urgences. *Clermont Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2007;55:197-202.

Rouden C. CMU: les petits trous d'une bonne couverture. *Quotidien du medecin*. 2006.

Sarah A, Stahmer, MD, Frances S, Shofer, PhD. Do quantitative Changes in Pain Intensity Correlate with Pain Relief and Satisfaction ?. *Academic Emergency Medicine*. Septembre 1998 ; 5(9) : 4.

Sayers M, Rowland H, Djemal S. Experience in a dental emergency clinic. *Eur prosthodont Restor Dent*. 2004;12(1):5-8.

Senoussi Y, Azria D. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire : Évaluation qualitative des soins d'urgence du service d'odontologie du GHPS par les patients et les praticiens [Thèse d'exercice : santé publique]. [Paris] : Université Paris Diderot. UFR d'odontologie Garancière ; 2015.

Scully C. the pattern of patient attendance for emergency care in a british dental teaching hospital. *Community Dent Health* , 1995 ;12(3): 151-4

SESSLE, B.J. Factor bearing on causes and management of orofacial pain. *J Orofac Pain*. 2006;20(3):189-190.

Smith K, Clark A, Dyson K, Kruger E, Lejmanoski L, Russel A et al. Guided self-diagnosis: an innovative approach to triage for emergency dental care. *Aust Dent J*. 2006;51(1):11-5.

Thery L. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire : Analyse de la population consultant en urgence au centre de soins dentaires du CHU de Nantes [Thèse d'exercice : santé publique]. [Nantes]. Université de Nantes. UFR odontologie ; 2002.

Toledo R, Descroix V. Urgences odontologiques. Paris: Elsevier Masson; 2010.

Topping GV. Out of hours emergency dental services evaluation of the first year of a pilot project in fife. *Br Dent J*. 2005;198(4):193-7.

Tramini P, Alqadi Nassar B, Valcarcel J, Gilbert. Factors associated with the use of emergency dental care facilities in a french public hospital. *Spec Care Dentist* 30(2):66-71,2010.

Vladimirov BS, Petrov B. A retrospective study on the approach to the tooth in the fracture line of the mandibule. *Folia Med (Plovdiv)*. 2005;47(2):58-64.

Windström E, Pietila I, Nilsson B. Diagnosis and treatment of dental emergencies in two cities. *Community Dental Health*. 1990;7:173-178.

Article 2 du code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes
Code de déontologie des Chirurgiens-dentistes. Article R4127-202 . JORF du 22 juillet 1967.

Article 39 du code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes
Code de déontologie des Chirurgiens-dentistes. Article R4127-245. JORF du 9 août 1967.

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.

ALCABES Maxime & DEMEESTÈRE Grégoire. URGENCES ODONTOLOGIQUES AU GHPS: ÉTUDE OBSERVATIONNELLE SUR LE RESENTI DES PATIENTS. Année 2020. 135 p : fig. graph. tabl. Réf Biblio p 132 et 134

Sous la direction du Professeur BOUCHER YVES

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2020

Résumé :

Le service d'accueil des urgences du service d'Odontologie (SAUO) de l'Hôpital Pitié Salpêtrière (GHPS) est ouvert 24h/24, 365j/an et reçoit majoritairement des urgences douloureuses.

Une étude observationnelle prospective destinée à évaluer la diminution de la douleur et de l'anxiété ainsi que la satisfaction après passage au SAUO a été menée du 04/01 au 31/06/2019 (promoteur AP-HP : APHP180366 ; IDRCB : 2018-A02692-53 – CPP EST).

Après information, les patients ont été inclus/exclus selon les critères suivants : inclusion : majeurs, joignables au téléphone, non-opposition à la recherche, bonne compréhension du français ; exclusion : troubles de communication et/ou difficultés de compréhension.

Les données ont été recueillies à J0 sur site puis par téléphone à J1, J3 et J7, par 2 enquêteurs, de jour (8h30-18h30), hors week-ends en 3 x 5 jours. L'objectif principal était d'évaluer la diminution de la douleur à J1. Les objectifs secondaires (OS) étaient d'évaluer la diminution de la douleur à J3 et J7, d'évaluer la diminution de l'anxiété à J1, J3 et J7, d'évaluer la qualité de l'accueil.

Le critère d'évaluation principale était l'évolution des scores de douleur mesurés par Echelle Numérique 0-10 (EN) à J1. Les critères secondaires étaient l'évolution des scores de douleur EN à J3 et J7 ; mesure d'anxiété par EN à J1, J3, J7, mesure de satisfaction globale par EN. Les moyennes des scores de douleur et d'anxiété aux différents temps ont été calculées.

Résultats : 814 patients ont été sollicités, 583 patients inclus dont 89 (15%) considérés comme perdus de vue (non réponse téléphonique). 376 patients ont rempli l'intégralité des questionnaires. L'échantillon comportait 59% d'hommes, 41% de femmes, moyenne d'âge 40 ±16 ans. 86% avaient une couverture sociale (sécurité sociale 69%, CMU 10%, AME 6%). Les scores moyens EN douleur étaient : J0 : 7,68, J1 : 3,49, J3 : 2,23 ; J7 :1,07, soit une diminution respective de 55%, 71%, 86% à J1, J3, J7. Les scores moyens EN d'anxiété étaient J0 3,32 ; J1 :3,69 ; J3 :2,74 ; J7 : 2,10. Le score de satisfaction globale était de 8,6 à J7. En conclusion, la prise en charge au SAUO a permis une réduction significative de la douleur et de l'anxiété, avec une satisfaction globale élevée.

Discipline : Santé publique, douleur oro-faciale

Mots clés français (fMeSH et Rameau) : Douleur (FMeSH), collecte de données (FMeSH), service médical urgence (FMeSH), satisfaction (FMeSH), comparaison, évolution

TITRE en anglais : GHPS dental emergency department : observational study on patients perception

English keywords (MeSH) : Pain (MeSH), data collection (MeSH) , emergency medical services (MeSH), satisfaction (MeSH), compare, evolution