



HAL
open science

Urgences odontologiques au GHPS : étude observationnelle sur le ressenti des patients en période de crise de Covid-19

Pierre Alain Jodelet

► To cite this version:

Pierre Alain Jodelet. Urgences odontologiques au GHPS : étude observationnelle sur le ressenti des patients en période de crise de Covid-19. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03462187

HAL Id: dumas-03462187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462187v1>

Submitted on 1 Dec 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

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2021

N°

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **Pierre Alain JODELET**

**URGENCES ODONTOLOGIQUES AU GHPS : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE SUR LE
RESSENTI DES PATIENTS EN PERIODE DE CRISE COVID 19**

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

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail. Nous vous remercions pour votre gentillesse, votre enthousiasme ainsi que pour vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

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

C'est un très grand honneur pour nous de vous voir siéger parmi les membres de ce jury. Nous vous remercions pour votre enseignement avec dévouement qui nous a donné des éléments fondamentaux à notre exercice. Soyez assuré de notre respect ainsi que de notre profonde gratitude.

Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER

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

Nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'honorer notre travail de votre attention en acceptant de participer à notre jury de thèse. Nous vous remercions pour vos enseignements et votre bienveillance. Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

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 vos enseignements et votre implication tout au long de notre scolarité. Soyez assurée de notre profonde gratitude.

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités Associé

Nous vous remercions avec le plus grand respect à votre égard d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Merci pour votre enseignement. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

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

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Nous vous remercions pour votre implication et vos conseils précieux en endodontie. Soyez assurée de notre plus grand respect et de notre profonde gratitude.

Table des matières

Introduction	1
1. Présentation de l'étude URGDENT COVID-19	3
1.1. Description et spécificité du COVID-19	3
1.2. Les urgences dentaires et le COVID-19	4
2. La structure d'accueil des urgences dentaires du GHPS	4
2.1. Organisation des soins en période normale	4
2.2. Période COVID 19	6
3. Méthodologie de l'étude	7
3.1 Objectifs	7
3.2. Critères d'évaluation	8
3.3 Echantillon.....	8
3.4 Population étudiée.....	9
3.5 Méthode.....	10
3.6 Description des méthodes statistiques.....	13
3.7 Aspect réglementaires	13
4. Résultats de l'étude URGDENT COVID JOUR	14
4.1 Chart Flow	14
4.2 Données socio-démographiques	16
4.3 Questionnaire de satisfaction	38
4.4 Résultats des rappels téléphoniques	48
4.4.1 Douleur	48
4.4.2 Inquiétude	64
4.4.3 État de santé générale.....	69
4.4.4 Suites des soins	72
5. Résultats de l'étude URGDENT COVID NUIT	76
5.1 Chart Flow	76
5.2 Données socio-démographiques	78
5.3 Questionnaire de satisfaction	102
5.4 Résultats des rappels téléphoniques	112
5.4.1 Douleur	112
5.4.2 Inquiétude	129

5.4.3 État de santé générale.....	134
5.4.4 Suites des soins.....	137
6. Comparatif de l'étude par rapport à l'étude URGDENT	141
6.1 Données socio-démographiques	141
6.2 Questionnaire de satisfaction.....	154
6.3 Résultats des rappels téléphoniques	156
6.3.1 Douleur	157
6.3.2 Inquiétude	162
6.3.3 État de santé générale.....	167
6.3.4 Suite des soins	172
7. Discussion.....	179
7.1 Analyse descriptive de l'échantillon	179
7.2 Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon.....	180
7.3 Recrutement des patients.....	182
7.4 Suivi par un chirurgien-dentiste.....	184
7.5 Motifs de consultation du patient et diagnostics.....	185
7.6 Soins réalisés	187
7.7 Délais d'attente	188
7.8 Perception de l'état de santé	189
Conclusion	190
Annexe 1	196
Annexe 2	197
Annexe 3	198
Annexe 4	202

Introduction

Au cours de notre cinquième année d'études (D3), nous avons effectué des vacances hospitalières dédiées à la prise en charge des urgences dans le service d'Odontologie de l'hôpital Rothschild et au sein 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 et nous ne savons pas si son état s'est amélioré. Il nous a paru intéressant de savoir ce qu'il advenait de ces patients et comment ils vivaient leur passage dans le service, 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, ainsi et Paris Descartes dans le cadre du service de garde. Une enquête (*Azerad 2007*) a permis de préciser les caractéristiques de ces consultations en termes médicaux et sociologiques dont les données montrent que la douleur est le motif principal des consultations, cité par 60 à 80% des patients.

Le Service d'Accueil des Urgences du Service d'Odontologie du GHPS (SAU) a initié une demande afin d'évaluer, d'une part l'efficacité des soins réalisés au SAU et d'autre part la satisfaction des patients après leur passage, comme l'ont fait d'autres études (*Mascarenhas et al. 2001, Chapko 1985*).

Etude URGDENT

Après une étude pilote (Senoussi et Azria 2015), visant à évaluer l'efficacité et la qualité des soins, sur les patients ayant consulté de jour en semaine (Alcibes et Demestere, 2020), une seconde étude, URGDENT (Alcibes et Demeestere 2020), mise en place avec la collaboration de l'Unité de Recherche Clinique (URC) Pitié Salpêtrière, et enregistrée sur le site Clinicaltrials.gov (NCT03819036) a permis d'évaluer les caractéristiques socio-démographiques, la prise en charge ainsi que l'évolution de la situation pathologique des patients consultant au SAU du GHPS durant les différents jours de la semaine.

Cette étude a permis en premier lieu de montrer que :

- Le SAU était majoritairement fréquenté par des patients jeunes de sexe masculin possédant une couverture sociale.
- Le motif de consultation était principalement la douleur, déclarée à J-1 et J0 comme «modérée » à « sévère ».
- Les consultants présentaient majoritairement une anxiété légère
- Les diagnostics de pathologie infectieuse étaient les plus fréquents
- Une ordonnance sans acte était le soin le plus souvent réalisé.

En second lieu, cette étude a illustré

- La satisfaction des patients se présentant au SAU le jour en semaine hors période de crise sanitaire, avec un score moyen de satisfaction estimé à 8.6/10.
- Enfin, l'étude a permis d'observer l'évolution de la douleur, de l'inquiétude et de la perception de la santé :
- La douleur diminuait de manière substantielle entre J0 et J7 avec une chute linéaire de J1 à J7 de 55%, 71% et 86% respectivement à J1, J3 et J7.
- L'inquiétude du patient s'améliorait avec le temps, les valeurs moyennes diminuant de 3.3 à J0, 3.7 à J1, 2.7 à J3 ainsi que 2.1 à J7.
- La perception de l'état de santé générale du patient s'améliorait elle aussi avec le temps.

Cette étude ne prenant pas en compte les nuits de la semaine et les weekends, le Pr Boucher nous a proposé de mener cette étude sur ces périodes manquantes. Une demande de CPP avait été obtenue et nous nous apprêtions à démarrer l'étude quand l'irruption du virus SRAS-CoV-2 est venue modifier nos plans... Nous avons jugé plus judicieux de nous intéresser à la prise en charge des urgences en période COVID-19.

1. Présentation de l'étude URGENT COVID-19

1.1. Description et spécificité du COVID-19

Le COVID-19, également appelé maladie à coronavirus 2019, a fait son apparition à Wuhan (Chine) le 16 novembre 2019. Ce virus a déclenché une pandémie qui dure depuis plus d'un an et comptait au 21 Janvier 2021 plus de 95 millions de cas confirmés, 70 millions de cas soignés et 2 millions de morts à travers le monde, dont environ 90000 en France.

Il s'agit d'une maladie infectieuse émergente de haute virulence, de type zoonose virale, causée par la souche de coronavirus SRAS-CoV-2. La contagiosité peut débuter avant l'apparition des premiers symptômes. Les symptômes les plus fréquents sont la fièvre, la toux, la fatigue et la gêne respiratoire. Dans les formes les plus graves, l'apparition d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë peut entraîner la mort, notamment chez les personnes plus fragiles du fait de leur âge ou en cas de comorbidités. Une autre complication mortelle est une réponse exacerbée du système immunitaire inné (choc cytokinique).

Ce virus a bouleversé la santé des populations, la culture, l'économie, les industries, les transports ainsi que nos habitudes quotidiennes. Il s'agit, selon le président de la République française, de « la plus grande crise sanitaire qu'ait connu la France depuis un siècle ».

Ainsi, afin de prévenir la propagation du virus, et d'éviter la saturation des systèmes de santé, de nombreux pays, notamment la France, ont imposé une période de confinement qui comprenait un couvre-feu permanent, la fermeture de tous les établissements scolaires, des commerces non essentiels, des restaurants et bars, l'interdiction des rassemblements et des voyages, le report des soins non urgents dans tous les hôpitaux ainsi que la fermeture des cabinets dentaires.

La France a imposé un confinement du 17 mars au 11 mai 2020, dates durant lesquelles nous avons réalisé notre étude aux urgences dentaires du Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (GHPS).

1.2. Les urgences dentaires et le COVID-19

Afin de faire face à cette pandémie, les services d'urgence dentaire ont dû s'adapter rapidement pour prendre en charge un flux très important de patients, principalement dû à la fermeture des cabinets dentaires. Ainsi, les SAU ont accueilli un ensemble de patients plus divers : de nombreux patients ont été orientés par leur chirurgiens-dentistes (fermés), des plateformes spécialisées comme COVIDENT sur Internet, d'autres hôpitaux...

Pendant de longues semaines (réouverture des cabinets dentaires le 11 mai 2020), seuls certains SAU hospitaliers sont restés ouverts, souvent très partiellement, et parmi eux, seul le SAU du GHPS a continué à fonctionner sans interruption.

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

2.1. Organisation des soins en période normale

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 le 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).

En temps normal, les patients se rendent aux urgences dentaires pour des motifs variés notamment parce que leur praticien ne peut pas les recevoir avant un certain délai, car ils n'ont pas de praticien attiré, ou encore parce que le patient n'a pas de couverture sociale. Ces patients ne consultent que dans l'urgence et de ce fait dans la majorité des cas tardivement.

Par ailleurs, la difficulté diagnostique est souvent accrue par l'absence de maîtrise de la langue française pour un nombre non négligeable de patients.

2.2. Période COVID 19

En France, le 17 mars 2020, a débuté le premier confinement total afin de limiter la propagation de l'épidémie du virus COVID-19. La population avait pour interdiction quitter son domicile sauf pour les motifs suivants : déplacements afin d'aller travailler, faire ses courses, se déplacer pour raison de santé ou d'urgence familiale, pour la garde d'enfant ou encore pour pratiquer une activité physique individuelle et sortir un animal de compagnie.

Pour être en accord avec la volonté de l'Etat de diminuer le taux de contamination du virus, le Ministère de la Santé ainsi que le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes ont décidé de la fermeture des cabinets dentaires. Les cabinets libéraux, les centres dentaires ainsi que les permanences d'accès aux soins (services PASS) étaient donc fermés.

Pour pallier cette absence d'accès aux soins dentaires, le service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière s'est adapté à la situation afin d'assurer un service d'urgence opérationnel continu (24h/24 7J/7) et accueillir un flux très important de patients. La prise en charge s'est ainsi adaptée : les internes et les séniors ont remplacé les externes, les consultations ont été réalisées dans les boxes classiques (3 boxes occupés), puis les soins ont uniquement eu lieu dans des boxes dédiés (Petites interventions, PI, 2 boxes), fermés, alors qu'en période précédant la crise COVID, 9 boxes réalisant consultations et soins étaient actifs.

Par ailleurs le mode d'accès à la consultation a été modifié. Habituellement l'accès à la consultation au Service d'Accueil des Urgences Odontologiques (SAUO) se fait via différents moyens (Internet, téléphone, orientation par l'entourage...). Afin de répondre à l'afflux de patients lié à la fermeture des cabinets dentaires, un système de régulation a été mis en place : les consultants potentiels devaient appeler la plateforme COVIDENT (plateforme téléphonique des urgences dentaires mise en place par le Pr G. Lescaille ([une plateforme téléphonique de gestion des urgences bucco-dentaires | Université de Paris \(u-paris.fr\)](https://www.u-paris.fr/fr/une-plateforme-telphonique-de-gestion-des-urgences-bucco-dentaires))). Cette plateforme permettait de filtrer en amont de la venue et d'orienter au mieux le patient : téléconsultation, orientation vers des hôpitaux moins engorgés ou consultation d'urgence au sein du GHPS. Ainsi, le nombre de patients consultant aux urgences dentaires pouvait être mieux contrôlé.

C'est dans ce contexte inédit qu'a été décidée l'étude URGDENT COVID : l'objectif de l'étude était alors d'évaluer l'efficacité des procédures d'urgence et la satisfaction des patients vis à vis du service des urgences dentaires du GHPS, le jour et la nuit (week-end compris), face à une réorganisation du service due au virus du COVID 19.

Un nouveau dossier a été déposé avec l'URC Pitié au CPP le 08 avril 2020 et l'avis favorable a été reçu le 10 avril. La première inclusion a eu lieu le 21 avril 2020. L'étude reprend la même méthodologie que la précédente étude URGDENT (Alcibes et Demeestère 2020) en y incluant le jour et la nuit en période de crise COVID-19.

3. Méthodologie de l'étude

3.1 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 le jour et la nuit (week-end compris) en période de crise sanitaire.

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 J0, 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.

3.2. 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

3.3 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) et de nuit (18h30-8h30) 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.

3.4 Population étudiée

Recrutement de la population

Les inclusions ont été réparties tout au long de la période de l'étude en 8 jours et 4 nuits afin d'interroger les patients à différents moments du confinement.

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 ou des difficultés linguistiques
2. Patient présentant des difficultés importantes de compréhension des objectifs et du déroulement de la recherche (questionnaire, notation par ENS, suivi téléphonique), à l'appréciation de l'investigateur
3. Patient sous tutelle ou curatelle

3.5 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) :

Jour de la consultation (J0)

1. Information du patient sur la recherche lors de son arrivée dans le service ; explication de ses objectifs, de ses modalités et contraintes en respect des gestes barrières.
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.

Suivi téléphonique :

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.

NB : pour l'échantillon de nuit, idéalement, le rappel devrait avoir lieu 24h après l'intervention, mais il ne paraît ni éthique ni productif de rappeler les patients la nuit suivante ; une extension de 12h a donc été instaurée, portant donc les périodes de rappel à 36h (J1), 84h (J3) et 180h (J7) après la nuit de la prise en charge.

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

Étapes 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

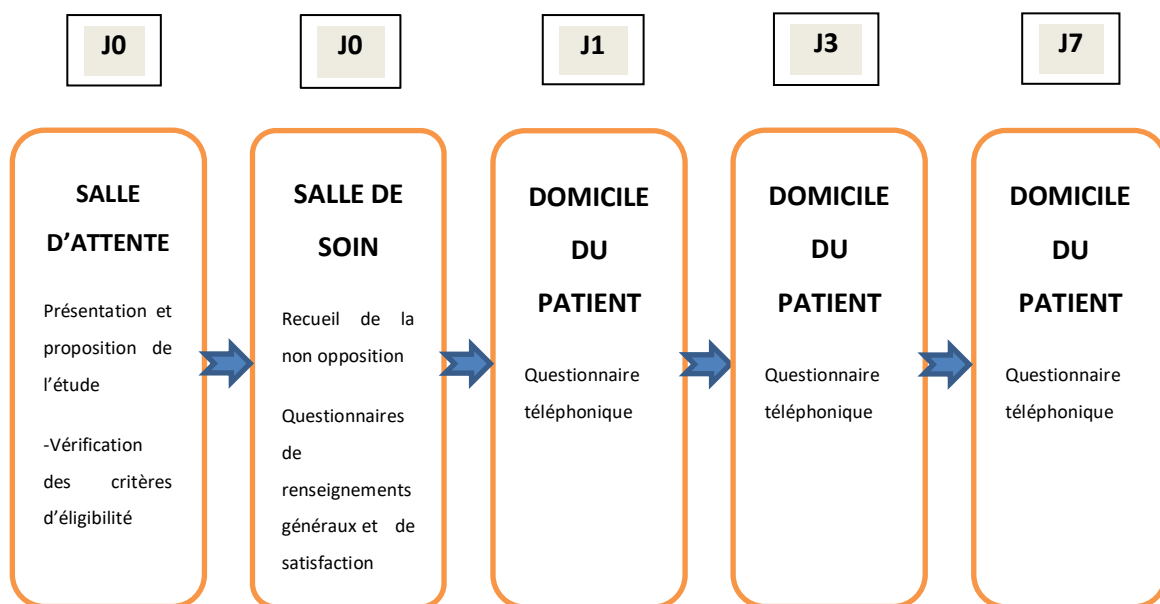


Figure 1. chronogramme et design de l'étude.

3.6 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.

3.7 Aspect réglementaires

A) 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 élaboré le protocole de l'étude avec l'Unité de Recherche Clinique (URC) de la Pitié Salpêtrière qui l'a soumis au CPP CPP Sud-Méditerranée II (référence : 220 C06), qui avait été attribué au préalable par tirage au sort.

Le comité CPP a émis un avis favorable le 10/04/2020 à Marseille.

L'étude est donc répertoriée sous le numéro ID RCB : 2020-A00990-39 / SI : 20.04.08.60554 dont l'investigateur coordonnateur est le Pr BOUCHER.

4. Résultats de l'étude URGENT COVID JOUR

4.1 Chart Flow

Causes de non inclusion à J0

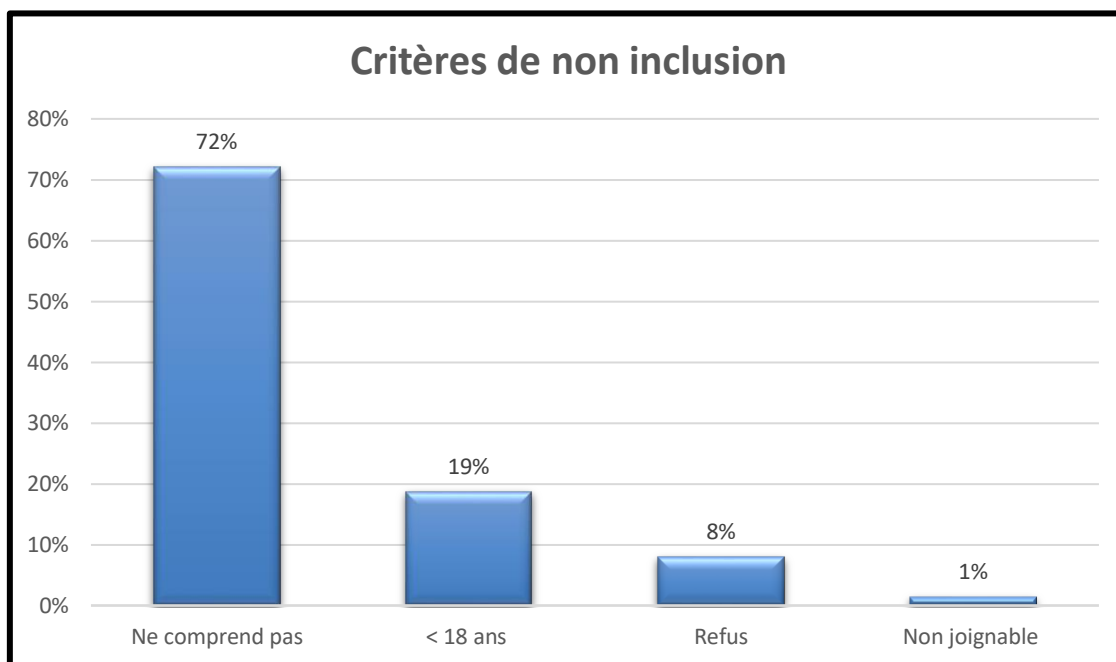


Figure 2 : causes de non inclusion

Pour l'étude de jour, 445 patients ont été sollicités au total, et 75 ont été exclus.

La principale cause de non inclusion était la non compréhension au questionnaire (54 patients non inclus), suivi de l'âge (14 mineurs). 8% des patients n'ont pas désiré répondre aux questions, soit 6 patients, et 1 seul patient s'est déclaré non joignable par téléphone.

Au final 370 patients ont été inclus dans l'échantillon de jour.

Perdus de vue et rappels téléphoniques

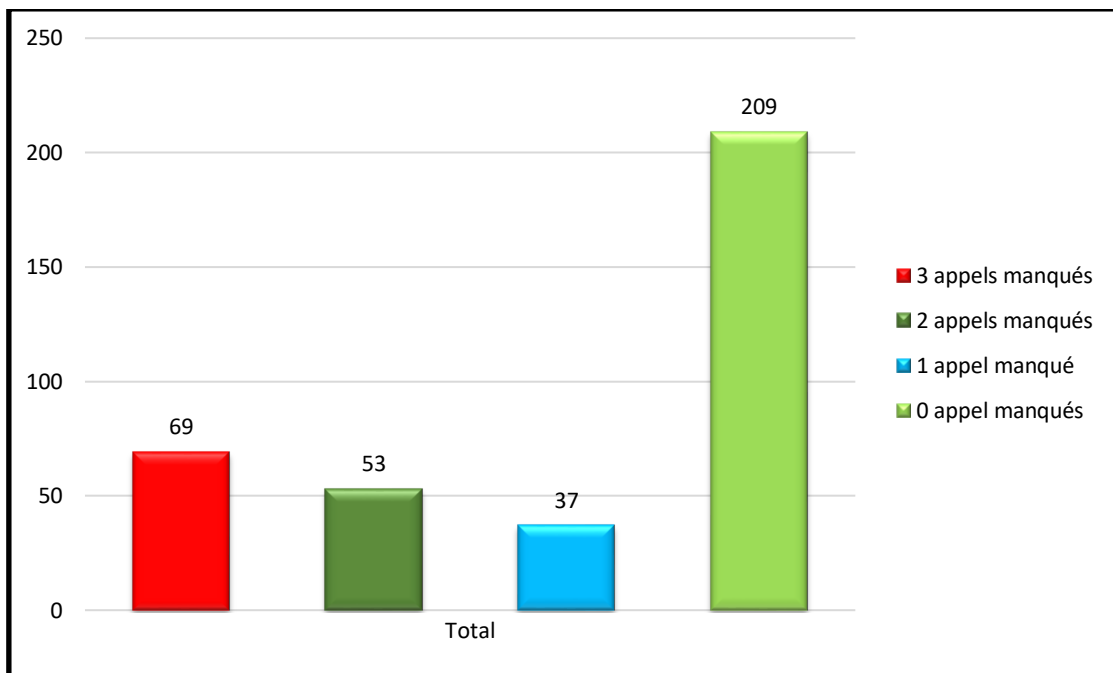


Figure 3 : Réponse aux appels téléphoniques à J1, J3 et J7.

209 patients sur 370 (56%) ont répondu à l'ensemble des appels (figure 3).

69 patients n'ont répondu à aucun des 3 appels et ont été considérés comme perdus de vue. Cela correspond à 19% des patients inclus.

Les patients ayant manqué 1 appel (37 patients) ou 2 appels (53 patients) représentent en tout 24% de l'échantillon.

Au final, sur les 445 patients sollicités, 370 (83%) ont été inclus dans l'étude et parmi eux, 209 (47%) ont rempli l'ensemble des questionnaires le jour de la consultation et lors des suivis téléphoniques à J1, J3 et J7.

4.2 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

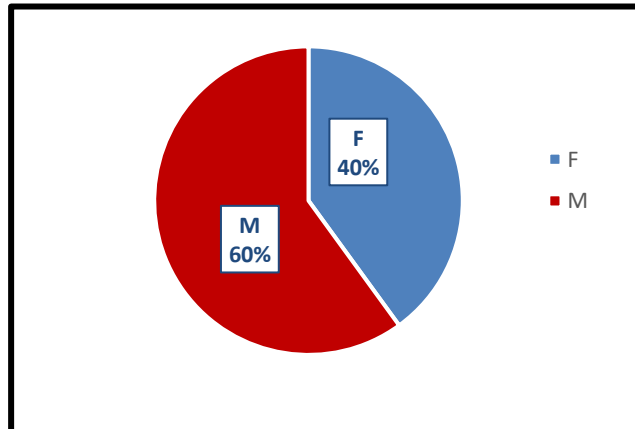


Figure 4 : répartition du nombre d'hommes et de femmes dans l'échantillon.

L'échantillon était composé de 60% de (222) hommes, et de 40% de (148) femmes.

Âge

L'échantillon était majoritairement constitué de patients jeunes. La moyenne d'âge était de 39 ans \pm 14 ans.

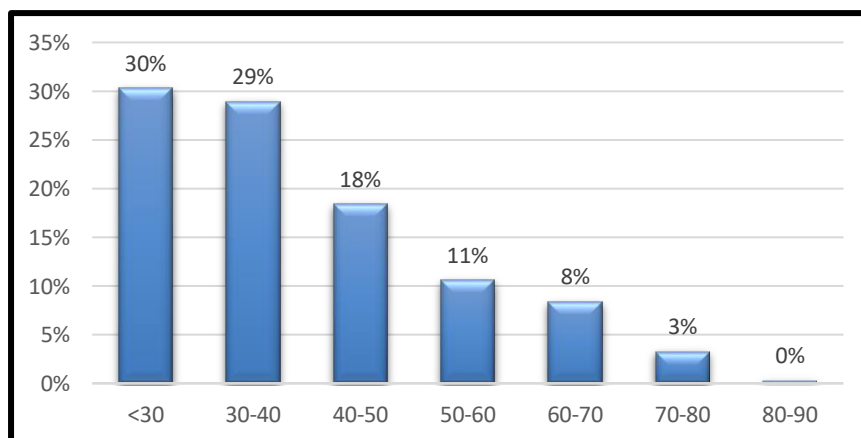


Figure 5 : répartition de l'échantillon selon l'âge des patients.

La figure 5 illustre la répartition des patients par tranche d'âge (tranches de 10 ans).

La population de moins de 40 ans représentait 59% de l'échantillon, soit 219 patients. Celle de moins de 30 ans représentait 30% de l'échantillon, soit 112 patients.

Seulement 11% des patients avaient plus de 60 ans, soit 44 patients.

Les résultats sont similaires à l'étude URGDENT.

Couverture sociale

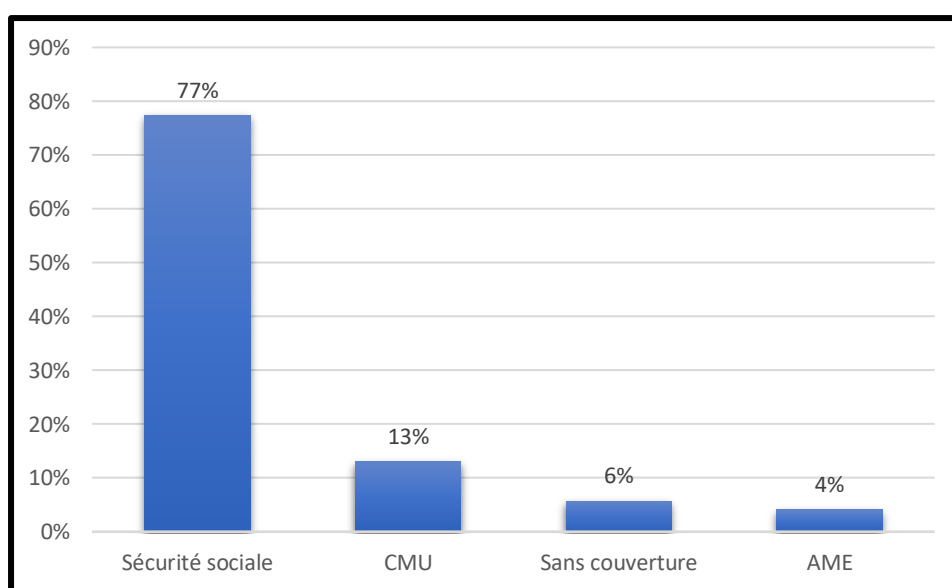


Figure 6 : répartition de la couverture sociale des patients au sein de l'échantillon.

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

349 patients (94%) bénéficiaient d'une couverture sociale. Parmi ces patients, 77% (N=286) avaient la Sécurité Sociale, 13% (N=48) avaient la CMU (Couverture Maladie Universelle), 4% (N=15) avaient l'AME (Aide Médicale d'Etat). Seulement 6% des patients n'avaient aucune couverture sociale, soit 21 patients.

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.

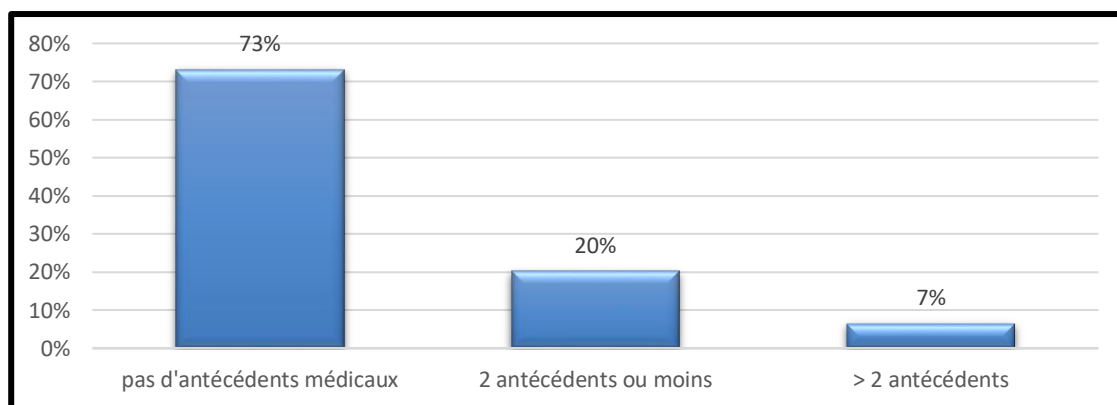


Figure 7 : répartition du nombre d'antécédents médicaux au sein de l'échantillon

Environ trois quarts (73%, N=270) des patients déclaraient ne pas avoir d'antécédents médicaux. 20% (N=75) des patients présentaient 1 ou 2 antécédents médicaux, et 7% (N=24) avaient plus de 2 antécédents.

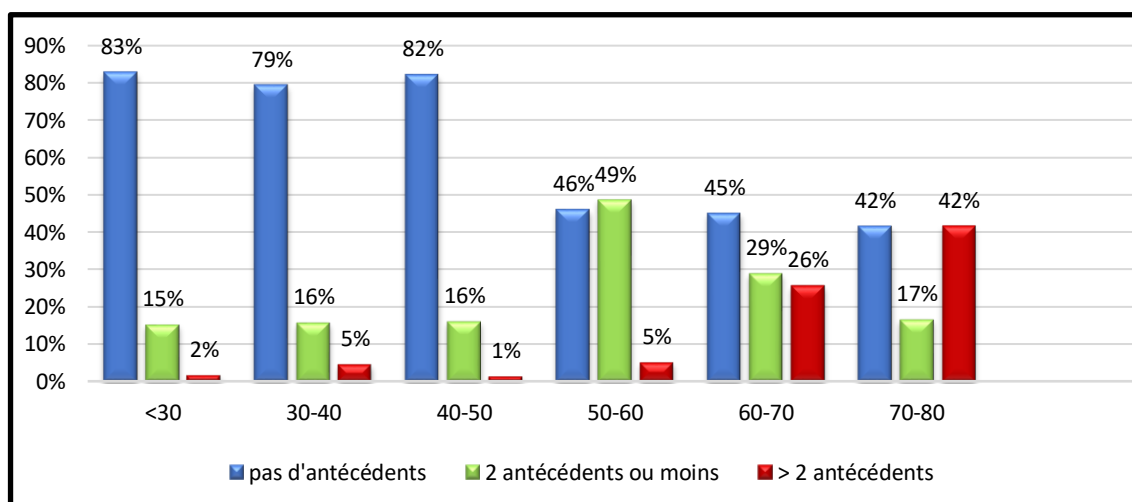


Figure 8 : Antécédents médicaux en fonction de l'âge des patients.

La figure 8 indique les catégories d'âge des patients en apportant des précisions sur le nombre d'antécédents médicaux de l'échantillon. On observe que le nombre d'antécédents médicaux augmente avec l'âge ; 42% (N=6) des patients de plus de 70 ans avaient plus de 2 antécédents médicaux tandis que chez les patients ayant moins de 30 ans, moins de 2% (N=2) en avaient plus de 2.

Suivi dentaire

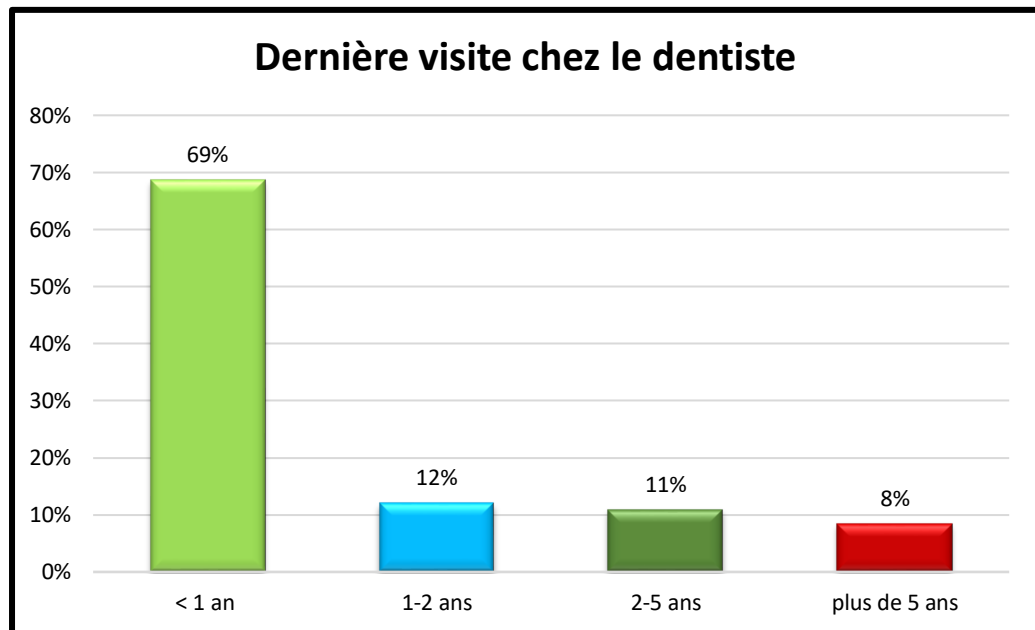


Figure 9 : répartition du suivi dentaire de l'échantillon. La date de dernière visite est indiquée selon différentes tranches temporelles.

Plus de 2/3 des patients (69%, N=252 patients) ont été chez le dentiste moins d'un an avant leur consultation au SAU.

Seulement 8% des patients (N=31) dataient leur dernière visite chez le dentiste à plus de 5 ans.

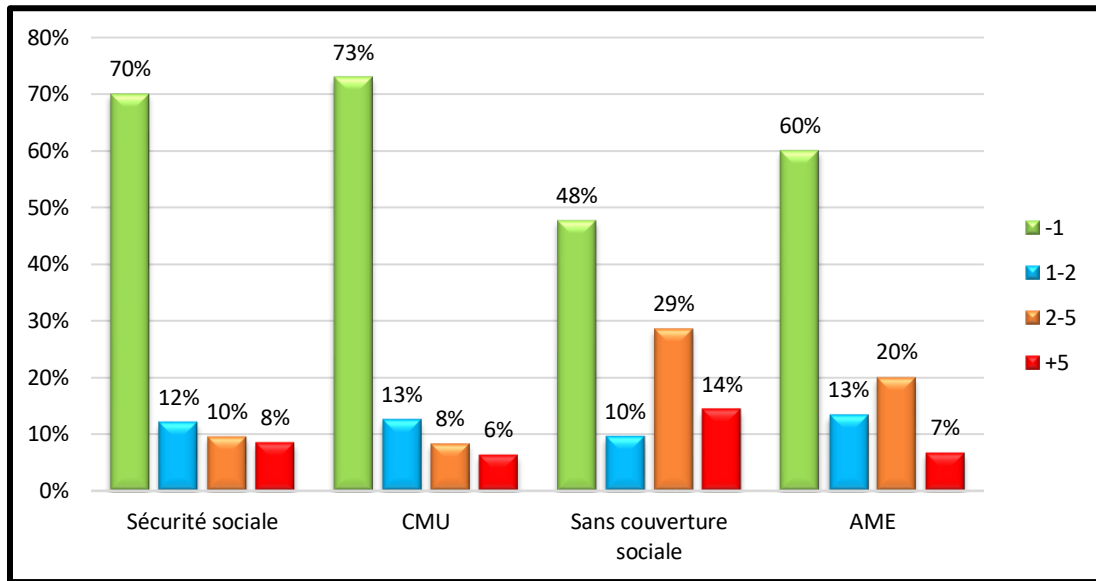


Figure 10 : répartition de la date du dernier rendez-vous selon la couverture sociale.

La figure 10 met en relation la régularité du suivi dentaire des patients avec leur type de couverture sociale.

On observe une concordance entre le degré de couverture sociale et la dernière visite chez le dentiste : 48% (N=10) des patients sans couverture sociale avaient vu le dentiste il y a moins d'un an contre 60% (N=9) des patients bénéficiant de l'AME, 70% (N=198) des patients bénéficiant de la sécurité sociale et 73% (N=35) des patients avec la CMU.

Inversement, plus la protection sociale est faible, plus la date de la dernière visite chez le dentiste est éloignée : 18% (N=51) des patients ayant la sécurité sociale dataient leur dernière visite chez le dentiste à plus de 2 ans contre 27% (N=4) des patients bénéficiant de l'AME et 43% (N=9) des patients sans couverture sociale.

Aucune différence majeure n'apparaît entre les patients avec une CMU et ceux bénéficiant de la sécurité sociale.

Mode de recrutement des patients

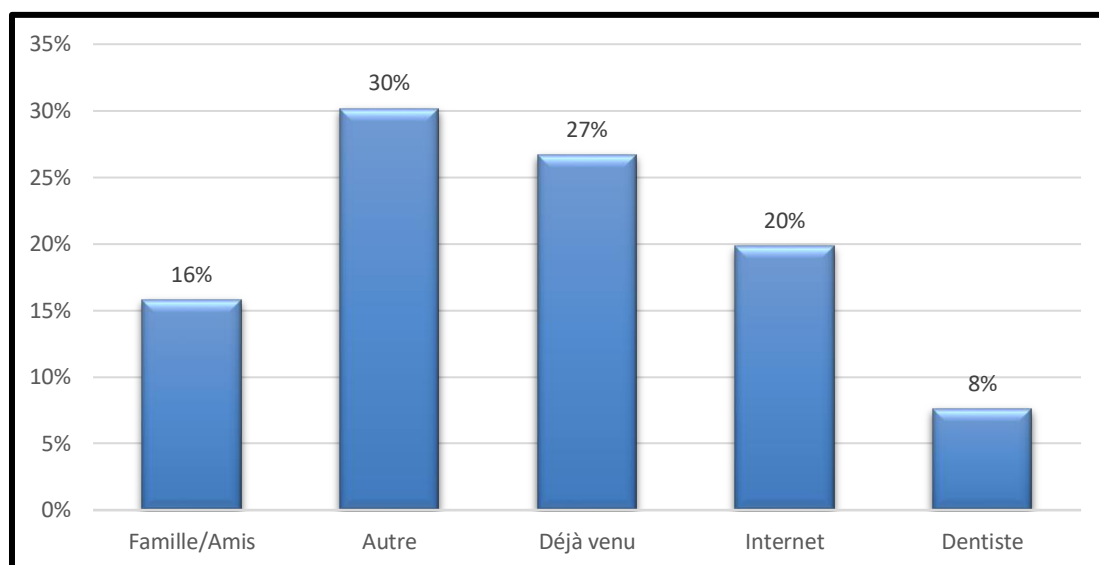


Figure 11 : répartition du mode de recrutement des patients.

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 ? » (SAU).

La majorité des patients ayant consulté aux urgences connaissaient et étaient déjà venus dans le service (27%, N=98), 20% (N=73) des patients ont connu le service via Internet, suivi de 16% (N=58) grâce à leur entourage et enfin 8% (N=28) des patients ont été dirigés aux urgences par leur dentiste.

Une grande partie a été orienté au SAU pour d'autres raisons : Covident, SAMU, autre hôpital etc.

Prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

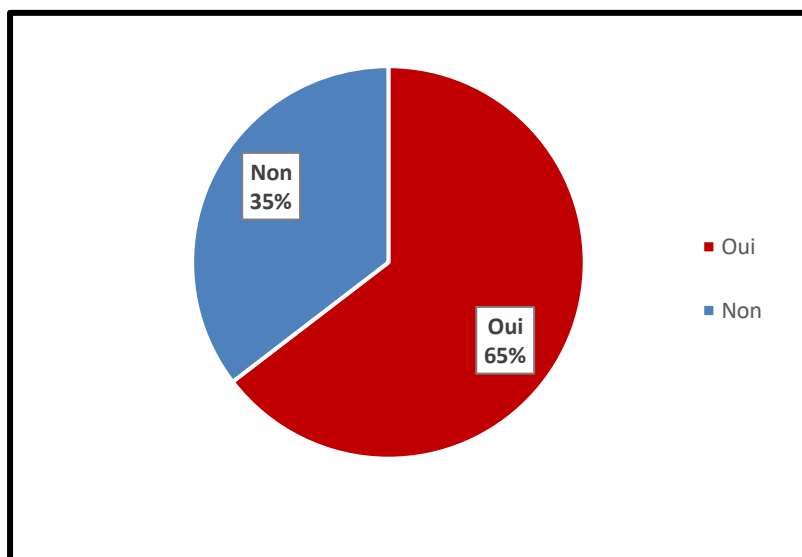


Figure 12 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

La figure 12 indique la part des patients ayant essayé de contacter leur chirurgien-dentiste en ville pour avoir un rendez-vous avant de se présenter aux urgences.

La majorité des patients (65%, N=239) ont tenté de prendre rendez-vous avec leur chirurgien-dentiste tandis que 35% (N=131) sont venus directement aux urgences.

La figure 13 donne des précisions concernant le parcours des patients ayant essayé de prendre un rendez-vous avant de consulter au SAU pendant cette période de crise sanitaire où les cabinets étaient fermés.

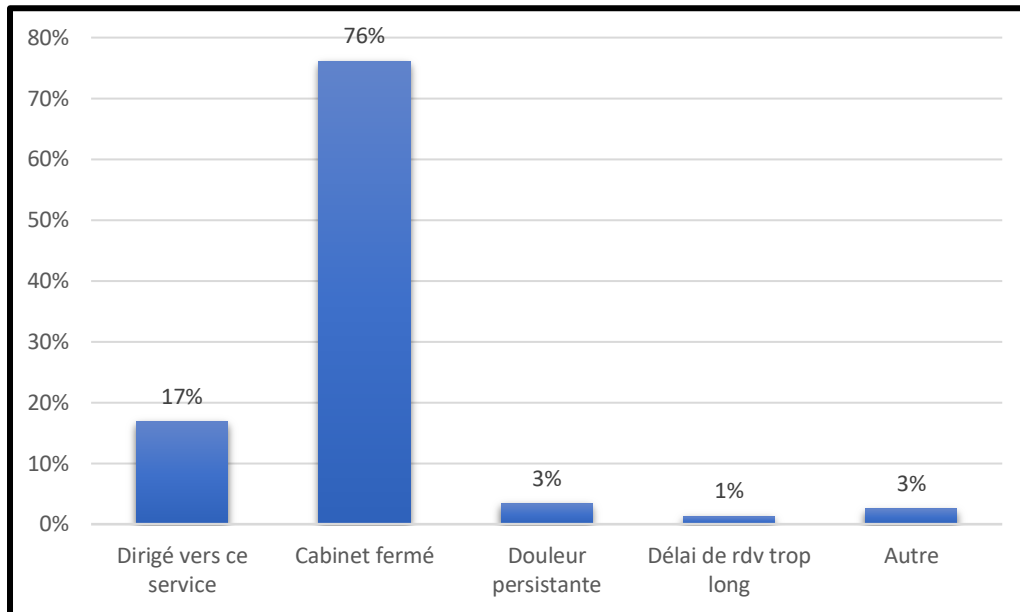


Figure 13 : raisons de recours aux urgences du SAU plutôt que chez leur dentiste, évoquées par les patients.

La figure 13 indique les raisons pour lesquelles les patients sont venus consulter aux urgences plutôt que chez leur dentiste.

La grande majorité des patients (76%, N=181) a eu recours aux urgences car leur chirurgien-dentiste était fermé en raison de l'épidémie de COVID-19. 17% (N=40) ont été dirigés vers ce service par leur praticien. 3% (N=8) sont venus car une douleur persistait malgré leur visite chez un praticien. Enfin, seulement 1% (N=3) ont consulté parce que le délai de rendez-vous dans un cabinet dentaire était trop long.

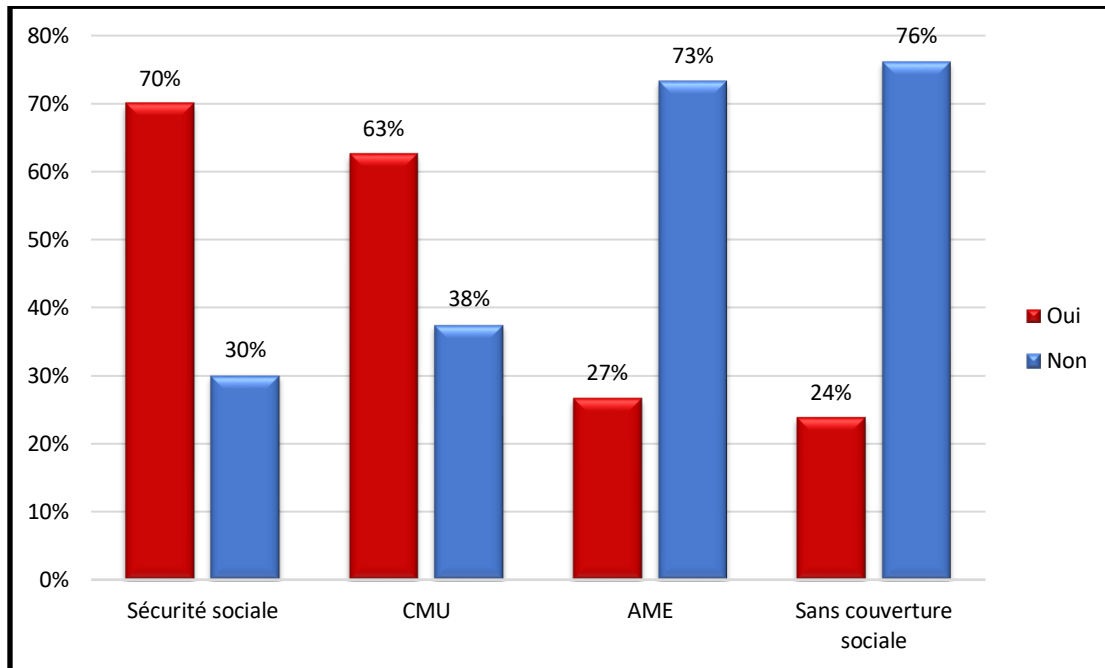


Figure 14 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU et couverture sociale.

Le graphique 14 indique que la proportion des patients ayant tenté de prendre rendez-vous avec leur chirurgien-dentiste est liée au degré de couverture sociale.

En effet, les patients ayant essayé de consulter un praticien avant de venir étaient pour 70% (N=200) bénéficiaires de la sécurité sociale, pour 63% (N=30) de la CMU, pour 27% (N=4) de l'AME, et pour 24% (N=5) sans couverture sociale.

Les patients bénéficiant de l'AME ainsi que les patients sans couverture sociale sont en majorité venus consulter directement au SAU, respectivement 73% (N=11) et 76% (N=16)

B) Renseignements médico-dentaires

Les motifs de consultation évoqués par les patients

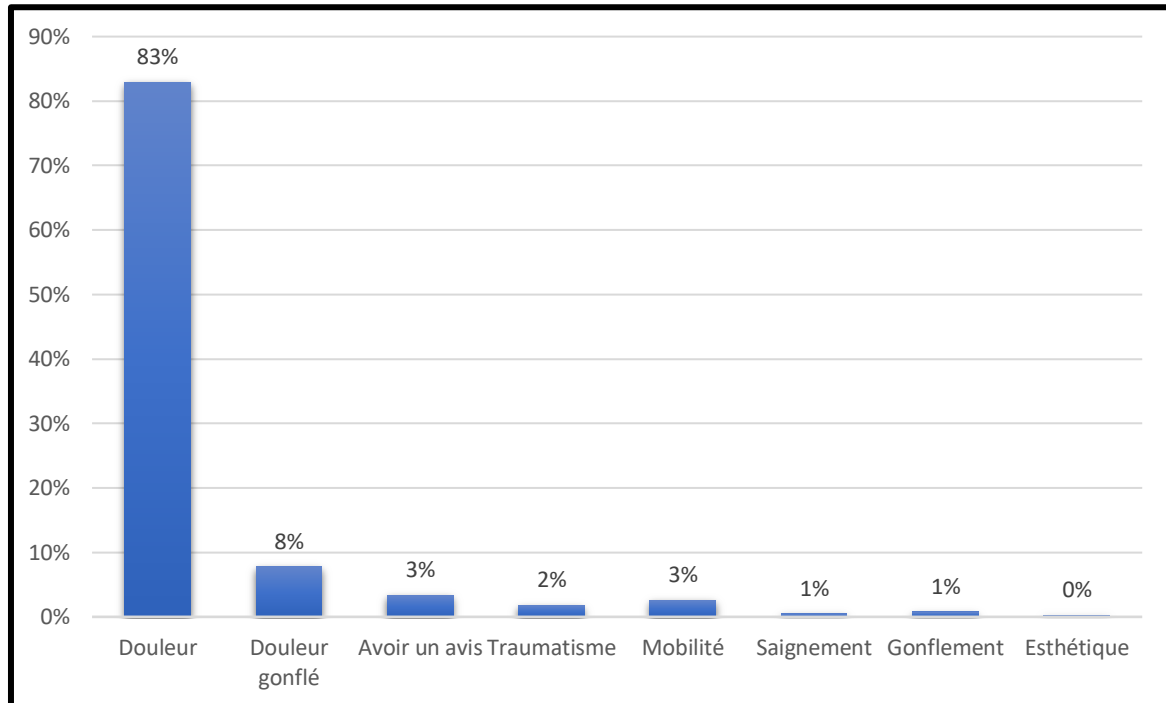


Figure 15 : répartition du motif de consultation évoqué par les patients.

La douleur était le motif de consultation le plus fréquent : 91% (N=350) des patients ont consulté pour cause de douleurs dont 8% (N=30) associées à un gonflement.

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

Diagnostic cliniques

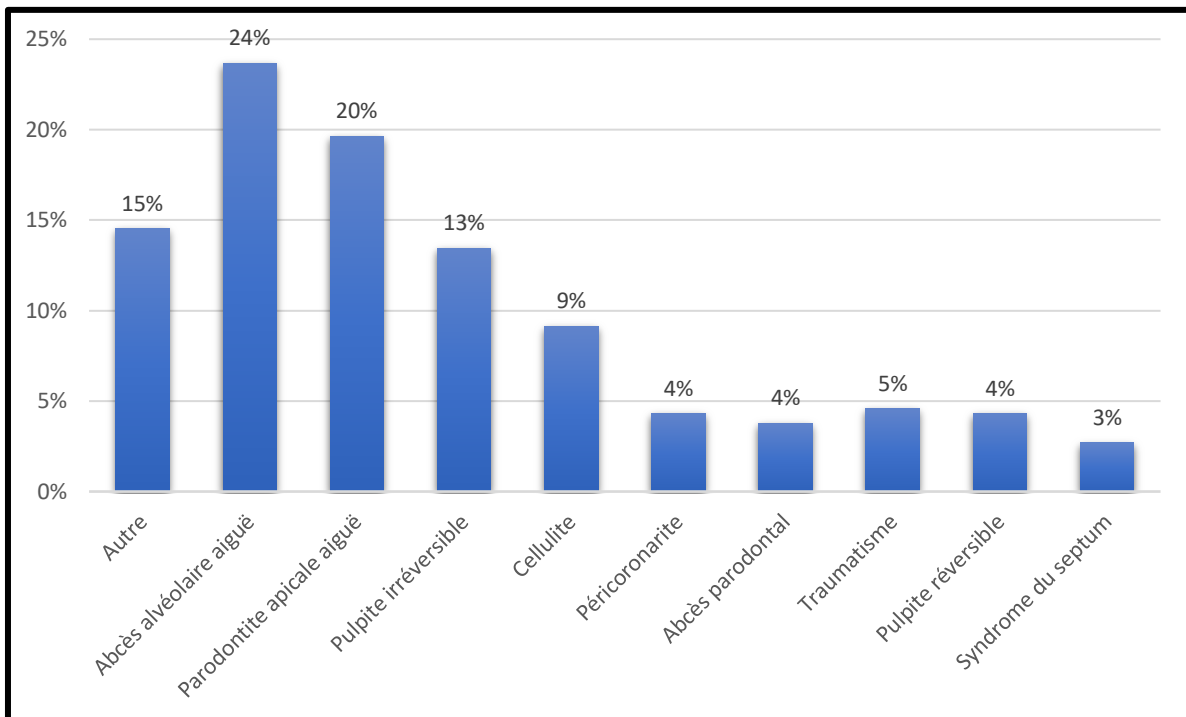


Figure 16 : répartition des différents diagnostics dans l'échantillon.

La figure 16 illustre les différents diagnostics établis chez les patients ayant consulté au SAU.

Les trois diagnostics les plus fréquents sont : abcès alvéolaire aigu (24%, N=88), parodontite apicale aiguë (20%, N= 73) et pulpite irréversible (13%, N=50). Viennent ensuite la cellulite (9%, N=34), les traumatismes (5%, N=17), la pulpite réversible et la péri coronarite et le syndrome du septum (4%, N=16 patients chacun), l'abcès parodontal (4%, N=14) et enfin le syndrome du septum (3%, N=10).

A noter que la catégorie « autre », regroupant un ensemble de diagnostics hétéroclites tel que des problèmes musculaires, dermatologiques, des sinusites, fistules, descellements, représente une proportion importante (15% des diagnostics).

Score d'anxiété

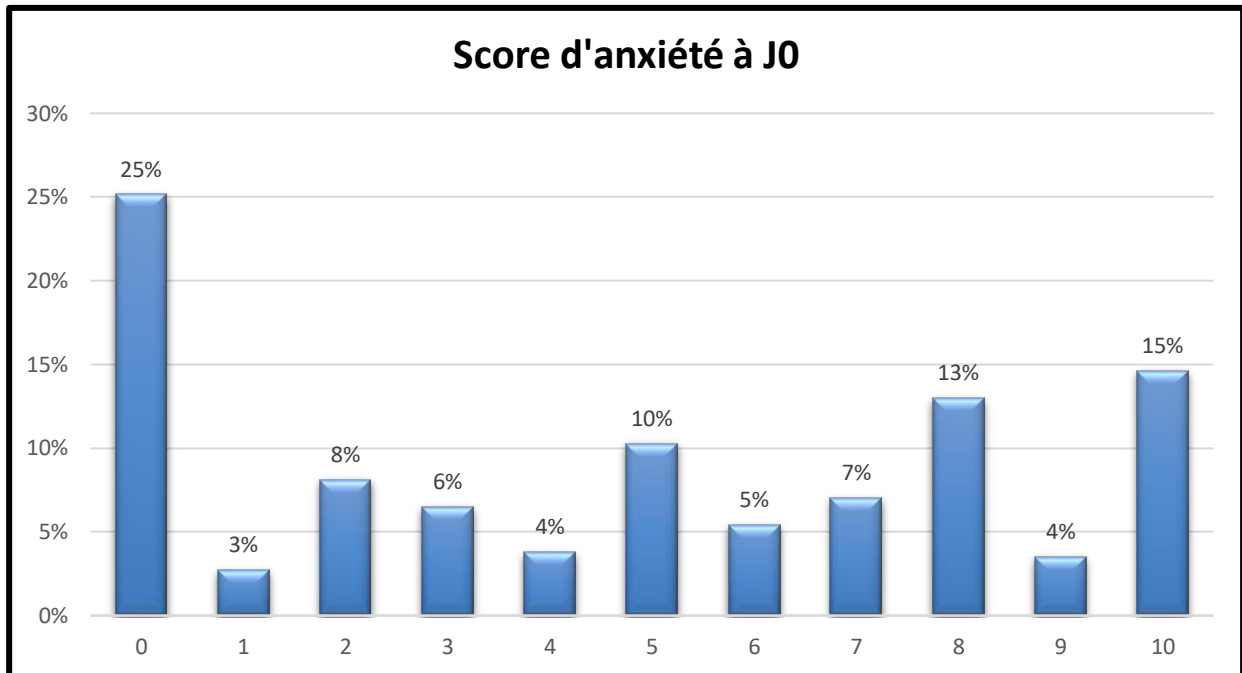


Figure 17 : répartition des scores de l'anxiété à J0 (abscisse : les différents scores d'anxiété de 0 à 10 ; ordonnée : les pourcentages relatifs dans l'échantillon).

La figure 17 illustre les scores d'anxiété des patients de l'échantillon à J0.

- Les scores faibles (0-4) représentent 46% de l'échantillon
- Les scores modérés (5-7) représentent 22% de l'échantillon
- Les scores sévères (8-10) représentent 32% de l'échantillon

La majorité des patients avait un score faible d'anxiété à J0 (46%) dont 25% avec un score de 0. Cependant, environ 1/3 de l'échantillon avait un score d'anxiété sévère dont 15% évaluait leur anxiété à 10/10.

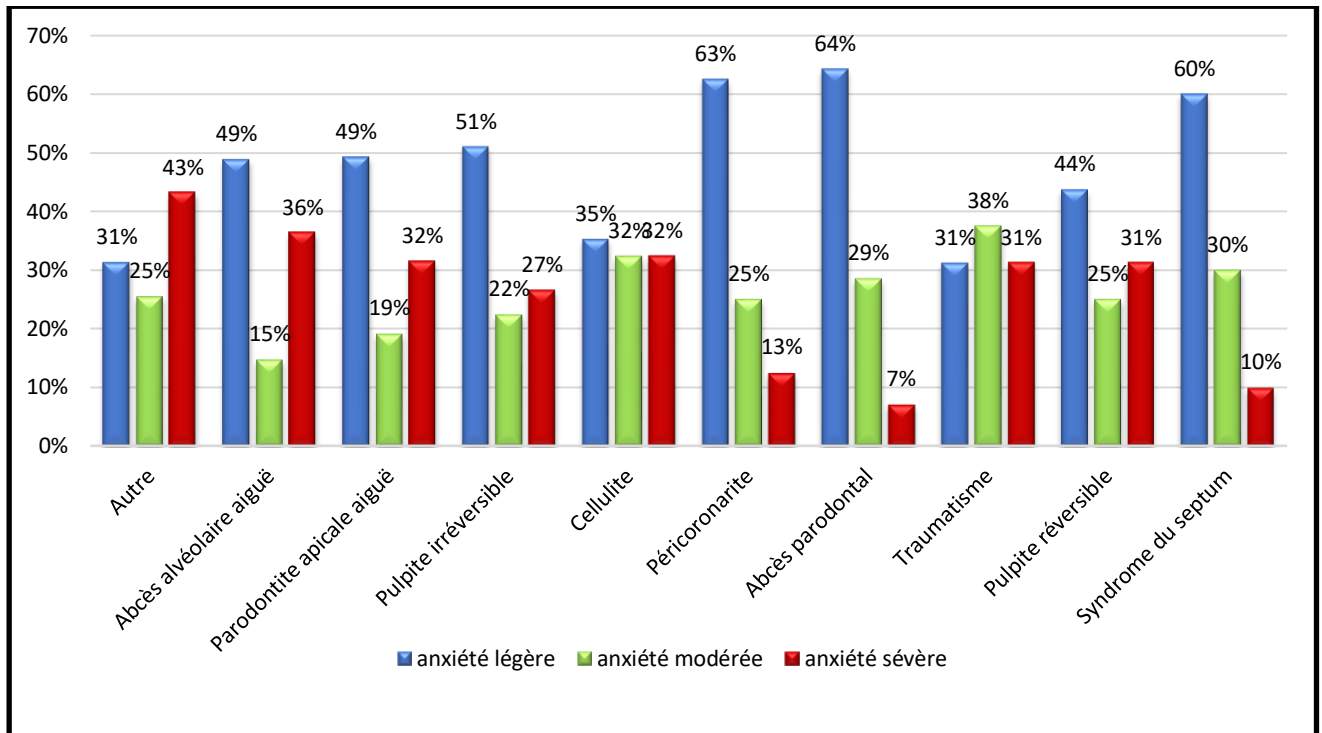


Figure 18 : répartition des degrés d'anxiété par diagnostic.

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. Cependant, certains sont associés à des scores d'anxiété plus élevés:

- L'abcès alvéolaire aigu, la parodontite apicale aiguë, la cellulite, les traumatismes et paradoxalement la pulpite réversible s'accompagnent d'anxiété sévère dans plus de 30% des cas ;
- La catégorie « autre », qui regroupe tous les diagnostics tels que les problèmes musculaires, dermatologiques, sinusites, descellements prothétiques etc. s'accompagne d'anxiété sévère dans plus de 43% des cas.

Le scores d'anxiété ne semble pas corrélé au degré de gravité des différentes pathologies.

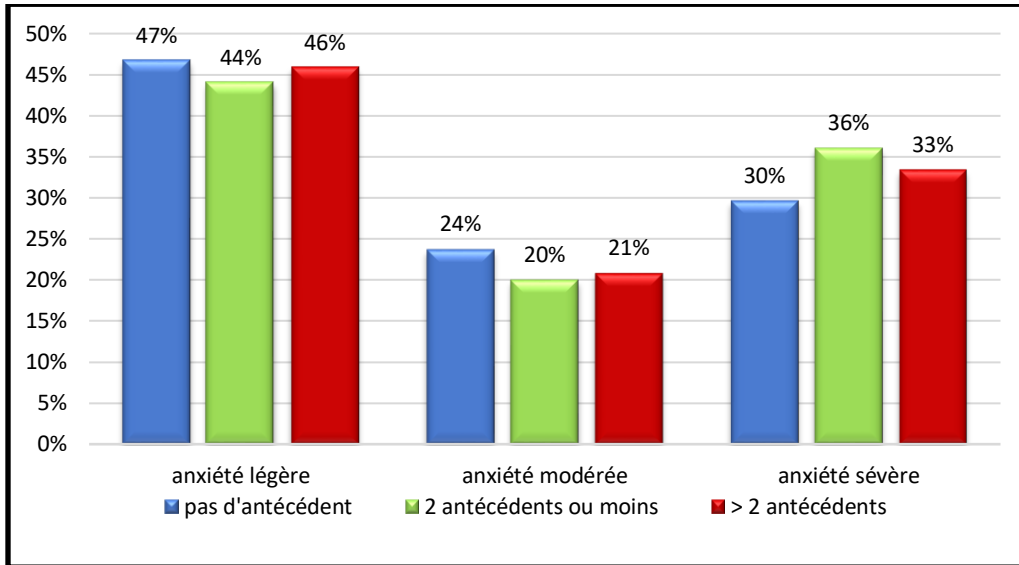


Figure 19 : répartition du degré d'anxiété selon les antécédents médicaux.

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

Score de la douleur les dernières 24h

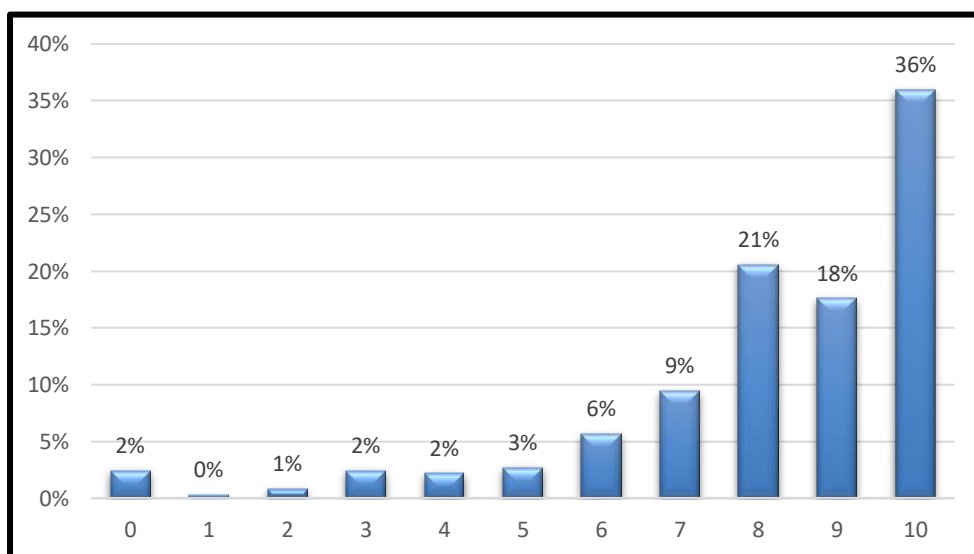


Figure 20 : score de douleur au cours des dernières 24h.

La répartition des scores de douleur à J-1 est illustrée par la figure 20.

- Les scores faibles (0-4) représentent 7% de la population avec 2% au score de 0 ;
- Les scores modérés (5-7) représentent 18% de la population avec une augmentation de 3% par score.
- Les scores élevés (8-10) représentent 75% de la population avec 36% de score maximal.

La grande majorité de la population (93%) déclare donc une douleur modérée à sévère au cours des dernières 24h ; dont les 3/4 présentaient des douleurs sévères.

Cela confirme les résultats figure 15 illustrant que la douleur représente 90% des motifs de consultation.

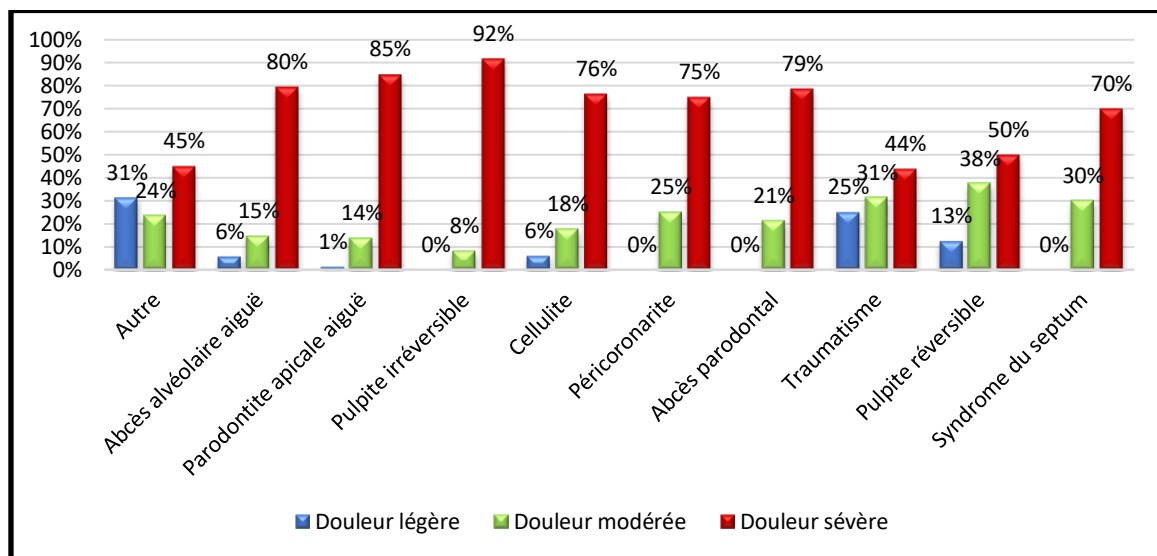


Figure 21 : répartition de l'intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures en fonction du diagnostic.

La figure 21 décrit la répartition de l'intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures en fonction du diagnostic. Les douleurs sévères étaient particulièrement rapportées pour 3 diagnostics : AAA, PAA et pulpite irréversible.

Globalement, le taux de douleurs légères à J-1 est plutôt faible. Les douleurs légères sont particulièrement peu représentées dans les pulpites irréversibles (0%), PAA (1%), septum (0%), AAA et cellulite (6%)

Le diagnostic de traumatisme présente le taux le plus élevé de douleurs légères (25%). 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

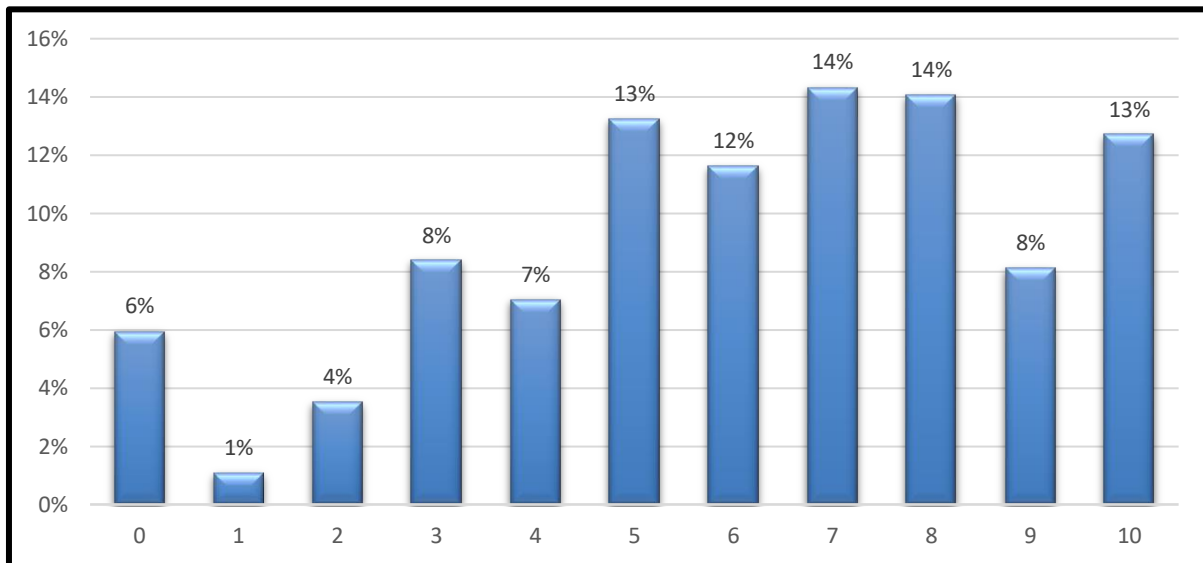


Figure 22 : répartition des scores de douleur à J0.

La figure 22 représente la répartition des scores de douleur à J0. Cette figure indique que :

Les scores faibles (0-4) représentent 26% de l'échantillon dont 6% de score à 0 ; Les scores modérés (5-7) représentent 39% de l'échantillon et les scores élevés (8-10), 35% de l'échantillon.

Les scores modérés et élevés sont les plus représentés (74%) avec 13% de score maximal ; les résultats sont en cohérence avec le premier motif de consultation : la douleur.

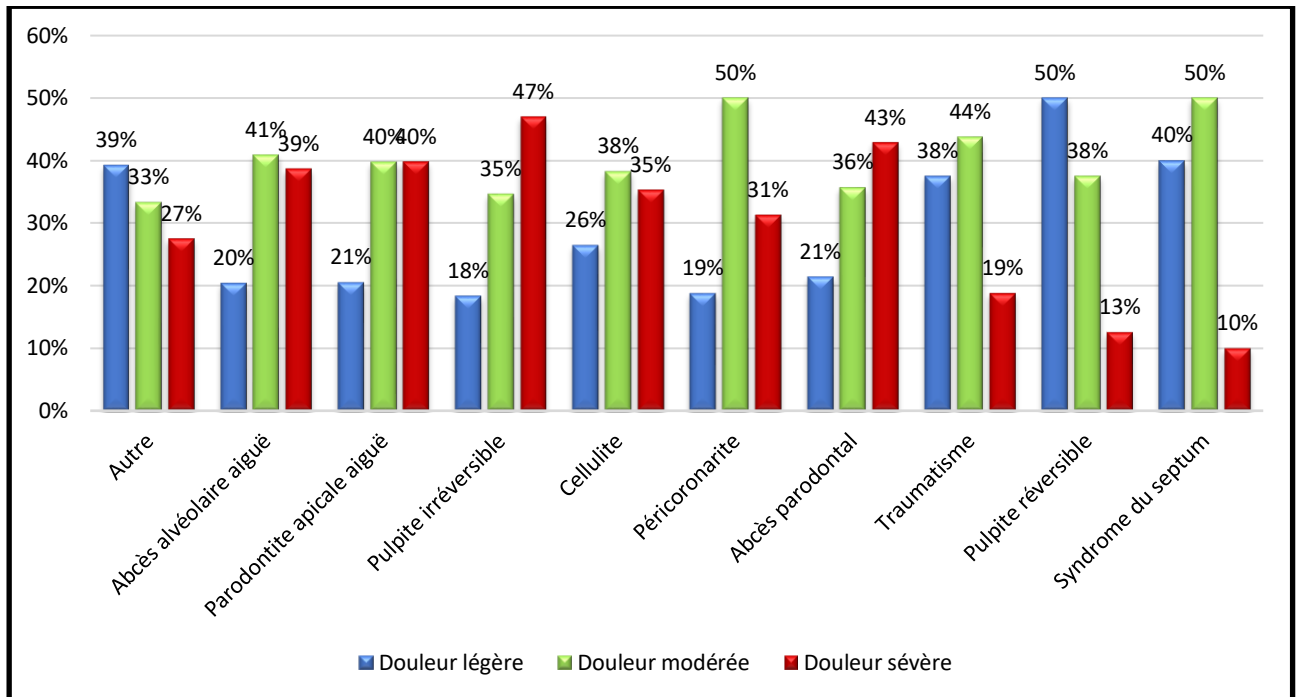


Figure 23 : douleur à JO et diagnostic.

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

- La part de douleurs sévères à JO était surtout importante chez les patients atteints d'AAA (39%), PAA (40%), pulpites irréversibles (47%) et abcès parodontaux (43%).
- Les douleurs modérées sont réparties aux alentours de 40% de manière équilibrée selon les diagnostics, à l'exception du syndrome du septum chez qui 50% des patients affirmaient avoir une douleur modérée.
- Les douleurs légères se situent pour la plupart des diagnostics aux alentours de 20%. 3 diagnostics étaient majoritairement représentés par des patients ayant des douleurs légères : le syndrome du septum (40%), la pulpite réversible (50%) et le traumatisme (38%). Pour ces diagnostics, le taux de douleurs sévères était particulièrement faible.
- La catégorie « autre » présente majoritairement des douleurs légères (39%).

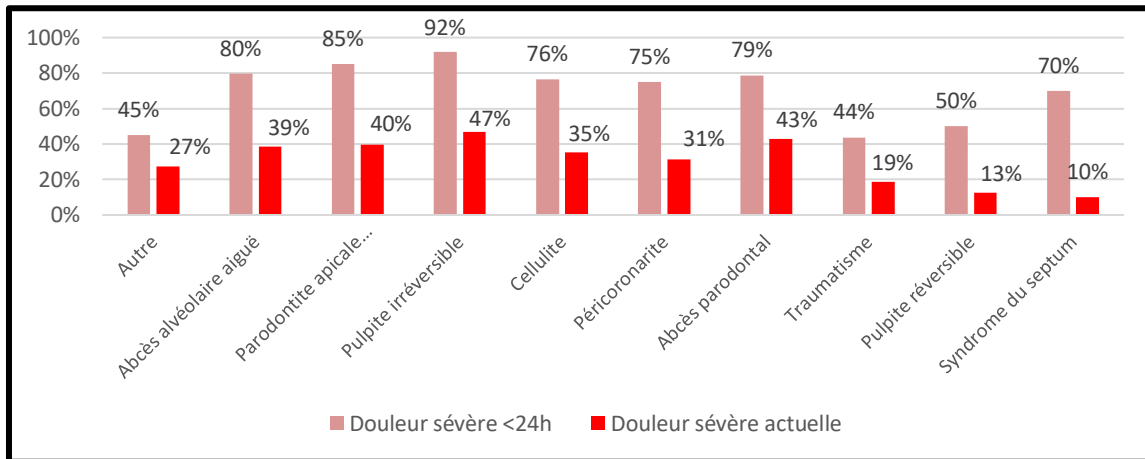


Figure 24 : douleurs sévères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 24 indique 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 18% pour la catégorie « autre » à 45% pour la pulpite irréversible et la PAA.

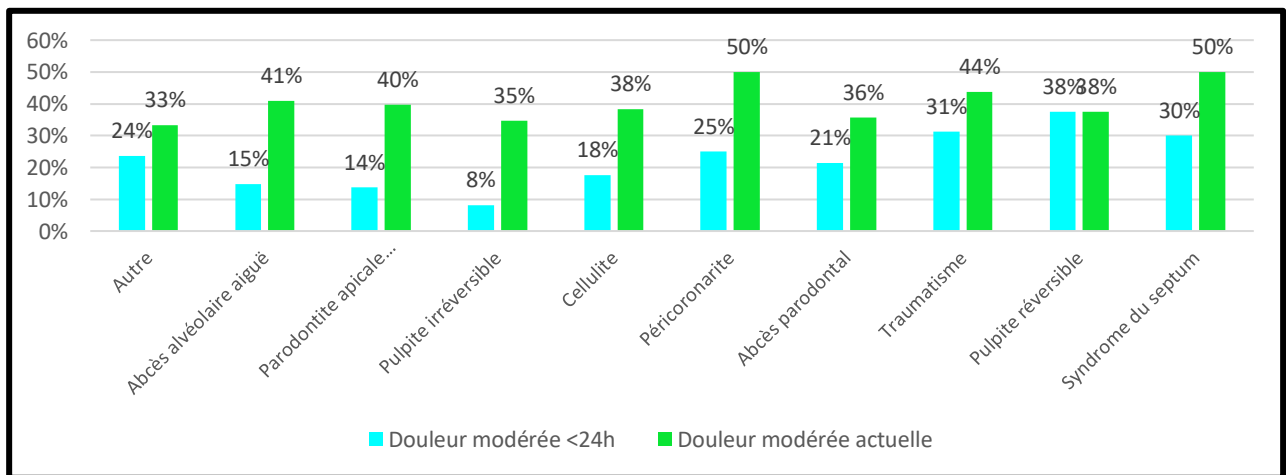


Figure 25 : douleurs modérées actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

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

La différence entre les scores varie de 0% pour les pulpites réversibles à environ 26% pour les abcès alvéolaires aigus, les parodontites apicales aiguës, pulpites irréversibles et péricoronarites.

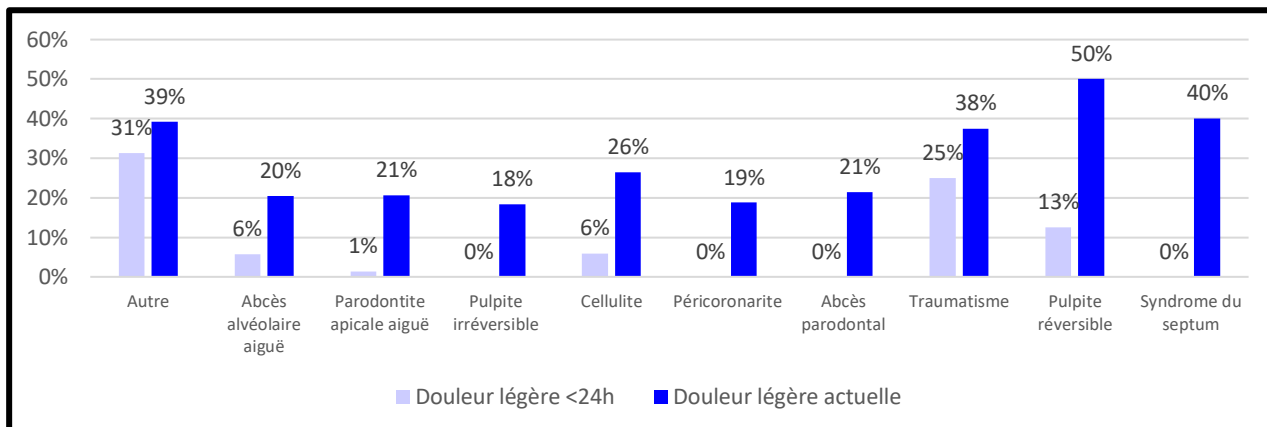


Figure 26 : douleurs légères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

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 7% pour la catégorie « autre » à environ 40% pour les syndromes du septum et les pulpites réversibles. Les écarts de scores se situent pour la plupart entre 15 et 20%.

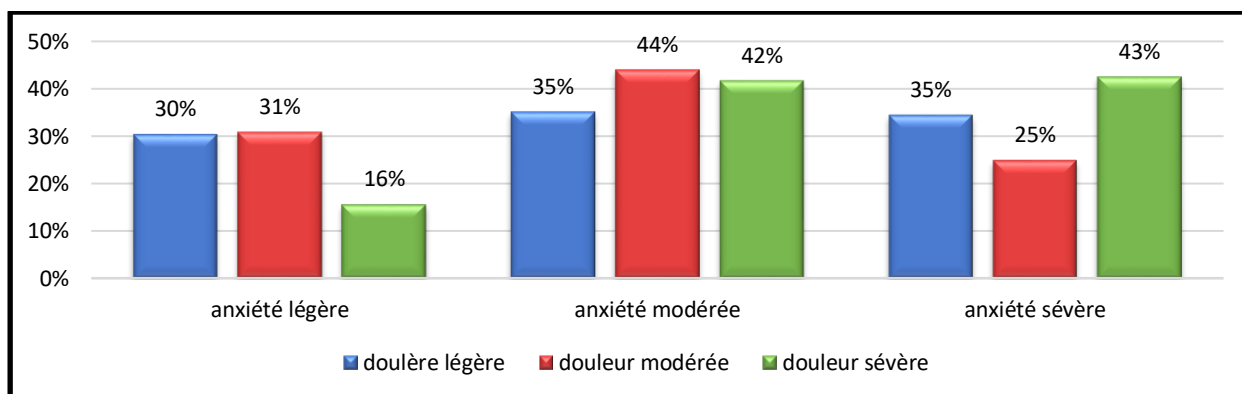


Figure 27 : répartition du degré d'anxiété selon le degré de douleur à J0.

Douleur et anxiété ont été notées de 0 à 10 et décomposées en 3 plages (figure 27) : 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. On observe tout de même un degré d'anxiété plus important chez les personnes présentant des douleurs sévères.

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

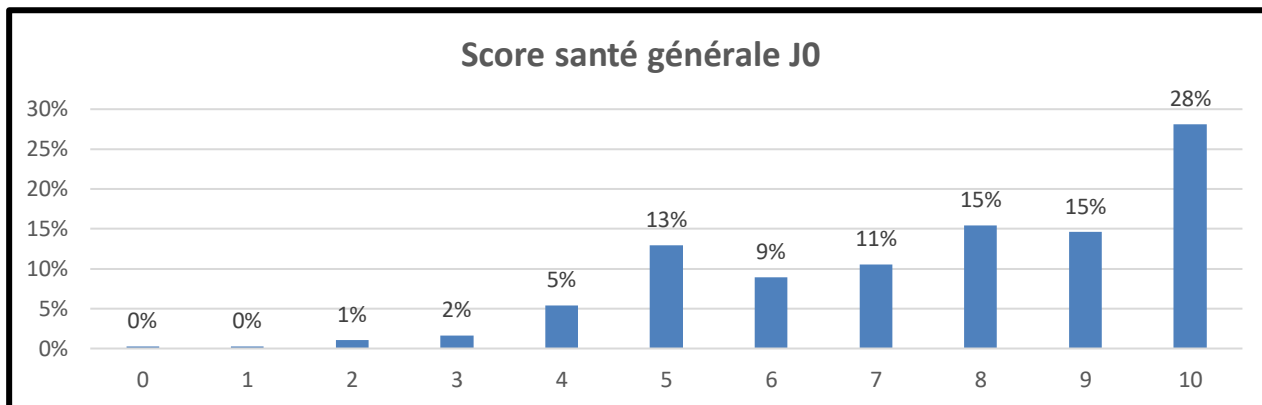


Figure 28 : répartition des scores de santé générale à J0.

A J0, plus de la moitié (58%) des patients estiment leur état de santé général bon (Figure 28) dont 28% excellent (10/10). 1/3 des patients définissent leur état de santé général comme moyen et enfin moins de 9% comme mauvais.

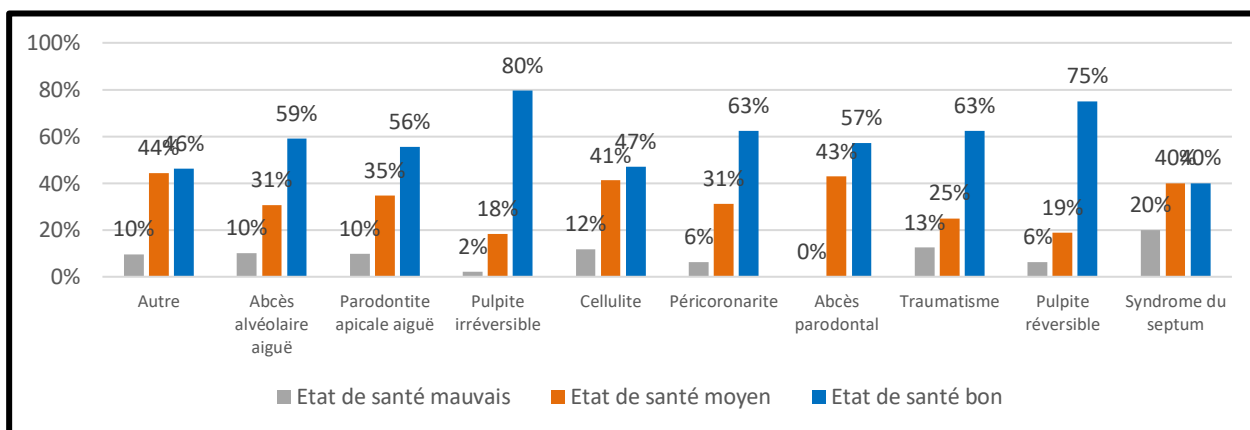


Figure 29 : répartition des scores de santé général à J0 en fonction du diagnostic

Les différentes notes ont été regroupées pour des raisons didactiques : les scores de «état général bon» de 8 à 10 en gris, de 5 à 7 « état général moyen » en orange et de 0 à 4 « état général mauvais» en bleu (figure 29).

On observe que les patients présentant une infection de type abcès alvéolaire aigu, abcès parodontal, parodontite apicale et cellulite définissent leur état de santé comme mauvais ou moyen dans environ 50% des cas. 1 patient sur 5 atteint de syndrome du septum juge son état de santé comme mauvais.

Presque 80% des patients atteints de pulpites estiment bon leur état de santé général .

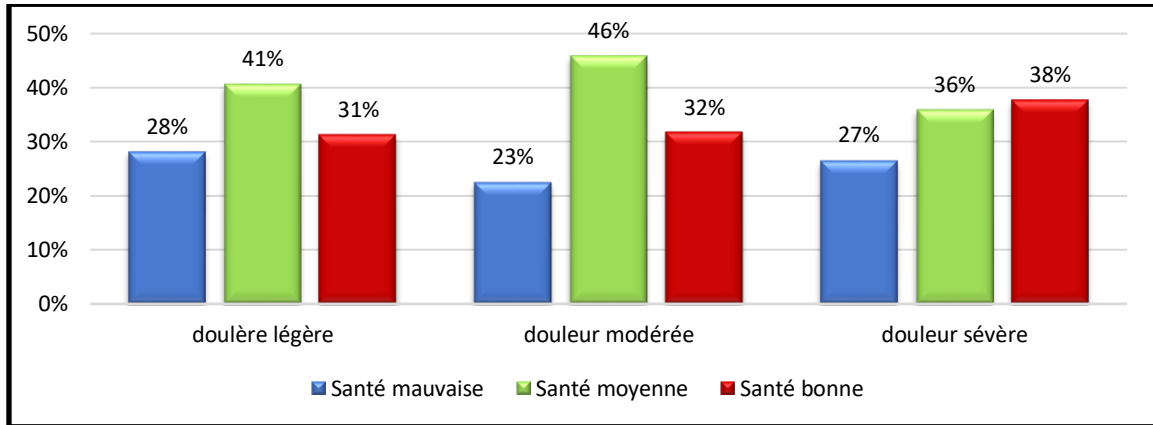


Figure 30 : répartition des scores de santé générale à J0 en fonction de la douleur

La figure 30 ne semble pas indiquer de corrélation entre l'évaluation de l'état de santé général des patients et le score de douleur (figure 30).

Traitements

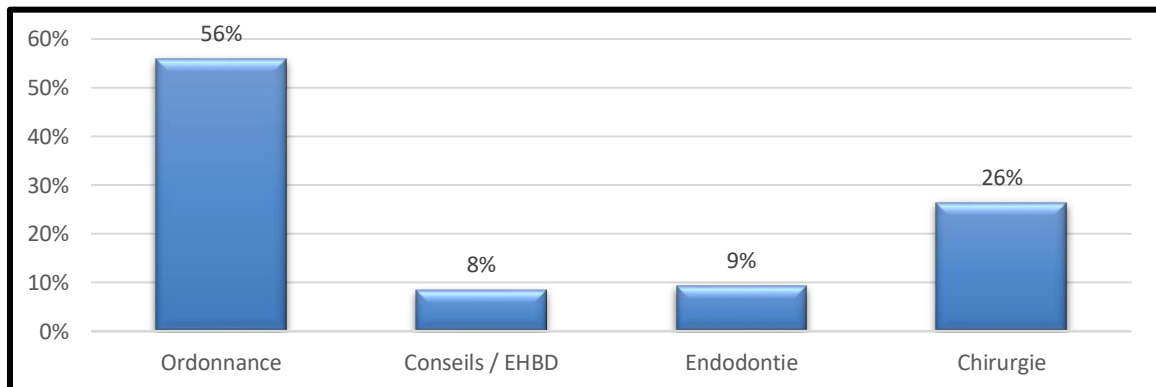


Figure 31 : répartition des traitements réalisés à J0 au sein de l'échantillon.

La figure 31 illustre la répartition de l'échantillon selon les traitements proposés par le soignant.

En majorité, la prise en charge aboutit à une prescription médicale seule chez 56% (N=205) des patients de l'échantillon tandis que 8% (N=31) n'ont eu que des conseils d'hygiène sans soin ou ordonnance.

Environ 35% des patients (N=131) ont bénéficié d'un acte : chirurgical (26%, N=97) ou endodontique (9%, N=34). Les actes effectués aux urgences étaient majoritairement des actes chirurgicaux.

Temps passé au sein du service

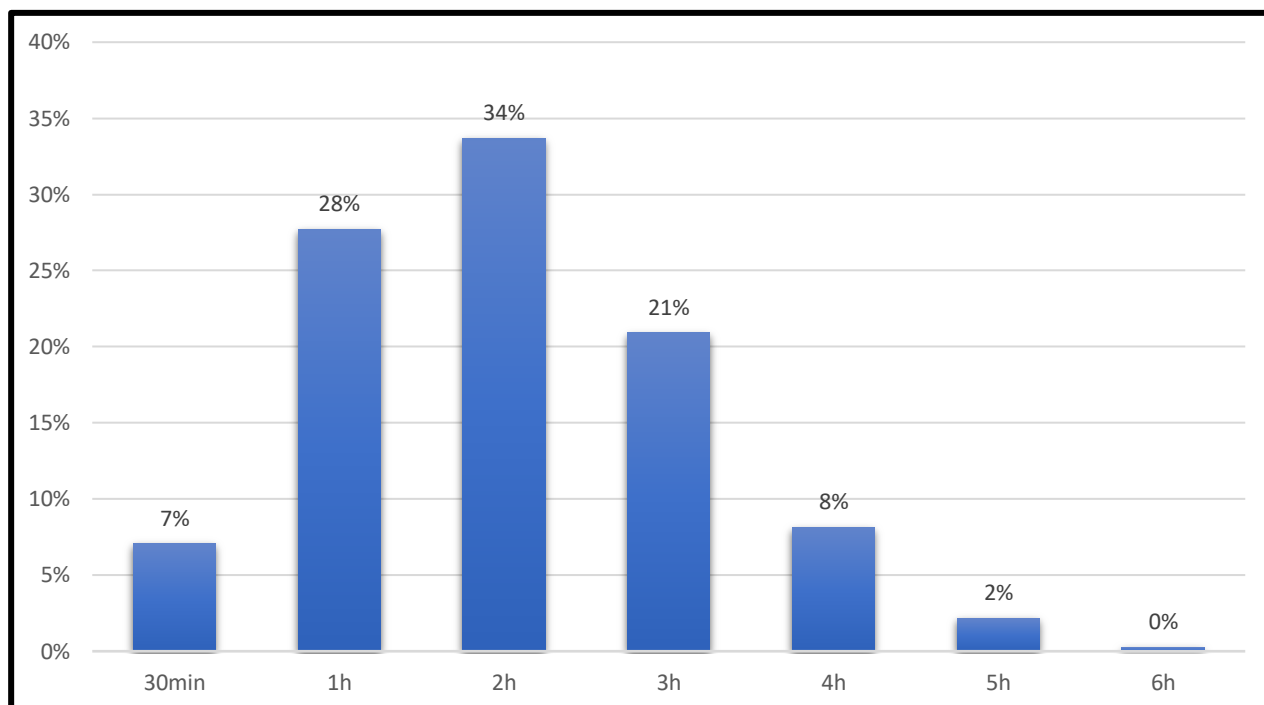


Figure 32 : répartition du nombre d'heures passées par le patient dans le service d'urgences.

La figure 32 montre la répartition du nombre d'heures passées par le patient au sein du service d'accueil des urgences (SAU).

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%, N=226) et environ 10% (N=38) y a passé entre 4 et 5 heures. En moyenne les patients de l'échantillon sont restés environ 2 heures dans le service.

4.3 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

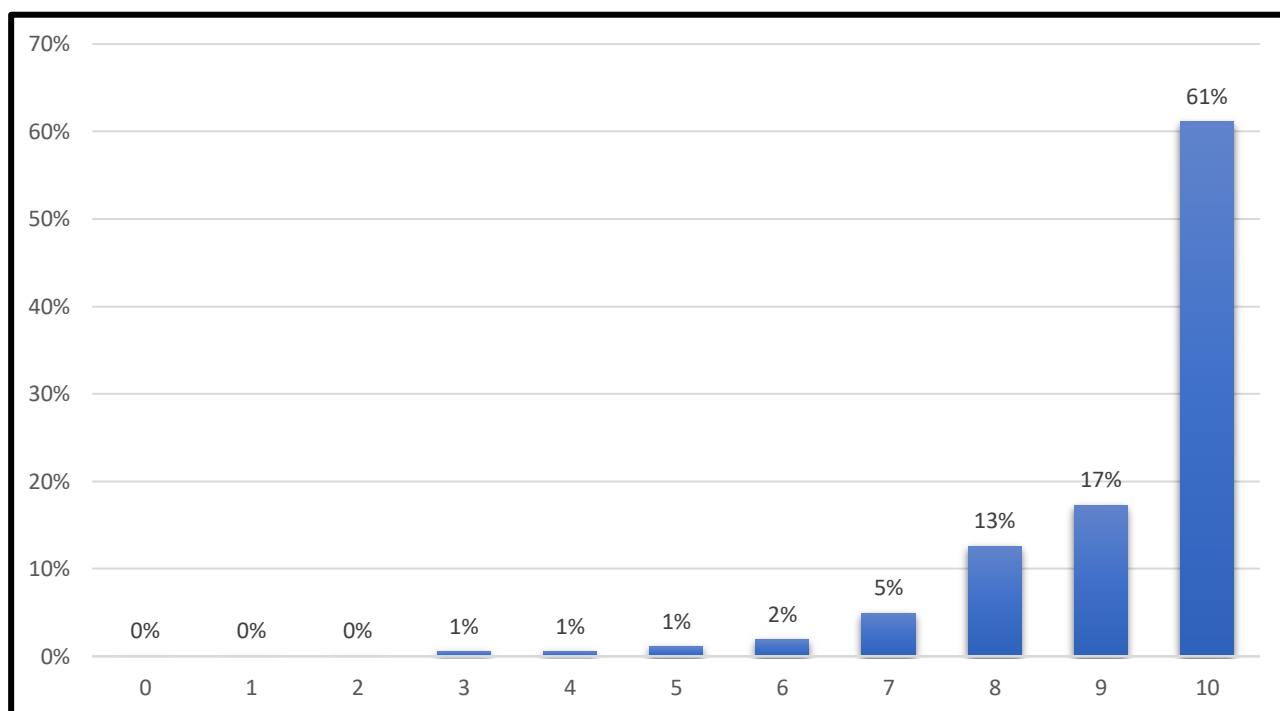


Figure 33 : répartition de la note globale de satisfaction dans notre échantillon.

L'appréciation globale du SAU par le patient est illustrée par la figure 33.

Cette appréciation est très satisfaisante car 91% (N=332) des patients ont évalué le service avec une note supérieure ou égale à 8. Seulement 3% des patients (N=8) ont évalué le service avec une note inférieure ou égale à 5.

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

La qualité de la prise en charge médicale

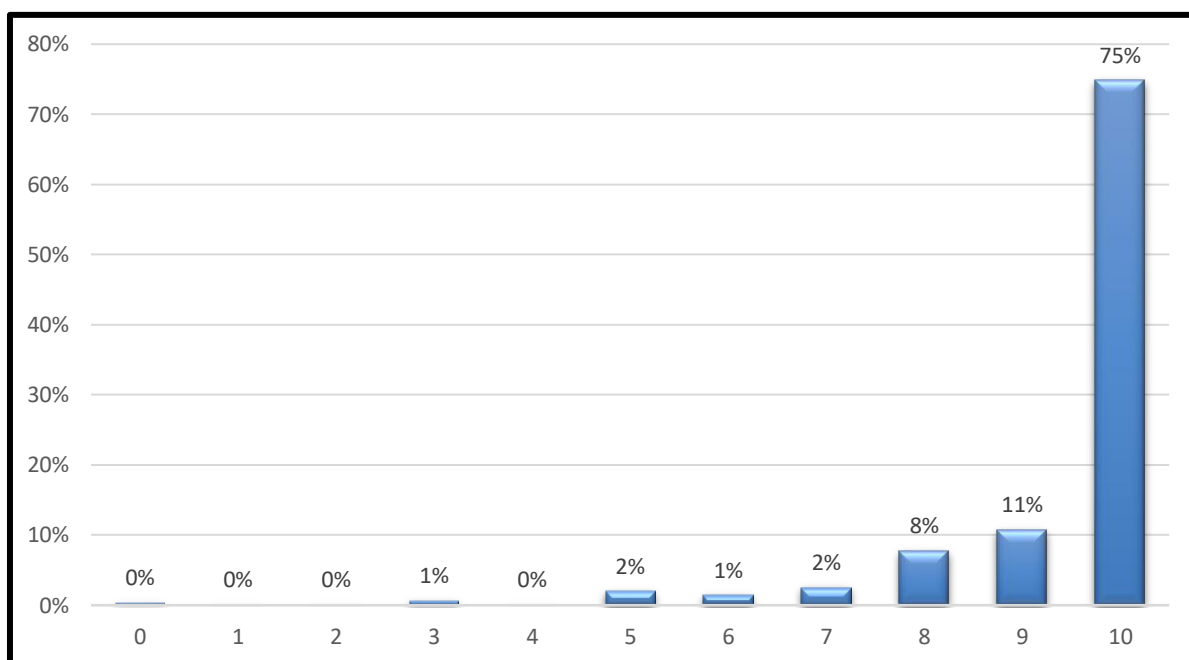


Figure 34 : répartition des notes de la qualité de la prise en charge médicale dans l'échantillon.

La figure 34 présente la répartition des notes attribuées par les patients de l'échantillon à la qualité de la prise en charge médicale.

Les patients semblent très satisfaits de la qualité de la prise en charge car 94% (N=340) ont attribué une note supérieure ou égale à 8 et 75% (N=273) ont attribué la note maximale de 10/10.

Seulement 3 patients ont attribué une note inférieure à 5 : 2 ont évalué la qualité de la prise en charge à 3/10, et 1 patient a noté cette prise en charge à 0/10.

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.

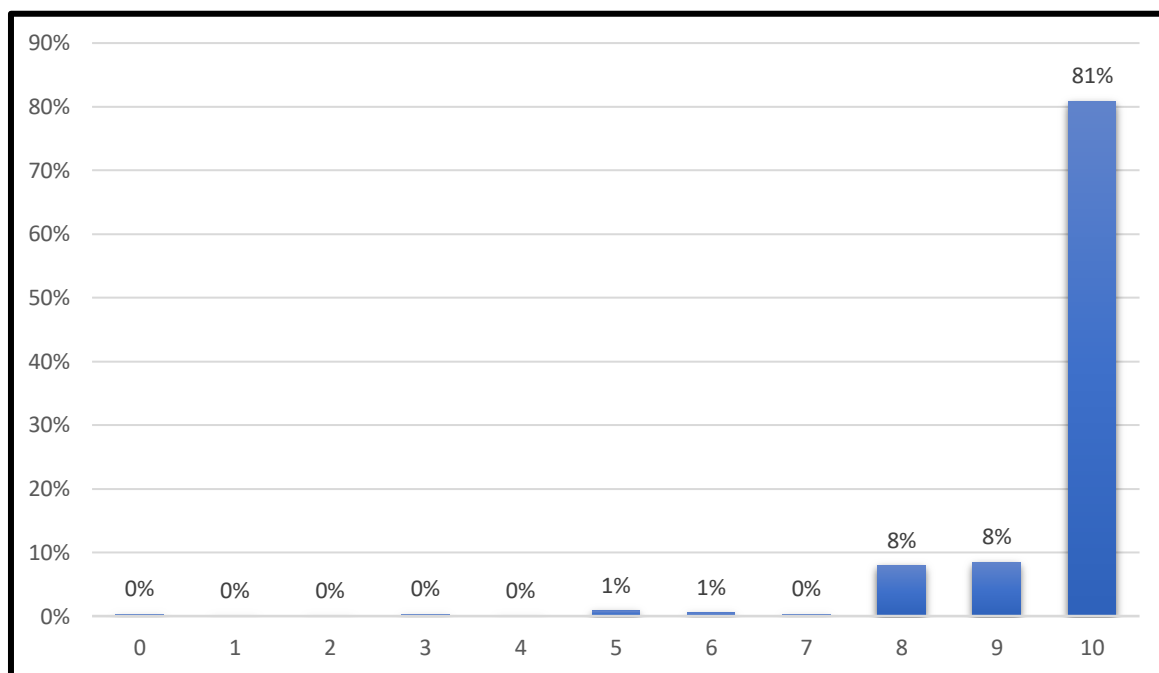


Figure 35 : répartition des notes sur la politesse et la disponibilité du personnel non soignant dans l'échantillon.

La plupart des patients sont satisfaits de leur prise en charge par le personnel non soignant (figure 35) car 97% (N=355) ont mis une note supérieure ou égale à 8, dont 81% (N=295) ont attribué la note maximale de 10/10

2% (N=5) des patients étaient moyennement satisfaits et situent entre 5 et 6 la qualité de leur prise en charge non médicale.

Moins de 1% (N=2) n'étaient pas satisfaits et ont évalué la qualité de cette prise en charge avec une note inférieure à 5/10.

Politesse et disponibilité du personnel soignant

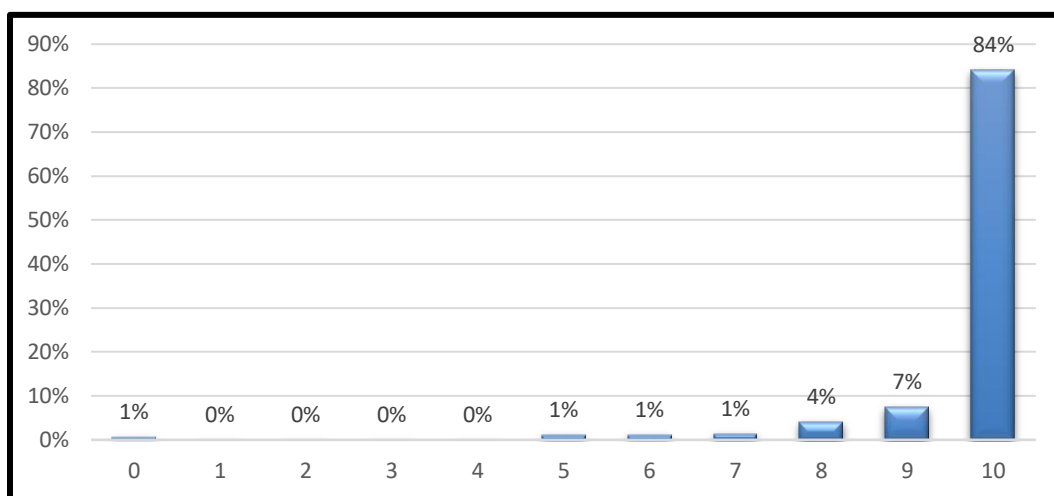


Figure 36. : répartition des scores de politesse et disponibilité du personnel soignant dans l'échantillon.

Les résultats présentés dans la figure 36 montrent que le personnel médical est favorablement perçu, puisque près de la totalité des patients indiquent un score supérieur à la moyenne et 95% (N=349) indiquent un score supérieur ou égal à 8, dont 84% (N=307) ont mis une note de 10/10.

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).

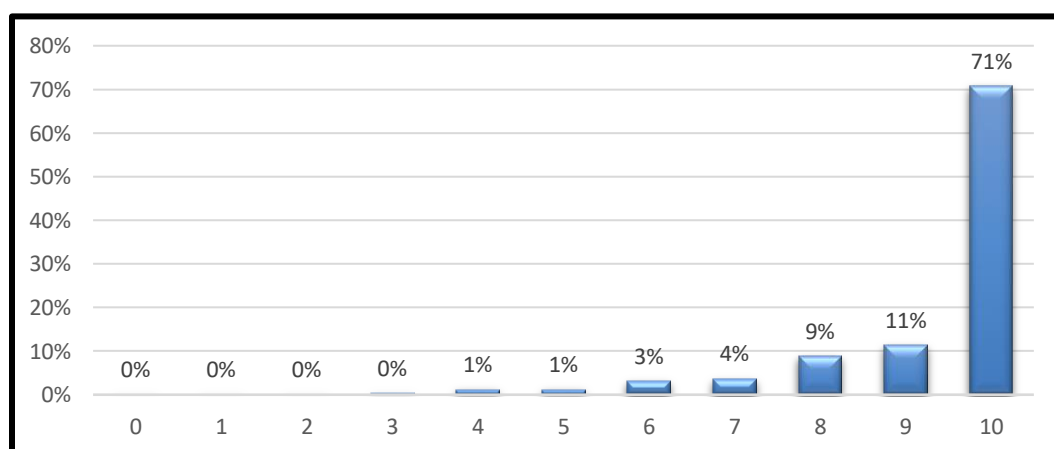


Figure 37. : Distribution de de la note d'appréciation de la qualité du cadre de soin, dans l'échantillon.

Là encore, les patients ont évalué positivement le cadre de soins car 91% (N=331) donnent une note supérieure ou égale à 8 (figure 37).

A noter tout de même que 5% (N=21) des patients sont moyennement satisfaits et attribuent une note inférieure ou égale à 6.

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.

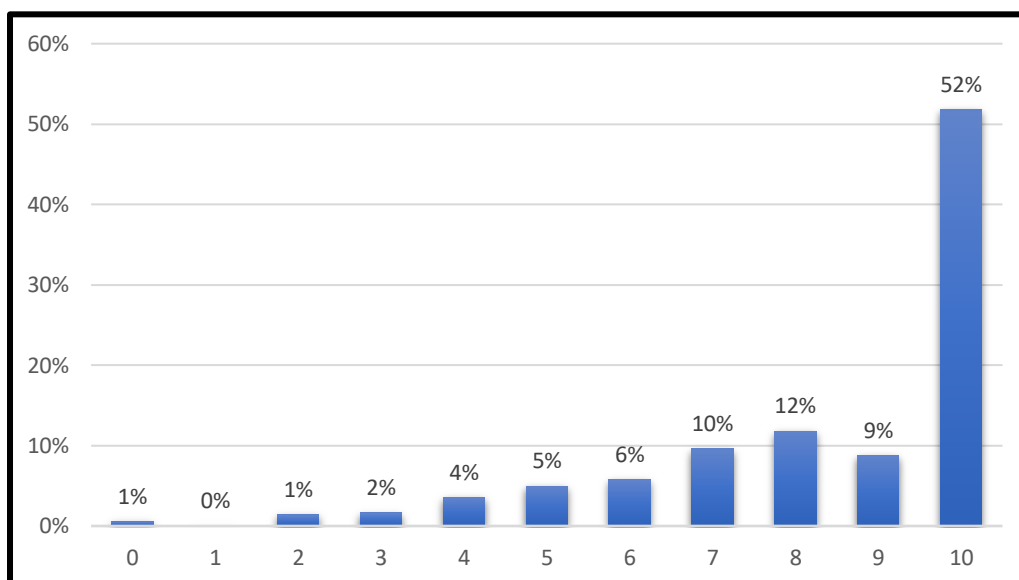


Figure 38 : répartition des scores de satisfaction du temps d'attente dans l'échantillon.

Globalement les patients étaient satisfaits de leur passage en terme de temps d'attente puisque seuls 8% (N=26) ont attribué une note inférieure à la moyenne (figure 38).

La grande majorité était tout de même très satisfaite du temps d'attente puisque 73% (N=264) ont attribué une note supérieure ou égale à 8. Cependant cet item a été la principale source d'insatisfaction puisque près d'un cinquième des sujets (19%, N=65) 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. En outre, on peut relever une

certaine compassion des patients pour le personnel hospitalier qui travaillait en période de crise COVID.

De nombreux patients nous ont également signalé qu'il « était normal d'attendre aux urgences ».

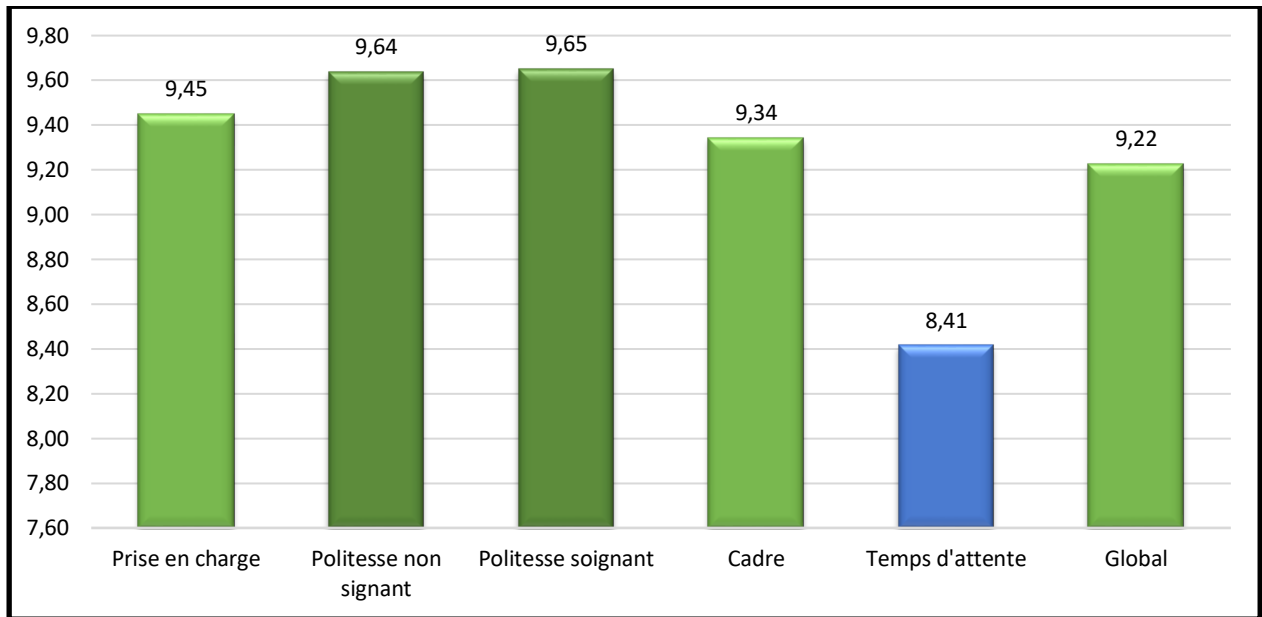


Figure 39 : Moyennes des notes de satisfaction.

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 39.

La moyenne de satisfaction globale est de 9,2. Hormis le temps d'attente, toutes les moyennes se situent au-dessus de la moyenne de l'impression globale des patients.

La politesse du personnel soignant et du personnel non soignant obtiennent les moyennes les plus élevées et présentent environ 0,4 point de plus que la moyenne de l'impression globale, tandis que la moyenne du temps d'attente enregistre presque 1 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 à 0,08 point près. 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.

Du fait de ces notes élevées, on peut affirmer que les patients sont en majorité très satisfaits du SAU.

Satisfaction de l'information reçue

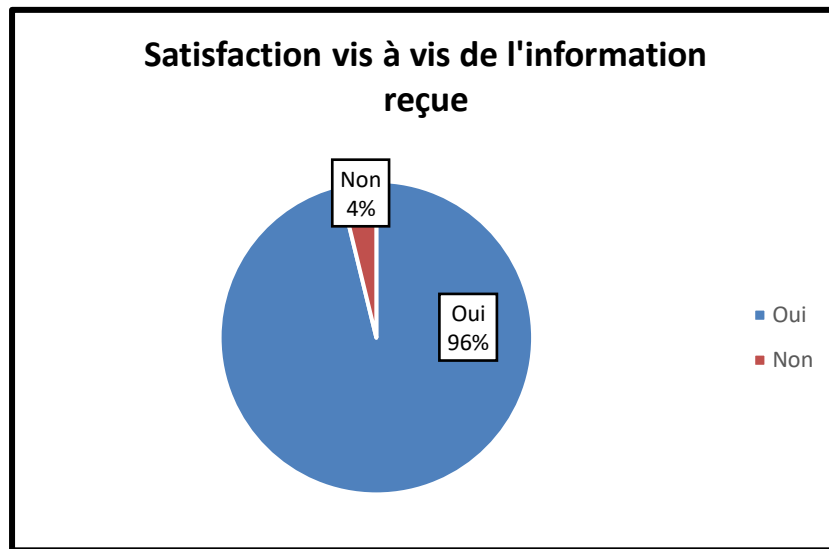


Figure 40 : répartition des scores de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

La quasi-totalité des patients (96%, N=354) étaient satisfaits de l'information reçue en urgence, et seulement 3% (N=14) ne l'étaient pas. (Figure 40)

Satisfaction du traitement reçu

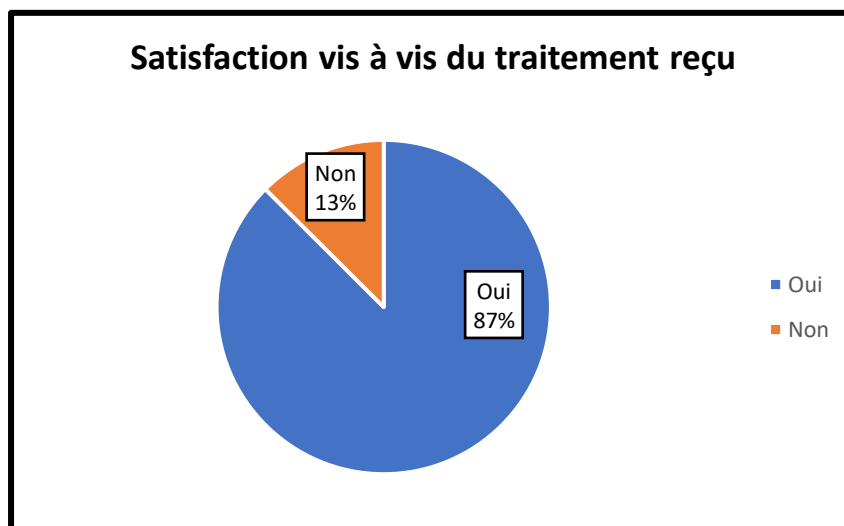
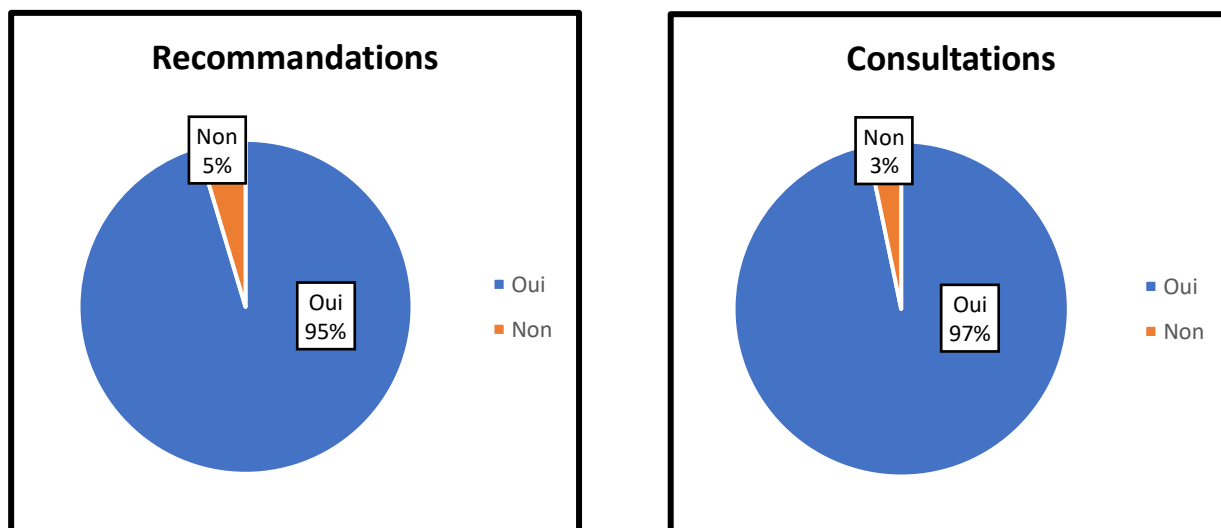


Figure 41 : répartition de l'échantillon sur la satisfaction du traitement reçu.

La grande majorité des patients (95%, N=321) se disaient satisfaits du traitement reçu. Cependant, 13% (N=46) des patients jugeaient le traitement reçu non satisfaisant (Figure 41).

Recommandations et consultation



Figures 42 et 43 : 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 42 et 43 confirment les résultats de l'évaluation directe car 95% (N=351) des patients conseilleraient à un ami de s'adresser au service d'urgence odontologique du GHPS si celui-ci faisait face à une urgence dentaire et 97% (N=356) des patients se déclaraient prêts à consulter à nouveau dans le SAU.

Suggestions d'amélioration du service

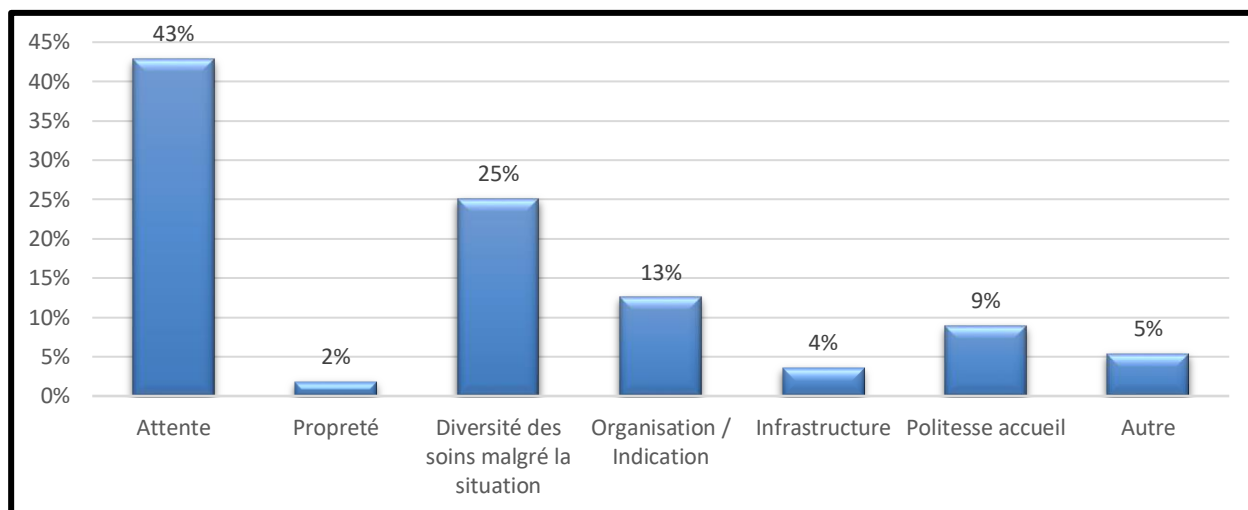


Figure 44 : suggestions d'amélioration à apporter au sein du service d'urgence.

La dernière question portait sur les points à améliorer dans le service (Figure 44). Le patient pouvait en indiquer jusqu'à 3 ; les réponses étaient libres et sans suggestions de la part des enquêteurs. 56 suggestions ont été recensées avec 13% de réponses au sein de l'échantillon.

43% (N=24) des répondeurs ont suggéré une amélioration du temps d'attente.

Ensuite, 25% (N=13) des patients souhaitaient une diversité des soins (malgré la situation disaient-ils). Cela concernait davantage les patients atteints de syndrome du septum chez qui on ne pouvait pas passer l'ultrason en raison de l'épidémie de COVID.

9% (N=5) des patients ont jugé que la politesse de l'accueil était à améliorer, et 13% (N=7) souhaitaient une amélioration de l'organisation / indication du parcours de soin.

Une faible proportion des patients a demandé à revoir l'infrastructure de l'hôpital (4%, N=2) et seulement 2% (N=1) ont estimé que la propreté était à revoir.

Enfin, 5% (N=3) des patients ont suggéré d'autres améliorations comme l'« amélioration de l'esprit médical » ou encore une équité des soins entre le week-end et la semaine.

Dans cette partie du questionnaire, on a également pu relever un bon nombre de commentaires encourageants de la part des patients tels que « Merci au Personnel de l'hôpital pendant le confinement vous êtes trop forts !! », "Merci, c'était pas évident. Je ne pensais pas que j'allais être soignée", « Merci à tous pour leur dévotion » etc.

4.4 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.

4.4.1 Douleur

Score de douleur à J1

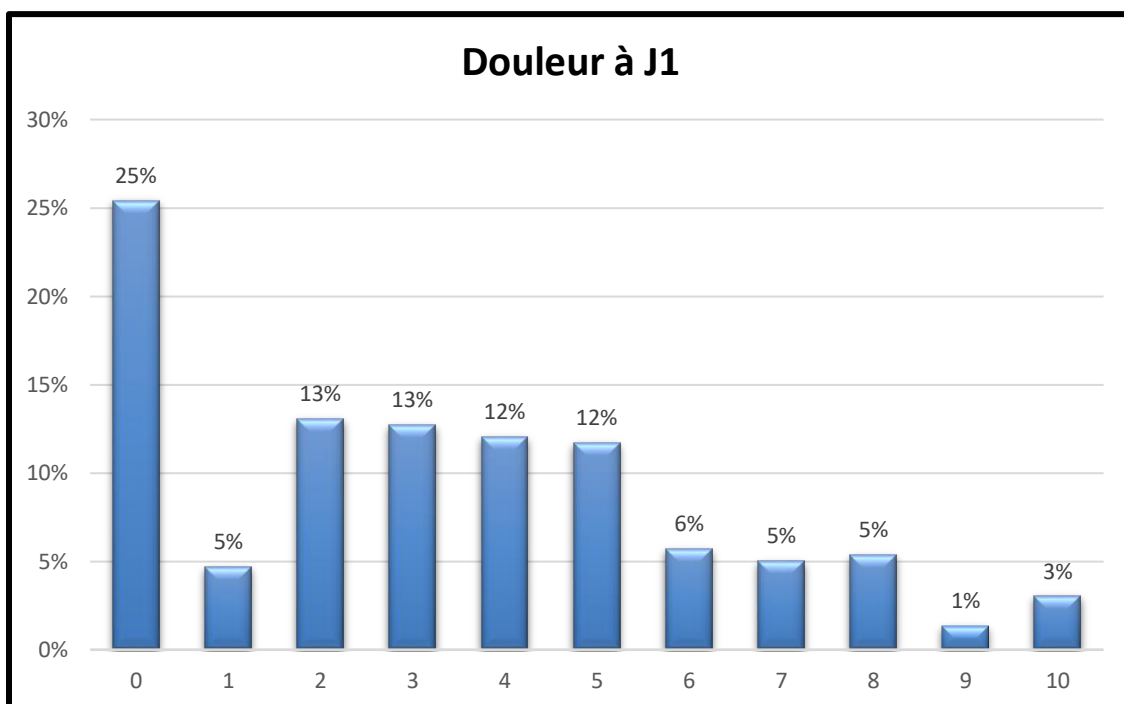


Figure 45 : Répartition des scores de douleur 24h après le passage du patient aux urgences (J1).

La figure 45 illustre la répartition des scores de douleur 24h après le passage du patient aux urgences dentaires.

Un quart (N=76) des patients ne déclare plus de douleur à J1.

Les scores de 2, 3, 4, et 5 représentés chacun 12 à 13%.

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

Score de douleur à J3

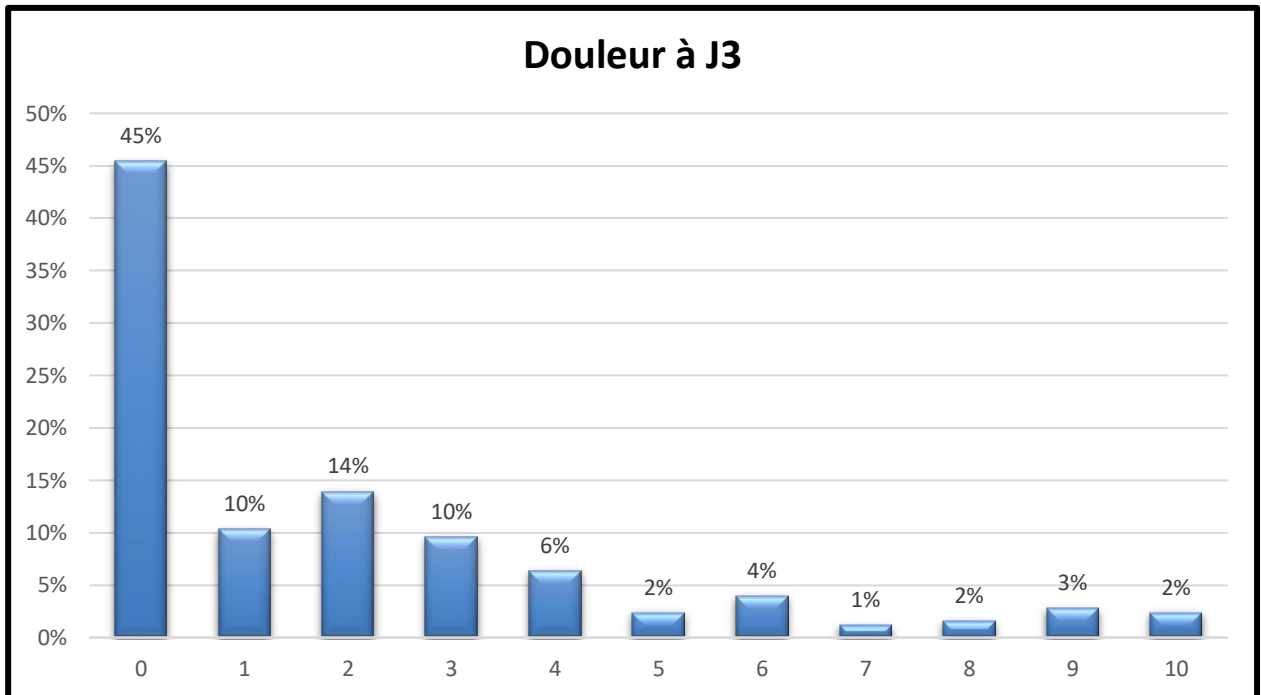


Figure 46 : Répartition des scores de douleur 3 jours après le passage du patient aux urgences (J3).

Presque la moitié (45%, N=114) des patients ne présentent plus de douleur 3 jours après la consultation d'urgence (figure 46).

10% (N=26) 14% (N=35) et 10% (N=26) des patients déclaraient une douleur de 1/10, 2/10 et 3/10 respectivement.

Seulement 12% (N=30) des patients déclaraient une douleur au-dessus de 5. A J3, les scores de douleur sont très majoritairement faibles.

Score de douleur à J7

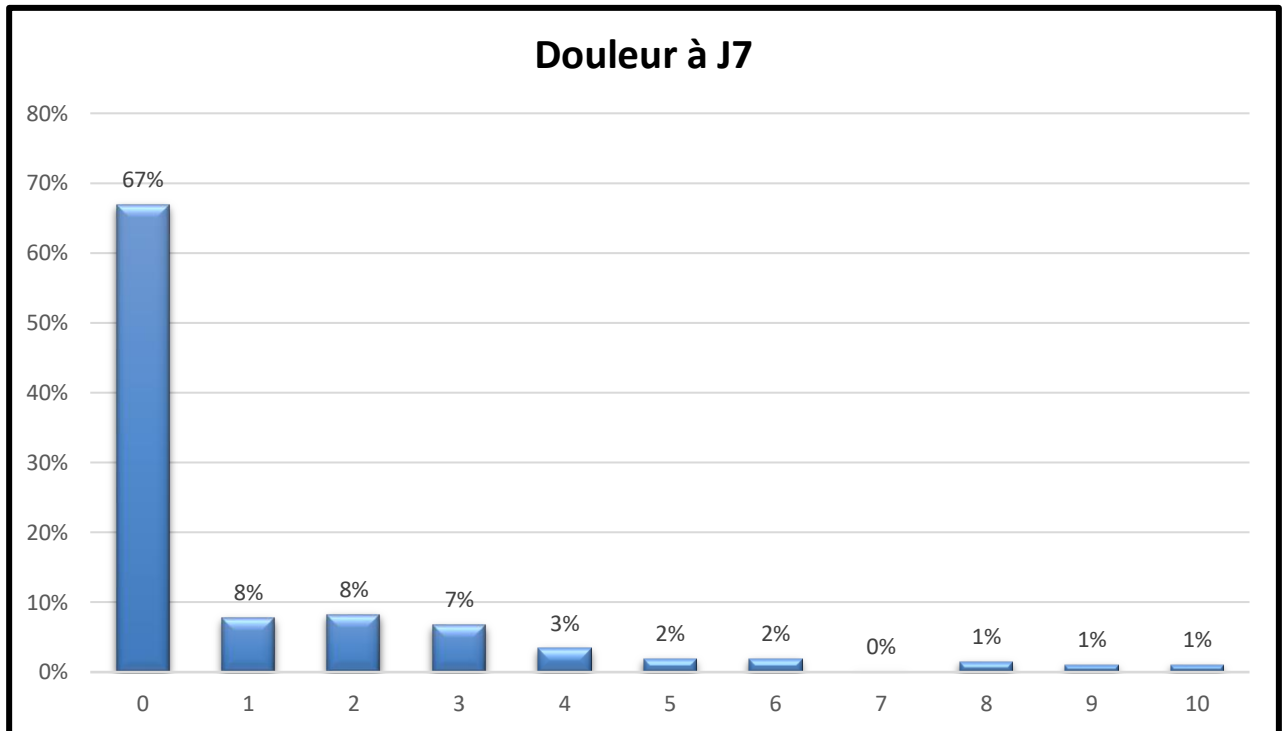


Figure 47 : Répartition des scores de douleur 7 jours après le passage du patient aux urgences (J7).

La répartition des scores de douleur 7 jours après le passage du patient aux urgences est illustrée dans la figure 47.

A J7, près de 67% (N=139) des patients déclarent ne pas ressentir de douleur ; viennent ensuite les scores 1, 2 et 3 qui représentent 7 à 8% des patients.

Les scores compris entre 4/10 et 6/10 représentent moins de 3% chacun.

A J7, 90% (N=186) des patients présentent des scores de douleur inférieurs ou égaux à 3 et environ 5% (N=15) se plaignent 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

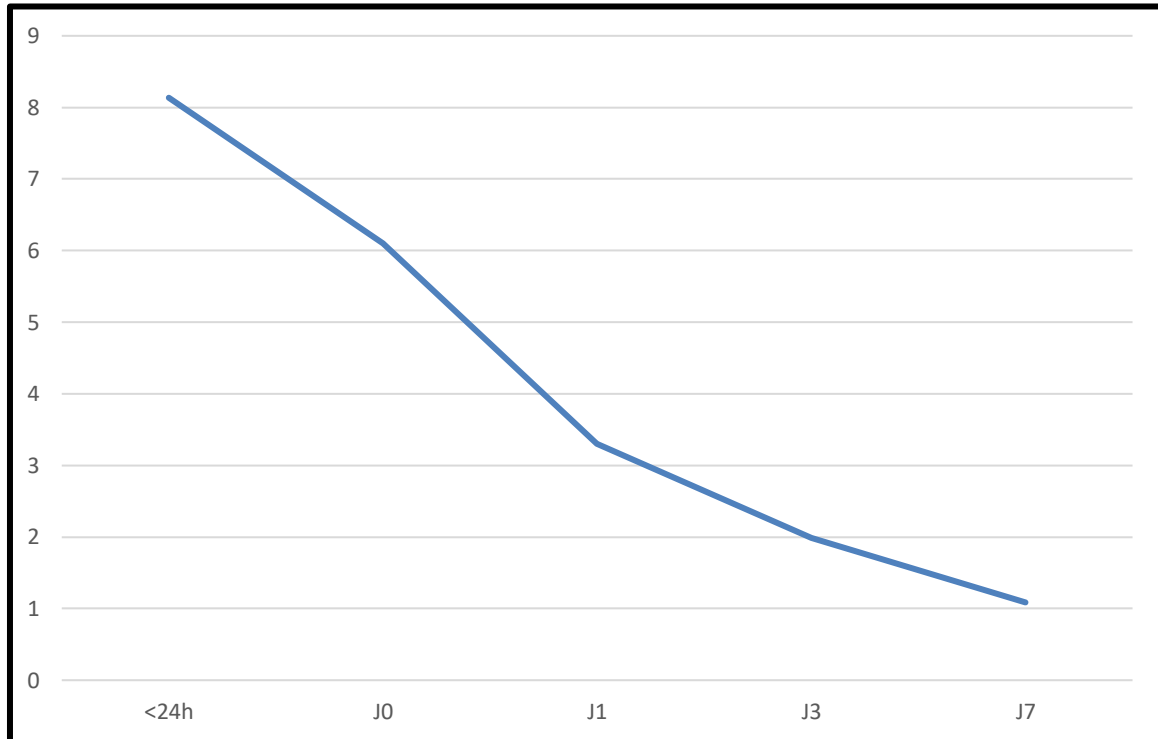


Figure 48 : évolution de la moyenne du score de douleur EN en fonction du temps.

La courbe d'évolution de la douleur entre J-1 et J7 chute de manière franche et remarquable (figure 48). Les scores passent de 8,1/10 de moyenne la veille de la visite à 1,1/10 à J7.

L'écart le plus important est observable entre J0 et J1 : de 2,8 points, comparé à 2 points entre <24H et J0, 1,3 point entre J1 et J3, et 0,9 point entre J3 et J7.

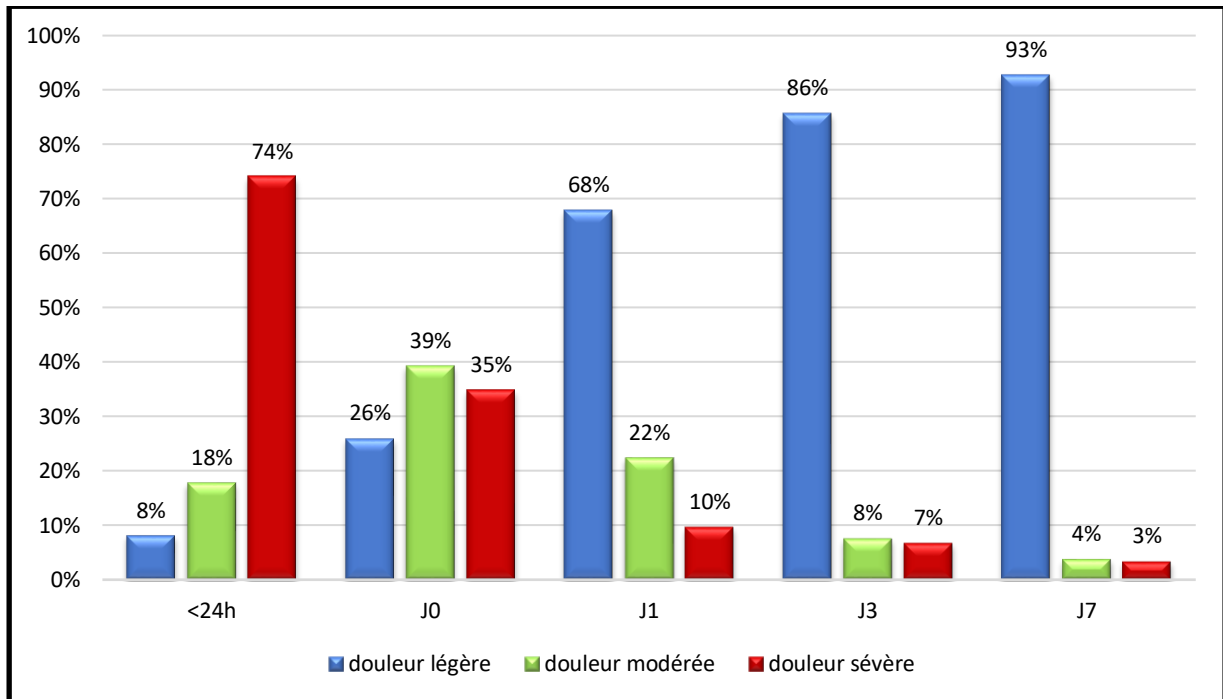


Figure 49 : évolution de la douleur entre J-1 et J7. (bleu : douleurs légères (0-4) ; vert : douleurs modérées (5-7) ; rouge : douleurs sévères (8-10))

La proportion de douleur légère augmente de manière quasi linéaire entre J-1 et J7 (Figure 49), et inversement pour les douleurs sévères.

A J-1, les douleurs sévères représentent presque 3/4 de l'échantillon et 92% des patients déclarent des douleurs modérées à sévères.

Entre J-1 et J0 la part de douleur sévère a diminué de 39%, répartis équitablement dans les douleurs légères (+18%) et les douleurs modérées (+21%). Les douleurs modérées sont les plus représentées avec un taux de 39%.

1 jour après le passage aux urgences, la proportion de douleurs modérées à sévères représente 32% de l'échantillon contre 74% à J0 et 92% à J-1. Plus précisément, la part des douleurs légères augmente de 42% (les douleurs modérées diminuent de 17% et les sévères de 25%). Près des 2/3 des patients ne présentent que des douleurs légères le lendemain de leur consultation au SAU.

A J3, 6 patients sur 7 ne présentent plus que des douleurs légères : soit une augmentation de 18% par rapport à J1. Les douleurs modérées à sévères constituent 15% de l'échantillon.

A J7, la quasi-totalité des patients (93%) ne présentent plus que 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 8% de légère pour 92% de modérées/sévères (J-1) à 93% pour 7% (J7).

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

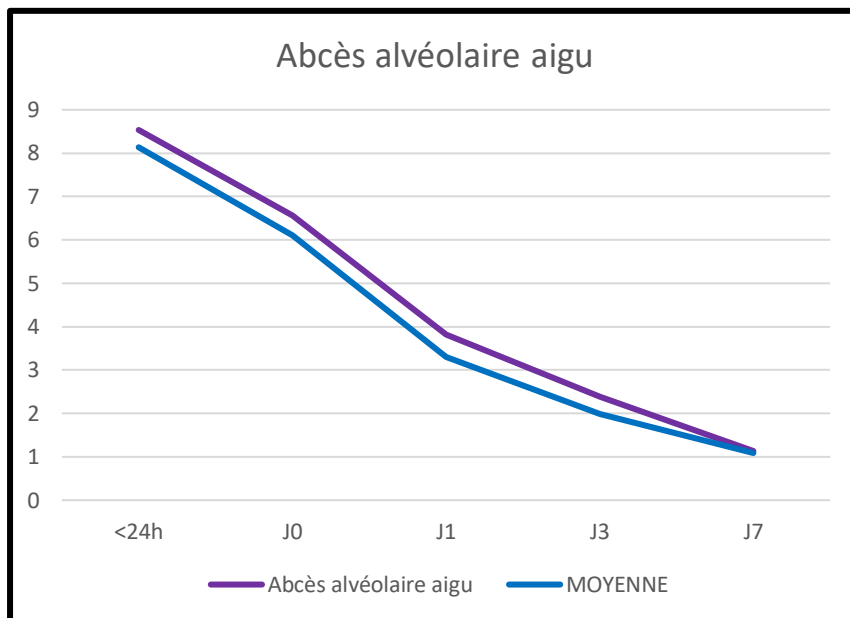


Figure 50: courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès alvéolaire aigu en fonction du temps.

La courbe de douleur de l'abcès alvéolaire aigu (AAA) est superposable à la courbe d'évolution moyenne (figure 47). Les patients atteints d'AAA présentent des douleurs supérieures à la moyenne jusqu'à J7, date à laquelle les douleurs se confondent.

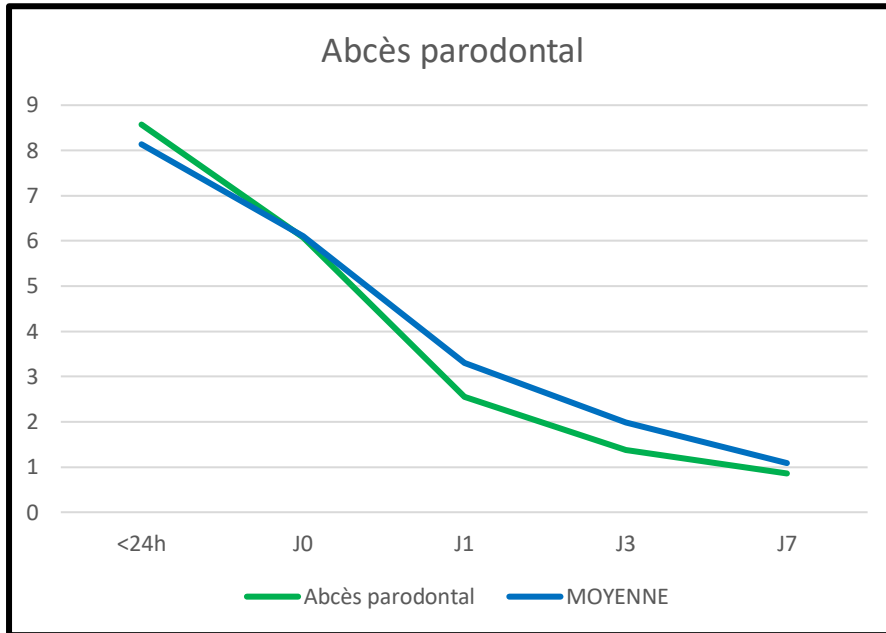


Figure 51 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès parodontal en fonction du temps.

La figure 51 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un abcès parodontal. Jusqu'à J0, la courbe de douleur de l'abcès parodontal est au-dessus de la courbe de douleur moyenne. De J1 à J7, les patients souffrant d'abcès parodontaux présentent des douleurs inférieures à la moyenne.

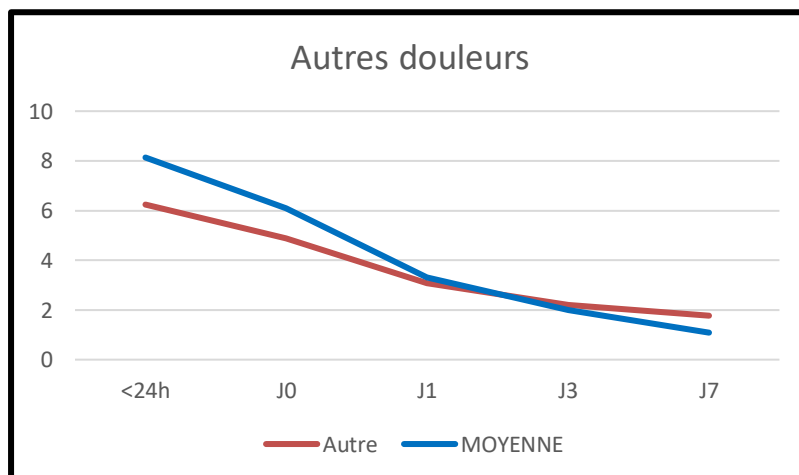


Figure 52 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et du diagnostic « autre » en fonction du temps.

La figure 52 : compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients dans la catégorie diagnostic « autre » (courbe orange). Les patients souffrant d'un diagnostic « autre » présentent des douleurs inférieures de 1,9 point à J-1 et 1,3 point à J0. Après traitement, la courbe de douleur « autre » rejoint la courbe de douleur moyenne et passe au-dessus de cette dernière.

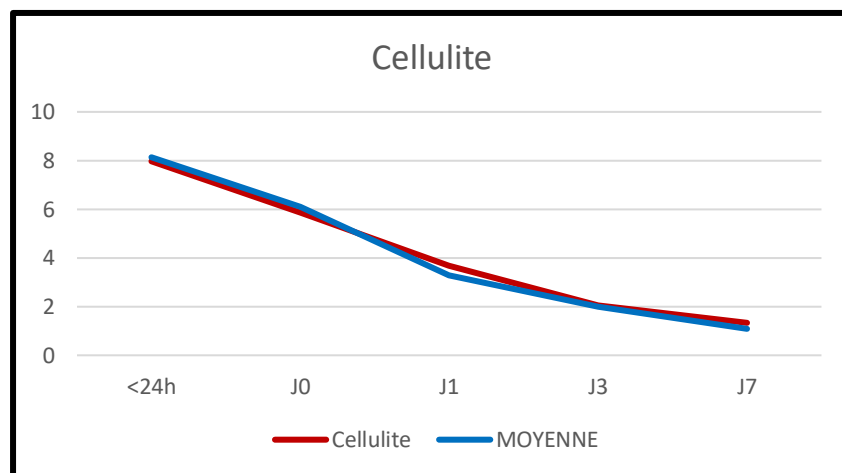


Figure 53 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la cellulite en fonction du temps.

La courbe d'évolution des patients atteint de cellulite est superposable à la courbe de douleur moyenne de J-1 à J7 (figure 53).

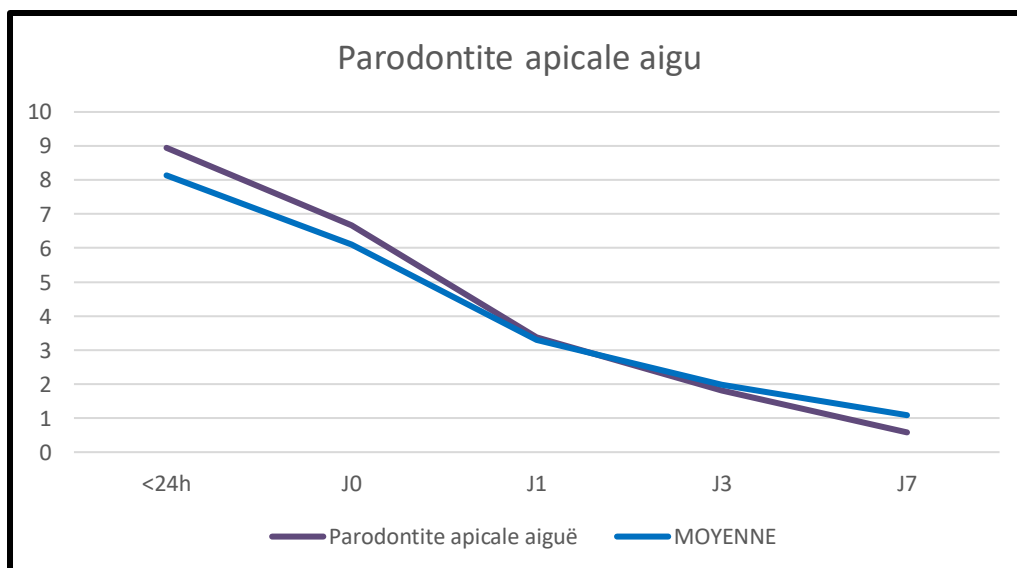


Figure 54 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la parodontite apicale aiguë en fonction du temps.

La figure 54 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une parodontite apicale aigüe. Entre J-1 et J1 la courbe représentant la douleur moyenne des patients présentant une parodontite apicale aigüe est globalement superposable à la courbe de douleur moyenne : celle dernière se situe en dessous de 0,8 à 0,6 point. Après prise en charge la courbe des parodontites apicales aigües rejoint la courbe de douleur moyenne et passe en dessous de celle-ci. A J7, les douleurs de type parodontite apicale aigüe est inférieure à la moyenne de 0,5 point.

La parodontite apicale aigüe semble donc plus douloureuse que les autres diagnostics avant prise en charge.

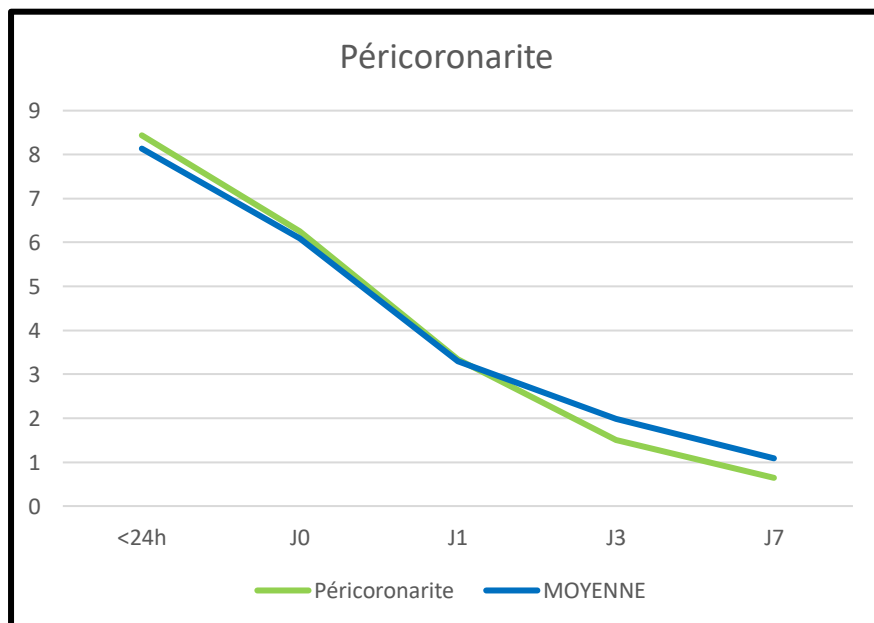


Figure 55 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la péricoronarite en fonction du temps.

La figure 55 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une péricoronarite. Jusqu'à J1, la courbe de douleur des péricoronarites se confond avec la courbe moyenne pour enfin passer en dessous après J1.

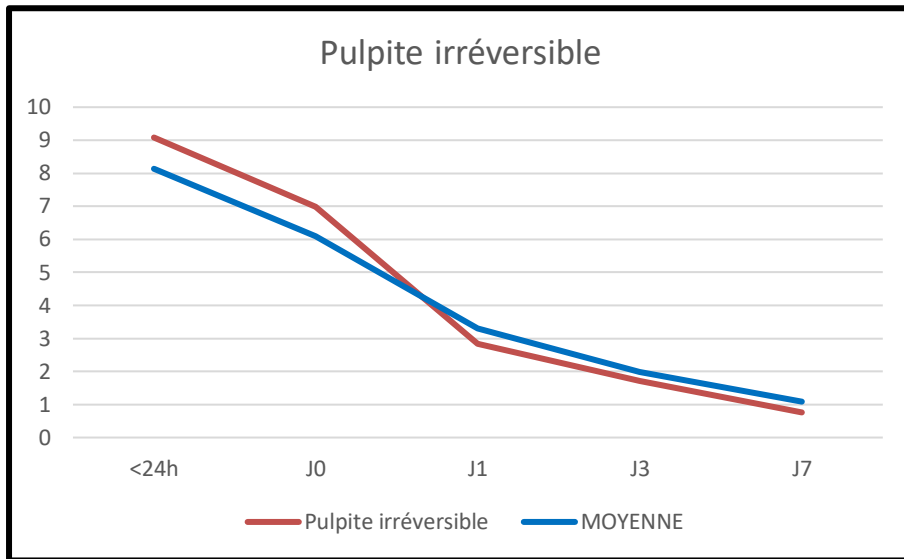


Figure 56 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpite irréversible en fonction du temps.

La pulpite irréversible est le diagnostic où figure la moyenne de douleur la plus élevée avant prise en charge (Figure 56) : 9,1/10 soit presque 1 point de plus que la moyenne globale à J-1 et J0. Après prise en charge, la courbe de douleur de la pulpite irréversible passe en dessous de la courbe moyenne et suit une trajectoire parallèle.

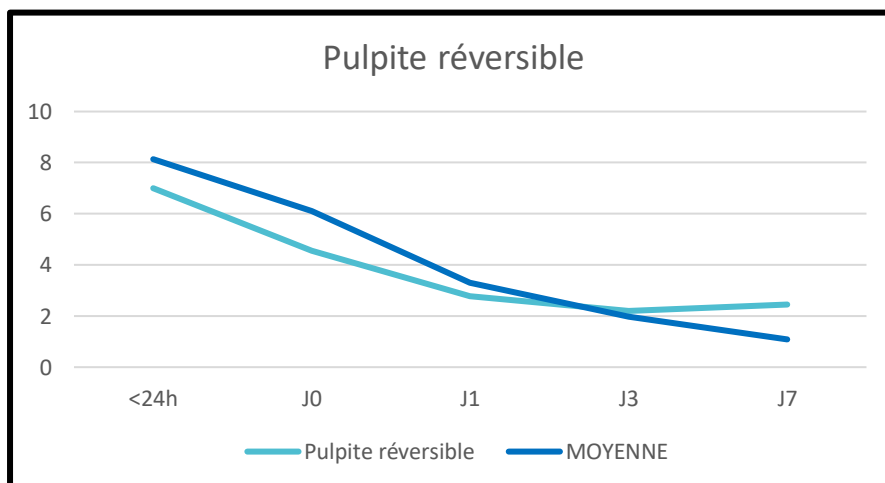


Figure 57 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpite réversible en fonction du temps.

La courbe d'évolution de la douleur des patients présentant une pulpite réversible est la courbe présentant la plus faible évolution parmi les autres courbes (Figure 57).

Celle-ci forme un arc de cercle et se situe en dessous de la courbe moyenne jusqu'à J1, puis elle remonte pour la dépasser à J3. A J7, les patients avec pulpites réversibles ont des douleurs supérieures de 1,3 point à la moyenne. On observe une diminution de 4,6 points entre J-1 et J7, avec une diminution de seulement 2,1 points entre la prise en charge à J0 et J7 contre une diminution de 5 points pour la moyenne. Après prise en charge, les douleurs de type pulpites réversibles diminuent puis réaugmentent (perte de seulement 2 points de douleur entre J0 et J7).

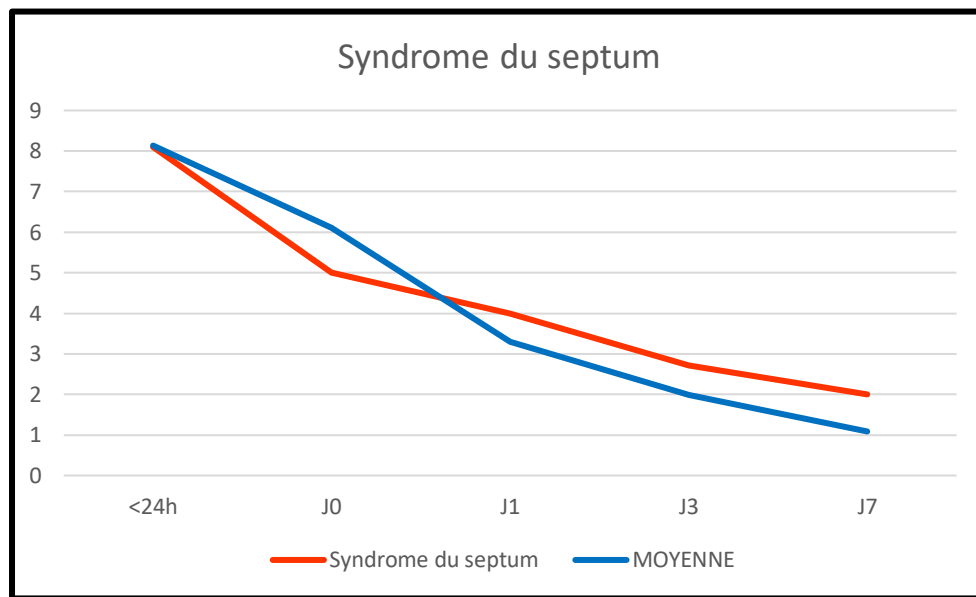


Figure 58 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et syndrome du septum en fonction du temps.

La figure 58 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 sévère intense la veille de la consultation et qui a déjà diminué au moment de la consultation : à J-1 les deux courbes se confondent et à J0, la courbe du syndrome du septum diminue et se situe 1,1 point en dessous de la courbe moyenne. Après prise en charge, la douleur des patients souffrant de syndrome du septum diminue peu (perte de seulement 3 points de douleur). Ces douleurs sont supérieures à la moyenne à partir de J1 (de 0,7 point à J1 et J3, et 0,9 point à J7).

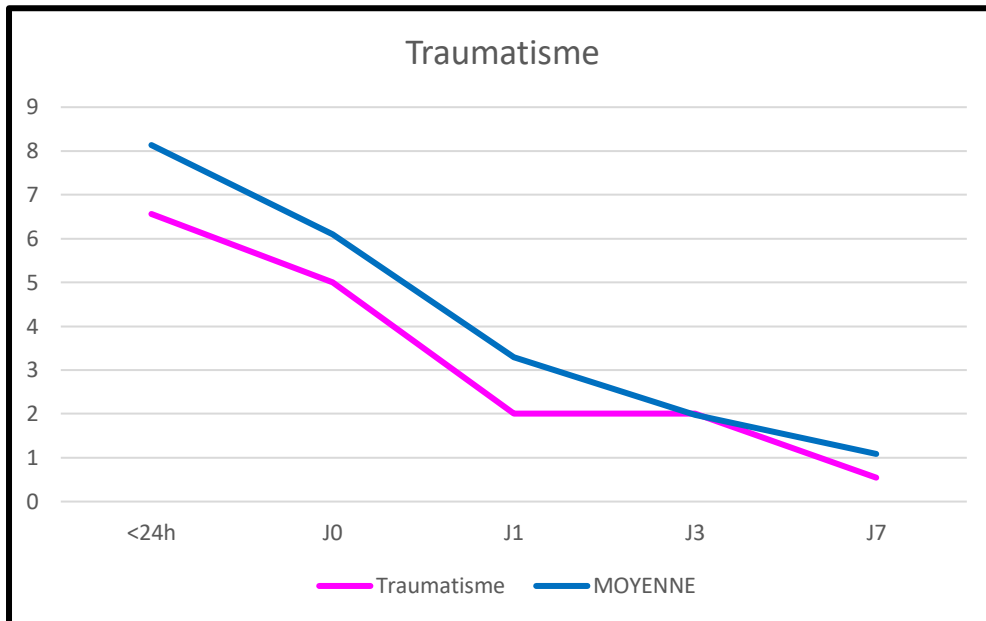


Figure 59 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de celle des traumatismes dentaires en fonction du temps.

La courbe d'évolution de la douleur des patients présentant un traumatisme dentaire reste quasi inférieure à la courbe moyenne de douleur de J-1 à J7 (figure 59).

La courbe des traumatismes suit la même trajectoire que la courbe moyenne de douleur de plus d'1 point en dessous jusqu'à J1. Les deux courbes se confondent à J3, puis un écart se creuse à nouveau à J7 avec des douleurs inférieures de 0,5 point à la moyenne pour les traumatismes.

Douleurs modérées à sévères dans le temps

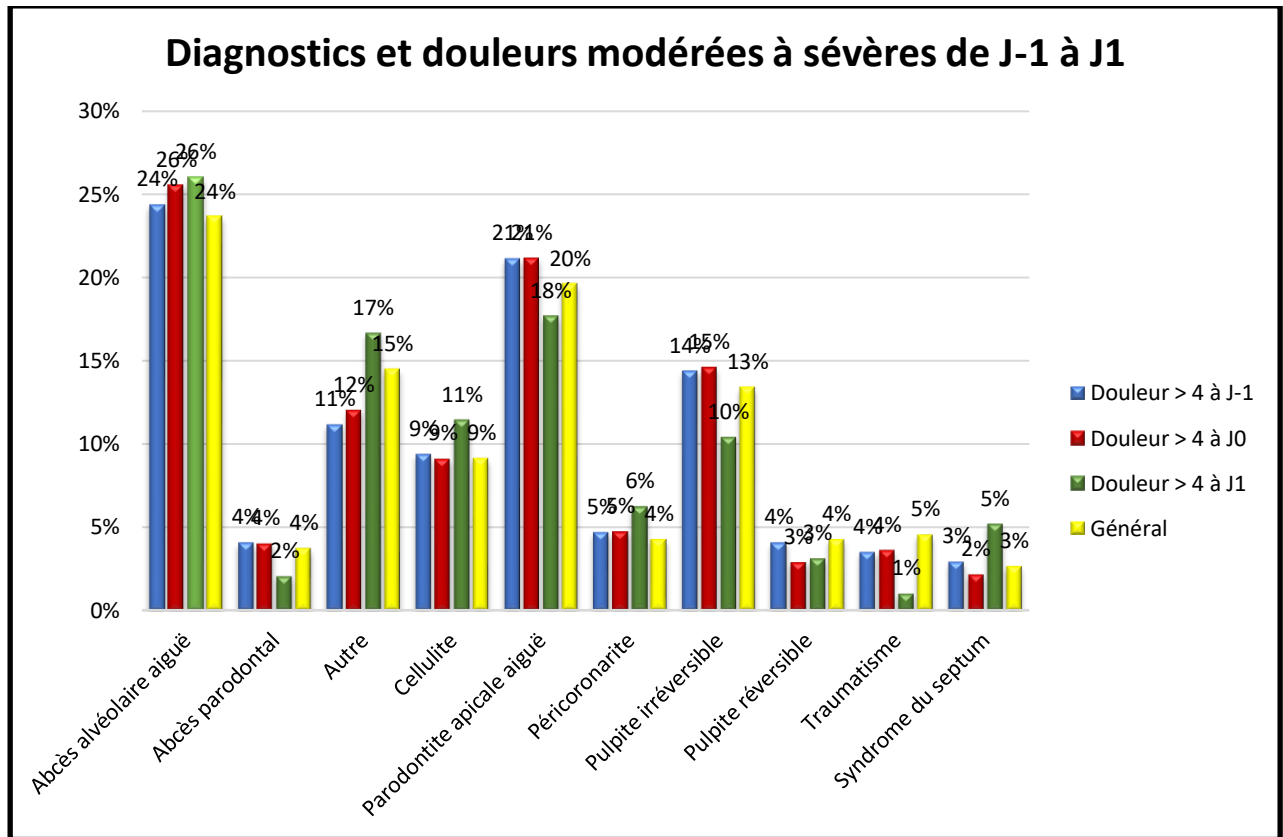


Figure 60 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J-1, J0 et J1.

La figure 60 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.

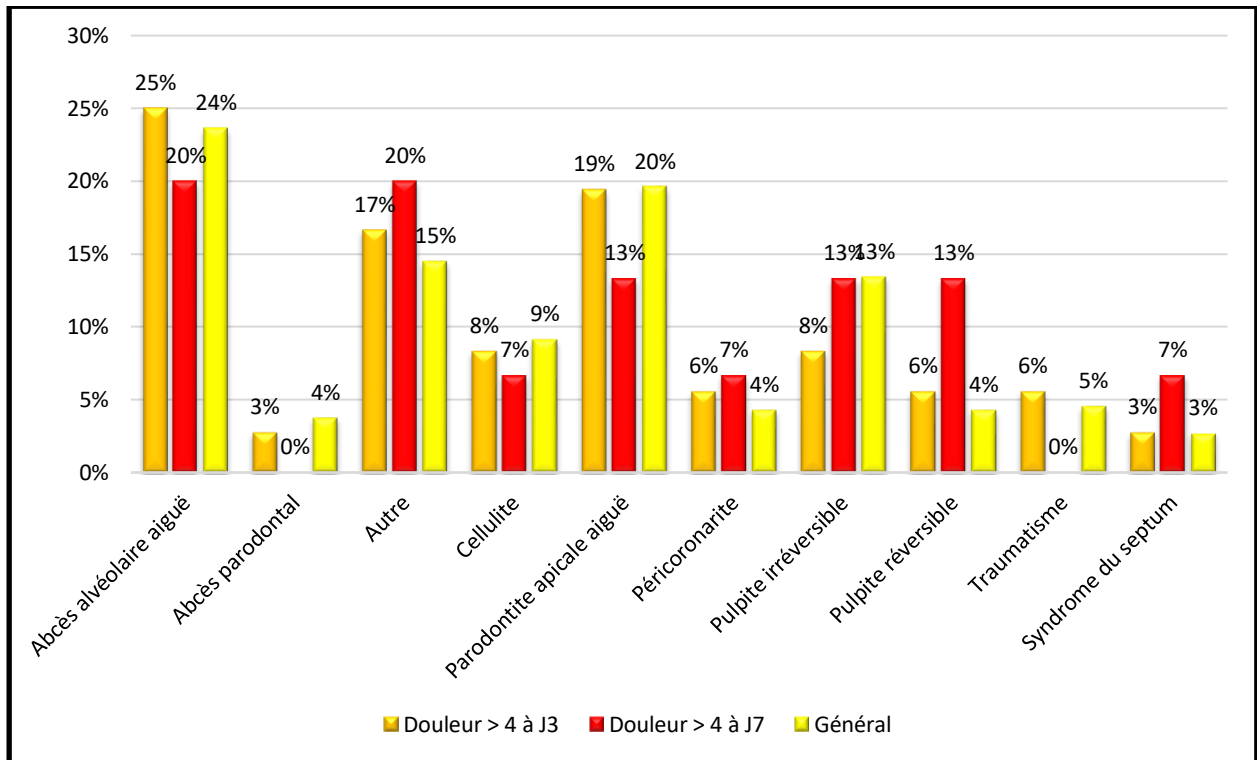


Figure 61 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J3 et J7.

La figure 61 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, trois diagnostics sont plus largement représentés que les autres : l'abcès alvéolaire aigu (25%), la parodontite apicale aigu (19%) et la catégorie « autre » (17%). Ces proportions sont en concordance avec la répartition globale des patients dans ces catégories. Seule la pulpite irréversible présente à J3 un écart par rapport à la répartition globale des patients dans cette catégorie (écart de 5%).

A J7, 5 diagnostics regroupent près de 80% de la population présentant des douleurs modérées à sévères : abcès alvéolaire aiguë (20%), « autre » (20%), parodontite apicale aiguë (13%), pulpite irréversible (13%), et pulpite réversible (13%).

Les catégories « abcès alvéolaire aigu », « abcès parodontal » et « traumatisme » présentent à J7 un écart d'environ 5% de moins par rapport à la répartition globale des patients dans cette catégorie.

Les catégories « autre » et « syndrome du septum » présentent à J7 un écart d'environ 5% de plus par rapport à la répartition globale des patients.

La catégorie « parodontite apicale aigu » présente quant à elle à J7 un écart de 7% de moins par rapport à la répartition globale des patients dans cette catégorie alors que la catégorie « pulpite réversible » présente un écart de 9% de plus.

Non réponses aux appels et douleur

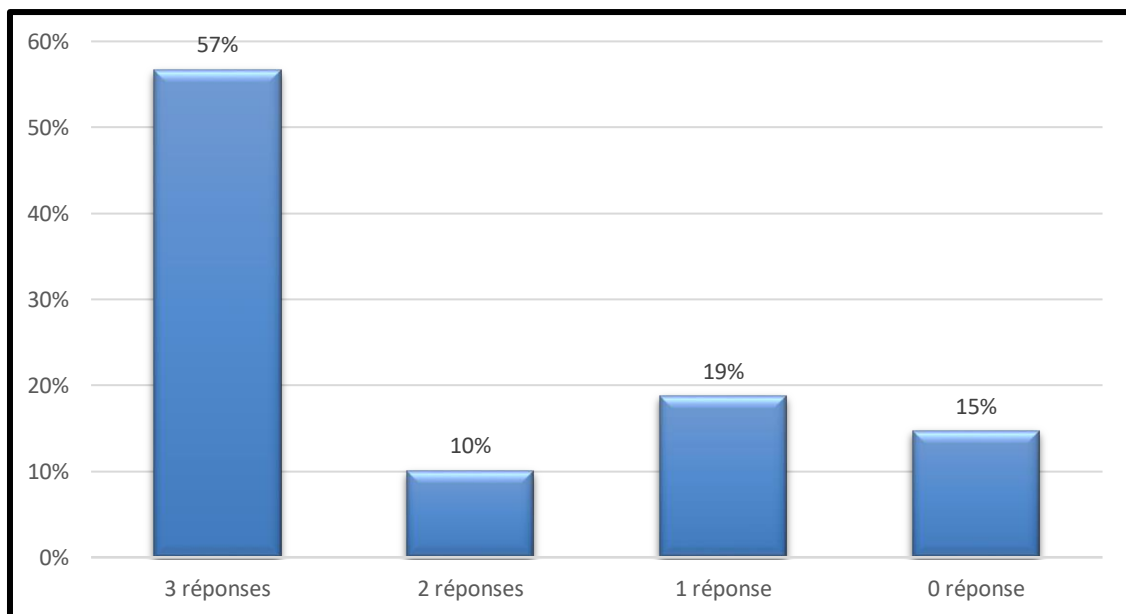


Figure 62 : répartition du nombre de réponses obtenues lors des appels téléphoniques.

57% des patients de l'échantillon ont répondu aux 3 appels (figure 62) soit N = 209 patients. Les patients ayant répondu 1 et 2 fois représentent 29% de l'échantillon (N = 106) ; 15% (N = 54) des patients n'ont répondu à aucun appel.

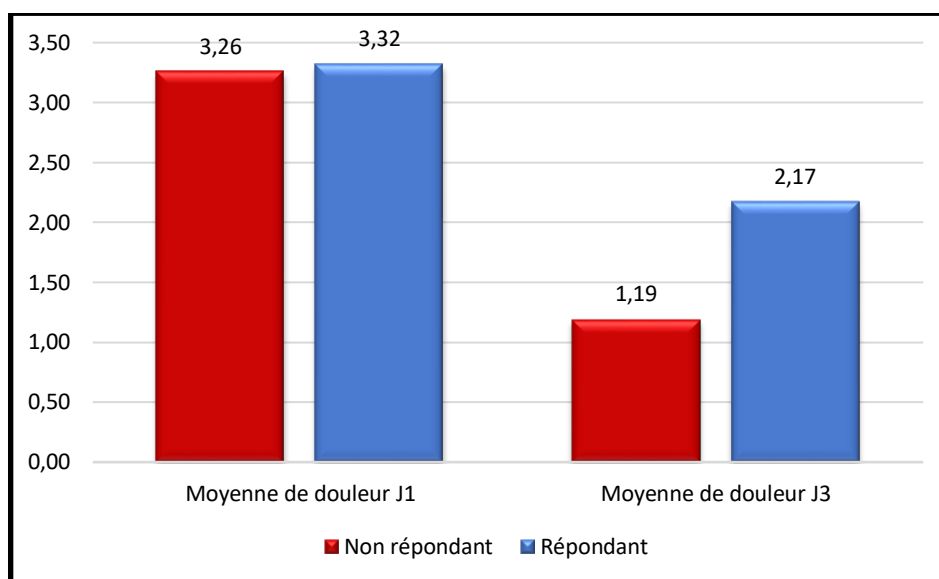


Figure 63 : moyenne de douleur selon le degré de réponse.

La figure 63 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.

A J1, on observe un écart faible entre non répondants et répondants.

Entre J1 et J3, l'écart se creuse entre les répondants et les non répondants : la moyenne de douleurs des non répondants perd plus de 2 points (3,30 à J1 contre 1,2 à J3) alors que celle des répondants en perd 1 (3,19 à J1 contre 2,17 à J3). Il y a donc un écart de 1 point entre les répondants et les non répondants.

Plusieurs explications sont possibles :

- ⇒ Les patients n'ayant plus de douleur pourraient ne plus ressentir le besoin de nos appels téléphoniques et donc ne plus répondre.
- ⇒ Les patients ayant encore des douleurs continuent de répondre à nos appels téléphoniques dans la mesure où ils ont besoin d'avoir un suivi téléphonique rassurant avec des conseils adaptés à l'évolution de leur problème bucco-dentaire ainsi que des conseils d'orientation du fait de la fermeture des cabinets dentaires.

4.4.2 Inquiétude

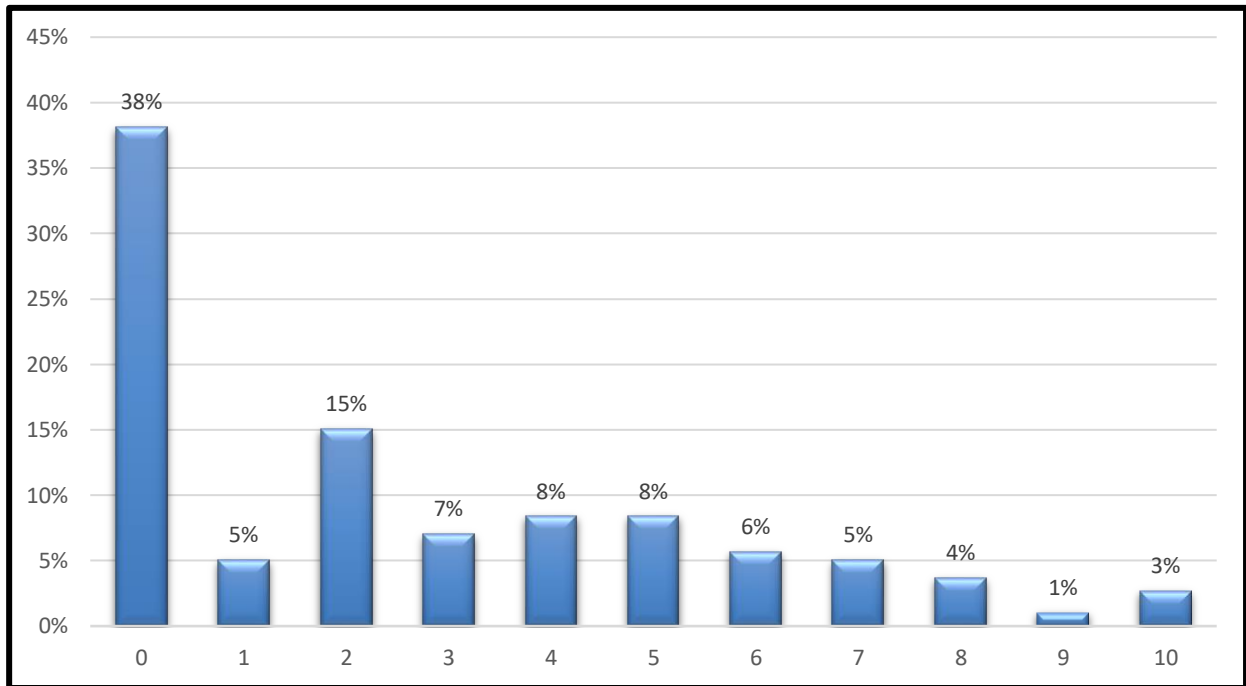


Figure 64 : répartition des scores d'inquiétude mesurés une EN (0-10) à J1.

La répartition des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon à J1 (figure 64) montre que la majorité des patients déclarait une anxiété légère.

- Les scores faibles (0-4) représentent 73% de l'échantillon avec 38% de score à 0/10.
- Les scores modérés (5-7) représentent 19% de l'échantillon.
- Les scores élevés (8-10) représentent 8% de l'échantillon avec 3% de score à 10/10.

Après prise en charge, on a donc une diminution de presque 25% de l'anxiété sévère et un passage de 46% à 73% de l'anxiété légère.

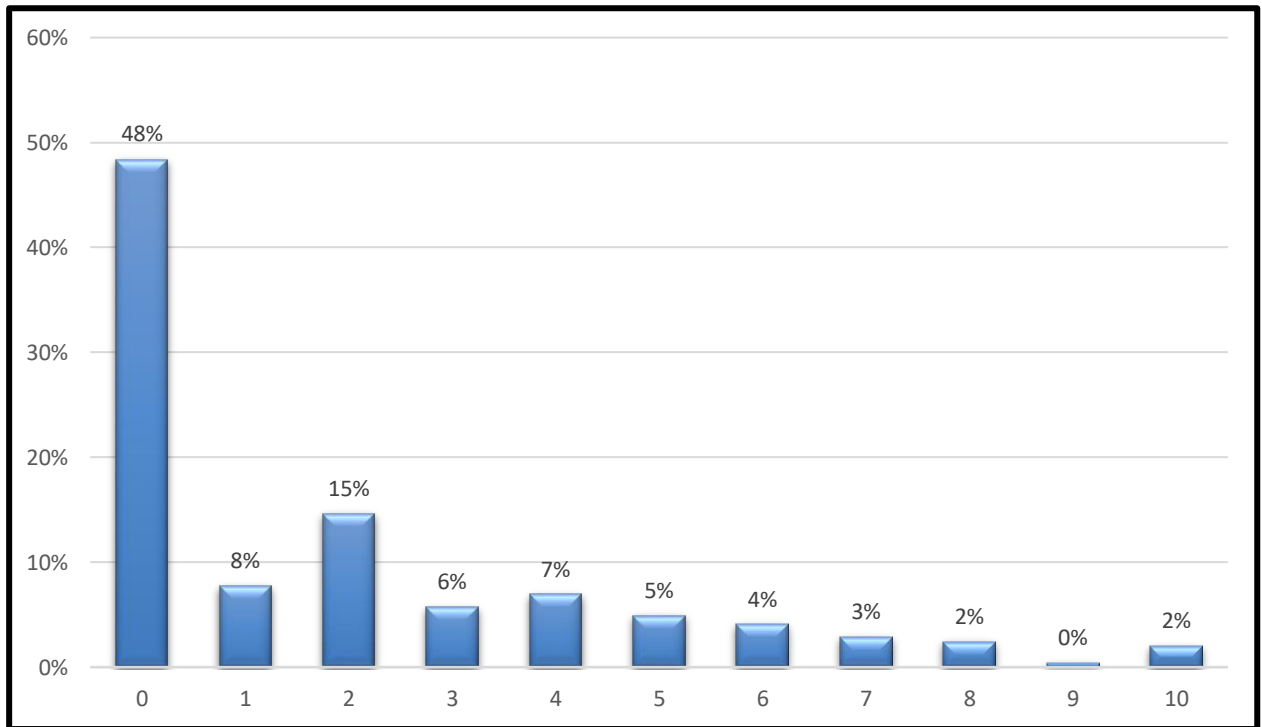


Figure 65 : répartition des scores d'inquiétude sur une EN (0-10) à J3.

La répartition des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon montrent qu'environ 5 patients sur 6 n'expriment plus qu'une anxiété légère et moins de 5% présentent encore une anxiété sévère (figure 65)

- Les scores faibles (0-4) représentent 84% de la population avec 48% de score à 0.
- Les scores modérés (5-7) représentent 12% de la population.
- Les scores sévères (8-10) représentent 4% de l'échantillon avec 2% de score à 10

On a donc une diminution de l'anxiété après prise en charge et avec le temps.

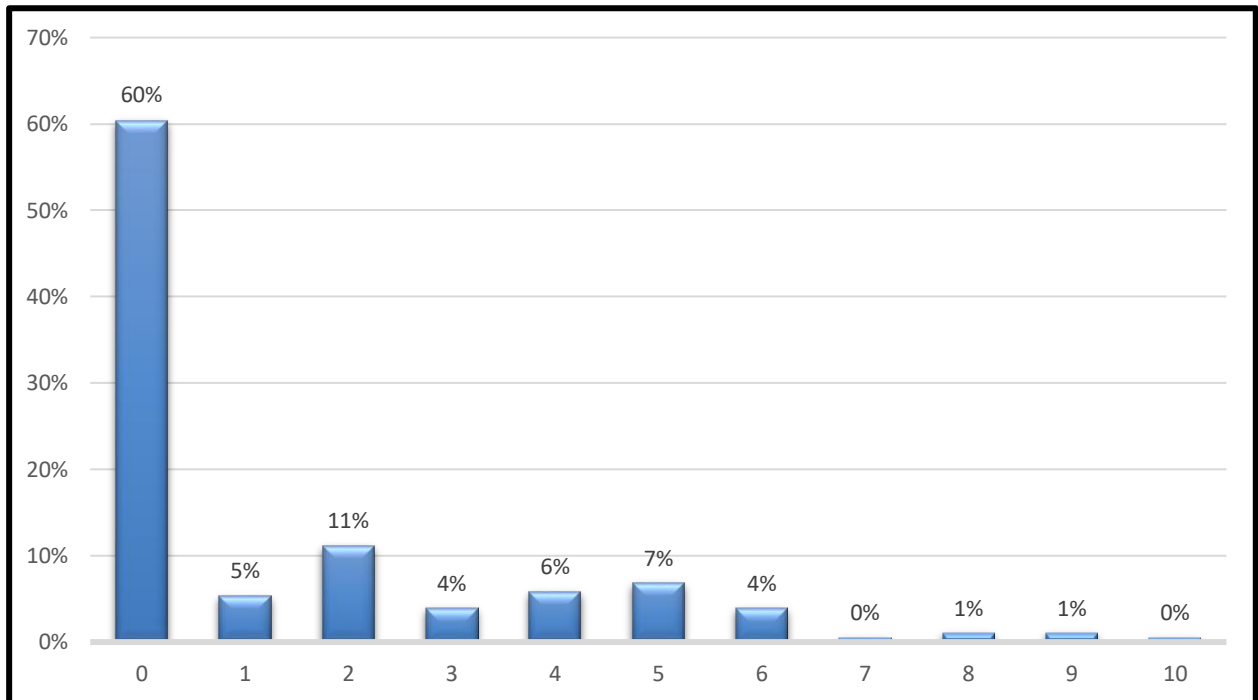


Figure 66 : répartition des scores d'anxiété à J7.

La figure 66 indique la répartition à J7 des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon.

- Les scores faibles (0-4) représentent 86% de la population avec 60% de scores à 0.
- Les scores modérés (5-7) représentent 11% de la population.
- Les scores élevés (8-10) représentent 2% de la population avec 0% de score à 10.

A J7, la grande majorité des patients exprimaient une faible anxiété et 1 patient sur 50 présentait un niveau élevé d'inquiétude. 1 patient sur 10 reste avec un niveau d'inquiétude modéré malgré la prise en charge.

Cette diminution de l'anxiété après prise en charge et avec le temps se confirme dans la figure 67.

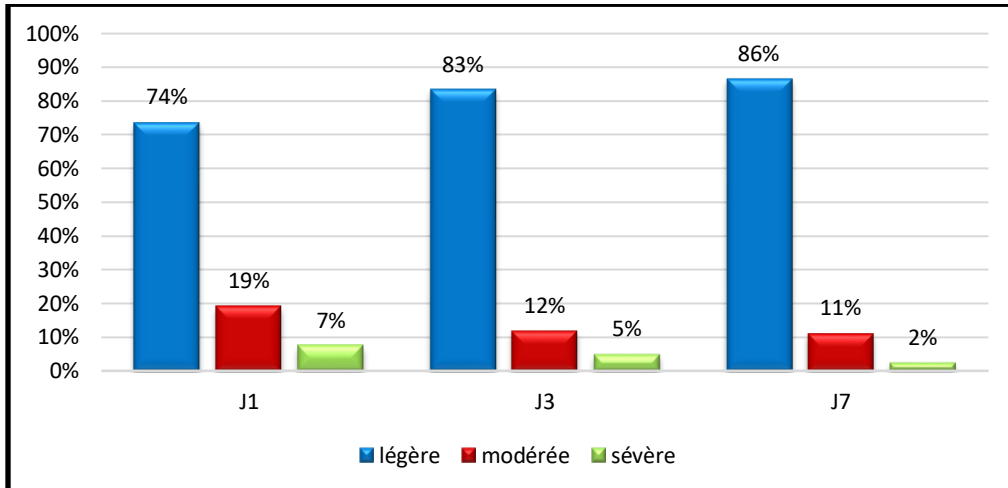


Figure 67 : répartition des scores d'anxiété à J1, J3 et J7

Selon une vision plus globale, les taux d'inquiétude légère sont toujours supérieurs aux taux « modérée » qui sont eux-mêmes supérieurs aux taux « sévère » (figure 67).

La proportion d'anxiété légère augmente de 9% entre J1 et J3 et de 3% entre J3 et J7. Plus on avance dans le temps, plus l'écart entre le taux d'anxiété légère et les taux « modérée » et « sévère » se creuse (écart de 48% à J1, 66% à J3 et 73% à J7).

La proportion d'anxiété modérée perd régulièrement 7% entre J1 et J3 et 1% entre J3 et J7. La proportion d'anxiété sévère perd environ 2% entre chaque rappel.

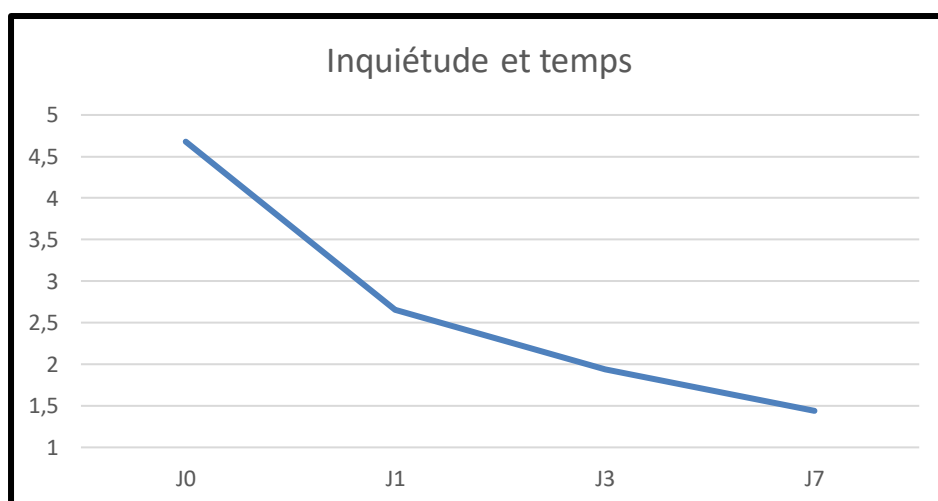


Figure 68 : évolution de la moyenne des scores d'inquiétude en fonction du temps.

La courbe des moyennes des scores d'inquiétude en fonction du temps est décroissante de 4,7 à 1,4/10 de J0 à J7, en passant par 2,7 à J1 (Figure 68).

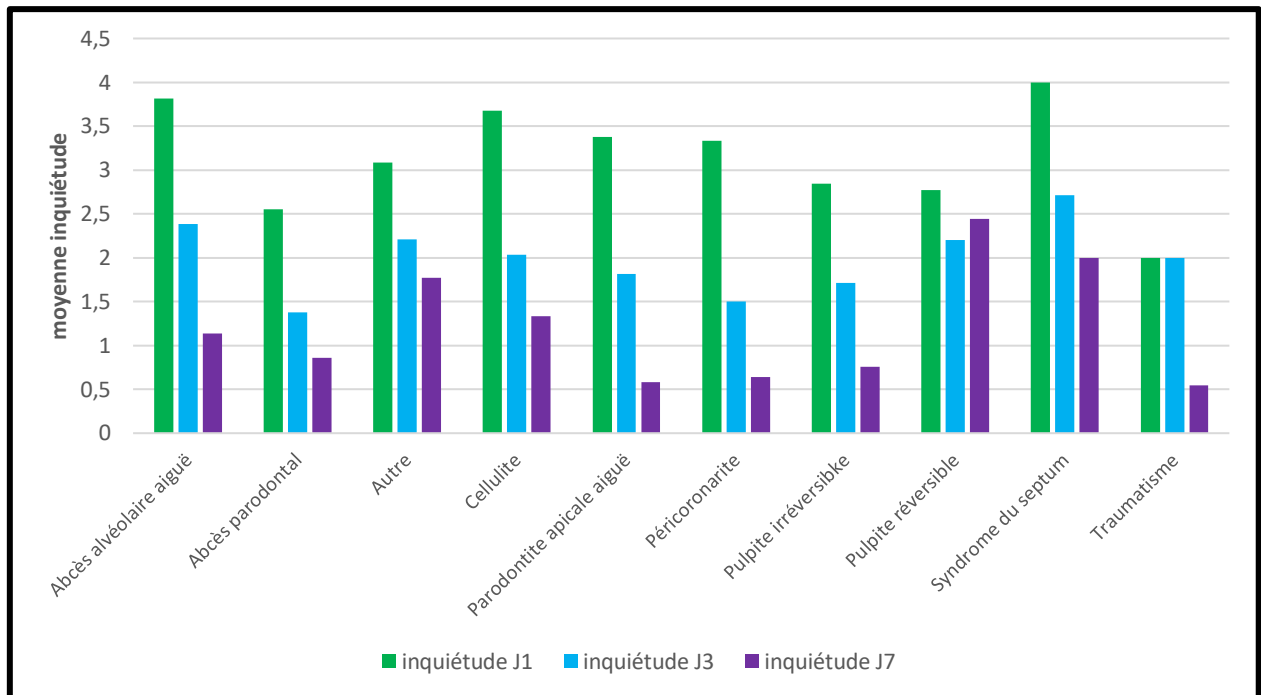


Figure 69 : répartition des moyennes d'inquiétude à J1, J3 et J7 par diagnostic.

La figure 69 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 syndromes du septum, abcès alvéolaires aigus et les cellulites avec une moyenne entre 3,6 et 4/10.
Les scores les plus bas concernent les traumatismes, les pulpites réversibles et les abcès parodontaux avec une moyenne de 2 et 2,6.
- À J3 : le score du syndrome du septum est le plus élevé avec 2,7/10. Les scores les plus bas sont pour les abcès parodontaux, péricoronarites et pulpites irréversibles autour de 1,5. Les autres diagnostics ont des scores aux alentours de 2.
- À J7 : le score d'inquiétude le plus élevé est pour le diagnostic de pulpite réversible (2,4/10) puis de syndrome du septum (2/10). Cela peut s'expliquer du fait de la non possibilité de faire les soins nécessaires pour ces diagnostics en raison de l'épidémie de COVID-19.

Entre J1, J3 et J7, on observe une nette diminution de la moyenne d'inquiétude pour la grande majorité des diagnostics.

4.4.3 État de santé générale

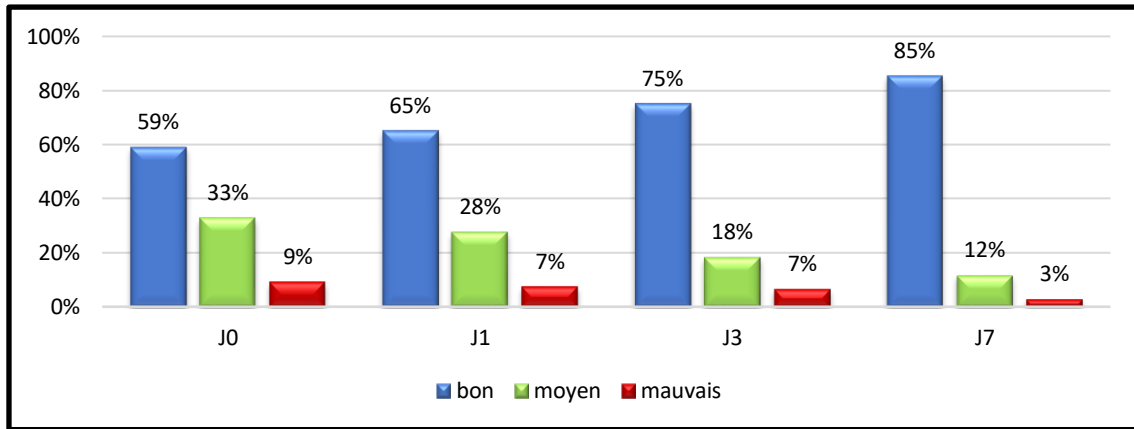


Figure 70 : proportion des scores de perception de la santé générale à J0, J1, J3 et J7.

De manière globale, la perception de l'état de santé générale du patient s'améliore en fonction du temps (Figure 70).

De J0 à J7, la majorité des patients estiment leur état de santé général comme bon. En effet, les proportions de bon état de santé général sont toujours supérieures aux proportions de moyen et mauvais état de santé général.

En outre, on observe une augmentation quasi linéaire des scores de bon état de santé général entre J0 (59%) et J7 (85%) ainsi qu'une diminution des scores de moyen (33% à J0 et 12% à J7) et mauvais état de santé général (9% à J0 contre 3% à J7).

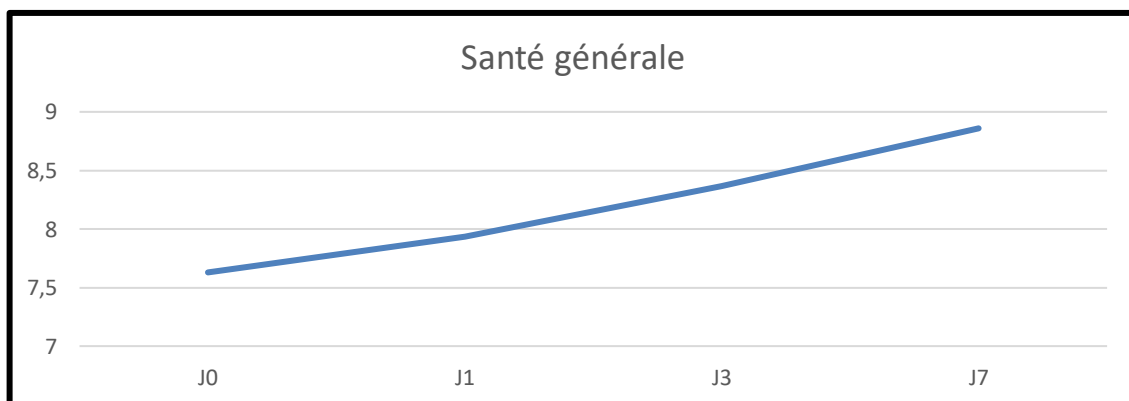


Figure 71 : moyenne des scores de perception de l'état de santé général à J0, J1, J3 et J7.

Les scores moyens de santé générale augmentent de 1,2 point de 7,6 à 8,8 entre J0 et J7 (Figure 71).

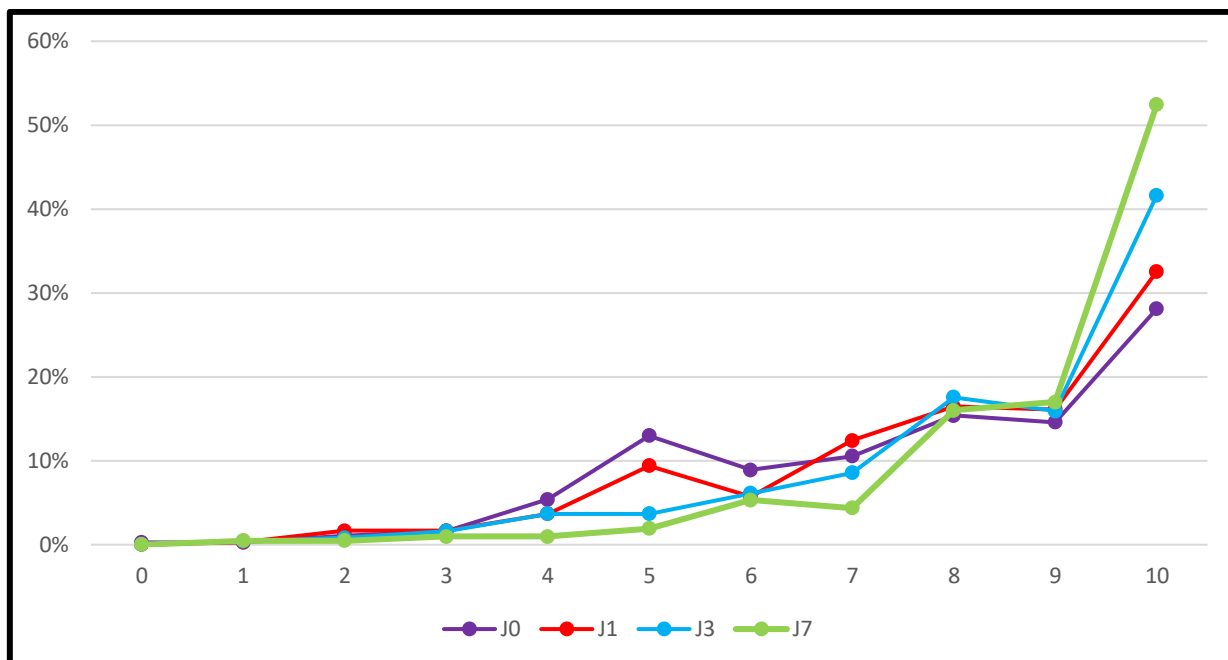


Figure 72 : répartition des scores de santé général à J0, J1, J3 et J7.

La figure 72 donne des indications plus précises sur l'évolution de la santé générale notamment dans les répartitions des scores à J0 (violet), J1 (en rouge), J3 (en bleu) et J7 (en vert).

Entre J0, J1, J3 et J7, les courbes des scores de 0 à 3 sont superposables. Les premières différences s'opèrent à partir du score de 4/10.

Les écarts les plus importants entre J0 et J7 sont observables au score de 5 qui perd 11% et le score de 10 qui gagne 24%.

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

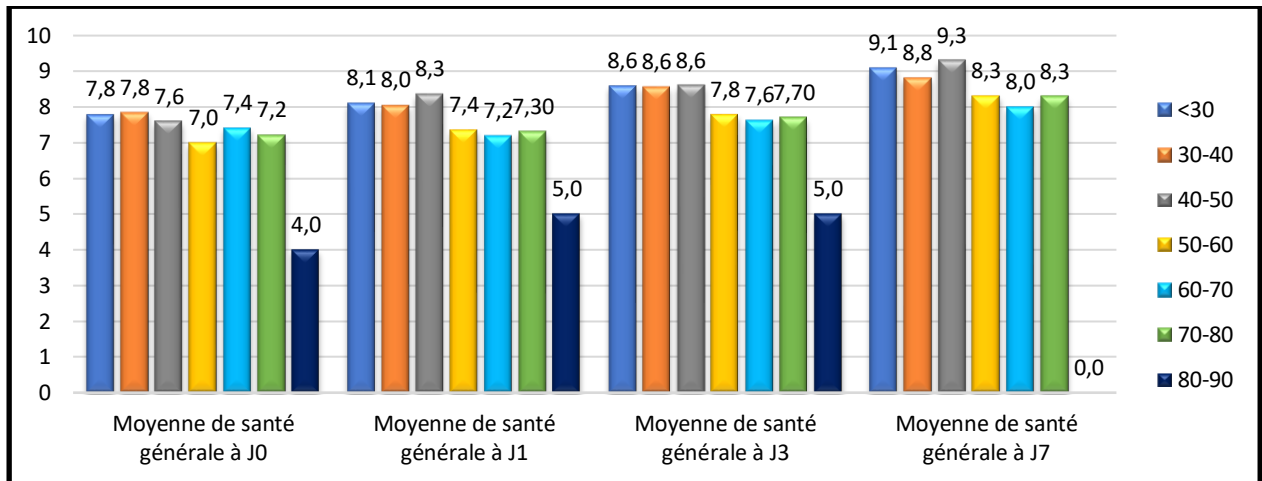


Figure 73 : moyenne de santé générale à J0, J1, J3 et J7 selon âge.

La figure 73 décrit l'évolution de la santé générale de J1 à J7 selon de l'aspect socio-démographique de l'échantillon.

On observe que les moyennes de santé générale des patients de moins de 50 ans sont toujours supérieures à celles des patients de plus de 50 ans. Les moyennes sont similaires dans les divers tranches d'âges en dessous de 50 ans. De même pour celles au-dessus de 50 ans, excepté pour la tranche 80-90 qui présente une moyenne plus basse (4 à J0 et 5 à J1 et J3).

On observe une augmentation des moyennes dans toutes les tranches d'âges, hormis pour les patients entre 60 et 70 ans dont la moyenne des scores d'état de santé général diminue de 0,2 point entre J0 et J1 avant de réaugmenter.

L'augmentation la plus importante est pour la tranche 40-50 qui prend 1,6 point entre J0 et J7.

4.4.4 Suites des soins

a) Nouvelle consultation

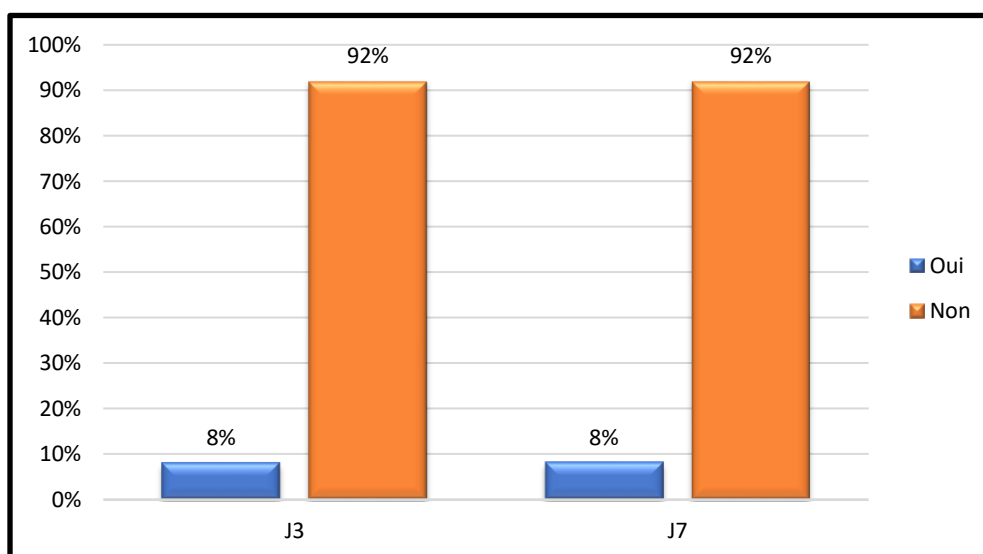


Figure 74 : réponse à la question : « avez-vous consulté à nouveau. » à J3 et J7.

La grande majorité des patients (92%) n'a pas consulté à nouveau à J3 et J7 (figure 74).

Les raisons pour lesquelles les 8% patients ont dû consulter à nouveau sont représentées figure 75.

Consultation

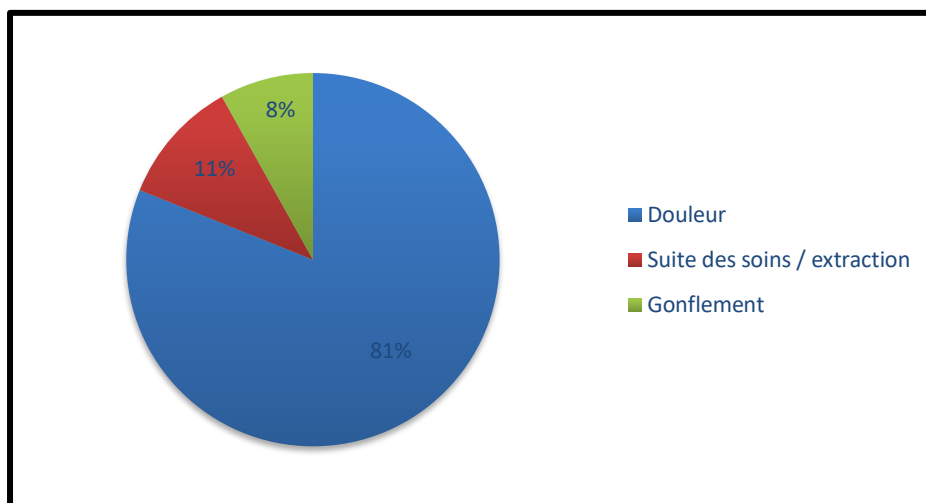


Figure 75 : Raisons d'une nouvelle consultation.

Les résultats présentés figure 75 ont été mesurés à J3 et J7 et concernent 9% de l'échantillon des répondants à J3 comme à J7, soit près de 19 patients sur 237 à J3 et 16 patients sur 299 à J7 (figure 75). Ces 35 patients forment l'échantillon des patients ayant consulté à nouveau.

Plusieurs causes de nouvelle consultation sont évoquées : gonflement (en vert), extraction / suite des soins (en rouge), douleur (en bleu). En raison de la crise COVID, nous avons décidé de regrouper l'item « extraction » et « suite des soins » dans la mesure où les extractions étaient les seuls soins programmables du fait de cette crise.

Presque 90% des patients ayant consulté à nouveau le faisaient pour cause de douleurs persistantes (81%) ou car le gonflement avait empiré (8%). Cela représente en tout environ 8% de l'échantillon des répondants à J3, de même à J7.

b) Suivi des instructions

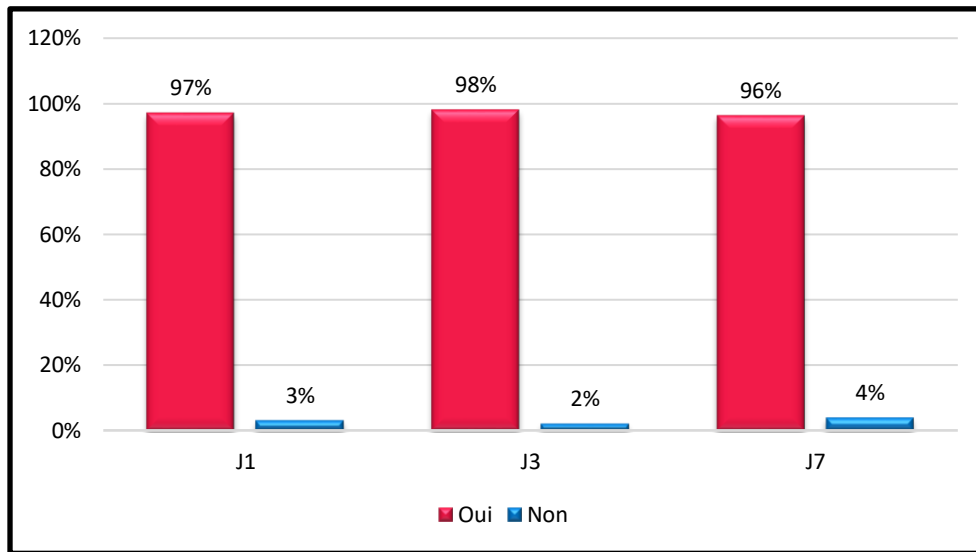


Figure 76 : réponse à la question : « avez-vous suivi les instructions données lors de la consultation d'urgence ».

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 (figure 76).

c) Suivi de la prescription

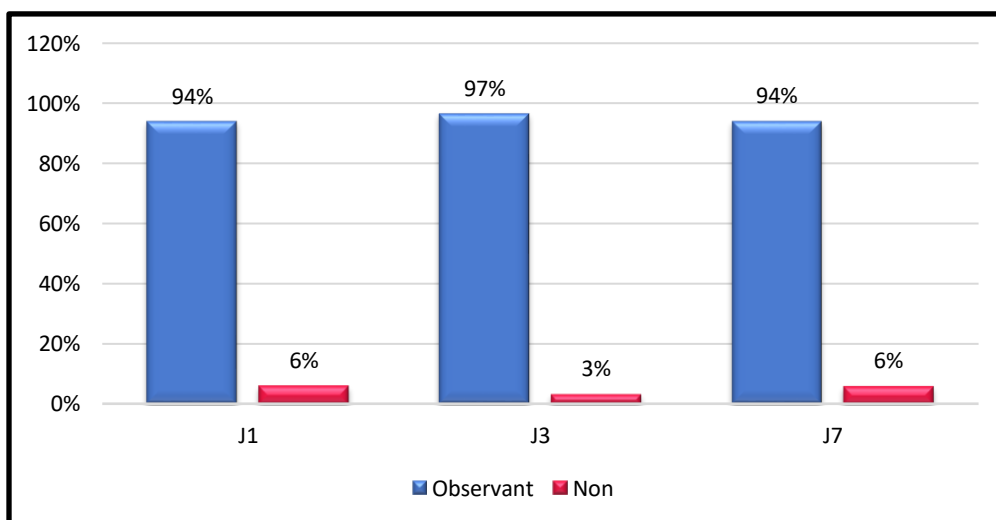


Figure 77 : respect de l'ordonnance à J1, J3 et J7.

Il n'y a pas d'évolution significative des valeurs entre J1, J3 et J7. Une très large majorité (94% à 97%) déclare avoir respecté les instructions du personnel soignant (figure 77).

d) Prise du rendez-vous de suite des soins

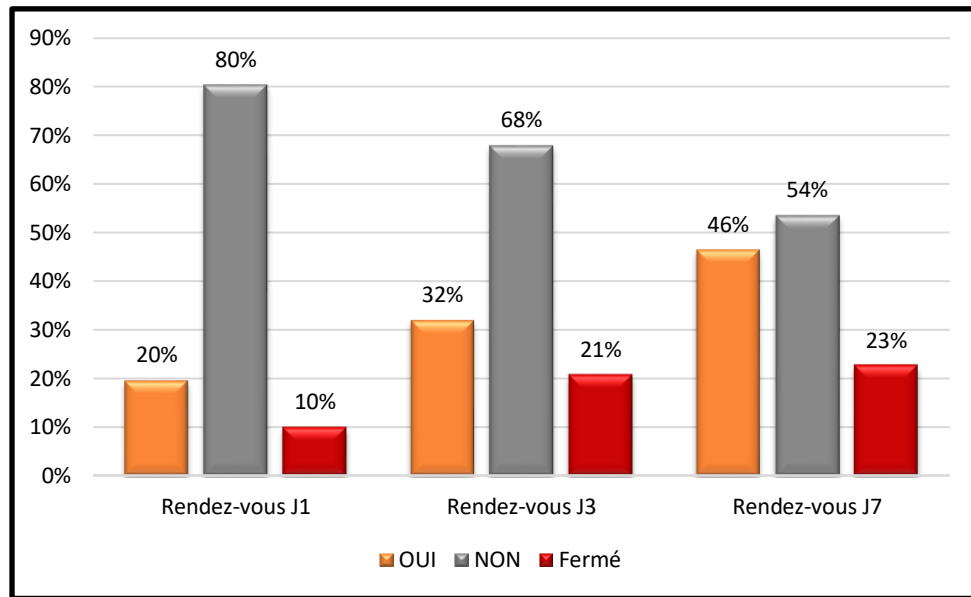


Figure 76 : réponse à la question : « avez-vous pris un rendez-vous chez le dentiste ».

A **J1** : seulement 20% des patients disent avoir pris rendez-vous chez le chirurgien-dentiste pour la suite des soins. La proportion augmente de 12% entre J1 et J3 et de 14% entre J3 et J7 (figure 76).

La majeure partie des patients déclare tout de même ne pas avoir un rendez-vous de suite des soins chez un chirurgien-dentiste : 80% à J1, 68% à J3 et 54% à J7. Les patients souhaitent pour la plupart attendre la fin du confinement afin de prendre rendez-vous chez leur chirurgien-dentiste ; en effet de nombreux cabinets attendaient la fin du confinement pour ouvrir à nouveau les consultations.

A J7, 23% des patients avaient tenté de prendre rendez-vous chez leur dentiste mais n'avaient réussi à en obtenir un du fait de la fermeture des cabinets.

5. Résultats de l'étude URGDENT COVID NUIT

5.1 Chart Flow

Causes de non inclusion à J0

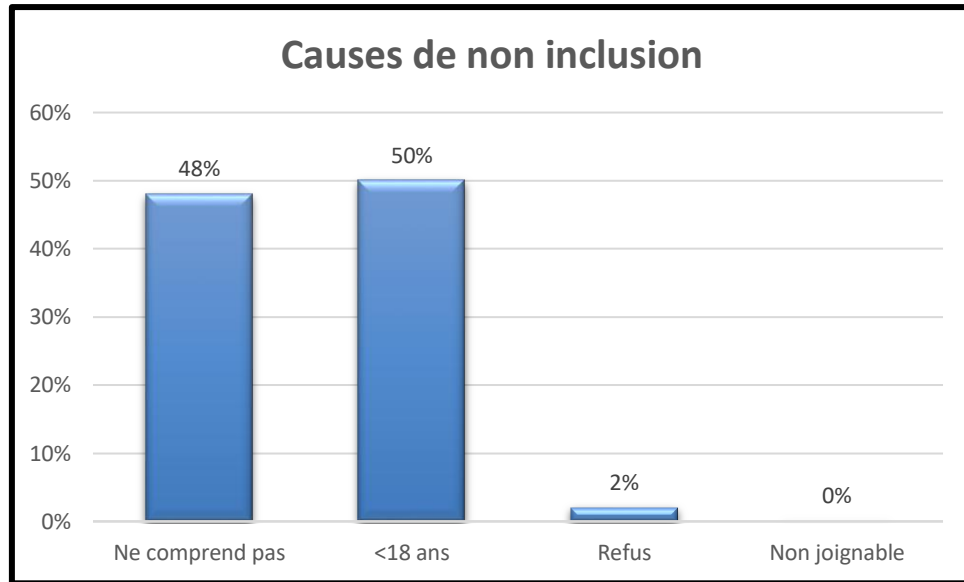


Figure 77 : causes de non inclusion

Pour l'étude de nuit, 178 patients ont été sollicités au total, 46 ont été exclus. (Figure 77)

La principale cause de non inclusion était l'âge des patients (50%, N=23 mineurs), suivi de la non compréhension du questionnaire (48%, N=22). 2% des patients n'ont pas désiré répondre aux questions, soit seulement 1 patient ; et aucun a déclaré ne pas être joignable par téléphone.

Au final 132 patients ont été inclus dans notre échantillon de nuit.

Perdus de vue et rappels téléphoniques

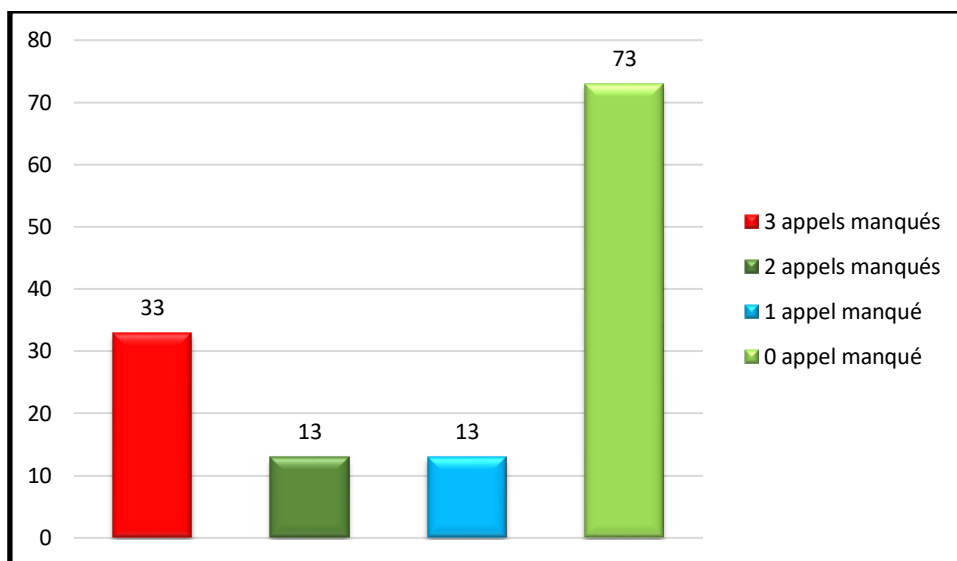


Figure 78 : Réponse aux appels téléphoniques à J1, J3, J7

La figure 78 représente le nombre de patients ayant répondu ou non à nos appels téléphoniques.

En période Nuit COVID, 73 patients sur 132 ont répondu à l'ensemble des appels, soit 55% de l'échantillon.

Les patients non joignables aux 3 appels ont été considérés comme perdus de vue : ils représentaient environ 25% de l'échantillon (soit 33 patients).

13 patients ont manqué 1 seul appel, le même nombre en a manqué 2. Ils représentaient 20% de l'échantillon.

Au final, 132 patients ont été inclus dans l'étude et 73 ont rempli l'ensemble des questionnaires le jour de la consultation et lors des suivis téléphoniques à J1, J3, 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

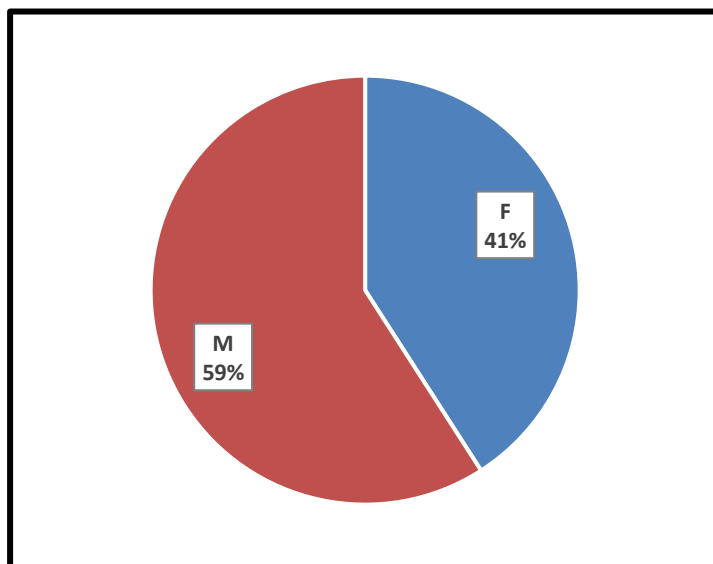


Figure 79 : répartition du nombre d'hommes et de femmes dans l'échantillon.

L'échantillon comportait un peu plus d'hommes (59%) que de femmes (41%). En terme de chiffres, nous avons eu 54 femmes et 78 hommes (Figure 79).

Âge

L'échantillon était majoritairement constitué de patients jeunes. La moyenne d'âge était de 34 ans \pm 12 ans.

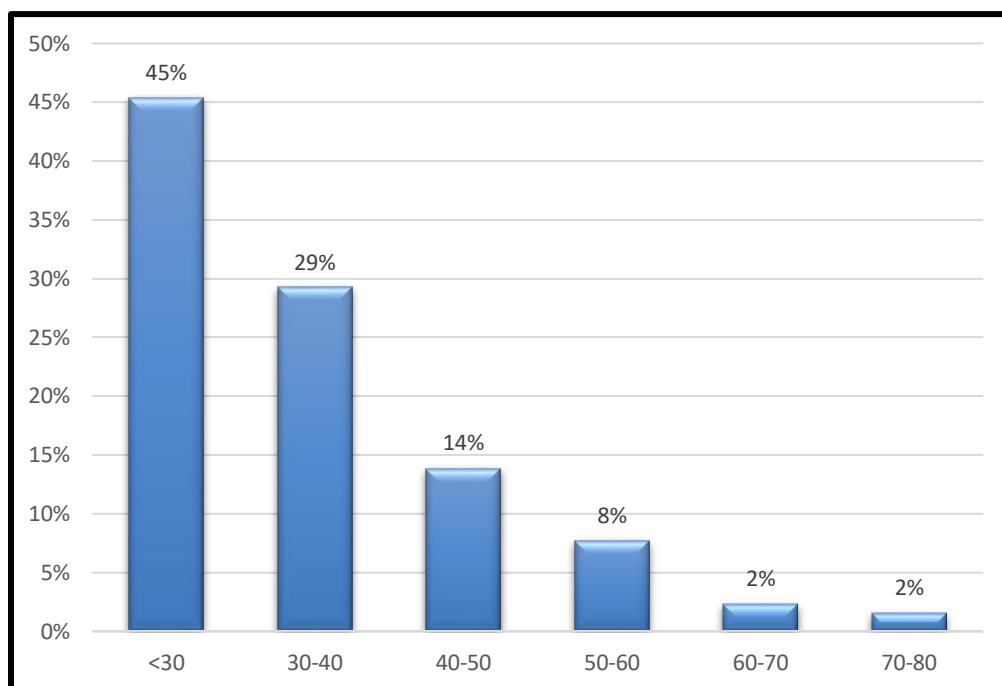


Figure 80 : répartition de l'échantillon selon l'âge des patients.

La figure 80 illustre la répartition des patients par tranche d'âge (10 ans).

74% (N=97) des patients de l'échantillon avaient moins de 40 ans, dont 45% de moins de 30 ans.

4% seulement avaient plus de 60 ans et les classes 40-50 et 50-60 ans représentaient respectivement 14% et 8% des sujets.

Couverture sociale

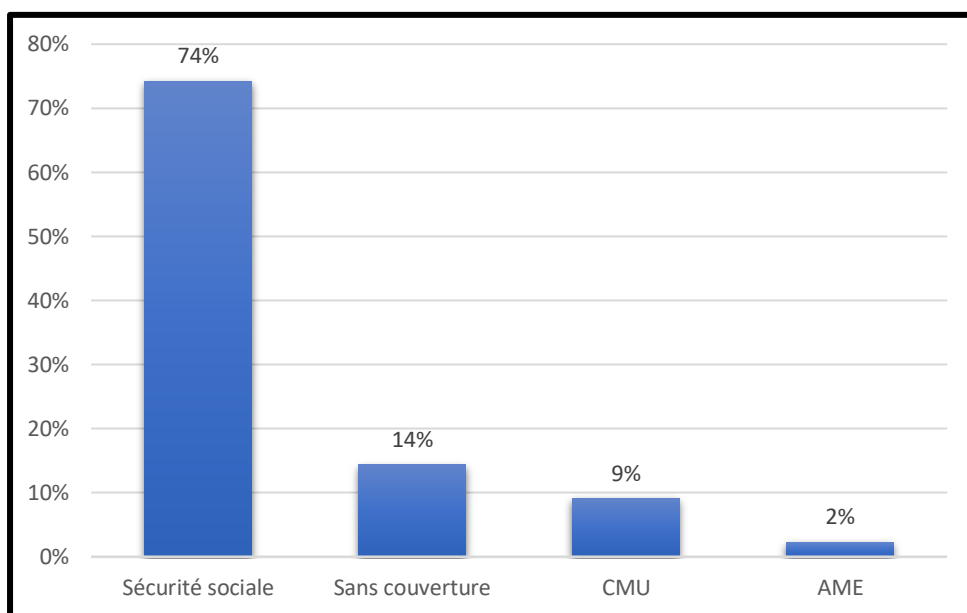


Figure 81 : répartition de la couverture sociale des patients au sein de l'échantillon.

La figure 81 décrit la répartition des patients au sein de l'échantillon selon leur couverture sociale.

3 patients sur 4 (soit 85% des sujets) avaient une couverture sociale, dont 74% la sécurité sociale, 9% la CMU (Couverture Maladie Universelle), 2% (N=3) seulement l'AME (Aide Médical d'État).

Cependant, 19 patients n'avaient aucune couverture sociale, soit 14% de l'échantillon.

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.

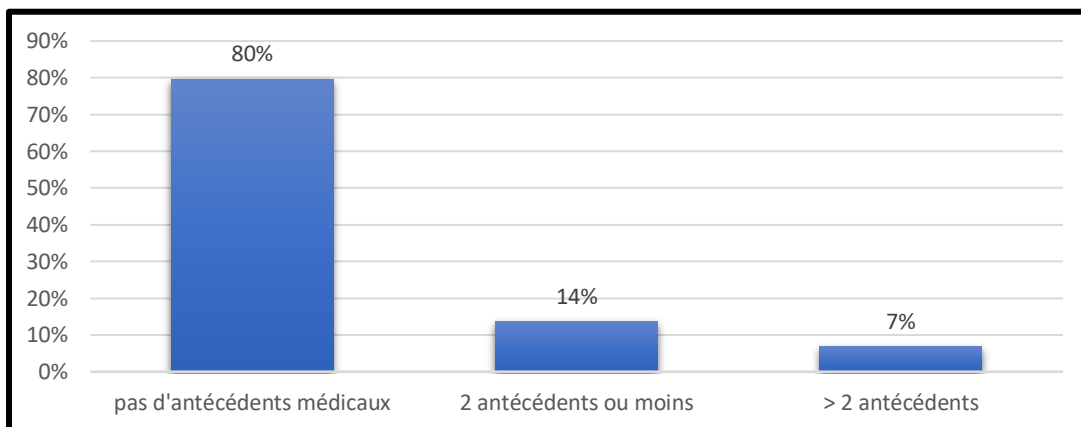


Figure 82 : répartition du nombre d'antécédents médicaux au sein de l'échantillon.

La majorité des consultants (80%, N=105) déclaraient ne pas avoir de problème médicaux, 14% (N=18) en présentaient 1 ou 2 et 7% (N=9) en déclaraient plus de 2 (Figure 82).

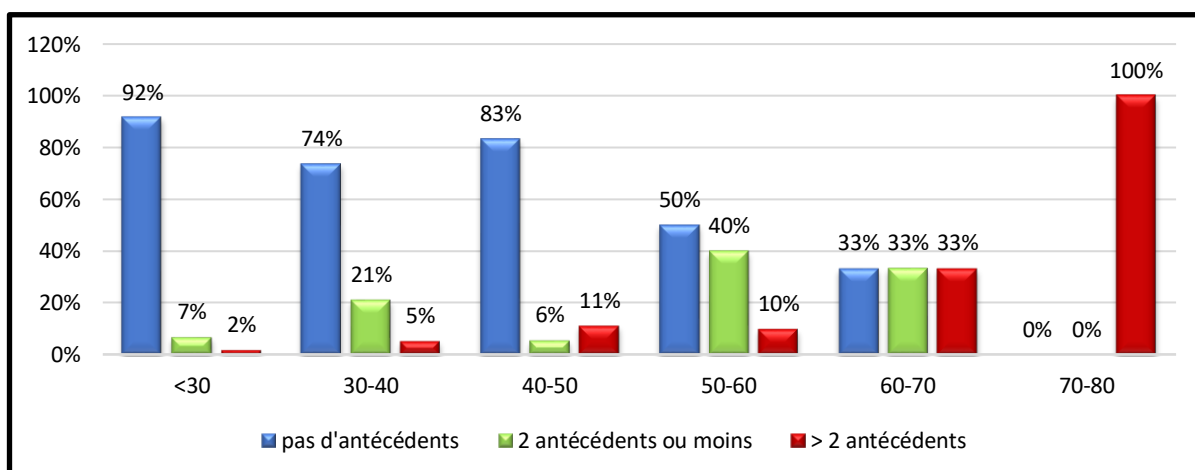


Figure 83 : Antécédents médicaux en fonction de l'âge des patients.

La figure 83 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 ; 100% des plus de 80 ans (soit les 2 patients que nous avons questionnés) déclaraient plus de 2 pathologies contre 2% des moins de 30 ans. 92% (N=54) des patients de moins de 30 ans ne déclaraient avoir aucun antécédent médical.

Suivi dentaire

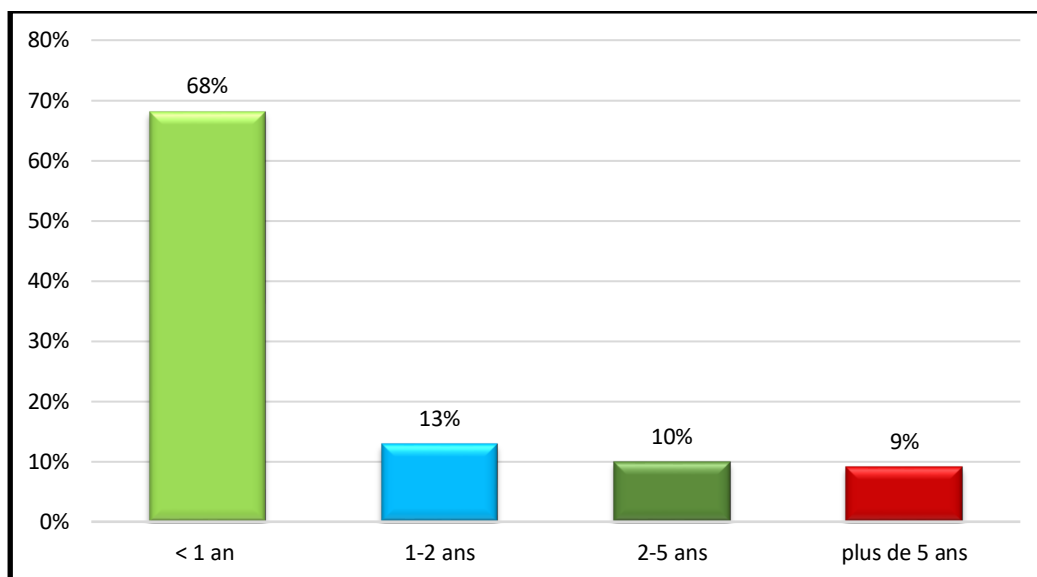


Figure 84 : répartition du suivi dentaire de l'échantillon. La date de dernière visite est indiquée selon différentes tranches temporelles.

La majorité des patients était bien suivie puisque 68% (N=90) ont été chez le dentiste moins d'1 an avant leur consultation aux urgences (Figure 84). Cependant, 19% de la population n'était pas suivie régulièrement par un chirurgien-dentiste : leur dernière visite dentaire datait de plus de 2 ans, dont 9 % de plus de 5 ans.

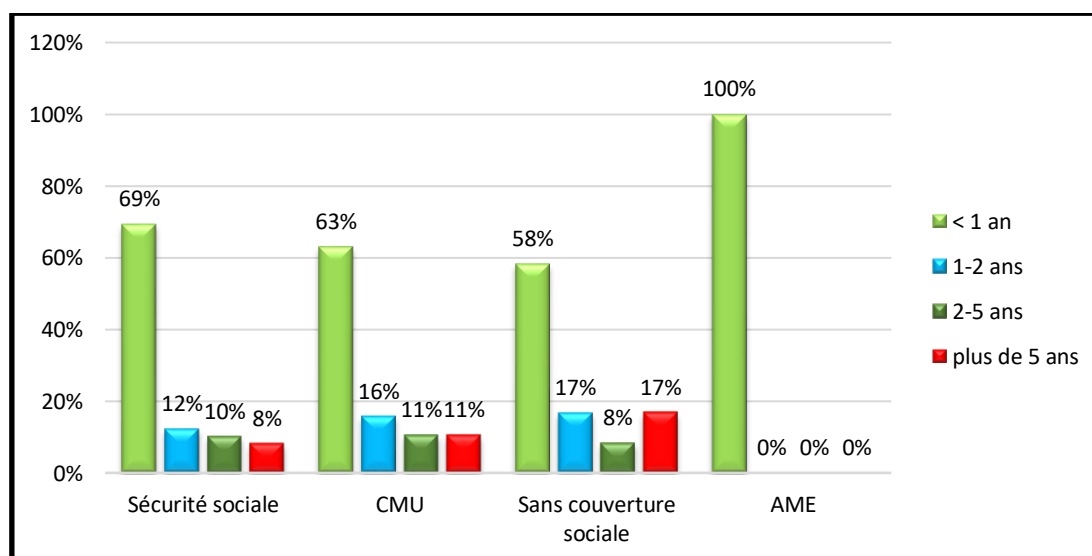


Figure 85 : répartition de la date du dernier rendez-vous selon la couverture sociale.

La figure 85 met en relation la régularité du suivi dentaire des patients avec leur type de couverture social.

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 de 58% chez les patients sans couverture sociale (N=7), 100% avec AME (N=3), 63% chez les patients avec CMU(N=12) et 69% chez les patients avec Sécurité sociale(N=68).

Inversement, la diminution de la protection sociale tend à espacer les visites de suivi : 17% des patients sans couverture sociale, 11% avec CMU et 8% avec la sécurité sociale avaient vu un chirurgien-dentiste il y a plus de 5 ans.

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

Mode de recrutement des patients

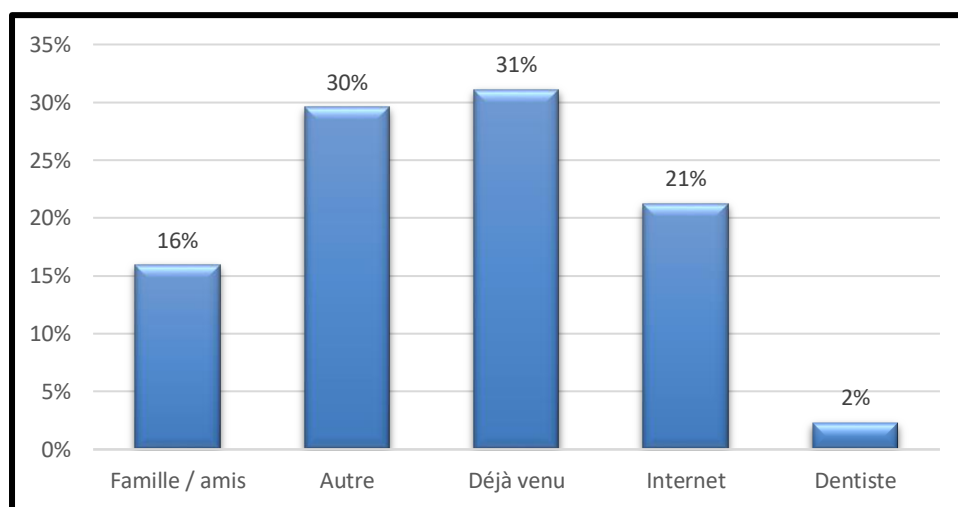


Figure 86 : répartition du mode de recrutement des patients.

La figure 86 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 ? ».

La majorité des patients venant consulter au SAU était déjà venue dans le service (31% de l'échantillon, N=41 patients) contre 21% qui ont connu le service par internet et 2% par leur dentiste. Enfin, 16% l'ont connu via leur famille/amis.

30% de l'échantillon (N=39) a connu le SAU via d'autres moyens : autre hôpital, COVIDENT, 15, « c'est connu », personnel de l'hôpital...

Prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

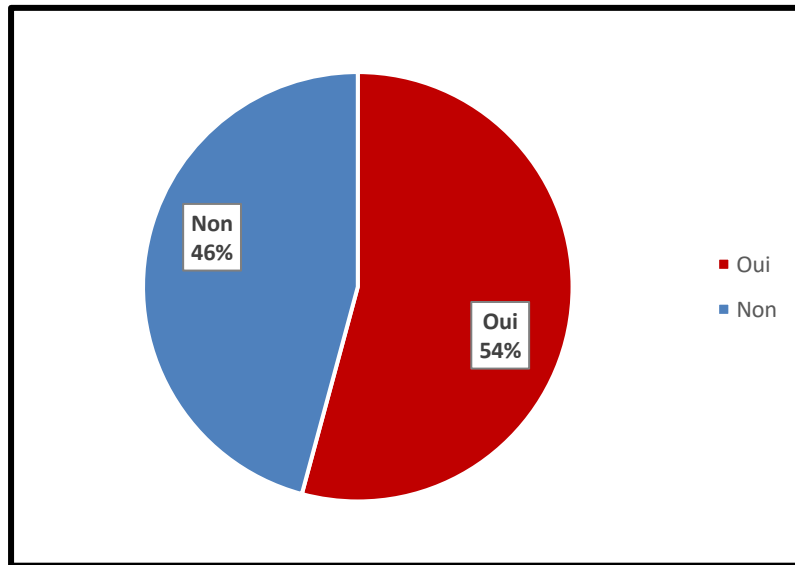


Figure 87 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU.

La figure 87 nous montre la part de patients ayant essayé d’avoir un rendez-vous avec leur chirurgien-dentiste avant de venir au SAU.

La majorité des patients (54%, N=71) ont essayé de prendre rendez-vous en ville avant de se rendre au SAU, tandis que les 46% restants sont venus directement aux urgences.

La figure 88 donne des précisions concernant le parcours des patients ayant essayé de prendre un rendez-vous avant de consulter au SAU pendant cette période de crise sanitaire où les cabinets étaient fermés.

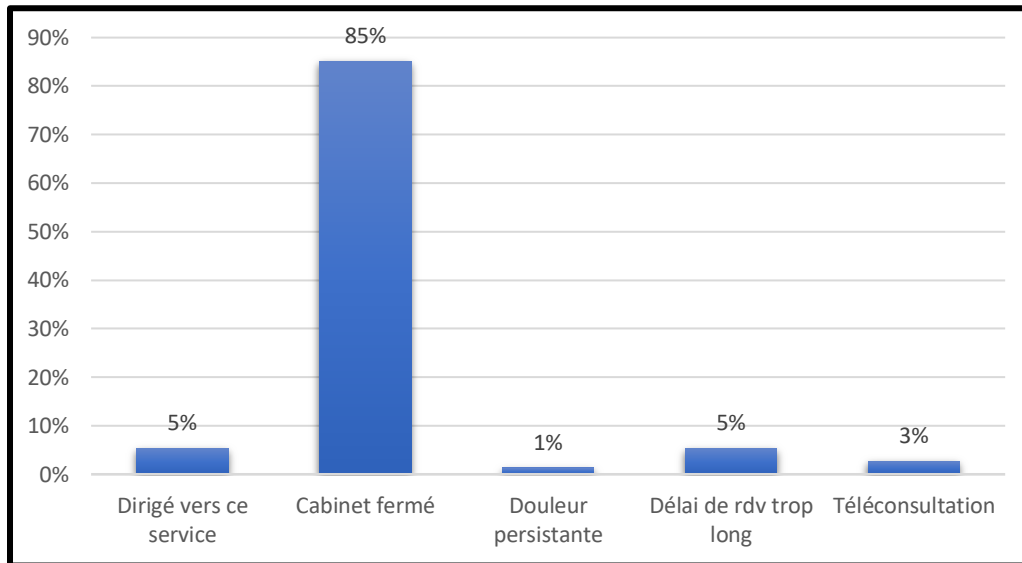


Figure 88 : raisons de recours aux urgences du SAU plutôt que chez leur dentiste, évoquées par les patients.

La majorité des patients est venue aux urgences adressée car leur dentiste était fermé (85%, N=63). 5% sont venus aux urgences parce que les délais de rendez-vous chez leur praticien était trop long, la même proportion de patients a été dirigée vers ce service. Seulement 1 patient est venu car sa douleur était persistante. Enfin, 3% sont venus car leur dentiste ne consultait qu'en « téléconsultation ».

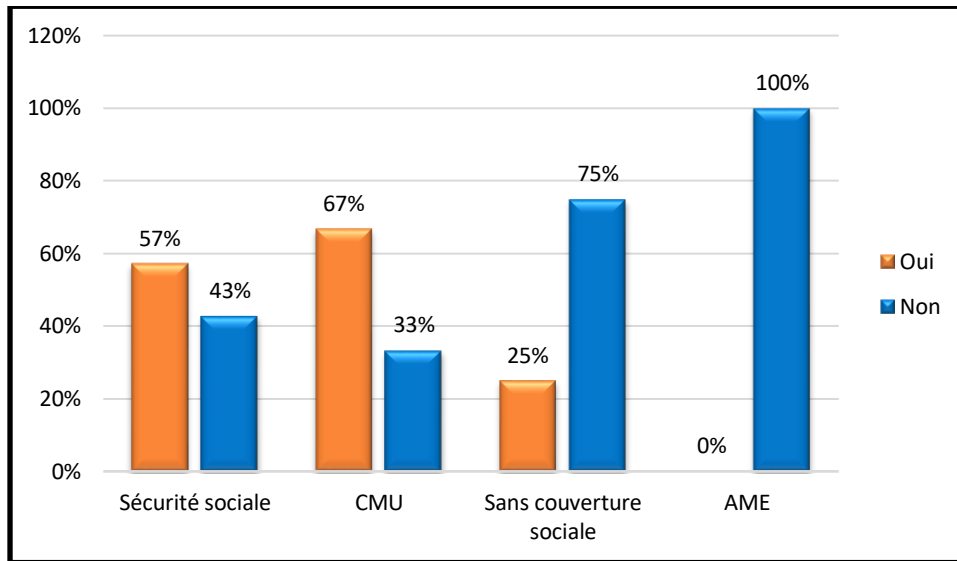


Figure 89 : essai de prise de rendez-vous avant consultation au SAU et couverture sociale.

La figure 89 donne des précisions socio-économiques quant à la répartition des patients ayant essayé de prendre un rendez-vous chez leur chirurgien-dentiste.

En effet, en ce qui concerne les patients ayant essayé de consulter leur praticien avant de venir : ils étaient de 57% (N=56) chez ceux bénéficiant de la sécurité sociale, 67% (N=12) chez ceux dotés de la CMU, et enfin 25% (N=3) chez les patients sans couverture sociale.

La majorité des patients sans couverture sociale ou avec AME sont venus directement aux urgences : respectivement 75%, soit 30% de plus que la moyenne, et 100% soit 55% de plus (pour rappel, la nuit nous avons eu que 3 patients ayant l'AME).

Lien pas aussi évident que dans les autres études...

B) Renseignements médico-dentaires

Les motifs de consultation évoqués par les patients

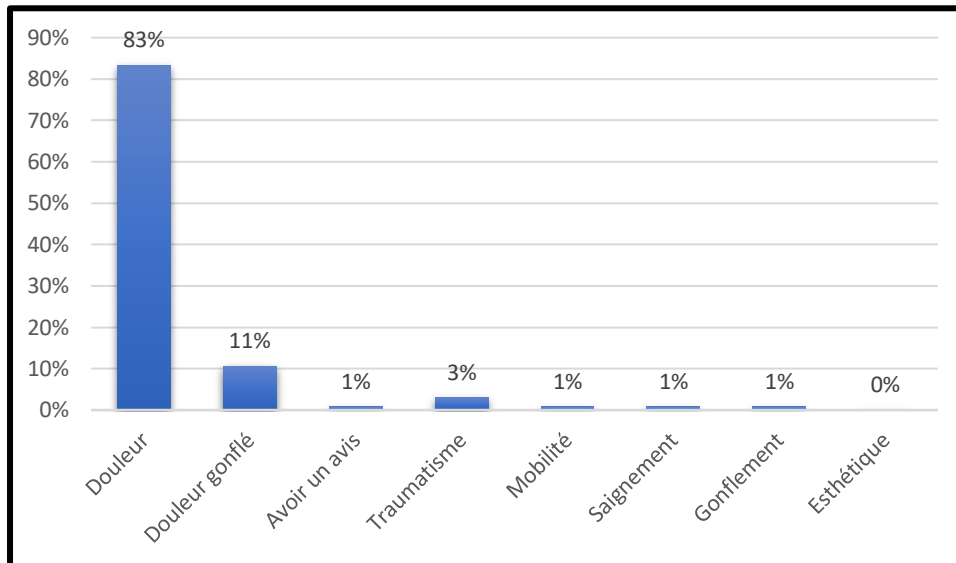


Figure 90 : répartition du motif de consultation évoqué par les patients.

La douleur était le motif de consultation le plus fréquent : 94% (N=124) des patients ont consulté pour cause de douleurs dont 11% (N=14) pour des douleurs associées à un gonflement (Figure 90).

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

Diagnostic cliniques

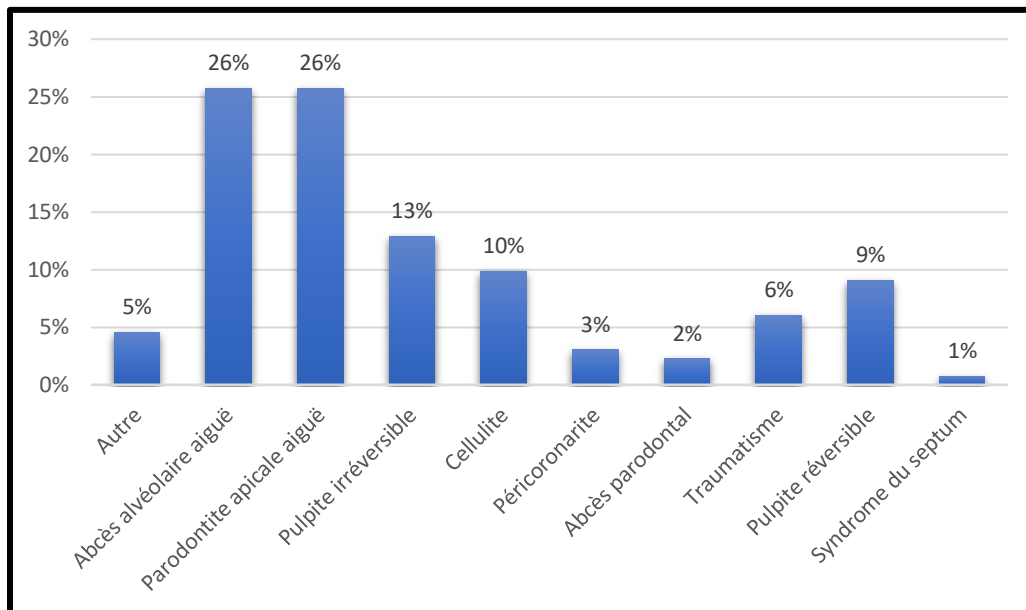


Figure 91 : répartition des différents diagnostics dans l'échantillon.

La figure 91 illustre les différents diagnostics établis chez les patients ayant consulté au SAU.

Les trois diagnostics les plus fréquents sont : Abscès alvéolaire aigu (26%, N=34), Parodontite apicale aiguë (26%, N=34) et pulpite irréversible (13%, N=17). Viennent ensuite la cellulite (10%, N=13), pulpite réversible (9%, N=12), les traumatismes (6%, N=8), la péri coronarite (3%, N=4), l'abcès parodontal (2%, N=3) et enfin le syndrome du septum (1%).

La catégorie autre (5%) regroupe les pathologies salivaires, les pathologies de la muqueuse buccale, erreurs d'orientation du patient, demandes d'avis et les fausses urgences tel que rescellement d'un bridge.

Score d'anxiété

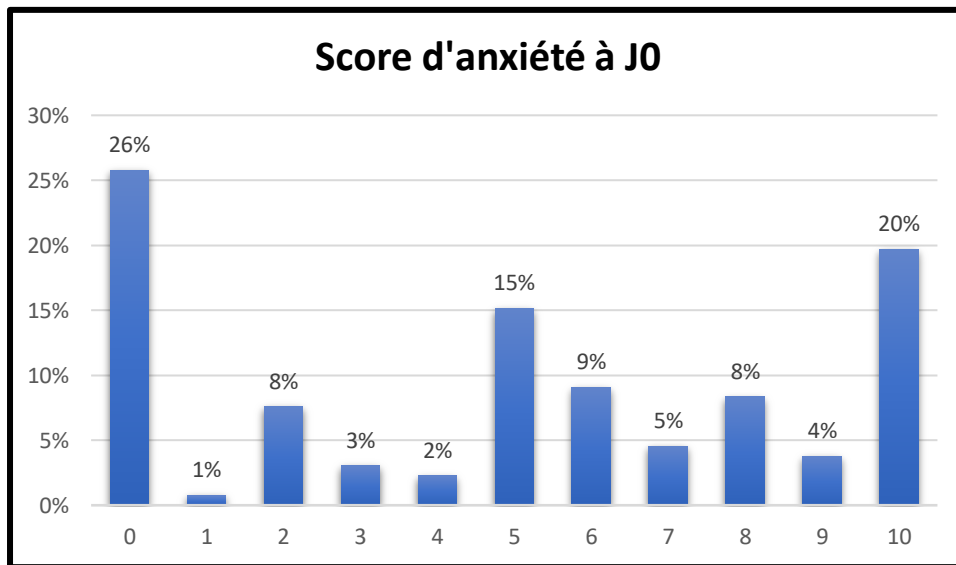


Figure 92 : répartition des scores de l'anxiété à J0 (abscisse : les différents scores d'anxiété de 0 à 10 ; ordonnée : les pourcentages relatifs dans l'échantillon).

La figure 92 illustre la répartition des scores d'anxiété à J0 :

- Les scores faibles (0-4) représentent 40% de la population avec 26% au score de 0 (N=34) ;
- Les scores modérés (5-7) représentent 29% de la population avec 15% au score de 5, 9% au score de 6 et 5% au score de 7 ;
- Les scores élevés (8-10) représentent 32% de la population avec 20% de score maximal (N=26).

Les patients ont une tendance anxieuse répartie assez équitablement selon les classes de score (léger, modéré, sévère) avec une légère supériorité du score faible d'anxiété (environ 10% de plus que les autres classes d'anxiété).

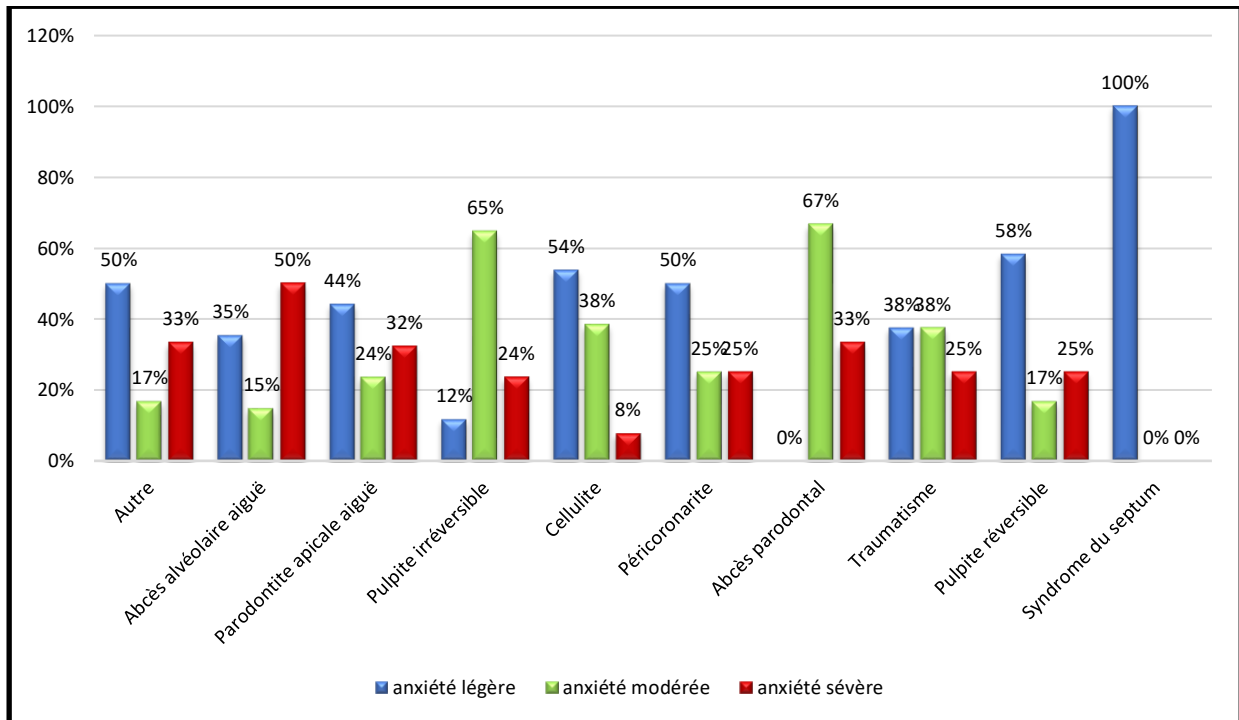


Figure 93 : répartition des degrés d'anxiété par diagnostic.

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

La plupart des diagnostics s'accompagnent d'une d'anxiété légère. Cependant, certains diagnostics sont corrélés avec des plus importants taux d'anxiété sévère que les autres diagnostics (figure 93) :

- La pulpite réversible qui s'accompagne de score d'anxiété sévère pour 25% des cas (3 patients sur les 12), et ce malgré son faible niveau de gravité.
- La catégorie autre qui, pour rappel, regroupe un ensemble hétéroclite tel que les fausses urgences, les pathologies salivaires, les pathologies de la muqueuse buccale, les demandes d'avis, et erreurs d'orientation : on y retrouve 33% d'anxiété sévère.
- L'abcès parodontal dont on ne relève aucune anxiété légère et 33% d'anxiété sévère.
- L'abcès alvéolaire aigu qui présente le score d'anxiété le plus élevé : 50% des patients estimaient leur anxiété comme sévère.

Enfin, les taux d'anxiété sévère les plus bas (8% et 0%) sont observés pour les diagnostics de cellulite et le syndrome du septum (le dernier n'étant pas représentatif compte tenu de son nombre :1 seul patient dans l'étude)

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

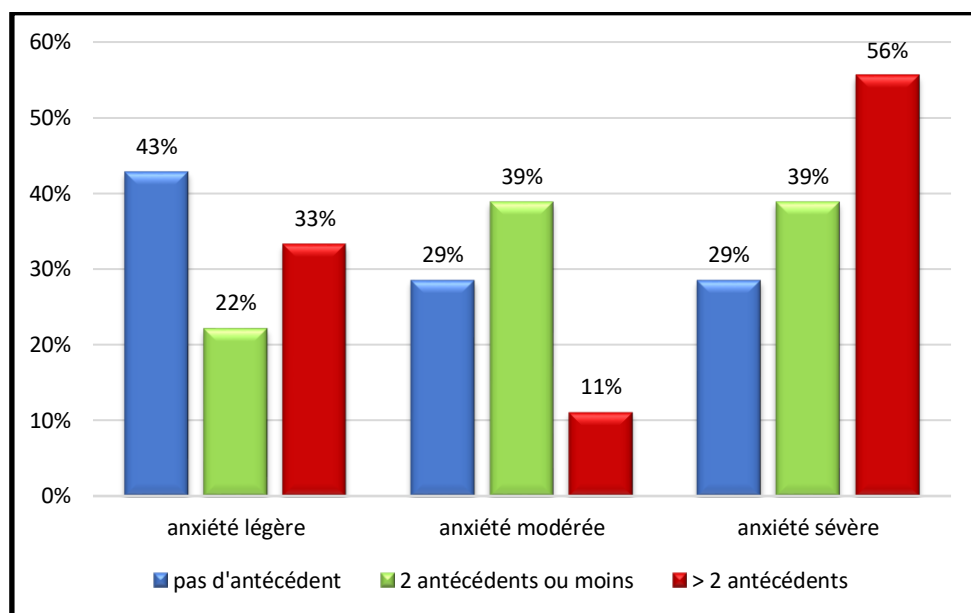


Figure 94 : répartition du degré d'anxiété selon les antécédents médicaux.

La répartition du degré d'anxiété selon les antécédents médicaux est présentée dans la figure 94. On observe une augmentation du niveau d'anxiété avec le nombre d'antécédents.

Les patients sans antécédents venu la nuit au SAU présentent majoritairement une anxiété légère (43%), ceux avec moins de deux antécédents se trouvent plutôt entre anxiété modérée et sévère (39% chacun), tandis que ceux avec plus de deux antécédents sont majoritairement dans le groupe anxiété sévère (59% d'entre eux).

Il y a donc une corrélation entre le nombre d'antécédents médicaux et le niveau d'anxiété des patients venus au SAU durant le service de nuit en période de COVID.

Score de la douleur les dernières 24h

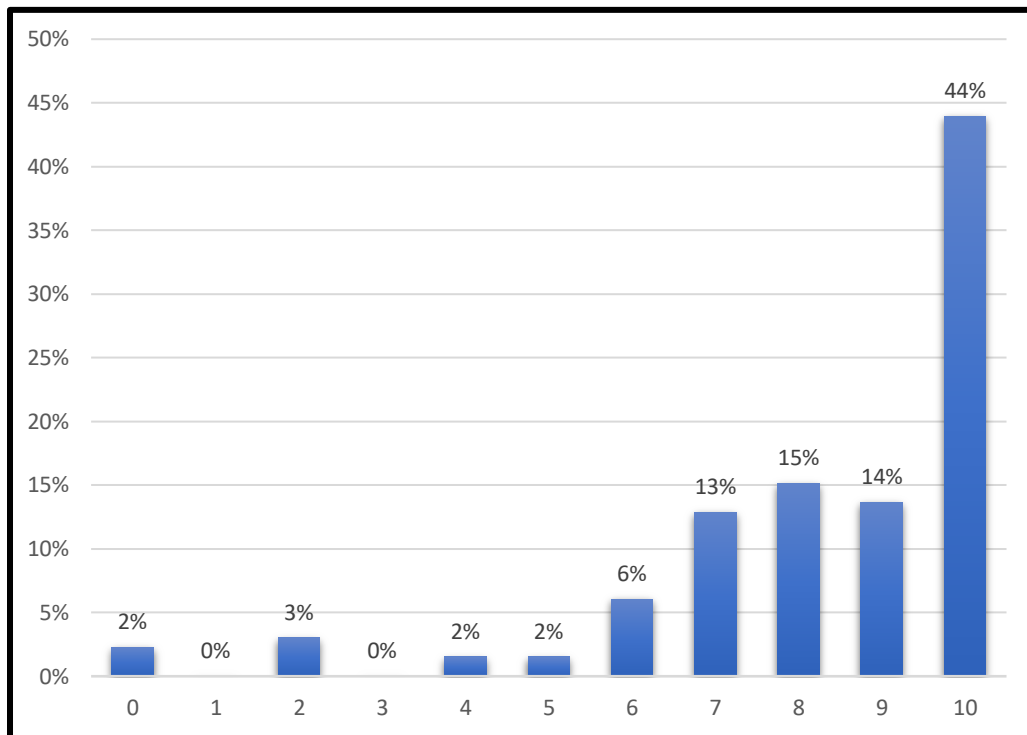


Figure 95 : score de douleur au cours des dernières 24h.

La figure 95 montre la répartition des scores de douleurs durant les dernières 24h :

- Les scores faibles (0-4) représentent 7% de la population avec 2% au score de 0 (N=3);
- Les scores modérés (5-7) représentent 21% de la population avec une différence de 11% entre le score 5 et 7.
- Les scores élevés (8-10) représentent 73% de la population avec 44% de score maximal (N=58).

La grande majorité de la population (94%) déclare donc une douleur modérée à sévère au cours des dernières 24h, ce qui confirme les résultats figure 15 illustrant que la douleur représente 94% des motifs de consultation.

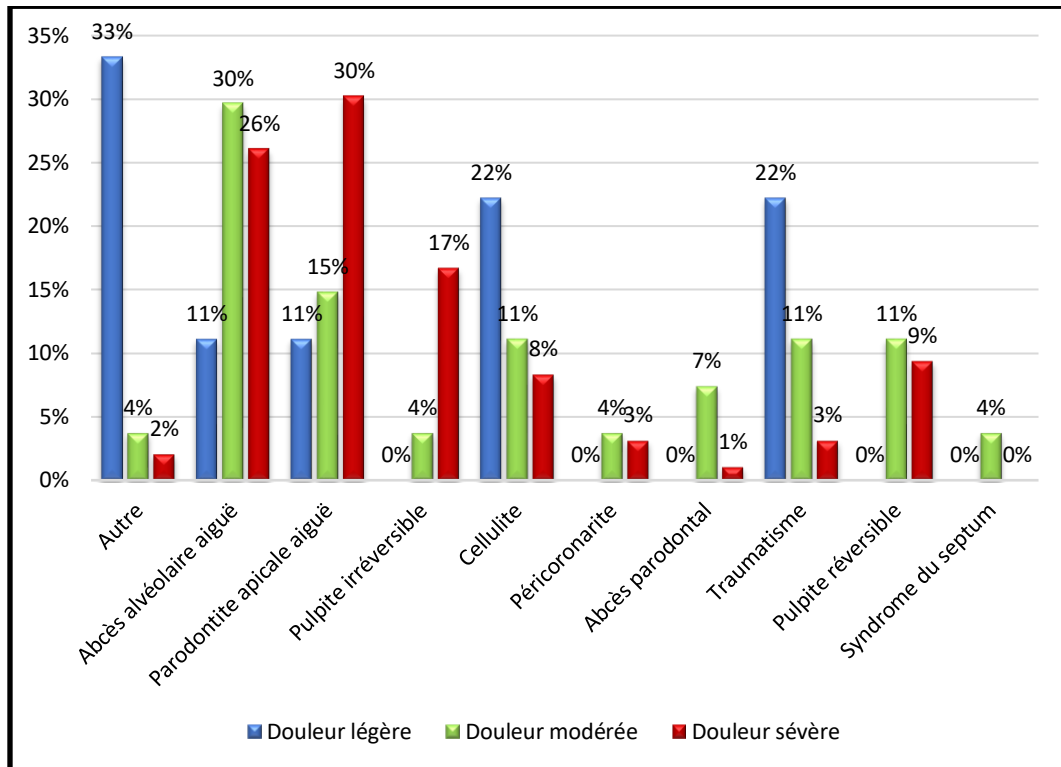


Figure 96 : répartition de l'intensité de la douleur au cours des dernières 24 heures en fonction du diagnostic.

Les douleurs sévères étaient particulièrement rapportées pour 3 diagnostics : AAA, PAA et pulpites irréversibles (figure 96).

A l'exception de la catégorie « autre », cellulite et des traumatismes, le taux de douleurs légères à J-1 est plutôt faible. Les douleurs légères sont particulièrement peu représentées dans les pulpites irréversibles (0%), péricoronarite (0%), abcès parodontaux (0%) et pulpites réversibles (0%).

Le diagnostic de traumatisme présente un taux très faible de douleurs sévères à J-1 (3%). 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

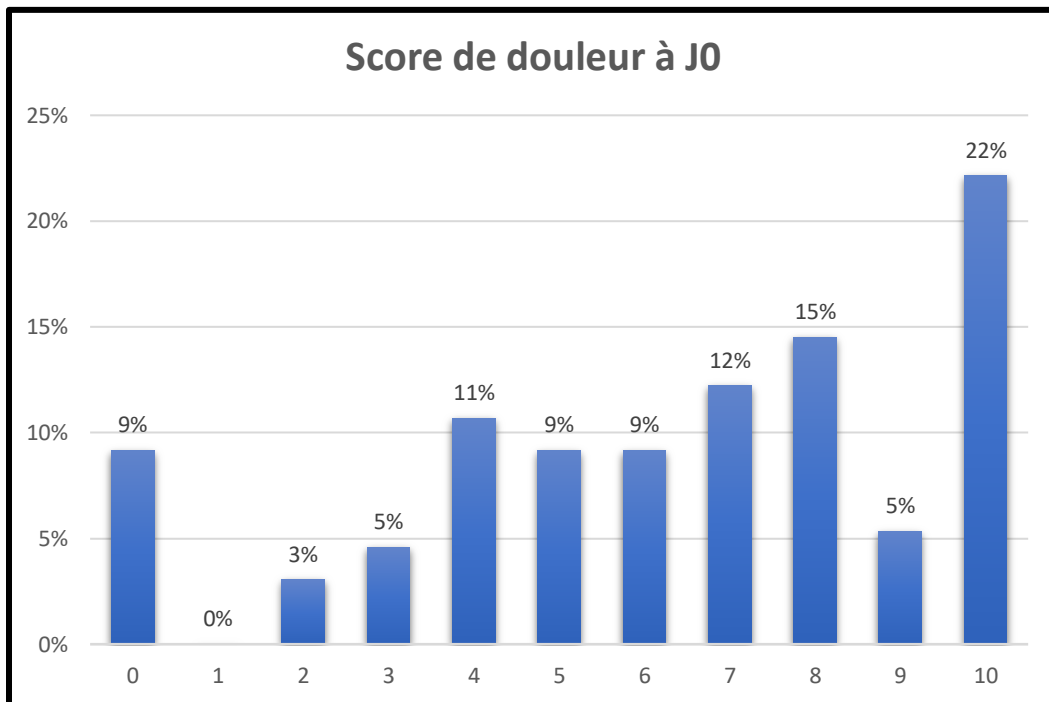


Figure 97 : répartition des scores de douleur à J0.

La répartition des scores de douleur à J0 est illustrée par la figure 97.

- Les scores faibles (0-4) représentent 28% de la population avec 9% (N=12) au score de 0 et 11%(14patients) au score de 4.
- Les scores modérés (5-7) représentent 30% de la population répartis équitablement près de 10% par score ;
- Les scores élevés (8-10) représentent 42% de la population avec 22% de score maximal (N=29) , 5% de score 9 et 15% pour 8.

La majorité de la population (72%) déclare donc une douleur modérée à sévère au moment de la consultation avec 22% de score maximal, les résultats sont en cohérence avec le motif de consultation le plus fréquent : la douleur.

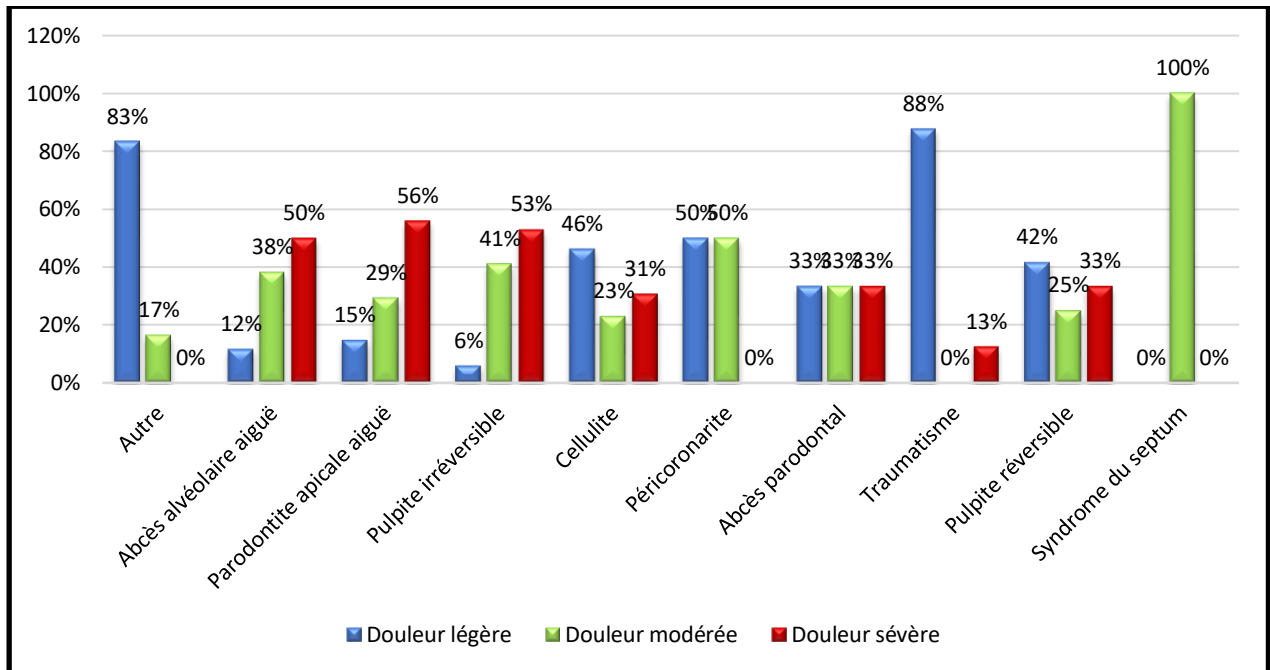


Figure 98 : douleur à JO et diagnostic.

La figure 98 illustre la relation entre douleur actuelle et diagnostic.

- Pour les trois diagnostics les plus donnés durant notre étude Nuit COVID, on retrouve une douleur sévère chez plus de 50% des patients : 50% en PAA (N=19), 53% en Pulpite irréversible (N=9) et 50% en AAA (N=17).
- Les douleurs modérées sont réparties aux alentours de 30-40% de manière assez équilibrée selon les diagnostics (pour rappel, le Syndrome du septum n'a été diagnostiquée qu'une seule fois durant notre étude Nuit, donc nous n'avons pas considéré ses résultats d'étude représentatifs).
- Les douleurs légères se situent en majorité pour les catégories traumatisme (88%), « autre » (83%), péricoronarite (50%) et pulpite réversible (42%)
- On retrouve une répartition équilibrée des différents degrés de douleurs (environ 33% chacun) pour l'Abcès parodontal et la cellulite (avec toutefois une prédominance de douleurs légères de 46% pour ce diagnostic au dépend d'une proportion plus faible de douleurs modérées).

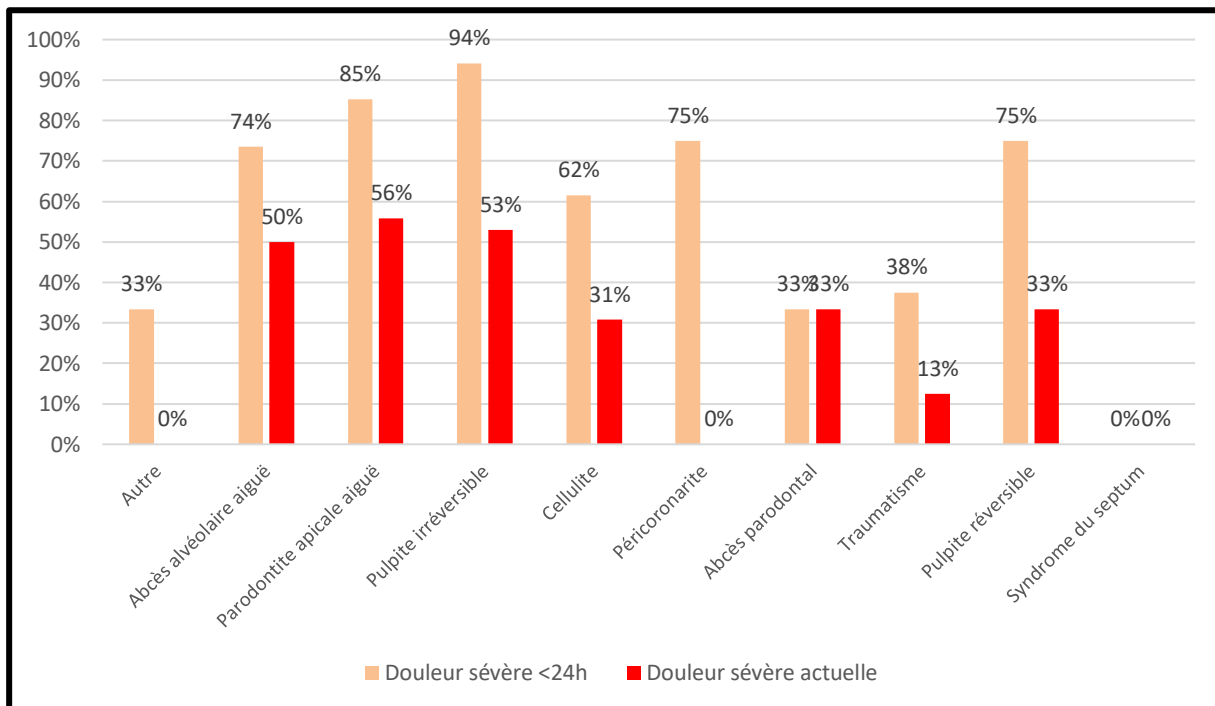


Figure 99 : douleurs sévères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 99 révèle que le taux de douleurs sévères <24H est toujours supérieur au taux de douleurs sévères le la nuit de la consultation.

La différence entre les scores varie de 0% pour les Abcès parodontaux à 42% pour la pulpite réversible.

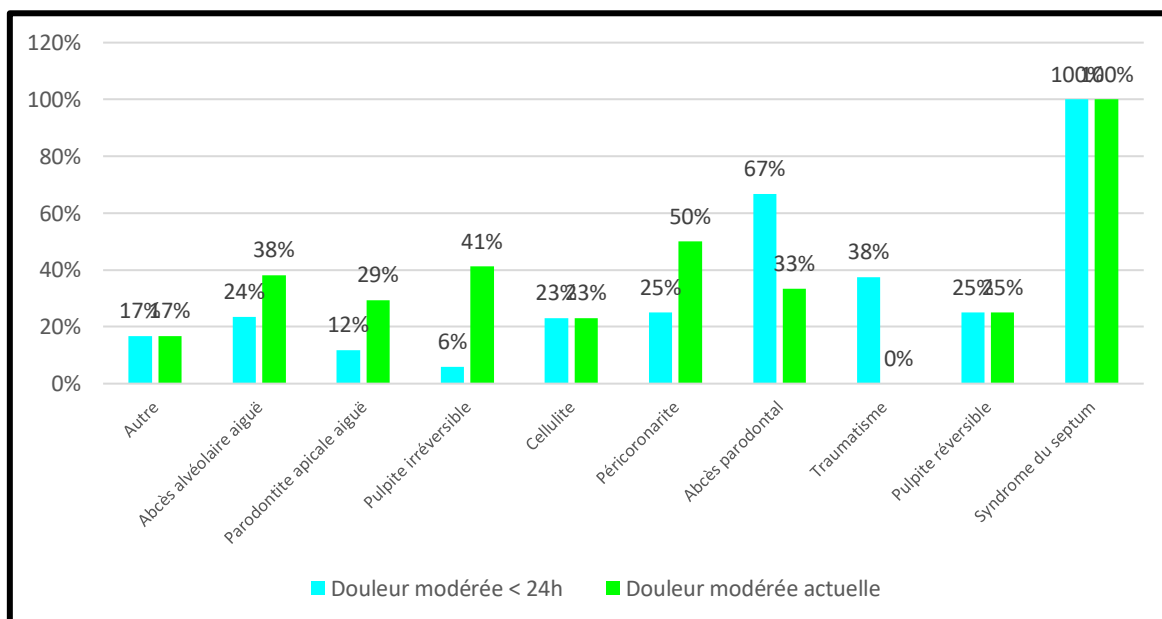


Figure 100 : douleurs modérées actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

Sur la figure 100, on peut voir que les proportions de douleurs modérées dans les dernières 24 heures sont globalement inférieures aux proportions de douleurs modérées le jour de la consultation.

La différence entre les scores varie de 0% pour les pulpites réversibles, les Syndromes du septum, la catégorie « autre » et les cellulites à environ 38% pour les traumatismes dentaires.

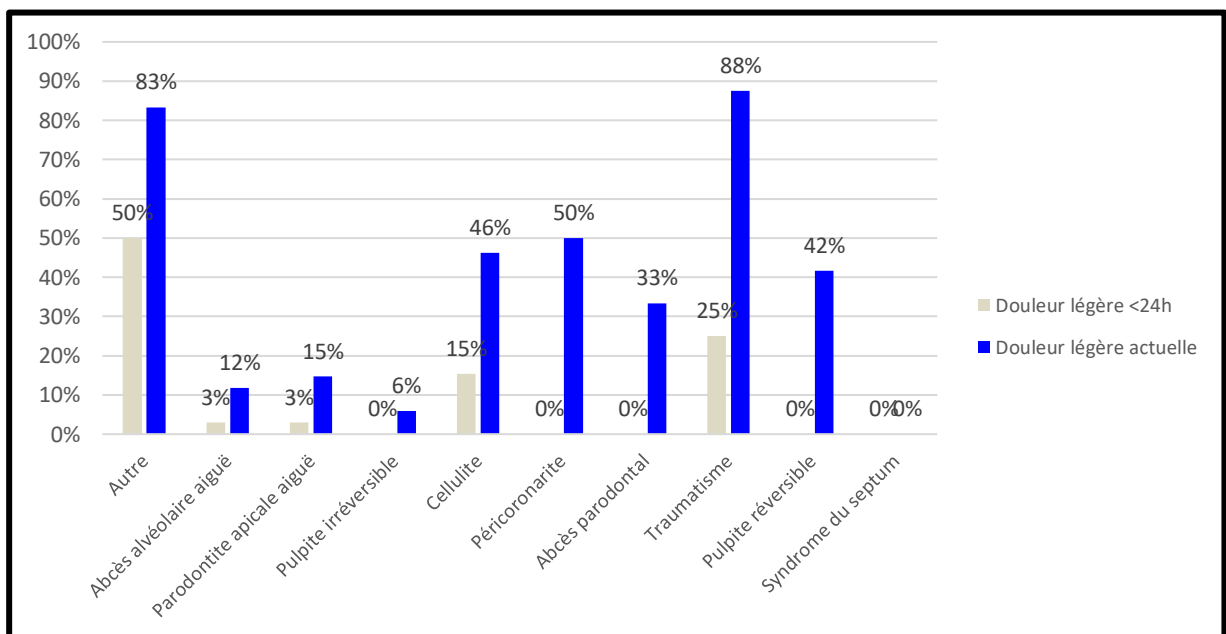


Figure 101 : douleurs légères actuelles et à moins de 24 heures selon les diagnostics.

La figure 101 révèle que les proportions de douleurs légères <24H sont toujours inférieures aux proportions de douleurs légères le jour de la consultation.

Pour la plupart des diagnostics (syndrome du septum, pulpite irréversible, périconarite, Abscès parodontal, pulpite réversible), les douleurs étaient plus importantes dans les 24h avant la consultation que la nuit de leur consultation au SAU.

La différence entre les scores varie de moins de 9% pour les AAA à 63% pour les Traumatismes.

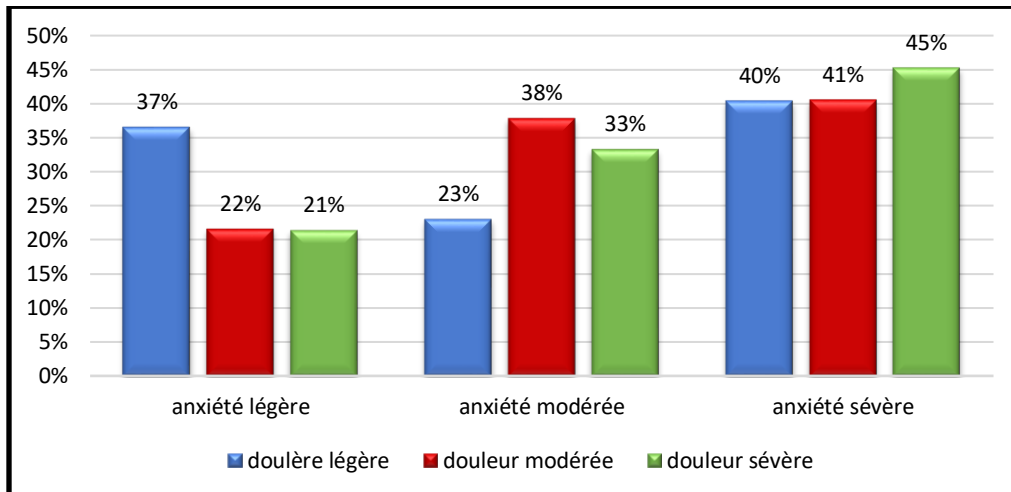


Figure 102 : répartition du degré d'anxiété selon le degré de douleur à J0.

Douleur et anxiété ont été notées de 0 à 10 et décomposées en 3 plages (figure 102) : Légère de 0 à 4, Modérée 5 à 7, Sévère de 8 à 10.

La figure 102 illustre la relation du degré d'anxiété selon le degré de douleur à J0. 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.

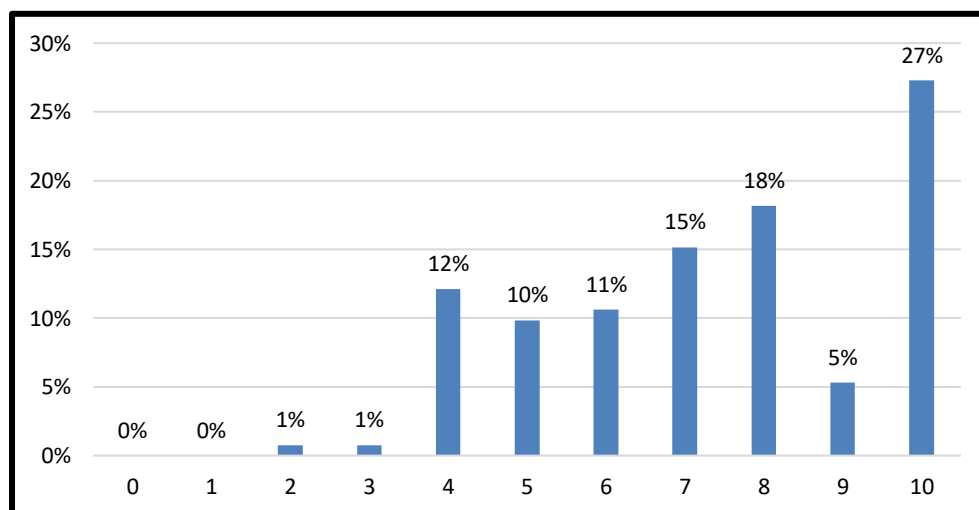


Figure 103 : répartition de l'état de santé général à J0.

A J0, la moitié (50%) des patients estiment leur santé générale comme bon (figure 103) dont 27% qui jugent leur état de santé au maximum (10/10). Plus d'1/3 des patients définissent leur état de santé général comme moyen et enfin moins de 15% comme mauvais.

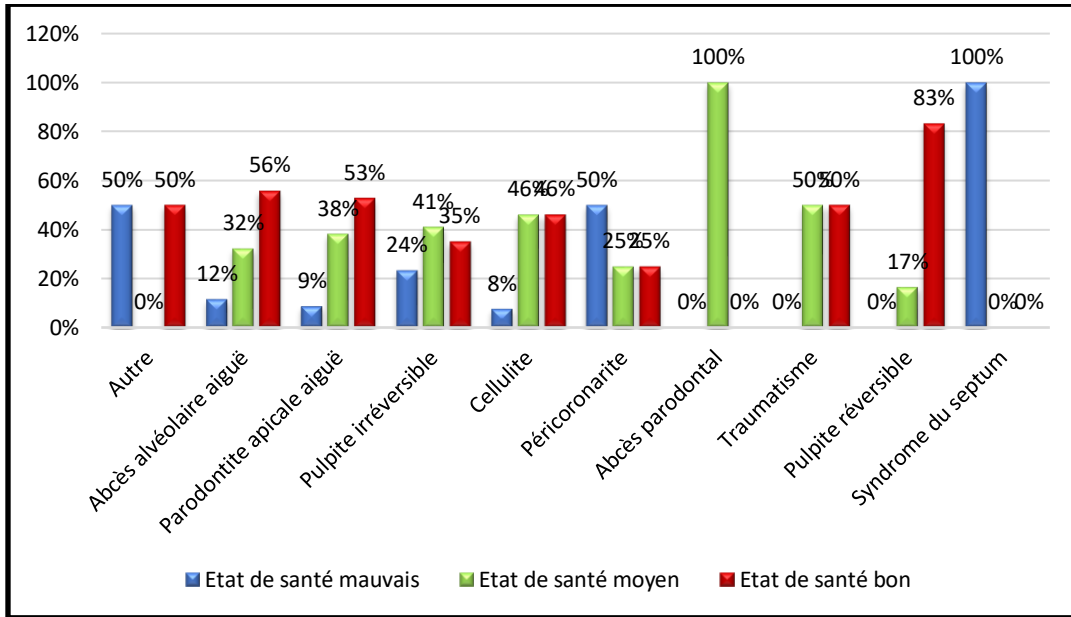


Figure 104 : répartition des scores de santé général selon le diagnostic

La figure 104 décrit la répartition des scores de santé général selon le diagnostic durant la nuit en période COVID.

On retrouve une répartition assez aléatoire des scores de santé général selon le diagnostic.

On peut conclure qu'il n'existe pas de corrélation entre état de santé général et diagnostic.

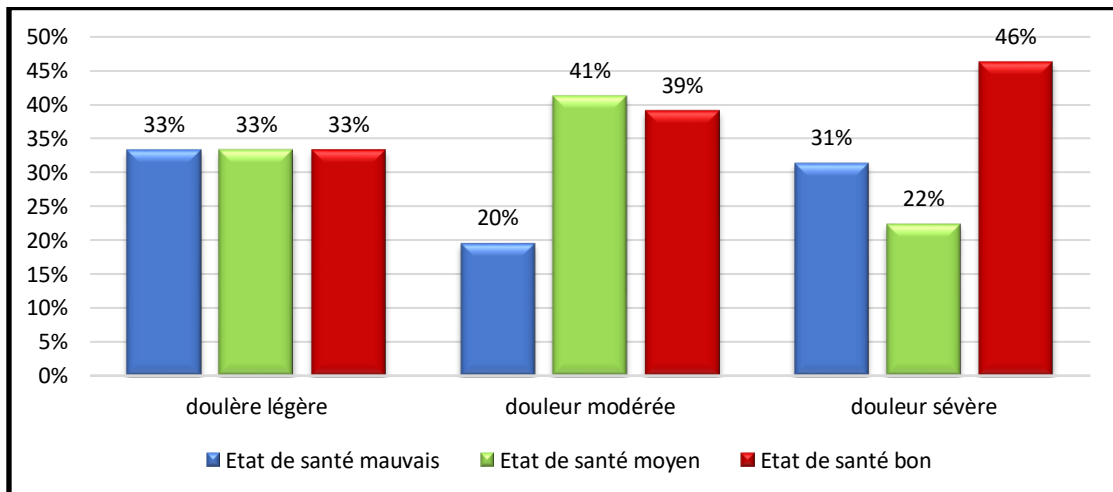


Figure 105 : répartition des scores de santé général selon la douleur

La figure 105 illustre la répartition des scores de santé général selon la douleur.

On observe une répartition assez similaire des scores de santé général en fonction de la douleur : il n'existe à priori pas de relation entre état de santé général et douleur.

Traitements

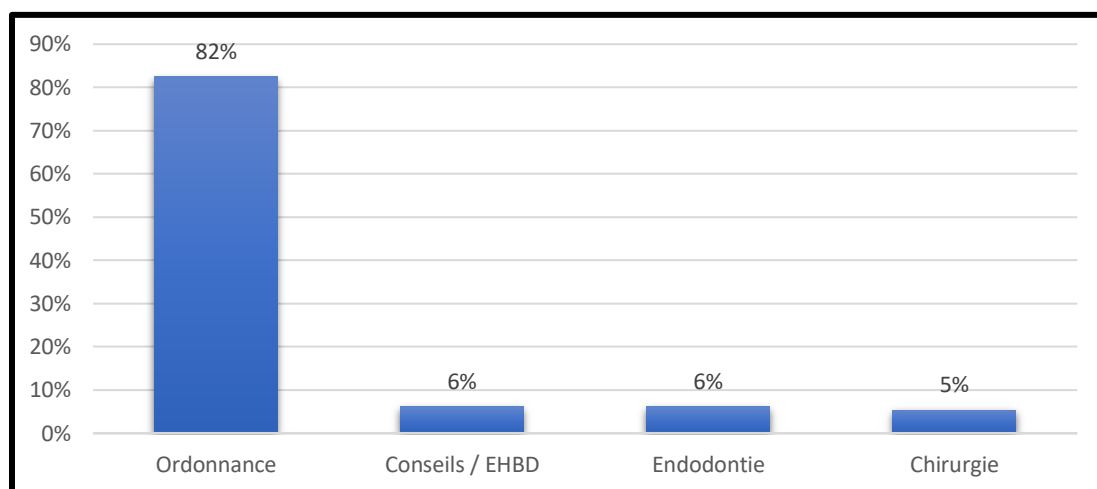


Figure 106 : répartition des traitements réalisés à JO au sein de l'échantillon.

La figure 106 montre la répartition de l'échantillon selon les traitements proposés par le soignant lors de son passage au SAU de Nuit en période COVID.

En majorité, on retrouve une prescription seule dans 82% des cas (N=108) ; On observe que 6% des patients n'ont eu que des conseils d'hygiène sans soin ni ordonnance.

Environ 11% des patients ont bénéficié d'un acte : chirurgical (5%, N=7) ou endodontique (6%, N=8).

Temps passé au sein du service

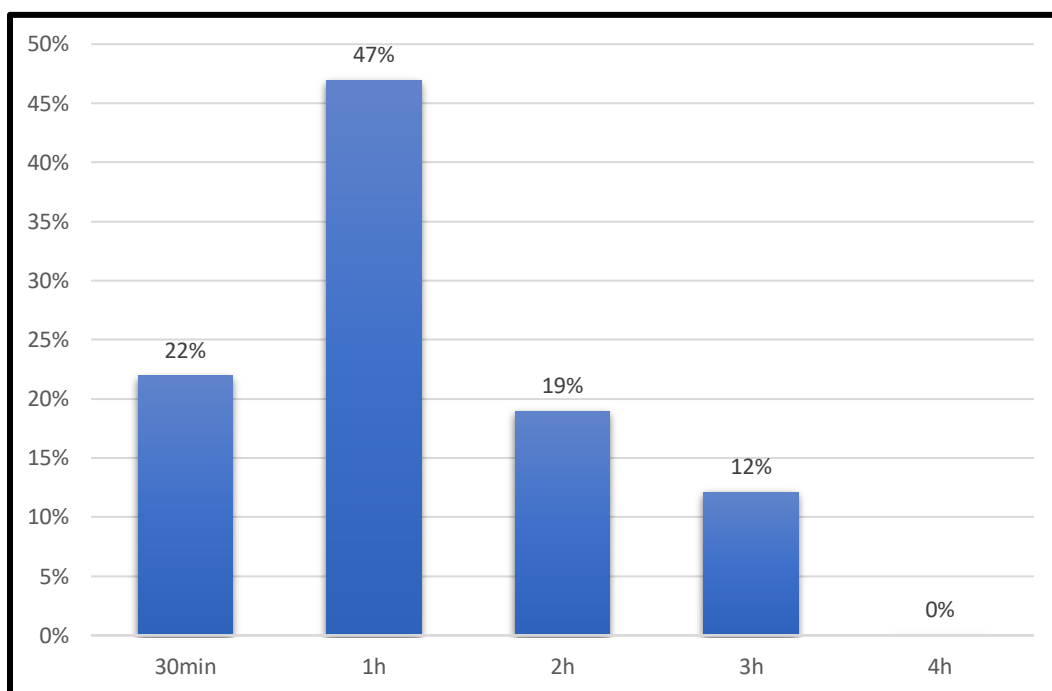


Figure 107 : répartition du nombre d'heures passées par le patient dans le service d'urgences.

Le passage du patient aux urgences peut être plus ou moins long (Figure 107). 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.

En majorité, les patients restent moins d'1 heure au SAU (69% de l'échantillon) tandis que 19% est resté environ 2h. Les 12% restants ont passé 3h dans le service, cela étant la durée maximale passée au SAU durant notre étude de nuit en période de COVID.

5.3 Questionnaire de satisfaction

Après avoir consulté au SAU la nuit en période COVID, 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

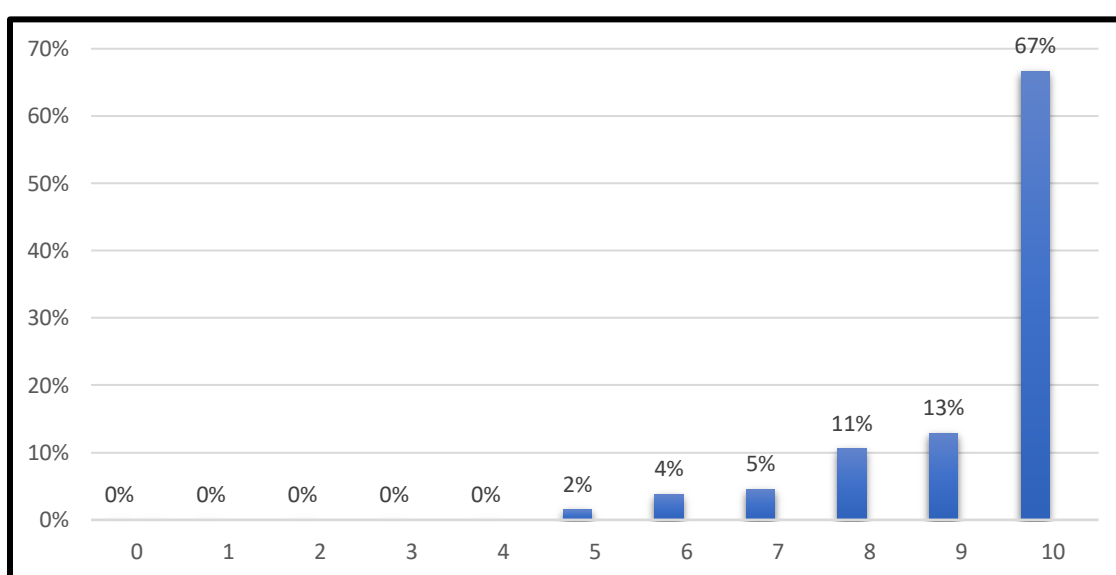


Figure 108 : répartition de la note globale de satisfaction dans notre échantillon.

La figure 108 illustre l'appréciation globale du SAU en période Nuit COVID par le patient.

Cette appréciation est très satisfaisante car la totalité des patients ont attribué une note supérieure ou égale à 5. 67% d'entre eux ont attribué la note maximale de 10/10 (N=88)

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

La qualité de la prise en charge médicale

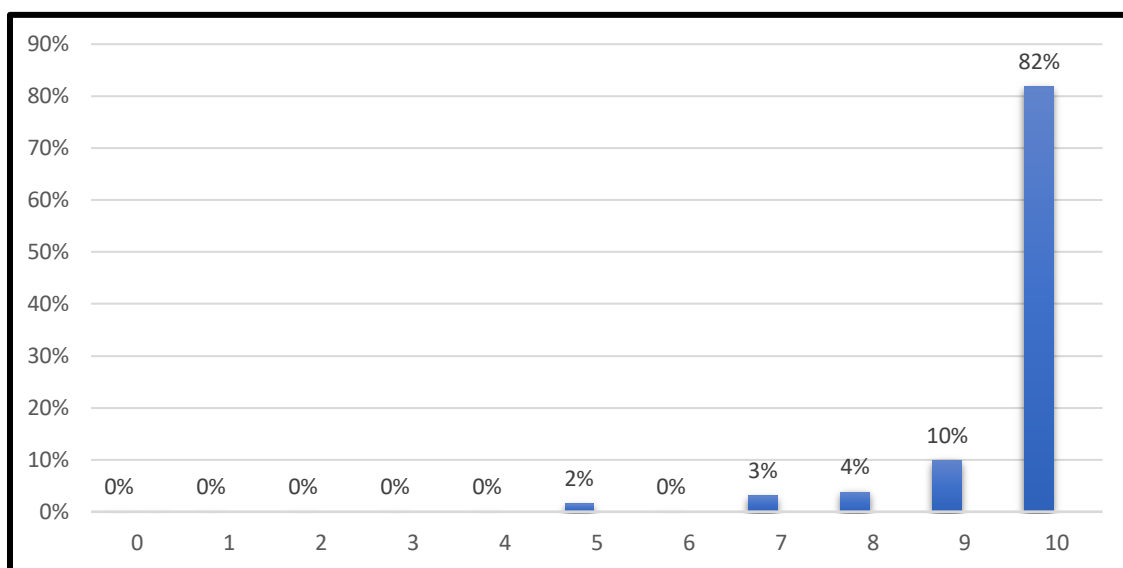


Figure 109 : répartition des notes de la qualité de la prise en charge médicale dans l'échantillon.

La figure 109 illustre la répartition des notes de la qualité de prise en charge médicale dans l'échantillon de nuit en période COVID.

On observe que les patients ont tous attribué une note supérieure ou égale à 5. 82% d'entre eux ont attribué la note de 10/10. Les patients sont donc très satisfaits de la prise en charge médicale la nuit en période COVID.

2% des patients sont moyennement satisfait et ont attribué la note de 5.

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.

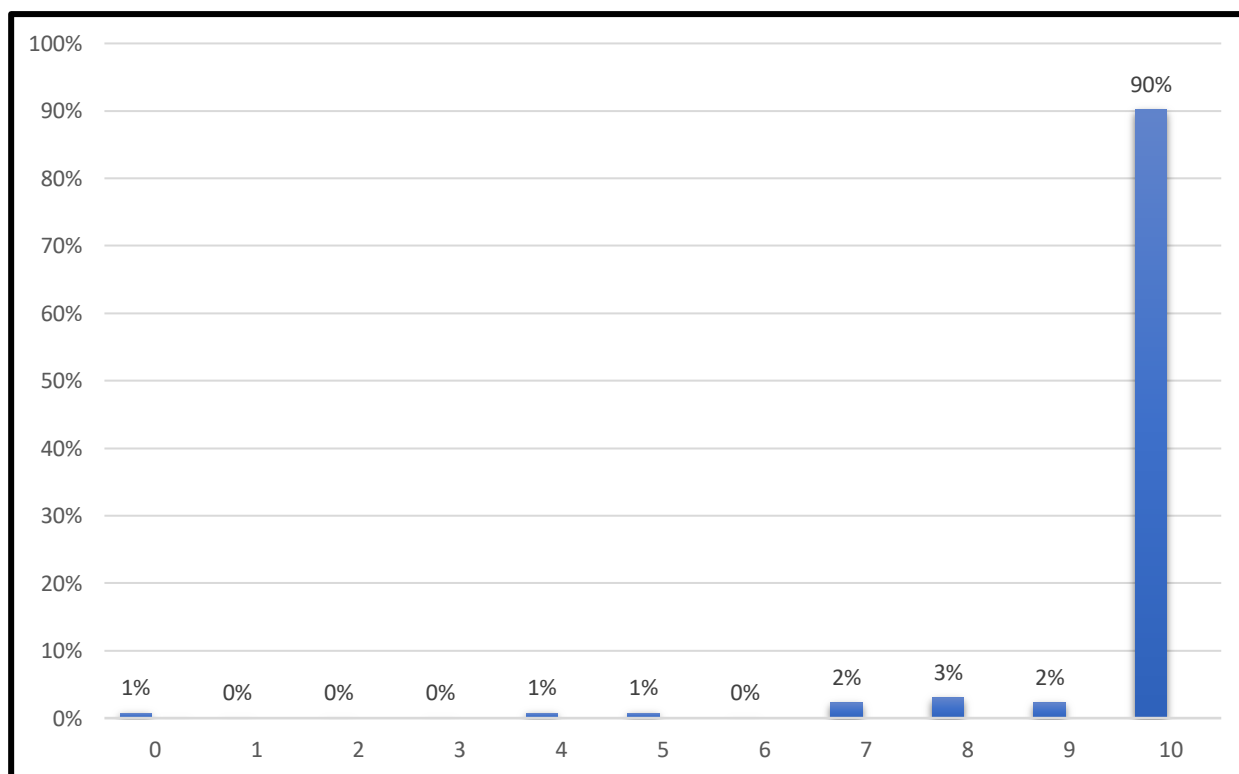


Figure 110 : répartition des notes sur la politesse et la disponibilité du personnel non soignant dans l'échantillon.

La plupart des patients sont satisfaits de leur prise en charge par le personnel non soignant (figure 110) car 95% (N=126) ont mis une note supérieure ou égale à 8, dont 90% (N=119) ont attribué la note maximale de 10/10

Moins de 2% des patients étaient peu satisfaits de leur prise en charge par le personnel non médical et ont attribué des notes inférieures à 5 (1% la note de 0 et 1% la note de 4).

Politesse et disponibilité du personnel soignant

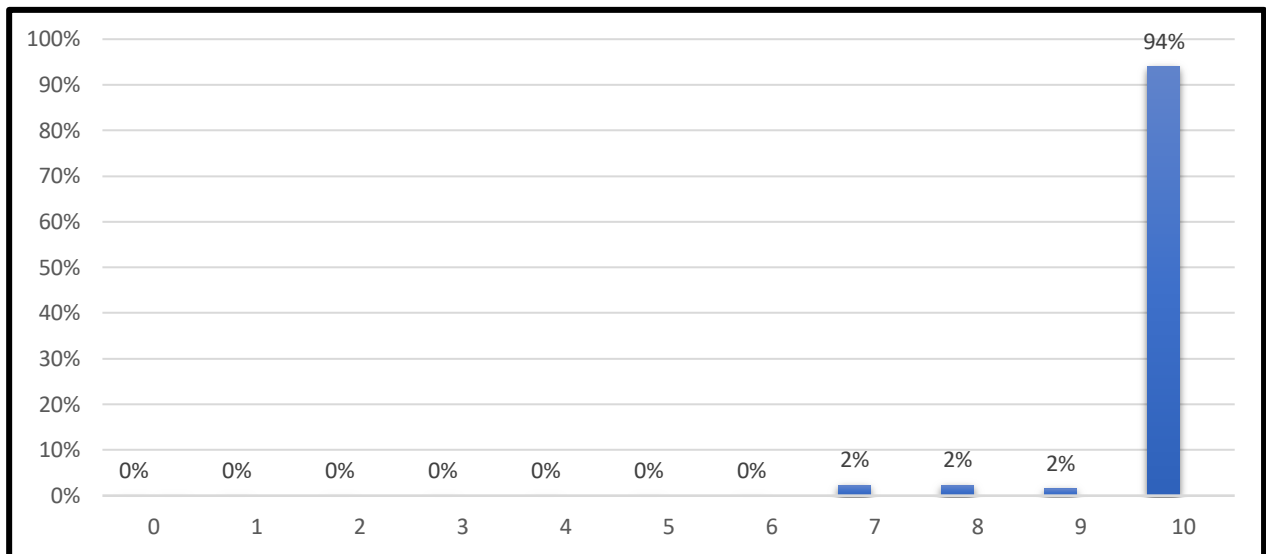


Figure 111 : répartition des scores de politesse et disponibilité du personnel soignant dans l'échantillon.

Les résultats présentés dans la figure 111 montrent que les patients perçoivent très favorablement le personnel médical. La totalité des patients ont donné une note supérieure ou égale à 7 dont 94% ont attribué la note de 10/10.

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).

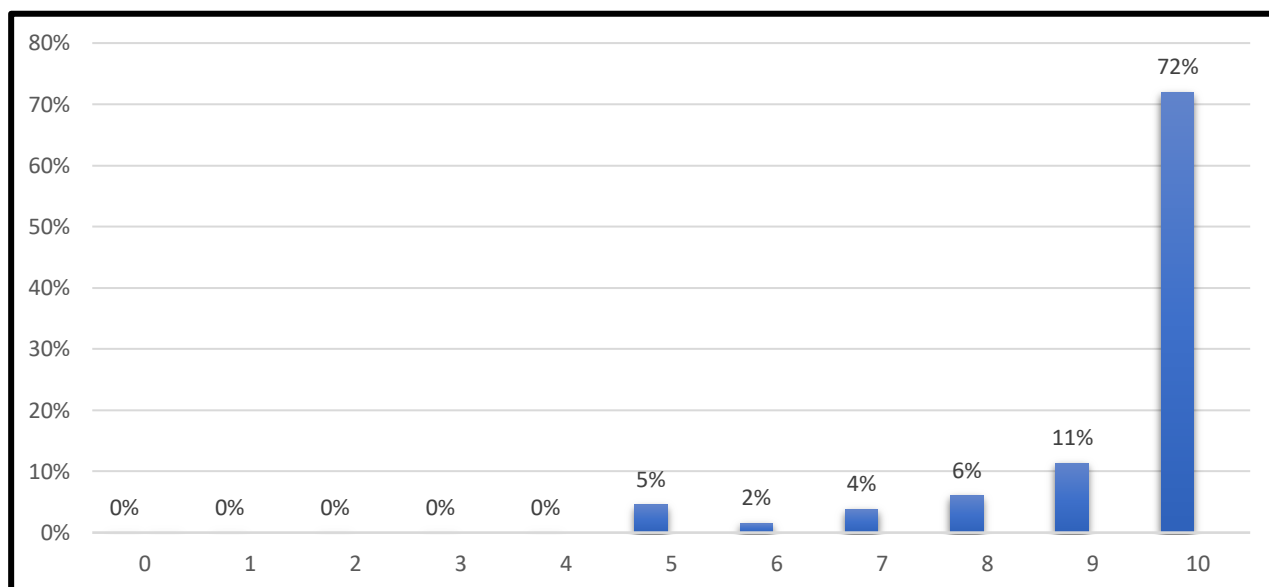


Figure 112. : Distribution de la note d'appréciation de la qualité du cadre de soin, dans l'échantillon.

Le cadre de soin est perçu favorablement par les patients qui ont consulté la nuit en période COVID car 89% des patients ont attribué une note supérieure ou égale à 8 (figure 112) dont 72% ont donné la note maximale.

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).

Aucun patient n'a attribué de note inférieure à la moyenne mais 5% étaient tout de même moyennement satisfaits et ont mis la moyenne.

Temps d'attente

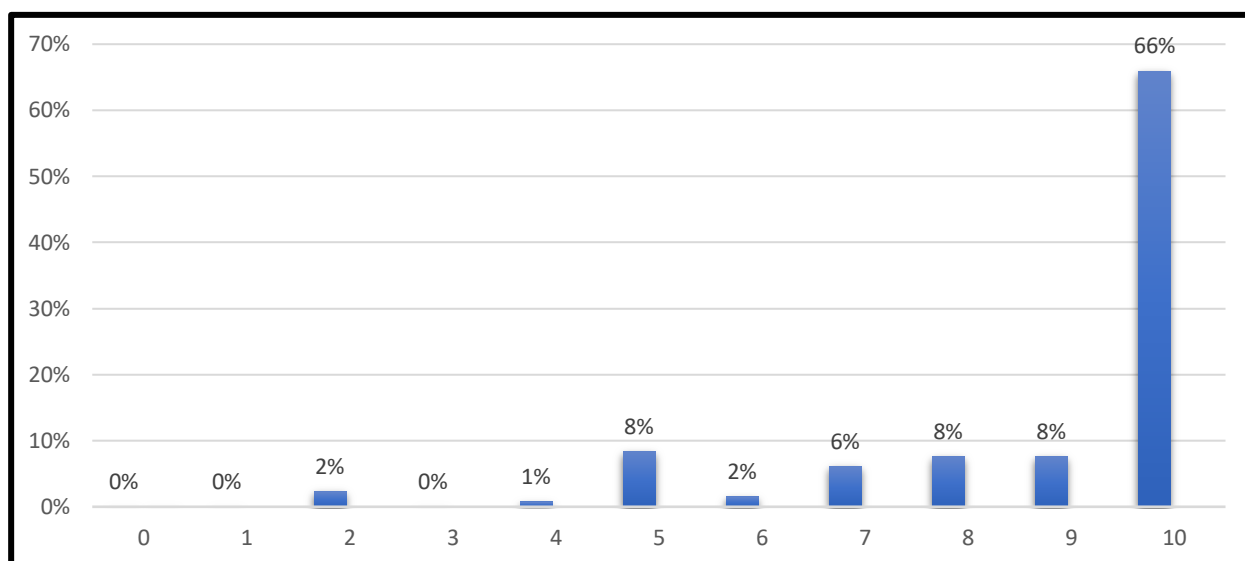


Figure 113 : répartition des scores de satisfaction du temps d'attente dans l'échantillon.

Dans notre échantillon, les patients ont été satisfaits du temps d'attente durant la nuit en période COVID (Figure 113): 87% des notes sont supérieures ou égales à 7. On observe tout de même un mécontentement chez une faible proportion des patients : 2% ont attribué la note de 2 et 1% celle de 4. En outre, 10% sont moyennement satisfaits vis-à-vis de ce temps d'attente et ont mis les notes de 5 et 6.

Le pourcentage de patients complètement satisfait est de 66% (N=87).

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. En outre, on peut relever une certaine compassion des patients pour le personnel hospitalier qui travaillait de nuit et en période de crise COVID.

De nombreux patients nous ont également signalé qu'il « était normal d'attendre aux urgences ».

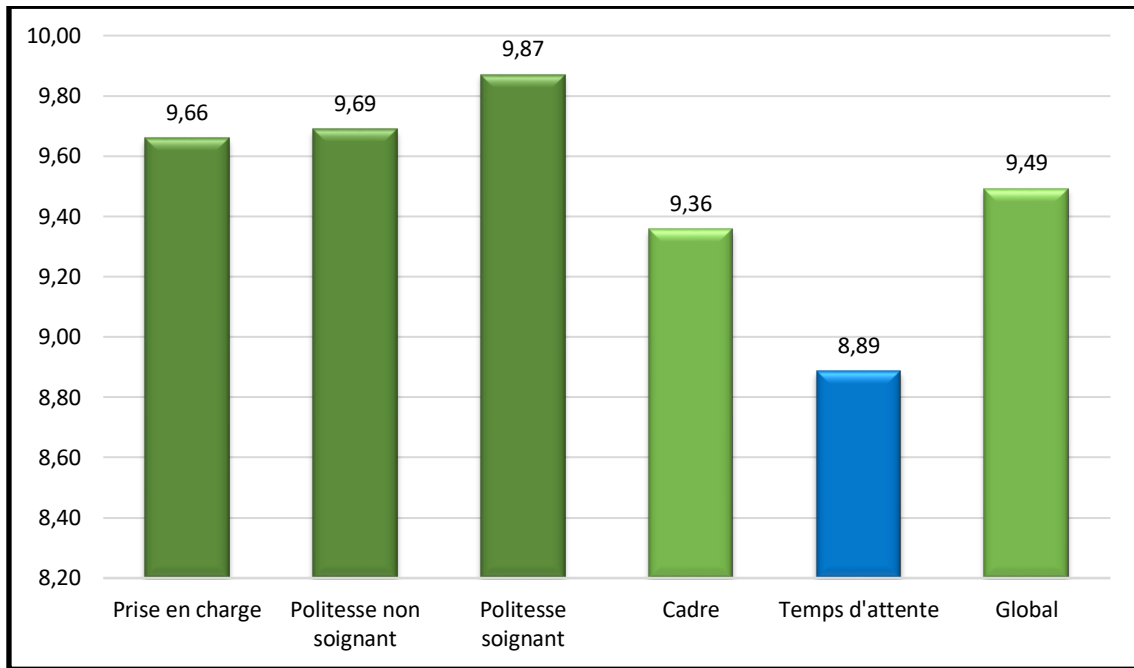


Figure 114 : Moyennes des notes de satisfaction.

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 114.

La moyenne satisfaction globale est de 9,49. Seulement le temps d'attente et le cadre des soins se situent en dessous de la moyenne de l'impression globale des patients.

La politesse du personnel soignant obtient la moyenne la plus élevée et présente environ 0,4 point de plus que la moyenne de l'impression globale, tandis que la moyenne du temps d'attente enregistre 0,6 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.

Du fait de ces notes élevées, on peut affirmer que les patients sont en majorité très satisfaits du SAU.

Satisfaction de l'information reçue

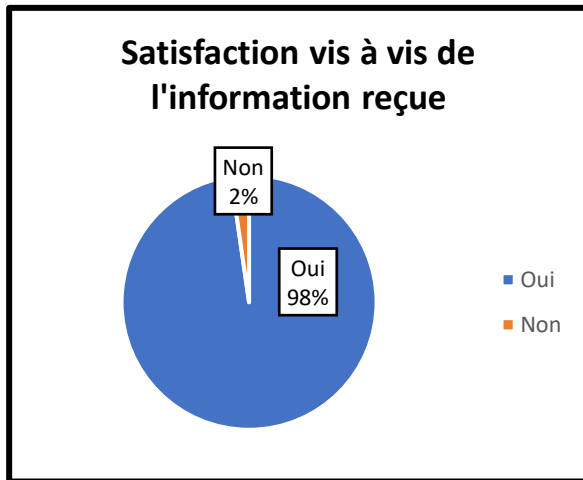


Figure 115 : répartition des scores de satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

La quasi-totalité des patients (98%) étaient satisfaits de l'information reçue en urgence, et seulement 2% n'en étaient pas satisfaits. (Figure 115)

Satisfaction du traitement reçu

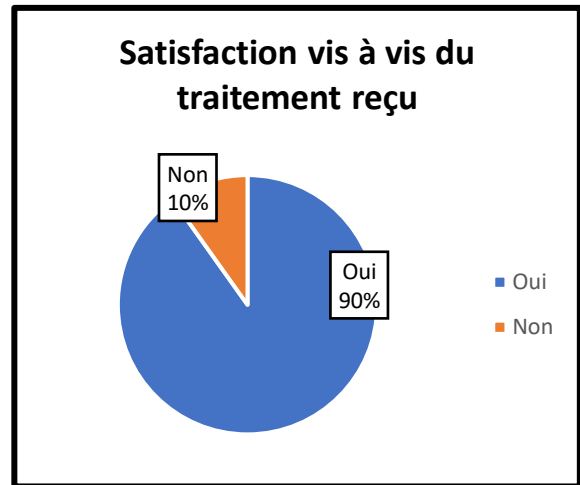
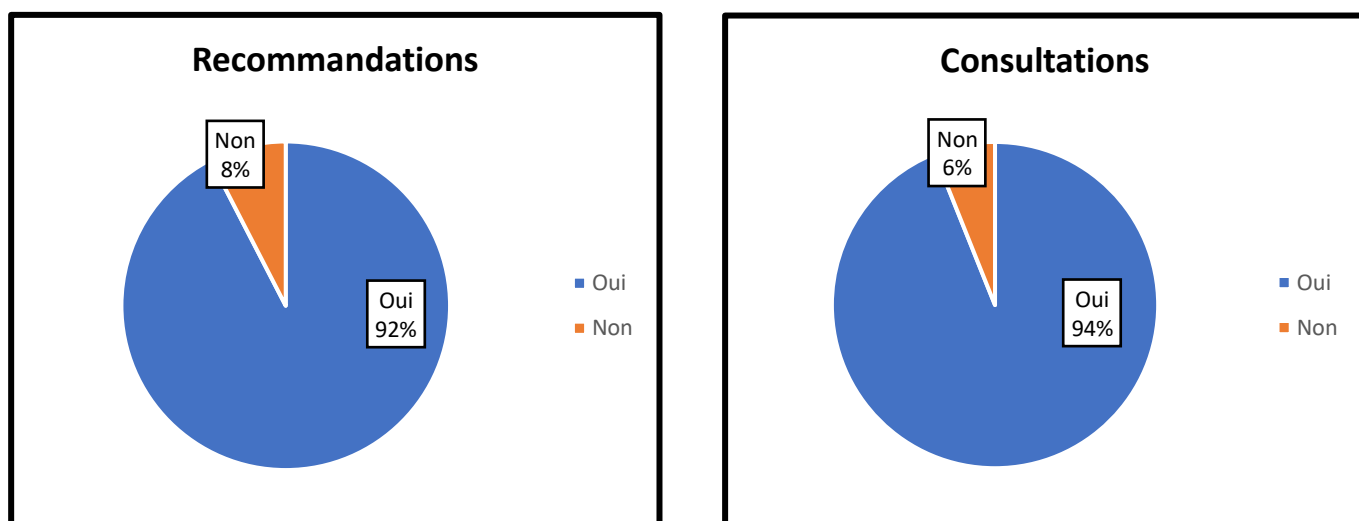


Figure 116 : répartition de l'échantillon sur la satisfaction du traitement reçu.

La figure 116 illustre la satisfaction vis-à-vis du traitement reçu. La très grande majorité des patients ont été satisfait du traitement reçu (90%).

Néanmoins, de nombreux patients nous ont soumis l'impossibilité de faire des soins. La phrase suivante nous a souvent été répétée : « Puisque les soins sont impossibles la nuit, oui je suis satisfait par rapport au traitement possible ».

Recommandations et consultation



Figures 117 et 118 : 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 117 et 118 confirment les résultats de l'évaluation directe car 92% 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 94% des patients se déclarent prêts à consulter à nouveau dans le SAU.

Suggestions d'amélioration du service

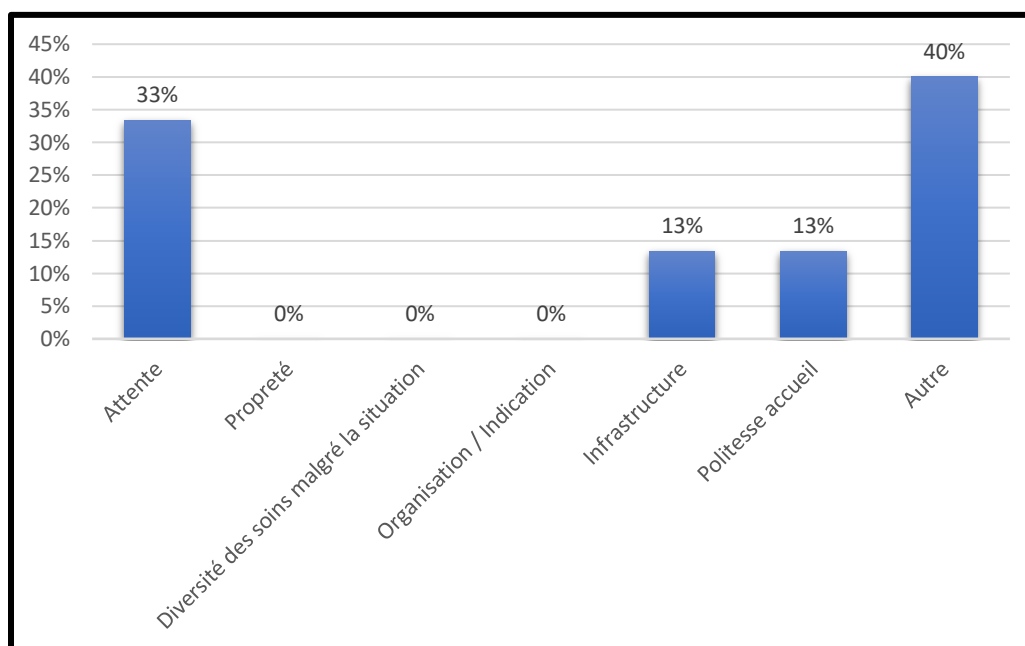


Figure 119 : suggestions d'amélioration à apporter au sein du service d'urgence.

La dernière question à J0 portait sur les suggestions d'améliorations au sein du service d'urgence de la Pitié Salpêtrière (Figure 119). Le patient pouvait en indiquer jusqu'à 3 ; les réponses étaient libres et sans suggestions de la part des enquêteurs. 15 suggestions ont été recensées.

La catégorie « autre » comprenant des idées diverses tel que « affichage relatif au temps d'attente restant avant notre tour », « de réaliser tous types de soins car selon certains patients, il n'y a pas que la douleur qui est urgente, par exemple : avulser des dents, re-sceller une prothèse etc. » ; C'est cette catégorie qui a reçu le plus d'idées d'amélioration de la part des patients : 40% des répondants.

En deuxième position, on a les patients souhaitant des améliorations afin de réduire le temps d'attente : 33% des répondants.

Enfin, on retrouve 26% des répondants (N=4) qui ont souhaité que l'on améliore l'infrastructure et la politesse du personnel d'accueil (13% chacun).

Nous n'avons pas eu de suggestions d'amélioration vis-à-vis de la propreté, de l'organisation ou des indications.

5.4 Résultats des appels 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

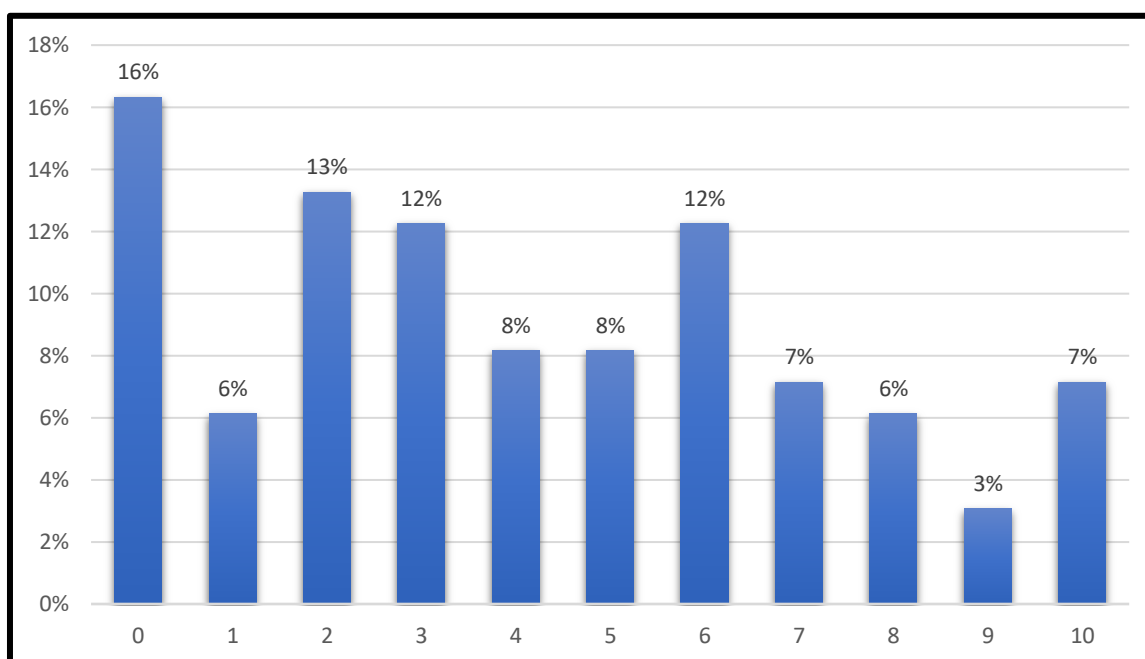


Figure 120 : Répartition des scores de douleur 24h après le passage du patient aux urgences (J1).

On remarque que 16% des patients (soit 16 patients) ont déclaré ne plus avoir de douleur 24h après la consultation (Figure 120).

Les scores de 2, 3, 6 représentent chacun 12-13%.

On note que le score de 9 représente moins de 3%.

Les autres scores (1,4,5,7,8,10) sont chacun représentés autour de 7%.

Score de douleur à J3

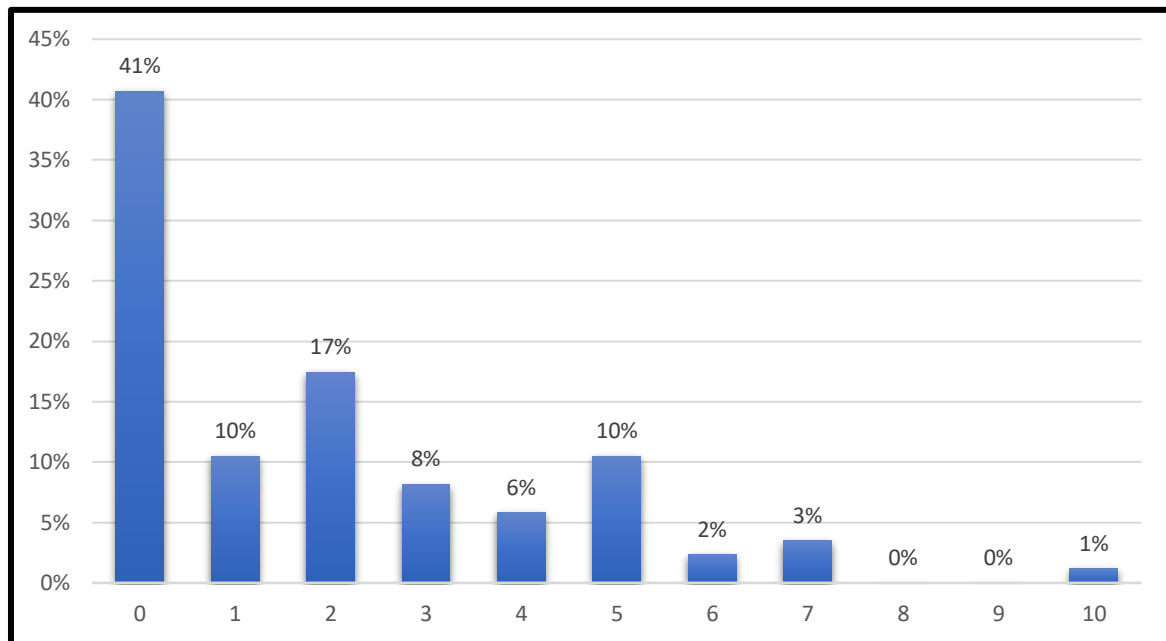


Figure 121 : Répartition des scores de douleur 3 jours après le passage du patient aux urgences (J3).

On observe que pratiquement la moitié des patients (41%, N=35) ne présentent plus de douleur 3 jours après la consultation d'urgence (figure 121). 17% des patients ont une douleur à 2/10.

Les scores de 1 et 5 représentent chacun 10% tandis que le score de 3 représente 8%.

Les scores 4, 6, 7, 8, 9 et 10 sont représentés par des pourcentages inférieurs à 6. Seulement 1 patient a attribué la note de 10/10.

A J3, les scores de douleurs sont majoritairement très faibles.

Score de douleur à J7

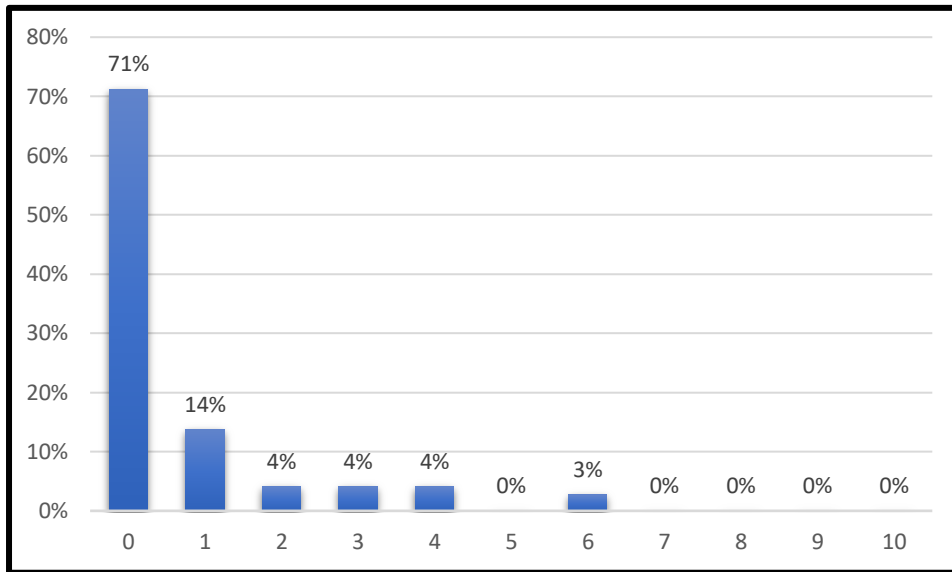


Figure 122 : Répartition des scores de douleur 7 jours après le passage du patient aux urgences (J7).

La figure 122 montre la répartition des scores de douleur 7 jours après le passage du patient aux urgences.

71% des patients n'ont plus de douleurs à J7 et 14% une douleur à 1.

Aucun patient ne possède une douleur supérieure à 6.

Les scores 2, 3 et 5 représentent 4% chacun et le score 6 représente 3%.

A J7, 85% des patients (N=62) de notre échantillon ont une douleur inférieure ou égale à 1.

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

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

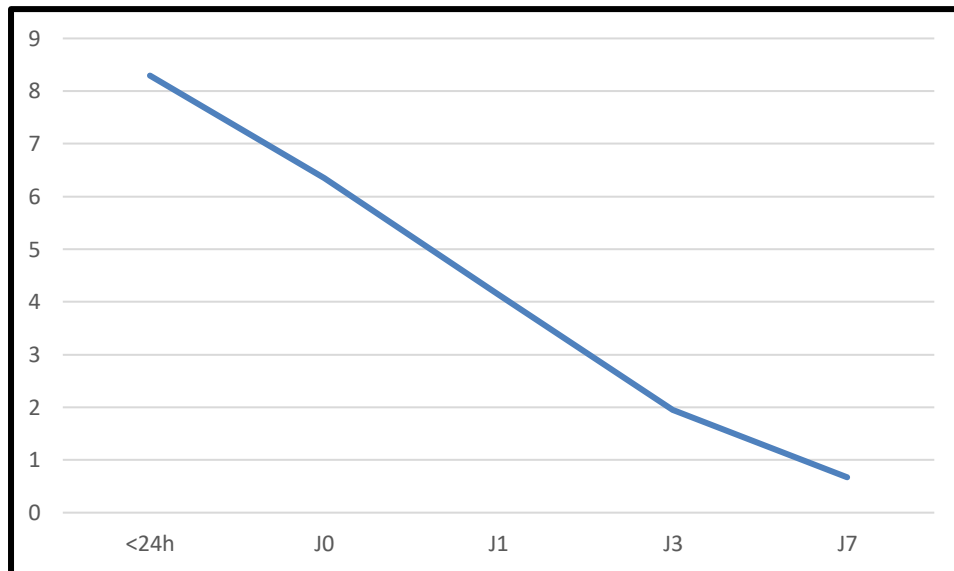


Figure 123 : évolution de la moyenne du score de douleur en fonction du temps.

L'évolution de la douleur entre J-1 et J7 chute de manière franche et remarquable (figure 123) : on passe d'un score à <24H de 8.3/10 de moyenne au score de 0.67/10 à J7.

Le score moyen de douleur perd environ 2 points entre J-1 et J0, J0 et J1 et entre J1 et J3.

L'écart se rétrécit entre J3 et J7 où l'on observe une diminution d'environ 1,3 point.

Les deux écarts les plus importants se situent donc entre J0 et J1 et entre J1 et J3 (perte de 2,2 points).

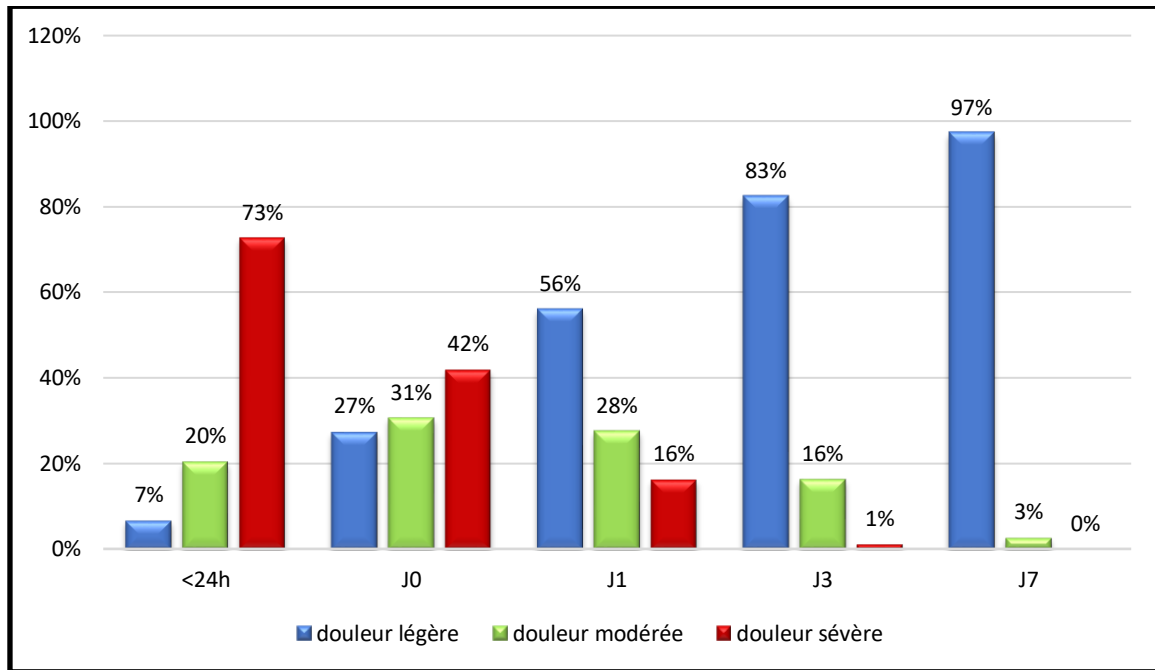


Figure 124 : évolution de la douleur entre J-1 et J7. (bleu : douleurs légères (0-4) ; vert : douleurs modérées (5-7) ; rouge : douleurs sévères (8-10)

La figure 124 donne une vision globale de l'évolution de la douleur de 24h avant la consultation à J7 en fonction de la sévérité de la douleur.

La proportion de douleur légère augmente de manière quasi linéaire entre J-1 et J7 et inversement pour les douleurs sévères.

A J-1, on note que les 2/3 de l'échantillon (73%) ont attribué un score sévère de douleur et 20% ont attribué un score modéré.

Entre J-1 et J0 la part de douleurs sévères a diminué de 31% pour une augmentation de 11% de douleurs modérées et de 20% de douleurs légères. Près des ¼ de l'échantillon déclarent des douleurs modérées à sévères à J0.

A J1, la proportion de douleurs sévères à modérées représente 44% de l'échantillon contre 33% à J0 et 93% à J-1. Plus précisément, la part des douleurs légères augmente de 29% (les

douleurs modérées diminuent de 3% et les sévères de 26%). Plus de la moitié des patients ne présentent plus que des douleurs légères le lendemain de leur consultation au SAU.

3 jours après la consultation d'urgence, 3 patients sur 4 ne présentent plus que des douleurs légères : soit une augmentation de 27% par rapport à J1. Les douleurs modérées regroupent 16% de l'échantillon et les sévères seulement 1%.

A J7, la quasi-totalité des patients présente des douleurs légères : 97. 3% de patients conservent des douleurs modérées tandis que plus aucun patient ne présente des douleurs sévères.

Pour conclure, entre J-1 et J7 les proportions de douleurs légères et de douleurs modérées/sévères s'inversent : de 7% de légères pour 93% de modérées/sévères (J-1) à 97% pour 3% (J7).

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

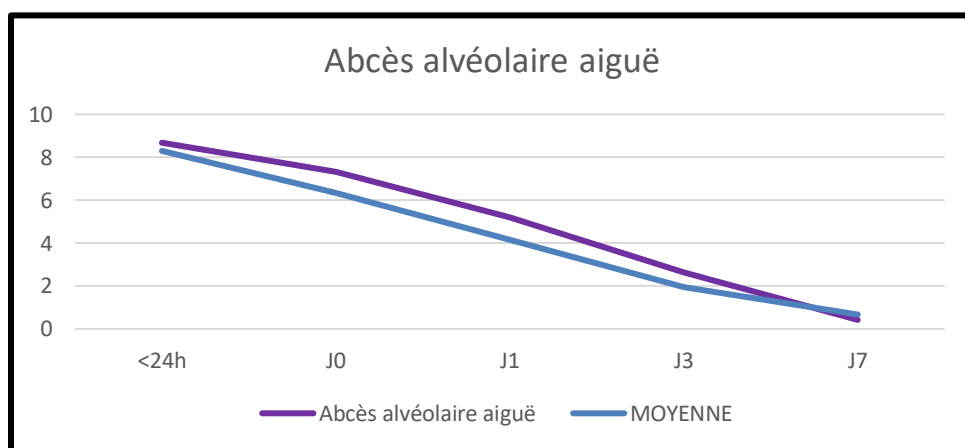


Figure 125 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès alvéolaire aigu (AAA) en fonction du temps.

La courbe de douleur de l'abcès alvéolaire aigu est superposable à la courbe d'évolution moyenne (figure 125). Celle-ci se situe au-dessus de la courbe moyenne jusqu'à J7 où elle passe en dessous.

Les patients atteints d'AAA ont donc des douleurs supérieures à la moyenne jusqu'à J7.

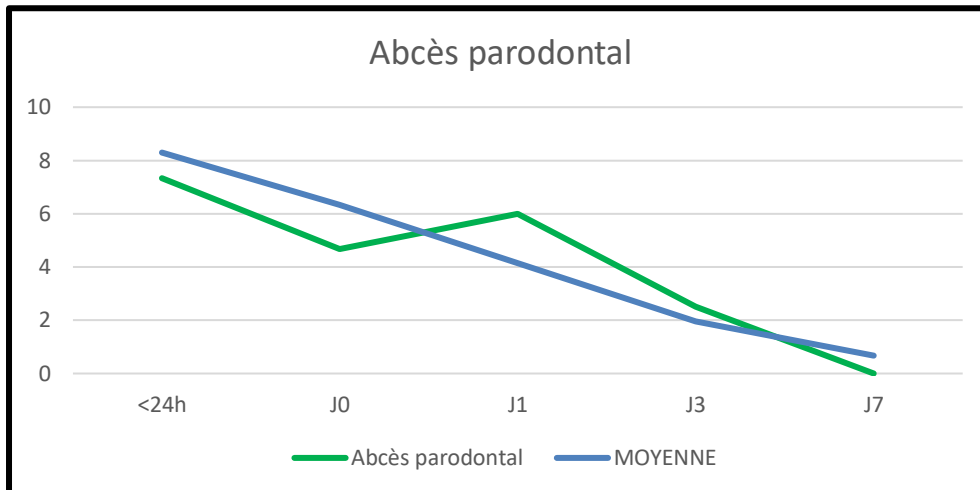


Figure 126 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de l'abcès parodontal en fonction du temps.

La figure 126 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un abcès parodontal.

De J-1 à J0 : les patients souffrant d'abcès parodontaux présentent des douleurs inférieures à la moyenne.

De J1 à J3, ils présentent des douleurs supérieures à la moyenne.

A J7, les patients présentant des abcès parodontaux ont moins de douleurs que la moyenne.

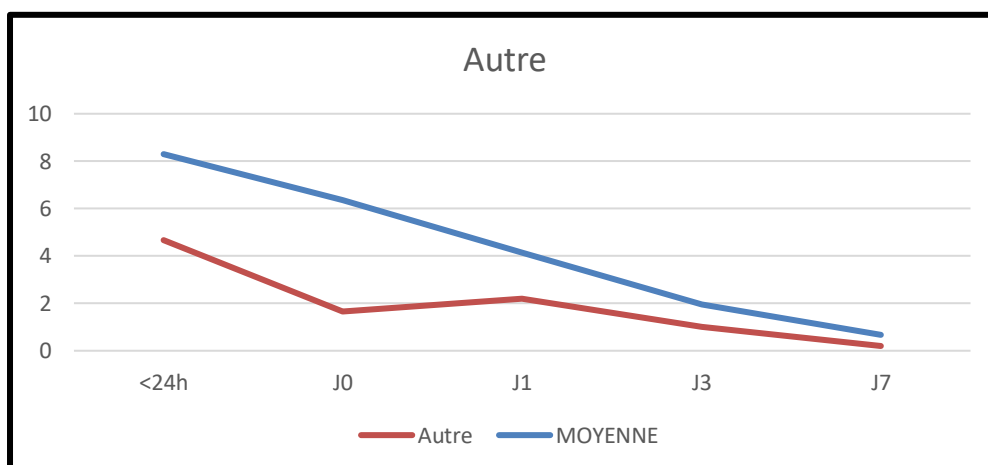


Figure 127 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et du diagnostic « autre » en fonction du temps.

La figure 127 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients dans la catégorie diagnostique « autre » (courbe orange).

Entre J-1 et J0 les patients diagnostiqués « autre » présentent des douleurs inférieures de 2.47 points par rapport à la moyenne. Après prise en charge la courbe de douleur « autre » converge vers la courbe moyenne et se situe 0.47 pts en dessous de la moyenne à J7.

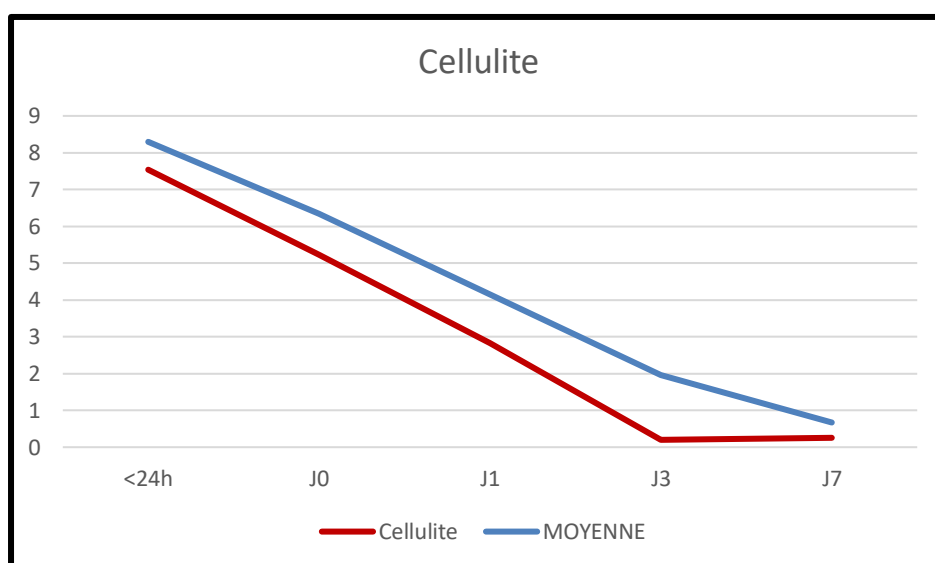


Figure 128 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la cellulite en fonction du temps.

La figure 128 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une cellulite. Les douleurs des cellulites se situent en dessous des douleurs de la moyenne tout le long de l'étude.

La courbe de douleur des cellulites diverge de celle de la moyenne de jusqu'à J3 puis converge vers celle-ci de J3 à J7.

Elle se situe initialement 0,74 point en dessous de la moyenne (J-1), puis 1,75 point en dessous à J3 et enfin 0,42 point en dessous à J7.

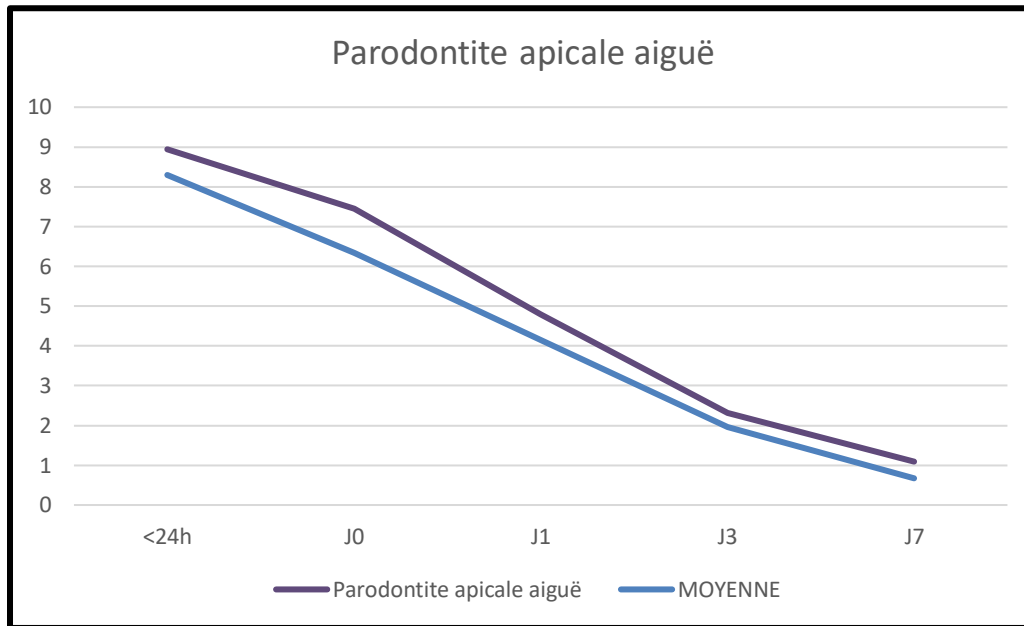


Figure 129 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la parodontite apicale aiguë (PAA) en fonction du temps.

La figure 129 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une parodontite apicale aiguë.

La courbe de douleur des patients atteints de PAA se situe au-dessus de la courbe de douleur moyenne et suit la même trajectoire que celle-ci.

A J-1, la courbe de douleur des patients présentant une PAA est 0,64 point au-dessus de la moyenne tandis qu'à J7 la différence est de 0,4 point.

L'écart le plus important est à J0 : la PAA est 1,1 point au-dessus de la moyenne.

La parodontite apicale aiguë est donc plus douloureuse que la moyenne des douleurs.

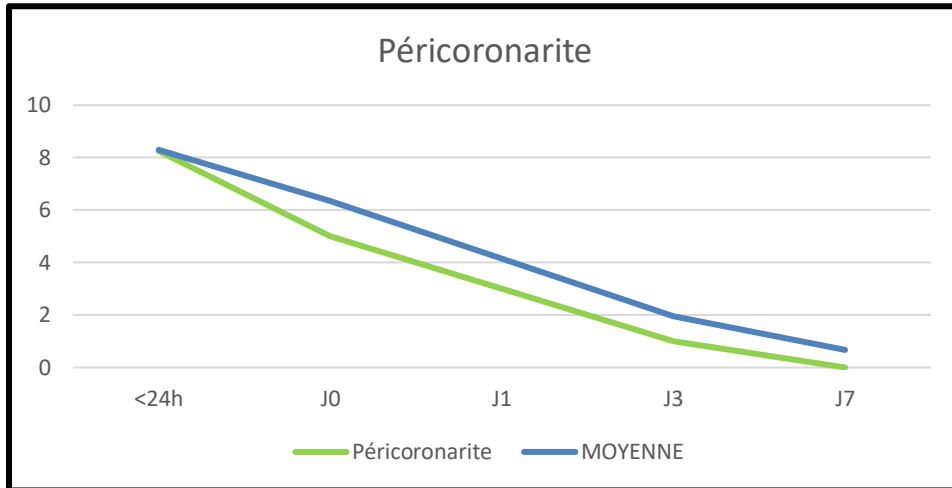


Figure 130 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la péricoronarite en fonction du temps.

La figure 130 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une péricoronarite.

Avant prise en charge, les deux courbes divergent à partir du même score de douleur pour atteindre une différence de 1,34 point en dessous pour la péricoronarite. Après prise en charge, la courbe de douleur des péricoronarites reste en dessous de la courbe moyenne et son trajet se superpose à celle-ci.

A J7, les patients souffrant de péricoronarite ne déclarent plus de douleurs.

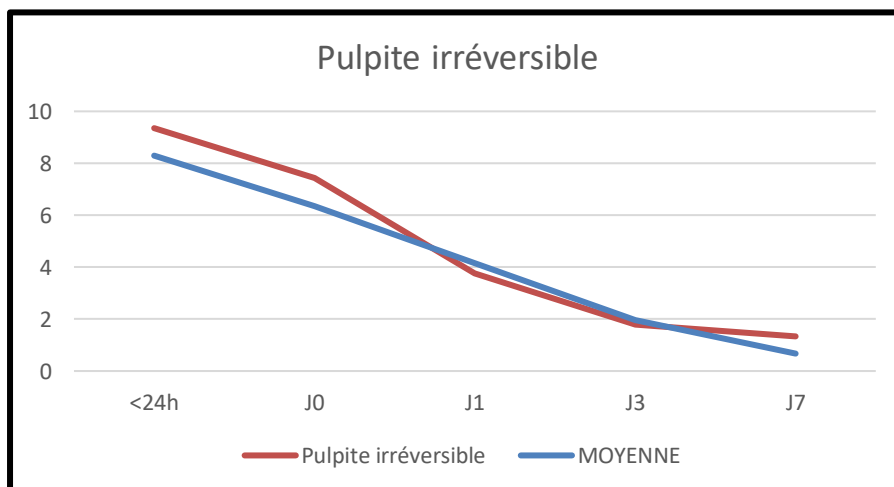


Figure 131 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpite irréversible en fonction du temps.

La figure 131 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une pulpite irréversible.

La pulpite irréversible est le diagnostic où figure la moyenne de douleur la plus élevée avant prise en charge : 9,5/10 soit 1,05 point supérieur à la moyenne globale à J-1 et J1. Après prise en charge les deux courbes de douleur se superposent : la courbe de pulpite irréversible se situe très légèrement en dessous de celle de la moyenne.

A partir de J3, la courbe de pulpite irréversible passe au-dessus de la courbe de douleur moyenne pour finir 0,66 point au-dessus de celle-ci à J7.

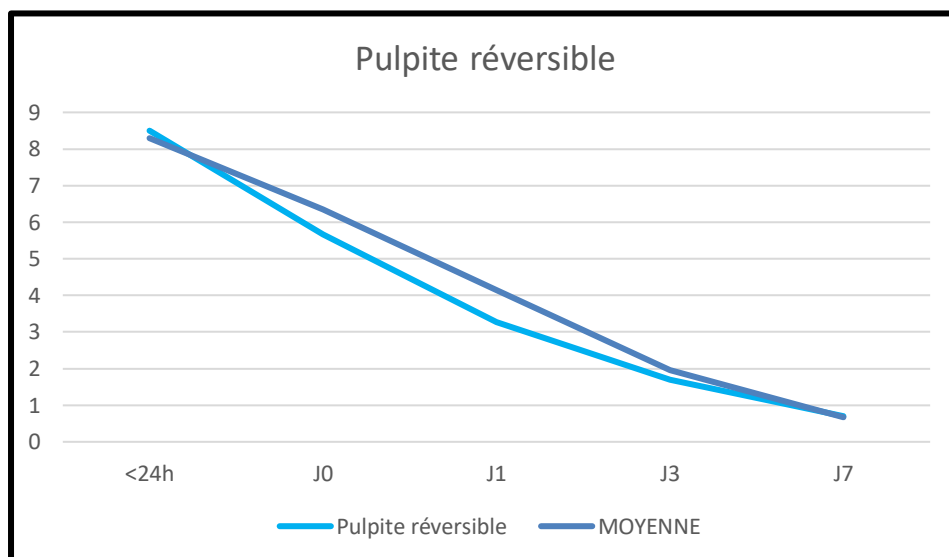


Figure 132 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de la pulpite réversible (hyperhémie pulpaire) en fonction du temps.

La figure 132 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant une pulpite réversible.

La courbe de douleur de la pulpite réversible est presque toujours en dessous de la moyenne.

A J-1, le score de douleur de pulpite réversible se trouve 0,2 point au-dessus de la moyenne.

La courbe de la pulpite réversible passe ensuite en dessous de la courbe moyenne puis finit pas rejoindre celle-ci à J7.

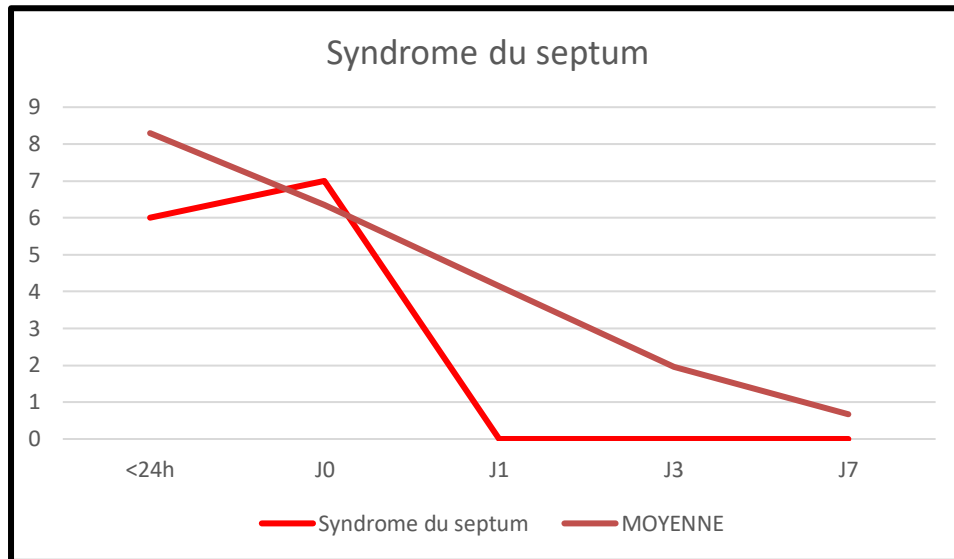


Figure 133 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et syndrome du septum en fonction du temps.

La figure 133 compare l'évolution de la moyenne de douleur avec l'évolution de la douleur des patients présentant un syndrome du septum.

Il est important de rappeler que ce diagnostic a été posé une seule fois lors de notre étude de Nuit COVID.

Le patient présentant un syndrome du septum décrivait une douleur augmentant jusqu'à consultation. A J-1, le niveau de douleur d'un patient présentant un Syndrome du septum est de 2,3 points en dessous de la moyenne, alors que le jour de la consultation, il se situe 0,76 point au-dessus.

Une fois la consultation effectuée, le niveau de douleur du syndrome du septum était nul pour le patient que nous avons suivi.

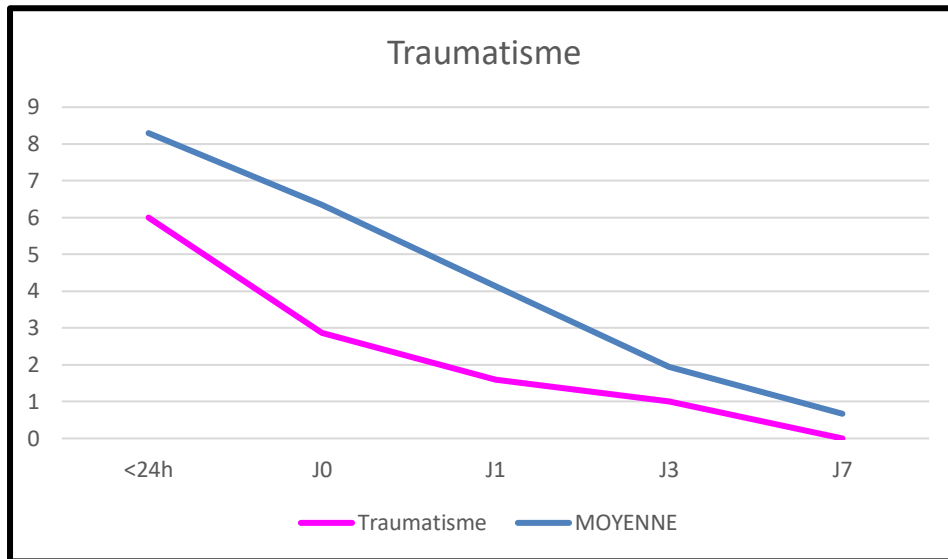


Figure 134 : courbes d'évolution de la douleur moyenne et de celle des traumatismes dentaires en fonction du temps.

La figure 134 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 une amplitude dynamique similaire avec la courbe moyenne de douleur : de 6 à 0 contre 8.3 à 0.67. La principale diminution de la douleur est observable le lendemain de la prise en charge avec une baisse de 1.8 point de douleur.

Douleurs modérées à sévères dans le temps

Nous avons précédemment vu que durant notre étude de Nuit en période COVID, 17% des patients présentaient des douleurs modérées à sévère à J3 et 3% à J7. Il est essentiel de préciser sur le plan diagnostique le type de patient présentant ces douleurs.

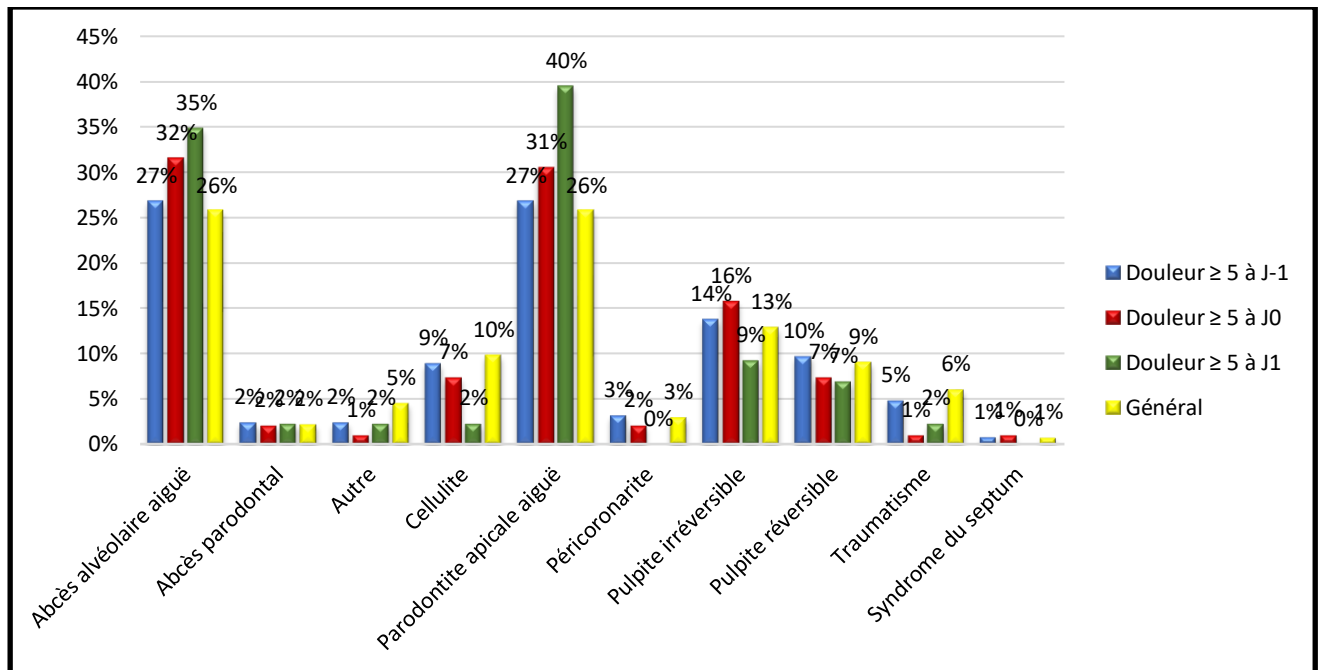


Figure 135 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J-1, J0 et J1

La figure 135 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.

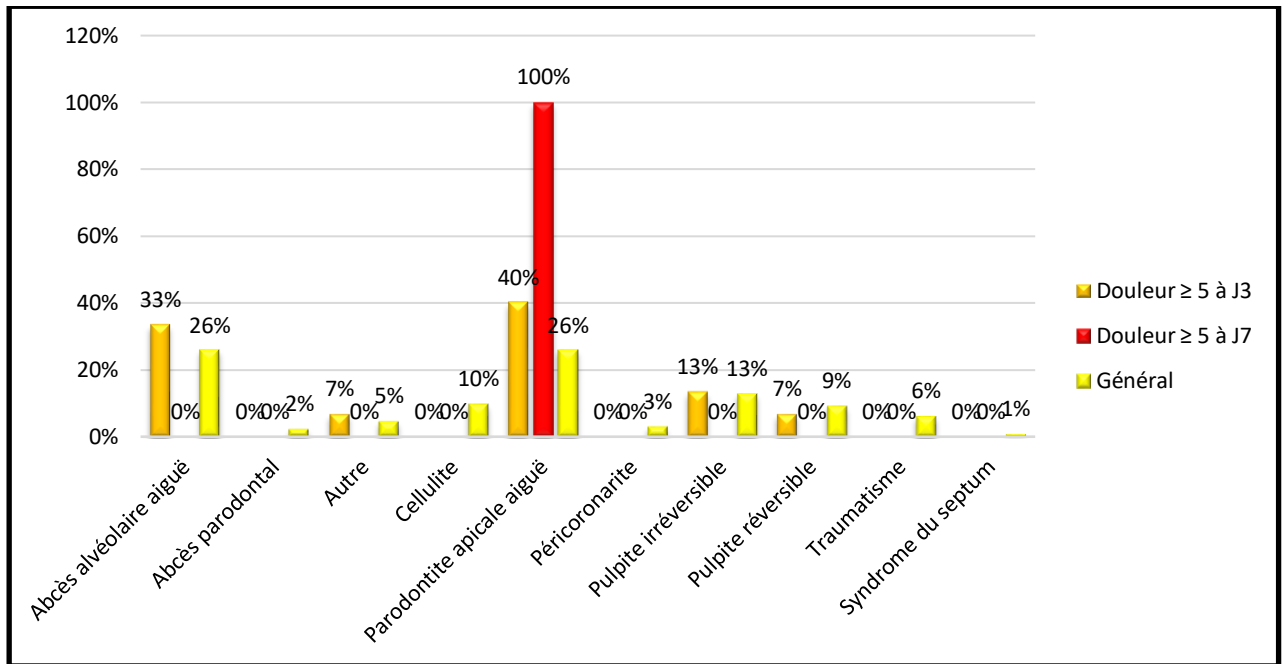


Figure 136 : répartition des douleurs modérées à sévères selon les diagnostics à J3 et J7

La figure 136 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, deux diagnostics regroupent 73% des douleurs modérées à sévères : l'abcès alvéolaire aiguë (N=5) et la parodontite apicale aiguë (N=6). Les deux catégories présentent respectivement un écart de 7% et de 14% par rapport à la répartition globale des patients dans ces catégories.

A J7, Un seul diagnostic regroupe 100% de la population présentant des douleurs modérées à sévères (N=2) : la parodontite apicale aiguë. L'écart avec la population générale est alors de 74%.

Ces écarts sont des indicateurs de la répartition spécifique des patients douloureux dans ces diagnostics.

Non réponses aux appels et douleur

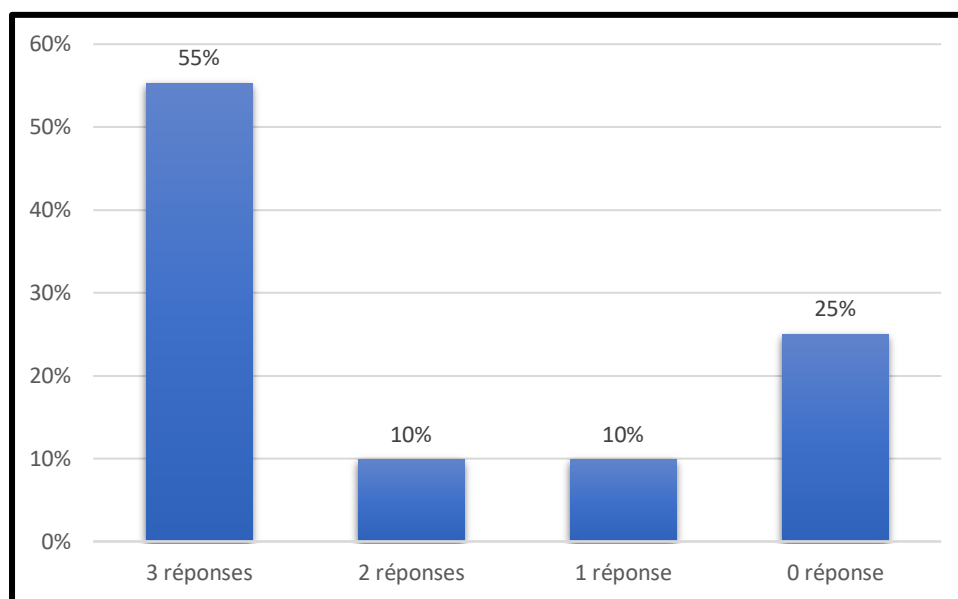


Figure 137 : répartition du nombre de réponses obtenues lors des appels téléphoniques.

La figure 137 illustre les réponses obtenues lors des appels téléphoniques à la suite de la consultation au SAUO de Nuit en période COVID.

Plus de la moitié des patients ont répondu aux 3 appels téléphoniques (55%, N=73). Les patients ayant répondu 1 et 2 fois représentent 20% de l'échantillon (N=26). 25% des patients de l'échantillon n'ont répondu à aucun appel téléphonique (N=33).

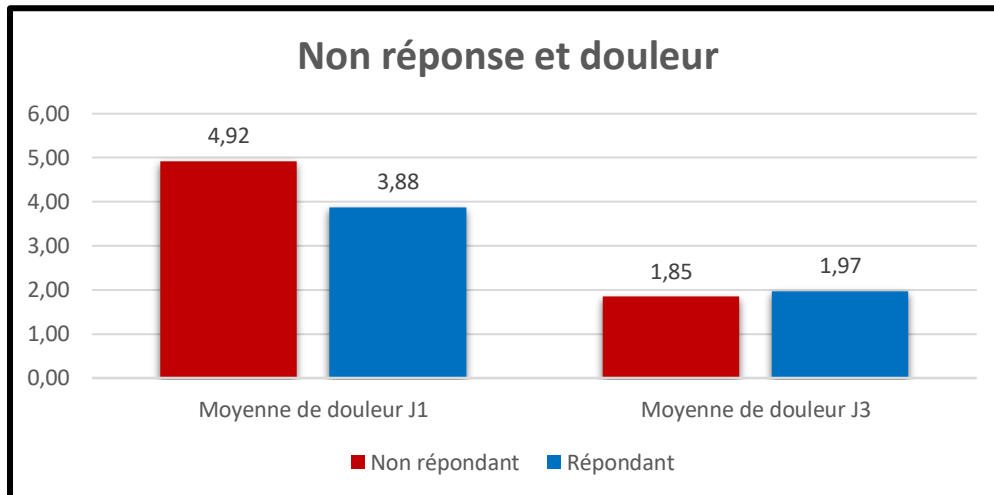


Figure 138 : moyenne de douleur selon le degré de réponse.

La figure 138 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.

Lors de J1, la moyenne de douleur des non répondants (4,92) est plus élevée de 1,14 point que celle des répondants (3,88).

Entre J1 et J3, la moyenne de douleur des non répondants perd de 3,07 points tandis que celle des répondants a diminué de 1,91 point.

A J3, la moyenne de douleur des non répondants est inférieure à celle des répondants de 0,12 point.

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

Plusieurs explications sont possibles :

- ⇒ Les patients seraient mécontents d'une non diminution de la douleur et ne voudraient plus répondre aux questionnaires par téléphone.
- ⇒ Les patients n'ayant plus de douleur pourrait ne plus ressentir le besoin de nos appels téléphoniques et donc ne plus répondre
- ⇒ 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

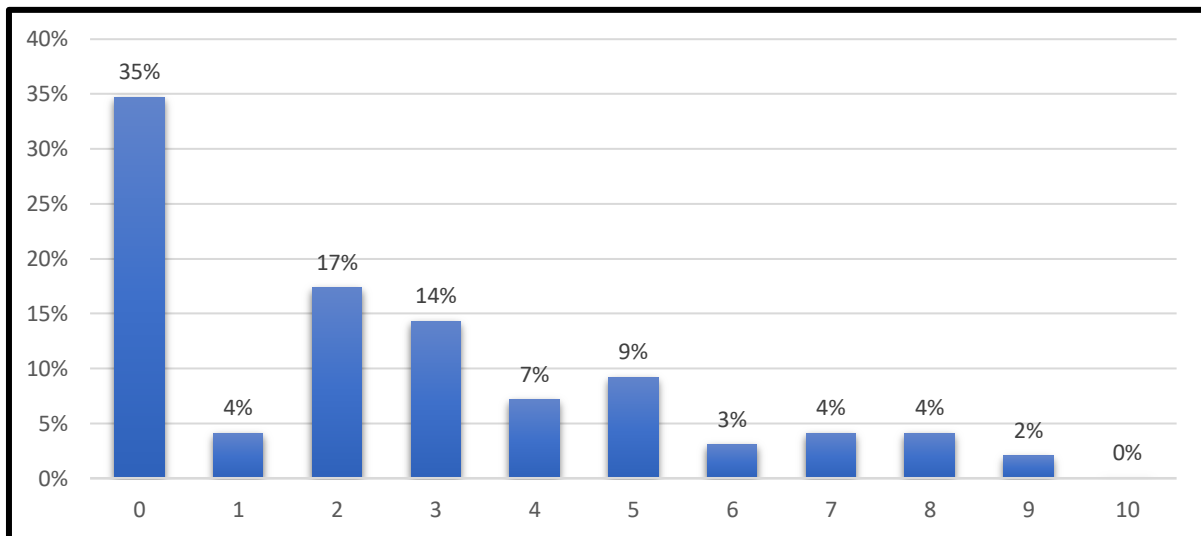


Figure 139 : répartition des scores d'inquiétude mesurés une EN (0-10) à J1.

La répartition des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon à J1 (figure 139) montre que la majorité des patients montrait une anxiété légère :

- Les scores faibles (0-4) représentent 77% de la population avec 35% de score à 0/10 (N=34).
- Les scores modérés (5-7) représentent 16% de la population (N=16).
- Les scores élevés (8-10) représentent 6% de la population (N=6) avec 0% de score à 10/10.

Après prise en charge, un peu moins de 3/4 des patients présentent des scores d'anxiété faible à J1. Il subsiste cependant pour près d'1 personne sur 20 une inquiétude sévère.

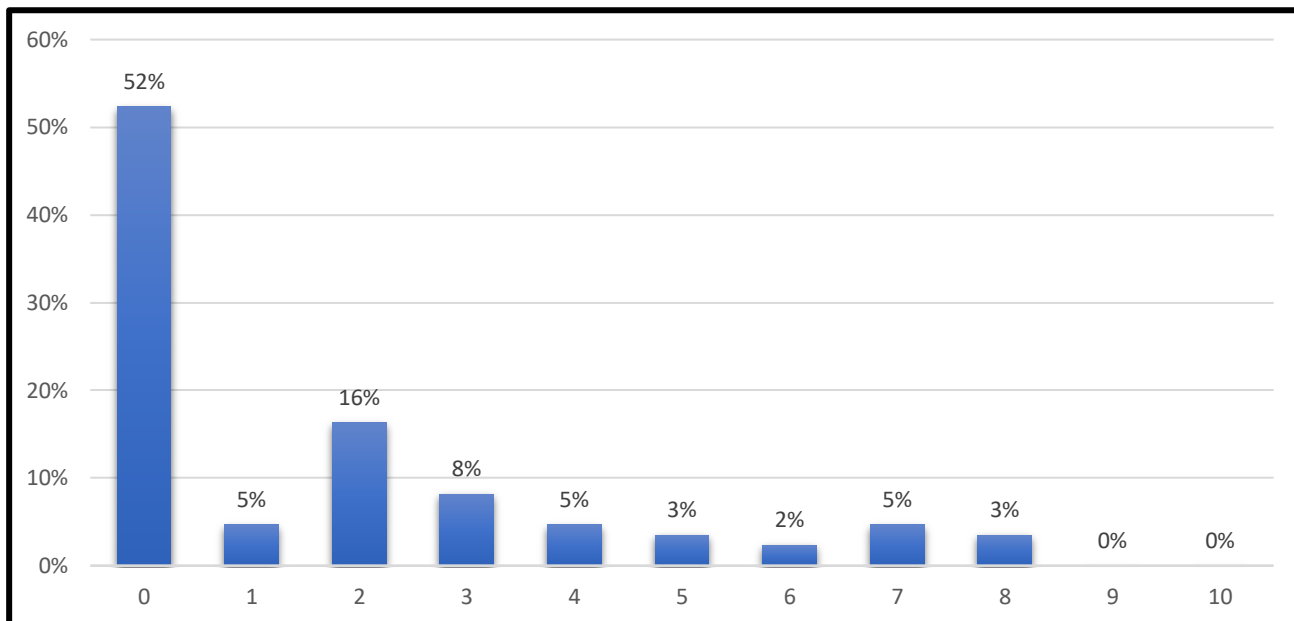


Figure 140 : répartition des scores d'inquiétude sur une EN (0-10) à J3.

La figure 140 indique la répartition à J3 des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon.

Nous avons obtenu 86 réponses :

- Les scores faibles (0-4) représentent 86% de la population avec 52% de score à 0 (N=45 patients).
- Les scores modérés (5-7) représentent 10% de la population (N=9).
- Les scores sévères (8-10) représentent 3% de l'échantillon avec 0% de score à 9 et à 10.

A J3, plus des 3/4 des patients sont peu inquiets face à leur problème bucco-dentaire, la moitié ne sont plus du tout inquiets et 3% des patients restent très inquiets.

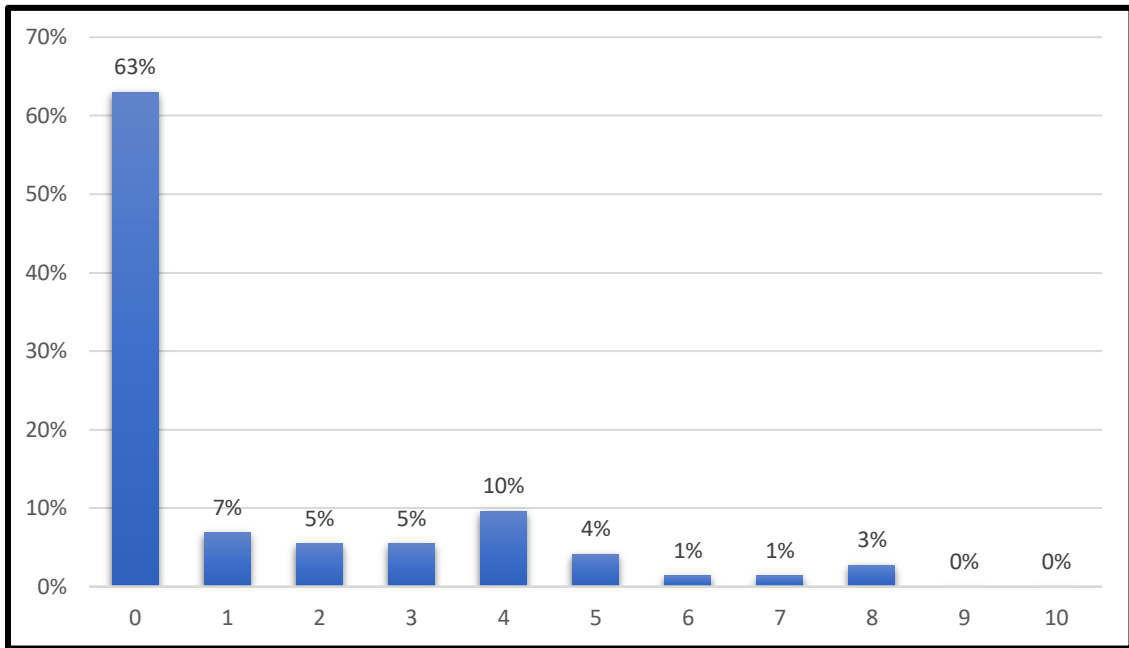


Figure 141 : répartition des scores d'anxiété à J7.

La figure 141 indique la répartition à J7 des notes d'inquiétude des patients de l'échantillon. Nous avons obtenu 73 réponses :

- Les scores faibles (0-4) représentent 90% de la population avec 63% de score à 0.
- Les scores modérés (5-7) représentent 6% de la population.
- Les scores élevés (8-10) représentent 3% de la population avec 0% de score à 9 et à 10.

A J7, 9 patients sur 10 déclarent avoir un niveau d'inquiétude faible. Seulement 1 patient sur 33 présente toujours un niveau élevé d'inquiétude.

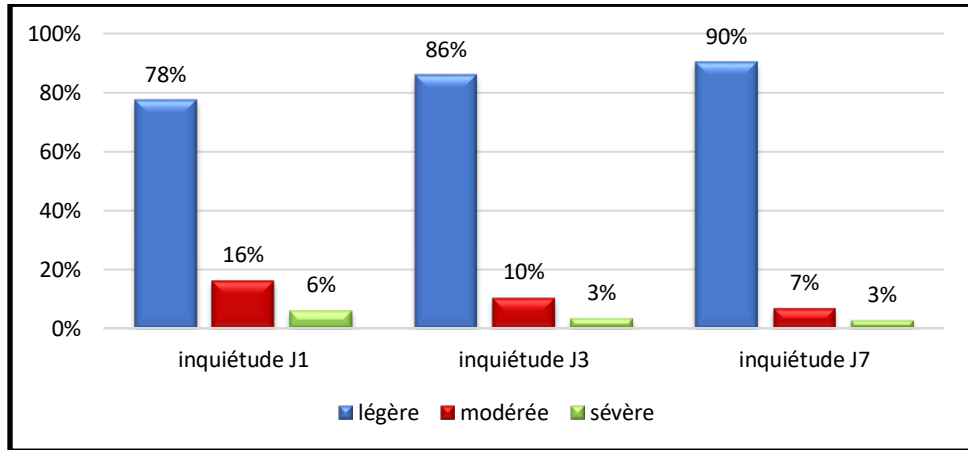


Figure 142 : répartition des scores d'anxiété à J1, J3 et J7

Selon une vision plus globale, les taux d'inquiétude légère sont toujours supérieurs aux taux modérés qui sont eux-mêmes supérieurs aux taux sévères (figure 67).

La proportion d'anxiété légère augmente de 8% entre J1 et J3 puis de 4% entre J3 et J7, tandis que celle d'anxiété modérée perd 6% puis 3%. La proportion d'anxiété sévère diminue de 3% puis reste stable.

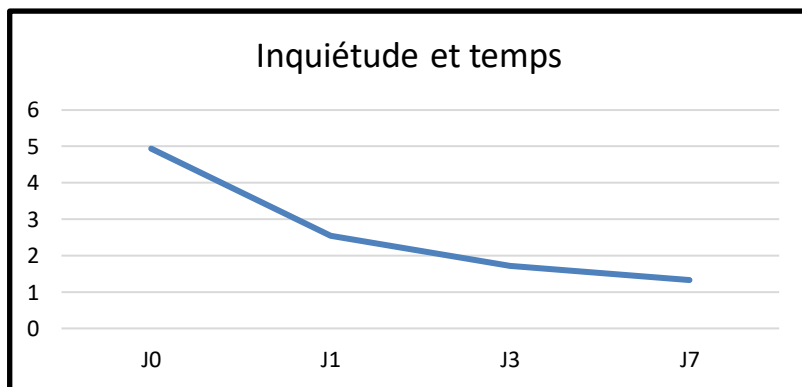


Figure 143 : évolution de la moyenne des scores d'inquiétude en fonction du temps.

La figure 143 décrit l'évolution de la moyenne des scores d'inquiétude en fonction du temps.

La courbe d'inquiétude est fortement décroissante entre J0 et J1 : 4,9 à 2,54. Le coefficient de décroissance s'atténue à partir de J1 pour faire une droite décroissante allant de 2,54 à J1 jusqu'à 1,33 à J7 en passant par 1,72 à J3.

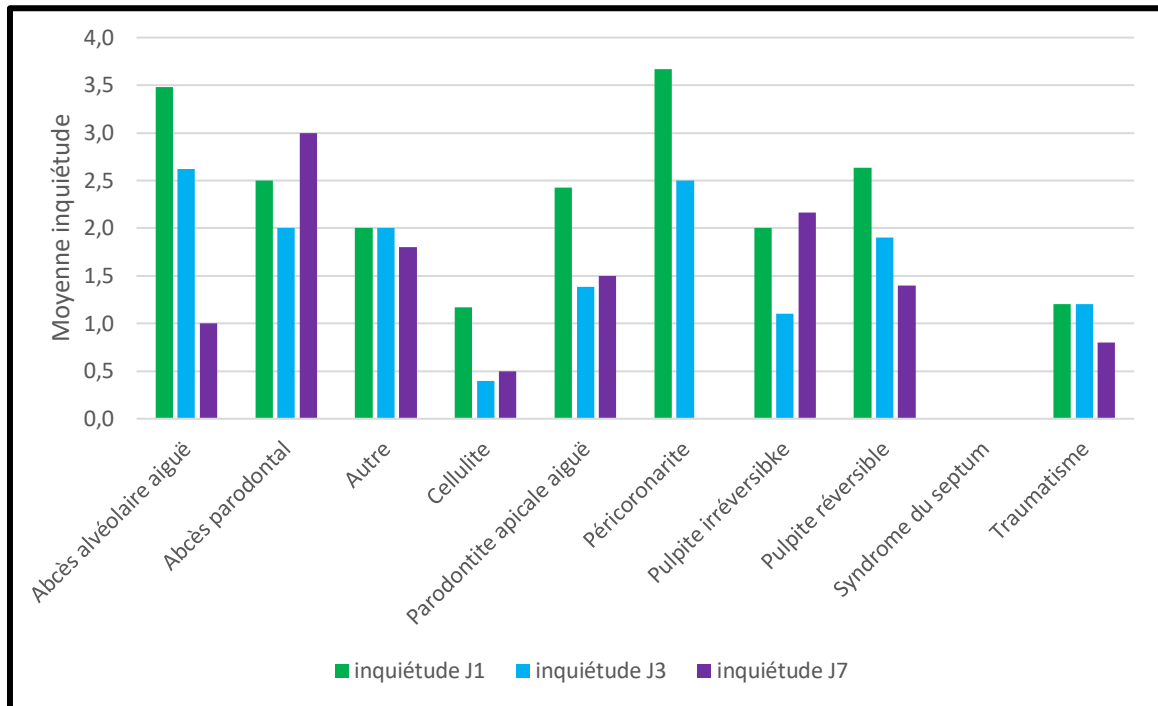


Figure 144 : répartition des moyennes d'inquiétude à J1, J3 et J7 par diagnostic.

La figure 144 offre une illustration de l'inquiétude en fonction du diagnostic à J1 (en vert), J3 (en bleu) et J7 (en violet).

- A J1, les scores d'inquiétude les plus élevés concernent les péricoronarites (moyenne de 3,7/10), l'AAA (3,5/10) et la pulpite réversible avec une moyenne de 2,6/10. Les scores les plus bas concernent les traumatismes et les cellulites avec 1,2 point chacun.
- A J3, on retrouve l'AAA comme source d'inquiétude la plus importante avec une moyenne à 2,6/10. Les scores les plus bas concernent les cellulites (0,4 point) et la pulpite irréversible (1,1 point). Les autres diagnostics ont des scores variés entre 1,4 et 2,5.
- A J7, le score d'inquiétude le plus élevé est pour l'abcès parodontal (3/10) tandis que le plus bas est pour la cellulite (0,5/10).

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 « Autre », PAA et pulpite irréversible.

5.4.3 État de santé générale

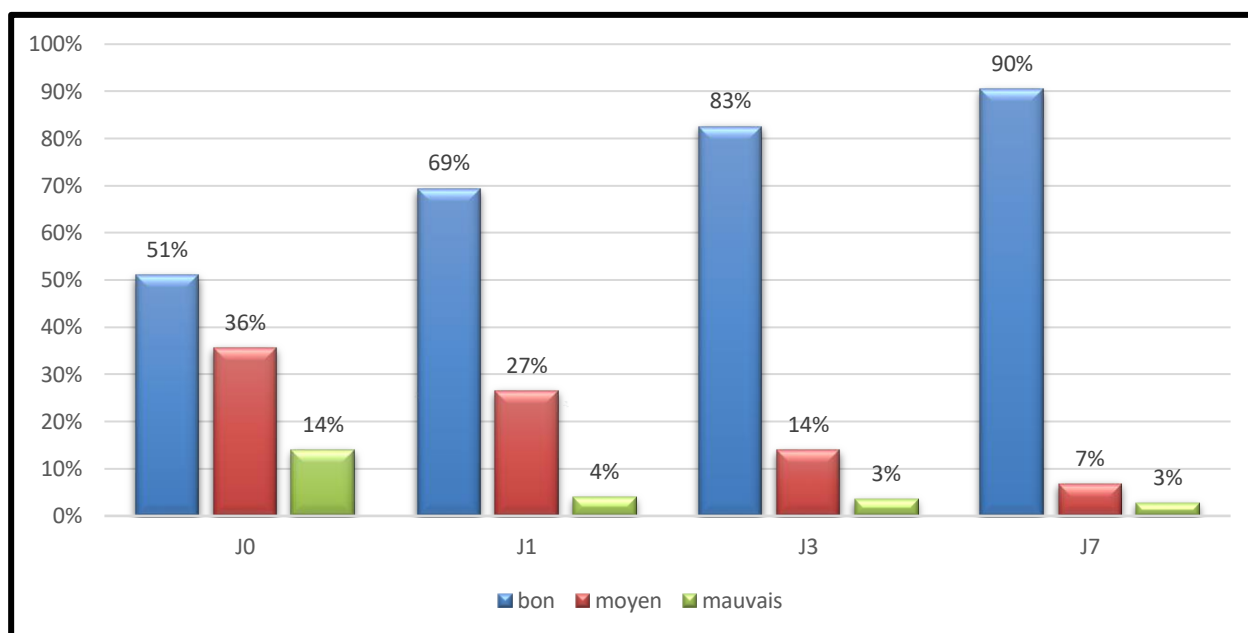


Figure 145 : proportion des scores de perception de la santé générale à J0, J1, J3 et J7.

La figure 145 apporte des précisions concernant les scores de santé générale des patients de l'échantillon à J0, 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 orange et de 0 à 4 « mauvais état général » en gris.

Les scores de « bon état général » augmentent avec le temps : 51% à J0, 69% à J1, 83% à J3 puis 90% à J7. Inversement, la proportion des scores d'état général moyen mauvais diminuent avec le temps de J0 à J7 : on passe de 36% (J0) à 7% (J7) pour les scores moyens, et de 14% (J0) à 3% (J7) pour les scores de mauvais état de santé.

On peut en déduire que la perception de l'état de santé général du patient s'améliore en fonction du temps.

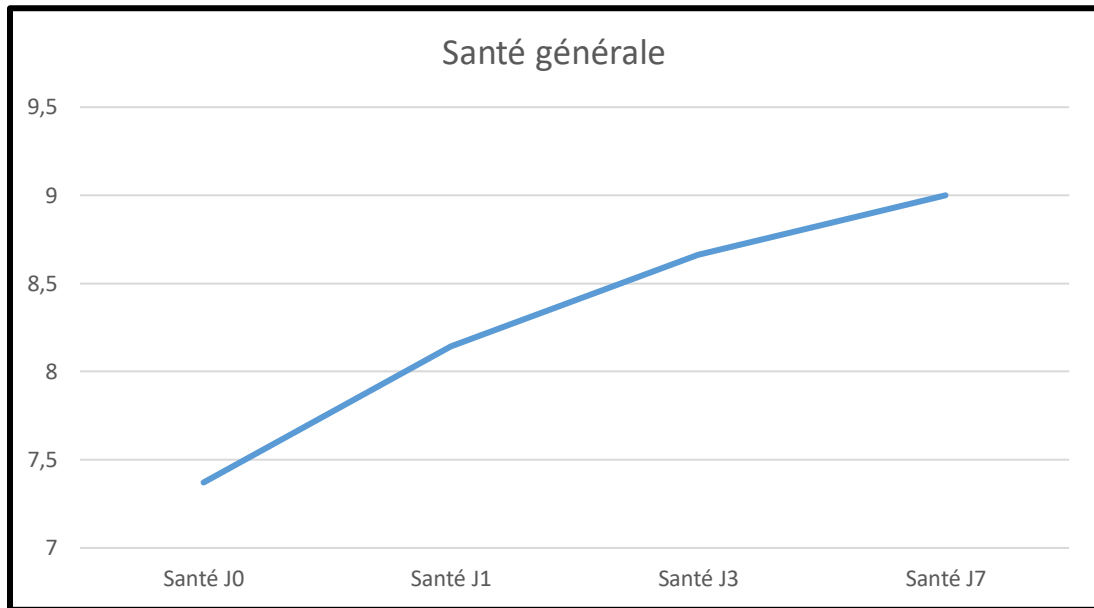


Figure 146 : moyenne des scores de perception de l'état de santé générale à J0, J1, J3 et J7.

Les scores moyens de santé générale forment une courbe croissante passant de 7,37 à 8,2 entre J0 et J1, puis de 8,66 à 9 entre J3 et J7 (Figure 146). La moyenne augmente donc de 1,6 point entre J0 et J7.

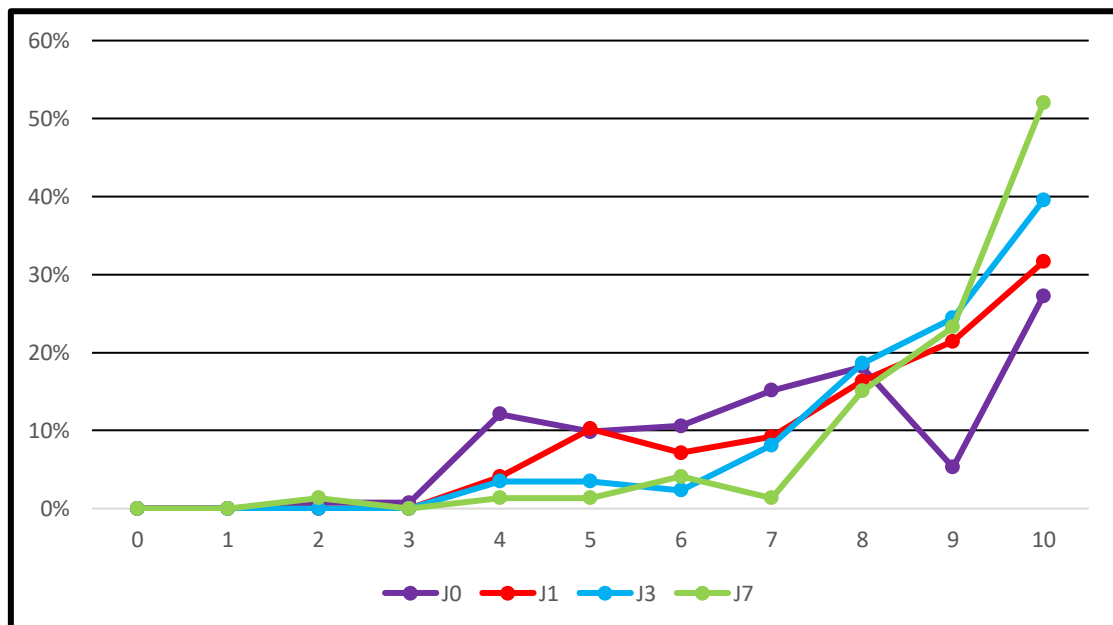


Figure 147 : répartition des scores de santé générale à J0, J1, J3 et J7.

La figure 147 illustre la répartition des scores de santé générale à J0, J1, J3 et J7. En violet on retrouve J0, en rouge J1, en bleu J3 et en vert J7.

Entre J0, J1, J3 et J7, les courbes des scores de 0 à 3 sont superposables. Les premières différences s'opèrent à partir du score de 4/10.

Les écarts les plus importants entre J0 et J7 sont observables au score de 7 qui perd 14% et le score de 10 qui gagne 25%.

L'augmentation de la moyenne figure 147 est donc principalement due à l'augmentation de la proportion de la note maximale de 10/10.

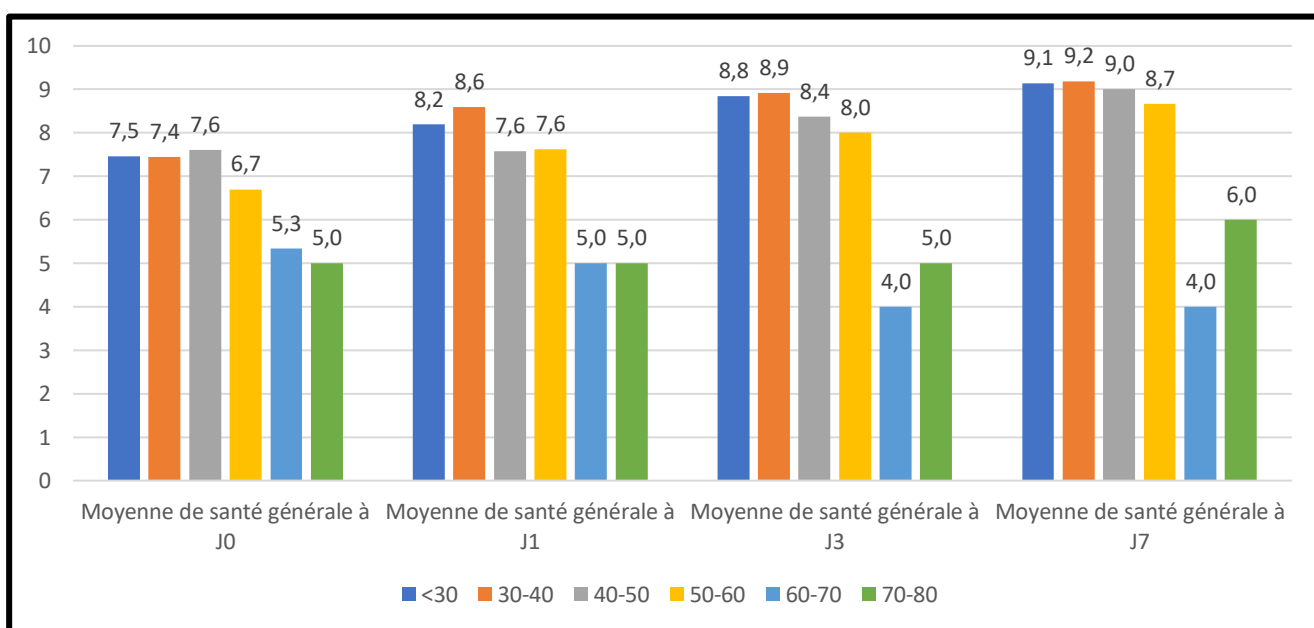


Figure 148 : moyenne de santé générale à J0, J1, J3 et J7 selon âge.

La figure 148 montre l'évolution de la santé générale de J0 à J7 selon l'âge des patients de l'échantillon.

On observe que la moyenne de santé générale décroît avec l'âge avec un écart variant de 2,3 à 5,14 points entre les moins de 30 ans et les 60-70 ans. L'écart le plus important (5,18pts) se situe entre la tranche des 30-40 ans et des 60-70 ans.

Entre J0 et J7, on observe que toutes les tranches d'âges, à l'exception des 60-70 ans, augmentent leur moyenne d'environ 1,5 point.

L'augmentation la plus importante est pour la tranche 30-40 qui prend 1,6 points entre J0 et J7.

5.4.4 Suites des soins

e) Nouvelle consultation

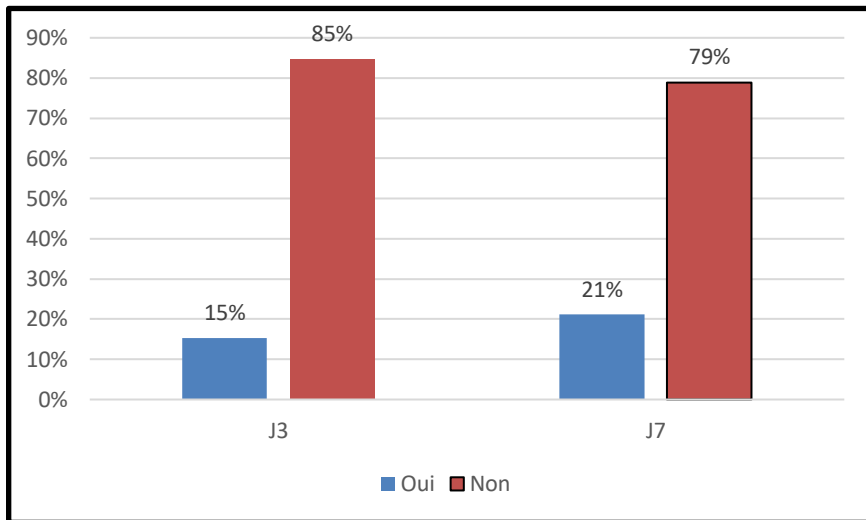


Figure 149 : réponse à la question : « avez-vous consulté à nouveau. » à J1, J3 et J7.

La proportion de réponses positives (en rouge) évolue de 15% à 21% de J3 à J7 (figure 149).

A J7, 2 patients de l'échantillon sur 3 n'ont pas consulté de nouveau.

Les raisons pour lesquelles les 36% de patients (N=28) ont dû consulter à nouveau sont représentées dans la figure 75 ci-dessous :

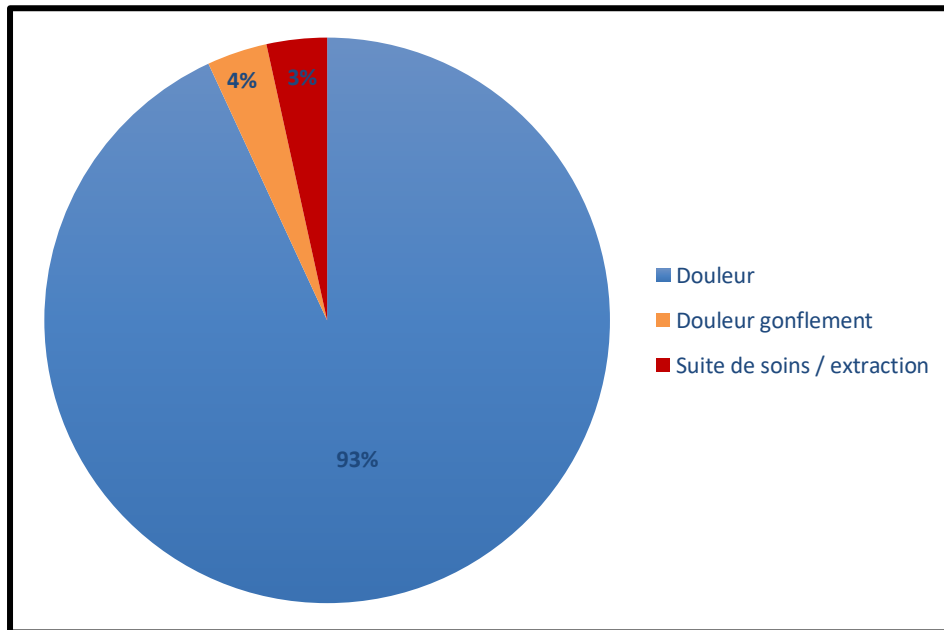


Figure 150 : Raisons d'une nouvelle consultation.

Les résultats présentés Figure 150 ont été mesurés à J3 et J7 et concernent 36% de l'échantillon des répondants soit près de 28 patients (figure 75). Ces 28 patients forment l'échantillon des patients ayant reconsulté. En raison de la crise COVID, nous avons décidé de regrouper l'item « extraction » et « suite des soins » parce que les extractions étaient le seul soin programmable du fait de cette crise.

Plusieurs causes de nouvelle consultation sont évoquées : douleur (97%) regroupant la douleur pure (93%) et la douleur avec gonflement (4%) ; suite des soins (3% de patients) regroupant les avulsions etc.

Les valeurs sont en adéquation avec les résultats des scores de douleur et d'inquiétude : 3% de douleurs modérées à sévère à J7 (figure 46) et 3% d'inquiétude sévère à J7.

f) Suivi des instructions

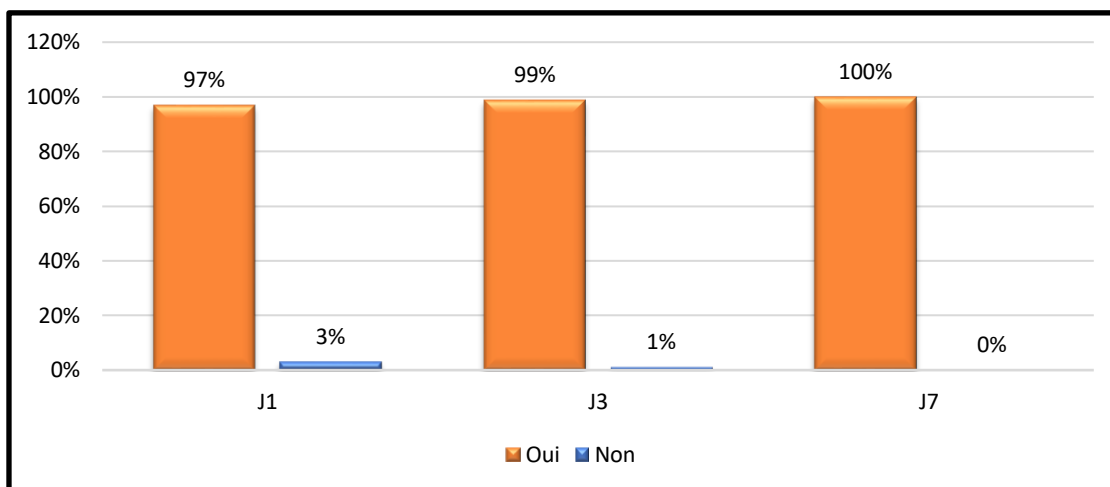


Figure 151 : réponse à la question : « avez-vous suivi les instructions données lors de la consultation d'urgence ».

Il n'y a pas d'évolution significative des valeurs entre J1, J3 et J7. Une très large majorité (plus de 97%) déclare avoir respecté les instructions du personnel soignant (Figure 151).

g) Suivi de la prescription

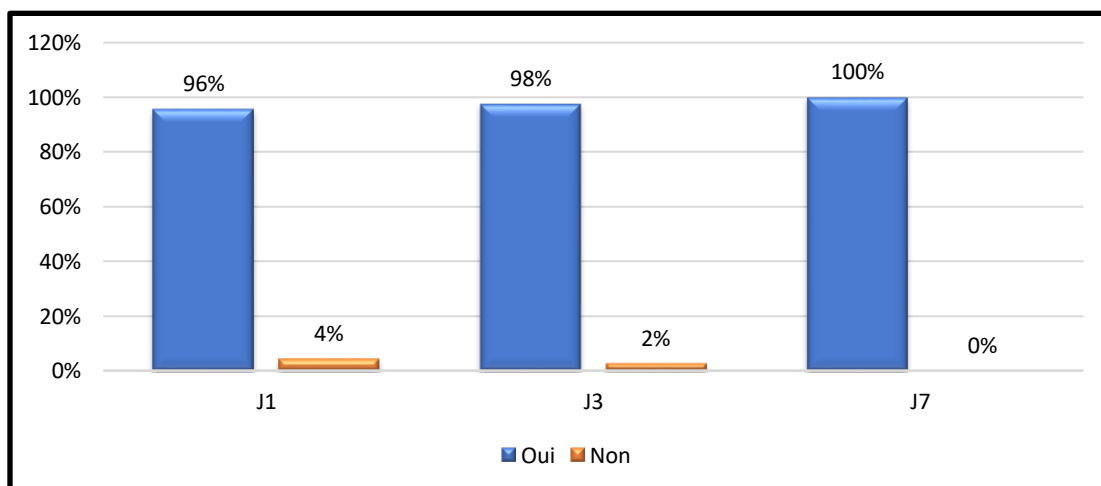


Figure 152 : respect de l'ordonnance à J1, J3 et J7.

La figure 152 illustre le respect de la prescription émise lors de la consultation au SAU. La proportion de patients déclarant ne pas respecter leurs traitements passe de 4% à J1 à 0% à J7. Les raisons principales évoquées étaient : douleur faible donc pas de prise d'antalgique et oubli de prendre les médicaments car la douleur a presque disparu.

h) Prise du rendez-vous de suite des soins

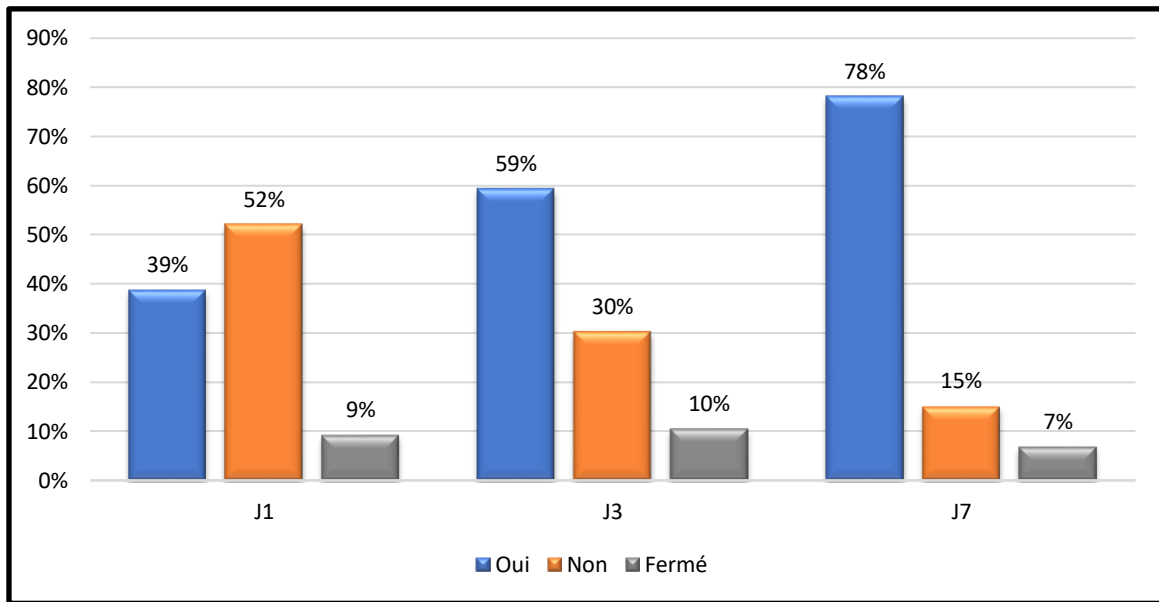


Figure 153 : réponse à la question : « avez-vous pris un rendez-vous chez le dentiste ».

Rajouter la colonne fermée (F)

La figure 153 décrit le pourcentage de patients ayant pris rendez-vous chez leur dentiste après le passage aux urgences dentaires de Nuit en période COVID.

Nous rappelons que notre étude de nuit a eu lieu vers la fin de la période COVID : Les cabinets dentaire étaient pour la plupart fermés et sans permanence téléphonique : la prise de rendez-vous était donc difficile.

On observe que de plus en plus de patients prennent rendez-vous en fonction du temps : on passe de 39% de oui à J1 (N=38) à 59% à J3 (N=51) pour finir à 78% de prise de rdv à J7 (N=57). On a donc une augmentation de 39% de réponse positive entre J1 et J7.

Néanmoins, 1 patient sur 5 n'a toujours pas de rendez-vous à J7 dont 7% ayant tenté d'en prendre un avec leur chirurgien-dentiste mais sans succès.

6. Comparatif de l'étude par rapport à l'étude URGDENT

6.1 Données socio-démographiques

A) Renseignements généraux et sociaux.

Sexe

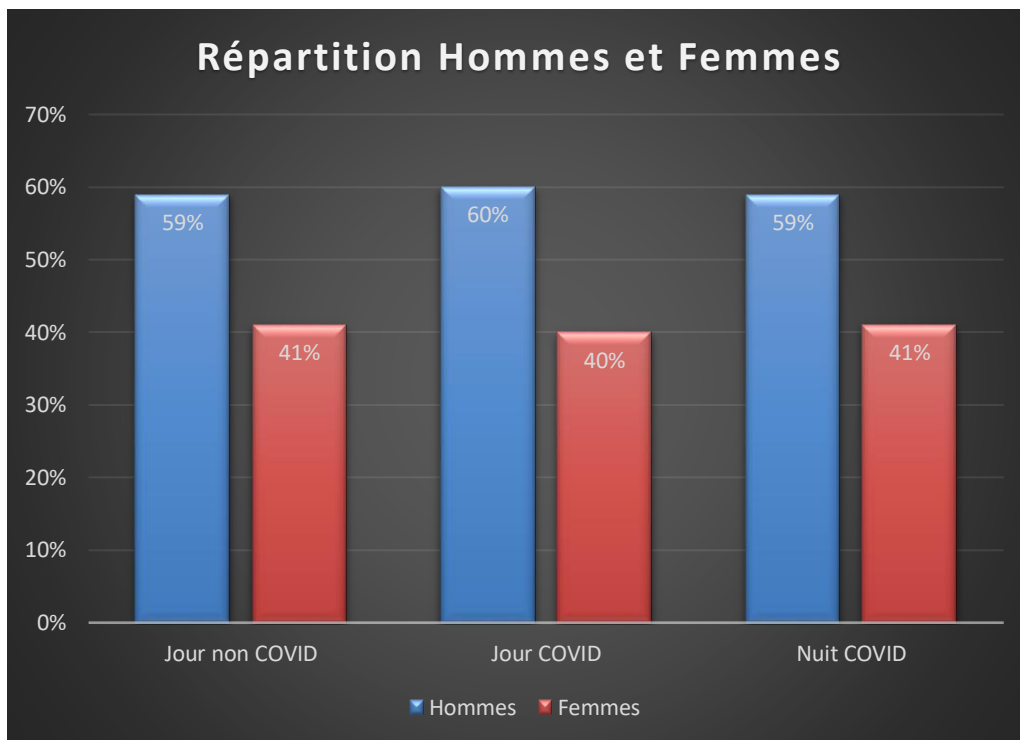


Figure 154 : sexe de la population en période non COVID et durant le COVID.

La figure 154 décrit la répartition homme/femme en période non COVID et durant le COVID : Jour et Nuit.

Les proportions d'hommes et de femmes sont les mêmes en période non COVID qu'en période COVID de jour.

Couverture sociale

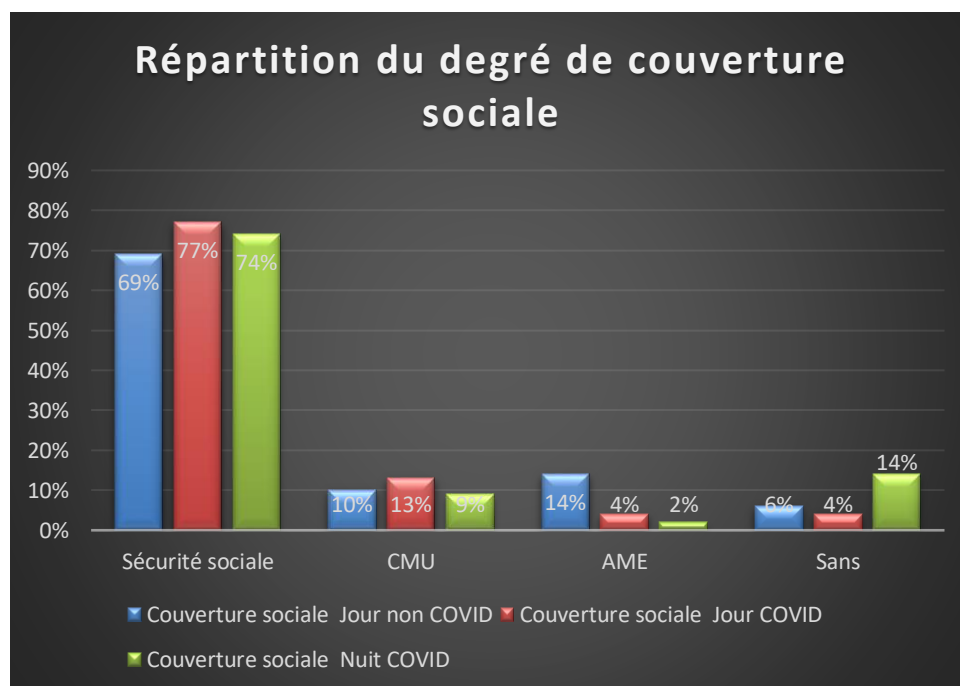


Figure 155 : répartition du degré de couverture sociale des patients de l'échantillon en période non COVID, de jour et de nuit en période COVID.

La figure 155 représente la répartition du degré de couverture sociale des patients de l'échantillon en période non COVID, durant le jour COVID et la nuit COVID.

En période COVID de jour, on observe qu'il y a eu 8% de patients avec sécurité sociale (Jour non COVID N=404 ; Jour COVID N=286) et 3% avec CMU (Jour non COVID N=61 ; Jour COVID N=48) de plus qu'en période non COVID.

Il y a également une diminution des patients avec AME (baisse de 10%, Jour non COVID N=34 ; Jour COVID N=15) et sans couverture sociale (baisse de 2%, Jour non COVID N=83 ; Jour COVID N=21).

Suivi dentaire

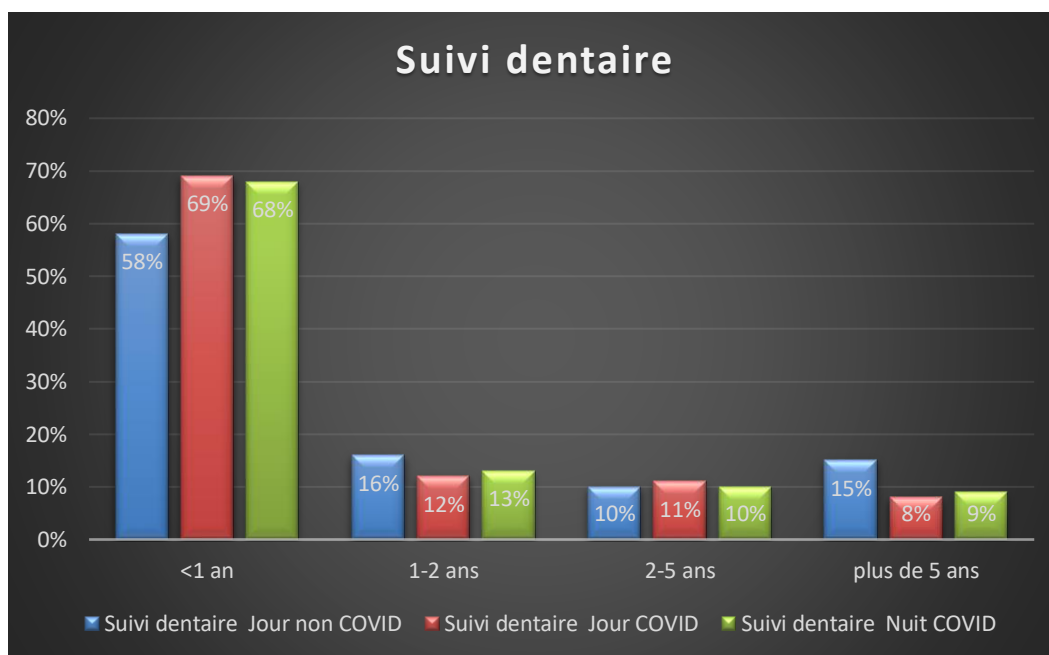


Figure 156 : répartition du suivi dentaire de l'échantillon en Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID.

La figure 156 illustre la répartition de la date de dernière visite chez un chirurgien-dentiste en Période non COVID (en bleu) et en période COVID de Jour (en rouge) et COVID de nuit (en vert).

La proportion de patient ayant consulté leur chirurgien-dentiste dans l'année est plus importante de 11% (Jour non COVID N=338 ; Jour COVID N=252) pour la période COVID de jour qu'en période de non crise sanitaire ;

Entre 1-2 ans, la proportion de patients est légèrement supérieure en période non COVID (Jour non COVID N=95 ; Jour COVID N=44) ;

Entre 2-5 ans les proportions sont quasiment identiques (Jour non COVID N=60 ; Jour COVID N=40) ;

Au-delà de 5 ans la proportion diminue de 7% (Jour non COVID N=89 ; Jour COVID N=31) entre la période non COVID et la période COVID.

La population étudiée le jour durant la période COVID semble donc être consulter plus régulièrement chez le chirurgien-dentiste.

Mode de recrutement des patients :

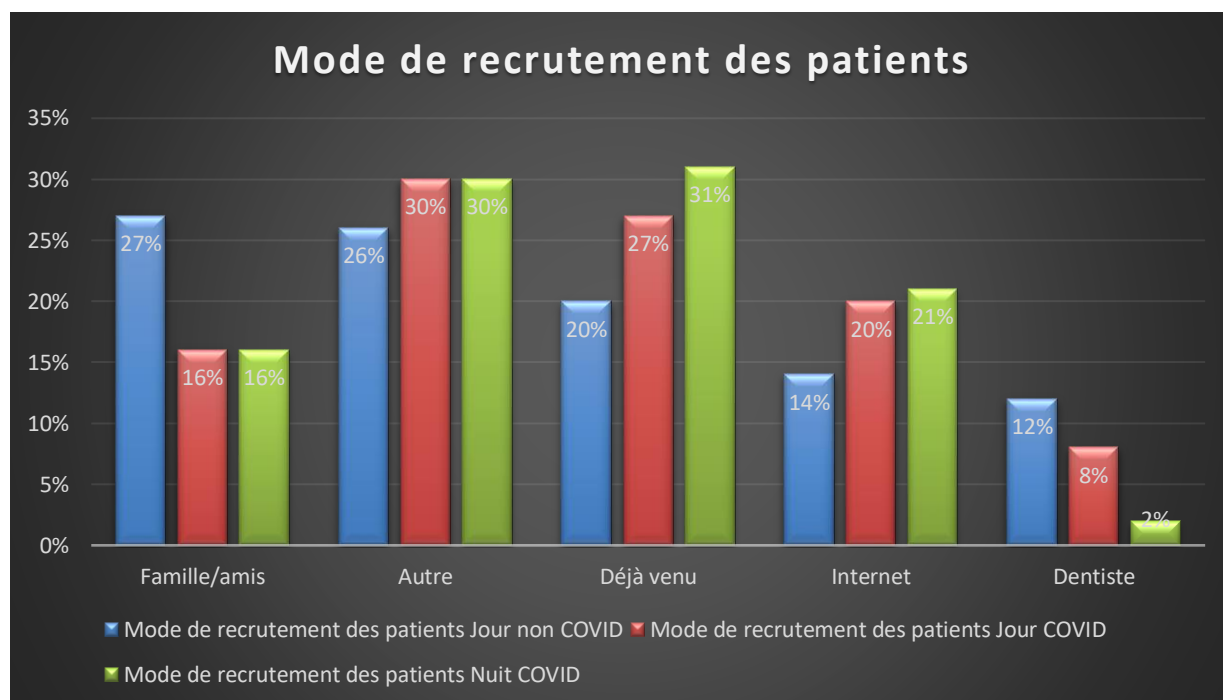


Figure 157 : répartition du mode de recrutement des patients en Période non COVID et en période COVID en période : Jour et Nuit.

La figure 157 illustre la répartition de l'échantillon selon le mode de recrutement en période non COVID (en bleu), en période COVID de jour (en rouge) et de Nuit (en vert).

Comparé à la période de non crise sanitaire, en période COVID de jour, on observe une proportion supérieure de 6% (Jour non COVID N=81 ; Jour COVID N=73) de patients venus au SAU via internet et de 7% (Jour non COVID N=118 ; Jour COVID N=98) de patients déjà venus. On retrouve également une proportion inférieure de 11% (Jour non COVID N=158 ; Jour COVID N=58) de patients qui ont connu le service via leurs famille/amis et de 4% (Jour non COVID N=71 ; Jour COVID N=28) de patients orientés au SAU par leur dentiste.

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

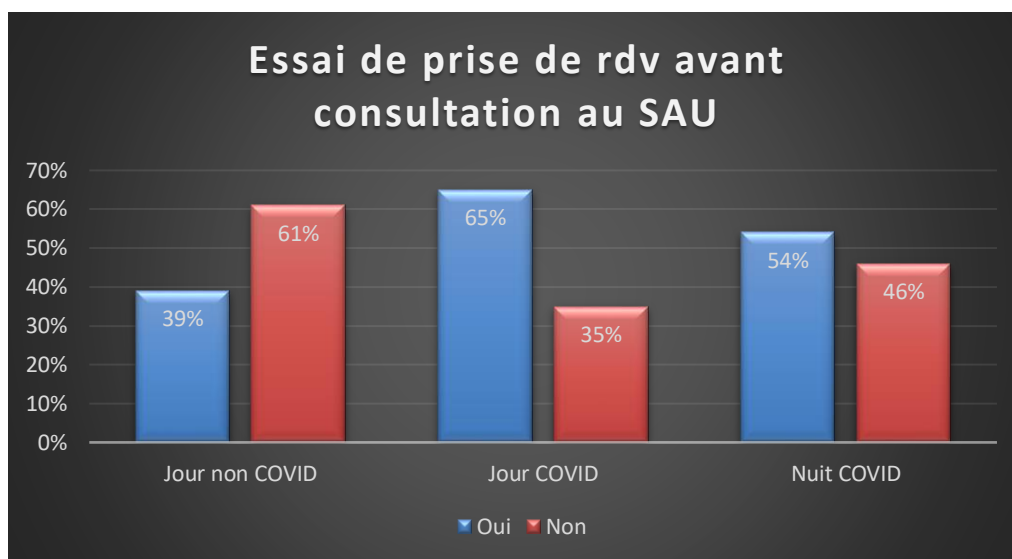


Figure 158 : Prise de rendez-vous avant la consultation d'urgence en période non COVID et en période COVID de Jour et de Nuit.

Les patients ont eu davantage tendance à essayer d'avoir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste en période de crise sanitaire avant de venir aux urgences dentaires : 39% (N=228) en période de non COVID contre 65% (N=239) en période COVID de jour (figure 158).

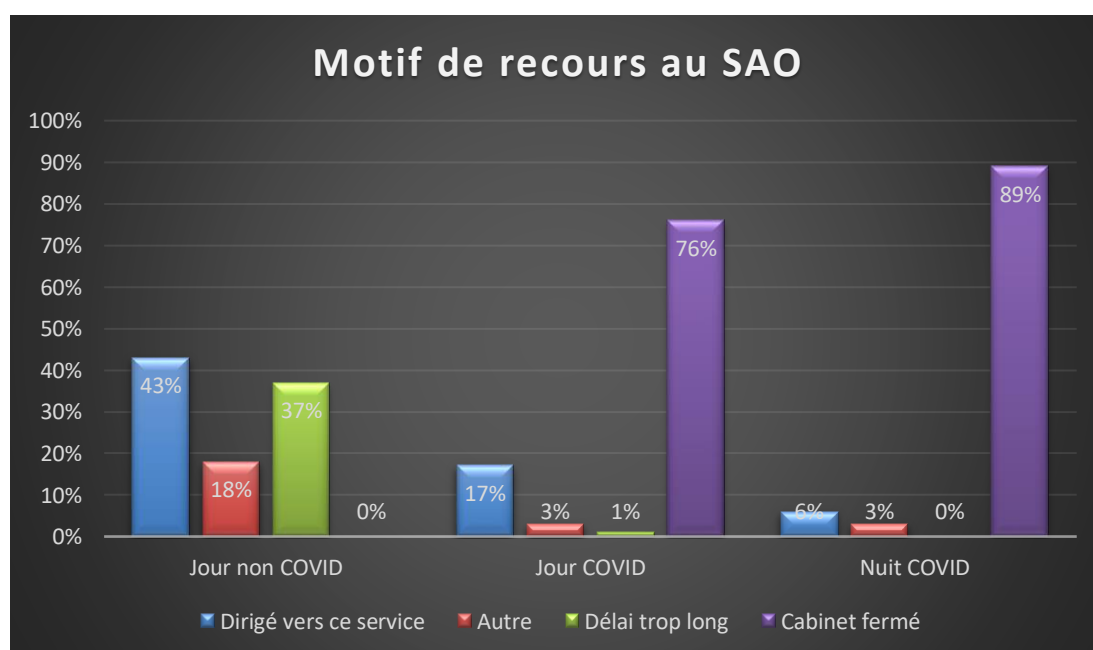


Figure 159 : raison de recours aux urgences du SAU plutôt que leur praticien traitant évoquées par les patients en Période non COVID et en période COVID de jour et de nuit.

La figure 159 illustre les raisons de recours aux urgences (SAU) en période non COVID de jour, COVID de jour et COVID de Nuit.

En période de non crise sanitaire, la raison principale de recours aux urgences était : « adressé par son praticien » pour 43% (N=101) des patients, soit plus que le double qu'en période de confinement COVID en journée (N=40) ; en 2^e, le délai de rendez-vous (37%, N=87) et en 3^e la catégorie « autre » (18%, N=37)

En période COVID de Jour : 76% (N= 181) des patients étaient venus car leur cabinet dentaire était fermé et seulement 17% (N=40) ont été dirigé vers ce service.

Les motifs de consultation

1. Les motifs de consultation évoqués par les patients

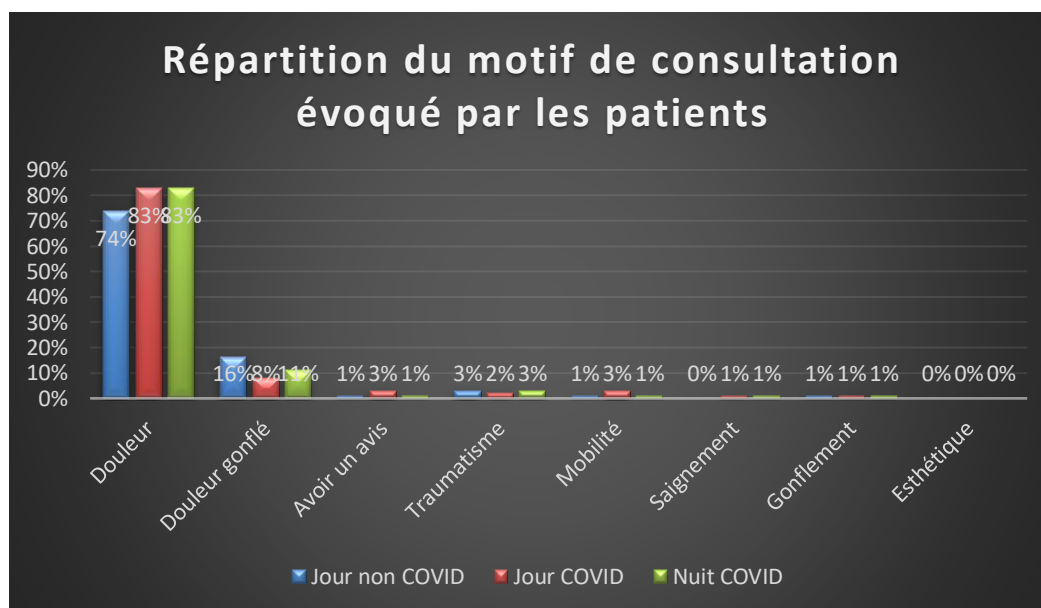


Figure 160 : répartition du motif de consultation évoqué par les patients en Période non COVID et en période de COVID de Jour et Nuit.

La figure 160 illustre la répartition des différents motifs de consultation évoqués par le patient en l'absence de crise sanitaire et en période de confinement de jour et de nuit.

La répartition des motifs de consultation est superposable entre les deux périodes, à l'exception du motif « douleur » où l'on note une différence notable de 9% en plus en période COVID.

La répartition des motifs de consultation est superposable entre le jour et la nuit en période COVID à quelques pourcents près. La majeure partie des patients est venue pour la douleur. On peut tout de même noter une augmentation de 3% (Nuit N=14 ; Jour N=30) de « douleurs associées à un gonflement » la nuit.

2. Diagnostic établi par le personnel soignant

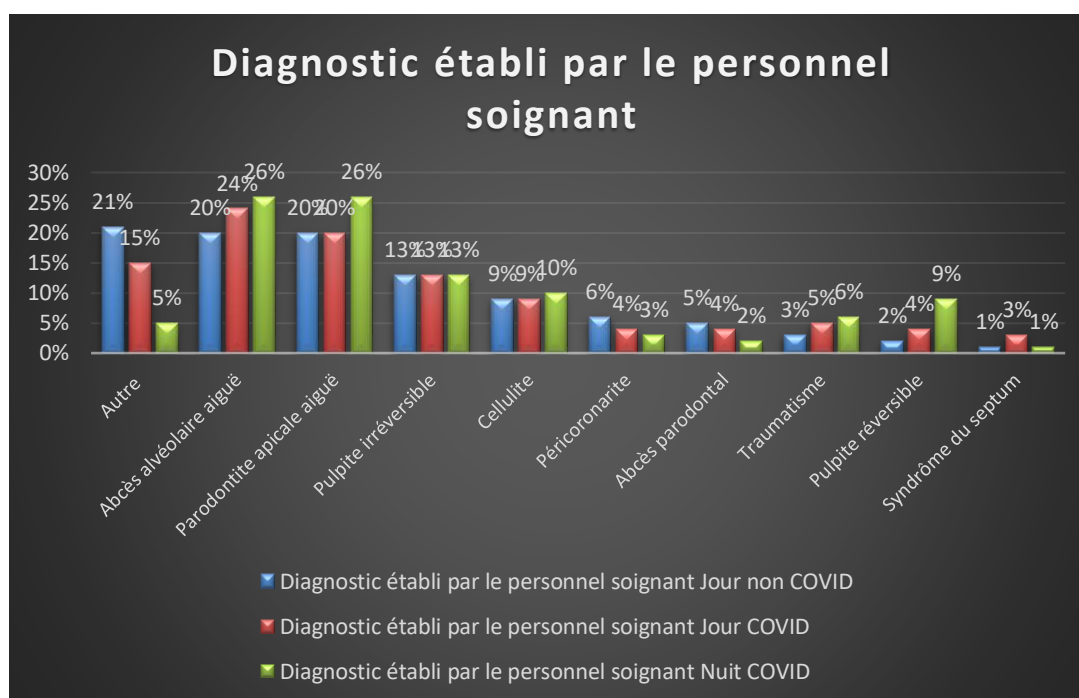


Figure 161 : répartition des diagnostics dans l'échantillon (comparatif période non COVID et période COVID Jour et Nuit).

La figure 161 présente la part des différents diagnostics dans l'échantillon de non COVID (en bleu), de COVID la journée (en rouge), et la Nuit (en vert).

Les résultats sont globalement similaires avec toutefois :

- Une diminution de 9% de la catégorie « autre » (Jour non COVID N=120 ; Jour COVID N=54)
- Une augmentation de 2% des pulpites réversibles (Jour non COVID N=12 ; Jour COVID N=16)
- Une augmentation de 4% des AAA (Jour non COVID N=88 ; Jour COVID N=116)

Score d'anxiété

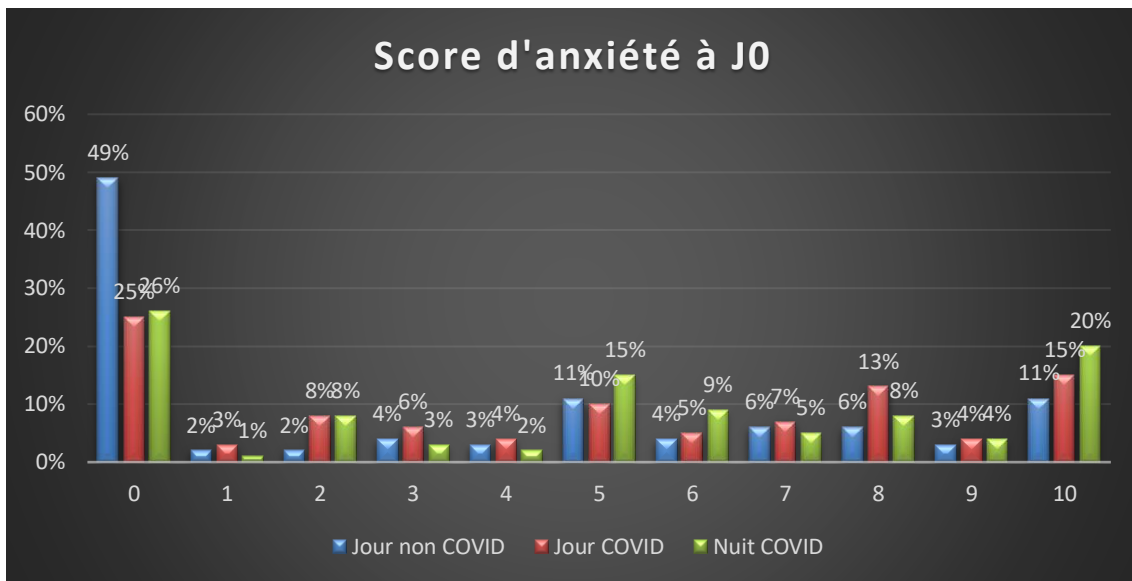


Figure 162 : répartition des scores d'anxiété à J0 (comparatif période non COVID, période COVID de Jour et de Nuit).

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

La figure 162 compare les scores d'anxiété en période non COVID (en bleu), en période COVID durant le Jour (en rouge) et la Nuit (en vert).

Ces scores ont une répartition similaire. La principale différence portant sur le nombre de patients se déclarant non anxieux (score 0) : 49% (N=282) en période non COVID contre 25% (N=93) en période COVID de Jour ; légèrement anxieux (score 2) : 2% (N=11) en période non COVID contre 8% (N=30) lors de la crise COVID ; et 4% entre les scores de 10 des deux périodes (Jour non COVID N=62 ; Jour COVID N=54).

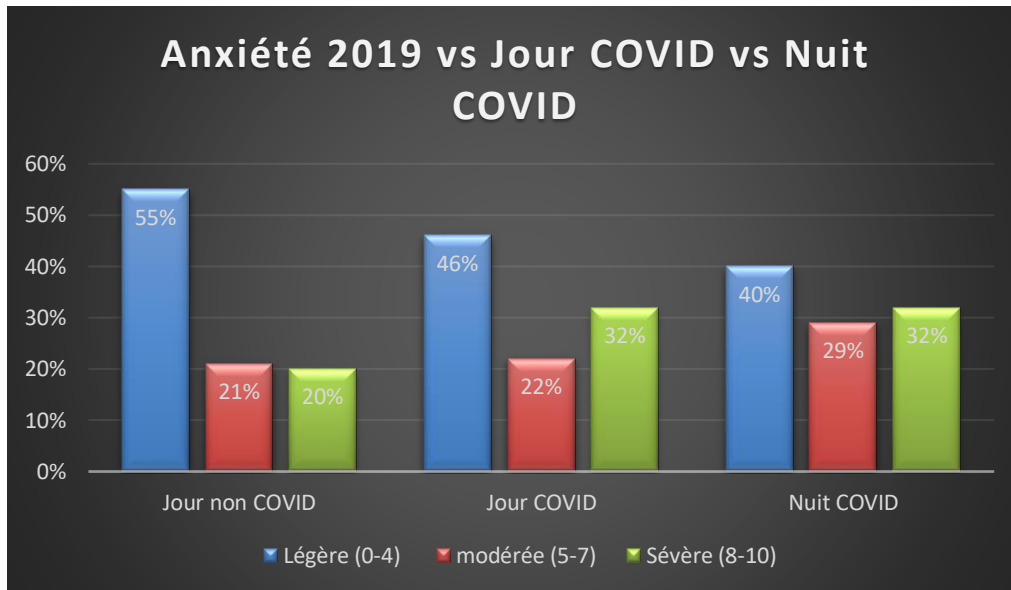


Figure 163 : répartition des scores d’anxiété regroupés en 3 classes à J0 en période non COVID, en période COVID de Jour et COVID de Nuit.

La distribution des scores d’anxiété montre certains écarts entre la période non COVID et les périodes de confinement COVID (Figure 163).

Il y a peu de différences dans les scores d’anxiété modérée. Cependant, on note une différence supérieure de 9% d’anxiété légère en période de non crise sanitaire (55%, N=345 contre 46%, N=181 en période de crise COVID la journée) ainsi qu’une 12% d’anxiété sévère en moins (20%, N=113 contre 32%, N =115 en période de crise COVID la journée).

Score de douleur au cours des dernières 24h

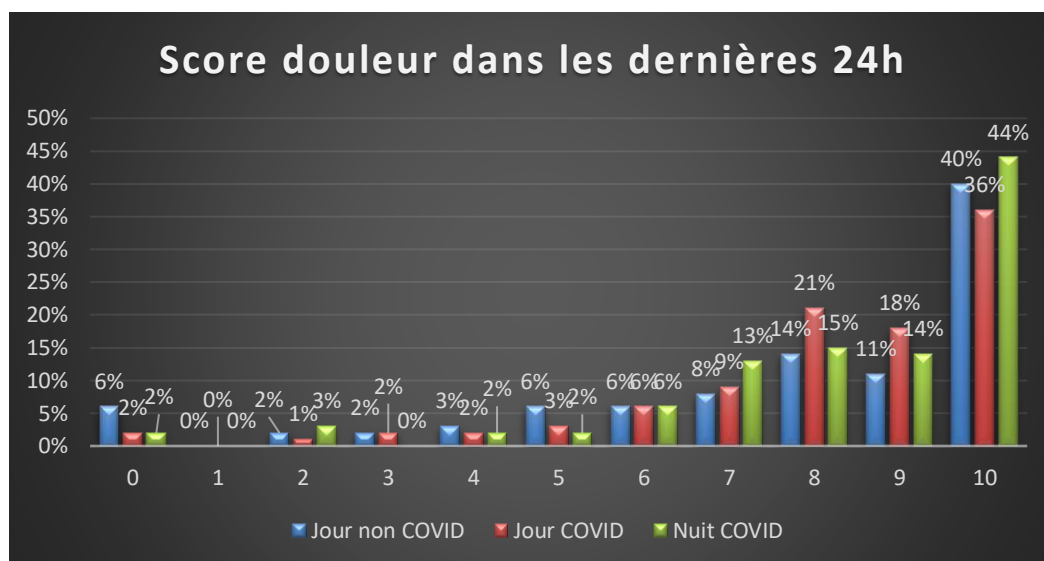


Figure 164 : Distribution des scores de douleur des dernières 24h (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 164 compare la répartition des différents scores de douleur 24 heures avant la consultation d'urgence en période non COVID (bleue), lors du COVID le jour (rouge) et la nuit (vert).

Durant la journée en période de crise COVID, 4% (Jour non COVID N=36 ; Jour COVID N=9) de patients de moins qu'en période de non crise sanitaire ont consulté avec une douleur à 0/10.

Pour les scores de 1 à 7, les pourcentages sont globalement similaires.

Pour le score de 8 et 9, on observe une augmentation de 7% en faveur de la période de crise sanitaire et une diminution de 4% (Jour non COVID N=235 ; Jour COVID N=133) pour le score de 10.

Durant le COVID en journée, les patients ayant consulté ont eu plus de douleurs que lorsque le service fonctionnait normalement, hors période de crise sanitaire.

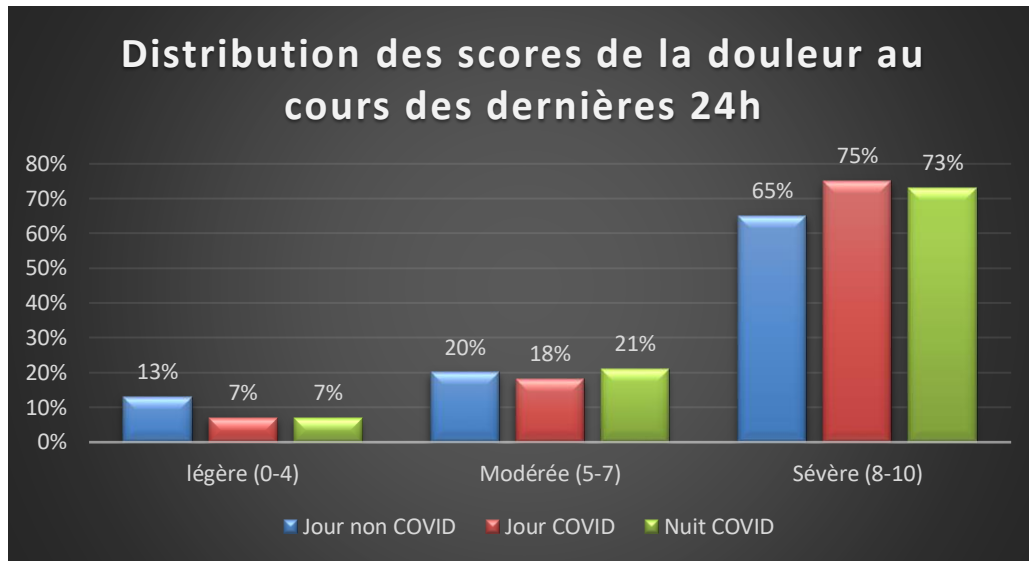


Figure 165 distribution des scores de douleur au cours des dernières 24 heures en période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID.

La figure 165 indique les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère au cours des 24 heures avant consultation, en période non COVID, pendant le service de Jour et de Nuit en période COVID.

Il semble Globalement, si les douleurs modérées semblent réparties de façon équivalentes selon les 3 situations, il semble que les douleurs légères soient moins fréquentes en période covid tandis que les douleurs sévères sont plus fréquentes dans ces mêmes situations .

Score de douleur à J0

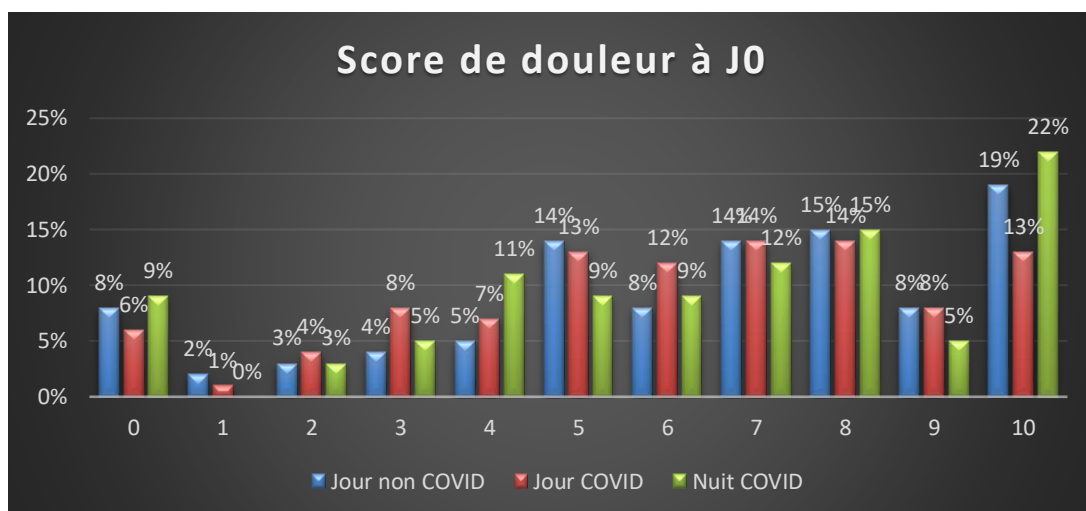


Figure 166 : répartition des scores de douleur à J0 en période non COVID, en période COVID de Jour et de Nuit.

La figure 166 compare la répartition des différents scores de douleur le jour de la consultation aux urgences en période non COVID (bleu), en période COVID service de Jour (rouge) et de Nuit (vert).

L'histogramme suit la même dynamique de répartition des scores de douleur. Cependant, on peut noter quelques différences au niveau des scores : En période de non crise sanitaire, 8% (N=47) des patients ont évalué leur score à 0 contre 6% (N=22) en période COVID de jour. 8% (N=44) l'ont noté à 6/10 en période non COVID contre 12% (N=43) en période COVID la journée. 19% (N=112) avaient une douleur maximale en période non COVID contre 13% (N=47) en période COVID de jour.

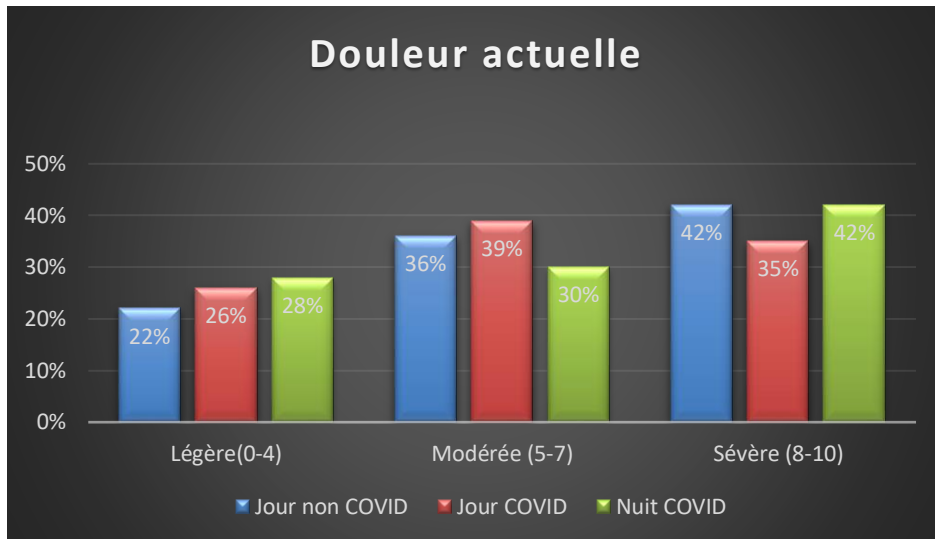


Figure 167 : répartition des degrés de douleur à J0 regroupés en 3 classes (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 167 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère le jour de la consultation en période non COVID (en bleu) et COVID de jour (en rouge) et de nuit (en vert).

Les résultats entre le jour en période de non crise sanitaire et en période COVID sont similaires. Néanmoins, à J0, on note une légère supériorité de douleurs légères en période de confinement la journée (26%, N=96) contre 22%, N=133 en période de non crise COVID-19), ainsi qu'une proportion moins importante d'anxiété sévère (35%, N=129 contre 42%,N=246).

6.2 Questionnaire de satisfaction

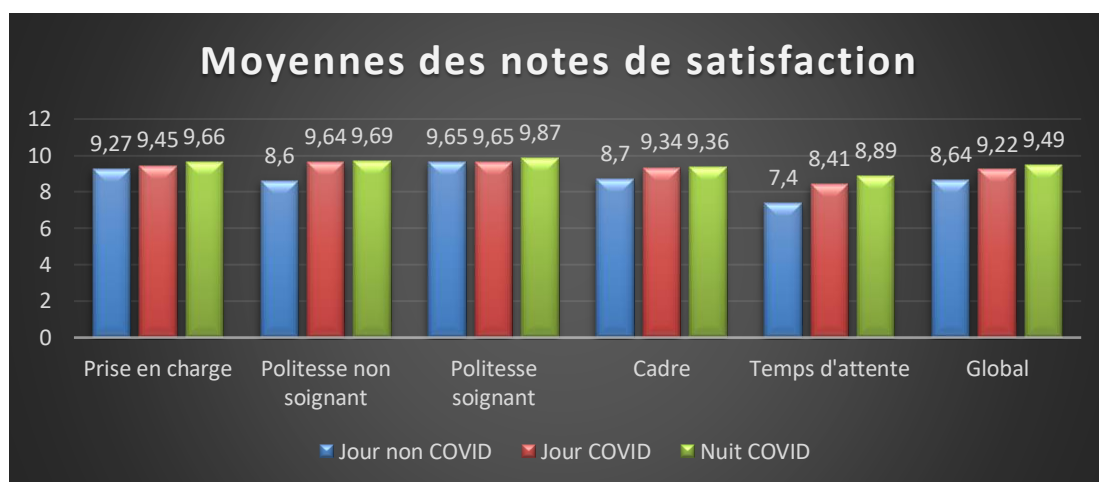


Figure 168 : moyenne des notes de satisfaction en période non COVID, COVID de Jour et COVID de nuit.

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 168 avec les moyennes enregistrées en période non COVID (bleu), en période COVID la journée (rouge) et en période COVID la nuit (vert).

Toutes les moyennes de notes durant la crise COVID sont supérieures à celles d'en période non COVID. Concernant la satisfaction de prise en charge, on note une augmentation de 0.18 en période COVID de Jour. La politesse du personnel non soignant, le temps d'attente ont des notes supérieures d'environ 1 point. La politesse du personnel soignant a reçu la même note en période non COVID et en période COVID de Jour.

Les patients ont attribué une note globale de 9.22/10 en période COVID de jour contre 8.64/10 en période non COVID : les patients étaient donc plus satisfaits par le service en période de crise COVID.

Satisfaction de l'information reçue

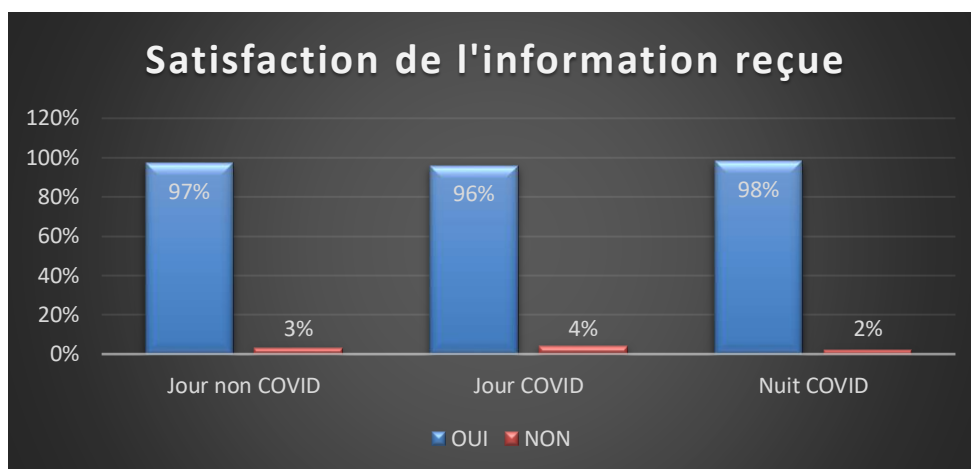


Figure 169 : Satisfaction de l'information reçue (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

Les résultats sont superposables entre la période non COVID et la période COVID, la quasi-totalité des patients déclare être satisfait de l'information transmise par le praticien avec une diminution de 1% (Jour non COVID N=557 ; Jour COVID N=354) durant la période COVID en journée (Figure 169).

Satisfaction du traitement reçu

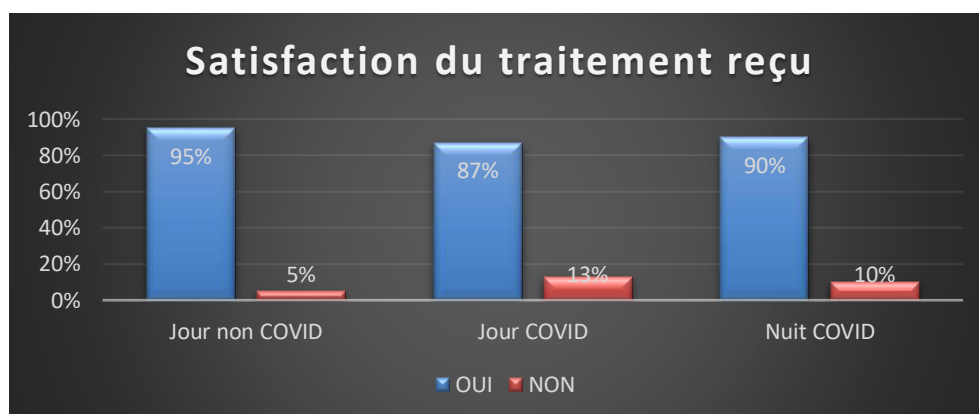


Figure 170 : Satisfaction par rapport au traitement (comparatif période non COVID, jour COVID et nuit COVID).

On observe qu'une grande majorité de patient est satisfaite du traitement reçu en période non COVID et en période COVID. Cependant, on note une diminution de 8% (Jour non COVID N=548 ; Jour COVID N=321) de la satisfaction vis-à-vis du traitement reçu en période de confinement par rapport à la période non COVID (Figure 170).

Recommandations et consultation

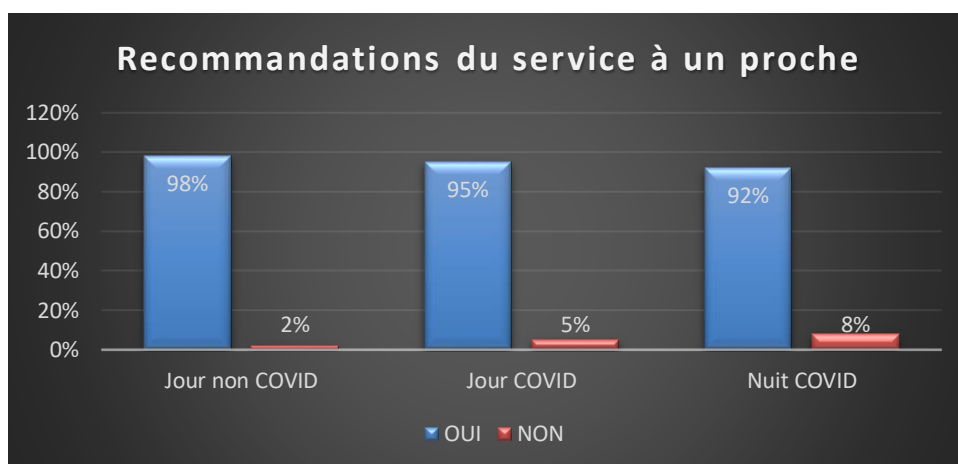


Figure 171 : Recommandation du service (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

Les résultats sont superposables entre la période COVID et la période non COVID, avec une légère augmentation des recommandations en période nuit covid (figure 171).

Consultation de nouveau

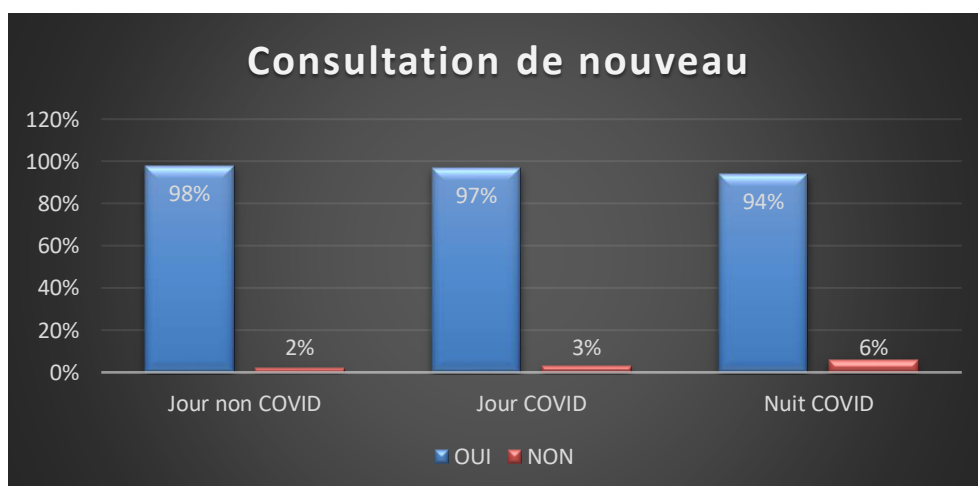


Figure 172 : Consultation de nouveau (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

Les résultats sont superposables entre la période COVID et la période non COVID. (figure 172).

6.3 Résultats des rappels téléphoniques

Nous avons comparé les résultats de notre étude en période COVID en journée à ceux de la période non COVID à propos des rappels téléphoniques à J1 J3 et J7.

6.3.1 Douleur

Score de douleur à J1

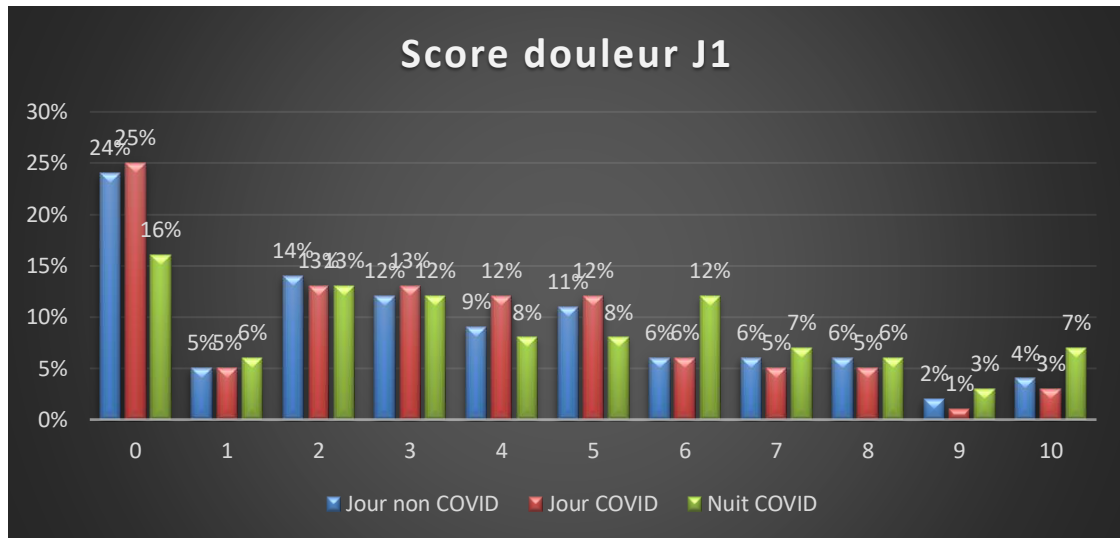


Figure 173 : répartition des scores de douleur à J1 en Période non COVID, Jour COVID en période et Nuit COVID en période.

La figure 173 compare la répartition des différents scores de douleur 24h après la consultation d'urgence en période non COVID (en bleue), en période COVID de jour (rouge) et de nuit (vert).

On retrouve les mêmes répartitions à quelques pourcentages près des scores de douleurs à J1 entre les services de jour en période COVID et non COVID.

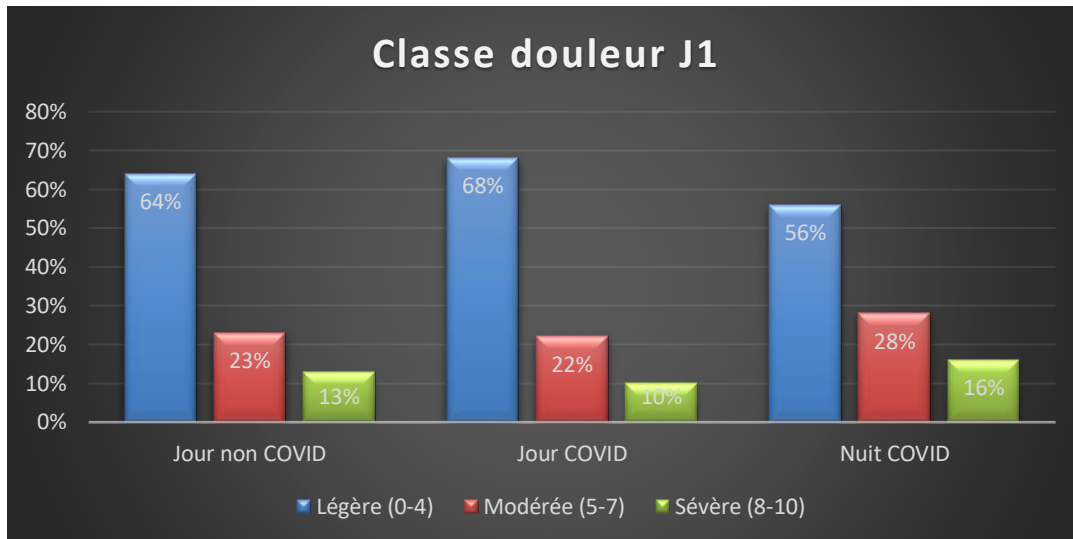


Figure 174 : répartition des scores de douleurs à J1 regroupés en 3 classes (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 174 présente les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère 1 jour après la consultation, en période non COVID, en COVID la journée et la Nuit.

On observe approximativement les mêmes répartitions. Il y a une augmentation de 4% (Jour non COVID N=272 ; Jour COVID N=203) des scores « légers » et une diminution de 3% (Jour non COVID N=62 ; Jour COVID N=29) des scores « sévères » de douleurs en période COVID de jour par rapport à la période non COVID.

Score de douleur à J3

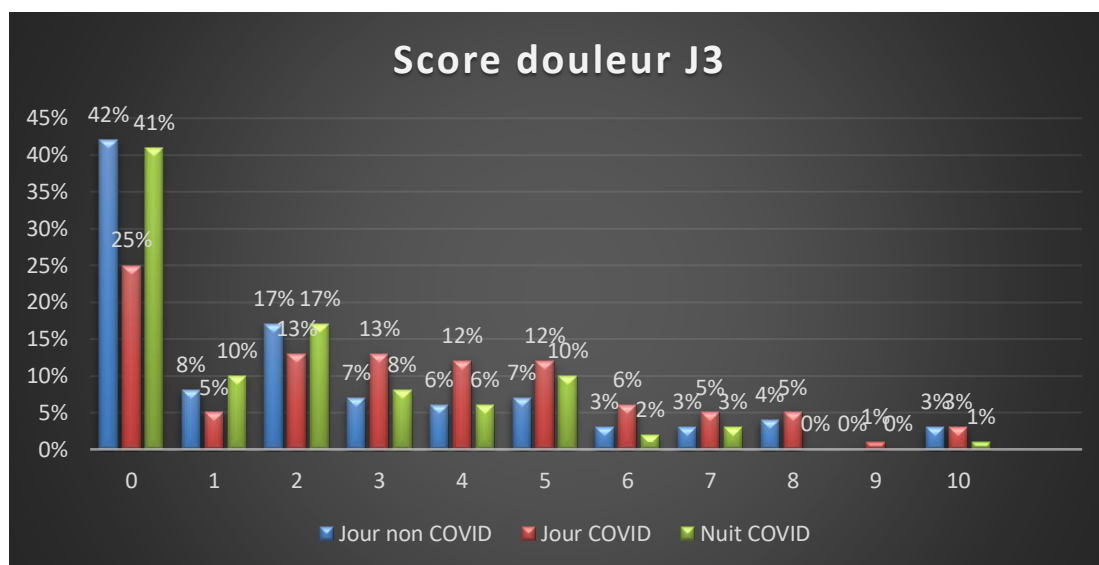


Figure 175 : répartition des scores de douleur à J3 en Période non COVID, COVID de jour et COVID de nuit.

La figure 175 compare la répartition des différents scores de douleur 3 jours après la consultation d'urgence en période non COVID (bleue), en période COVID de jour (rouge) et de Nuit (vert).

La répartition des scores de douleur entre la période non COVID et COVID de jour est différente :

- Pour le score de 0 : on note une différence inférieure de 17% (Jour non COVID N=181 ; Jour COVID N=114) pour la période COVID de jour.
- Pour les scores de 1 et 2 : on note une diminution de 3 (Jour non COVID N=35 ; Jour COVID N=26) et 4% (Jour non COVID N=72 ; Jour COVID N=35) pour la période COVID de jour.
- Pour les scores 3, 4 et 5 : il y a une augmentation de 5 à 7% en période COVID de jour.
- Pour les scores 6 à 10 : les résultats sont globalement similaires.

Il y aurait donc une meilleure réduction de la douleur en période de non crise COVID-19.

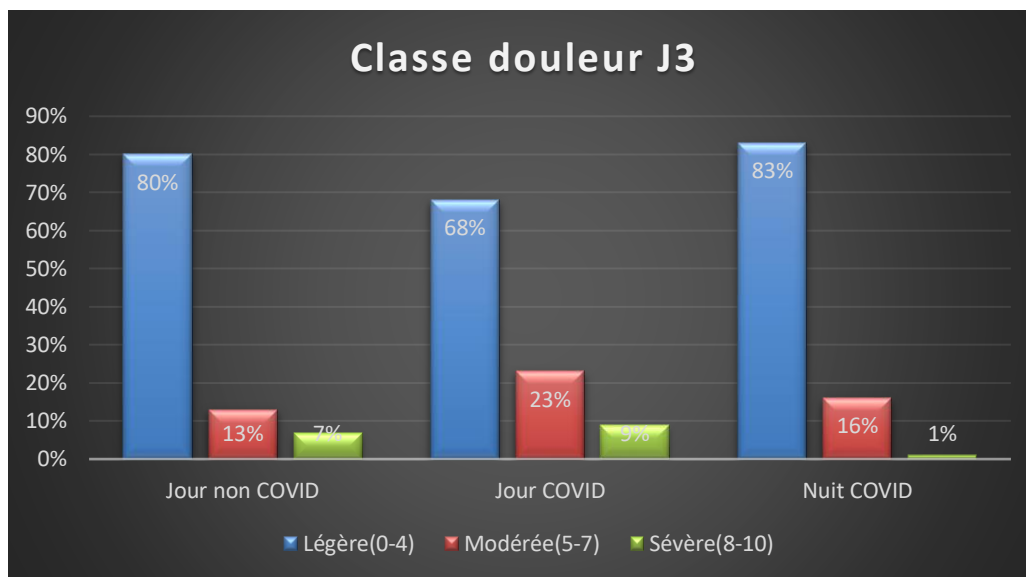


Figure 176 : répartition des scores de douleurs à J3 regroupés en 3 classes (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 176 modélise les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère 3 jours après la consultation, en période non COVID (bleue), en période COVID la journée (rouge) et la nuit (vert).

Les résultats entre ces différentes périodes suivent la même évolution. Cependant, la part de douleurs légères diminue de 12% (Jour non COVID N=343 ; Jour COVID N=215) au détriment de la période COVID de jour tandis que celles des douleurs modérées et sévères augmentent respectivement de 10% (Jour non COVID N=55 ; Jour COVID N=19) et 2% (Jour non COVID N=31 ; Jour COVID N=17).

La Figure 176 illustre la répartition des scores illustrés figure 175 qui démontrent un déplacement des proportions vers les douleurs modérées et sévères.

Score de douleur à J7

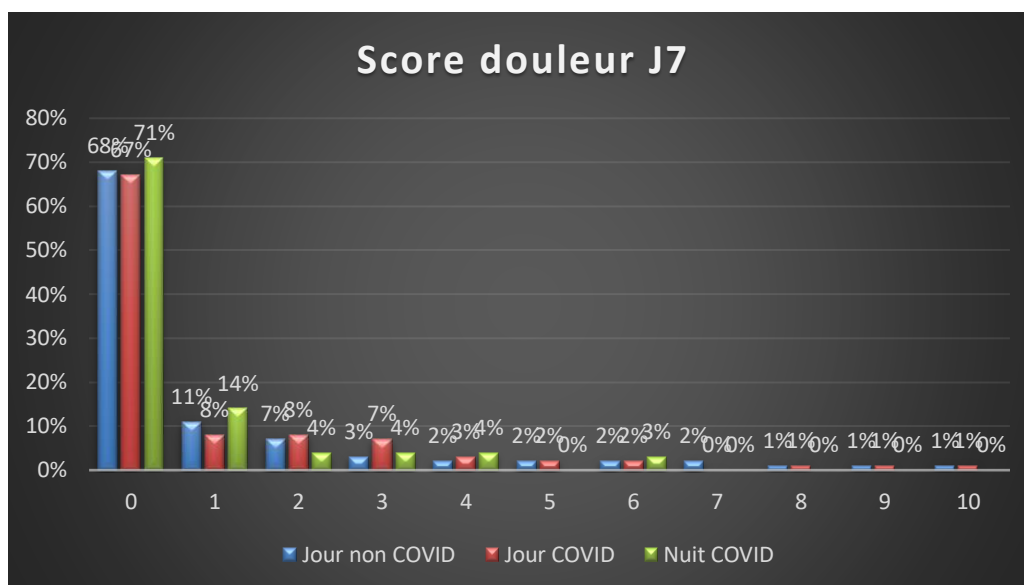


Figure 177 : répartition des scores de douleur à J7 durant la période non COVID, COVID de Jour et COVID de Nuit.

La figure 177 compare la répartition des différents scores de douleur 7 jours après la consultation d'urgence en période non COVID (bleue), COVID la journée (rouge) et la nuit COVID (vert).

La répartition des scores de douleurs à J7 en période COVID est superposable à celle en période non COVID.

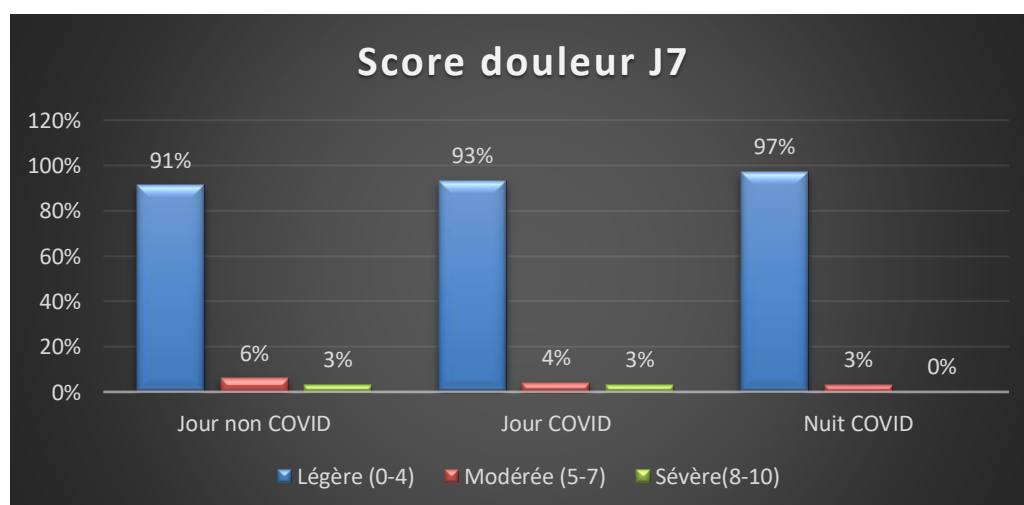


Figure 178 : répartition des scores de douleur regroupés en 3 classes à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 178 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de douleur : légère, modérée, sévère 7 jours après la consultation aux urgences en période non COVID (bleue), COVID la journée (rouge) et la nuit (vert).

Les résultats entre les périodes sont superposables avec toutefois une légère augmentation de la part de douleur légère (2%, Jour non COVID N=343 ; Jour COVID N=193) et une diminution de la part de douleur modérée (2%, Jour non COVID N=22 ; Jour COVID N=8) en période COVID pour les patients venus au service de jour.

6.3.2 Inquiétude

Score d'inquiétude à J1

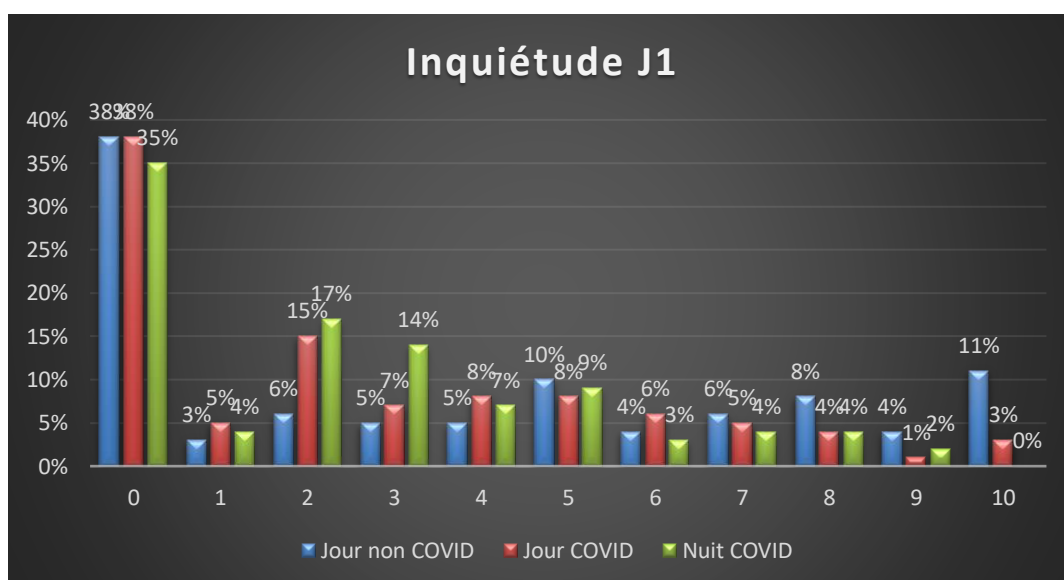


Figure 179 : répartition des scores d'inquiétude à J1 entre la période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID.

Sur la figure 179, on retrouve la répartition des scores d'inquiétude à J1 entre la période non COVID, la période COVID la journée et COVID la nuit.

Les 2 courbes ont sensiblement la même dynamique avec des écarts notables au niveau des scores de : 2/10 avec 9% (Jour non COVID N=30 ; Jour COVID N=45) d'augmentation et 4/10 avec 8% (Jour non COVID N=27 ; Jour COVID N=25) de diminution en période COVID de jour.

Pour les autres scores, les différences sont majoritairement inférieures à 3%.

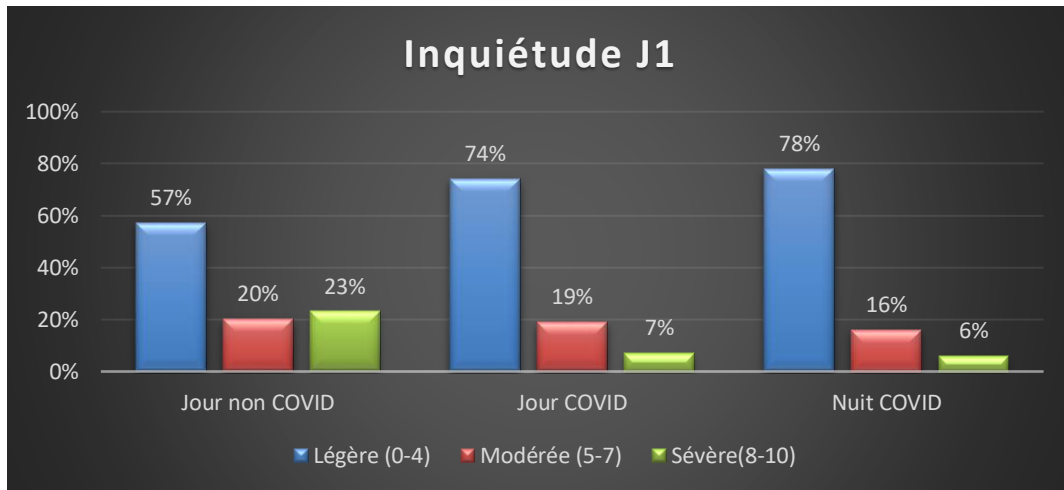


Figure 180 : répartition des scores d'inquiétude regroupés en 3 classes (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID)

La figure 180 illustre la répartition des scores d'anxiété à J1 entre la période de non crise sanitaire, la période COVID en journée et la nuit.

La proportion d'inquiétudes légères a augmenté de 23% en période COVID de jour par rapport à la période non COVID passant ainsi de 57%(N=287) à 74%(N=220).

On observe aussi une diminution de 16% de scores « sévères » : 23%(N=110) en période non COVID contre 7%(N=22) en période COVID de jour.

Score d'inquiétude à J3

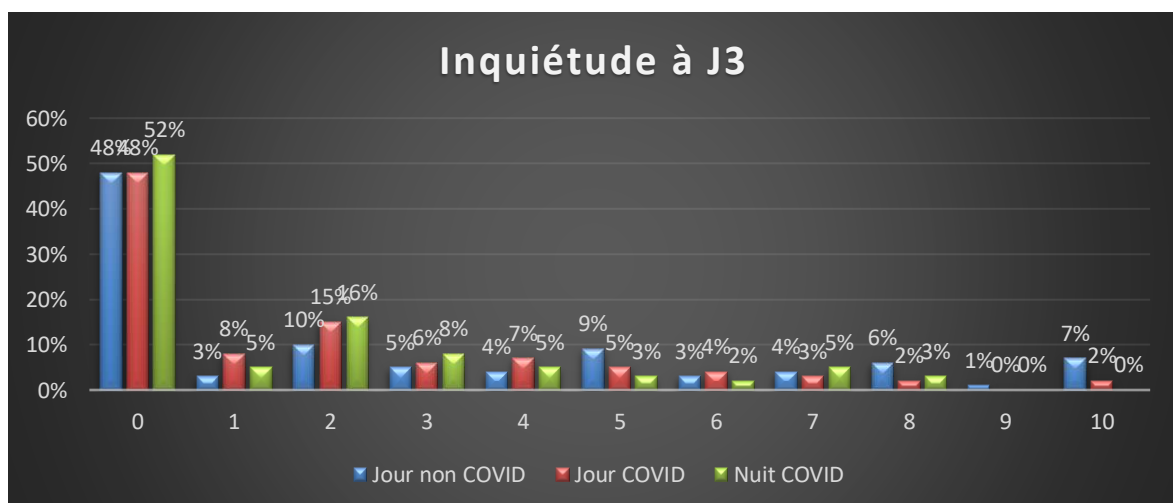


Figure 182 : répartition des scores d'inquiétude à J3 entre la période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID.

La figure 182 indique la répartition des différents scores d'inquiétude 3 jours après la consultation d'urgence en Période non COVID (bleu), en Jour COVID (rouge) et en Nuit COVID.

Les 2 courbes ont sensiblement la même dynamique avec des écarts notables au niveau des scores de : 1/10 et 2/10 qui ont 5% d'augmentation, 5/10 et 10/10 4% et 5% de diminution.

La répartition des scores est globalement similaire en Période non COVID et Jour COVID avec des écarts $\leq 5\%$.

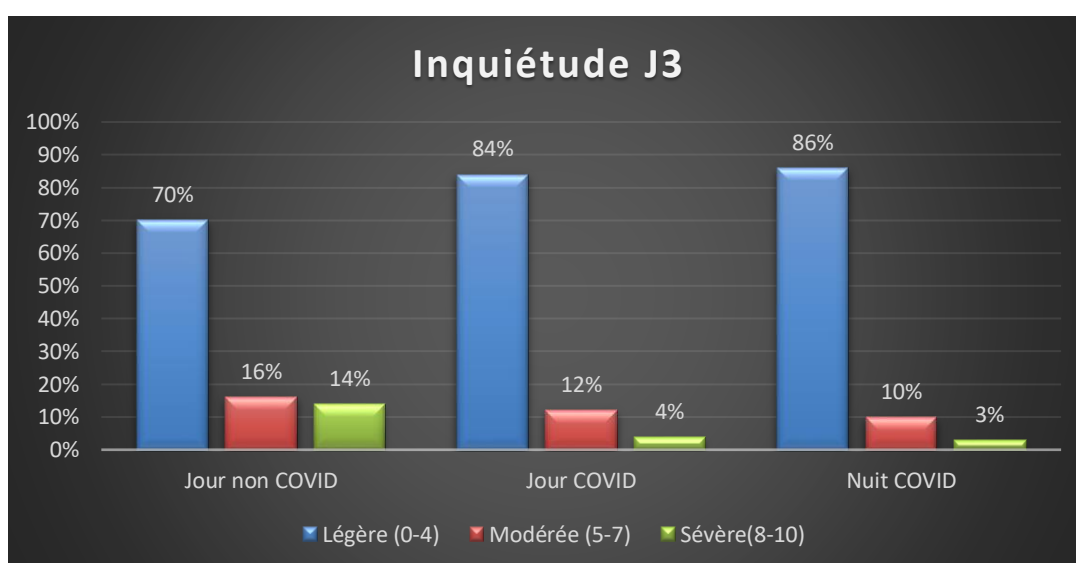


Figure 183 : répartition des scores d'inquiétude regroupés en 3 classes (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 183 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés d'inquiétude : légère, modérée, sévère 3 jours après la consultation d'urgence, en période non COVID, en période COVID la journée et la nuit.

Les résultats entre Période non COVID et COVID de jour suivent la même dynamique. En période COVID service de jour, 14% (Jour non COVID N=299 ; Jour COVID N=205) de patients supplémentaires décrivent leur inquiétude comme légère. On observe une diminution des proportions de patients avec une inquiétude modérée (-4%, Jour non COVID N=68 ; Jour COVID N=29) et sévère (-10%) passant de 14%(N=62) à 4%(N=12) en période COVID de jour.

Score d'inquiétude à J7

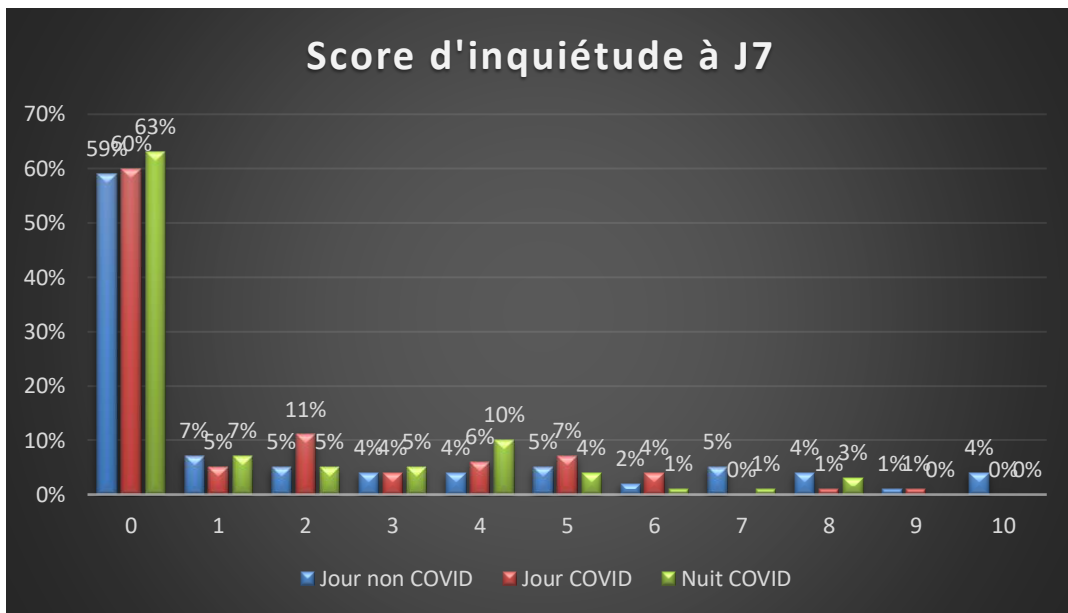


Figure 184 : répartition des scores d'inquiétude à J7 entre la période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID.

La figure 184 compare la répartition des différents scores d'inquiétude 7 jours après la consultation aux urgences en période non COVID (bleu), COVID la journée (rouge) et COVID la nuit COVID (vert)

Les résultats entre la période non COVID et la période COVID de jour suivent globalement la même répartition. Cependant, on note une augmentation de 7% (Jour non COVID N=17 ; Jour COVID N=23) pour le score de 2/10 en faveur de la période COVID de jour.

On voit également que seulement 1 patient (soit 0,4%) avait une inquiétude maximale à J7 en période COVID contre 4%(N=14) en période de non crise sanitaire.

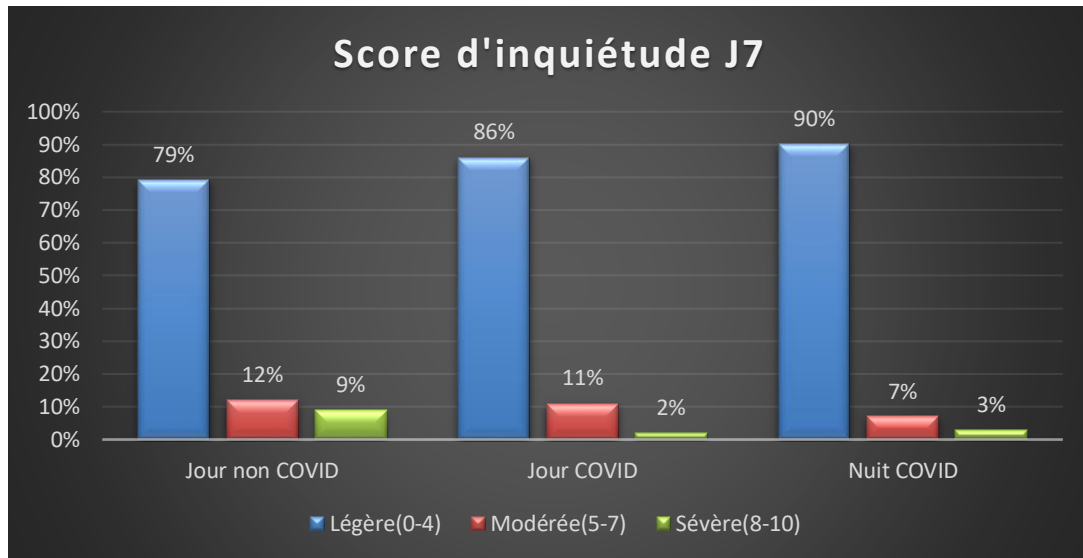


Figure 185 : répartition des scores d'inquiétude regroupés en 3 classes à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 185 illustre les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés d'inquiétude : légère, modérée, sévère 7 jours après la consultation aux urgences en période non COVID (bleu), COVID la journée (rouge) et COVID la nuit COVID (vert)

Les résultats entre la période non COVID et Jour COVID sont sensiblement semblables. On note néanmoins un transfert de 7% (Jour non COVID N=34 ; Jour COVID N=5) d'anxiété sévère en période non COVID vers l'anxiété légère (Jour non COVID N=295 ; Jour COVID N=179) en période COVID de jour.

6.3.3 État de santé générale

Score d'état de santé générale à J1

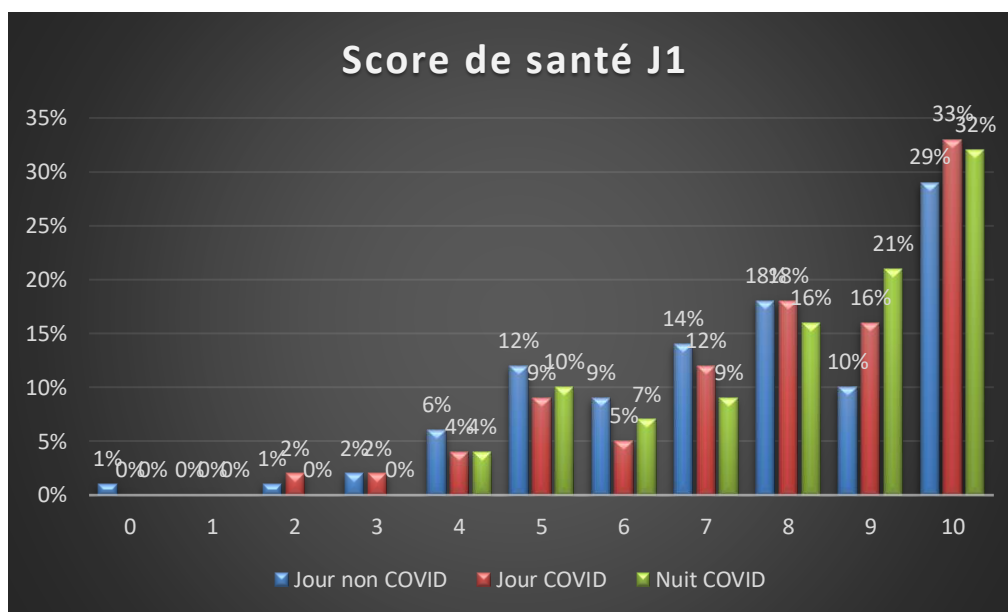


Figure 186 : Répartition des scores de santé à J1 (période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 186 compare les scores de santé à J1 en période non COVID (bleu), COVID la journée (rouge) et la nuit COVID (vert).

Les résultats entre la période non COVID et COVID de jour suivent la même tendance, cependant les proportions augmentent aux scores de 9 (+6%, Jour non COVID N=48 ; Jour COVID N=48) et 10 (+4%, Jour non COVID N=142 ; Jour COVID N=97) entre les 2 périodes au profit de la période COVID de jour. On note également une diminution de 2 à 4% des proportions des scores 4 à 7.

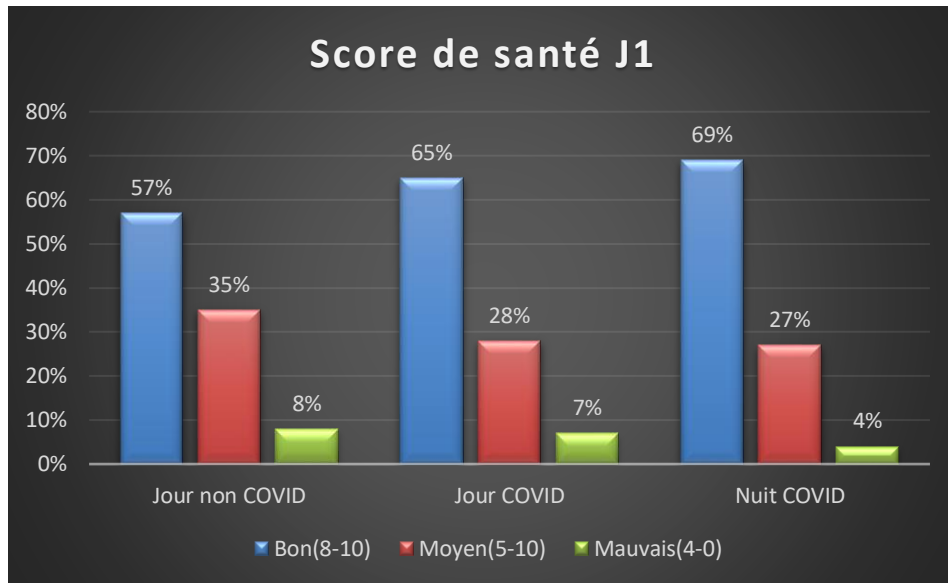


Figure 187 : répartition des scores de santé générale regroupés en 3 classes à J1 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 187 analyse les proportions de patients de l'échantillon selon 3 degrés de santé générale : bon, moyen et mauvais 1 jour après la consultation d'urgence, en période non COVID, COVID la journée et de nuit.

On retrouve ce transfert de score vers des valeurs plus hautes de la période non COVID à la période COVID de jour : 8% (Jour non COVID N=277 ; Jour COVID N=194) de plus en période COVID la journée (soit 65% de patients avec un « bon » état de santé général). 28% des patients (soit une diminution de 7%, Jour non COVID N=173 ; Jour COVID N=82) ont attribué un score « moyen » ; alors que 7%(Jour non COVID N=44 ; Jour COVID N=22) ont donné un résultat de santé « mauvais » en période COVID de jour (diminution de 1% par rapport à la période non COVID).

Score d'état de santé générale à J3

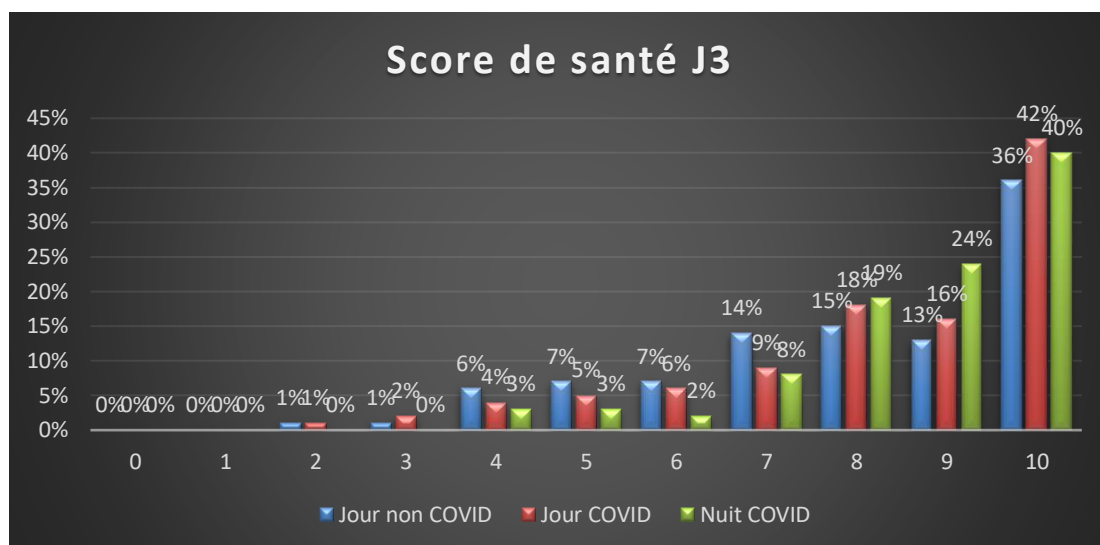


Figure 188 : Répartition des scores de santé à J3 (Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 188 est un histogramme comparatif de la répartition des scores de santé générale à J3 entre la période non COVID, COVID de jour et de Nuit.

Les résultats entre Période non COVID et Jour COVID suivent la même tendance, avec toutefois une différence plus importante pour le score de 10/10 : 6% (Jour non COVID N=152 ; Jour COVID N=102) de plus par rapport à la période non COVID.

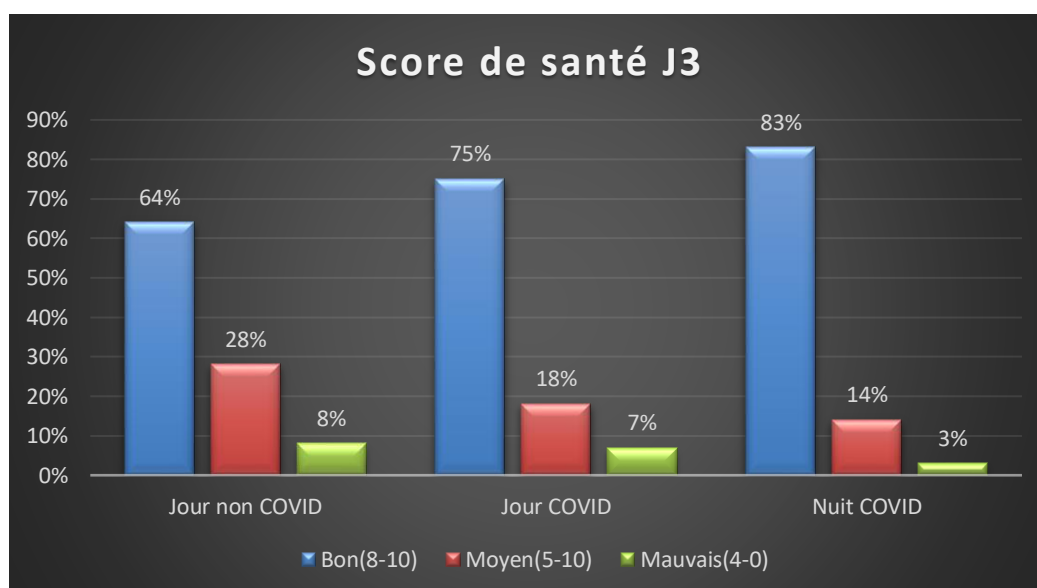


Figure 189 : répartition des scores de santé générale regroupés en 3 classes à J3 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 189 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 période non COVID, en période COVID la journée et COVID la Nuit.

Bien qu'il n'y ait pas de différences dans l'ordre de répartition des degrés d'état de santé général (1^{er} rang : bon, 2^e rang : moyen, 3^e rang mauvais) entre les différentes périodes, il y a un transfert des proportions d'état de santé moyen vers un état de santé bon de la population en période COVID de jour : 10% (Jour non COVID N=120 ; Jour COVID N=45) de diminution d'état de santé moyen pour 11%(Jour non COVID N=272 ; Jour COVID N=184) d'augmentation d'état de santé bon en journée COVID.

Score état de santé générale à J7

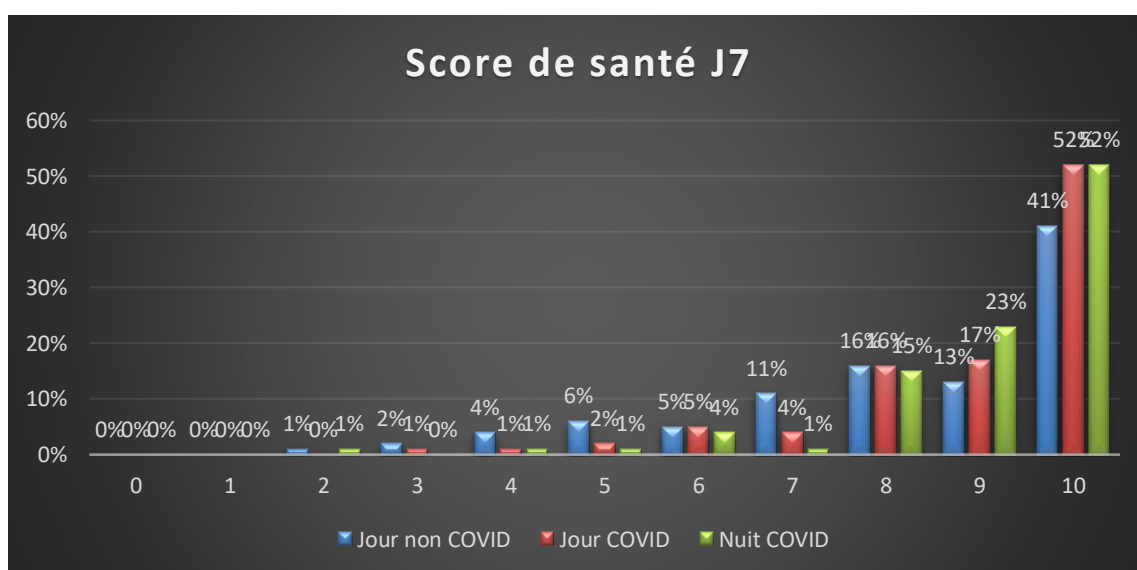


Figure 190 : Répartition des scores de santé générale à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 190 est un histogramme comparatif de la répartition des scores de santé générale à J7 entre la période non COVID (bleu), COVID de jour (rouge) et de Nuit (vert).

Les résultats entre les périodes non COVID et Jour COVID suivent la même tendance, cependant on observe un glissement vers des scores de santé général plus élevés en période de crise COVID la journée : +4% (Jour non COVID N=47 ; Jour COVID N=35) pour 9/10 et +11% (Jour non COVID N=155 ; Jour COVID N=108) pour 10/10.

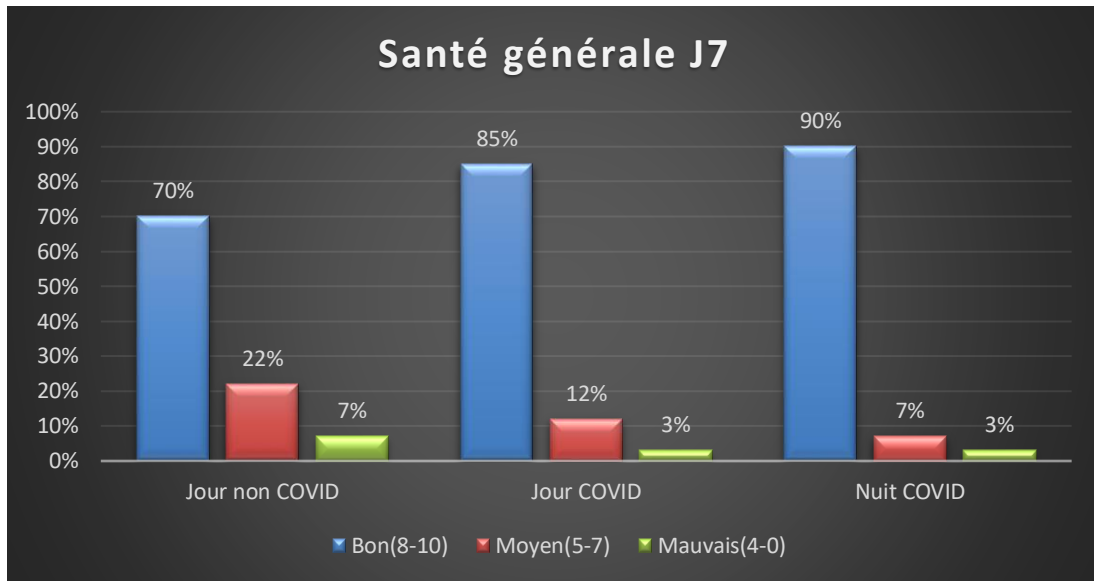


Figure 191 : Score de santé générale regroupé à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 191 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 période non COVID, COVID la journée et la nuit.

Les résultats entre la période non COVID et COVID de jour présenté figure 191 sont superposables. Néanmoins, on note une augmentation de 15% des patients avec un « bon » état de santé en faveur de la période COVID en journée : 85% (N=176) pendant la crise COVID contre 70% (N=263) en 2019 avant la crise COVID.

6.3.4 Suite des soins

a) Nouvelle consultation

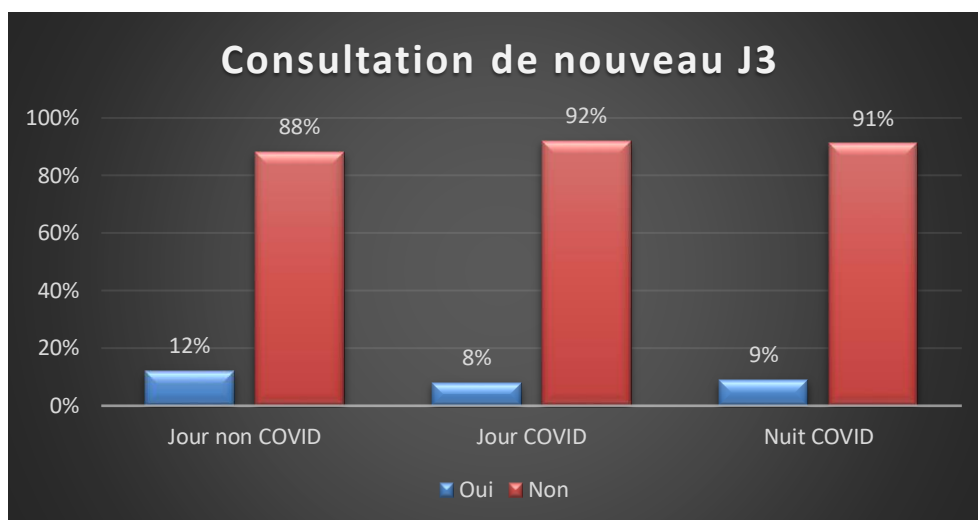


Figure 192 : Consultation de nouveau à J3 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 192 est un comparatif à J3 entre la période non COVID, COVID de jour et de Nuit concernant la question suivante « Avez-vous consulté de nouveau ? ».

En ce qui concerne la période non COVID et COVID en journée, la part de patients ayant consulté de nouveau à J3 a diminué de 4% (Jour non COVID N=53 ; Jour COVID N=19).

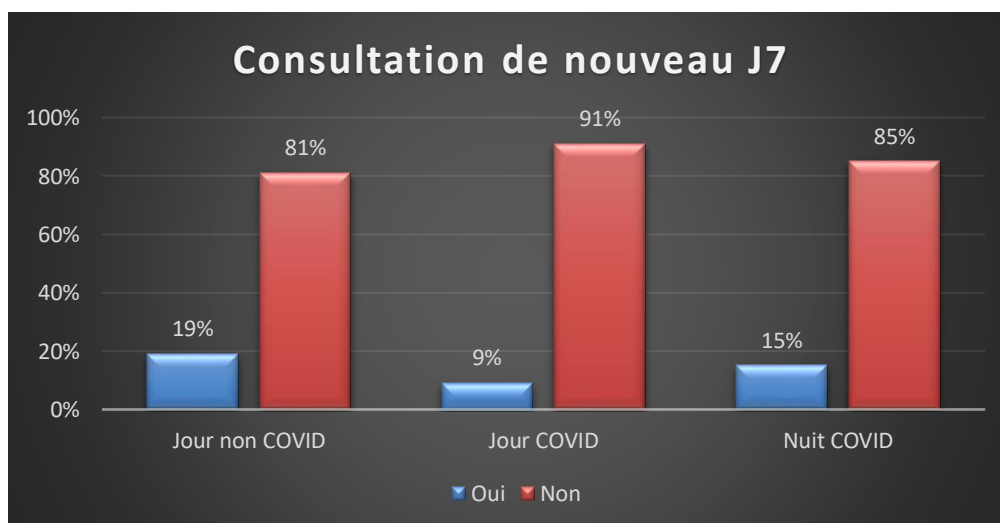


Figure 193 : Consultation de nouveau à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 193 est un comparatif à J7 entre la période non COVID, COVID de jour et de Nuit concernant la question suivante « Avez-vous consulté de nouveau ? ».

La part de patients ayant consulté de nouveau à J7 a diminué de 10% (Jour non COVID N=71 ; Jour COVID N=16) en période de confinement la journée par rapport à la période non COVID.

b) Suivi des instructions

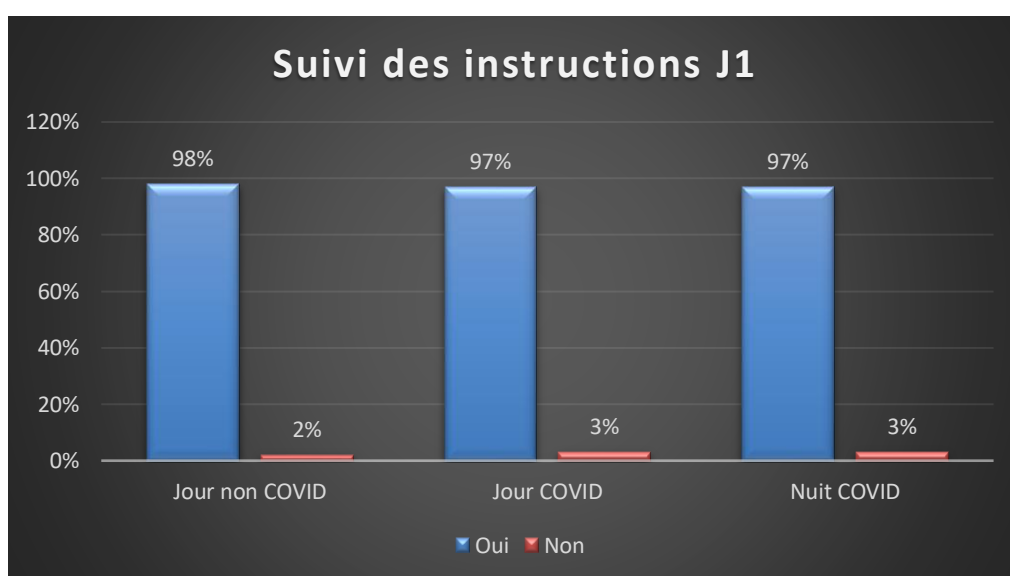


Figure 194: Suivi des instructions à J1 (Comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID)

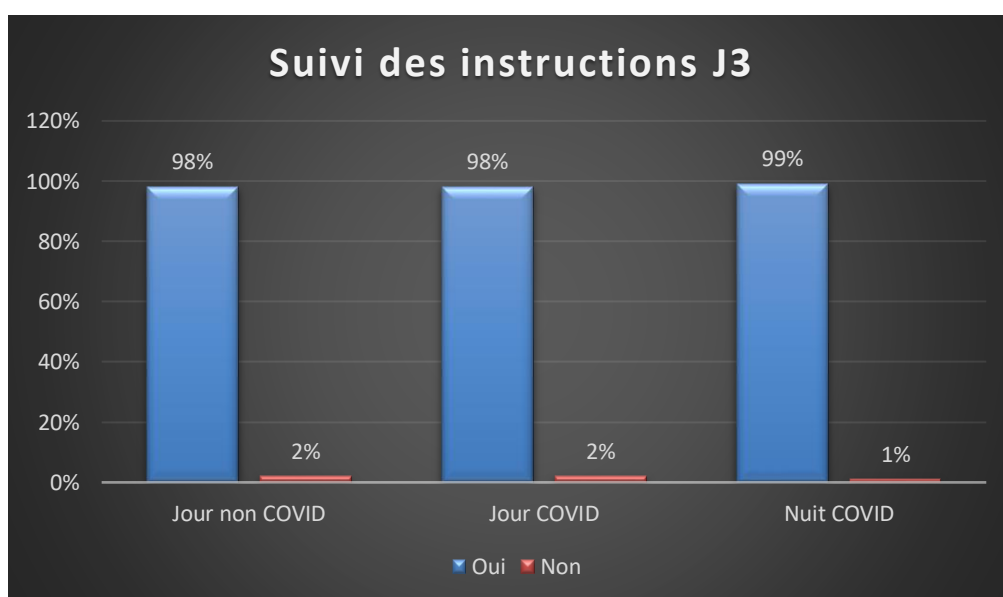


Figure 195 : Suivi des instructions à J3 (comparatif Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

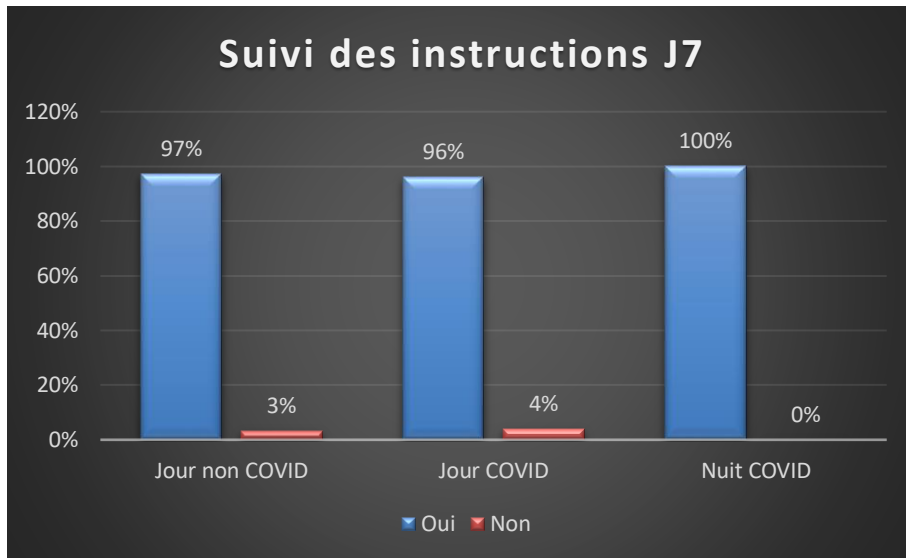


Figure 196 : Suivi des instructions à J7 (comparatif Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

Les figures 194, 195 et 196 exposent l'évolution entre J1 J3 et J7 de la part des patients ayant suivi les instructions en période non COVID, en période COVID la journée et la nuit.

Il n'y a apparemment pas de différence concernant les résultats de suivi des instructions à J1, J3 et à J7 entre les différentes périodes.

c) Suivi de la prescription

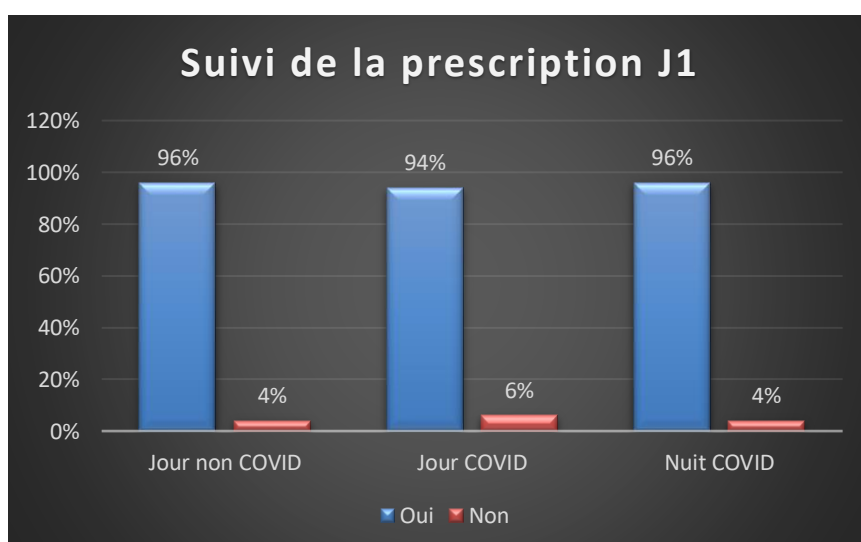


Figure 197 : Observance de la prescription à J1 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

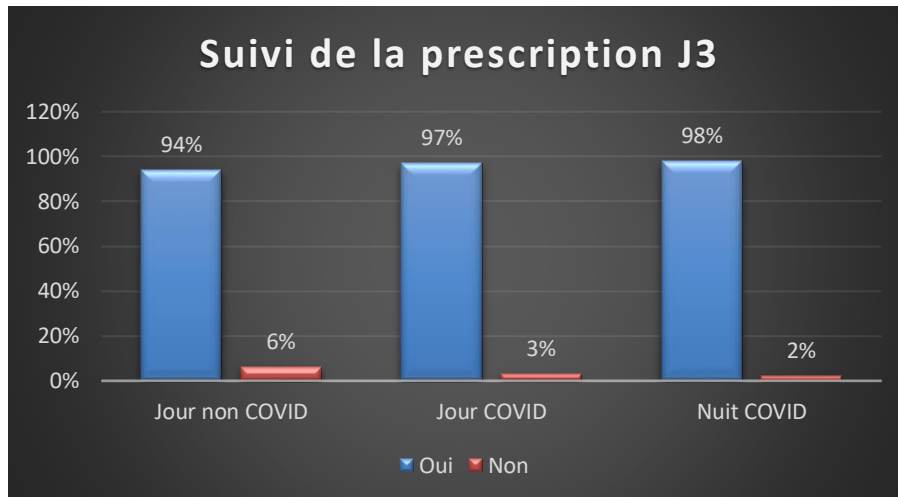


Figure 198 : Observance de la prescription à J3 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

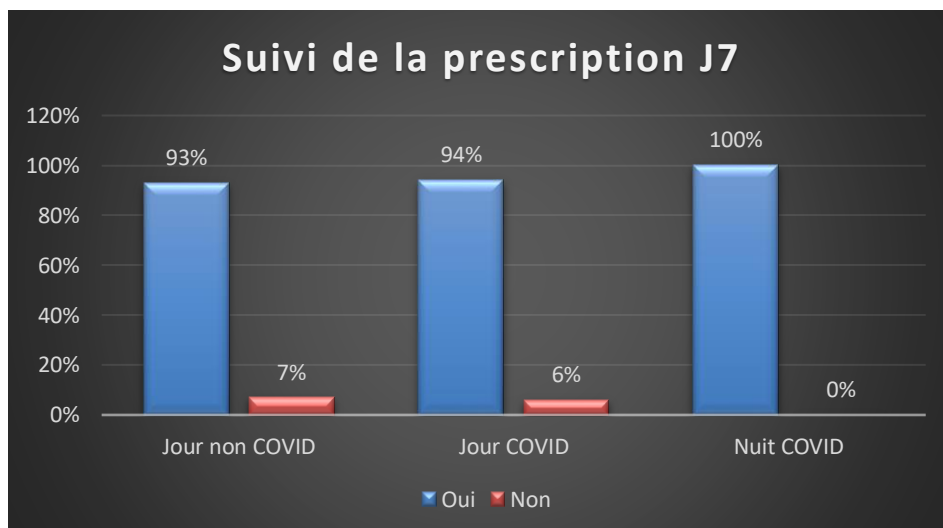


Figure 199 : Observance de la prescription à J7 (comparatif Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

Les figures 197, 198 et 199 exposent l'évolution entre J1, J3 et J7 de la part des patients ayant suivi la prescription en période non COVID, en période COVID de jour et de nuit.

Une très légère différence ($\leq 3\%$) dans l'observance des traitements est notable entre la période jour COVID et non COVID.

Les patients respectaient pour la grande majorité les prescriptions données aux urgences.

Prise de rendez-vous de suite de soins

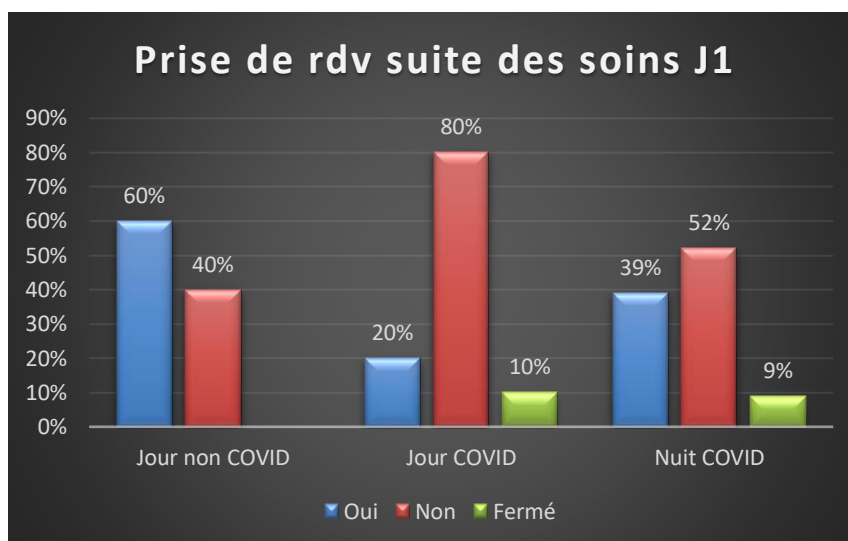


Figure 200 : prise de rendez-vous à J1 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID)

La figure 200 décrit la proportion de patients ayant pris un rendez-vous à la suite des soins d'urgence à J1. La catégorie « Fermé » a été rajoutée pour la période COVID en raison du contexte particulier de la crise sanitaire où les cabinets dentaires étaient inactifs.

A J1, 40% (Jour non COVID N=297 ; Jour COVID N=53) de patients en moins (soit 20% des patients) ont pris rendez-vous chez leur dentiste. On note qu'au moins 10% (N=27) d'entre eux ont essayé de prendre rendez-vous mais sans succès.

80% (N=218) des patients en période COVID n'ont pas essayé de prendre rendez-vous contre 40% (N=199) en période non COVID. Cette différence peut également s'expliquer du fait que les patients savaient les cabinets fermés et attendaient la fin du confinement pour prendre rendez-vous.

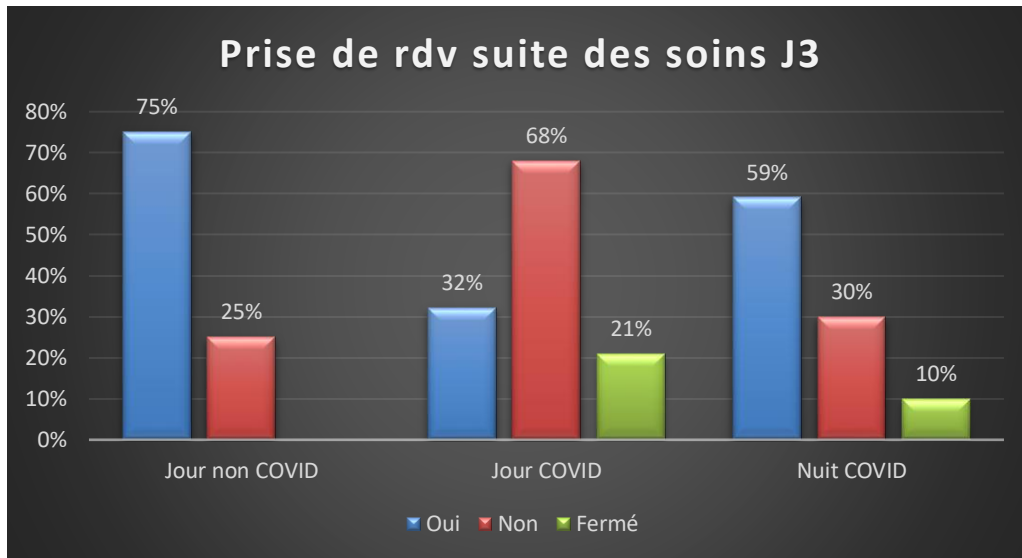


Figure 201 : Prise de rendez-vous à J3 (comparatif Période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 201 représente la proportion de patients ayant pris un rendez-vous à la suite des soins d'urgence à J3.

En période COVID de jour, la proportion de patients ayant pris un rendez-vous pour la suite des soins est de 32%, soit une diminution de 43% (Jour non COVID N=338 ; Jour COVID N=65) par rapport à la période non COVID.

A noter que 21% (N=42) des patients ont déclaré ne pas avoir réussi à prendre rendez-vous car les cabinets étaient fermés.

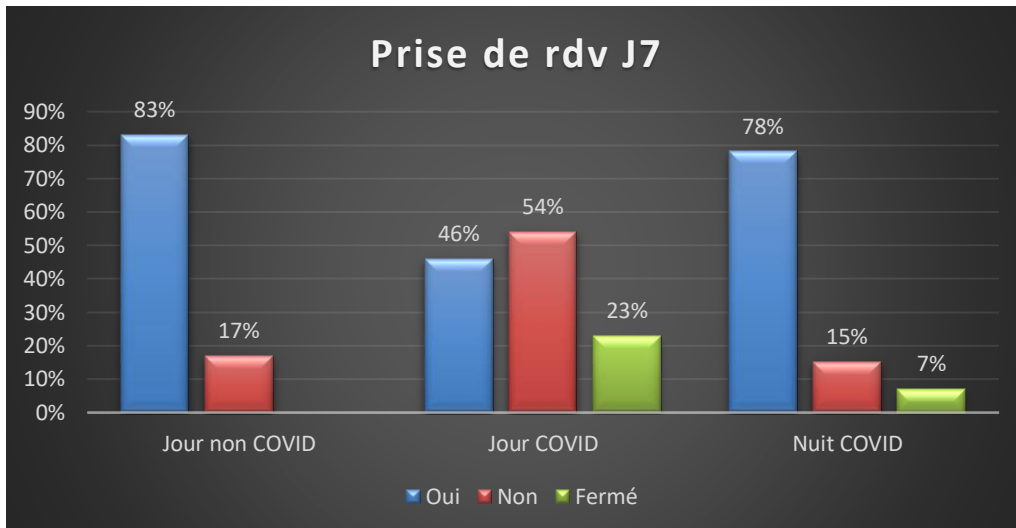


Figure 202 : prise de rendez-vous à J7 (comparatif période non COVID, Jour COVID et Nuit COVID).

La figure 202 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 Jour COVID est de 46% (Jour non COVID N=347 ; Jour COVID N=78) soit 37% de moins qu'en Période non COVID. L'écart constaté est quasiment le même qu'observé à la figure précédente.

A J7, 23% (N=40) des patients ont déclaré ne pas avoir pris rendez-vous pour cause de fermeture des cabinets.

7. Discussion

7.1 Analyse descriptive de l'échantillon

La **figure 203** 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 203 : 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 7 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 39 ans le jour en période COVID et 34 ans la nuit en période COVID.

Il s'agit donc d'une population relativement jeune, ce qui est en accord avec la plupart des autres études (figure 203). 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 observée aurait très bien pu être assurée dans le cadre d'une activité libérale. Toutefois, notre étude a été réalisée en période de confinement durant laquelle les cabinets dentaires étaient fermés. Il y avait par conséquent une diversité plus importante des patients consultant aux urgences, avec davantage de patients jeunes, bénéficiant d'une couverture sociale et ayant un suivi régulier.

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 » ; tandis que 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 (77% en période COVID de jour et 74% en période COVID de nuit) avaient une protection sociale « non précaire » et plus de 30% ont été considérés comme « précaires ». Cette différence pourrait s'expliquer par deux raisons :

- La première étant 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 au vu 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 avec la CMU car l'accès aux soins en cabinet libérale est facilité.

- La deuxième raison correspond à la période de confinement COVID-19. Les cabinets libéraux ainsi que les centres dentaires étant fermés, les patients « non précaires » n'avaient pas accès aux soins. Ainsi, beaucoup d'entre eux consultaient aux urgences par impossibilité d'avoir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste.

7.3 Recrutement des patients

En période de crise COVID, la majorité des patients (27% le jour et 31% la nuit) ont consulté aux urgences de la Pitié Salpêtrière car ils étaient déjà venus dans le service ; à noter que certains disaient être déjà venus pendant cette période de confinement et consultaient à nouveau. 20% ont trouvé le service via Internet / service COVIDENT, 19% ont été orientés vers le service par un autre hôpital ou le 15, 16% ont connu le service par leur famille/amis et moins de 10% (8% le jour et 2% la nuit) ont été dirigés au SAU par leur chirurgien-dentiste ; La recommandation «amis/famille » n'est donc plus majoritaire comme l'avaient déjà souligné *Thery 2002 ; Scully 1995 ; Chiche 2007 ; Alcabes & Demeestère 2020* qui rapportent que respectivement 36%, 29% et 27% de la population se déterminent 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.

4) En raison de la période de confinement, les patients ne pouvaient recevoir que des traitements d'urgence et non aboutis. Certains patients revenaient ainsi aux urgences en raison de douleurs persistantes ou encore d'autres motifs non urgents (couronne descellée, perte de l'obturation temporaire ...)

Lors de ce confinement, deux tiers de l'échantillon de jour (65%) et plus de la moitié de l'échantillon de nuit (54%) a essayé de prendre rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste de ville avant de se présenter aux urgences, mais en vain. La raison essentielle était l'impossibilité d'avoir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste (76% le jour ; 89% la nuit) du fait de la fermeture des cabinets dentaires.

Dans l'étude de *Chiche 2007*, 16.6% de la population fréquentant les urgences odontologiques ont été adressés par leur chirurgien-dentiste (soit un pourcentage similaire au notre dans l'échantillon de Jour et supérieur à celui de notre échantillon de nuit). Dans l'étude d'*Alcabas & Demeestère 2020*, 43% avaient été adressés par leur chirurgien-dentiste, ce qui est largement supérieur à nos résultats : cette différence peut s'expliquer du fait de l'impossibilité des patients à joindre leur praticien en raison de la fermeture des cabinets dentaires en période de confinement.

Ces résultats traduisent les difficultés du système libéral à répondre à la demande de prise en charge des urgences dentaires : en effet, en temps normal : la majorité des chirurgiens-dentistes rajoutent entre deux rendez-vous les urgences des patients connus de leur cabinet. En période de crise sanitaire, les cabinets dentaires étant complètement fermés, il était impossible pour les patients de consulter leur dentiste en urgence : la seule option était alors l'hôpital (même si quelques centres dentaires ont ouvert vers la fin du confinement), 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, 35% des patients le jour et 46% des patients la nuit se sont présentés directement au SAU, sans essayer de consulter un chirurgien-dentiste au préalable. La raison de cette démarche n'a pas été recherchée mais quelques patients nous ont dit qu'ils savaient les cabinets dentaires fermés et n'ont donc même pas essayé de prendre rendez-vous ; *Sayers et al.2004* observent un pourcentage bien 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*).

En période COVID, plus de deux tiers des patients venus aux urgences (69% le jour et 68% la nuit) ont déclaré avoir consulté leur chirurgien-dentiste il y a moins d'un an. Les autres, c'est-à-dire environ 30% n'ont pas consulté depuis plus d'un an dont 8% 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 notre étude, on peut tout de même noter une supériorité de la proportion de patients avec un suivi régulier qui peut s'expliquer par la fermeture des cabinets due au confinement total ayant eu lieu durant la période COVID. En effet, les patients suivis habituellement par un chirurgien-dentiste n'avait d'autre choix que de venir aux urgences pour se faire soigner. 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, Itiers payant ou plus récemment le RACO) mais également l'existence au sein du GHPS ainsi qu' à Henri-Mondor(Créteil) de consultations 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 par le fait que ces études étant plus anciennes, le niveau d'information des patients, ainsi que l'accès aux soins dentaires 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.

Contrairement à l'étude précédente, le renoncement aux soins bucco-dentaire n'a pas été observé dans notre étude. En effet d'une part, nous rappelons que les patients ne possédaient aucune autre option que de venir aux urgences pour se faire soigner; d'autre part, bon nombre de consultants se faisant déjà soigner par leur chirurgien-dentiste, leur douleur pouvait résulter du non aboutissement des soins préalablement entamés.

Les données de notre étude mettent donc en évidence que l'arrêt des soins généraux et des urgences (de villes) par les chirurgiens-dentistes a participé à l'engorgement du service d'accueil des urgences dentaires (SAU). Un travail d'organisation du système de santé dentaire ainsi que de santé publique en cas de confinement total semble donc nécessaire.

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.

Pendant la période de confinement COVID-19, la grande majorité (93% la journée ; 95% la nuit) des patients sont venus aux urgences car les cabinets dentaires étaient fermés. Parmi ces patients, seulement 17% ont été dirigés vers le SAU par leur praticien en journée, et 6% la nuit. Cela montre le manque d'information des patients relatif aux soins dentaires : il paraît important d'améliorer le parcours de santé (améliorer l'accès aux consultations générales et

d'urgences) et notamment l'information sur les différentes options de soins (savoir par exemple qu'il n'y avait que les urgences hospitalières) en cas de confinement total. Il est à noter que des solutions alternatives avaient tout de même été créées telles que la plateforme COVIDENT, ou le développement de la pratique des téléconsultations...

Les autres raisons telles que la persistance des douleurs, le coût des soins ou encore le délai d'attente n'étaient présentes qu'en très faible proportion.

Dans notre étude, 83% de l'échantillon a déclaré consulter à cause de douleurs. Ce pourcentage est comparable à ceux de *(Alcibes & Demeestère 2020)* qui relèvent un taux de 90% et d'autres plus anciens dans la littérature : 88% *(Gibson et al.1993)*, 79% *(Scully.1995)*, 73% *(Sayers et al.2004)*, 58%, *(Thery 2002)*, 39% *(Anderson et al.2003)*.

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. Dans notre étude, en période COVID de jour, 3% (N=13) ont consulté pour avoir un avis. Ce taux a donc sûrement diminué grâce au développement de l'information sur la santé bucco-dentaire et un meilleur accès à cette information (via les médias etc).

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). Néanmoins, ce motif de consultation n'excède pas 3% des consultants de notre étude en période COVID. Cela peut s'expliquer par l'absence des causes

principales de traumatisme en raison du confinement total, soient les accidents sportifs, les agressions et les accidents de la voie publique. En outre, cette étude concerne les patients de 9 mois à 70 ans, ce qui explique cette différence majeure dans la mesure où les enfants représentaient la majorité des traumatismes dentaires (64%) ; alors que la nôtre exclut les patients mineurs.

Dans notre étude, les diagnostics les plus fréquemment posés sont ceux de l'abcès alvéolaire aigu (24% le jour et 26% la nuit), la parodontite apicale aiguë (20% le jour et 26% la nuit), suivi par la pulpite irréversible (13%). Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude URGDENT Jour et sont également 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 de jour en période COVID, 56% (N=205) des patients ont reçu une prescription, 26% des patients ont bénéficié d'une extraction (N=97), 9% (N=34) de soins endodontiques, 8% (N=31) ont simplement reçus des conseils. Ces résultats sont en accords avec ceux de l'étude URGDENT par *Alcabes & Demeestère (2020)* ce qui est positif dans la mesure où, malgré les mesures sanitaires, la psychose vis-à-vis du COVID-19 et la quantité importante des patients venants aux urgences dentaires, le service continue d'effectuer les soins nécessaires de la même manière qu'en période de non crise sanitaire. On peut tout de même noter une diminution du taux d'acte endodontique (18% pour l'étude URGDENT contre 9% pour notre étude). Cela peut s'expliquer par l'impossibilité de réaliser cet acte en box ouvert compte tenu des aérosols. Ce soin devait donc être réalisé soit au PI, où étaient déjà effectuées les extractions, ou dans l'unique box fermé des urgences. Il est donc important d'améliorer la structure ainsi que l'organisation du service d'urgence afin d'augmenter la capacité de soins en cas de conditions particulières de crise sanitaire.

En ce qui concerne l'échantillon de nuit en période COVID : 82% (N=108) ont reçu une ordonnance, 5% (N=7) ont bénéficié d'une avulsion, 6% (N=8) de soins endodontiques et 6% (N=8) ont juste reçus des conseils. Le taux de soins réalisés était largement inférieur lors du service de nuit. Cela peut s'interpréter par la présence d'un unique box fermé où l'on pouvait réaliser les soins, le PI étant fermé la nuit. En outre, le nombre d'actes réalisés était opérateur-dépendant : selon les gardes et pour un même diagnostic, certains praticiens prescrivaient uniquement une ordonnance et préconisaient de revenir aux urgences la journée pour se faire soigner, tandis que d'autres effectuaient les soins nécessaires. Il y a donc une non-égalité des soins promulgués aux urgences durant le service de nuit à améliorer.

Néanmoins, que ce soit le jour ou la nuit en période COVID, les patients étaient très satisfaits d'avoir un suivi téléphonique après leur passage aux urgences : nos appels leur ont apporté un support moral et de l'aide en cette période difficile pour soulager leurs problèmes dentaires.

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 dans notre étude par la forte demande en soins d'urgence à laquelle le service doit répondre face à la fermeture de l'odontologie de ville due au confinement total. Toutefois, malgré des temps d'attentes assez importants, il s'est avéré que les patients acceptaient celle-ci sans être insatisfaits dans la mesure où ils étaient consciencieux et reconnaissants de la mobilisation du service en cette période de crise sanitaire.

7.8 Perception de l'état de santé

Les patients de l'échantillon perçoivent, tout comme dans l'étude d'*Alcades & Demeestère 2020*, 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

En conclusion, nous avons évalué les caractéristiques sociodémographiques et la prise en charge des patients consultant au sein des urgences odontologiques de la Pitié-Salpêtrière (SAU), ainsi que le suivi et l'évolution de leur situation pathologique le jour et la nuit en période de crise COVID-19. Nous avons également comparé ces données avec le service de jour avant l'apparition du virus du COVID-19 via la précédente étude URGDENT.

Premièrement, nous avons vu dans la première partie du questionnaire les caractéristiques de la population étudiée, ainsi que la douleur et l'anxiété du patient avant la consultation. Les résultats de cette partie sont globalement similaires à ceux de l'étude URGDENT de jour en période non COVID-19. Les points essentiels sont:

- Le motif de consultation principal reste le même : la douleur, avec une douleur à J-1 et J0 très majoritairement modérée à sévère.
- L'anxiété du patient vis-à-vis de la consultation était légère, mais les patients étaient légèrement plus anxieux durant la crise COVID-19.
- Les diagnostics infectieux étaient les plus nombreux et la prescription exclusive sans acte était le traitement le plus souvent effectué dans le SAUO

Cependant, dans cette même partie, nous avons pu mettre en évidence plusieurs points divergents de la période de non crise sanitaire :

- Les consultants avec Sécurité Sociale fréquentant les urgences ont été plus nombreux le jour et la nuit en période COVID-19 qu'en période non COVID-19 de jour.
- Les patients ayant consulté pendant cette période de confinement avaient un suivi dentaire plus régulier.
- Une proportion plus importante de patients avait essayé d'avoir un rendez-vous chez leur chirurgien-dentiste avant de venir au SAU en période de confinement.
- Une très grande majorité des consultants était venue car les cabinets dentaires étaient fermés pendant la crise COVID-19.

Dans une deuxième partie, nous avons évalué la satisfaction des patients selon plusieurs critères après leur passage aux urgences. Les patients ont été globalement très satisfaits des urgences odontologiques. Nous avons pu noter une augmentation des notes de satisfaction en période COVID-19 par rapport au service de jour en période de non crise sanitaire (les différences des moyennes des notes vont de 0 à +1.49 points).

Les patients souhaitaient, afin d'améliorer le service, une réduction du temps d'attente ainsi que des informations relatives à ce temps (ex : panneau qui indique environ dans combien de temps ils vont être appelés ou leur ordre de passage).

Malgré un manque de diversité d'actes effectués aux urgences souligné par les patients (absence de soins courants, de rescelllements, de détartrage...), ceux-ci étaient majoritairement satisfaits de leur prise en charge en cette période de crise COVID-19.

Troisièmement, nous avons analysé les résultats des rappels téléphoniques à J1, J3 et J7 afin de suivre l'évolution de la douleur, de l'inquiétude et le suivi des recommandations.

- Les consultants ont eu tendance à évaluer plus favorablement leur état de santé général durant la période COVID-19 de jour et de nuit par rapport au jour en non crise sanitaire. Les patients de la nuit en période COVID-19 ont attribué de meilleurs scores de santé que le jour COVID-19 que ce soit à J1, J3 et J7.
- La population de période COVID-19 présentait moins d'anxiété sévère à J1, J3 et J7 que la population de jour en période non COVID-19, et, en période COVID-19, celle de nuit était moins anxieuse par rapport à leur problème dentaire que celle de jour.
- La consultation a apporté une diminution substantielle de la douleur. Les consultants en période de COVID-19 avaient des douleurs plus sévères qu'en période de non crise sanitaire. Néanmoins, la diminution de la douleur au fil du temps était plus importante en période COVID avec une moyenne de douleurs à J7 presque égale à la période non COVID, voire inférieure la nuit en période de crise sanitaire.

La prise en charge au sein du service d'urgence en période COVID a permis une réduction significative de la douleur et de l'anxiété avec une satisfaction globale élevée malgré la fermeture des cabinets libéraux et le contexte de crise sanitaire présent.

Si cette étude révèle que les consultants sont globalement satisfaits du service d'urgences, des améliorations du service sont envisageables afin d'améliorer l'organisation du service en cas de nouvelle crise sanitaire.

Certaines peuvent être menées simplement, comme l'amélioration des conditions d'accueil ; d'autres relatives au temps d'attente, aux locaux (modernité et propreté) nécessitent une réorganisation structurelle, une augmentation de moyens humains et financiers, ou une augmentation de la capacité opérationnelle et de la diversité des soins.

Si les résultats de l'évaluation s'avèrent donc très positifs, un travail de réflexion et d'amélioration de l'organisation du système de santé bucco-dentaire en cas de re-confinement total devrait être mené afin d'éviter à nouveau l'engorgement du service d'accueil des urgences dentaires du GHPS et la carence de prise en charge de la population.

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, Gérard 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 Chirugiens-Dentistes*. 2003;15:15-17.
- Ahossi V, Devoise L, Tazi M, Perrin D . Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon : analyse de 12 mois d'activité. *C l i n i q u e* 2002;23(3):165-170
- Alcibes M, Demeestere G. 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 [Thèse d'exercice : santé publique].[Paris] : Université Paris Diderot. UFR d'odontologie Garancière ; 2020.
- Anderson R, Thomas DW. Toothache stories: a qualitative investigation of why and how people seek emergency dental care. *Community Dent Health*. 2003;20(2):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 5 Janvier 2021]. 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. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/publications/no/id-a00713/>
- 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 12 décembre 2020].
- Azoguy-Levy S, Roggereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Bulletin d'information en économie de la santé*. 2005;94:1-8. <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>
- 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.
- 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 nation'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 acces 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 5 janvier 2021]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes16.pdf>.

Khaleeq-ur-rehman. Emergency dental dervices: 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 Hong 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 ND, Hanchak NA. Preventive service utilisation as a predictor for emergency dental examinations. *Community Dent Health*. 2000;17(1):20-23.

Rauch A, Hahnel S, Schierz O. Pain, Dental Fear, and Oral Health-related Quality of Life-Patients Seeking Care in an Emergency Dental Service in Germany. *J Contemp Dent Pract*. 2019;20(1):3-7.

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 médecin*. 2006.

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*. sept 1995;12(3):151-4.

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.

Stahmer SA, Shofer FS, Marino A, Shepherd S, Abbuhl S. Do quantitative changes in pain intensity correlate with pain relief and satisfaction? *Acad Emerg Med*. sept 1998;5(9):851-857.

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 GVA. 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 mandible. *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.

Annexe 1

Questionnaire patient – à remplir à l'hôpital

Age :	<i>Identifiant du patient dans l'étude :</i> J / N ____ - ____ - ____ (entourer J ou N)
-------	---

Date de la visite :

Renseignements généraux :

- 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 le service des urgences dentaires de l'hôpital Pitié Salpêtrière ?
 Déjà venu Famille/amis Par votre dentiste Internet Autre
- Pourquoi venez-vous consulter ?
 Douleur Traumatisme Dent qui bouge Saignement des gencives
 Parce que c'est enflé Problème esthétique Hémorragie Avoir un avis
- Avez-vous essayé de contacter un dentiste en ville pour cette urgence ? Oui Non
Si oui pourquoi êtes-vous venu aux urgences ?
 Délai de rendez-vous 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
- Evaluez votre anxiété (0 à 10) : ____ / 10
- Evaluez votre douleur
 - Douleur maximum ressentie dans les dernières 24h (0 à 10) : ____ / 10
 - Douleur actuelle (0 à 10) : ____ / 10
- Evaluez votre état de santé générale actuel (0-10) : ____ / 10

Renseignements médicaux

Antécédents médicaux :

Traitement en cours :

Allergies :

Renseignements concernant votre prise en charge dans le service

Heure d'arrivée : Heure de prise en charge : Heure de départ :

- Diagnostic*** : Syndrome du septum Hyperhémie pulpaire Pulpite réversible
 Pulpite irréversible PAA Abscess apical aigu Abscess parodontal Cellulite
 Péricoronarite Traumatisme Autre (préciser)
- Traitement***: Conseils/ EHBD Prescription Acte chirurgical Acte endodontique

Devenir du patient : Pas de suite Ré-adressé dans le service Ré-adressé hors service

Annexe 2

Questionnaire satisfaction - à rendre à l'issue de la première consultation (J0)

Partie à remplir par le chirurgien-dentiste

Age :	<u>Identifiant du patient dans l'étude :</u> J / N ____ - ____ - ____ (entourer J ou N)
-------	---

Date de la visite :

Si le patient n'a pas rempli le questionnaire, indiquer la raison :

Partie à remplir par le patient

Évaluez sur une échelle de 0 à 10 :

- La qualité de la prise en charge médicale : _____ / 10
- La politesse/disponibilité du personnel non médical : _____ / 10
- La politesse/disponibilité du personnel médical : _____ / 10
- Le cadre des soins (qualité des locaux, propreté etc.) : _____ / 10
- Votre satisfaction par rapport au temps d'attente : _____ / 10

- Note de satisfaction globale : _____ / 10

- Avez-vous reçu les informations que vous souhaitez ? 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-vous voir améliorer (à classer par ordre de priorité) ?

1/

2/

3/

Annexe 3

Titre complet de recherche :

**Évaluation de la prise en charge dans le service d'accueil des urgences
d'odontologie (SAUO) en période de crise COVID 19.**

Acronyme : URGDENT-COVID

**Cette recherche est promue par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Représentée par la Directrice de la
Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI)
1 avenue Claude Vellefaux
75010 Paris**

NOTE D'INFORMATION

Version 1.0 du 20/03/2020

Madame, Monsieur,

Le Docteur /Le Professeur..... (nom, prénom), exerçant à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière vous propose de participer à une recherche concernant votre état de santé.

Il est important de lire attentivement cette note avant de prendre votre décision ; n'hésitez pas à lui demander des explications.

1) Quel est le but de cette recherche ?

Cette recherche porte sur l'évaluation qualitative, par les patients, des soins d'urgence dispensés dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière en période de crise sanitaire liée au coronavirus.

Pour répondre à la question posée dans la recherche, il est prévu d'inclure 840 personnes parmi les patients s'étant présentés aux urgences dentaires du service, 640 pendant le jour et 200 pendant la nuit.

2) En quoi consiste la recherche ?

Dans la recherche proposée, nous allons évaluer l'évolution de la douleur et de l'anxiété des patients, ainsi que la qualité d'accueil du personnel soignant et non soignant.

3) Quel est le calendrier de la recherche ?

La durée prévisionnelle de la recherche est de 9 semaines et votre participation sera de 8 jours.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, lors de la première visite, le déroulement de la recherche sera le suivant :

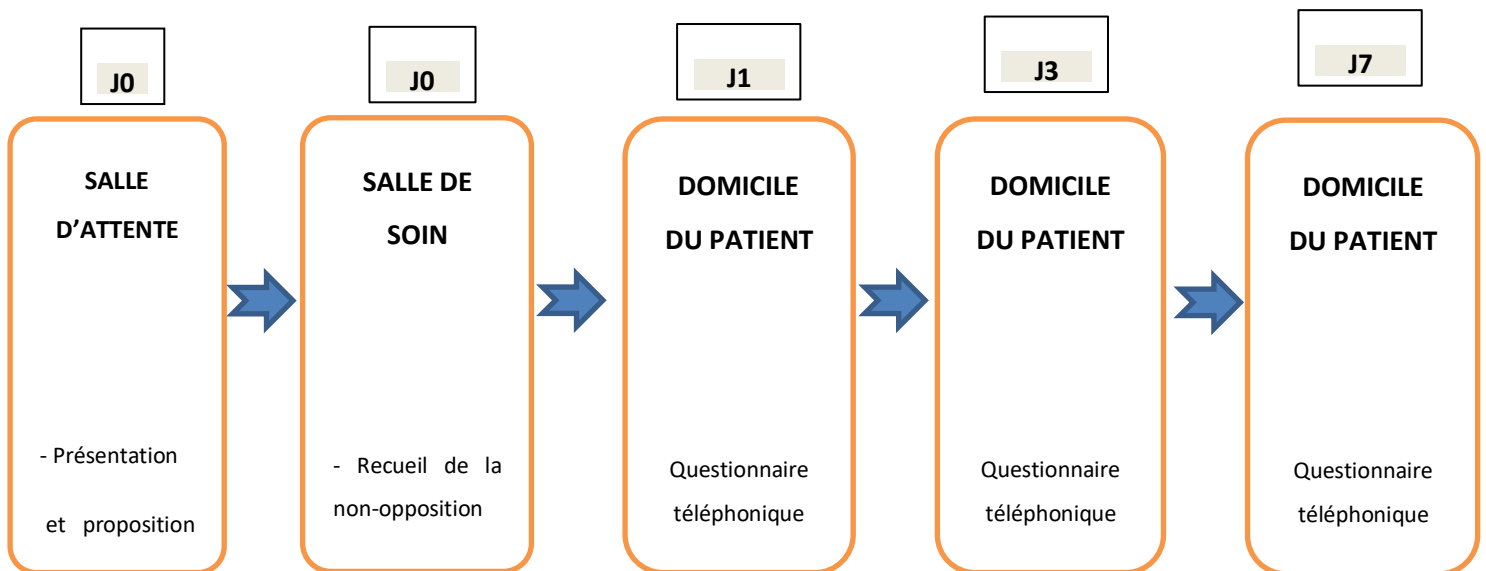
Le jour de votre consultation (J0) :

- ✓ Vous recevrez les informations sur la recherche ; ses objectifs, ses modalités et ses contraintes lors de votre arrivée dans le service.

- ✓ Votre chirurgien-dentiste vérifiera que vous répondez aux critères d'éligibilité de la recherche et recueillera votre non opposition à participer à cette étude.
- ✓ Votre consultation aura lieu conformément à la prise en charge habituelle.
Au cours de celle-ci, le chirurgien-dentiste réalisera une anamnèse médicale (historique de votre maladie) et remplira selon vos réponses le « questionnaire de renseignements généraux » comportant notamment le motif de la consultation et les antécédents médicaux.
Il réalisera ensuite le soin d'urgence et vous donnera les informations concernant les suites post-opératoires et votre suivi dans le cadre de la recherche.
- ✓ Vous remplirez un questionnaire de satisfaction immédiatement après votre consultation.

Suivi téléphonique (J1, J3 et J7) :

Un membre du personnel soignant formé à la recherche vous contactera par téléphone à trois reprises au cours de la semaine suivant votre consultation afin de recueillir les informations post-opératoires dont votre niveau de douleur. Ces appels auront lieu le lendemain de la consultation (J1), 3 jour après votre consultation (J3 +/- 1) puis à une semaine (J7+/-1).
Chaque appel durera environ 3 minutes chacun.



4) Quels sont les bénéfices liés à votre participation ?

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure connaissance de l'efficacité des soins et du ressenti des patients vis à vis du service d'urgence dentaires du Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière cela dans le but d'améliorer le fonctionnement du service et la prise en charge des patients. Cette information nous permettra de comparer les effets de la prise en charge en période de crise sanitaire avec une période habituelle.

5) Si vous participez, comment vont être traitées les données recueillies pour la recherche ?

Dans le cadre de la recherche à laquelle il vous est proposé de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre par l'AP-HP, promoteur de la recherche, et responsable de traitement, pour permettre d'en analyser les résultats.

Ce traitement est nécessaire à la réalisation de la recherche qui répond à la mission d'intérêt public dont est investie l'AP-HP en tant qu'établissement public de santé hospitalo-universitaire.

A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie, seront transmises au promoteur ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro d'enregistrement. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Vos données pourront être utilisées pour des recherches ultérieures ou des analyses complémentaires à la présente recherche en collaboration avec des partenaires privés ou publics, en France ou à l'étranger, dans des conditions assurant leur confidentialité et avec le même niveau de protection que la législation européenne.

Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'utilisation ultérieure de vos données auprès du chirurgien-dentiste qui vous suit dans le cadre de cette recherche.

Vos données ne seront conservées que pour une durée strictement nécessaire et proportionnée à la finalité de la recherche soit 15 ans. Elles seront conservées dans les systèmes d'information du responsable de traitement jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche.

Vos données seront ensuite archivées selon la réglementation en vigueur.

Le fichier informatique utilisé pour cette recherche est mis en œuvre conformément à la réglementation française (loi « Informatique et Libertés » modifiée) et européenne (au Règlement Général sur la Protection des Données - RGPD), Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition au traitement des données couvertes par le secret professionnel utilisées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du chirurgien-dentiste en charge de la recherche (identifié en première page du présent document).

Si vous décidez d'arrêter de participer à la recherche, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées conformément à la réglementation, et exclusivement pour les objectifs de cette recherche. En effet, leur effacement serait susceptible de compromettre la validité des résultats de la recherche. Dans ce cas, vos données ne seront absolument pas utilisées ultérieurement ou pour une autre recherche.

En cas de difficultés dans l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des données de l'AP-HP à l'adresse suivante : protection.donnees.dsi@aphp.fr, qui pourra notamment vous expliquer les voies de recours dont vous disposez auprès de la CNIL. Vous pouvez également exercer votre droit à réclamation directement auprès de la CNIL (pour plus d'informations à ce sujet, rendez-vous sur le site www.cnil.fr).

6) Comment cette recherche est-elle encadrée ?

L'AP-HP a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la santé applicables aux recherches impliquant la personne humaine.

L'AP-HP a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes. **2020-A00990-39** pour cette recherche le **11/04/2020**.

7) Quels sont vos droits ?

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Votre décision n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins et des traitements que vous êtes en droit d'attendre. Si vous ne souhaitez pas participer à la recherche, il vous suffit de le dire à votre chirurgien-dentiste.

Vous pourrez, tout au long de la recherche et à l'issue, demander des informations concernant votre santé ainsi que des explications sur le déroulement de la recherche au chirurgien-dentiste qui vous suit.

Vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis et sans conséquence sur la relation avec votre chirurgien-dentiste. A l'issue de ce retrait, vous pourrez être suivi par la même équipe médicale. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait seront utilisées pour l'analyse des résultats de la recherche.

A l'issue de la recherche et après analyse des données relatives à cette recherche, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux par l'intermédiaire du chirurgien-dentiste qui vous suit dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un chirurgien-dentiste de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Cadre réservé au service

Nom/Prénom du patient :

.....

Identifiant du patient : J / N - |_|_|_| - |_| - |_|
entourer N°ordre Initiales
chronologique Nom – Prénom

Date de délivrance de l'information : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (jour/mois/année)

Note d'information version 1.0 du 20/03/2020

Opposition du patient exprimée : **Oui** **Non**

Nom du responsable de la consultation / du service : BOUCHER YVES

Signature du responsable de la consultation / du service :

Document réalisé en 2 exemplaires. Un exemplaire doit être conservé 15 ans par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

Annexe 4

Evaluation Douleur/santé - (à remettre au patient)

Age :	<u>Identifiant du patient dans l'étude :</u> J / N ____ - ____ - ____ (entourer J ou N)
-------	---

24h après les soins (J1): (date :.....)

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10 : _____ / 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) _____ / 10
- 5) Évaluez votre état de santé générale actuel (0-10) : _____ / 10
- 6) Avez-vous suivi les instructions données au service des urgences ? Oui Non
- 7) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits ? Oui Non
- 8) Avez-vous pris un rendez-vous chez un dentiste pour la suite des soins ? Oui Non

72h après les soins (J3): (date :.....)

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10 : _____ / 10
- 2) Quel est votre niveau d'inquiétude en raison de ce problème ? (0-10) _____ / 10
- 3) Évaluez votre état de santé général actuel (0-10) : _____ / 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 des urgences ? Oui Non
- 6) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits ? Oui Non
- 7) Avez-vous pris un rendez-vous chez un dentiste pour la suite des soins ? Oui Non

Une semaine après les soins (J7) (date :.....)

- 1) Notez votre douleur actuelle de 0 à 10 : _____ / 10
- 2) Quel est votre niveau d'inquiétude face à ce problème ? (0-10) _____ / 10
- 3) Évaluez votre état de santé général actuel (0-10) : _____ / 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 des urgences ? Oui Non
- 6) Avez-vous pris les médicaments qui vous ont été prescrits ? Oui Non
- 7) Avez-vous pris un rendez-vous chez un dentiste pour la suite des soins ? Oui Non

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.

ZALUSKI Daniel & JODELET Pierre Alain. ÉVALUATION QUALITATIVE DES SOINS D'URGENCE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU GHPS PAR LES PATIENTS EN PERIODE DE CRISE COVID-19 Année 2021. 209 p : fig. graph. tabl. Réf. Biblio. : (p195-197).

Sous la direction du Professeur BOUCHER YVES

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2021

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 le jour et la nuit en période de crise COVID-19 a été menée d'Avril 2020 à mai 2020 (APHP200464 ; IDRCB 2020-A00990-39 – CPP Sud Méditerranée II). L'étude a été comparée avec une étude similaire hors période COVID-19 réalisée en 2019-2020 (étude URGDENT). Les critères d'inclusion étaient : majeurs, joignables au téléphone, non-opposition à la recherche, bonne compréhension du français ; d'exclusion : troubles de communication et/ou difficultés de compréhension. Le recueil des données s'est réalisé sur site à J0 puis a été poursuivi par téléphone à J1, J3 et J7, par 2 enquêteurs, de jour (8h30-18h30) et de nuit (18h30-8h30) en période de crise COVID-19 lors du confinement total de mars à mai 2020. L'objectif principal était l'évaluation de 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.

Les scores de douleur et d'anxiété ont été mesurés à l'aide d'une Echelle Numérique 0-10 (EN)

Résultats :

- en période de jour, 445 patients ont été sollicités, 370 inclus dont 69 (19%) ont été perdus de vue. 209 patients ont rempli l'intégralité des questionnaires. L'échantillon comportait 60% d'hommes, 40% de femmes, moyenne d'âge 39 ±14 ans. 94% avaient une couverture sociale (sécurité sociale 77%, CMU 13%, AME 4%). Les scores moyens de douleur ont diminué respectivement de 25%, 46%, 39% et 45% à J0, J1, J3, J7. Les scores moyens EN d'anxiété étaient J0 :4.68, J1 :2.66, J3 :1.9, J7 :1.44. Les scores moyens de santé générale étaient : J0 :7.63, J1 :7.94, J3 :8.37, J7 :8.86. Le score de satisfaction globale était de 9.2/10.
- Pour la période COVID nuit, 178 patients ont été sollicités et 46 exclus. 132 patients ont été inclus dont 33(25%) ont été perdus de vue. 73 ont répondu à la totalité des questions. L'échantillon de nuit comportait 59% d'hommes et 41% de femmes pour une moyenne d'âge de 34 ans ± 12 ans. Trois consultants sur quatre (85%) avaient une couverture sociale (sécurité sociale 74%, CMU 9%, AME 2%). Les scores moyens EN de douleur ont diminué respectivement de 24%, 35%, 51% et 65% à J0, J1, J3 et J7. Les scores moyens EN de santé générale étaient : J0 :7,37 ; J1 :8,2 ; J3 :8,66 ; J7 :9. Les scores moyens EN d'anxiété étaient :J1 :4.4 ,J3 :3.59 et J7 :2.59. Le score de satisfaction globale était de 8.89.

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 que ce soit le jour ou la nuit en période de crise COVID-19.

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, COVID

TITRE en anglais : Qualitative assessment of emergency care of the department of dentistry of the GHPS by patients in times of COVID crisis.

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