



HAL
open science

Enquête de satisfaction d'un partenariat entre un service hospitalier d'odontologie et un centre de santé

Chloé Costil

► **To cite this version:**

Chloé Costil. Enquête de satisfaction d'un partenariat entre un service hospitalier d'odontologie et un centre de santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03463579

HAL Id: dumas-03463579

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463579v1>

Submitted on 2 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

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 **Chloé COSTIL**

**ENQUETE DE SATISFACTION D'UN PARTENARIAT ENTRE UN SERVICE
HOSPITALIER D'ODONTOLOGIE ET UN CENTRE DE SANTE**

Dirigée par M. le Docteur Frédéric Rilliard et co-dirigée par M. le Docteur
Franck Moyal

JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
Mme la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur
M. le Docteur Frédéric RILLIARD	Membre Invité
M. le Docteur Franck MOYAL	Membre Invité



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 Vianney DESCROIX	Président
Mme la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur
M. le Docteur Frédéric RILLIARD	Membre Invité
M. le Docteur Franck MOYAL	Membre Invité

M. le Professeur Vianney DESCROIX

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

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, l'écoute et l'attention que vous portez à la formation des étudiants de votre service, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Vanessa BAAROUN

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

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Julia BOSCO

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

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury de cette thèse. Je suis reconnaissante de l'attention que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

M. le Docteur Philippe GATEAU

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

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

M. le Docteur Jean-François NGUYEN

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

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

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

Pour le sens pédagogique dont vous avez fait preuve lors de ces années à la faculté, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

M. le Docteur Frédéric RILLIARD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Praticien Hospitalier

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre rigueur, votre patience, votre disponibilité et votre minutie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

M. le Docteur Franck Moyal

Docteur en Chirurgie Dentaire

Pour l'honneur que vous m'avez fait de bien vouloir co-diriger ce travail, je vous témoigne toute ma gratitude. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et l'assurance de mes remerciements les plus respectueux.

TABLE DES MATIERES

<u>ABREVIATIONS</u>	3
<u>Introduction</u>	4
1 Présentation et justification du travail de recherche	5
1.1 Inégalités d'accès aux soins	5
1.1.1 Analyse et déterminant d'accès aux soins	5
1.1.2 Les moyens de lutte contre les inégalités	8
1.2 Un exemple de partenariat ville -hôpital.....	14
1.2.1 Des services d'urgence mieux structurés, confrontés à une demande toujours croissante des usagers.....	14
1.2.2 Des difficultés persistantes d'articulation entre la ville et l'hôpital	14
1.2.3 Accélérer les réformes pour favoriser la variété des réponses aux soins urgents sur les territoires	16
1.2.4 Convention avec un centre de santé.....	17
1.3 Les Centres de Santé	18
1.4 Objectif de l'étude.....	19
2 Matériels et méthodes.....	20
2.1 Type d'étude	20
2.2 Lieu de l'étude.....	20
2.3 Support de l'enquête.....	20
2.4 Population de l'étude	21
2.5 Durée de l'étude.....	21
2.6 Recueil des données.....	22
2.6.1 Première phase : lecture par le personnel du centre de Santé	22
2.6.2 Deuxième phase : premier test auprès d'usagers du centre de santé	22
2.6.3 Troisième phase : second test	23
2.6.4 Questionnaire final.....	23
2.6.5 Procédure administrative	23
2.7 Plan d'analyse et outil statistiques.....	23
3 Résultats.....	25
3.1 Résultats descriptifs	26
3.1.1 Caractéristiques démographiques	26
3.1.2 Catégorie socio professionnelle	27
3.1.3 Lieu de résidence	27
3.1.4 Protection sociale	28
3.1.5 Suivi régulier par un chirurgien-dentiste.....	29
3.1.6 Importance accordée aux soins dentaires.....	30
3.1.7 Recours au service d'urgence de la pitié Salpêtrière	30
3.1.8 Orientation vers le centre de santé dentaire Chevaleret.....	32
3.1.9 Attentes vis-à-vis du centre de santé	32
3.2 Analyse des résultats.....	34
3.2.1 Satisfaction.....	34
3.2.2 Importance accordée aux soins dentaire	36

3.2.3	Poursuite des soins.....	37
3.2.4	Couverture sociale	37
3.2.5	Suivi des soins	38
3.2.6	Clarté des explications.....	39
3.2.7	Prise d'un nouveau rendez-vous au centre de santé.....	40
4	Discussion.....	42
4.1	Discussion de la méthodologie	42
4.2	Discussion des résultats.....	43
	<u>Conclusion</u>	50
	<u>Bibliographie</u> :	51
	<u>Annexes</u> :.....	54

ABREVIATIONS :

ACS	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale d'Etat
APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Allocation aux Traitement des Urgences
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DSS	Différence statistiquement Significative
FAU	Forfait d'Accueil des Urgences
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GPS	Global Positioning System
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoires
HUPS	Hôpitaux Universitaires la Pitié Salpêtrière
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
n	nombre
NR	Non Renseigné
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ORL	Oto Rhino Laryngologie
p	degré de signification statistique
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMA	Protection Universelle MALadie
QR code	Quick Response code
RDV	Rendez Vous
SD	Standard Déviation: Ecart Type
TCEO1	Troisième Cycle des Etudes Odontologique 1ière année
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Introduction

L'engorgement des urgences hospitalières constitue une problématique majeure de santé publique depuis plusieurs années. Les délais d'attente, et leurs conditions, l'importance grandissante des flux et les accidents suggérant des défauts d'organisation font régulièrement l'objet d'une couverture médiatique relayant les difficultés des structures de soins d'urgence à faire face à une demande dont la justification médicale est souvent remise en cause. La mise en place de partenariats ville/hôpital, destinés à un meilleur contrôle des flux des consultants hospitaliers et à une fluidification du parcours de soins, fait ainsi l'objet d'incitations institutionnelles très fortes depuis plusieurs années.

Le service de Médecine Bucco-Dentaire des hôpitaux universitaires de la Pitié Salpêtrière (HUPS) assure des missions de permanence d'accueil des urgences bucco dentaires et de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaire depuis 2002. Dans le cadre de ces deux missions il a été confronté aux obstacles à l'accompagnement vers le droit commun, pour l'aval des urgences et le recours aux soins des bénéficiaires d'une protection maladie. Une convention a été mise en place avec des centres de santé pour permettre une orientation des patients ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière.

L'objectif de l'étude est d'évaluer les interfaces logistiques entre le service hospitalier et un centre de santé conventionnel et de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de ce parcours de soins.

L'étude fait appel à un questionnaire de satisfaction auprès des patients orientés en centre de santé par le service de Médecine Bucco-Dentaire des HUPS pendant une durée d'un mois. L'enquête concerne les consultants majeurs d'Urgence Odontologique de la Pitié Salpêtrière, bénéficiaires d'une protection sociale de droit commun, orientés vers le Centre de Santé Dentaire Chevaleret, partenaire conventionnel du service de Médecine Bucco-Dentaire. Un questionnaire est remis à chaque patient et renseigné, après obtention de son consentement, avec l'aide du personnel administratif d'accueil du centre de santé.

1 Présentation et justification du travail de recherche

1.1 Inégalités d'accès aux soins

Les inégalités en santé orale représentent une problématique majeure de santé publique. En France, l'état de santé bucco-dentaire suit un gradient social. Les personnes les plus favorisées socialement ont un meilleur état de santé. En effet, les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé par l'effet des déterminants psychosociaux intermédiaires comme la capacité d'adaptation, la richesse du réseau familial et social construit autour de l'individu. De même, l'environnement de vie des personnes joue un rôle dans la construction de ces inégalités. (Azogui-Levy et Boy-Lefèvre 2017)

1.1.1 Analyse et déterminant d'accès aux soins

Agir contre ces inégalités suppose de comprendre les mécanismes qui génèrent un gradient dans l'accès à la prévention et aux soins pour identifier les leviers d'action. Il s'agit notamment d'identifier les obstacles rencontrés par les populations vulnérables.

L'accès aux soins est un élément essentiel dans la lutte des inégalités. Ici, nous analyserons brièvement les caractéristiques de l'accès aux soins en se plaçant du côté du patient puis parallèlement du côté du système de soins.

1.1.1.1 Des besoins de soins non perçus par les patients

Une étude réalisée en France auprès d'une population issue de quartiers défavorisés montre que près de la moitié des personnes qui mentionnent des dents à traiter, n'a pas consulté un dentiste depuis plus d'un an. (Pascal et al. 2005).

Le renoncement aux soins, pouvant survenir à tout moment dans l'itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Dans le premier cas, l'individu fait face à une contrainte budgétaire, ne lui permettant pas d'accéder au soin désiré et ce avant même de rentrer dans le système de soins. Le second cas est l'expression d'un refus portant sur le fait même de se soigner: cela se traduit par la perception

d'une inutilité des soins. Ces deux formes de renoncement – barrière et refus – sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin. (Després et al. 2011)

L'analyse du système de soins français montre une faible interaction entre ses différents acteurs. Le système de soins dentaires est ainsi isolé du reste du système de santé (Pegon-Machat et al. 2016). Une étude a montré que la moitié des médecins généralistes interrogés sur leur fréquence de communication avec les chirurgiens-dentistes, n'avait jamais adressé un patient à un chirurgien- dentiste (Tenenbaum et al. 2008). Hors, les médecins généralistes prennent en charge des patients pour des pathologies chroniques cumulées et sont a priori susceptibles de détecter les pathologies buccales. Une enquête menée auprès de professionnels paramédicaux a montré que leur niveau de connaissance en santé orale était limité, ne permettant pas un dépistage précoce et adapté des besoins en soins (Catteau et al. 2016). De plus, les modalités d'information et d'orientation vers l'offre de soins sont peu documentées. Les représentations sur la santé orale et les soins dentaires des intervenants sont mal connues alors qu'elles impactent forcément leurs actions (Pegon-Machat et al. 2018).

1.1.1.2 Difficultés d'atteindre les structures de soins

Les personnes les plus défavorisées se voient aussi renoncer aux soins dentaires pour des raisons liées à l'offre de soins. Il existe de fortes disparités de démographie des chirurgiens-dentistes sur le territoire. En périphérie des villes et dans certaines régions on observe qu'une sous densité de praticiens est associée à une surdensité de patients défavorisée. On observe également un manque de structures, hospitalières ou communautaires en complément de l'offre de soin libérale dans ces quartiers. Les services hospitaliers d'odontologie sont le plus souvent associés à une faculté de chirurgie-dentaire, la formation clinique des futurs chirurgiens-dentistes représentant une part importante de leurs missions. Quelques services d'odontologie disposent de consultations PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) bucco-dentaires associant un accompagnement social à la prise en charge médicale (Azogui-Lévy et Rochereau 2005). A ces différents facteurs s'ajoute un refus de soins discriminatoire par certain chirurgiens-dentistes envers les patients les plus démunis rendant difficile et parfois même impossible l'accès aux soins pour ces patients. Une étude réalisée par «testing»

a montré que 31,6 % des dentistes parisiens testés refuseraient des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) pour des raisons économiques (Chareyron et al. 2019).

1.1.1.3 Utilisation des services de soins ponctuelle et inadéquate

Les patients vulnérables consultent souvent en urgence pour un premier rendez-vous et en retiennent la plupart du temps une mauvaise expérience. Cette consultation peut se faire dans un contexte de douleurs et d'anxiété entraînant ainsi un évitement des soins dentaires (Bedos et al. 2003). Dans la majorité des cas, à la suite de cette séance d'urgence, seul un soin provisoire a été réalisé, visant principalement à soulager les patients. Ainsi, sans le soin définitif, les pathologies s'aggravent et, en dehors de prises en charge programmées, entraînent des risques de complication et des recours itératifs aux consultations d'urgence (Bedos et al. 2003).

Dans les cas où les patients poursuivent les traitements, ils nécessitent la plupart du temps la mise en œuvre de traitements, notamment prothétiques, associés à des restes à charge variables à l'origine de renoncements aux soins au cours du traitement pour des raisons financières. La non opposabilité tarifaire de la majorité des soins prothétiques implique un financement partiel par l'assurance maladie obligatoire et le plus souvent par les contrats de base d'assurance maladie complémentaire, choisis majoritairement par les patients les plus vulnérables (Pichot et al. 2020). Les patients les plus vulnérables rentrent ainsi dans un cercle vicieux, laissant leur santé orale se dégrader. Cela peut s'associer à un sentiment de honte pouvant à terme, limiter leurs interactions sociales. Ils sont aujourd'hui dans l'attente d'offre de soins prenant en compte leur difficultés financières et leurs anxiétés vis-à-vis des soins dentaire (Martin Guy 2014).

Certains auteurs remettent en doute les capacités des praticiens de ville à recevoir des urgences par défauts d'aménagement de plages horaires spécifiques et de contractualisation ultérieure avec les patients. (Bedos et al. 2009).

1.1.2 Les moyens de lutte contre les inégalités

1.1.2.1 Couverture sociale et aide financière

1.1.2.1.1 La couverture générale

Selon la nomenclature l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale indique : « *La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, est subordonné à leur inscription sur une liste établie (dans les conditions fixées au présent article). L'inscription sur la liste peut, elle-même, être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.* »

La liste des actes donnant droit à un remboursement est restreinte et a peu évolué dans le temps intégrant uniquement pour les mesures de prévention une revalorisation du détartrage et l'introduction des scellements de sillons, et d'un point de vue prothétique, l'introduction des *inlay-core*. Dans les grandes lignes les actes ne donnant pas droit à une prise en charge sont:

- En termes de prévention et d'éducation pour la santé, les applications topiques de fluor, les mainteneurs d'espace pour les pertes prématurées de dents temporaires évitant des malpositions en denture permanente ;
- Des traitements pédodontiques comme la coiffe pédodontique ou le traitement endodontique des dents permanentes immatures ;
- La quasi-totalité des traitements parodontaux ;
- Tous les traitements de prothèse conjointe à l'exception des *inlay-core* et des couronnes : les inlays, les éléments collés et plus évocateur les intermédiaires de pontique ;
- En prothèse adjointe les prothèses immédiates et transitoires, les éléments fixés pour *overdenture* ;
- Les implants.

1.1.2.1.2 Couverture Maladie Universelle et PUMA

Les Couvertures Maladie Universelle (CMU) de base et complémentaire ont été mises en place en 1999.

La Couverture Maladie Universelle de base permettait un accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière (depuis plus de trois mois), et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Elle a été remplacée le 1^{er} janvier 2016 par la protection universelle maladie (PUMA), attribuable sous les mêmes conditions.

Les personnes bénéficiaires de la PUMA ont droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux : prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour le régime général d'assurance maladie obligatoire. Les bénéficiaires de la PUMA sont redevables du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est à dire la part non prise en charge par l'assurance maladie.

1.1.2.1.3 La CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) permettait d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Soit la possibilité d'accéder aux soins, sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMUc était accordée pour un an, en fonction des revenus du foyer : l'ensemble des ressources du foyer s'appliquant sur les 12 mois qui précèdent la demande et ne doit pas dépasser un plafond. Au 1^{er} septembre 2009, ce plafond annuel est de 7521 e pour une personne seule. La CMUc prenait en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins étaient pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMUc a été intégrée

à la complémentaire santé solidaire (CSS). L'attribution sous condition de ressources et l'accès à un panier de soins prédéfini est maintenu selon les mêmes dispositions.

1.1.2.1.4 L'ACS : l'aide au paiement d'une complémentaire santé et la complémentaire santé solidaire

Afin de palier à l'effet de seuil généré par les conditions d'attribution de la CMUc, la loi du 13 août 2004 a mis en place l'ACS, dispositif de financement institutionnel partiel de contrats d'assurance maladie complémentaire, en fonction du niveau de ressources et de l'âge des bénéficiaires.

La méconnaissance du dispositif, et la disparité des prestations offertes par les assurances maladie complémentaires ont conduit en 2015 à améliorer les prestations complémentaires des bénéficiaires (Loi de Financement de la Sécurité Sociale, 2014) puis, le 1^{er} novembre 2019 à la fusion de l'ACS et de la CMUc dans un dispositif unique, la Complémentaire santé solidaire (CSS) Les conditions de ressources pour l'attribution de la CSS restent identiques à celles de l'ACS, mais les bénéficiaires ont accès aux mêmes prestations de soins (dispense d'avance, panier de soins= que celles offertes aux ex bénéficiaires de la CMUc.

1.1.2.1.5 L'AME : Aide Médicale d'Etat

Créée en 1999, l'aide médicale d'Etat (AME) est attribuée à toute personne qui ne relève pas d'un régime d'assurance maladie. C'est une protection de santé qui permet la prise en charge des dépenses de soins, de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville, de prescriptions médicales et de forfait hospitalier, par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie. Son attribution est soumise à condition des ressources. Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville.

La prise en charge financière concerne les tarifs opposables des soins, les dépassements d'honoraires restant à charge du bénéficiaire qui ne peut pas, par ailleurs, souscrire d'assurance maladie complémentaire.

1.1.2.2 Panier de soins 100% santé

Mise en place par le décret no 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à « garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires » la réforme 100% santé prévoit le plafonnement tarifaire d'actes prothétiques, et la prise en charge intégrale de certains d'entre eux par les contrats de base, dits responsables, d'assurance maladie complémentaire. Un calendrier conventionnel avec les organismes représentatifs de la profession dentaire prévoit la mise en place de ces mesures en janvier 2020 et en janvier 2021 et l'évaluation du dispositif.

Depuis le 1er janvier 2020, l'offre 100 % Santé dentaire permet aux patients d'être entièrement remboursés par l'Assurance Maladie et leur assurance complémentaire santé sur les bridges et les couronnes dentaires. Depuis le 1er janvier 2021, l'offre 100 % Santé dentaire a été élargie aux prothèses amovibles.

L'offre 100 % Santé concerne :

- les couronnes céramo-métalliques et les couronnes céramiques monobloc (zircone et hors zircone) pour les incisives, canines, premières et deuxièmes prémolaires ;
- les couronnes métalliques pour toutes les dents ;
- les bridges céramo-métalliques pour le remplacement d'une incisive ;
- les bridges entièrement métalliques pour toutes les dents;
- les prothèses amovibles complète et les prothèses amovibles partielles résine ;
- les réparations ou les changements d'éléments des prothèses amovibles.

Toute personne bénéficiant d'un contrat responsable par son assurance maladie complémentaire peut bénéficier de l'offre 100 % Santé dentaire. Les contrats responsables représentent actuellement 95 % des contrats souscrits.

Le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de proposer un devis avec un plan de traitement précisant les soins à réaliser. Chaque acte mentionné dans les devis se réfère à un panier de soins défini par la réforme 100 % Santé.

Le décret prévoit trois chapitres de soins prothétiques dentaires :

- le panier 100 % Santé : les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles résines sont intégralement remboursées si le patient bénéficie d'un contrat de mutuelle qui le prévoit (« contrat responsable ») ;
- le panier aux tarifs maîtrisés : il intègre des couronnes, des bridges et des prothèses amovibles métalliques dont les prix sont plafonnés. Selon les conditions des contrats d'assurance complémentaire, il peut y avoir un reste à charge.
- le panier aux tarifs libres : le reste à charge dépend du contrat assurantiel complémentaire.

Depuis 1999, la mise en place de l'AME, de la CMU, de l'ACS, puis de la CSS et de la réforme 100% santé sont des mesures institutionnelles de lutte contre les inégalités de santé révélatrices de l'impact financier du renoncement aux soins bucco dentaires et de la volonté des pouvoirs publics de réduire cet impact.

1.1.2.3 La consultation PASS

La loi d'orientation du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a créé les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui incluent les soins bucco-dentaires. Elle repositionne les missions hospitalières publiques en prévoyant que « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), (...), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. (Friedlander et al. 2012)

La PASS bucco-dentaire du service de médecine bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière a été créée en 2002. Cette consultation est dédiée à l'accueil des patients renonçant aux soins dentaires pour des raisons financières et à leur prise en charge thérapeutique.

Cette unité fonctionnelle est gérée par un praticien hospitalier. Afin d'accompagner le praticien responsable, une équipe de praticiens attachés est spécifiquement dédiée à cette entité, correspondant à un temps plein hospitalier et à douze demi-journées par semaine. Une assistante sociale est également sur le site à temps plein. Outre ses missions d'accompagnement vers le droit commun, la PASS bucco-dentaire assure la prise en charge globale des patients dont la situation financière ne permet le financement des restes à charge liés aux soins.

1.1.2.4 La permanence de soins dans le service de médecine bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière

Le service d'urgence odontologique assure une permanence d'accueil et de soins. Le nombre de passage annuel est de l'ordre de 60.000. Les urgences dentaires se situent au rez-de-chaussée du bâtiment de stomatologie.

L'unité fonctionne selon 2 modalités :

- Les urgences « de jour » assurées par des externes (étudiant en TCEO1) et le personnel du service (internes et praticiens senior). Elles contiennent 8 fauteuils et une unité réservée aux brancards afin d'assurer les soins.
- Les grandes gardes correspondant à l'accueil de nuit (de 18h30 à 8h30) et aux jours fériés. Celle-ci est assurée sur 3 fauteuils, par l'ensemble du personnel médical des services d'odontologie de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) (de 18h30 à 00h on compte, un externe, un interne et un praticien senior, de 00h à 8h30, un interne et un praticien senior).

L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, secondé pour les urgences jour par 3.4 équivalents temps plein hospitaliers.

1.2 Un exemple de partenariat ville -hôpital

1.2.1 Des services d'urgence mieux structurés, confrontés à une demande toujours croissante des usagers

En Ile-de-France, les urgences bucco-dentaires sont réparties par les agences régionales de santé de manière commune entre le secteur libéral, les centres de santé et le secteur public hospitalier. Les urgences assurent la prise en charge des urgences la journée. Pour les dimanches et les jours fériés, les urgences sont encadrées localement par les conseils de l'ordre départementaux sous forme de gardes pour les praticiens libéraux. La seule structure assurant un service continu 24h/24 et 7j/7 pour la prise en charge des urgences est l'unité fonctionnelle du groupe hospitalier la Pitié Salpêtrière.

Une enquête de la cour des comptes montre que l'activité des services d'urgence dans les établissements publics n'a cessé de croître. En 2016 les services d'urgences ont accueilli 21,2 millions de passages (contre 18,4 millions en 2012), soit une augmentation d'environ 15% en 4 ans. (Cour des Comptes - Chambres régionales et territoriales des Comptes 2019)

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) l'origine de cette augmentation est due d'un part à des facteurs liés à la demande (besoin de santé, raison socio- économique, préférence pour le service public) et d'autre part à des facteurs liés à l'offre (répartition démographique des praticiens, horaires d'ouverture des cabinets de villes). (Berchet 2015).

1.2.2 Des difficultés persistantes d'articulation entre la ville et l'hôpital

1.2.2.1 Une tarification complexe, qui ne favorise pas la coopération ville-hôpital

La cour des comptes souligne qu'en 2016, les 21,2 millions de passages ont coûté 3,1 milliard d'euros à la charge de l'assurance maladie et des autres financeurs (complémentaires santé et ménages). L'augmentation de la prise en charge dans les services d'urgence serait principalement due à des « passages évitables », c'est-à-dire, ne nécessitant pas une hospitalisation d'aval. Une grande majorité des patients ayant recours aux services d'urgence

pourrait ainsi être pris en charge par des structures médicales de ville. La cour des comptes recommande alors une meilleure analyse de ces « passages évitables » afin d'obtenir une meilleure orientation sur le plan médical et financier.

Une étude réalisée en 2018 sur des enfants consultant les services d'urgence odontologique montre qu'une proportion importante présente des motifs de consultation relevant de soins habituels (Tenenbaum et al. 2020). En effet, si parmi toutes les consultations d'urgence, un certain nombre comprennent les traumatismes nécessitant une prise en charge directe dans un service d'urgence, une grande majorité concerne des pathologies carieuses qui auraient pu être évitées ou même anticipées par une bonne prise en charge en amont. Cette étude sur les enfants incite à envisager des réflexions sur un schéma d'offre de soins plus adapté sur et une meilleure communication sur ces offres de soins.

L'augmentation des consultations d'urgence en secteur public hospitalier génère une inflation préoccupante des dépenses publiques. Elle constitue en outre un risque d'engorgement des services d'accueil des urgences potentiellement préjudiciable à la qualité de la prise en charge des situations médicales lourdes et fait courir un risque d'épuisement des personnels hospitaliers. Elle pousse à s'interroger sur l'accessibilité et le rôle des services des soins ambulatoire dans la prise en charge des urgences évitables (Cour des Comptes - Chambres régionales et territoriales des Comptes 2019).

Le financement des structures assurant la permanence des soins d'urgence comprend d'une part, un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) de 25,32 € dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement et, d'autre part, un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève depuis 2016 à 730 000 € pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000.

Il faut ajouter à ces financements les facturations des consultations et des examens de biologie et d'imagerie, principalement à la charge de la sécurité sociale. (Cour des Comptes - Chambres régionales et territoriales des Comptes 2019)

Les modalités de financement des urgences hospitalières n'encouragent pas les services hospitaliers à réduire ce type d'activité « évitable », susceptible de compenser les coûts inhérents à la prise en charge hospitalière d'urgences plus lourdes. Elles constituent également un facteur d'iniquité vis-à-vis des structures de ville non assujetties à la forfaitisation financière sur ces missions.

1.2.2.2 Une offre de soins non programmés toujours insuffisante du côté de la médecine de ville

Selon l'IRDES, il devient nécessaire d'investir dans une nouvelle organisation pour faciliter l'accès aux soins primaires et de créer une coordination des soins entre les professionnels de santé des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social dans le but d'assurer la continuité des soins. (Zeynep et Penneau 2017)

Une étude a montré que le recours aux urgences comme structure de soins de santé primaire est observée dans plusieurs pays et cela, malgré des systèmes de soins différents (Lang et al. 1997). Il est important de noter que les patients ne doivent pas être considérés comme « abuseurs » et leur passage aux urgences comme « inutile ». Leurs besoins de santé sont réels et nécessitent une continuité de soins, auxquelles les urgences ne peuvent répondre. Cette étude met aussi en avant, le manque de recours aux soins primaires en amont des urgences relevant ainsi la nécessité d'évaluer comment les soins primaires en dehors de l'hôpital pourraient être davantage utilisés par le groupe de patients décrit dans l'étude.

1.2.3 Accélérer les réformes pour favoriser la variété des réponses aux soins urgents sur les territoires

Plusieurs actions doivent être programmées pour faire face aux engorgements des services d'urgences hospitaliers. Ainsi, récemment dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » plusieurs mesures ont été annoncées par les pouvoirs publics. Ceci pourrait contribuer à réduire les passages dans les services d'urgence (Santé et Santé 2021).

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit d'expérimenter pendant 3 ans l'attribution d'une incitation financière aux structures d'urgence s'efforçant de réorienter vers la ville les patients ne nécessitant qu'une consultation simple.

De plus, dans le cadre de la Convention médicale du 26 août 2016, des efforts ont été faits pour encourager les médecins de ville à mieux répondre à la demande de soins non programmés en mettant en place des majorations tarifaires.

L'accompagnement des consultants d'urgences vers des cabinets de villes est considéré souhaitable, à la fois pour assurer la continuité des soins et maîtriser les dépenses de l'assurance maladie.

1.2.4 Convention avec un centre de santé

Le 1er Janvier 2021 une convention de partenariat relative à la prise en charge odontologique d'aval de consultants d'urgence et de patients en situation de difficulté économique et sociale a été signée entre le service de médecine bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière et plusieurs centres de santé.

Cette convention concerne les patients orientés par le service de médecine bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière :

- sur rendez-vous pour des soins programmés,
- sans rendez-vous pour la réalisation de soins non programmés.

Ainsi, les centres de santé concernés s'engagent à recevoir, au cours de onze vacations hebdomadaires, les patients orientés par le service de médecine bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière et relevant d'un régime de droit commun dans le cadre des consultations suivantes :

- Première consultation
- Soins et Prothèses dentaires
- Soins de l'enfant
- Chirurgie Orale / Pathologie buccale / Parodontologie
- Implantologie Chirurgicale et Prothétique

- Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie

Les centres de santé accueilleront l'ensemble des patients, dans le strict respect des tarifs de convention de l'Assurance Maladie et des tarifs réglementaires en vigueur pour les patients bénéficiaires de la CSS. Les patients exprimant un renoncement aux soins pour des raisons financières seront adressés à la PASS bucco-dentaire du service de médecine bucco-dentaire de la Pitié- Salpêtrière par les centres de santé.

Afin de coordonner au mieux l'orientation des patients, une plateforme numérique de prise de rendez-vous sécurisé (Doctolib) a été mise en place. Les rendez-vous peuvent être pris soit par le patient directement soit par le personnel soignant de la Pitié Salpêtrière. Une plage horaire est dédiée à cette prise de rendez-vous.

1.3 Les Centres de Santé

Le 1^{er} Novembre 2016, 726 centres de santé dentaire ont été recensés. Leur nombre a progressé de 25% entre 2011 et 2016 selon les données du répertoire FINESS1. Cette augmentation est principalement portée par les centres de santé de statut associatif et se concentre dans les régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur(Daniel et Vienne 2017)

Les centres de santé dentaire ont été définis pour la première fois par la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 dans un texte inclus dans le Code de la Santé Publique (article L.6323-1) : « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. (...) Un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic. Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant. »*

Il existe 3 types de centres de santé dentaire :

- Les Centres de Santé Municipaux ou Communaux
- Les Centre de Santé Mutualistes
- Les Centres de Santé Associatifs

Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, l'ouverture d'un centre de santé dentaire est soumise à une simple déclaration auprès de l'Agence régionale de santé (ARS), complétée d'un projet de santé et d'un règlement intérieur définissant notamment les conditions d'hygiène et de sécurité (article L.6323-1 du Code de la santé publique).

Les principaux fondements d'un Centre de Santé sont :

- L'accessibilité à des soins, de qualité, pour tous.
- Une implantation géographique pour répondre à des besoins (accès au secteur 1, Zones Urbaines Sensibles, déserts médicaux, ...).
- Une large amplitude des horaires d'ouverture.
- Une prise en charge de premier recours, coordonnée, de proximité, au centre ou à domicile.
- Des activités privilégiant une approche globale des problèmes de santé de leurs usagers, alliant le soin, la prévention et l'éducation pour la santé.
- La participation à la formation des professionnels de santé.
- L'application du tiers payant

1.4 Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'évaluer la satisfaction de consultants des urgences odontologiques hospitalières adressés vers un Centre de Santé conventionnel et d'évaluer les procédures d'accompagnement. Cette étude permet d'identifier les éventuels dysfonctionnement.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

L'étude repose sur une enquête par auto questionnaire anonyme. Une déclaration a été déposée auprès de La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et enregistrée sous le numéro 2219908.

Ce type d'étude n'entrant pas dans le cadre définissant les recherches impliquant la personne humaine, elle n'a pas donné lieu à une demande d'enregistrement auprès du comité de protection des personnes (CPP).

Le projet d'enquête a été présenté et soumis au Chef du Service de médecine bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière et aux responsables du centre de santé Chevaleret. Celui-ci a été accueilli favorablement.

2.2 Lieu de l'étude

L'étude a été conduite à la suite de la primo-consultation d'urgence hospitalière au sein du centre de santé Chevaleret. Cette consultation ayant pour but de recevoir les patients adressés par l'hôpital afin de réaliser la suite ou les premiers soins d'urgence et d'évaluer leur besoin en soins. A la suite de cette consultation, plusieurs solutions thérapeutiques (si besoin, accompagnées de devis) sont proposées aux patients et une planification des rendez-vous pour la suite des soins est proposée.

2.3 Support de l'enquête

Le questionnaire s'appuie sur des données de la littérature en lien avec l'évaluation de la satisfaction des usagers des services de santé en odontologie dans le secteur privé et public et s'inspire de l'étude réalisée par J.Delecour portant sur les motivations et attentes des usagers du service d'odontologie du CHRU de Lille en 2018.

Le questionnaire est remis au patient par le secrétariat du centre de santé au terme de la première consultation dans le centre et après que d'éventuels rendez-vous de suivi soient planifiés.

2.4 Population de l'étude

Nous avons sollicité tous les patients adressés par l'unité d'urgence odontologique de la Pitié Salpêtrière vers le centre ayant plus de 18 ans, bénéficiant d'une protection de droit commun et inscrits via la plateforme numérique dédiée.

Après la première consultation, le patient est informé verbalement de l'étude de satisfaction en cours. En cas de non refus de participation, une lettre d'information lui est remise.

Deux méthodes de remplissage du questionnaire sont proposées au patient par le personnel d'accueil du centre de santé :

- Un QR code à scanner à l'aide de son smartphone, redirigeant sur un questionnaire en ligne.
- Un questionnaire sous forme papier accompagné d'un stylo désinfecté (compte tenu de la situation sanitaire).

Les réponses aux questionnaires papiers sont ensuite intégrées dans un tableur numérique (Excel. Microsoft) et s'ajoutent aux réponses collectées en ligne.

Lorsqu'il existe des difficultés de lecture et d'écriture, une aide au remplissage est apportée par le personnel du secrétariat du centre de santé.

2.5 Durée de l'étude

L'enquête a été menée à partir de la mi-janvier 2021, jusqu'à la mi-février 2021, lors des plages d'ouverture des consultations d'urgence du centre de santé. Soit du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 17h.

2.6 Recueil des données

2.6.1 Première phase : lecture par le personnel du centre de Santé

Une première lecture du questionnaire et de la lettre d'information est soumise à aux associés du centre de Santé. Plusieurs modifications mineures ont été apportées au questionnaire, principalement sur la mise en page papier et informatique. L'importance de séparer le questionnaire en plusieurs parties a été soulignée. Le choix de l'échelle de Likert pour la majorité des items a été retenu au terme de ce premier test. La lettre d'information n'a pas fait l'objet de modification.

2.6.2 Deuxième phase : premier test auprès d'usagers du centre de santé

Une phase test a été réalisée au centre de santé auprès de 5 patients correspondant à la population cible. Cette phase test ayant deux objectifs principaux :

- Tester la clarté et la compréhension des différents items du questionnaire et de la lettre d'information.
- Mesurer l'estimation du temps nécessaire au renseignement du questionnaire.

Lors d'un entretien collectif avec les 5 patients à la suite de cette phase test, le questionnaire a fait objet de modifications mineures. Il a été relevé que l'estimation du temps d'attente, élément important pour la satisfaction, n'était pas mentionnée et a donc été rajoutée au questionnaire.

Concernant la clarté et la compréhension, aucune remarque n'a été relevée.

La lecture de la lettre d'information et le temps de remplissage du questionnaire ont été estimées à 10 min.

2.6.3 Troisième phase : second test

Une fois les modifications apportées suite à la première phase test, une relecture des questions a été proposée aux 5 patients.

Aucune remarque n'a été relevée suite à cette dernière phase test. L'estimation de lecture et de renseignement du questionnaire est toujours de 10 min.

2.6.4 Questionnaire final

Le questionnaire final (annexe n°1) présenté aux patients comprend :

- Une lettre d'information
- Une première partie sur la consultation aux urgences dentaire de la Pitié Salpêtrière
- Une seconde partie sur la consultation au sein du centre de santé

Le temps de renseignement est de 10 min

2.6.5 Procédure administrative

Au terme du rendez-vous d'urgence au centre de santé, les patients répondant à la population cible de l'étude sont informés oralement de l'étude et se voient remettre (sauf opposition) le questionnaire accompagné de sa lettre d'information en format papier (accompagné d'un stylo) ou bien en format numérique (QRCode). L'investigateur de l'étude était toujours présent, afin de répondre aux éventuelles questions des patients et accompagner les personnes demandant de l'aide. Le questionnaire papier est ensuite remis aux secrétaires et le questionnaire numérique enregistré dans la base de données.

2.7 Plan d'analyse et outil statistiques

L'analyse porte sur la description des résultats et dans un deuxième temps sur une analyse multifactorielle.

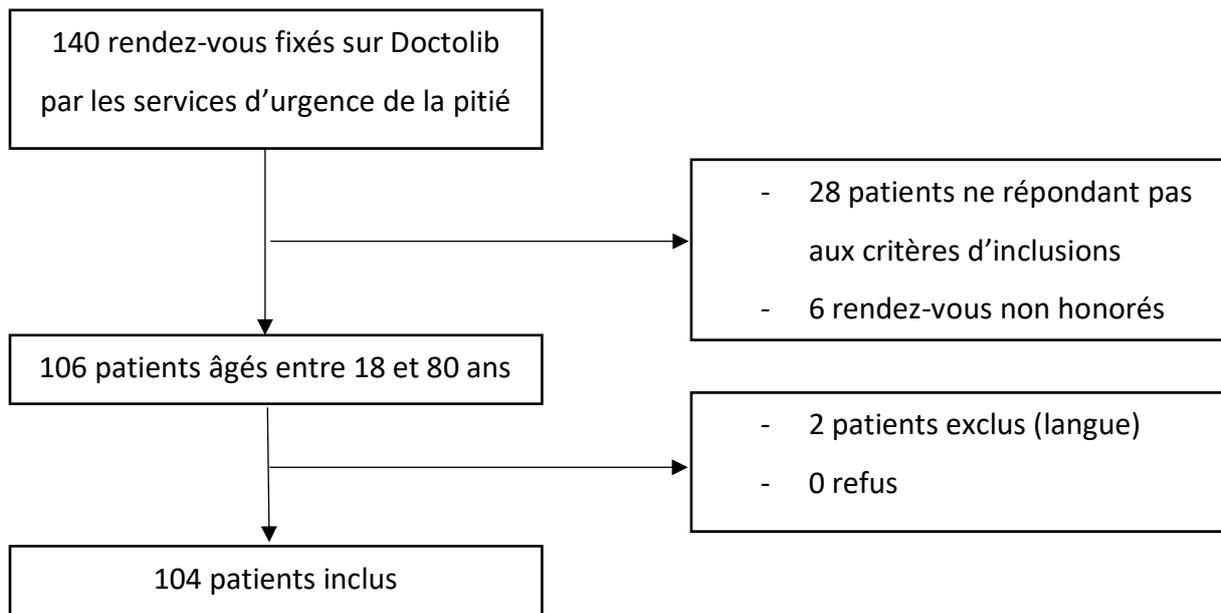
Les tests statistiques de comparaison de moyenne sont le test de Student et l'analyse de variance de Fisher. Les tests d'analyse de distribution sont le Chi² de Pearson. Le seuil de signification statistique est de 5% ($p=0,05$).

Les tests sont réalisés à l'aide du logiciel PSPPIRE (GNUorg).

3 Résultats

Entre le 11/01/2021 et le 12/02/2021, 104 questionnaires ont été recueillis. La figure n°1 représente la constitution de la population étudiée.

Figure n°1 : Population étudiée



Le tableau suivant est fourni par le service de Médecine bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de la Pitié Salpêtrière. Il décrit le flux des consultants d'urgence en Odontologie pour la période de l'étude en distinguant les urgences dites de jour (inscription entre 8h30 et 18h29) de celles dites de nuit (inscription entre 18h30 et 8h29) et les urgences semaine (du lundi au vendredi) de celles du week-end (samedi et dimanche). La période de l'étude ne comporte pas de jours fériés.

Tableau n°1 : Flux des consultants d'urgence HUPS du 15/01 au 15/02/2021

	Jour	Nuit	Total général
Semaine	1363	1046	2409
Week-end	941	522	1463
Total général	2304	1568	3872

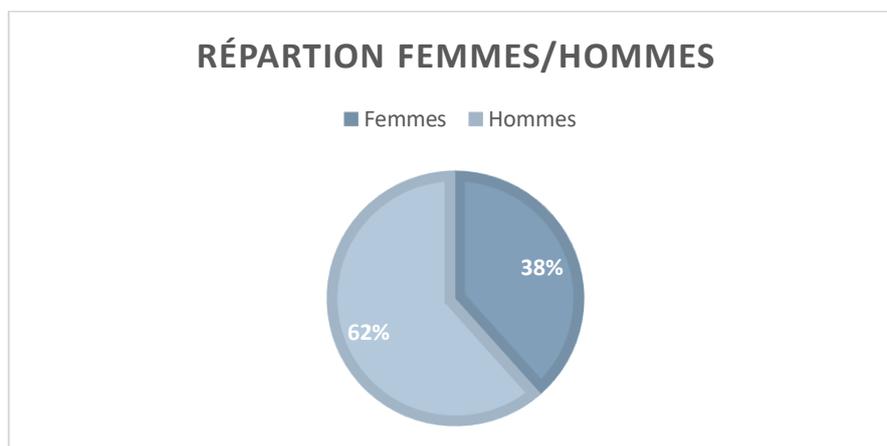
La prise de RDV numérique dans le centre de santé ne se faisant, pendant la période de l'étude, que dans les périodes semaine/jour, la proportion de patients adressés au centre de santé est de 140/1363, soit 10,27% des consultants.

3.1 Résultats descriptifs

3.1.1 Caractéristiques démographiques

L'échantillon se compose de 38% de femmes (n=40) et de 62% d'hommes (n=64).

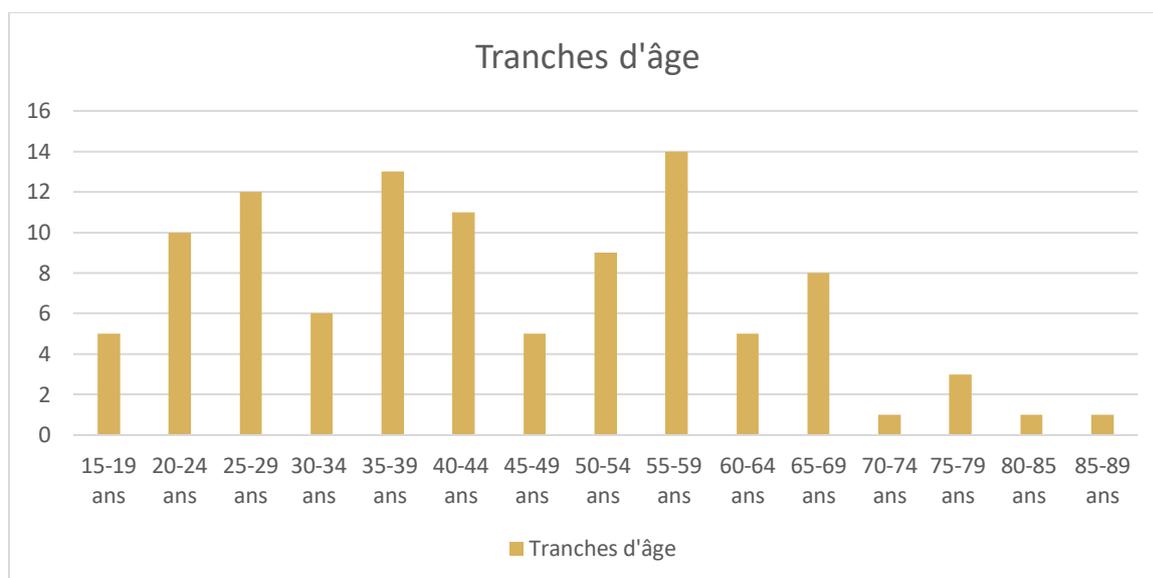
Figure n°2 : Représentation de la répartition Femmes/Hommes (n=104)



La moyenne d'âge des personnes interrogées (n=104) est de 44,2 ans (SD=17) (âge minimum=18 ans, âge maximum=86 ans).

La tranche d'âge la plus représentée est 55-59 ans (n=14) 13,46% de l'échantillon.

Graphique n°1 : Représentation des tranches d'âge de la population étudiée (n=104)



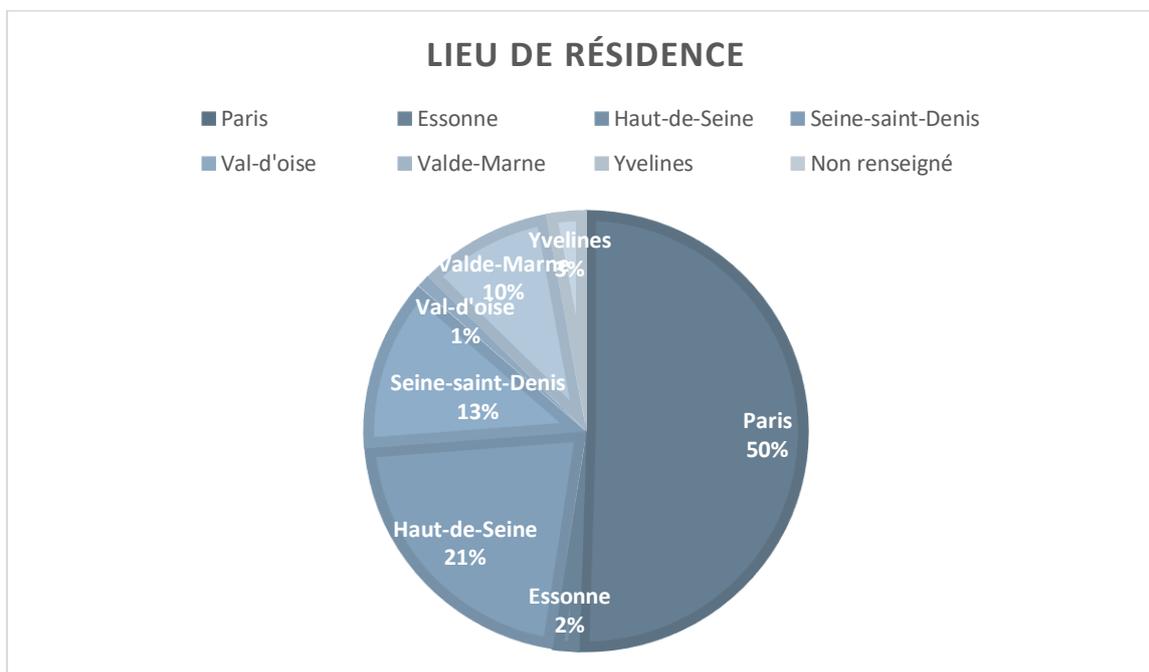
3.1.2 Catégorie socio professionnelle

La catégorie socio professionnel la plus représentée est la catégorie des employés (38,46% ; n=40)

3.1.3 Lieu de résidence

Majoritairement les patients viennent de Paris (50% ; n=52)

Figure n°3 : Distribution des lieux de résidence (n=104)



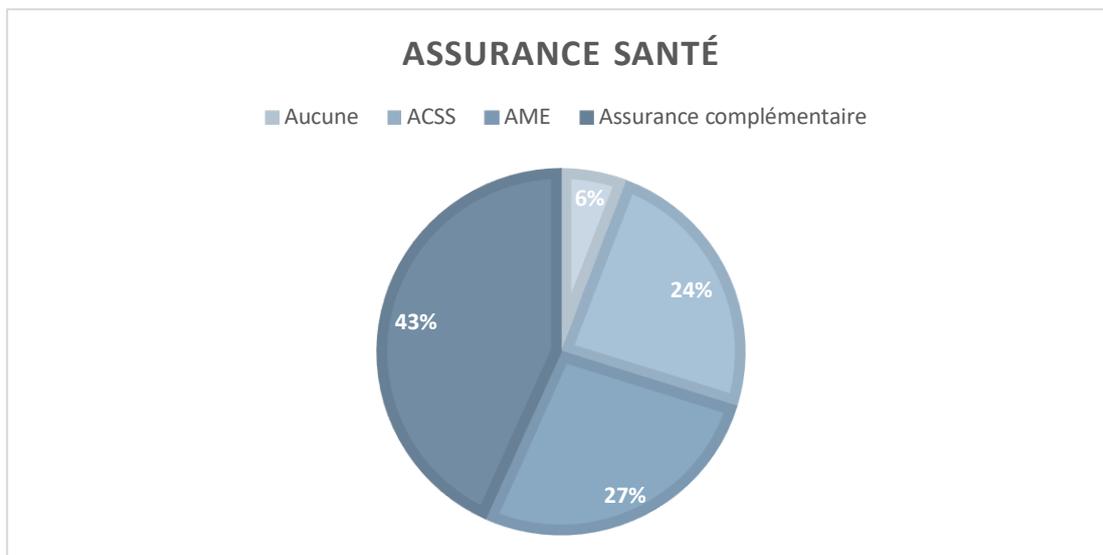
3.1.4 Protection sociale

24% (n=25) ont renseigné être bénéficiaire de l'ACSS et 26,9% (n=28) de l'AME.

43,3% (n=45) bénéficient d'une complémentaire santé.

5,8% (n=6) ont renseigné ne bénéficier d'aucune protection maladie.

Figure n°4 : Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « de quelle assurance santé bénéficiez-vous ? » (n=104)



3.1.5 Suivi régulier par un chirurgien-dentiste

52,88% (n=55) des patients disent être suivi par un chirurgien-dentiste.

Tableau n°2 : Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « êtes-vous suivi par un chirurgien-dentiste ? » (n=104)

	Items	Nombre	Pourcentage (%)
Etes-vous suivi par un chirurgien-dentiste	NON	49	47,12
	OUI	55	52,88
Total		104	100,0

Tableau n°3 : Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « Avez-vous essayé de joindre un ou votre dentiste avant de consulter le service d'urgence » en fonction de l'existence d'un suivi par un chirurgien-dentiste (n=104)

		Avez-vous essayé de joindre un ou votre dentiste avant de consulter le service d'urgence ?			
		NR	NON	OUI	Total
Etes-vous suivi par un chirurgien-dentiste ?	NON	3,00	40,00	6,00	49,00
	OUI	,00	18,00	37,00	55,00
	Total	3,00	58,00	43,00	104,00

Les patients déclarant un suivi par un chirurgien-dentiste sont statistiquement plus nombreux que ceux déclarant l'absence de suivi (67,27% vs 12.24%) à avoir essayé de joindre un dentiste avant de consulter le service d'urgence ($p < .001$).

3.1.6 Importance accordée aux soins dentaires

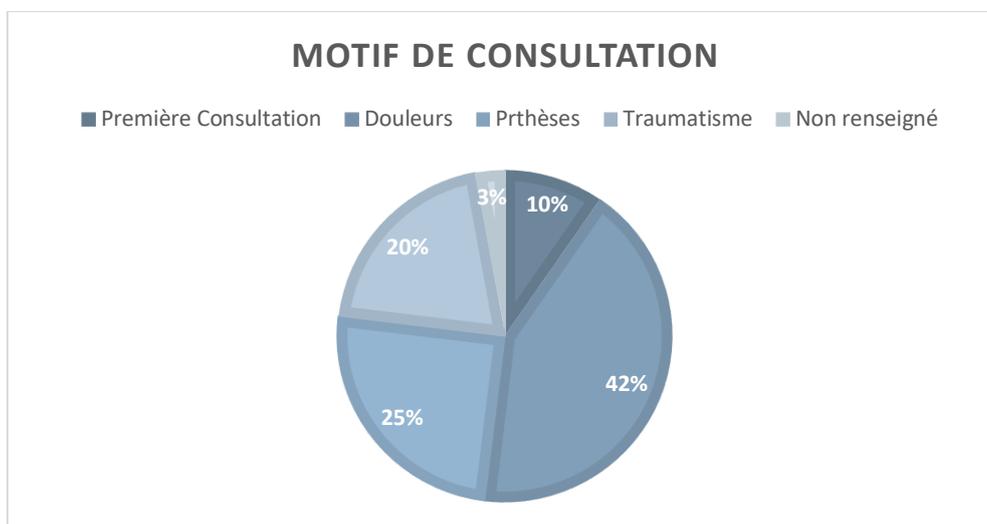
La moyenne attribuée à l'importance des soins dentaire est de 8,31 (n=102 ; SD =1,92)

3.1.7 Recours au service d'urgence de la pitié Salpêtrière

3.1.7.1 Motif de consultation

Le motif de consultation principal est la douleur (42,31% ; n=44), suivi de la demande de prothèse (25% ; n=26).

Figure n°5 : Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « quelle est votre motif de consultation » (n=104)



3.1.7.2 Connaissance du service d'urgence de la pitié Salpêtrière

La majorité des patients ont pris connaissance du service par l'entourage (41,35% ; n=43) puis par Internet (39,42% ; n=41)

Tableau n° 4: Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « comment avez-vous pris connaissance du service d'urgence de la Pitié Salpêtrière » (n=104)

	Items	Nombre	Pourcentage (%)
Comment avez-vous pris connaissance du Servi d'urgence ?	Ami/famille	43	41,35
	Autre	4	3,85
	Internet	41	39,42
	Médecin	16	15,38
	Total	104	100,0

3.1.8 Orientation vers le centre de santé dentaire Chevaleret

3.1.8.1 Clarté des explications

A la question : Les explications sont-elles assez claires, on note une majorité de « oui » (80,77 % ; n=84).

3.1.8.2 Parcours entre l'hôpital et le centre santé

La majorité des patients (50% ; n=52) se sont rendus au centre grâce aux explications données au sein du service hospitalier.

Tableau n° 5: Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « comment vous êtes-vous rendu au centre de santé ?» (n=104)

	Items	Nombre	Pourcentage (%)
Comment vous êtes-vous rendu au centre de santé	Autre	10	9,62
	Quelqu'un vous a expliqué le chemin	52	50,00
	Votre GPS	42	40,38
	Total	104	100,0

3.1.9 Attentes vis-à-vis du centre de santé

3.1.9.1 Satisfaction de l'accueil

La majorité des patients disent avoir été satisfait par l'accueil du secrétariat (85,58% des patients ; n=89).

3.1.9.2 Temps d'attente

Le temps moyen d'attente est majoritairement inférieur à 10 min.

Tableau n°6 : distribution du temps d'attente (n=104)

	Items	Nombre	Pourcentage (%)
Temps d'attente	Inférieur à 10 minutes	2	1,92
	10 minutes	38	36,54
	20 minutes	21	20,19
	5 minutes	19	18,27
	Plus de 20 minutes	24	23,08
	Total	104	100,0

3.1.9.3 Satisfaction de la consultation

86,54% (n=90) des patients ont été pris en charge le jour même.

La moyenne de la satisfaction à la suite du rendez-vous est de 8,48 (n=99, SD=1,75)

3.1.9.4 Suivi des soins

Sur 104 patients 88 (84.62%) ont dit avoir pris un autre rendez-vous pour suivre les soins avec au sein du centre de santé.

Tableau n°7 : Distribution des réponses des personnes interrogées à la question « Avez-vous pris un rendez-vous de suivi? » (n=104)

	Items	Nombre	Pourcentage (%)
Avez-vous pris un rendez-vous de suivi ?	NR	2	1,92
	NON	14	13,46
	OUI	88	84,62
	Total	104	100,0

3.2 Analyse des résultats

3.2.1 Satisfaction

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative (DSS) entre l'âge, l'importance accordée aux soins dentaires et la note de satisfaction.

L'analyse de variance sur la comparaison des notes de satisfaction sur l'ensemble des variables qualitatives montre une DSS sur les critères suivants :

Tableau n° 8 : Critères associées à une DSS sur la note de satisfaction

Question	Réponse	Nombre	Moyenne	Ecart type	p
Etes-vous suivi par un chirurgien-dentiste ?	Non	48	7.96	2.05	0.003
	Oui	51	8.98	1.24	
	NR	5			
Les explications données ont-elles été claires ?	Non	18	7.33	2.57	0.006
	Oui	79	8.72	1.42	
	NR	7			
Etes-vous satisfait de l'accueil du centre de santé ?	Non	12	7.42	2.19	0.002
	Oui	84	8.73	1.49	
	NR	8			
Quel a été votre temps d'attente ?	5 minutes	15	8.8	1.61	<0.001
	10 minutes	38	8.89	1.31	
	20 minutes	21	8.52	1.4	
	Plus de 20 minutes	24	7.88	2.11	
	NR	6			
Souhaitez-vous poursuivre les soins dans ce centre de santé ?	Non	15	6.53	2	<0.001
	Oui	84	8.83	1.46	
	NR	5			
Un nouveau rendez-vous a t'il été fixé par le praticien ?	Non	14	7.14	2.25	<0.001
	Oui	88	8.69	1.57	
	NR	2			

Tableau n°9 : Comparaisons de moyennes, test de Student, selon l'existence d'un chirurgien-dentiste traitant

	Patients suivis par un CD	N	Moyenne	Écart-type	P
Age	OUI	55	46,07	16,65	0,101
	NON	49	39,76	22,15	
Importance accordée aux soins dentaires	OUI	54	8,63	1,83	0,078
	NON	48	7,96	1,98	
Satisfaction de la prise en charge centre de sante	OUI	51	8,98	1,24	0,003
	NON	48	7,96	2,05	

Tableau n° 10: Comparaisons de moyennes, test de Student, selon la clarté des informations délivrées par les personnels hospitaliers.

	Clarté des explications	N	Moyenne	Écart-type	P
Age	OUI	84	42,52	20,01	0,891
	NON	18	43,22	17,56	
Importance accordée aux soins dentaire	OUI	82	8,49	1,75	0,081
	NON	18	7,61	2,55	
Satisfaction de la prise en charge au centre de Santé	OUI	79	8,72	1,42	0,002
	NON	18	7,33	2,57	

3.2.2 Importance accordée aux soins dentaire

Les patients déclarant avoir appelé un chirurgien-dentiste accordent statistiquement plus d'importance aux soins dentaires que les autres. Il n'y a pas de DSS d'âge entre ceux qui ont appelé et ceux qui n'ont pas appelé leur chirurgien-dentiste

Tableau n°11 : Comparaisons de moyennes, test de Student, chez les patients déclarant avoir appelé un chirurgien-dentiste en amont de la visite d'urgence

	Appel d'un dentiste	N	Moyenne	Écart-type	P
Age	OUI	43	41,07	23,22	NS
	NON	58	43,95	16,77	
Importance accordée aux soins dentaire	OUI	43	8,93	1,32	0,005
	NON	57	7,93	2,16	

3.2.3 Poursuite des soins

Il n'y a aucune DSS de poursuite des soins selon le lieu de résidence.

3.2.4 Couverture sociale

Il existe une DSS entre la catégorie socio-professionnelle et le type d'assurance maladie ($p=0,001$).

La majorité des artisans, commerçants ou chefs d'entreprise possède une assurance complémentaire. Tout comme la majorité des employés et des retraités.

Les personnes sans activité professionnelles possèdent majoritairement la CSS, et les ouvriers, l'AME.

Tableau n°12 : Répartition des différentes couvertures sociales selon les catégories socio-professionnel

	Artisans, commerçant, ou chef d'entreprise	Autre	Employés	Ouvriers	Retraité	Sans activité professionnelle	Total
CSS	4	1	7	1	0	12	25
AME	1	4	9	7	1	6	28
Assurance complémentaire	10	1	23	0	8	3	45
Total	15	6,	40	9	11	23	104

3.2.5 Suivi des soins

Il existe une DSS ($p < 0,05$) entre la catégorie socio-professionnelle et le suivi par un chirurgien-dentiste en amont de la consultation d'urgence.

Les ouvriers et les personnes sans activité professionnelle signalent plus fréquemment ne pas être suivi par un chirurgien-dentiste.

Tableau n°13 : Suivi des patients par un chirurgien-dentiste selon la catégorie socio-professionnelle

	Artisans, commerçant, ou chef d'entreprise	Autre	Employés	Ouvriers	Retraité	Sans activité professionnelle	Total
Patients non suivis par un dentiste	3	1	16	9	4	16	49
Patients suivis par un dentiste	12	5	24	0	7	7	55
Total	15	6	40	9	11	23	104

De plus, les patients suivis par un dentiste sont statistiquement plus nombreux à avoir essayé d'appeler un chirurgien-dentiste en amont de la consultation aux urgences dentaire.

Tableau n°14 : Distribution des patients ayant appelé un dentiste selon l'existence d'un dentiste traitant (DSS, $p < 0.001$)

		Avez-vous essayé de joindre un ou votre dentiste avant de consulter le service d'urgence ?			
Etes-vous habituellement suivi par un dentiste ?	NR	NON	OUI	Total	
NON	3	40	6	49	
OUI	0	18	37	55	
Total	3	58	43	104	

3.2.6 Clarté des explications

78% des patients (n=84) déclarent avoir reçu une information claire. L'identification de celui qui transmet l'information est renseignée dans le questionnaire par le patient : elle ne permet pas d'identifier avec suffisamment de précision le statut des personnels concernés.

Il n'existe pas de DSS de clarté des explications selon la personne adressant au centre de santé et selon l'âge du patient. On note cependant que lorsque l'orientation est assurée par un personnel que le patient identifie comme interne, les informations sont considérées claires par la totalité d'entre eux. La comparaison de la clarté des explications fournies par les internes vs l'ensemble des autres personnels montre une DSS ($p=0.05$).

Tableau n° 15 : Clarté des explications selon le statut du personnel hospitalier qui les a fournies (NS, p=0.083 ; DDS, p=0.05 interne vs les autres)

Orientation	Les explications ont-elles été assez claires ?			Total
	NR	NON	OUI	
Aide-soignant	0	7	14	21
Autre	0	0	10	10
Interne	0	0	16	16
Personnel hospitalier	2	11	44,00	57
Total	2	18	84	104

3.2.7 Prise d'un nouveau rendez-vous au centre de santé

Nous n'observons pas de DSS de la prise d'un nouveau rendez-vous en fonction du type de couverture sociale, du genre et du suivi par un chirurgien-dentiste ($p > 0,05$).

Les tableaux suivants illustrent les distributions statistiquement significatives des différents critères analysés selon la poursuite des soins dans le centre de santé :

Tableau n°16 : motifs de consultation et poursuite des soins dans le centre de santé. (DSS, $p < 0.001$.)

Motif consultation	Poursuite des soins dans le Centre de Santé			Total
	NR	NON	OUI	
NR	1	0	2,	3
Consultation	0	0	10	10
Douleurs	0	10	34	44
Prothèses	0	3	23	26
Traumatisme	0	2	19	21
Total	1	15	88	104

Tableau n°17 : Clarté des explications et poursuite des soins dans le centre de santé. (DSS, $p=0.028.$)

Clarté des explications	Poursuite des soins dans le Centre de Santé			Total
	NR	NON	OUI	
NR	0	0	2	2
NON	0	7	11	18
OUI	0	8	75	84
Total	0	15	88	104

Tableau n°18 : Satisfaction de l'accueil par le centre de santé et poursuite des soins dans le centre de santé. (DSS, $p=0.05.$)

Satisfaction accueil du CdS	Poursuite des soins dans le Centre de Santé			Total
	NR	NON	OUI	
NR	0	1	2	3
NON	0	5	7	12
OUI	1	9	79	89
Total	1	15	88	104

Tableau n°19 : Temps d'attente et poursuite des soins dans le centre de santé. (DSS, $p<0.001$)

Temps d'attente	Poursuite des soins dans le Centre de Santé			Total
	NR	NON	OUI	
NR	1	1	0	2
5 minutes	0	1	18	19
10 minutes	0	5	33	38
20 minutes	0	2	19	21
Plus de 20 minutes	0	6	18	24
Total	1	15	88	104

4 Discussion

4.1 Discussion de la méthodologie

L'évaluation de la satisfaction des usagers du système de soins est un outil de pilotage et de gestion de la qualité, intégré depuis une dizaine d'années aux procédures de certification hospitalière. Depuis 2014 la réalisation d'enquêtes de satisfaction par les établissements de santé assurant une activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique est obligatoire (Lang et al. 1997). Elles sont principalement destinées à analyser les déterminants environnementaux (chambres, repas, relation soignants...) et médicaux (gestion de la douleur, information ...) des séjours d'hospitalisation.

Afin de ne pas interférer avec le parcours de soins le législateur privilégie les enquêtes conduites en dehors du contexte hospitalier, sur la base d'enquêtes téléphoniques ou numériques. Ce type d'enquête mobilise des moyens plus adaptés aux flux des patients hospitalisés qu'à celui d'usagers de consultations externes ; pour ces derniers, la mise en œuvre de questionnaires directement à la fin d'une séance de soins, sous réserve d'un strict respect de l'anonymat, soulève moins d'interrogations sur d'éventuelles interférences entre les réponses et le parcours de soins.

Le questionnaire utilisé s'inspire d'une étude menée au CHRU de Lille en 2018. Son objectif n'est pas destiné à analyser la prise en charge thérapeutique mais à identifier la compréhension et la satisfaction de procédures d'accompagnement aux soins d'aval d'urgence immédiats, puis programmés.

Le choix d'une période limitée, plutôt que celui d'une taille minimale de l'échantillon, repose sur la faisabilité de l'enquête, notamment la disponibilité des personnels d'accueil, au sein du centre de santé et sur l'absence de données permettant une modélisation initiale. Les effectifs obtenus limitent dans certains cas la puissance des tests statistiques, notamment lorsque l'analyse porte sur des critères multifactoriels. Une cohorte plus volumineuse pourrait peut-être apporter des informations complémentaires, mais les distributions obtenues apportent des premiers renseignements précieux sur l'évaluation du dispositif.

La soumission du questionnaire directement au terme de l'acte destiné à résoudre les motifs de consultation d'urgence, le plus souvent la douleur, représente un potentiel biais

d'évaluation : cela permet effectivement de mesurer l'efficacité de l'aval immédiat de la prise en charge de l'urgence, mais moins d'évaluer l'intérêt du dispositif sur l'accès ultérieur aux soins. Une approche longitudinale, sur des délais plus longs, corrélée à l'analyse des déterminants antérieurs d'obstacles éventuels au recours aux soins bucco dentaires, serait nécessaire pour apprécier l'intérêt à terme de l'interface ville/hôpital étudiée.

4.2 Discussion des résultats

La notion d'urgences évitables

L'augmentation du recours aux urgences hospitalières, constante depuis plusieurs décennies a conduit les pouvoirs publics à développer des mesures visant à mieux impliquer les structures de médecine de ville. L'incitation à l'installation de médecins généralistes dans les zones de désertification médicale, l'encouragement à la création de centres de santé pluridisciplinaires en sont des illustrations. L'objectif est d'alléger la charge hospitalière d'accueil des urgences médicales dites évitables, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'hospitalisation d'aval immédiates, en facilitant le recours primaire aux structures de soins dites de ville. Le sens de l'urgence évitable en Odontologie n'est pas le même qu'en médecine : l'hospitalisation de consultants des urgences bucco dentaires est rarissime, concernant les syndromes infectieux majeurs ou les traumatismes étendus, dont la prise en charge relève le plus souvent du champ d'intervention de la chirurgie maxillo-faciale ou ORL. La notion d'urgence évitable en Odontologie repose ainsi plus sur un défaut d'accès aux soins primaires, en amont, que sur une gestion du risque vital, sans pour autant minimiser l'importance de la prise en charge des douleurs secondaires aux pathologies bucco dentaires ou de celle, qui doit être rapide, des traumatismes oro-faciaux. Comme en Médecine, mais dans une mesure différente, la sollicitation des services d'urgence bucco dentaires hospitaliers est le reflet de l'accessibilité perfectible des structures de soins de droit commun (Lang et al. 1997) . Les déterminants sociaux sont majeurs, et l'incapacité des consultants d'urgence à faire valoir leurs droits ou à modifier leur comportement de recours aux soins est essentiel. L'accompagnement vers le centre de santé représente donc un moyen de réduction des urgences évitables en secteur hospitalier en proposant aux patients une structure de soins

accessible immédiatement mais aussi durablement. Sous l'hypothèse de son efficacité, dont cette analyse est un premier chapitre d'évaluation, il devrait pouvoir s'élargir à d'autres structures de ville, cabinets libéraux et centres de santé.

Les flux et les caractéristiques des patients de l'étude

Les patients concernés par l'étude relèvent de soins d'urgence immédiats, couverts par leur protection maladie, dans des périodes d'ouverture habituelle des structures de soins de ville. Ce sont majoritairement des hommes, âgés entre 56 et 59 ans, domiciliés en région parisienne, le lieu de résidence ne reflétant pas les inégalités territoriales de santé en Ile de France. Ils représentent un peu plus de 10% des patients reçus dans le service hospitalier dans les plages d'ouverture où l'outil numérique de prise de rendez-vous est disponible par le personnel soignant (urgences jour/semaine). Les modalités de l'étude ne permettent pas de préciser le nombre de consultants relevant d'une seule prise en charge médicamenteuse, invités lorsque leur protection sociale le permet, à consulter une structure de ville pour la délivrance des soins d'aval, sans qu'un rendez-vous leur soit directement proposé avec le centre de santé partenaire par voie numérique.

La disponibilité de l'offre de soins

En dehors des motifs traumatiques de consultation, qui concernent un patient sur cinq, le recours au service hospitalier, le plus souvent motivé par la douleur, peut s'expliquer par l'aggravation de pathologies, carieuses ou parodontales, qui auraient pu être traitées plus précocement et/ou des difficultés d'accès à des structures de ville. Paradoxalement, plus d'un patient sur deux déclare être suivi par un par un chirurgien-dentiste, mais un tiers d'entre eux n'a pas essayé de contacter leur praticien. Ce comportement s'explique, outre une plus grande importance accordée aux soins bucco-dentaires par ceux qui ont appelé leur chirurgien-dentiste, vraisemblablement pour partie par un renoncement barrière fondé sur un a priori d'indisponibilité du praticien traitant comme l'ont évoqué A Tennenbaum et coll en 2020 (Tennenbaum et al. 2020), conjointement à la certitude d'être reçu par le service hospitalier connu majoritairement par internet ou la recommandation de proches. Le questionnaire ne permet pas d'identifier la réponse obtenue par la proportion de consultants contactant un ou leur chirurgien-dentiste, mais il est vraisemblable que là encore la disponibilité immédiate du

service hospitalier (Azogui-Levy et Boy-Lefèvre 2017), confrontée à une insuffisance de formalisation de structures de villes assurant l'accueil des urgences bucco dentaires de jour, constitue un facteur de recours préférentiel au service public.

La logistique et les disparités de financement

Etendre la mise en place de plages dédiées à l'accueil des urgences bucco-dentaires comme l'a fait le centre de santé de l'étude, sur la base d'un partenariat conventionnel avec le service hospitalier, à d'autres structures de ville disposant de cette capacité, et l'affichage de ces missions à l'aide d'outils de communication adaptés, permettrait de simplifier le parcours de soins des consultants d'urgence bucco-dentaire et éviter des recours évitables au secteur hospitalier public. Dans ses deux rapports consacrés aux urgences (Cour des Comptes - Chambres régionales et territoriales des Comptes 2019), la Cour des Comptes encourage l'implication des structures de ville dans ce type de missions. Elle s'interroge cependant sur la grande disparité de financement des prises en charge d'urgence entre le secteur public, qui bénéficie de dotations spécifiques à l'accueil des urgences, quelles que soient leur gravité, et les structures de ville qui ne peuvent prétendre, en dehors de financements spécifiques de la permanence des soins assurées la nuit les jours fériés et les week-end, qu'à la seule facturation des soins délivrés. Ce constat représente un facteur limitant l'intérêt financier des structures publiques à mettre en œuvre ce type d'orientation et n'encourage pas les structures de ville à adapter leur fonctionnement à l'accueil de ces consultations par définition de fréquentation aléatoire.

Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction

La grande majorité des patients déclare comprendre l'accompagnement par le service hospitalier vers le centre de santé. Ils se disent satisfaits de l'accueil par le centre où ils ont attendu moins de vingt minutes avant d'être pris en charge, accordant une note de satisfaction de 8,48 sur 10 pour la consultation avec le praticien du centre de santé. La formulation de la question sur l'identification du personnel hospitalier procédant à l'accompagnement ne permet pas d'identifier avec précision leur statut, apprécié par les patients; le résultat à cette question montre cependant que la totalité des patients accompagnés par un praticien identifié comme interne déclare avoir reçu des explications

claires. Cela sous-entend l'importance de l'implication de personnel médical dans l'accompagnement vers le centre de santé. Le fait qu'un consultant sur vingt n'ait pas honoré son rendez-vous dans le centre et que près de la moitié des patients de l'étude aient dû recourir à une localisation numérique pour se rendre dans le centre de santé suggère en outre que les informations données au patient soient complétées par une indication plus précise (plan) du trajet entre les deux structures.

L'analyse de la note de satisfaction permet de dégager plusieurs critères déterminants :

Les patients déclarant un suivi par un chirurgien-dentiste expriment une plus grande satisfaction que les autres. L'explication est probablement multifactorielle. L'apport d'une réponse à la demande d'urgence, en dehors d'une attente initiale sans doute frustrée, est-elle une explication plausible. Une autre explication tient aussi vraisemblablement sur une meilleure connaissance de l'environnement de soins, moins surprenante. L'absence de praticien traitant suggère également un recours plus fréquent aux soins curatifs, dont le contexte plus pénible, algique et stressant, est potentiellement générateur d'une moindre satisfaction.

La clarté des informations délivrées est également associée à une meilleure satisfaction. Ce point apparaît donc essentiel à la mise en place d'un parcours de soins consenti et éclairé et justifie que les personnels hospitaliers impliqués y accordent suffisamment d'attention. De manière comparable, la satisfaction de l'accueil dans le centre de santé est associée à une meilleure satisfaction globale. Ce résultat a priori prévisible marque encore l'importance de l'environnement humain périphérique au soin.

Le temps d'attente dans le centre de santé est également un facteur concourant à la satisfaction des patients : la différence se situe au niveau des temps d'attente supérieurs à vingt minutes, clairement associés à une note de satisfaction plus faible que celles des temps d'attente inférieurs ou égaux à vingt minutes. Le questionnaire ne permet pas de mesurer les délais entre l'arrivée dans le service hospitalier et la prise en charge clinique par le centre de santé, mais de toute évidence, a fortiori dans un contexte algique, il apparaît souhaitable que la logistique de ce type d'accompagnement tienne compte de ce critère. La mise en place de procédures de tri et d'orientation rapides dans le service hospitalier (« fast track »),

éventuellement associée à la possibilité de consultations télévisuelles en amont, et la disponibilité d'un plateau technique dédié dans le centre de santé, sont autant de moyens de réduction des temps d'attente et de contribution à la meilleure satisfaction des bénéficiaires de ce type de procédures.

Les soins de suite

La poursuite des soins dans le centre de santé, et la prise d'un rendez-vous au terme de la consultation initiale, sont associées à des notes de satisfaction statistiquement meilleures. Il est impossible de préciser les liens de causalité entre ces critères, l'absence de poursuite des soins génère-t-elle de l'insatisfaction ou l'insatisfaction est-elle un motif de refus de rendez-vous ultérieur ni, les données n'étant pas pseudo anonymisées, d'analyser d'éventuelles corrélations entre les soins délivrés (avulsion, soins endodontiques) et l'absence de soins d'aval. L'analyse des différentes réponses au questionnaire entre ceux pour lesquels une poursuite des soins est envisagée et les autres, apporte cependant quelques éclaircissements :

Les patients qui poursuivent leurs soins sont très majoritaires, représentant près de 85% de l'échantillon.

La catégorie socio-professionnelle, le lieu de résidence, la nature de la protection maladie, l'existence d'un praticien traitant et sa sollicitation initiale ne diffèrent statistiquement pas selon que les patients poursuivent leurs soins ou non, mais ceux qui ont consulté dans un contexte douloureux, qui évoquent une absence de clarté des explications, une insatisfaction de l'accueil par le centre de santé et déclarent des temps d'attente supérieurs à vingt minutes sont statistiquement moins nombreux à poursuivre les soins dans le centre de santé. Cela conforte l'importance des procédures de contrôle des délais d'attente, de la clarté des informations, et de l'environnement humain périphérique au soin, évoqués précédemment, mais suggère aussi, indépendamment de la satisfaction du déroulement du soin non mesurable dans cette étude, l'incapacité de la procédure analysée à mettre en place un parcours de soins bucco-dentaire pour près d'un patient sur six, vraisemblablement uniquement demandeur du traitement curatif du motif de l'urgence.

La résolution rapide du motif de la consultation d'urgence, organisée par une prise de rendez-vous nominative, dans une structure peu éloignée du site hospitalier contribue

vraisemblablement à lever la frustration d'une intervention pouvant être jugée inadaptée ou inattendue du service hospitalier. Cela conforte l'intérêt du partenariat dans la résolution apportée au motif de la consultation d'urgence.

La proportion élevée de patients ayant pris rendez-vous dans le centre de santé pour poursuivre leurs soins bucco dentaires sous-entend l'intérêt du dispositif dans l'accompagnement aux soins et l'aménagement d'un parcours de soins programmés. Il conviendrait cependant de poursuivre l'analyse par celle du recours ultérieur aux soins de la cohorte pour s'assurer que cette prise en charge ne se limite pas qu'au seul traitement des suites de l'urgence, et contribue à instaurer une logique de recours régulier, préventif et curatif, aux soins bucco dentaires, ce qui renforcerait l'intérêt d'une généralisation de ce type de partenariat à d'autres structures de ville. Sous cette hypothèse l'accès aux missions médico-sociales et médicales spécifiques des services hospitaliers devrait pouvoir bénéficier de modalités d'accompagnement comparables, telles que la capacité pour les structures de ville de pouvoir proposer à ses consultants une prise en charge hospitalière programmée, avec par exemple une possibilité de prise de rendez-vous directe telle que celle mise en œuvre dans ce partenariat conventionnel. Cela implique que les professionnels de ville aient la capacité d'identifier la nécessité de recours hospitalier et une connaissance de l'organisation de l'offre de soins hospitalière.

La protection maladie des consultants

La majorité des consultants bénéficient d'une assurance maladie complémentaire, ce qui est conforme aux modalités d'accompagnement mises en œuvre par le service hospitalier.

La proportion de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, protection accordée sous conditions de ressources ne couvrant pas le financement des dépassements d'honoraires, suggère ainsi le rôle du partenariat conventionnel dans la prise en charge immédiate de l'urgence, mais complexifie l'établissement d'un parcours de soins ultérieurs pour ces patients souvent contraints à solliciter les permanence d'accès aux soins (PASS) hospitalières. Ils ne sont en effet qu'un quart à déclarer un suivi par un chirurgien-dentiste. Cette proportion souligne également qu'une connaissance perfectible par les personnels hospitaliers des caractéristiques de la protection maladie des consultants puisse compliquer l'interface

ville/hôpital. Pour ces consultants, la prise en charge programmée, a fortiori si elle concerne des soins associés à des restes à charge fait partie des prérogatives publiques. Sans doute l'engorgement de la consultation médico-sociale du service d'Odontologie générée par la constitution d'une liste d'attente à la suite de l'interruption de ses consultations au cours de la crise sanitaire pendant la période de l'étude, explique-t-il pour partie ce fonctionnement. Mais la connaissance réciproque des domaines d'intervention des structures de ville et hospitalières constitue un préalable indispensable au bon fonctionnement du partenariat, et à l'aménagement de parcours de soins appropriés. L'aménagement de plages de temps médical partagé entre ces différentes structures constituerait une base de coordination positive. Ces réflexions sont encore plus évidentes pour 6 patients ne relevant d'aucune assurance maladie. Le questionnaire ne permet pas d'identifier leur possibilité de financement intégral des honoraires des soins, et l'existence de la transmission d'information à ce sujet, mais l'absence de protection maladie est un critère empêchant l'accompagnement vers la structure de ville, ce type de situations relevant des missions de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) du service, après la résolution en son sein, des motifs de la consultation d'urgence selon des procédures établies. Cet accompagnement relève donc d'un dysfonctionnement et (re)conforte l'importance de la formation des personnels concernés.

La part importante de bénéficiaires de la CSS, supérieure à l'estimation d'un taux de 17.6% de bénéficiaires en Ile de France selon l'INSEE , marque vraisemblablement les difficultés d'accès aux cabinets dentaires franciliens de ville de ces assurés sociaux (Chareyron 2019).

Dans l'échantillon, seul un bénéficiaire de la CSS sur deux déclare un suivi par un chirurgien-dentiste, là ou trois quarts de bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire déclarent l'existence d'un tel suivi. L'appréciation de l'importance accordée aux soins bucco dentaires ne différant pas de manière statistiquement significative selon la nature de la protection maladie, cela renforce l'intérêt du partenariat de l'étude dans l'accompagnement et l'accès aux soins bucco dentaires. Là encore, un suivi longitudinal permettrait de mieux quantifier cet intérêt.

Conclusion

La mise en place de partenariats entre les structures hospitalières publiques et celles de ville répond au double objectif de maîtrise des dépenses de santé, principalement hospitalières lorsqu'il s'agit de l'urgence, et d'amélioration de l'accès aux soins, enjeu majeur de santé publique.

Pour qu'ils soient efficaces ces partenariats doivent disposer d'interfaces garantissant la satisfaction des usagers.

L'enquête menée dans le cadre de cette étude montre qu'un accompagnement organisé de consultant d'urgence bucco-dentaire du secteur hospitalier public vers une structure de ville, reposant notamment sur la prise de rendez-vous immédiate par l'intermédiaire d'une plateforme numérique, recueille des taux de satisfaction élevés. Ce partenariat montre ses capacités à assurer une réponse satisfaisante aux besoins immédiats générés par l'urgence et à constituer, ultérieurement, une offre de recours aux soins accessible. Une analyse longitudinale, prolongée sur des temps suffisants, est cependant nécessaire pour évaluer la pérennité de ce deuxième critère.

La nature de la protection sociale, le lieu de résidence, et donc son éloignement géographique, l'âge et le genre des patients ne semblent pas influencer le niveau de satisfaction.

La satisfaction des patients concernés dépend principalement de la clarté des informations fournies par les personnels hospitaliers, de la qualité de l'accueil réservé par les personnels du centre de santé et des délais d'attente avant la prise en charge thérapeutique. L'accent doit donc être mis sur la formation et l'implication éclairées des professionnels intervenant dans l'accompagnement des patients et sur les moyens logistiques dédiés, et leurs financements respectifs, par les différentes structures de soin.

Les résultats de l'étude montrent l'intérêt du partenariat mis en place et suggèrent qu'il puisse s'étendre, selon des modalités analogues de fonctionnement, à d'autres structures de soins de ville.

Bibliographie :

- Ameli. ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 21 avr 2021a]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure>
- Ameli. Complémentaire santé solidaire [Internet]. [cité 21 févr 2021b]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire>
- Azogui-Levy S, Boy-Lefèvre M-L. Inégalités d'accès aux soins dentaires. *Après-Demain*. 9 mai 2017;N° 42, NF(2):30-2.
- Azogui-Lévy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Quest Déconomie Santé IRDES*. mai 2005;(94):8.
- Bedos C, Brodeur J-M, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med*. 1 déc 2003;57(11):2089-99.
- Bedos C, Levine A, Brodeur J-M. How People on Social Assistance Perceive, Experience, and Improve Oral Health. *J Dent Res*. 2009;88(7):653-7.
- Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. 1 août 2015;
- Catteau C, Piaton S, Nicolas E, Hennequin M, Lassauzay C. Assessment of the oral health knowledge of healthcare providers in geriatric nursing homes: additional training needs required. *Gerodontology*. 2016;33(1):11-9.
- Chareyron S. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. *Défenseur des Droits*; 2019 oct p. 42.
- Chareyron S, L'Horty Y, Marne-la-Vallée UP-E. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales. *Défenseur des Droits*; 2019 oct p. 42.
- Cour des Comptes - Chambres régionales et territoriales des Comptes. Le rapport public annuel 2019 -Tome 2. 2019 p. 433.
- Daniel C, Vienne P. Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins. 2017 janv p. 85. Report No.: 2016-105R.
- Delecour J. Motivations et attentes des usagers du service d'odontologie du CHRU Lille [Thèse d'exercice]. [2018, France]: Université de Lille; 2018.
- Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.

- Friedlander L, Llamas CN, Rillard F. 15. Les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaires. *Innovier contre les inégalités de santé*. Presses de l'EHESP; 2012. p. 199-206.
- INSEE. Bilan social - Le nombre d'allocataires du RSA socle et de bénéficiaires de la CMU-C en légère hausse en 2018 – Bilan économique 2018 - Île-de-France | Insee [Internet]. INSEE. [cité 22 avr 2021a]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4139342?sommaire=4162118>
- INSEE. Bilan social - Le nombre d'allocataires du RSA socle et de bénéficiaires de la CMU-C en légère hausse en 2018 – Bilan économique 2018 - Île-de-France | Insee [Internet]. [cité 19 avr 2021b]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4139342?sommaire=4162118>
- Lang T, Davido A, Diakitè B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol*. févr 1997;13(2):223-8.
- Légifrance. Article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2021a]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041396891/
- Légifrance. Chapitre III : Centres de santé. (Articles L6323-1 à L6323-1-15) - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2021b]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036494896/2018-04-01>
- Martin Guy. Profil des patients en situation de précarité ayant reçu des soins sous anesthésie générale: approche qualitative / Guy Martin ; sous la direction d'Estelle Machat. [S.l]: sn; 2014.
- Pascal J, Laboux O, Paillereau J, Giumelli B, Lombrail P. Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public: Social vulnerability of out-patients consulting the dentistry service of a public hospital. *Santé Publique*. 2005;17(3):357.
- Pegon-Machat E, Faulks D, Eaton KA, Widström E, Hugues P, Tubert-Jeannin S. The healthcare system and the provision of oral healthcare in EU Member States: France. *Br Dent J*. févr 2016;220(4):197-203.
- Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. *Santé Publique*. 2018;30(2):243.
- Pichot H, Pereira B, Magnat E, Hennequin M, Tubert-Jeannin S. Implementation and impact of a dental preventive intervention conducted within a health promotion program on health inequalities: A retrospective study. *PloS One*. 2020;15(3):e0230639-e0230639.
- Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Dossier de presse : Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites->

sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-ma-sante-2022-un-engagement-collectif

Service Public. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougo B, Hervé C, Moutel G. La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients: Enquête au sein d'un réseau de santé. *Presse Médicale*. 1 avr 2008;37(4, Part 1):564-70.

Tenenbaum A, Sarric M, Bas AC, Toledo R, Descroix V, Azogui-Levy S. Consultations pour urgence bucco-dentaire chez les enfants : étude rétrospective en Île-de-France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2020;68(1):17-24.

Zeynep O, Penneau A. Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. 2017;24.

Annexes :

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Profil du patient

1. Etes-vous ?

Un homme Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Votre catégorie socio professionnel ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçant, ou chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Retraité
- Sans activité professionnelle
- Autre

4. Dans quelle commune résidez-vous ?

.....

5. De quelle assurance santé bénéficiez-vous ?

ACSS AME Assurance complémentaire

(Si autre préciser)

Etes-vous habituellement suivi par un dentiste ?

Oui Non

6. Sur une Echelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous l'importance des soins dentaires ? (0 = pas d'importance, 10 = Très important)

.....

Consultation au service d'urgence odontologique de la Pitié Salpêtrière

1. Avez-vous essayé de joindre un ou votre dentiste avant de consulter le service d'urgence ?

Oui Non

2. Motif de consultation :

Douleurs Traumatisme Prothèses Consultation

3. Comment avez-vous eu connaissance du service hospitalier ?

Ami/famille Médecin Internet Autre

4. Qui vous a adressé vers notre centre de santé ?

Aide-soignant Interne Personnel hospitalier Autre

5. Les explications ont-elles été assez claires ?

Oui Non

6. Comprenez-vous qu'on vous ait adressé au centre de santé. Si non pourquoi ?

Oui

(si non, expliquez pourquoi ?).....
.....

Consultation au sein du centre de santé Chevaleret

1. Comment vous êtes-vous rendu dans notre centre de santé ?

Quelqu'un vous a expliqué le chemin ? Votre GPS ? Autre

2. Etes-vous satisfait de l'accueil du secrétariat ?

Oui Non

3. Avez-vous été pris en charge le jour même ?

Oui Non

4. Quel a été votre temps d'attente ?

5 minutes

10 minutes

20 minutes

Plus de 20 minutes

5. Sur une échelle de 0 à 10, êtes-vous satisfait de la prise en charge dans notre centre de santé ?

.....

6. Souhaitez-vous poursuivre les soins dans ce centre de santé ?

Oui Non

7. Un nouveau rendez-vous a t'il été fixé par le praticien ?

Oui Non

Merci pour votre participation

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION

<p>Enquête de satisfaction d'un partenariat entre un service hospitalier d'odontologie et un Centre de Santé</p>

Cette recherche est promue par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Représentée par la Directrice de la

Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI)

1 avenue Claude Vellefaux

75010 Paris

NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Le Docteur Franck Moyal et la personne qualifiée Chloé Costil, exerçant au sein du Centre de Santé Dentaire Chevaleret, 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 la satisfaction du patient envers le partenariat entre le Service hospitalier d'odontologie de la Pitié Salpêtrière-Charles Foix et le Centre de Santé Dentaire Chevaleret.

Pour répondre à la question posée dans la recherche, il est prévu d'inclure 100 personnes se présentant au service d'urgence Dentaire de la Pitié Salpêtrière-Charles Foix situé au 47 boulevard de l'hôpital 75013 adressé au centre de Santé Dentaire Chevaleret situés au 2 square Dunois 75013.

2) En quoi consiste la recherche ?

Dans la recherche proposée, nous allons évaluer la satisfaction du patient suite à son orientation par le service d'urgence de la Pitié Salpêtrière-Charles Foix au Centre de Santé Dentaire Chevaleret.

3) Quel est le calendrier de la recherche ?

La durée prévisionnelle de la recherche est d'un mois et votre participation sera d'une quinzaine de minutes, Si vous acceptez de participer à cette recherche, lors de la première visite, le déroulement de la recherche sera le suivant :

- Réponse au questionnaire à la suite de la première consultation au Centre de Santé Dentaire.

4) Quels sont les bénéfices liés à votre participation ?

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure connaissance de la satisfaction envers l'orientation des patients entre un service hospitalier et un Centre de Santé Chevaleret.

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.

Les données médicales vous concernant pouvant documenter un dossier auprès des autorités compétentes, pourront être transmises à un industriel afin qu'un plus grand nombre de patients puissent bénéficier des résultats de la recherche. Cette transmission sera faite dans les conditions assurant leur confidentialité.

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 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 médecin 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. 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 (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 médecin en charge de la recherche qui seul connaît votre identité (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.

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 médecin.

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 médecin 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 médecin. 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 médecin qui vous suit dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin 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

Identifiant (initiales) du patient :

Opposition exprimée : oui non

Date de délivrance de l'information :

Signature du responsable de la consultation / du service :

ANNEXE 3 : CONVENTION DU CENTRE DE SANTE DENTAIRE CHEVALERET

Convention de partenariat relative à la prise en charge odontologique d'aval de consultants d'urgence et de patients en situation de difficulté économique et sociale

entre

Le groupe hospitalier universitaire AP-HP. Sorbonne Université situé 47-83, Boulevard de l'Hôpital à Paris (13^{ème}), représenté par sa Directrice générale, Madame Christine WELTY et par délégation, son directeur des affaires et ressources humaines médicales et coopérations, Monsieur Aurélien MOLLARD

d'une part,

et

Le centre de santé médico-dentaire Chevaleret, situé au 2 square Dunois, 75013 Paris, représenté par le Docteur Franck MOYAL, directeur.

d'autre part,

Préambule

Le service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière assure les missions de permanence d'accueil des urgences odontologiques et celle de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaire.

La prise en charge des consultants d'urgence correspond au traitement du symptôme ou de l'affection justifiant l'urgence. En dehors des situations sociales ou médicales particulières, elle n'intègre pas les soins d'aval.

Les missions de PASS bucco-dentaire s'adressent aux patients en difficulté économique et sociale qui ne peuvent pour ces raisons accéder, en premier recours, aux soins bucco-dentaires. Elles visent à assurer, simultanément à la délivrance des soins nécessaires, l'accès à une protection sociale de droit commun.

Le groupe hospitalier APHP. Sorbonne Université et le CDS Chevaleret ont souhaité œuvrer de façon coordonnée pour la prise en charge bucco-dentaire des consultants d'urgence sans praticien traitant, pour lesquels des soins d'aval sont rapidement indiqués, et ceux pour lesquels la prise en charge sociale a permis l'ouverture de droits permettant de recourir à une structure de soins de droit commun.

Cette convention concerne les patients orientés par le service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière :

- sur rendez-vous pour des soins programmés,
- sans rendez-vous pour la réalisation de soins non programmés.

Ceci indiqué, il est arrêté et convenu ce qui suit:

Article 1 : Répartition des tâches

1.1 A partir du 01/01/2021, le CDS Chevaleret s'engage à recevoir, au cours de onze vacations hebdomadaires, les patients orientés par le service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière durant les tranches horaires suivantes :

Du lundi au vendredi, de 9h à 18h pour la prise en charge des patients en urgence ou orientés sans rendez-vous pour la réalisation de soins non programmés.

Du lundi au vendredi, de 9h à 19h00 pour la prise en charge des patients en urgence ou orientés sur rendez-vous.

Tout nouveau patient sera reçu par un des odontologistes du CDS Chevaleret. Le CDS Chevaleret adressera régulièrement au service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière le nom des odontologistes référents de l'établissement. Le CDS Chevaleret précise que le suivi dentaire implique pour les patients l'acceptation de rendez vous précis.

1.2 Le CDS Chevaleret s'engage à accueillir les patients orientés par le service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière, dans le cadre des consultations suivantes :

- Première consultation
- Soins et Prothèses dentaires
- Soins de l'enfant
- Chirurgie Orale / Pathologie buccale / Parodontologie
- Implantologie Chirurgicale et Prothétique
- Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie

Le CDS Chevaleret accueillera l'ensemble des patients relevant d'un régime de droit commun, dans le strict respect des tarifs de convention de l'Assurance Maladie et des tarifs réglementaires en vigueur pour les patients bénéficiaires de la CSS

Les patients exprimant un renoncement aux soins pour des raisons financières seront adressés à la PASS bucco-dentaire du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière par le CDS Chevaleret (cf. article 1.3).

Chacune des structures concernées reste responsable, en ce qui la concerne, des soins prodigués au patient et s'engage à informer sans délai la structure partenaire par convention en cas de difficultés.

1.1 Le service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière met en place le recensement des patients adressés au CDS Chevaleret.

Le service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière s’engage à accueillir les patients à risque médical adressés par le CDS Chevaleret et à délivrer les soins nécessitant un plateau technique hospitalier. Au terme de cette prise en charge, les soins courants seront poursuivis par le CDS Chevaleret.

La PASS bucco-dentaire du service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière s'engage à recevoir les patients adressés par le CDS Chevaleret et à assurer si besoin leur prise en charge médico-sociale.

Article 2 : Les modalités d'orientation des patients vers le CDS Chevaleret s'effectuent selon le parcours de soins suivant :

- Le premier rendez-vous est pris directement avec le secrétariat du CDS Chevaleret par le patient ou par un personnel du service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière en fonction des doléances du patient. Ce premier rendez-vous sera fixé selon les modalités prévues à l'article 1^{er} de la présente convention.

Les rendez-vous ultérieurs, destinés à la délivrance de soins suivis, seront déterminés par le patient et l'odontologiste traitant du CDS Chevaleret en tenant compte des difficultés de vie inhérentes à la précarité des patients.

- Les patients nécessitant une prise en charge en urgence ou la réalisation de soins non programmés pourront se rendre directement et sans rendez-vous au CDS Chevaleret, selon les modalités prévues à l’article 1 de la présente convention.

Article 3 : Transmission des données médico-administratives

3.1 Dossier Patient

Le service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière s'engage à la transmission des informations médicales et sociales nécessaires. En l'absence d'un réseau informatique sécurisé permettant le transfert de données médicales, cette transmission se fera individuellement à partir d’une fiche de liaison remise au patient.

3.2 Plateforme de rendez-vous sécurisée

Le CDS Chevaleret s’engage par ailleurs à mettre en place dans les plus brefs délais une plateforme informatique sécurisée de prise de rendez-vous, destinée aux praticiens de la Pitié-Salpêtrière.

3.3 Un bilan trimestriel destiné à décrire le parcours de soins des patients sera rédigé conjointement par le service d’Odontologie de la Pitié-Salpêtrière et le CDS Chevaleret et mis à disposition de la direction d’APHP. Sorbonne Université.

Article 4 : Missions de formation au sein du GCS

Pourra être prévu par avenant l'accueil d'étudiants hospitaliers de la Pitié-Salpêtrière par le CDS Chevaleret, en vertu des dispositions de l'Accord National des Centres de Santé (Article 8.3.2), sous réserve de la maquette de formation validée par le doyen de l'UFR d'odontologie.

Article 5 : modalités d'évaluation

Il sera procédé à une évaluation annuelle de la convention, avec notamment les indicateurs suivants :

- Le nombre de patients concernés
- Les délais de rendez-vous
- Le niveau de satisfaction des patients
- Le niveau de satisfaction des services contractants
- Le nombre d'étudiants accueillis par le CDS Chevaleret

Article 6 : Responsabilités

La présente convention coordonne des phases successives des prestations médicales nécessaires à un patient.

Dans ce cadre, chaque phase conserve son caractère spécifique et son appropriation à un praticien et à un établissement.

La présente convention n'entraîne donc aucune dérogation par rapport aux règles statutaires et juridiques s'appliquant à la responsabilité médicale.

Article 7 : Forme juridique, gouvernance

La présente convention de partenariat est prévue pour une période de un an à compter de sa signature par les parties. Elle sera renouvelable le cas échéant pour des périodes d'un an, par tacite reconduction. Elle pourra être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre partie, en cas de non-respect des dispositions conventionnelles ou pour toute autre raison, sous réserve d'un préavis de deux mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Paris, le 1er janvier 2021

Vu, le chef de service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière,
Pr. Vianney DESCROIX

Le Directeur des affaires et ressources
humaines médicales et coopérations,
APHP. Sorbonne Université

M. Aurélien MOLLARD

Directeur du CDS Chevaleret

Dr Franck MOYAL

Costil Chloé. ENQUETE DE SATISFACTION D'UN PARTENARIAT ENTRE UN SERVICE HOSPITALIER D'ODONTOLOGIE ET UNE CENTRE DE SANTE. Année. 2021 p.66 : ill., graph, tabl. Réf. Biblio. : p.54-56.

Sous la direction du Dr RILLIARD Frédéric et, du Dr MOYAL Franck

Th : Chir Dent. : Université de Paris : année 2021

Résumé :

L'engorgement des structures hospitalières publiques, notamment d'accueil des urgences, est fréquemment expliqué par une carence de l'accès à la médecine de ville. La mise en place de partenariats ville/hôpital, destinés à un meilleur contrôle des flux des consultants hospitaliers et à une fluidification du parcours de soins, fait ainsi l'objet d'incitations institutionnelles très fortes depuis plusieurs années. Le service de Médecine bucco-dentaire des hôpitaux universitaires de la Pitié Salpêtrière (HUPS) assure des missions de permanence d'accueil des urgences bucco dentaires. Dans le cadre de cette mission il a été confronté aux obstacles à l'accompagnement vers le droit commun, pour l'aval des urgences et le recours aux soins des bénéficiaires d'une protection maladie. Une convention a été mise en place avec des centres de santé pour permettre une meilleure orientation. L'objectif de l'étude est d'évaluer les interfaces logistiques entre le service hospitalier et un des centres de santé conventionné et de mesurer la satisfaction des bénéficiaires de ce parcours de soins.

Discipline :

[Santé publique]

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Centre de santé (fMesh) ; Recours aux soins (fMesh) ; Refus de soins (fMesh) ; Urgences bucco-dentaires (fMesh) ; Accès aux soins (fMesh) ; Parcours de soins (MeSH) ; Structure de soins (fMesh) ; Service hospitalier (fMesh) ; Couverture sociale (fMesh) ;

TITRE en anglais : A satisfaction survey of a partnership between a hospital dental department and health centre

English keywords (MeSH) :

Dentale care (MeSH) ; Dentale care pathway (MeSH) ; Oral Health (MeSH) ; Emergency care services (MeSH) ; Hospital emergency (MeSH) ; Healthcare system (MeSH) ; health inequalities (MeSH)

Université de Paris
UFR d'odontologie
5, rue Garancière
75006 Paris