



HAL
open science

Élaboration d'une brochure d'information destinée aux patients ayant consulté pour un traumatisme alvéolodentaire dans l'unité fonctionnelle des urgences du GHPS

Thomas Leroux

► To cite this version:

Thomas Leroux. Élaboration d'une brochure d'information destinée aux patients ayant consulté pour un traumatisme alvéolodentaire dans l'unité fonctionnelle des urgences du GHPS. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03463629

HAL Id: dumas-03463629

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463629v1>

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

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **Thomas LEROUX**

**ELABORATION D'UNE BROCHURE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS
AYANT CONSULTE POUR UN TRAUMATISME ALVEOLODENTAIRE DANS
L'UNITE FONCTIONNELLE DES URGENCES DU GHPS.**

Dirigée par Mme la Docteure Marjorie ZANINI et co-dirigée par Mme la
Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY

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
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	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
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	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 que vous me faites de présider le jury de cette thèse, pour vos enseignements et pour votre investissement dans notre formation et dans le service, je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'assurance de mon plus profond respect.

Mme la Docteure Vanessa BAAROUN

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

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, veuillez 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

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, veuillez 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

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, veuillez 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

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, veuillez 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 l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail, pour votre patience, vos enseignements, votre investissement dans l'université, votre accompagnement durant ma formation clinique et pour votre diligence infaillible, je vous remercie. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Mme la Professeure Sylvie AZOGUI LEVY

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

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de co-diriger ce travail, pour vos précieux conseils et vos enseignements, pour votre investissement dans ma formation, je vous remercie. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Table des matières

Lexique des abréviations	3
Introduction	5
I Intérêt du suivi des traumatismes alvéolo dentaires.....	6
I.1. Rappels concernant les TAD	6
I.2. Complications et séquelles, leur prévalence et leur délai d'apparition	7
I.2.1 La nécrose pulpaire	7
I.2.2 L'oblitération Canalaire	8
I.2.3 Les résorptions radiculaires	9
I.3. Recommandations de suivi.....	15
I.4. Conséquences du suivi sur la guérison.	16
II Le suivi post-traumatique.....	18
II.1. Principaux résultats de l'étude réalisée dans le service du GHPS	18
II.2. Les taux de suivis des TAD dans la littérature.....	19
II.3. Les différents types de freins au suivi des TAD.....	20
II.3.1 Considérations économiques	21
II.3.2 L'absence d'obtention d'un rendez-vous.	21
II.3.3 La disponibilité des patients et accompagnants.	23
III Littératie en santé	24
III.1 Définition et outils de mesure	24
III.1.1 Définitions	24
III.1.2 Outils de mesure	24
III.2 Importance de la littératie en Santé Publique	29
III.2.1 Littératie et observance thérapeutique.....	29
III.2.2 Littératie et accès aux soins.....	29
III.2.3 Littératie en santé de nos jours	30
III.2.4 La littératie en santé en France.	30
III.3 Littératie et santé orale	33
III.3.1 La littératie en santé orale dans la littérature	33
III.3.2 Les outils de mesure de la littératie en santé orale	33
III.3.3 Intérêt dans le service des urgences odontologiques du GHPS	35
III.3.4 Habitudes de santé bucco dentaires et littératie de la patientèle de l'UF des urgences du GHPS : retour sur les résultats de l'étude du Dr Cindy GUILLAUME	36
IV Etude.....	40
IV.1. Elaboration d'une brochure d'information destinée aux patients ayant consulté en raison d'un TAD.....	40

IV.1.1 Définition et objectifs d'une brochure d'information	40
IV.1.2 Elaboration de la brochure.....	40
IV.1.3 Le graphisme de la brochure	46
IV.2. Evaluation de la brochure	46
IV.2.1. Matériels et méthode.....	46
IV.2.2 Résultats.....	51
IV.2.3 Analyse des résultats.....	62
V Discussion	70
V.1. Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de l'étude du Dr Piriou en 2019	70
V.1.1 Fréquentation du service des urgences odontologiques du GHPS	70
V.1.2 Caractéristiques des populations étudiées.....	70
V.1.3 Le suivi des patients	72
V.1.4 Impact de la brochure sur le suivi des patients	72
V.2. Retour d'expérience sur le passage des patients dans le service d'urgence odontologiques du GHPS.....	73
V.2.1 Enquête de satisfaction de la brochure	73
V.2.2 Le passage dans le service des urgences odontologiques du GHPS.....	74
V.2.3 Le devenir des patients à l'issue de la consultation d'urgence.....	74
V.3. Difficultés rencontrées et faiblesses de l'étude	76
V.3.1 Les difficultés rencontrées	76
V.3.2 Les faiblesses de l'étude.....	77
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	81
Annexes.....	87

Lexique des abréviations

TAD : Traumatisme alvéolo-dentaire

UF : unité fonctionnelle

GHPS : Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière

IADT : International Association of Dental Traumatology

DPM : Dent Permanente Mature

DPI : Dent Permanente Immature

USA : United States of America

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

RDV : Rendez-vous

SPF : Santé Publique France

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Economiques

CCA : Conseil Canadien de l'Apprentissage

HALS : Health Activity Literacy Scale

THOFLA : Test of Functional Health Literacy in Adults

REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

FCCHL : Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale

NVS : Newest Vital Sign

HLQ : Health Literacy Questionnaire

HLSEU-Q16 : European Health Literacy Survey Questionnaire

HAS-A : Health Literacy Assessment Scale for Adolescents

HLSAC : Health Literacy for School-Aged Children

ToFHILD : Test of Functional Health Literacy In Dentistry

REALD : Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

OHLI : Oral Health Literacy Instrument

CMOHK : Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge

HeLM : Health Literacy Management

HeLD : Health Literacy in Dentistry

AME : Aide Médicale d'Etat

CMU : Couverture Maladie Universelle

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

HAS : Haute autorité de santé

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

WE : weekend

Introduction

La qualité de prise en charge d'un traumatisme alvéolo dentaire (TAD) associée au suivi clinique et radiographique régulier sont des facteurs protecteurs décisifs quant au pronostic de la (ou des) dent(s) traumatisée(s). En effet, le suivi régulier du patient permettra de détecter et de traiter le plus précocement possible les complications post traumatiques pulpaire et/ou parodontales. Ainsi, l'absence de suivi strict et systématisé peut donc conduire à une perte de chance chez les patients présentant un TAD.

Dans l'unité fonctionnelle (UF) des urgences odontologiques du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS), une fois la thérapeutique immédiate du TAD effectuée et les conseils délivrés, les patients sont le plus souvent réorientés vers leur praticien traitant pour la suite des soins médiats et pour effectuer les visites de contrôles. Une étude rétrospective réalisée en 2019 a permis de mettre en évidence que 27% des patients ayant consulté pour un TAD n'avaient réalisé aucun suivi. (Piriou 2019).

Il devient alors intéressant de se pencher sur les raisons de l'absence de suivi des patients ayant subi un TAD et ayant consulté dans les services d'urgence afin d'identifier les facteurs sur lesquels nous pouvons agir.

Après avoir effectué un rappel sur la prise en charge des TAD, nous verrons quels sont les principaux freins au suivi des patients identifiés dans la littérature. Puis, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'un d'entre eux : le niveau de littératie en santé. La littératie en santé est la capacité à trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et est reconnue comme un élément déterminant de santé publique. (FRAPS 2018). En traumatologie, la littératie est primordiale et contribue à inciter le patient à réaliser un suivi. C'est pourquoi, dans une dernière partie, nous avons élaboré puis testée une brochure d'information destinée aux patients consultant aux urgences odontologiques du GHPS en raison d'un TAD.

I Intérêt du suivi des traumatismes alvéolo dentaires

I.1. Rappels concernant les TAD

Les traumatismes alvéolo dentaires (TAD) sont l'ensemble des lésions de l'organe dentaire et /ou de l'os alvéolaire qui sont provoqués par un choc ou une chute. Ils peuvent être associés à des lésions traumatiques des tissus mous de la sphère oro-faciale : lèvres, joues, gencive langue etc... D'après l'IADT (*International Association of Dental Traumatology*), les TAD représentent 5% de toutes les blessures et 33% de la population adulte mondiale a déjà eu un TAD sur denture permanente (Levin et al. 2020).

Selon l'IADT, chaque traumatisme est décrit par des critères cliniques et radiographiques qui nous permettent de les identifier lors de la consultation d'urgence et d'en standardiser la prise en charge et le suivi. Ainsi, pour chaque type de lésion traumatique alvéolodentaire, il est possible d'estimer les pronostics pulpaire et parodontaux et les complications possibles. Des recommandations sont d'ailleurs proposées afin de limiter au maximum l'apparition de ces complications et/ou de les diagnostiquer le plus précocement possible (Levin et al. 2020).

Il existe une quinzaine de TAD différents sur denture définitive que l'on peut regrouper en 5 catégories :

- Traumatismes exclusivement dentaires :
 - Fêlure amélaire
 - Fracture amélaire
 - Fracture amélo-dentinaire sans exposition pulpaire
 - Fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire
 - Fracture corono-radiculaire sans exposition pulpaire
 - Fracture corono-radiculaire avec exposition pulpaire
- Fractures radiculaire horizontales et fractures alvéolaires
- Traumatismes associés à un déplacement dentaire :
 - Concussion
 - Subluxation
 - Extrusion
 - Luxation latérale

Impaction

- Expulsions dentaires sans réimplantation
- Expulsions dentaires avec réimplantation

1.2. Complications et séquelles, leur prévalence et leur délai d'apparition

Les traumatismes alvéolo-dentaires peuvent être source de nombreuses complications et laisser des séquelles physiques comme psychologiques.

La complication est une aggravation ou évolution défavorable d'une maladie, d'une lésion, d'une opération ou d'un phénomène biologique suite à un acte iatrogène, un traitement médicamenteux, un traumatisme ou l'évolution d'une maladie.

La séquelle est une lésion ou manifestation fonctionnelle persistant après la guérison d'une maladie, d'une blessure.

1.2.1 La nécrose pulpaire

La nécrose du tissu pulpaire est la principale complication des TAD. Sa prévalence et son délai d'apparition varient comme présenté dans le tableau 1 en fonction du type de TAD et de sa sévérité ou de l'association de plusieurs TAD, du stade de maturité apicale. (Andreasen et Pedersen 1985 ; Robertson et al. 2000 ; Lee et al. 2003 ; Nikoui et al. 2003 ; Hecova et al. 2010 ; Lauridsen et al. 2012c, 2012a, 2012b ; Lin et al. 2016).

Si la nécrose pulpaire se produit durant les 3 premiers mois post TAD, la nécrose est dite précoce. Si la nécrose pulpaire apparaît à 1 an post TAD ou plus, la nécrose est dite retardée. Enfin, elle peut être consécutive à une oblitération canalaire dans 7 à 22% des cas : on parlera alors de nécrose pulpaire secondaire. (Andreasen et Kahler 2015a).

Type de TAD	Prévalence de nécrose pulpaire	Type de nécrose (en fonction du délai d'apparition post TAD)
Fracture coronaire et/ou radiculaire sans exposition pulpaire	<ul style="list-style-type: none"> - <1% pour les fractures de l'émail - 2 à 5% pour les fractures amélo-dentinaires - 20 à 44% des fractures radiculaires 	- Nécrose précoce et retardée
Fracture coronaire et/ou radiculaire avec exposition pulpaire	<ul style="list-style-type: none"> - 8.5% pour les fractures amélo-dentinaires - 20 à 44% pour les fractures radiculaires 	- Nécrose précoce et retardée
Contusion	- 3% (à 3 mois)	- Nécrose précoce
Subluxation	- 5 à 13% pour les DPM (à 1 an)	- Nécrose retardée
Extrusion	- 43% (surtout DPM) (à 1 an)	- Nécrose retardée
Luxation latérale	- 25,4 à 79,5% selon les auteurs (à 2 ans)	- Nécrose retardée
Impaction	- 63 à 68% des DPI et 100% des DPM entre 6 mois et 2 ans	Nécrose précoce et retardée
Avulsion traumatique (avec réimplantation)	<ul style="list-style-type: none"> - 100% des DPM - 66% à 3 semaines sur DPI 	- Nécrose précoce et retardée

Tableau 1 : Prévalence et délai d'apparition de la nécrose pulpaire en fonction du type de TAD. (Andreasen et Pedersen 1985 ; Robertson et al. 2000 ; Lee et al. 2003 ; Nikoui et al. 2003 ; Hecova et al. 2010 ; Lauridsen et al. 2012c, 2012a, 2012b ; Lin et al. 2016 ; Piriou 2019)

DPM : Dent Permanente Mature ; DPI : Dent Permanente Immature ; TAD : Traumatisme alvéolo-dentaire

1.2.2 L'oblitération Canalaire

L'oblitération canalaire est une séquelle des TAD qui consiste en une diminution du volume endodontique par l'apposition progressive de tissu minéralisé. Elle peut avoir pour conséquence une dyschromie coronaire jaune dans 69% à 79% des cas selon les études (Naulin-Ifi et al. 2016). Les mécanismes biologiques associés à l'oblitération pulpaire sont peu connus : l'apposition de tissu minéralisé serait liée à une réponse incontrôlable du système nerveux sympathique suite au traumatisme (Andreasen et Kahler 2015b).

Type de TAD	Prévalence d'oblitération pulpaire	Délai d'apparition post TAD
Fracture coronaire et/ou radiculaire sans exposition pulpaire	NR 73 à 86% des fractures radiculaires	Débute entre 9 et 12 mois et est complète à 1 à 2 ans post TAD (diagnostic souvent tardif en moyenne découvert à 10 ans post TAD)
Fracture coronaire et/ou radiculaire avec exposition pulpaire	- 73 à 86% des fractures radiculaires	Débute entre 9 et 12 mois et est complète à 1 à 2 ans post traumatisme. (Diagnostic souvent tardif en moyenne découvert à 10 ans post TAD)
Luxation et subluxation dentaire	2 à 7 % pour les concussions, - 5 à 10 % (DPM) pour les subluxations, - 35 à 62 % (selon les auteurs, surtout DPI) pour les extrusions, - 40 % pour les luxations latérales.	Dès 3 mois (Diagnostic souvent tardif en moyenne découvert à 10 ans post TAD)
Impaction	NR Uniquement sur les DPI	Dès 3 mois (Diagnostic souvent tardif en moyenne découvert à 10 ans post TAD)
Avulsion traumatique (avec réimplantation)	NR Uniquement sur les DPI	Dès 3 mois (Diagnostic souvent tardif en moyenne découvert à 10 ans post TAD)

Tableau 2 : Prévalence et délai d'apparition de l'oblitération canalaire en fonction du type de TAD. (Andreasen et Kahler 2015b ; Naulin-Ifi et al. 2016 ; Robertson et al. 2000 ; Hecova et al. 2010 ; Lee et al. 2003 ; Nikoui et al. 2003 ; Lin S. et al 2016).

DPI = Dent Permanente Immature. ; DPM = Dent Permanente Mature ; TAD : Traumatisme alvéolo dentaire ; NR : Non renseigné

1.2.3 Les résorptions radiculaires

Le signe le plus sensible de la résorption radiculaire est la lacune de résorption ou perte de substance d'un tissu minéralisé (dentine, cément ou os alvéolaire) (Aubert 2012). Les études rapportent une augmentation de leur prévalence (de 0.02% en 1986 à 6% en 2018). (AONews#27 2019).

1.2.3.1 La résorption externe

La résorption externe est une destruction des tissus durs dont le point de départ est la surface radiculaire. Elle présente quatre sous catégories : de surface, inflammatoire, métaplasique (dite de remplacement) et cervicale invasive. (AONews#27 2019).

1.2.3.1.1 Résorption de surface

Les résorptions de surface intéressent le cément : elles sont souvent limitées et non évolutives. Les résorptions de surface sont dans la majorité des cas indétectables radiographiquement ou cliniquement. Aucune thérapeutique n'est nécessaire. Elles n'ont pas d'influence sur le pronostic grâce à la régénération du parodonte. (Aubert 2012). Le tableau 3 décrit les prévalences des résorptions de surface en fonction du type de TAD.

Type de TAD	Prévalence de résorption de surface	Délai d'apparition après le TAD
Fracture coronaire et/ou radiculaire sans exposition pulpaire	NR	Apparition dans l'année qui suit le TAD
Fracture coronaire et/ou radiculaire avec exposition pulpaire	NR	Apparition dans l'année qui suit le TAD
Concussion	4 %	Apparition dans l'année qui suit le TAD
Subluxation	6 % (DPI) 2 à 15 % (DPM)	Apparition dans l'année qui suit le TAD
Luxation latérale	29,5 %	Apparition dans l'année qui suit le TAD
Impaction	NR	NR
Avulsion traumatique dentaire (avec réimplantation)	NR	1 an post TAD

Tableau 3 : Prévalence et délai d'apparition des résorptions de surface en fonction du type de TAD (Andreasen et al. 1995; Hecova et al. 2010; Naulin-lfi et al. 2016)

DPI = Dent Permanente Immature. DPM = Dent Permanente Mature ; TAD : Traumatisme alvéolo dentaire ; NR : Non renseigné

I.2.3.1.2 Résorption cervicale externe ou cervicale invasive

La résorption cervicale invasive peut se produire à la suite d'une lésion du ciment au niveau cervical, résultant le plus souvent d'un traumatisme ou d'un acte iatrogène sur le système d'attache épithélial. La cinétique de progression de la résorption est rapide. La prévalence est estimée à 2.8%. Le signe pathognomonique est le *pink spot* ou dyschromie rose (visualisation du tissu de granulation ayant comblé la lacune de résorption). (Lin S. et al 2016 ; Heithersay 1999).

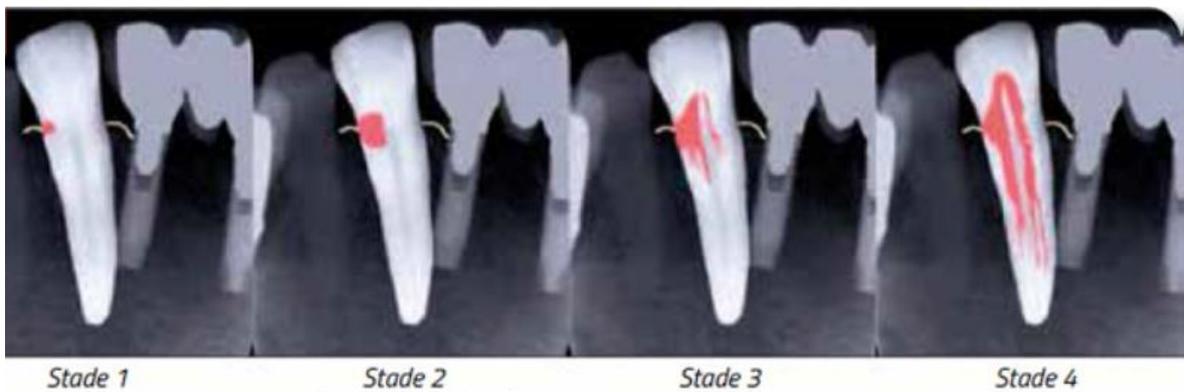


Figure 1 : Classification des résorptions externes cervicales invasives (AONews#27 2019) (Heithersay1999)

I.2.3.1.3 Résorption externe inflammatoire

La résorption externe inflammatoire est la plus fréquente. A la radiographie, on peut observer un épaissement du ligament parodontal, une interruption de la lamina dura et une lacune radio-claire plus ou moins arrondie accompagnée de la perte de dentine et de l'os adjacent (AONews#27 2019).

Type de TAD	Prévalence	Délai d'apparition
Subluxation	5 % (DPI) 0,6 à 5 % (DPM)	Dans l'année qui suit le TAD
Extrusion	5.6%	Dans l'année qui suit le TAD
Luxation latérale	2.6%	Dans l'année qui suit le TAD
Impaction	33%	Dans l'année qui suit le TAD
Avulsion traumatique dentaire (sans réimplantation)	26 à 30%	1 à 2 mois post TAD
Avulsion traumatique (avec réimplantation)	26.5 à 30%	NR

Tableau 4 : Prévalence et délai d'apparition des Résorptions externes inflammatoires en fonction du TAD. (Andreasen et al. 1995 ; Hecova et al. 2010 ; Naulin-Ifi et al. 2016)

DPI = Dent Permanente Immature ; DPM = Dent Permanente Mature ; TAD : Traumatisme alvéolo dentaire ; NR : Non renseigné

1.2.3.1.4 La Résorption externe de remplacement et ankylose

La résorption externe de remplacement est la complication la plus fréquente des avulsions traumatiques dentaires et la plus difficile à diagnostiquer. (Naulin-Ifi et al. 2016).

Ce type de résorption ne peut être ni stoppé ni réparé. Chez le sujet jeune, la résorption externe de remplacement aboutit à la perte de la dent en 5 ans alors que chez l'adulte la progression est beaucoup plus lente. (Andreasen et al. 1995 ; Hecova et al. 2010 ; Lin et al. 2016 ; Naulin-Ifi et al. 2016).

La résorption externe métaplasique (de remplacement) entraîne des zones de nécrose du ligament parodontal et une formation d'os sur ces surfaces radiculaire dépourvues de ligament. Le tissu osseux remplace alors le tissu dentaire et donne un aspect rongé et irrégulier de la racine. (AONews#27 2019).

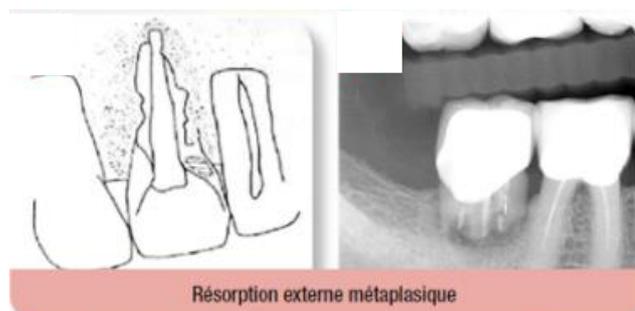


Figure 2 : Schéma de la résorption externe métaplasique (de remplacement) (AONews#27 2019)

Type de TAD	Prévalence de résorptions de remplacement	Délai d'apparition
Luxation latérale	0.8%	Diagnostique radiographique possible à partir de 1 à 2 mois post TAD et jusqu'à 1 an
Impaction	20%	Diagnostique radiographique possible à partir de 1 à 2 mois post TAD et jusqu'à 1 an
Avulsion traumatique avec réimplantation	42.9 à 61%	Diagnostique radiographique possible à partir de 1 à 2 mois post TAD et jusqu'à 1 an

Tableau 5 : Prévalence et délai d'apparition des résorptions de remplacement en fonction du type de TAD. (Andreasen et al. 1995 ; Hecova et al. 2010 ; Lin et al. 2016 ; Naulin-Ifi et al. 2016).

TAD : Traumatisme alvéolodentaire

L'ankylose peut se résorber si elle est de faible étendue (moins de 20% de la surface de la racine) mais si elle est plus étendue elle va persister sans compromettre la vitalité de la dent (Naulin-Ifi et al. 2016). C'est donc une séquelle du traumatisme. L'ankylose devient problématique en cas de traction orthodontique ou en cas d'avulsion. Aussi, l'ankylose peut poser problèmes chez un patient de 8 à 14 ans, période pendant laquelle la croissance maxillaire est la plus importante, en entraînant un ralentissement voire un arrêt de la croissance osseuse autour de la dent ankylosée. (Naulin-Ifi et al. 2016).

Elle survient dans 50% des cas après une avulsion traumatique. Elle peut diagnostiquer cliniquement via le test à la percussion (son mat) de 1 à 2 mois post TAD. Il faut cependant attendre 1 an pour qu'elle soit détectable radiographiquement. (Lin et al. 2016).

1.2.3.2 Résorption Radiculaire interne

La résorption interne est rare et présente deux sous catégories : inflammatoire et métaplasique (ou de remplacement). Ces deux résorptions impliquent une perte progressive de la substance radiculaire. La résorption interne inflammatoire apparait radiographiquement comme une radioclarité ovale, circonscrite, centrée sur le canal alors que la métaplasique va présenter des amas minéralisés au sein de la cavité pulpaire. (AONews#27 2019).

La prévalence de la résorption interne est de 1,4% et son apparition se fait dans l'année qui suit le TAD. (Hecova H. et al 2010 ; Naulin-Ifi et al. 2016 ; Lin S. et al 2016).

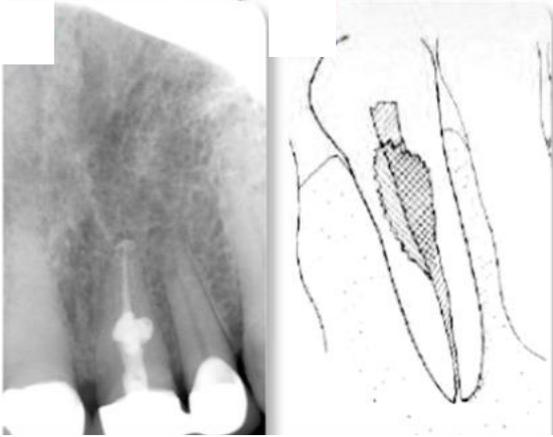


Figure3 : Schéma de la résorption interne inflammatoire (AONews#27 2019)

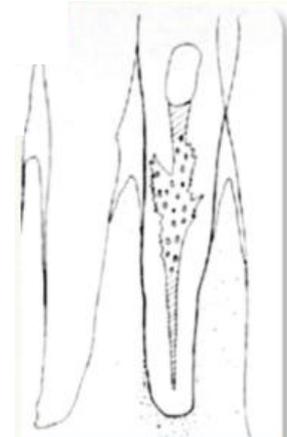


Figure 4 : Schéma de la résorption interne de remplacement (AONews#27 2019)

I.3. Recommandations de suivi

Selon l'IADT, les recommandations de suivi pour chaque type de traumatisme sont les suivantes (Tableau 6). Les visites de contrôles sont destinées à effectuer l'examen clinique et radiologique permettant notamment de diagnostiquer le plus précocement possibles les complications potentielles afin de les prendre en charge et donc de limiter une perte de chance pour le patient.

Type de TAD	Rendez-vous de suivi
Fêlure amélaire	Non sauf si associé à un autre trauma
Fracture amélaire	6/8 semaines puis à 1 an
Fracture amélo-dentinaire sans expo pulpaire	6/8 semaines puis à 1 an
Fracture amélo-dentinaire avec expo pulpaire	6/8 semaines puis à 1 an
Fracture corono-radulaire sans expo pulpaire	6/8 semaines puis à 1 an
Fracture corono-radulaire avec expo pulpaire	6/8 semaines puis à 1 an
Concussion	1-2 mois puis 1 an
Fracture radulaire horizontale	1-2-4-6 mois puis à 1 et 5 ans et retrait des contentions à 1 mois
Fracture alvéolaire	1-2-4-6 mois puis à 1 et 5 ans et retrait des contentions à 1 mois
Subluxation	2 semaines avec retrait de la contention puis à 1-2-6 mois et 1 an
Extrusion	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et retrait de la contention à 1 mois
Luxation latérale	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et retrait de la contention à 1 mois
Impaction	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et retrait de la contention à 1 mois
Avulsion traumatique sans réimplantation	2 semaines
Avulsion traumatique avec réimplantation	1- 3 - 6 mois, 1 an, puis tous les ans

Tableau 6 : Recommandations du calendrier des rendez-vous de suivi suite à un TAD selon l'IADT (Levin et al. 2020)

I.4. Conséquences du suivi sur la guérison.

Chaque TAD présente des complications et/ou séquelles différentes avec des taux de survenue variable d'où la nécessité de respecter les recommandations de suivi fixées par l'IADT. L'étude d'Al-Nazhan et al en 1995 a comparé la survenue de nécroses pulpaire après un TAD en fonction du suivi précoce ou retardé instauré.

Type de TAD	Taux de nécroses après PEC dans un délai "court" (non précisé) après le TAD	Taux de nécrose après PEC « retardés » (seulement 19% de RDV dans le premier mois et 21% entre 1 et 6 mois)
Fracture amélaire sans exposition pulpaire	1 %	10 %
Fracture amélo-dentinaire sans exposition pulpaire	3 %	53 %
Fracture avec exposition pulpaire	4 %	100 %
Fracture radiculaire	20 %	43.7 %
Luxation latérale	58 %	NR
Extrusion	26 %	NR
Impaction	86 %	NR

Tableau 7 : Taux d'apparition des nécroses pulpaire suite à un TAD en fonction du type de traumatisme et du délai de traitement (Al-Nazhan et al. 1995)

TAD : Traumatisme alvéolo dentaire ; PEC : prise en charge ; NR : non renseigné

D'avantage de nécroses pulpaire sont diagnostiquées lorsque le suivi et les thérapeutiques nécessaires ne sont pas réalisés dans un délai de suivi court après le TAD. Une prise en charge retardée mène à une hausse de la fréquence d'apparition des nécroses pulpaire. (Al-Nazhan et al. 1995). L'absence de thérapeutiques post TAD implique le diagnostic de davantage de nécroses pulpaire (Tableau 8). (Andreasen et al. 2010)

	Pulpe vitale	Nécrose
Traitement	93%	7%
Pas de traitement	46%	54%

Tableau 8: Effets des traitements et non traitement sur la cicatrisation pulpaire après une fracture coronaire non compliquée (P = 0.000001) (Andreasen et al. 2010)

Cependant la présence d'un lien statistiquement significatif entre un délai de traitement court et l'amélioration du taux de guérison n'est pas systématiquement trouvé en fonction des différents TAD comme le montre l'étude d'Andreasen et al. en 2002.

Presque toutes les procédures de traitements des TAD sont encore aujourd'hui non « *evidence based* » et s'appuient sur des consensus, des protocoles acceptés par la majorité mais n'ayant pas démontré leur efficacité avec un niveau de preuve suffisant.

Ceci rend difficile l'analyse à long terme du pronostic des TAD en fonction du traitement reçu. De plus pour des raisons éthiques, il est difficile de réaliser des études cliniques randomisées comparant des patients avec TAD non soignés versus des patients avec TAD ayant reçu les thérapeutiques recommandées. Il est donc indispensable de s'appuyer sur l'expérimentation animale et sur des études cliniques observationnelles. (Andreasen et al. 2010).

II Le suivi post-traumatique

II.1. Principaux résultats de l'étude réalisée dans le service du GHPS

Une étude rétrospective réalisée au sein du service d'urgences du GHPS dans le cadre de la thèse d'exercice du Dr. PIRIOU Anaëlle a permis d'inclure sur une période de trois mois 170 patients venus consulter en urgences pour un TAD. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le taux de suivi des patients venus consulter pour un TAD selon les recommandations de l'IADT.

Les résultats nous montrent que 46 patients disent ne pas avoir consulté de chirurgiens-dentistes dans les trois mois suivant leur consultation d'urgence, soit environ 27% de l'échantillon. Il n'existe pas de lien entre le type de TAD (et donc sa sévérité), la sévérité des complications qu'il peut entraîner et l'existence ou non d'un suivi comme le montre le schéma ci-dessous (Piriou 2019). Les principaux résultats de l'étude se retrouvent dans la Figure 3.

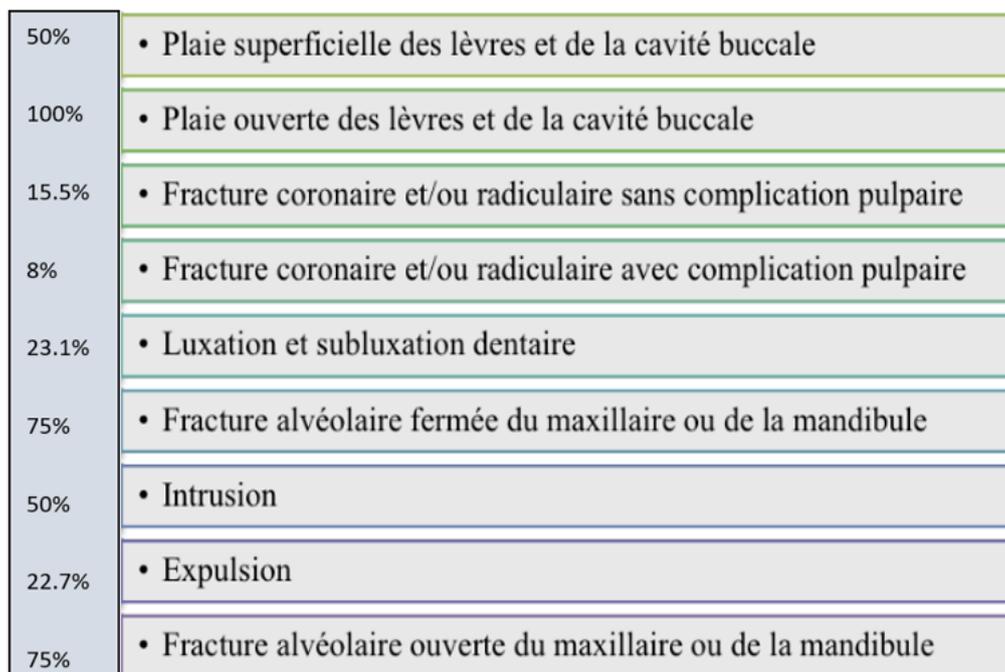


Figure 5 : Taux de non suivi en fonction du type de TAD classé par ordre croissant de complications (nombre et sévérité) (Piriou 2019).

II.2. Les taux de suivis des TAD dans la littérature.

En 2009, D.B. Gustafson réalise une étude dont l'objectif est de déterminer le taux de suivi des patients suite à un TAD dans le service d'urgence hospitalier du *Nationwide Children's Hospital* à Colombus dans l'Ohio (USA). Chaque patient avait reçu la consigne de prendre un rendez-vous de suivi à 2 semaines post TAD. Ainsi, ces résultats sont comparables à ceux trouvés dans l'étude du Dr Piriou. 25% des patients n'ont pas effectué le suivi. Les 75% de patients revenus pour leur suivi ont été vus en moyenne 3,3 fois.

Dans l'étude de Barlas et al. en 1999, dans une étude sur le suivi des patients à 48h dans le service des urgences de l'hôpital universitaire de Stony Brook (New York, USA), le taux d'absence de suivi rapporté est similaire (33%) à 48h après TAD. Concernant les patients ayant eux consulté après le TAD, les visites de suivi étaient réalisées dans 82% des cas dans le service d'urgence, dans 60% des cas dans une clinique et dans 52% des cas en cabinet privé. 86.5% des patients ont eu au moins 1 visite de suivi ce qui semble insuffisant aux vues des recommandations. En effet, le nombre moyen de contre visites dans l'étude était de 2,5 par patient : l'IADT recommande entre 3 et 5 visites pour le suivi des TAD (Barlas et al. 1999 ; Flores et al. 2007a ; Flores et al. 2007b ; AAE 2006). Dans la plupart des études le taux de suivi est inférieur : allant de 28% à 50% (Barlas et al 1999 ; Vukmir et al. 1992 ; Straus et al. 1983 ; Magnusson et al.1993 ; Jones et al.1988 ; Field et al. 1988). Selon une étude de Kyriacou et al. en 2005 dans le *Northwestern Memorial Hospital* de Chicago, Illinois (USA) qui compare le suivi des patients en fonction des consignes de suivi reçues à la sortie des urgences, l'absence de suivis est retrouvée dans 41% des cas chez des patients pour lesquels un rendez-vous de contrôle a été fixée en fin de consultation d'urgences et dans 63% des cas chez des patients pour lesquels aucun rendez-vous de contrôle n'avait été donné (Kyriacou et al 2005).

Magnusson et al. en 1993 ont réalisé une étude dans le service des urgences de l'hôpital de l'*Oregon Health Sciences University* à Portland, Oregon (USA) qui compare les taux de suivis post urgence en fonction de l'orientation du patient (rendez-vous donné à l'hôpital pour le groupe 1 , rendez-vous donné en clinique privée pour le groupe 2 ou rendez-vous à prendre soi-même en clinique pour le groupe 3). On trouve un taux d'absence de suivi de 49% pour le groupe 1 (les 51% suivis l'ont été dans de meilleurs délais que dans les autres groupes), de

29% pour le groupe 2 (groupe le mieux suivi à 1 mois) et 47% pour le groupe 3. En moyenne le taux de non suivis était de 44%. (Magnusson et al 1993)

L'ensemble de ces résultats nous montre que la proportion de personnes non suivies suite à leur consultation d'urgence est importante. On peut alors se demander quelles sont les raisons pour lesquelles cette population n'a pas entamé un suivi.

II.3. Les différents types de freins au suivi des TAD

Plusieurs études ont cherché à identifier les causes de l'absence de suivi après un passage aux urgences médicales. Parmi les différentes raisons on peut citer :

- l'absence de médecin traitant (Qureshi et al. 2012),
- l'absence d'obtention d'un rendez-vous de suivi lors de la consultation en urgences (Barlas et al. 1999) (Kyriacou et al. 2005)
- la disparition des symptômes ou l'absence de symptôme jugé alarmant pour le patient (Barlas et al. 1999),
- Le manque d'accessibilité via les transports des services de soins, des cabinets ou cliniques (Naderi et al. 2012)
- La distance entre le lieu d'habitation et les services de soins, cabinets ou cliniques (Naderi et al. 2012)
- le coût des soins, les considérations économiques (Alnaggar et al. 2015) (Gustafson et al 2009).
- Le manque de coopération des patients (Yeng et al.2007)
- l'incompréhension de la sévérité de la situation et de la nécessité de réaliser un suivi médical (Qureshi et al. 2012).

II.3.1 Considérations économiques

La grande majorité des études se déroulent aux Etats-Unis qui possède un système de santé non comparable au système français. En effet, l'absence d'assurance médicale est une des premières causes citées de renoncement au suivi après une prise en charge aux urgences aux États-Unis. Une revue systématique de littérature a été réalisée en 2016 par Atzema et al. concernant le suivi médical après une consultation en urgences. Six études prospectives et trois études rétrospectives ont été incluses : les résultats de la revue rapportent un lien significatif entre la réalisation de soins de suivi (suivi médical) et le fait d'avoir une assurance médicale. Les patients possédant une couverture médicale présentent un suivi 30 à 50% meilleur que ceux n'en n'ayant pas (Atzema et al. 2016). Dans l'étude de Gustafson et al en 2009 concernant les freins au suivi suite à un TAD, 12.6% des patients n'ayant pas réalisé de visites de contrôle évoquent le coût des soins comme raison de leur absence de suivi. (Gustafson et al 2009). Dans l'étude de 2011, Gustafson et al. rapportent des résultats similaires (13%) (Gustafson et al. 2011).

En France, le renoncement aux soins dentaires pour raisons économiques existe également. Selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), 10% des français déclarent renoncer aux soins dentaires en 2008 pour raisons financières alors qu'une partie des soins dentaires prodigués sont pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie.

II.3.2 L'absence d'obtention d'un rendez-vous.

Une étude de Kyriacou et al. en 2005 réalisée dans le *Northwestern Memorial Hospital* à Chicago, Illinois (USA), compare le suivi des patients après leur passage dans le service d'urgence. Deux groupes sont comparés, le premier ayant un rendez-vous fixé à l'issue de sa consultation d'urgence et le deuxième ayant simplement reçu les coordonnées de l'hôpital et des instructions de suivi. Les auteurs rapportent 59% de suivi dans le premier groupe contre 37% dans le groupe contrôle. La différence est statistiquement significative.

Une étude de Zorc et al. en 2003 compare le suivi chez deux groupes d'enfants asthmatiques. Les 2 groupes ont reçu les instructions de suivi mais seul le premier groupe a reçu un

accompagnement pour la prise de rendez-vous de suivi. Il apparaît que les patients du groupe 1 ont un meilleur taux de suivi (64% contre 46% pour le groupe contrôle) et également un suivi réalisé dans de meilleurs délais (13 jours en moyenne contre 54 jours pour le groupe témoin).

Comme cité précédemment, l'étude de Magnusson et al. en 1993 qui compare les taux de suivis post urgence en fonction de l'orientation du patient (rendez-vous donné à l'hôpital pour le groupe 1, rendez-vous donné en clinique privée pour le groupe 2 ou rendez-vous à prendre soi-même en clinique pour le groupe 3) rapporte des taux de suivi de 51% pour le groupe 1, de 71% pour le groupe 2 (groupe le mieux suivi à 1 mois) et 53% pour le groupe 3. Les patients ayant reçu un rendez-vous en clinique semblent avoir un meilleur taux de suivi.

Dans la revue systématique de littérature d'Atzema et al., les auteurs rapportent que donner un rendez-vous de suivi lors de la consultation en urgences améliore le taux de suivi de 16 à 23%. Ceci faciliterait l'accès aux soins pour les patients et notamment l'étape difficile de prise de RDV. En effet, la plupart du temps, la prise de rendez-vous de contrôle se fait par téléphone. Or, la moitié des appels téléphoniques aboutissent à un échec de prise de rendez-vous. Les causes sont multiples : appels effectués en dehors des horaires de standard, lignes téléphoniques saturées, des faux numéros, temps d'attente trop long. En donnant un rendez-vous directement dans le service lors de la consultation en urgences, ces obstacles sont contournés (Atzema et al. 2017).

La présence de déserts médicaux et le manque de disponibilités des praticiens sont également des facteurs limitant à la prise de rendez-vous de suivi. Dans une étude de Sarfati et al. en 2020 concernant l'accès aux soins dentaires en Normandie dans les services d'odontologie du Havre et de Rouen, un questionnaire a été distribué à chaque nouveau patient arrivant dans le service. Un des objectifs de l'étude était de comprendre pourquoi des patients qui auraient pu consulter chez des praticiens en ville ou dans des centres de soins se retrouvent à consulter dans des services hospitaliers. 91% de la population répondait positivement à l'affirmation : «il est difficile de trouver un chirurgien-dentiste ». 78% a déclaré vouloir consulter dans un service hospitalier du fait de l'impossibilité d'obtenir de rendez-vous chez son praticien dans des délais correspondant à ses besoins. De plus, 34% des patients n'ont pas de praticien traitant régulier et sont donc susceptibles de rencontrer des difficultés importantes pour obtenir un rendez-vous rapide en cas de suivi de TAD (Sarfati 2020).

Dans l'étude de Barlas et al en 1999 qui s'intéresse au suivi des patients après un TAD, on trouve parmi les patients qui n'ont pas eu de rdv de suivi à 48h, 34% qui n'ont pas réussi à obtenir de rdv à 48h et on note que le taux de suivi diminue à mesure que le rdv de contrôle s'éloigne dans le temps. (Barlas et al 1999).

II.3.3 La disponibilité des patients et accompagnants.

Des études mettent en lumière que la disponibilité des patients ou celles de accompagnants pour les patients en bas âge ou non autonomes vient s'ajouter aux autres facteurs de freins au suivi dans le cadre d'un TAD (Zorc et al. 2003 ; Gustafson et al. 2011). L'étude de Gustafson et al. en 2011 rapporte que les principaux freins sont 1) le fait de faire rater l'école à l'enfant ou à ses frères/sœurs (ce qui concerne 21.8% des patients n'ayant pas réalisés de visites de contrôle après un TAD) 2) le fait de devoir s'absenter du travail pour les patients adultes ou pour les accompagnants (17.2%). Viennent aussi s'ajouter les difficultés liées aux transports principalement dans les milieux ruraux. Zorc et al. dans leur étude de 2003 sur le suivi des patients asthmatiques ont trouvé comme principales barrières au suivi des patients « devoir rater l'école ou le travail » pour 23% des patients non suivis et « devoir s'occuper des autres enfants » pour 9% des patients non suivis.

Nous avons donc vu que le taux suivi des patients après un TAD était perfectible et qu'un certain nombre de facteurs limitant ce taux de suivi avaient été identifiés grâce aux différentes études. Il devient alors intéressant d'étudier les différentes solutions qui pourraient nous permettre d'améliorer ce taux de suivi.

La partie suivante concerne la littératie en santé et plus particulièrement en santé orale qui semble être une piste d'amélioration du taux de suivi des patients.

III Littératie en santé

III.1 Définition et outils de mesure

III.1.1 Définitions

La définition de la littératie en santé a évolué de nombreuses fois depuis l'introduction du concept dans les années 1970. Initialement, la littératie concernait seulement la capacité à comprendre des mots difficiles et à maîtriser le calcul arithmétique dans un contexte médical. La définition plus moderne et complète, apportée par Sorensen et al. en 2012, fondée sur une revue analytique des définitions existantes : la littératie en santé implique : « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans le contexte des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». (Santé Publique France 2017).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé elle est : « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. (Santé Publique France 2017).

Pour mieux appréhender le concept, on peut faire une analogie entre littératie et alphabétisme. A ne pas confondre avec l'alphabétisation qui serait plus proche du concept d'éducation thérapeutique du patient.

III.1.2 Outils de mesure

Il existe de nombreux outils de mesure de la littératie en santé comme le montre la revue de littérature de Haun et al. en 2014 qui recense 51 outils dont 26 mesurant la littératie en santé générale, 15 étant spécifiques à une maladie ou un type de contenu et 10 étant destinés à des populations spécifiques. Le résultat de cette revue montre que la plupart des outils manquent d'informations sur les principales propriétés psychométriques. Un travail important est nécessaire pour établir les aspects importants du concept, la validité convergente et prédictive des nombreux outils. Il n'existe pas d'outil unique à ce jour permettant une mesure complète

de toutes les dimensions évaluables lors d'une mesure de la littératie il est donc important de combiner plusieurs outils pour affiner les résultats en attendant le développement de nouveaux outils. (Haun et al. 2014). Nous nous contenterons donc ici de présenter les outils les plus fréquemment utilisés.

La capacité de mesurer la littératie en santé pourrait bien être la tâche la plus importante et la plus nécessaire pour la recherche et la pratique en matière de littératie en santé. (Aldoory et al. 2016 ; Pleasant et al.2011).

III.1.2.1 Echelle HALS

En 2004, les 350 items étudiés par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) dans son étude « Évaluer les compétences des adultes » ont été repris par le Conseil Canadien de l'Apprentissage (CCA) pour créer la « Health Activity Literacy Scale (HALS) », dans le but de produire une mesure spécifique de la littératie en santé. (Richard et Lussier 2009).

C'est la seule échelle de niveau de littératie en santé qui a été créée pour se distancer au mieux de la littératie en général. Dans l'étude « Évaluer les compétences des adultes » menée dans 7 pays faisant partie de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) qui a évalué le niveau de littératie en général de la population, Rudd et al. ont élaboré l'échelle de compétences en santé *Health activities literacy scale* (HALS). (Rudd et al. 2004). L'étude a évalué le niveau de la littératie en général de la population selon 350 items classés en quatre domaines : la compréhension de textes suivis, la compréhension de textes schématiques, la numératie (calculs) et la résolution de problèmes (exposition d'un problème qui fait appelle à plusieurs compétences pour être résolu). Parmi ces items, plus de la moitié (191 items) concernaient des activités liées à la santé au sens large comme la promotion de la santé, la protection de la santé, la prévention des maladies, les soins de santé et la compréhension du système de santé. Selon le taux de réponses correctes pour chaque item, ces 350 items sont répartis en 5 niveaux de littératie générale. Chaque niveau requiert des compétences et chaque niveau supplémentaire demande l'intégration des compétences des niveaux inférieurs. (Savopol et Bischoff 2013)

- Niveau 1 : compétences en littératie en santé très faibles (par ex. difficultés à repérer la dose d'un médicament à administrer sur un emballage) ;
- Niveau 2 : compétences faibles (par ex. difficultés pour comparer des éléments simples) ;
- Niveau 3 : compétences suffisantes (par ex. comparer des informations et faire des déductions simples) ;
- Niveaux 4 et 5 : compétences élevées ex. traitement d'information complexe

Niveaux	Intervalles de points	Interprétation
1	0 à 225	Capacité de lire des textes relativement courts, de repérer ou d'entrer de l'information et d'exécuter des tâches simples à une seule étape comme compter, ordonner des dates ou faire des opérations arithmétiques simples
2	226 à 275	Capacité de reconnaître les éléments de distraction (renseignements plausibles, mais incorrects), d'intégrer deux renseignements ou plus, de comparer et de distinguer des renseignements et d'interpréter des graphiques simples
3	276 à 325	Capacité d'intégrer l'information contenue dans un texte long ou dense, d'intégrer de multiples renseignements et de comprendre de l'information mathématique présentée sous différentes formes. Ces tâches comprennent en général plusieurs étapes ou processus à suivre pour résoudre des problèmes
4	326 à 375	Tâches qui comprennent de multiples étapes à suivre pour résoudre des problèmes abstraits. Capacité d'assimiler de multiples renseignements provenant de textes longs ou complexes, d'en faire la synthèse, puis de faire des inférences
5	376 à 500	Capacité de chercher de l'information dans un texte dense contenant un certain nombre d'éléments de distraction, de faire des inférences de haut niveau ou d'utiliser des connaissances préalables spécialisées et de comprendre des représentations complexes d'idées mathématiques abstraites formelles et informelles

Tableau 9: Niveaux de littératie EIACA 2003 (d'après le Conseil canadien sur l'apprentissage 2008)

III.1.2.2 Autres échelles de mesure de la littératie

De nombreux autres outils de mesures de la littératie en matière de santé existent. Ce sont notamment le THOFLA (*Test of Functional Health literacy in Adults*) (Parker et al. 1995) et le REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*). (Davis et al. 1993).

Le THOFLA comprend 67 items qui testent la compréhension de textes (compléter des textes lacunaires) ainsi que la résolution de problèmes liés à la numératie (être capable de reconnaître la date sur une feuille de rendez-vous, lire et comprendre la posologie sur un emballage de médicament, etc). Il existe une version simplifiée nommée le STOFHLA (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*) dont la version française a été validée par Connor et al. en 2013. (REFLIS 2018 ; Parker et al. 1995).

Le REALM consiste à lire une liste de 66 mots médicaux classés par ordre de difficulté. Les réponses de ces deux tests ne correspondent pas à la même échelle de points mais elles sont séparées en trois catégories similaires : littératie « limitée » (niveau de lecture $\leq 6^{\text{ème}}$ année primaire), « marginale » (niveau de lecture des 7-8 $^{\text{ème}}$ années d'école obligatoire) et « adéquate » (niveau de lecture $\geq 9^{\text{ème}}$ et dernière année d'école obligatoire). Seules les personnes atteignant la catégorie de littératie « adéquate » sont considérées comme ayant un niveau de littératie en santé suffisant pour pouvoir gérer leur santé sans difficulté. (Savopol et Bischoff 2013).

Le FCCHL (*Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale*) mesure 3 dimensions de la littératie qui sont la littératie fonctionnelle, interactive et critique à travers 14 items. Initialement en japonais, ce questionnaire a été validé en français par une étude d'Ousseine et al. en 2017. Il est destiné aux patients adultes avec maladie chronique. (REFLIS 2018).

Le NVS (*Newest Vital Sign*) est un outil de mesure rapide de la littératie, il se présente sous la forme d'une étiquette de nutrition de produit et est accompagné de 6 questions. Ce questionnaire présente l'avantage d'être rapide à mettre en place car il ne prend que 3 minutes. Il est fiable et est en corrélation avec le TOFHLA. Les patients avec plus de 4 réponses correctes sont peu susceptibles d'avoir un faible niveau de littératie, alors que moins de 4 réponses correctes indiquent la possibilité d'une littératie limitée. Le NVS peut donc être utilisé comme test de dépistage rapide du niveau de littératie dans les établissements de soins de santé. (Weiss et al. 2005).

Le HLQ (*Health Literacy Questionnaire*) élaboré par Osborne et al en 2013 est destiné à la population générale adulte et est constitué de 44 items qui évaluent 9 dimensions de la littératie :

- 1. Se sentir compris et soutenu par les prestataires de soins
- 2. Avoir suffisamment d'informations pour gérer ma santé
- 3. Gérer activement ma santé
- 4. Soutien social à la santé
- 5. Évaluation des informations de santé
- 6. Capacité à collaborer activement avec les prestataires de soins de santé
- 7. Naviguer dans le système de santé
- 8. Capacité à trouver de bonnes informations sur la santé
- 9. Comprendre suffisamment bien les informations sur la santé pour savoir quoi faire

La version française du HLQ a été validée par une étude de Debussche et al en 2018. (REFLIS 2018) .

On trouve également :

- Le HLSEU-Q16 (*European Health Literacy Survey Questionnaire*) qui comporte 16 items et évalue 1 dimension de la littératie dont la version française a été validée par l'étude de Rouquette et al. en 2018. Il est destiné à la population générale adulte. (REFLIS 2018).
- Le HAS-A (*Health Literacy Assessment Scale for Adolescents*) composé de 15 items et qui évaluent 3 dimensions de la littératie qui sont : communication, gêne et compréhension des informations de santé. Il est destiné à la population générale adolescente de 12 à 19 ans. (REFLIS 2018).
- HLSAC (*Health Literacy for School-Aged Children*), composé de 10 items et mesurant 1 dimension. Destiné à la population générale de 13 à 19 ans. (REFLIS 2018).

III.2 Importance de la littératie en Santé Publique

III.2.1 Littératie et observance thérapeutique

Une méta-analyse d'une cohorte de 220 articles nous permet de montrer qu'un faible taux de littératie est associé à une mauvaise observance thérapeutique des patients. Que l'éducation du patient permet d'améliorer à la fois le taux de littératie et l'observance. Cette étude nous montre également que l'éducation du patient et l'amélioration du taux de littératie a un impact plus grand sur l'observance thérapeutique lorsque la population d'étude a de plus faibles revenus financiers et appartient à une minorité ethnique. (Miller 2016). Cette dernière donnée est particulièrement intéressante pour nous si on considère les caractéristiques socio-économiques de la population des urgences odontologiques du GHPS qui comporte une part conséquente de personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés comme le décrivent les travaux des Dr M. Aboulker en 2014 et C. Guillaume en 2018.

III.2.2 Littératie et accès aux soins

Il apparaît également que les individus ayant un faible taux de littératie sont les plus enclins à reporter voire à renoncer aux soins. Ces individus déclarent également avoir le plus de difficultés à trouver un praticien et sont plus susceptibles de ne pas avoir de praticien traitant régulier. (Levy et Janke 2016)

Le lien entre niveau de littératie et santé est maintenant démontré et un faible taux est considéré comme une barrière au soin du patient. « Les patients avec un faible niveau de littératie comprennent moins bien les informations sur la santé, font moins de prévention et utilisent plus souvent les services d'urgence ». (Richard et Lussier 2009). Par ailleurs, il est démontré que les patients avec un faible niveau de littératie n'approchent pas la communication de la même façon que ceux ayant un plus haut niveau de littératie. Un faible niveau de littératie est associé à une plus grande difficulté à assimiler de nouvelles informations et de nouveaux concepts et à une plus grande difficulté à communiquer avec le médecin. (Richard et Lussier 2009).

III.2.3 Littératie en santé de nos jours

D'après Stephan Van den Broucke, dans un article de « La Santé en Action » (SPF2017), le concept de littératie en santé s'étend désormais à l'ensemble de la santé publique. « Le concept même continue à se développer et inclut désormais aussi la capacité de rechercher de l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique, et de pouvoir et savoir communiquer. » « Les personnes à faible taux de littératie sont moins susceptibles d'adopter un comportement favorable à la santé, de participer à des programmes de dépistage et d'utiliser des services de prévention ». (Dolan et al. 2004 ; Lindau et al. 2002 ; Kaufman et al. 2001 ; SPF2017).

Le niveau de littératie en santé est le meilleur prédicteur de l'état de santé et de mortalité d'une personne, meilleur que le revenu, l'éducation, la profession et il n'y a pas toujours de corrélation entre le niveau d'éducation et le niveau de littératie. (Baker et al. 2007). Il existe des problèmes de littératie en santé à tous les niveaux d'éducation. (Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy 2004; Richard et Lussier 2009).

III.2.4 La littératie en santé en France.

L'étude de l'OCDE en 2016, « *L'importance des compétences : Nouveaux résultats de l'Évaluation des compétences des adultes* » a évalué dans 33 pays dont 24 faisant partie de l'OCDE les compétences des populations adultes de 16 à 65 ans. Les items évalués ont été :

- La littératie (score de 500 points répartis en : niveau inférieur à 1, puis allant de 1 à 5)
- La numératie (score de 500 points répartis en : niveau inférieur à 1, puis allant de 1 à 5)
- La résolution des problèmes dans des environnements à forte composante technologique

La France a obtenu un score de 262 en littératie, significativement inférieur à la moyenne des 33 pays de 268. Elle a également obtenu un score de 254 en numératie, score significativement inférieur à la moyenne des 33 pays qui est de 263.

Aucune donnée n'a été transmise concernant l'item « résolution des problèmes dans des environnements à forte composante technologique ».

Les scores de littératie, numératie et de résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique des différents pays étudiés sont présentés sur l'annexe 1. L'annexe 2 présente les différents niveaux de compétence en littératie et en numératie (OCDE 2016 ; 2012).

III.2.4.1 Résultats de la France en littératie

- Seulement 7.7% des Français ont atteint les niveaux 4-5 (contre une moyenne de 11.8% pour les pays de l'OCDE) ;
- 34% de Français ont atteint le niveau 3 (moyenne OCDE 38.2%) ;
- 21.6% de Français ont atteint le niveau 1 ou inférieur au niveau 1 (moyenne OCDE 15,5%). (OCDE 2016 ; 2012).

En annexe 3 est présentée la répartition par niveau de compétences en littératie des adultes dans les différents pays étudiés par l'OCDE. (OCDE 2016 ; 2012).

III.2.4.2 Résultats de la France en numératie

Les résultats sont similaires à ceux obtenus pour la littératie avec :

- 8.3% des français ont atteint le niveau 4-5 en numératie. Contre une moyenne des pays de l'OCDE de 12.4% ;
- 29% des français ont atteint le niveau 3 contre une moyenne de 34.4% pour les pays de l'OCDE ;
- 28% des français ont atteint seulement les niveau 1 et inférieur à 1 contre une moyenne de 19% pour les pays de l'OCDE. (OCDE 2016 ; 2012).

L'annexe 4 présente la répartition par niveau de compétence en numératie des adultes dans les différents pays étudiés par l'OCDE. (OCDE 2016 ; 2012)

III.2.4.3 Eléments de réflexion concernant les résultats en France

Les résultats des français en littératie et en numératie sont parmi les plus mauvais des 24 pays de l'OCDE de l'étude, mais on peut nuancer ces résultats par le fait que les écarts de compétences entre les générations sont plus marqués que dans la plupart des pays. Les personnes âgées de 45-65 ans ont de moins bons résultats alors que ceux des personnes de 16-44 ans sont plus proches de la moyenne de l'OCDE tout en restant inférieurs. On remarque que plus l'âge augmente et plus le résultat s'éloigne de la moyenne. Les nouvelles générations sont donc mieux préparées et instruites, leur taux de littératie est meilleur que celui des générations précédentes. C'est donc une évolution positive pour l'avenir si les progrès sont maintenus et que le taux de littératie et de numératie continue de s'améliorer pour les prochaines générations.

D'autre part on note une différence de résultats plus importante en France que dans la plupart des autres pays entre les participants en fonction du niveau d'étude/de formation. La même remarque est valable concernant l'écart des résultats en fonction du niveau de formation des parents des participants. L'écart est encore une fois plus grand que dans la plupart des autres pays de l'OCDE ayant participé.

Il existe une différence plus marquée en France que sur les autres pays entre les résultats des personnes nées en France (plus élevées) et les personnes nées à l'étranger (plus basses) et on note également une progression des compétences en fonction de la durée de résidence dans le pays très limitée (toujours en comparaison avec les autres pays de l'OCDE ayant contribué). On peut donc se demander s'il n'existe pas à ce niveau pour les personnes issues de l'immigration un manque d'opportunité de réduire cet écart de compétences. (OCDE 2016 ; 2012).

III.3 Littératie et santé orale

III.3.1 La littératie en santé orale dans la littérature

La littératie en santé bucco-dentaire est définie comme l'accès à des informations précises sur la santé bucco-dentaire. Une littératie en santé orale peu développée va avoir un impact négatif sur l'état de santé buccodentaire perçu ainsi qu'une communication patient-dentiste non satisfaisante. (Aldoory et al. 2016 ; Guillaume 2018).

La littératie en santé bucco-dentaire est définie par la capacité d'un individu à obtenir, traiter et comprendre les informations de santé orale basique et des services de santé orale (service hospitalier ou dentiste en cabinet) pour prendre des décisions appropriées en matière de santé bucco-dentaire. (U.S. Department of Health and Human Services, Healthy People 2010).

III.3.2 Les outils de mesure de la littératie en santé orale

Tout comme pour la littératie en santé générale, il existe des outils de mesure de la littératie en santé orale. Ces outils comme ceux utilisés en santé orale étudient différentes dimensions de la santé et ne sont pas comparables entre eux mais complémentaires et doivent être utilisés en association pour apporter des résultats plus affinés. (Dickson-Swift et al.2014). Certains outils utilisés pour mesurer la littératie en santé générale peuvent également être applicables en santé orale comme le NVS (*Newest Vital Sign*). (Dickson-Swift et al. 2014).

Le ToFHILD (*Test of Functional Health Literacy In Dentistry*) est dérivé du THOFLA et permet d'évaluer deux dimensions de la littératie en santé orale « compréhension de texte » et « numératie ». Cet outil est centré sur l'évaluation de l'alphabétisation fonctionnelle en dentisterie. (Gong et al 2007).

Le questionnaire REALD (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*) est dérivé du REALM et permet une mesure de la littératie centrée sur la santé orale, il est souvent associé au ToFHILD afin d'obtenir une mesure complète de la littératie. Le REAL-30 permet une estimation rapide du niveau d'alphabétisme des adultes. Il comprend 30 mots issus du glossaire de terminologie de l'*American Dental Association* que le patient devra prononcer à haute voix avec un degré de difficulté croissant. (Lee et al 2007 ; Guillaumes 2018).

Ces outils (REALD et ToFIHLD) les plus retrouvés dans la littérature ont été largement critiqués pour ne fournir qu'une mesure approximative de la littératie en santé orale basée principalement sur la reconnaissance de mots. Un certain nombre d'outils plus récents ont inclus de nouvelles mesures de la littératie en santé orale, y compris les connaissances conceptuelles en calcul et en santé bucco-dentaire, mais les outils qui mesurent des indicateurs importants de la littératie en santé bucco-dentaire tels que la navigation dans les services sont rares. (Dickson-Swift et al. 2014).

Le questionnaire OHLI (*Oral Health Literacy Instrument*) est un nouvel outil développé en 2009 par Sabbahi et al. Il comporte en plus des 2 sections sur « la compréhension écrite » et « la numération » que l'on retrouve dans le ToFIHLD, une 3^e section concernant les « connaissances bucco dentaires ». (Sabbahi et al 2009 ; Guillaume 2018).

Le CMOHK (*Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge*) développé par le Pr Macek permet de mesurer les connaissances en santé orale avec des questions regroupées en 4 domaines (Macek et al.2010 ; Guillaumes 2018) :

1. Les connaissances de base en santé bucco-dentaires
2. La prévention et prise en charge des maladies parodontales
3. La prévention et prise en charge des caries dentaires
4. La prévention et prise en charge du cancer buccal

L'objectif de ce test est d'évaluer non seulement les dimensions habituellement étudiées mais aussi des connaissances conceptuelles pour élargir notre compréhension de la littératie en santé orale et la communication praticien patient. (Macek et al 2017).

Atchison et al. en 2017 ont fusionné le REALD avec le CMOHK dans une étude nommée le MOLHR-K (*Multicenter Oral Health Literacy Research Study*) qui permet de comparer la reconnaissance d'un mot avec la compréhension de son sens. (Atchison et al. 2017 ; Guillaume 2018).

Le questionnaire HeLD est une adaptation à l'usage en santé orale d'un outil de mesure de la littératie en santé générale, le HeLM (*Health Literacy Management*). (Jones et al. 2014). Ce questionnaire existe sous deux formes, la première, le HeLD-29 comprenant 29 items divisés en 7 sections (communication, accès, réceptivité, compréhension, utilisation, soutien et

obstacles économiques), pour chaque question, les réponses sont proposées avec 5 niveaux d'intensité croissante (exemple : réponse allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». La deuxième forme, le HeLD-14 constituée de 14 items et développée par Jones et al. En 2015 pour créer une version plus condensée du HeLD-29. Le HeLD-14 permet d'avoir une forme plus courte qui sera facile et efficace pour une utilisation en recherche et en milieu clinique. (Jones et al. 2015). Le HeLD a été initialement développé auprès de populations autochtones en Australie et a pour objectif de mesurer de manière fiable la littératie en santé bucco-dentaire tout en étant culturellement acceptable. Ce questionnaire va pouvoir être utilisé dans les services dentaires publics afin d'évaluer les obstacles potentiels à l'utilisation des services dans le but d'améliorer l'implication des patients dans leur santé bucco-dentaire et plus particulièrement, des populations dites vulnérables. (Jones 2014, 2015 ; Guillaume2018).

III.3.3 Intérêt dans le service des urgences odontologiques du GHPS

L'étude du Dr Piriou dans le service des Urgences du GHPS, nous permet de constater que 27% des patients venus consulter pour un TAD n'ont pas eu de suivi et ce indépendamment de la sévérité du TAD en question.

Il existe donc une importante probabilité pour ces patients de développer des complications et séquelles suite à ces TAD. Cette absence de suivi se traduit donc par une perte de chance pour le patient et une issue défavorable pour les dents/tissus traumatisés dans les mois ou années à venir. L'étude n'a pas permis de mettre en évidence les raisons de cette absence de suivi. Une des hypothèses que nous pouvons formuler est qu'elle se serait liée à un manque d'informations sur l'importance de suivi de soins. Ce manque d'informations pourrait signifier un taux de littératie trop faible impactant directement la prise de décision du patient concernant sa santé.

Nous avons donc vu que le taux de littératie influe positivement sur l'observance et l'accès aux soins du patient, et également que le taux de littératie est devenu le meilleur indicateur de santé d'une population. Il devient donc nécessaire de l'améliorer pour que le taux de suivi suite à un TAD augmente.

III.3.4 Habitudes de santé bucco dentaires et littératie de la patientèle de l'UF des urgences du GHPS : retour sur les résultats de l'étude du Dr Cindy GUILLAUME

En 2018, le Dr Cindy Guillaume a réalisé dans le cadre de sa thèse une étude pilote dont l'objectif est de décrire les connaissances, les attitudes et comportements ainsi que la littératie en matière de santé bucco-dentaire des patients adultes consultant aux urgences odontologiques de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Cette étude fait suite au travail du Dr Aboulker en 2014-2015 qui a caractérisé la population des urgences odontologiques du GHPS. L'évaluation des connaissances, attitudes et comportements des patients face à des questions de santé bucco-dentaire a été réalisée via une enquête CAP (Connaissance Attitude Pratique) auprès des patients. Le taux de littératie a été quant à lui évalué par les questionnaires HELD et FCCHL (*Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale*).

III.3.4.1 Caractéristiques de la population d'étude et enquête CAP

Les résultats de la première partie sont similaires et comparables à ceux trouvés par le Dr Aboulker et mettent en évidence les mêmes fragilités de cette population. L'étude du Dr Aboulker avait notamment montré que :

- 50% de la population était née dans des pays étrangers ;
- 13% de la population avait un niveau moyen de compréhension de la langue française ;
- 5% avait des difficultés avec le français et 3% ne parlaient pas français ;
- 42% de la population avait un niveau d'étude inférieur au bac ;
- 10% de la population ne disposait d'aucune couverture sociale et au total 31% de la population n'avait pas la sécurité sociale (absence de couverture sociale + AME + CMU).

Ces résultats témoignent d'une population fragile et plus susceptible d'avoir un taux de littératie faible.

Les résultats de l'enquête CAP du Dr C. Guillaume en 2018 mettent en évidence des nombreuses lacunes dans les connaissances des patients. Notamment concernant les bonnes

pratiques en matière de brossage (technique, durée, fréquence, type de brosse, aide au brossage). De nombreux patients déclarent aussi avoir des habitudes de vie peu favorables avec une bonne santé bucco-dentaire comme la fréquence de visite chez son chirurgien-dentiste, la consommation de sucres quotidienne ou encore la consommation de tabac. De nombreux patients ne savent pas interpréter les signes précurseurs des maladies parodontales et maladies carieuses (saignement des gencives et signes d'apparition des caries, tâches noires, cavitation) et ne vont consulter qu'en cas de douleurs. Ces lacunes vont conduire les patients à ne pas adopter des pratiques adéquates. Ces pratiques inadéquates sont incompatibles avec la santé bucco-dentaire et la bonne navigation des patients à travers le système de santé ce qui va entraîner des pertes de chances pour les patients.

III.3.4.2 Résultats concernant la littératie dans le service.

Il est important de rappeler que lors du recrutement de la population d'étude, 30% des patients ont été exclus selon le critère suivant : « ne parlaient finalement pas la langue française ou n'avaient pas un niveau suffisant pour être capable de remplir le questionnaire ». La littératie étant en partie évaluée grâce à la maîtrise de la langue, on peut supposer que ces 30% de la population n'ayant pas suffisamment d'aisance avec la langue française pour répondre au questionnaire aurait probablement eu un taux de littératie insuffisant. Ce frein à l'évaluation du taux de littératie ne nous permet pas de juger des connaissances et compétences de ces patients si on supprime ce facteur. Cependant en situation réelle, le patient bloqué par son incapacité à communiquer en français ne peut pas naviguer correctement dans le système de santé tel qu'il est prévu à ce jour.

III.3.4.2.1 Résultats du questionnaire HeLD

79% des patients n'éprouvent pas de réelle difficulté à obtenir un rendez-vous chez le dentiste et 77% n'ont pas de réelle difficulté à savoir où il est possible de consulter un dentiste. 20% de la population a des difficultés à trouver des informations sur la santé orale dont la moitié trouvant très difficile ou se sentant incapable d'accéder à ces informations.

9% des patients ont de grandes difficultés à prêter attention à leurs problèmes dentaires. 29% ont une certaine difficulté et 22% ont de grandes difficultés financières à propos de leurs soins dentaires et 21% et 11% ont respectivement des difficultés moyennes et très importantes pour payer leurs médicaments liés aux soins dentaires. Ces données sont à mettre en corrélation avec le taux de personnes en situation de précarité de couverture sociale (30% sans aucune couverture, Aide Médicale d'Etat ou sécurité sociale sans mutuelle) et de personnes sans emplois au chômage ou au foyer (37%). Une part des difficultés ressenties pourrait également être due à l'absence de connaissance des taux de remboursements de certains soins par les patients. En effet il existe un taux d'abstention thérapeutique lié au fait que les patients ne vont pas chez le dentiste par peur de ne pas pouvoir payer même pour des soins qui sont en réalité remboursés.

III.3.4.2.2 Résultats du questionnaire FCCHL

41% des patients déclarent ne pas comprendre certains mots sur les notices et brochures venant de l'hôpital et 20% que le contenu est trop compliqué à comprendre. Il y a donc un manque de maîtrise de la langue de la part de ces patients et peut être aussi un manque d'aide pour comprendre ces informations ou un manque de vulgarisation du côté de la conception des brochures.

Au total 46% des participants ont obtenu un score de littératie insuffisant et ont donc un taux de littératie faible et près d'1/3 n'ont pas su comprendre ou répondre correctement aux questions sur une ordonnance simple. La mauvaise application des consignes de l'ordonnance peut mener à un risque pour le patient ou à l'inefficacité de la prescription et entraîner des complications.

Une association significative a été trouvée entre le taux de littératie faible et le niveau d'étude. (47% de la population avait un niveau d'étude inférieur au bac dans l'étude). D'après la littérature il existe aussi un lien fort entre le faible taux de littératie et diminution des visites médicales. En revanche, aucun lien statistique n'a été trouvé entre le taux de littératie et le sexe/ la couverture sociale.

Bien qu'il existe des problèmes de littératie en santé à tous les niveaux d'éducation, nous avons vu que l'impact d'une amélioration du taux de littératie sur la santé et les compétences était plus grand lorsque la personne était issue de milieux socio-culturels défavorisés. Ce qui est souvent le cas dans le service des urgences odontologiques du GHPS. C'est pourquoi nous avons pensé à l'élaboration d'une brochure reprenant les recommandations de suivi après un TAD. Nous avons eu l'opportunité de traduire la brochure en plusieurs langues, afin d'apporter un complément d'information et d'éducation thérapeutique au patient malgré la barrière de la langue qui constitue un important frein à la compréhension des messages chez les personnes issues de l'immigration.

IV Etude

IV.1. Elaboration d'une brochure d'information destinée aux patients ayant consulté en raison d'un TAD

IV.1.1 Définition et objectifs d'une brochure d'information

Une brochure est un document qui permettant de compléter l'information orale donnée par le professionnel de santé lors de la consultation et peut permettre au patient de participer à la prise de décision qui concerne sa santé. (HAS 2008)

Une brochure doit s'adapter au niveau de littératie du public auquel elle s'adresse. Elle doit apporter des informations compréhensibles qui donneront à l'utilisateur des informations et une connaissance qui lui permettront de prendre des décisions éclairées concernant sa santé.

Les objectifs d'une brochure peuvent relever du domaine du dépistage, de la prévention, des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques, de l'éducation thérapeutique du patient ou encore des soins auto prodigués. (HAS 2008).

L'objectif de notre brochure est d'améliorer le suivi post traumatisme des patients venus consulter pour un TAD dans l'UF des urgences du GHPS. Le calendrier de suivi a pour objectif d'améliorer le taux et les délais de suivi pour éviter les risques de complications. Les conseils concernant les règles hygiéno-diététiques, les prescriptions et les signes de complications ont pour objectif d'éduquer le patient, d'améliorer ses connaissances théoriques et pratiques et ainsi d'augmenter son taux de littératie en santé orale pour que ses prises de décisions soient éclairées et en accord avec les bonnes pratiques.

IV.1.2 Elaboration de la brochure

IV.1.2.1 Bases de travail

Pour l'élaboration de notre brochure (Annexe 5), nous nous sommes appuyés sur le guide réalisé par la HAS en 2008 (Figure 6). Pour le contenu de la brochure, les informations sont

conformes aux recommandations de L'IADT, société savante à l'origine des recommandations officielles de prise en charge des TAD.

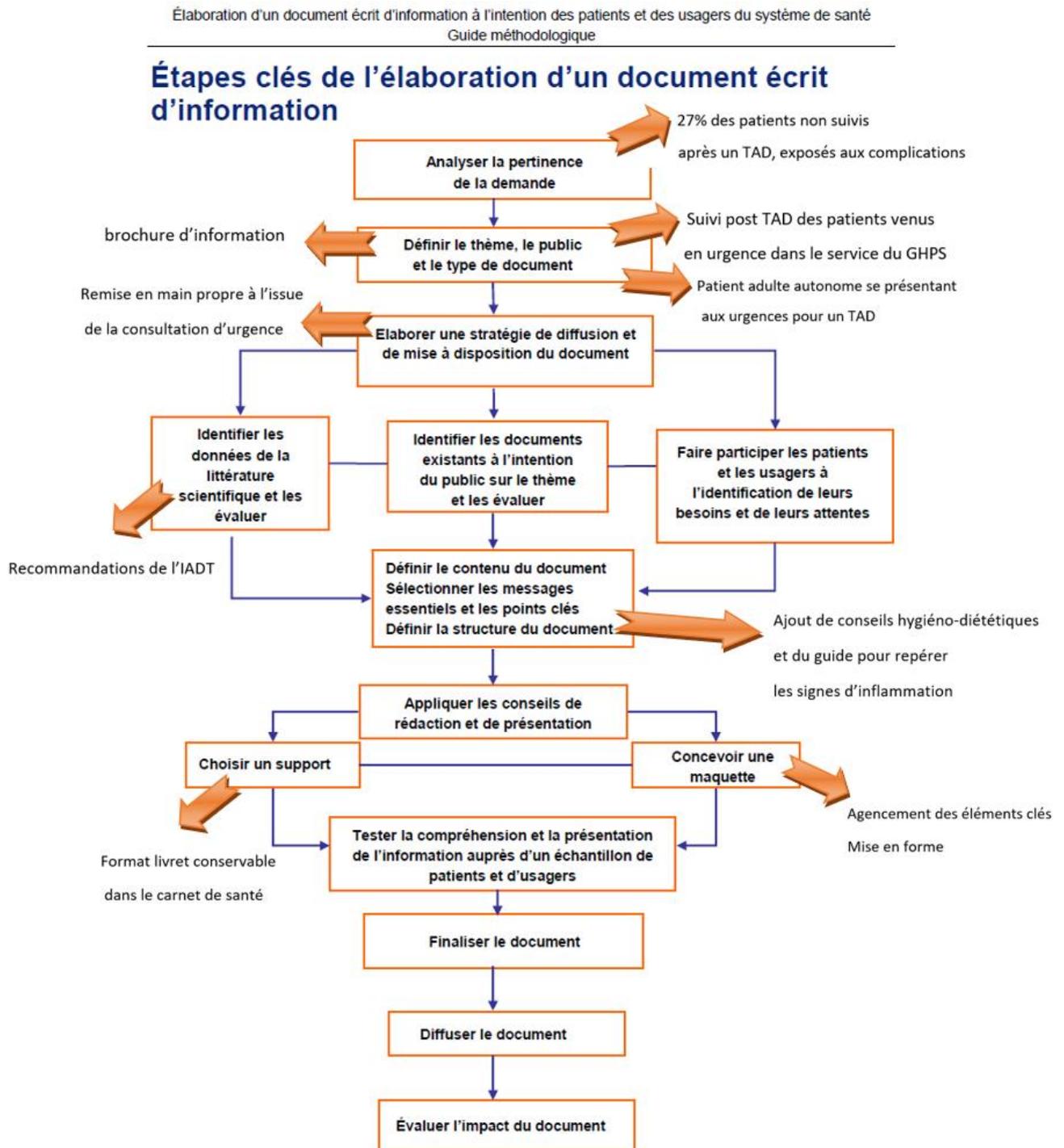


Figure 6 : Etapes clés de l'élaboration d'un document écrit d'information. (HAS 2008)

IV.1.2.2 Organisation de la brochure

Afin d'améliorer le suivi des patients après un TAD, l'information la plus importante à délivrer est le calendrier des rendez-vous de contrôle. Celui-ci est visible en 1^{ère} page de la brochure. Avant de délivrer la brochure au patient, le praticien ayant effectué la consultation en urgences est invité à cocher la case correspondant au type de TAD diagnostiqué (Figure 7).

Case à cocher :	Type de traumatisme :	Consultation chez votre chirurgien-dentiste à :
<input type="checkbox"/>	Fêlure amélaire	Non nécessaire sauf si association à autre traumatisme
<input type="checkbox"/>	Fracture amélaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture amélodentinaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture amélodentinaire compliquée (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture corono-radulaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture corono-radulaire compliqué (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Concussion	1-2 mois puis 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture radulaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Fracture alvéolaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Subluxation	2 semaines avec dépose de la contention puis à 1-2-6 mois et 1 an
<input type="checkbox"/>	Extrusion	2 semaines puis à 1-2-6 mois 1-2-3-4-5 ans et dépose de la contention à 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Luxation latérale	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Impaction	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Expulsion ou extraction dentaire (sans réimplantation)	2 semaines
<input type="checkbox"/>	Expulsion dentaire (avec réimplantation)	1-3-6 mois 1 an puis tous les ans

Figure 7 : Calendrier de suivi en fonction du TAD de la brochure d'information.

La brochure comprend également des conseils hygiéno-diététiques (Figure 8), des conseils et des bonnes pratiques concernant les prescriptions (Figure 9) et les suites du soin d'urgences (Figure 10), et enfin un guide pour identifier l'apparition d'éventuelles complications (Figure 11). Ils viennent compléter et renforcer le message principal.

Nos Conseils :



- Préférer une alimentation froide ou tiède, molle pendant 1 semaine.

- Éviter les aliments durs (pain avec croûte, pomme, etc...).

- Éviter les aliments de petite taille (semoule, riz etc...) qui pourraient être difficiles à nettoyer.



- Surtout continuer à brosser vos dents ! Utiliser une brosse à dent chirurgicale (7/100ème) pendant 7 jours pour les dents traumatisées et continuer d'utiliser votre brosse à dent habituelle pour les autres dents.



- Éviter tout sport à risque sans utilisation d'un protège-dents adapté.



- Chez les enfants : limiter au maximum la tétine.

Figure 8 Conseils hygiéno-diététiques de la brochure d'information

Concernant votre prescription :

- Respecter la **dose** et la **durée des médicaments prescrits**.
- Ne pas prendre des médicaments qui ne vous ont pas été prescrits sans l'avis de votre chirurgien dentiste ou à défaut de votre pharmacien.
- Si des effets indésirables apparaissent (vertiges, nausées, vomissements, éruption cutanée), contacter le service des **urgences dentaires au 01.42.16.14.52**, ou consulter votre chirurgien dentiste ou votre médecin généraliste au plus vite.

> Antibiotiques :

- Ne pas stopper la prise des antibiotiques avant la fin du traitement prescrit sans l'accord d'un professionnel de santé.
- Prendre l'antibiotique au cours du repas.



- Limiter votre consommation en alcool pendant la prise.
- L'efficacité n'est ressentie qu'après 48 à 72h de traitement.

> Anti douleur Palier 2 (Dafalgan codéiné®, Efferalgan codéiné®, Codoliprane®, Klipal®, Topalgic®, Contramal®, Lamaline®, Zamudol®, Ixprim®) :

- Ces médicaments peuvent vous faire somnoler ou induire des nausées vomissements.
- Ne surtout pas conduire pendant la prise.
- Limiter votre consommation en alcool pendant la prise.
- Arrêtez leur prise en cas de disparition de la douleur.

2

> Bains de bouche :



- Ne jamais dépasser 15 jours d'utilisation consécutifs.
- Faire le bain de bouche après le brossage des dents.

Figure 9 : Conseils de la brochure concernant les prescriptions médicamenteuses.

Concernant la suite du soin d'urgences :

> Soins des plaies de la lèvre et des gencives :

- Appliquer de l'antiseptique non alcoolisé ou du sérum physiologique en spray ou à l'aide d'une compresse stérile en tamponnant délicatement.
- Puis appliquer une pommade grasse de type vaseline (seulement au niveau de la peau).
- En cas de sutures : les fils de sutures sont généralement résorbables ce qui implique, qu'ils disparaissent progressivement. S'ils persistent au delà de 4-6 semaines, et qu'ils vous gênent, consulter votre chirurgien dentiste.

> Après collage d'un fragment de dent fracturée :

- Limiter au maximum les aliments durs.
- Une différence de couleur au niveau du trait de fracture peut apparaître et est normale.



- Eviter la nicotine, la caféine, la théine qui pourraient contribuer à cette coloration.

> Après repositionnement d'une dent déplacée partiellement ou totalement au cours du traumatisme :

- Surtout ne pas cracher et ne pas faire de bains de bouche pendant 24h.
- Limiter votre consommation en tabac durant les deux semaines suivant le traumatisme (le tabac ralentit la cicatrisation de la gencive)

> En cas de contention :

- Continuer le brossage même au niveau de la contention
- En cas de blessure liée à la contention : se procurer de la cire orthodontique en pharmacie et la coller au niveau des zones blessantes de la contention;



- En cas de contention décollée : consulter au plus vite.

Figure 10 : Conseils d'hygiène suite aux soins d'urgence.

Repérer les signes de complications :



- En cas de saignement : appuyez sur la zone avec une compresse stérile et reprenez les recommandations initiales. Si le saignement persiste encore, consulter en urgences un chirurgien dentiste.
- Un «bleu» ou hématome peut apparaître le jour ou le lendemain du traumatisme. Il peut être plus ou moins étendu en fonction de la force du choc lors du traumatisme. Pour limiter son extension, appliquer le plus rapidement possible après traumatisme une poche de glace enroulée dans un linge contre la joue en regard de la zone traumatisée pendant 10 minutes toutes les 30 minutes pour limiter son apparition. L'hématome guérit en général spontanément de quelques jours à quelques semaines au maximum. Sa couleur varie selon le temps : de bleu violacé, l'hématome va ensuite devenir vert puis jaune avant de s'estomper complètement.
- Un gonflement au niveau de la joue ou des lèvres les jours suivant le traumatisme est normal : c'est l'œdème. Celui-ci doit diminuer progressivement et ne pas persister plus de 7 jours. Comme pour l'hématome, pour limiter son apparition, appliquer une poche de glace enroulée dans un linge sur la zone traumatisée.
- L'apparition d'un gonflement à l'intérieur ou à l'extérieur de la bouche les semaines ou mois suivant le traumatisme ET associé à une douleur nécessite une consultation auprès d'un chirurgien dentiste le plus rapidement possible.
- L'apparition d'une mobilité augmentée de la dent traumatisée les semaines et/ou mois suivant le traumatisme nécessite une consultation auprès d'un chirurgien dentiste le plus rapidement possible.
- En cas de changement de couleur (rose – rouge, gris, jaune) de la couronne (partie visible de la dent) : il est conseillé de consulter votre chirurgien dentiste.

Conserver bien votre certificat initial descriptif qui vous a été remis en mains propres. Aucun double ne pourra vous être délivré. C'est un document médico-légal qui pourra vous être demandé en cas de demande d'indemnisations mais également par votre chirurgien dentiste pour un meilleur suivi.

Figure 11 : Conseils pour repérer les signes de complication des TAD sur la brochure d'information

La formulation des informations ainsi que leur vulgarisation ont été progressivement adaptés après avoir été présentée à un panel de professionnels de santé et de non professionnels de santé et ayant différents niveaux de littératie. L'objectif était ici de rester le plus précis et le plus professionnel possible tout en restant compréhensible et intelligible par le plus grand nombre.

IV.1.3 Le graphisme de la brochure

Le graphisme a été réalisé par sous-traitance par Mme Marion Cocotier, illustratrice et graphiste et a permis d'obtenir un visuel clair. Le visuel est capital d'une part pour la crédibilité de la brochure et l'attention que les patients vont lui accorder. Et d'autre part, après avoir attiré l'attention du patient, l'objectif est de garder cette attention afin de permettre à l'information de passer, d'être comprise et enregistrée dans sa mémoire.

L'utilisation du code couleur du logo de l'APHP est reprise dans la brochure et l'utilisation de pictogrammes/logos/icônes améliorent la clarté de l'information et permettent de stimuler l'intérêt du lecteur pour faciliter le passage et la rétention des informations.

La qualité d'impression et du papier utilisé a aussi été un point de réflexion afin d'améliorer la perception que les patients auront de la brochure une fois en main : l'objectif était qu'ils la trouvent suffisamment qualitative et sérieuse afin d'augmenter leur considération et que la brochure soit conservée le plus longtemps possible.

La mise en page ainsi que le format de la brochure ont été optimisés pour que cette dernière puisse être repliée en 2 et conservée dans un carnet de santé.

IV.2. Evaluation de la brochure

IV.2.1. Matériels et méthode

IV.2.1.1 Type d'étude

Notre étude est une étude de type avant/après.

IV.2.1.2 Objectif

L'objectif primaire de cette étude est d'analyser l'efficacité d'une brochure sur l'application des bonnes recommandations de suivi de soin suite à un TAD sur le taux de suivi des patients ayant consulté en urgences pour un TAD.

L'objectif secondaire est d'évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis de la brochure délivrée lors de la consultation aux urgences suite à un TAD.

IV.2.1.3 Population de l'étude

IV.2.1.3.1 Critères de sélection

L'étude de la population source a été réalisée à l'aide des données tirées du logiciel Urqual et des informations renseignées sur les CRU (comptes rendus d'urgence) de l'ensemble des patients ayant consulté pour un TAD dans le service des urgences odontologiques du GHPS sur la période du 22/09/2020 au 22/01/2021 (4 mois) (classification CIM10) (Population totale du service des urgences sur la période =16677 patients) selon les diagnostics suivants :

- S005 : lésion traumatique superficielle de la lèvre et de la cavité buccale,
- S015 : plaie ouverte de la lèvre et de la cavité buccale,
- S024 : fracture alvéolite maxillaire fermée,
- S0241 : fracture alvéolaire maxillaire ouverte,
- S0250 : fracture coronaire et/ou radiculaire sans exposition pulpaire,
- S0251 : fracture coronaire et/ou radiculaire avec exposition pulpaire,
- S0260 : fracture alvéolaire mandibulaire fermée,
- S0261 : fracture alvéolaire mandibulaire ouverte,
- S032 : luxation et subluxation dentaire,
- S0321 : intrusion dentaire,
- S0322 : avulsion traumatique dentaire

Nous avons donc pu identifier 1392 patients dont 612 adultes (44%) venus consulter pour un TAD sur cette période.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être majeur et autonome.
- Consulter dans l'UF des urgences dentaires du GHPS exclusivement pour un TAD.
- Parler et comprendre le français.
- Avoir donné un consentement oral et/ou sur papier pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être mineur ou sous tutelle
- Avoir un motif de consultation autre que le TAD
- Ne pas parler/comprendre/lire le français
- Absence de consentement
- Ne pas avoir reçu la brochure

IV.2.1.3.2 Déroulé de l'étude

L'objectif et le schéma de l'étude ont été expliqués au chef de service, au responsable (Dr Toledo), aux encadrants et aux externes/internes réalisant la prise en charge des patients dans l'UF des urgences dentaires du GHPS. Les externes /internes devaient ensuite proposer la participation à l'étude de tout patient majeur, comprenant le français et consultant en raison d'un TAD. S'il souhaitait participer, celui-ci signait le consentement prévu à cet effet (annexe 6).

Il a été demandé ensuite aux externes/internes de distribuer aux patients répondant aux critères d'inclusion un exemplaire de la brochure accompagné d'une brève explication de son contenu.

Après les 4 mois de recrutement, 58 patients ont été inclus dans l'étude. Lors du rappel téléphonique, 8 patients n'ont jamais répondu aux appels et 1 patient a déclaré ne pas souhaiter répondre au questionnaire.

La quantité de brochures distribuées et de patients inclus a été limitée par les moyens de diffusion de la brochure. Des patients qui auraient pu être inclus et répondaient aux critères n'ont pas reçu de brochure et des patients qui ne remplissaient pas tous les critères ont reçu la brochure et un consentement. Ce défaut de recrutement pourrait potentiellement s'expliquer par des consignes pas suffisamment claires ou bien par des oublis de la part des recruteurs ou bien par manque de temps lors de la prise en charge du TAD.

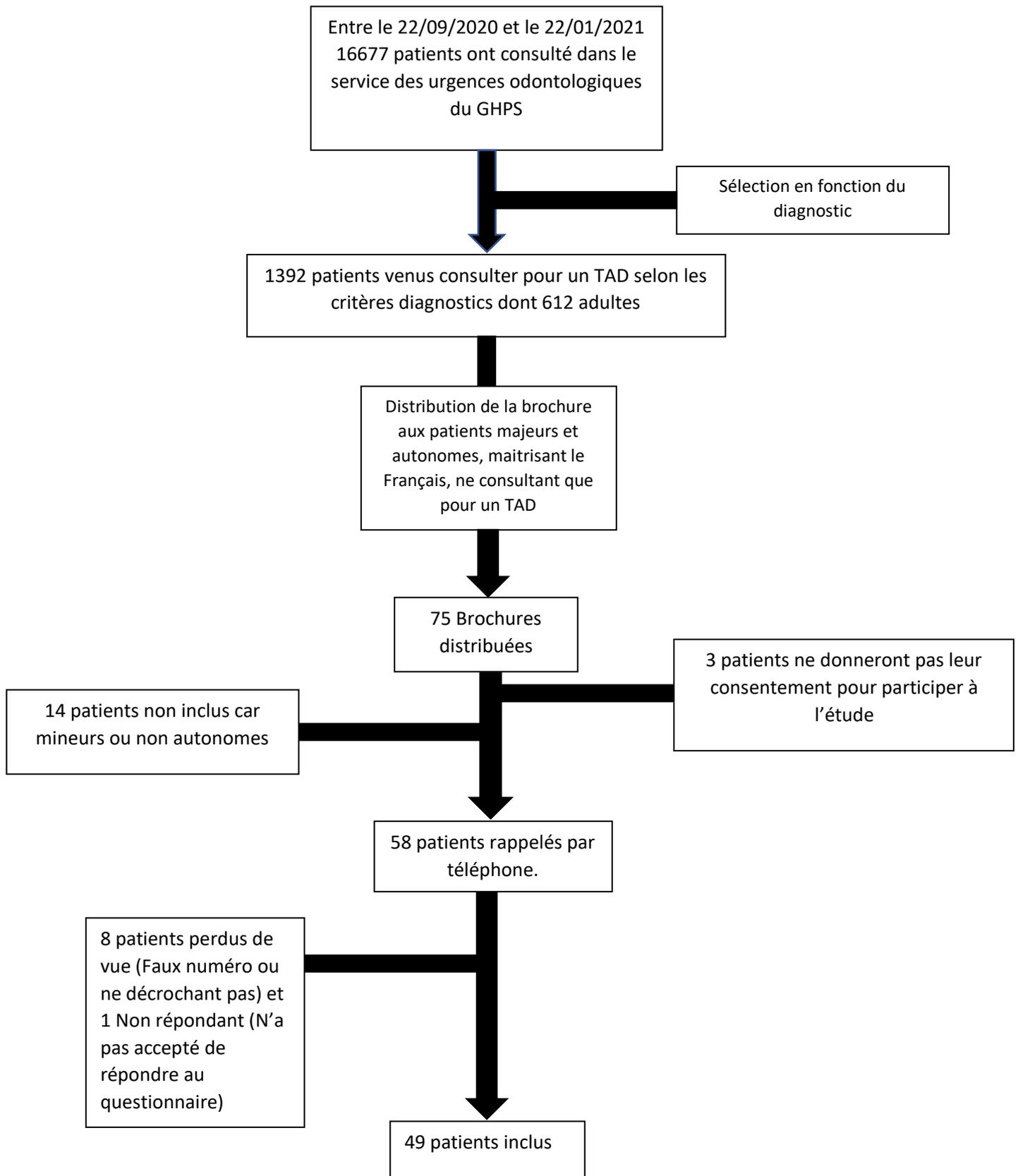


Figure 12 : Diagramme de flux de l'étude

IV.2.1.4 Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire a été élaboré pour recueillir les données auprès des patients (Annexe 7). Ce questionnaire comprend 2 parties. La première contient 12 items répartis ainsi :

- 3 items sur les caractéristiques socio-économiques du patient
- 3 items sur la consultation d'urgences au GHPS
- 6 items sur le suivi de soins

La deuxième partie contient 6 items portant sur le ressenti du patient face à cette brochure (compréhension, utilité).

IV.2.1.5 Recueil des données

Les données des caractéristiques de la population extraite du logiciel Urqual ont été récupérées sur tableur Excel pour permettre leur traitement et leur exploitation.

Le recueil des données a été réalisé par appel téléphonique dans un délai de 4 à 6 semaines après la consultation en urgences des patients . Lors de l'appel téléphonique, le consentement oral est à nouveau recueilli avant de commencer le questionnaire.

IV.2.1.6 Démarche éthique

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration CNIL du 02-10-2017 et a été approuvée en amont (N° CNIL 2104890).

IV.2.2 Résultats

IV.2.2.1 Caractéristiques démographiques de la population des patients venus consulter pour un TAD au sein du service des urgences du GHPS sur la période de l'étude.

IV.2.2.1.1 L'âge et le sexe

Parmi les 1392 patients venus consulter pour un TAD au service des urgences du GHPS sur la durée de l'étude, 568 femmes se sont présentées soit 41%, contre 824 hommes soit 59% de la population.

La répartition de la population par rapport à l'âge et au sexe est présentée dans la Figure 13.

La moyenne d'âge est de 21 ans et l'âge des patients varie de 1 à 93 ans.

Si on retire les patients mineurs la moyenne d'âge est de 39 ans.

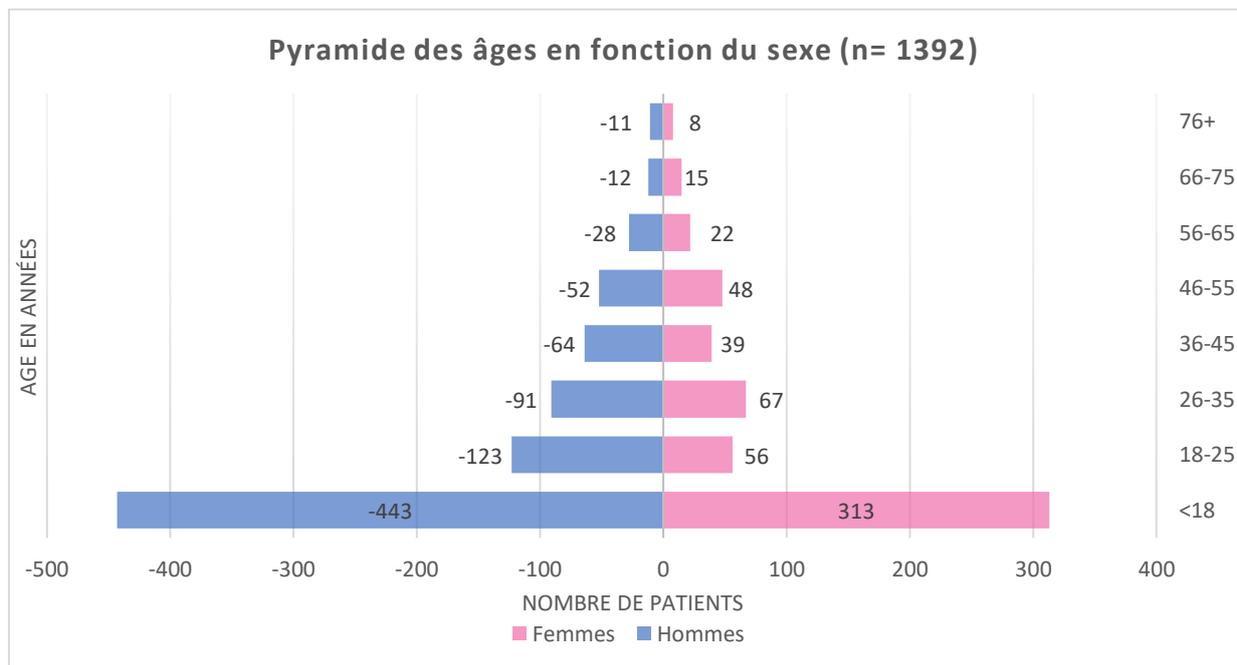


Figure 13 : Pyramide des âges en fonction du sexe des patients venus consulter pour un TAD dans le service des urgences du GHPS entre le 22/09/2020 et le 22/01/2021

IV.2.2.1.2 Fréquentation du service en fonction des horaires.

La Figure 14 présente la répartition de ces patients en fonction de la période de la semaine et de l'horaire.

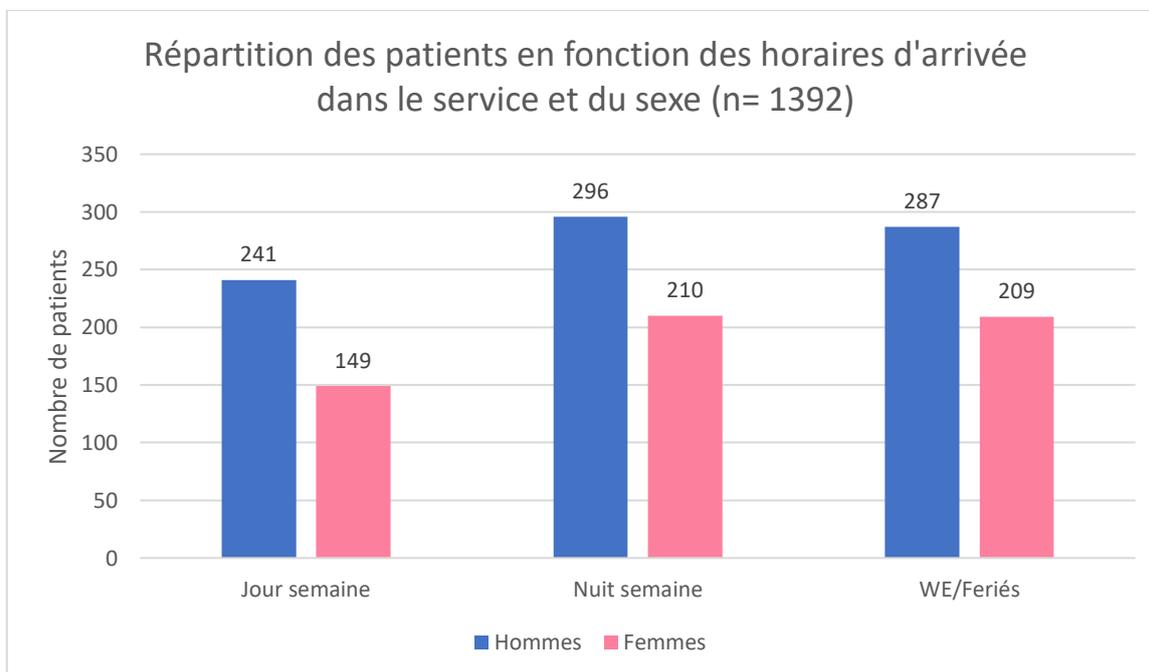


Figure 14 : Répartition des patients venus consulter pour un TAD au sein du service des urgences du GHPS en fonction de l'horaire et selon leur sexe.

On remarque que les proportions hommes/femmes restent similaires quel que soit le créneau horaire. Il apparaît que la fréquentation du service aurait tendance à être plus importante la nuit ainsi que les WE et jours fériés.

IV.2.2.2 Résultats du suivi des patients

IV.2.2.2.1 Caractéristiques socio-démographiques :

IV.2.2.2.1.1 Résultats sur l'âge et le sexe

La population (n=49) ayant reçu la brochure est composé de 26 hommes (53%) et de 23 femmes (47%).

La moyenne d'âge des femmes est de 40 ans avec des âges allant de 19 à 64 ans et celle des hommes est de 31 ans avec des âges allant de 18 à 54 ans.

La moyenne d'âge du groupe est de 35 ans.

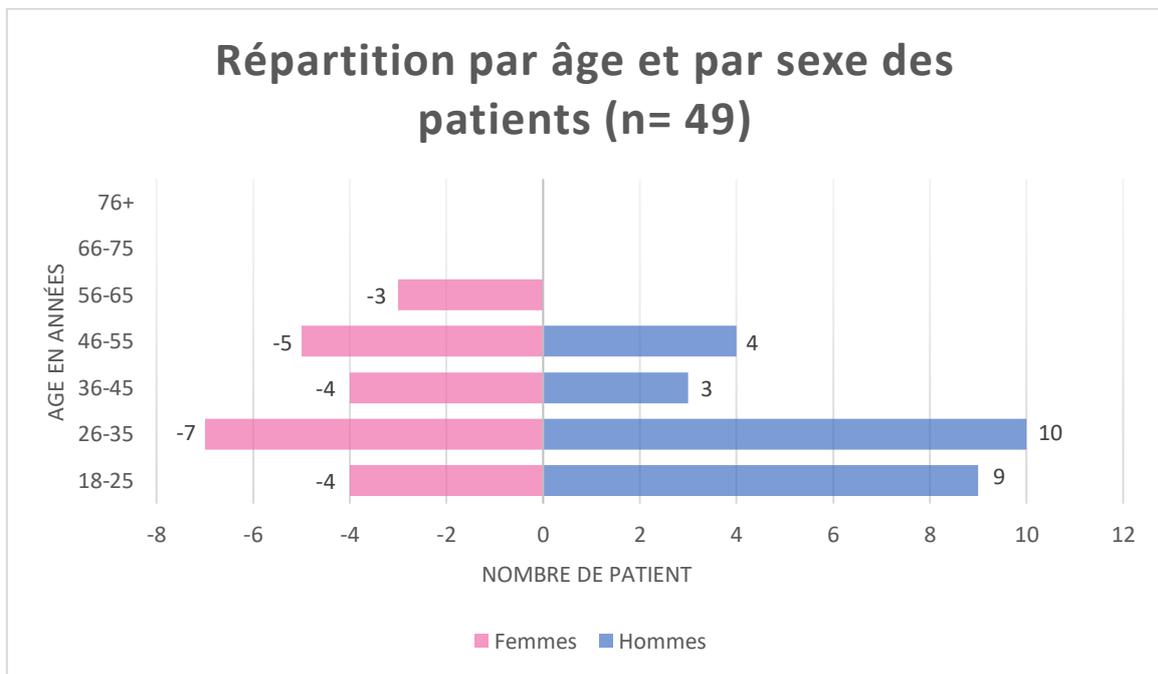


Figure 15 : Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe

On remarque que le ratio homme/femme semble similaire à celui de la population totale de 1392 patients. La répartition par classe d'âge ne permet pas de faire le même constat.

IV.2.2.2.1.2 Résultats sur la couverture sociale

Il a été demandé le type de couverture sociale à chaque patient inclus lors du rappel téléphonique. La couverture sociale de la population est telle que représentée sur la Figure suivante :

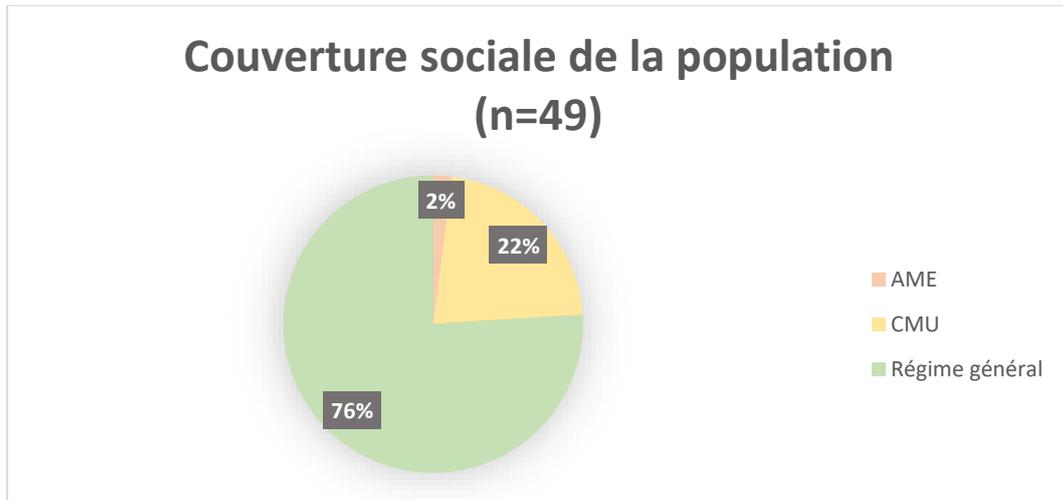


Figure 16 : Proportion des différents types de couvertures sociales de la population incluse

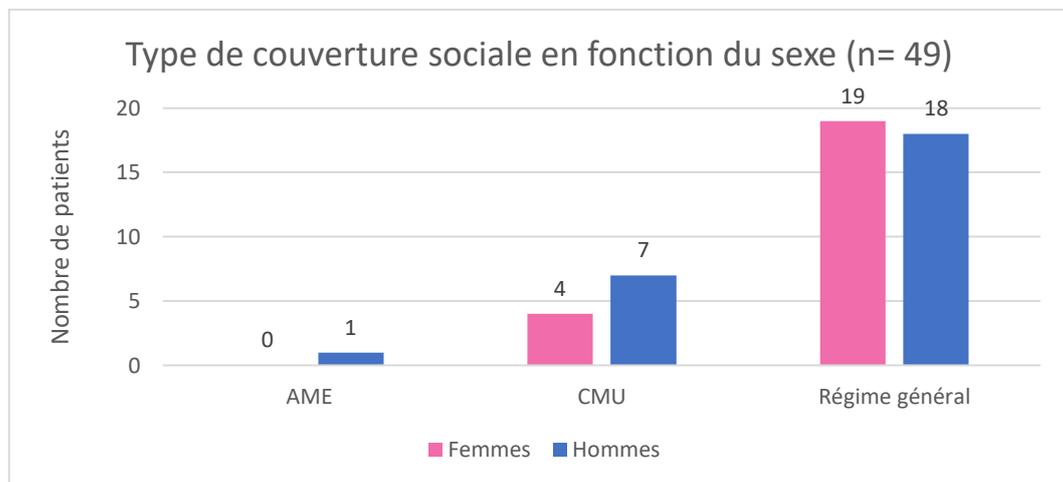


Figure 17 : Répartition des types de couvertures sociales de la population incluse en fonction du sexe

La majorité de la population (76%) est couverte par le régime général et une mutuelle. La répartition en fonction du sexe semble montrer des proportions similaires entre les différents types de couvertures sociales. Les patients couverts par l'Aide Médicale d'Etat (AME) sont très peu représentés avec seulement 2%.

IV.2.2.2.2 Résultats concernant la consultation en urgence

La prochaine Figure représente la répartition des patients en fonction du diagnostic initial posé lors de la consultation d'urgence. Il est important de noter que 30% des patients présentaient une combinaison de 2 TAD ou plus le jour du diagnostic.

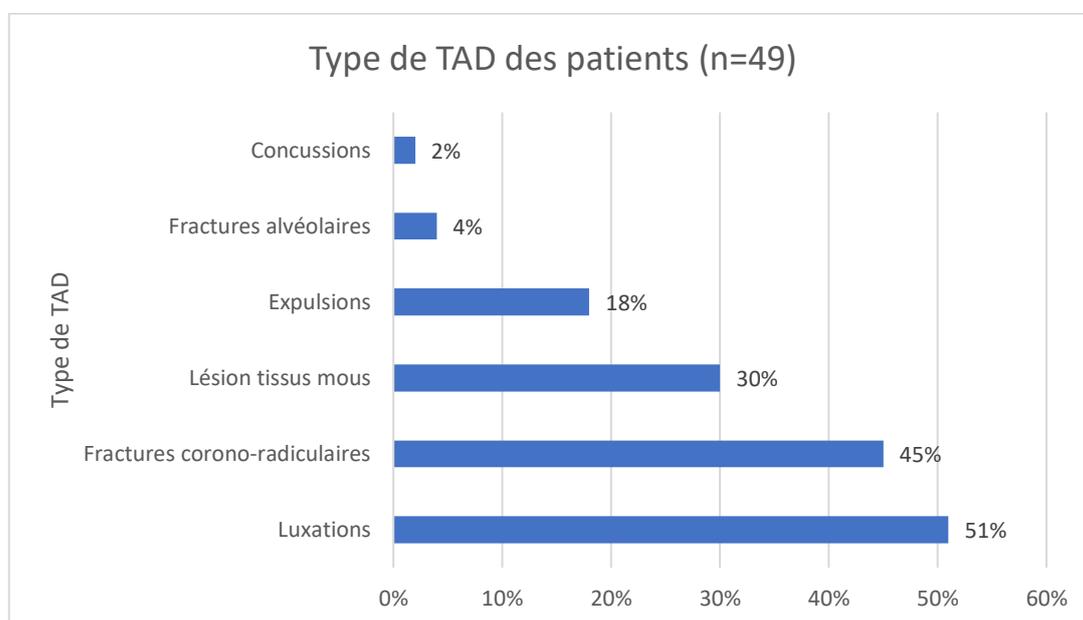


Figure 18 : Distribution des TAD lors de la consultation dans le service

Grâce à l'étude des CRU ainsi qu'au témoignage téléphonique de ces patients, nous avons pu estimer que 100% de traitements reçus en urgence étaient conformes aux recommandations de l'IADT et ce indépendamment de de l'horaire (jour/nuit) et de la date (semaine ou WE/Fériés).

Grâce aux CRU et aux témoignages téléphoniques, il a été également mis en évidence que 94% des patients ont reçu oralement les conseils hygiéno-diététiques et relatifs au calendrier de suivi nécessaires à leur parcours post-TAD.

IV.2.2.2.3 Résultats concernant le suivi post TAD

A la question « Avez-vous eu un rendez-vous de contrôle ou de soins suite à votre passage aux urgences ? » 75% (n=37) des patients déclarent avoir eu ce rendez-vous.

Parmi les 25% (n=12) n'ayant pas eu de rendez-vous de suivi au moment de l'appel téléphonique, 14% (n=7) n'ont pas prévu de retourner voir leur praticien malgré les conseils donnés et 11% (n=5) ont pris rendez-vous en dehors du délai recommandé.

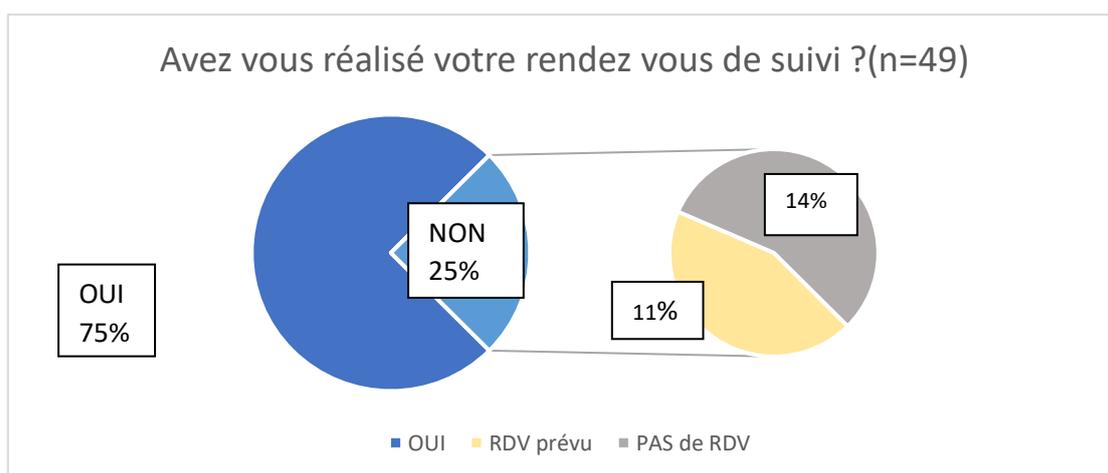


Figure 19 : Taux d'assiduité au rendez-vous de suivi post TAD effectué et prévu.

A 6 semaines post TAD, le taux de suivi s'élève à 75% : ce taux pourra s'élever jusqu'à 86% (mais avec une consultation avec dépassement des délais recommandés par l'IADT). Enfin, 14% des patients n'ont eu aucun suivi post TAD.

Ainsi, 61% de patients ont effectué un suivi selon les délais recommandés par l'IADT auxquels viennent s'ajouter 25% de patients ayant consulté au-delà des délais recommandés par l'IADT et 14% de patients non suivis.

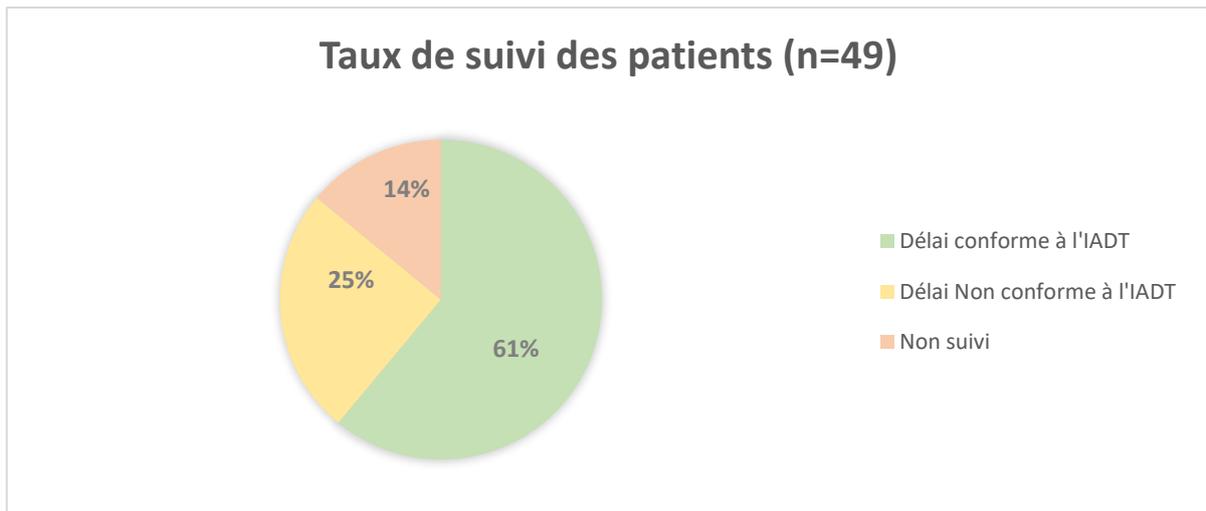


Figure 20 : Taux de suivi des patients

Parmi les 14% de patients n'ayant eu et prévu aucun suivi, les raisons évoquées de l'absence de suivi sont :

- « La disparition des symptômes » pour 70% (n= 5),
- « La peur de la COVID-19 » pour 15% (n= 1),
- « N'avait pas compris qu'il fallait reprendre rendez-vous » pour 15% également (n= 1).

Il est intéressant de noter que ces 3 facteurs d'absence de suivi relèvent principalement d'un manque d'information du patient.

- Le fait que les patients cessent de se préoccuper de leur santé après la disparition des symptômes pourrait montrer une méconnaissance des risques de complications associés au TAD.
- La peur de la COVID-19 pourrait être la conséquence d'un manque d'information sur les moyens mis en place dans les cabinets/centres dentaires et à l'hôpital pour limiter le risque de contamination. Ceci, potentiellement ajouté à une connaissance limitée des risques de complications et ainsi biaiser l'évaluation par le patient de la balance bénéfique risque quant au suivi post TAD.
- Le fait de ne pas avoir compris le circuit à suivre dans le système de santé témoigne également d'un défaut d'information et/ou de compréhension par le patient.

Près de la moitié des patients, 48% (n=20), ont dû trouver un nouveau praticien pour effectuer leur rendez-vous de suivi et 17% (n=7) ont été revus dans le service pour les premiers rendez-vous de suivi. Seulement 35% (n=15) des patients ont effectué leur suivi auprès de leur praticien traitant.

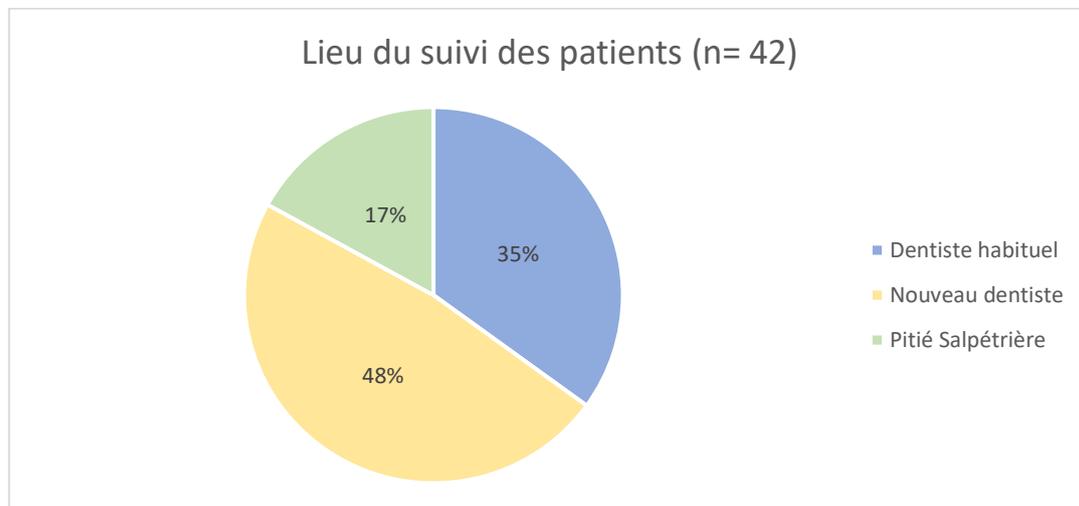


Figure 21 : Lieux de consultations de suivi des patients post TAD.

Parmi les 12 patients qui ont effectué ou vont effectuer leur suivi en dehors des délais recommandés par l'IADT, 9 (77%) patients ont pris rendez-vous chez un nouveau praticien. Ces derniers ont affirmé que le temps écoulé entre le passage aux urgences et leur consultation de suivi était dû aux délais et disponibilités des cabinets dentaires.

Les 3 patients (23%) qui ont effectué leur consultation de suivi en retard bien qu'ils aient un praticien traitant ont déclaré ne pas s'être préoccupés suffisamment tôt de prendre un rendez-vous pour respecter les délais.

100% des patients suivis dans le service l'ont été dans les délais recommandés.

On peut supposer face à ces résultats que le fait de ne pas avoir de praticien traitant est un frein supplémentaire au suivi dans des conditions optimales du fait de l'augmentation des délais pour un premier rendez-vous.

IV.2.2.3 Résultats de l'enquête de satisfaction sur la brochure.

6 questions concernant la brochure et permettant son évaluation qualitative ont ensuite été posées aux patients (n=49).

La première question étant « Avez-vous lu la brochure ? », les questions suivantes n'ont été posées qu'aux patients ayant répondu oui.

18 patients (36%) n'ont pas lu la brochure. Les questions suivantes ont donc été posées aux 31 patients restants (64%).

Certains patients n'ayant pas lu la brochure ont déclaré ne pas se souvenir de l'avoir reçue. D'autres ont évoqué avoir été submergés par la quantité de documents et d'informations remises à l'issue de la consultation et s'en sont débarrassés avant d'avoir eu l'occasion de revenir dessus pour la lire.

On peut imaginer que certains patients n'ont pas compris l'intérêt de la brochure lors de son explication par les étudiants du fait de la quantité d'informations délivrés oralement. De nombreux patients en répondant aux questions ont déclaré avoir été en état de choc après leur TAD et pendant leur prise en charge dans le service, ce qui peut rendre plus difficile l'intégration des informations délivrées.

IV.2.2.3.1 Score de compréhension de la brochure.

Chaque patient ayant lu la brochure (n=31) a pu s'exprimer et donner un score compris entre 1 et 5 pour évaluer le niveau de compréhension du document (1 étant le plus mauvais score et 5 le meilleur). Pour les scores inférieurs ou égaux à 3, il leur a été demandé de préciser ce qui a limité leur compréhension.

La Figure 22 présente les résultats :

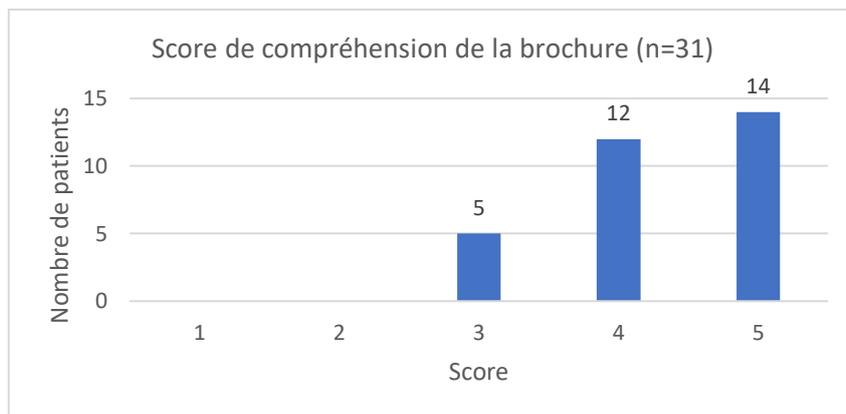


Figure 22 : Score de compréhension de la brochure par les patients

Aucun score inférieur à 3 n'a été donné et les score 4/5 et 5/5 cumulent dans 83% des cas (n=26). Pour les 5 patients ayant donné un score de 3, 3 d'entre eux parlaient et comprenaient le français mais avaient une maîtrise de la langue limitant leur compréhension à la lecture du document. Les 2 autres patients ayant donné la note de 3 ont déclaré avoir compris le sens général des phrases mais ont trouvé certains mots trop techniques ou trop compliqués.

Dans l'ensemble, le travail de vulgarisation semble avoir été efficace et on peut supposer, d'après les témoignages, que les informations essentielles ont été transmises aux patients qui les ont cherchées.

IV.2.2.3.2 Perception de l'utilité de la brochure

Il a été demandé aux patients s'ils avaient appliqué les conseils expliqués sur la brochure et si oui lesquels, puis de scorer entre 1 et 5 l'utilité de cette brochure.

96% (n=30) des patients ont déclaré avoir appliqué les conseils écrits.

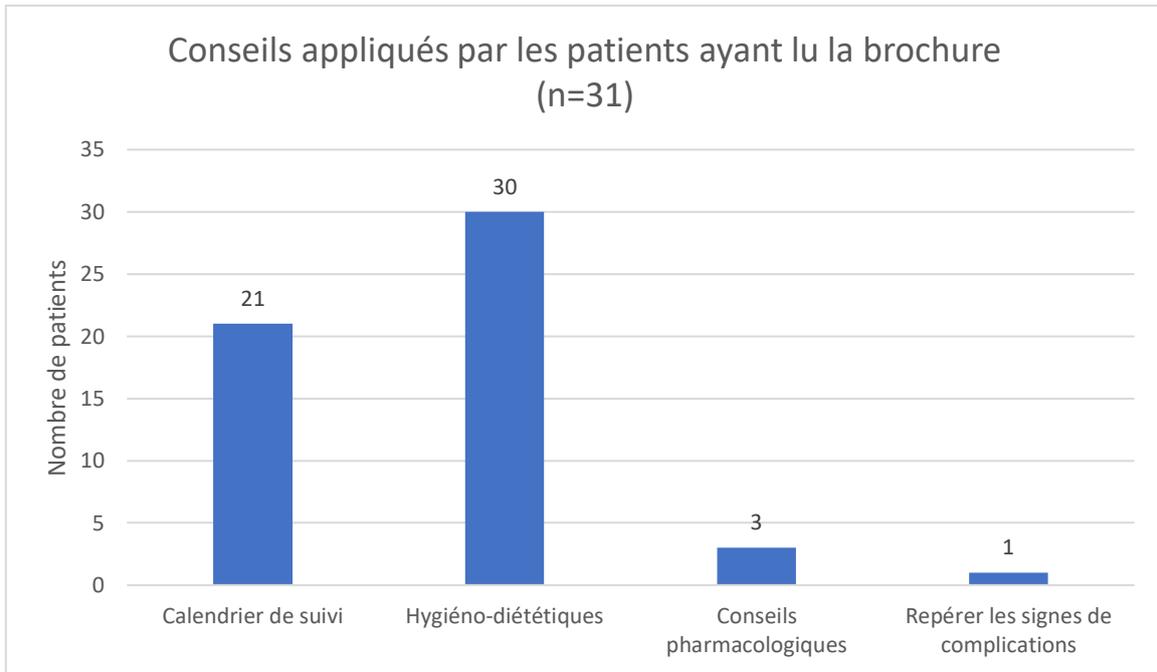


Figure 23 : Conseils appliqués par les patients ayant lu la brochure.

L'analyse des témoignages des patients indique un intérêt plus important pour les rappels concernant le calendrier de suivi ainsi que pour les conseils hygiéno-diététiques.

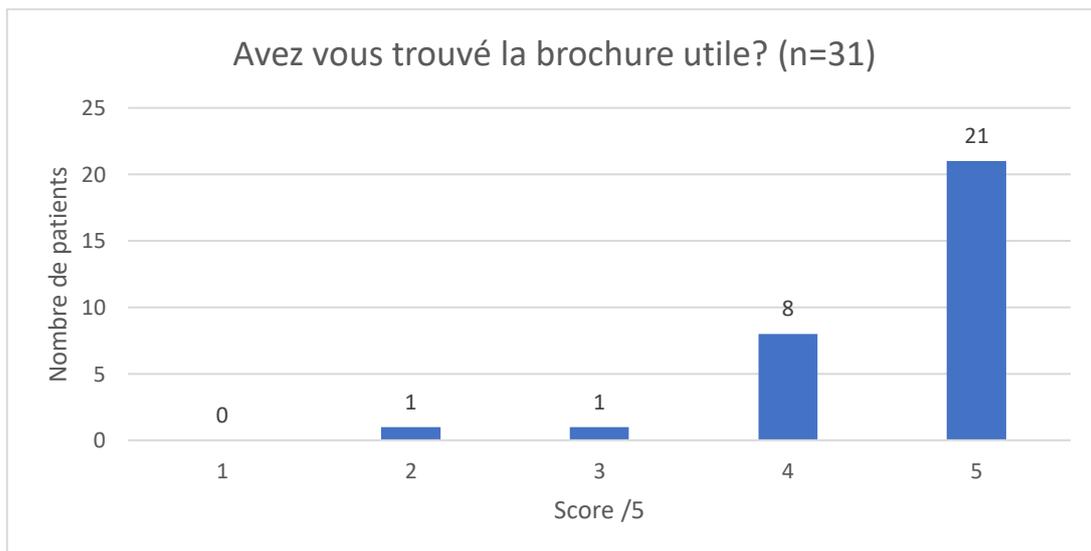


Figure 24 : Score évaluant l'utilité de la brochure selon les patients ayant lu la brochure (n=31).

La personne ayant accordé un score de 2/5 a expliqué ne pas comprendre l'intérêt de ce type de support car il fait doublon avec les informations dispensées oralement.

La personne ayant noté 3/5 n'a pas donné de précision sur son score.

93% (n=29) des réponses étaient comprises entre 4/5 et 5/5. De nombreux patients ont précisé que pendant leur consultation la quantité d'informations orales ajoutée à un état émotionnel et intellectuel troublé suite au TAD aurait limité leur capacité à retenir les informations. **L'intérêt de la brochure se trouve donc en grande partie dans sa capacité à restituer toutes ces informations importantes plus tard dans un contexte plus calme en dehors du cadre hospitalier, sans urgence et sans précipitation.**

La dernière question était « Ce qui pourrait améliorer selon vous le suivi des patients après TAD ? »

46 patients sur les 49 soit 94% de la population interrogée ont répondu qu'il n'y avait rien à changer et étaient satisfaits de leur parcours de soin dans le service et dans leur suivi. Les 3 restants ont évoqué plusieurs pistes d'amélioration :

- 1 patient aurait aimé avoir une prise en charge psychologique associée à la suite du TAD qui n'a pas été faite en urgence.
- 1 patient a trouvé les informations orales insuffisantes à l'issue de sa consultation dans le service.
- 1 patient aurait souhaité plus d'information sur la façon de prendre les rendez-vous de suivi.

IV.2.3 Analyse des résultats

IV.2.3.1 Outils d'analyse

Après avoir présenté les résultats précédents, il devient intéressant de croiser les données pour évaluer l'influence des différents facteurs étudiés sur le suivi des patients.

Les tests statistiques de Fisher et du Chi-2 ont été réalisés à l'aide du site <http://biostatgv.sentiweb.fr/>

Le fait de travailler sur de petits échantillons implique des incertitudes plus importantes, tant au niveau de l'échantillonnage qu'à celui de l'interprétation. L'interprétation des résultats ne sera donc pas basée uniquement sur un intervalle de confiance avec un seuil alpha mais sera plus nuancée.

IV.2.3.3 Influence du sexe sur le suivi des patients

IV.2.3.3.1 Influence du sexe sur le taux de suivi des patients

Un test de Fisher a été réalisé pour mesurer l'impact du sexe sur le taux de suivi. On trouve une p-value de 0.041065832567564 qui indique une tendance des femmes à avoir un taux de suivi inférieur à celui des hommes dans notre groupe. (Données en annexe 13).

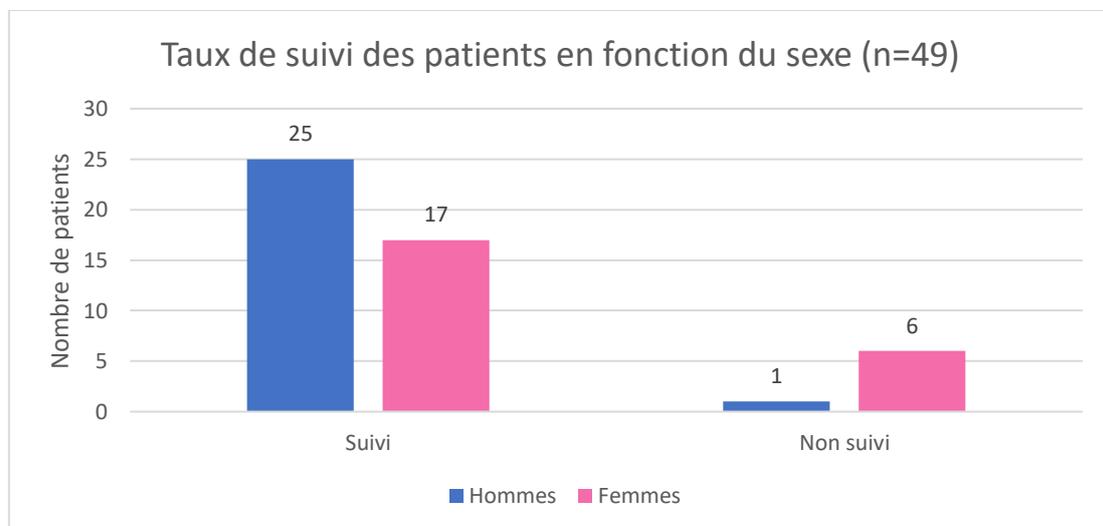


Figure 25 : influence du sexe sur le taux de suivi des patients

IV.2.3.3.2 Influence du sexe sur le délai de suivi

Ici, nous analysons l'influence du sexe sur le délai de suivi (conforme aux recommandations de l'IADT ou non conforme). La population est composée des 42 patients ayant effectué leur suivi ou bien ayant planifié ce suivi. Il n'y a pas de différence statistiquement significative liée au sexe sur le délai de suivi des patients dans notre étude. (Données en annexe 14).

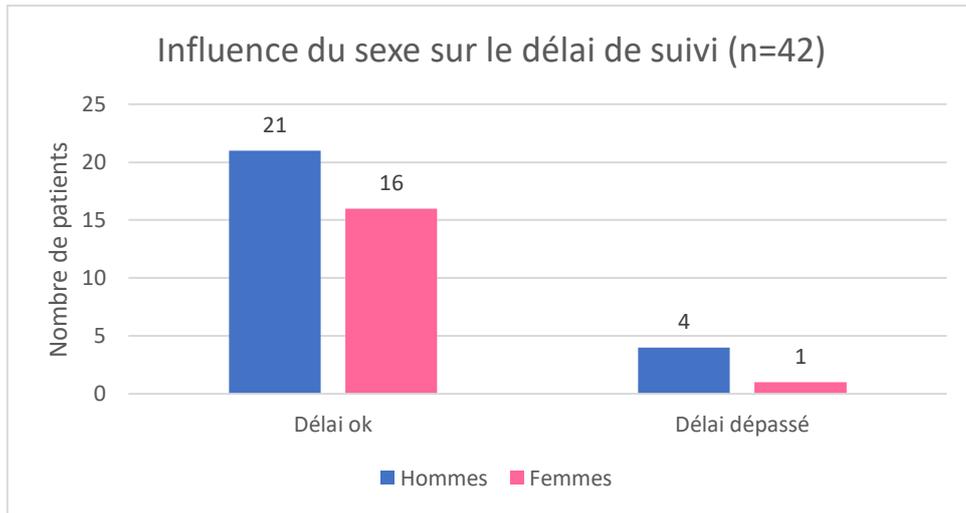


Figure 26 : Influence du sexe sur le délai de suivi.

IV.2.3.4 Influence de l'âge sur le suivi des patients.

IV.2.3.4.1 Influence de l'âge sur le taux de suivi

Le test de Fisher nous permettant de tester l'influence de l'âge sur le taux de suivi nous donne une p-value de 0.67222243797552 qui ne nous permet pas de conclure sur l'influence de l'âge sur le taux de suivi. On notera cependant une tendance des patients plus jeunes à avoir un taux de suivi plus faible. (Données en annexe 15).

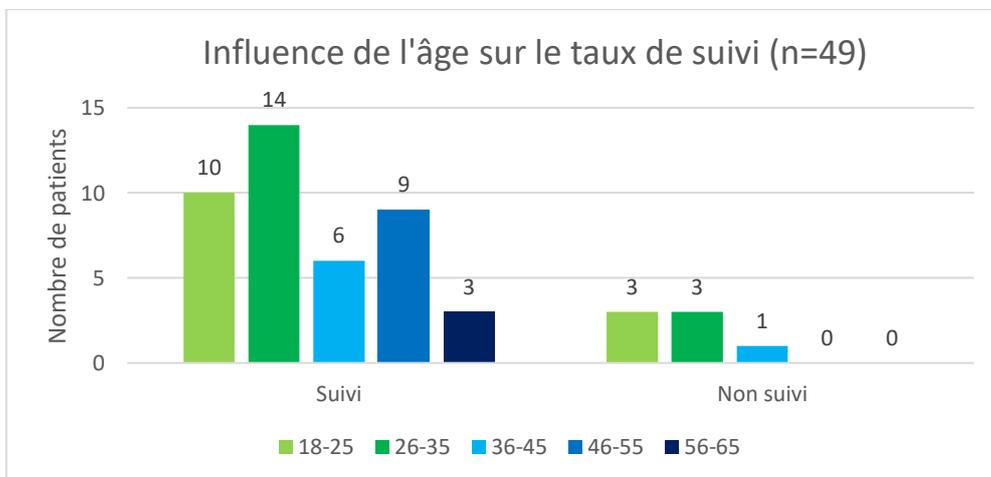


Figure 27 : Influence de l'âge sur le taux de suivi.

IV.2.3.4.2 Influence de l'âge sur le délai de suivi.

Parmi les 42 patients ayant effectué leur suivi ou l'ayant planifié, nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative concernant l'effet de l'âge sur le délai de suivi des patients. (Données en annexe 16).

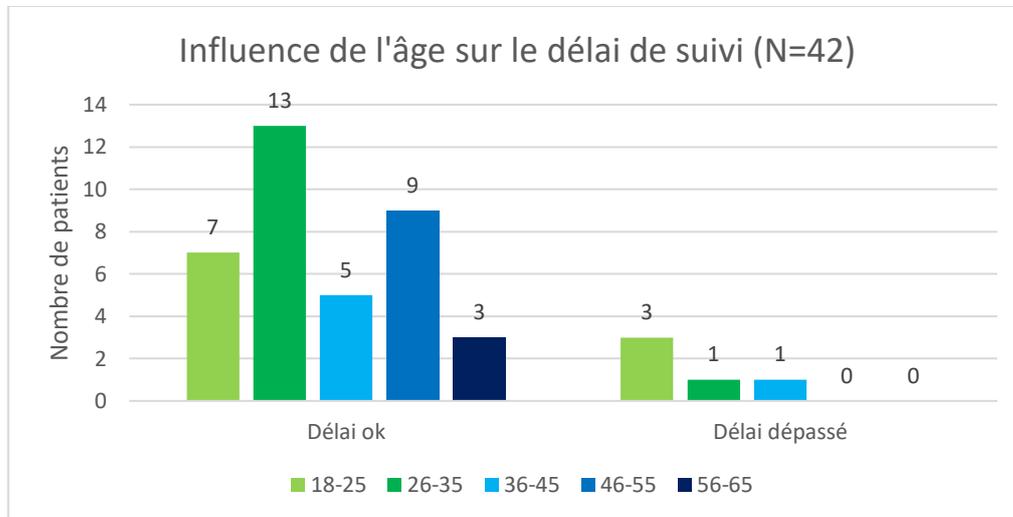


Figure 28 : Influence de l'âge sur le délai de suivi

IV.2.3.5 Influence du type de couverture sociale sur le suivi des patients

IV.2.3.5.1 Influence du type de couverture sociale sur le taux de suivi.

Le test de Fisher permettant de tester l'influence de la couverture sociale sur le taux de suivi ne nous permet pas de conclure sur l'influence de la couverture sociale sur le taux de suivi. Nous pouvons tout de même constater une tendance de patients au régime général à avoir été plus suivi que les patients bénéficiant de la CMU. (Données en annexe 17).

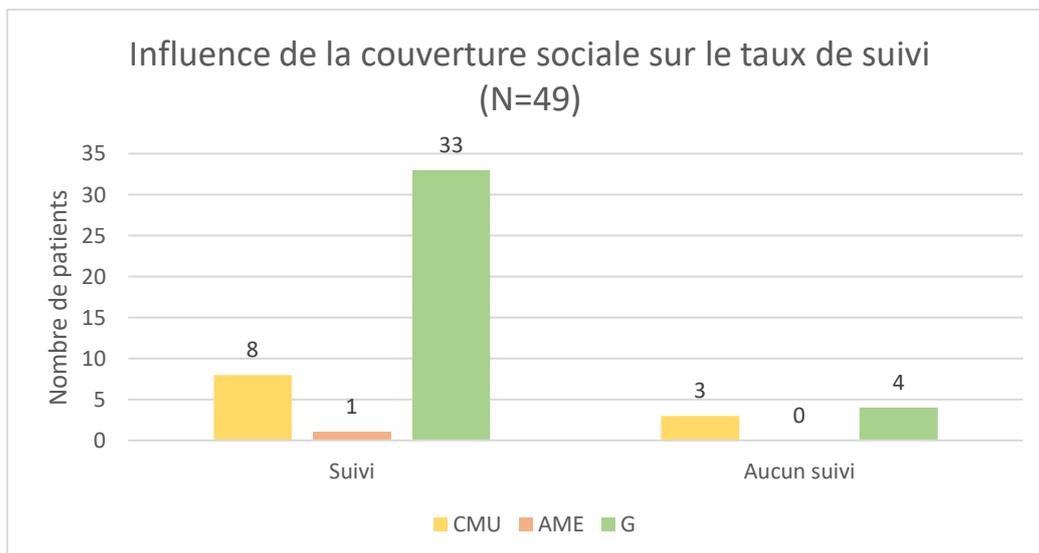


Figure 29 : Influence de la couverture sociale sur le taux de suivi.

IV.2.3.5.2 Influence de la couverture sociale sur le délai de suivi.

Le test de Fisher nous donne ici une p-value équivalente à 0.0023205292781673 et semble nous indiquer des délais de suivi influencés par le type de couverture sociale du patient. On notera une tendance des patients au régime général à être suivis dans de meilleurs délais que les patients bénéficiant de la CMU. (Données en annexe 18).

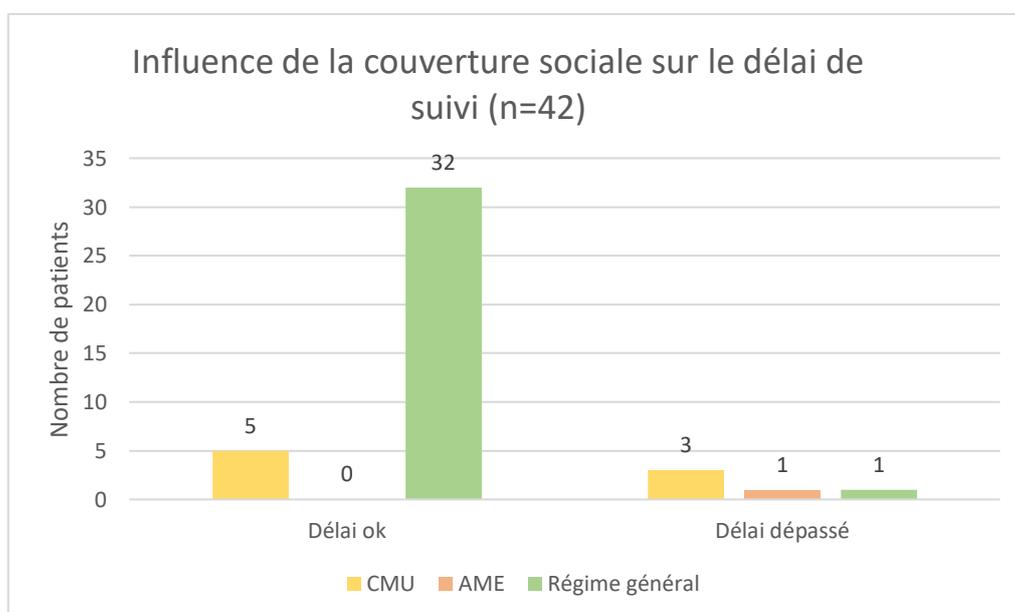


Figure 30 : Influence de la couverture sociale sur le délai de suivi

IV.2.3.6 Influence du type de TAD sur le suivi.

IV.2.3.6.1 Influence du type de TAD sur le taux de suivi

Ici le test de Fisher nous donne une p-value : 0.017358591186998 qui semble indiquer que le type de TAD aurait une influence sur le taux de suivi. (Données en annexe 19)

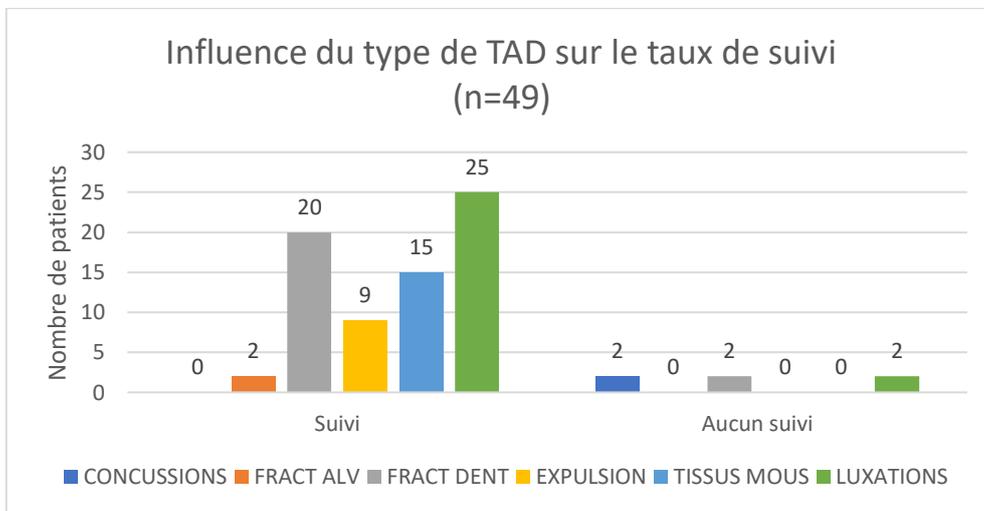


Figure 31 : Influence du type de TAD sur le taux de suivi

IV.2.3.6.2 Influence du type de TAD sur le délai de suivi

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le type de TAD et le délai de suivi des patients. Les fractures dentaires semblent cependant être la catégorie de TAD dont le suivi présente les moins bons délais. (Données en annexe 20).

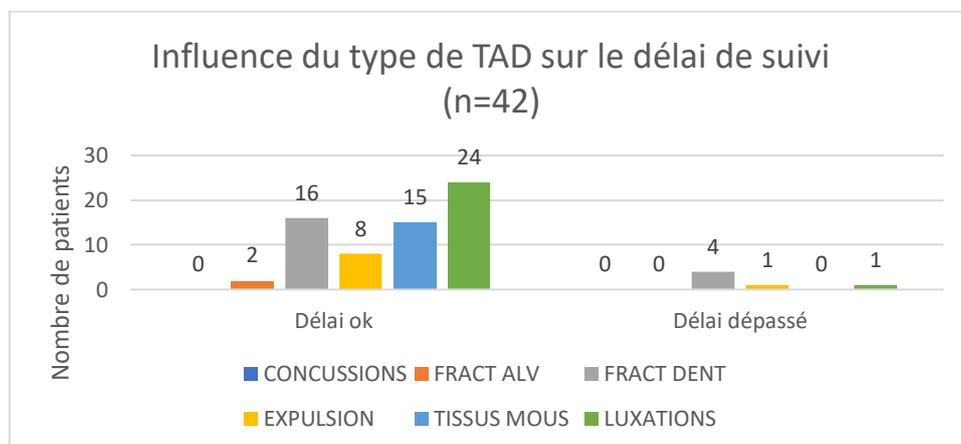


Figure 32 : Influence du type de TAD sur le délai de suivi

IV.2.3.7 Influence de la lecture de la brochure sur le suivi

IV.2.3.7.1 Influence de la lecture de la brochure sur le taux de suivi.

Parmi les 49 patients ayant reçu la brochure, 30 l'ont lue et 19 ne l'ont pas lue. Nous allons donc étudier l'impact de la lecture de la brochure sur le taux de suivi.

Grâce à un test de Fisher, nous obtenons une p-value équivalente à 0.00058658506908405. Il semble donc avoir une différence significative dans le taux de suivi suite à la lecture de la brochure. On remarque une tendance des patients ayant lu la brochure à avoir un taux de suivi supérieur au taux de suivi chez les patients n'ayant pas lu la brochure dans notre étude. (Données en annexe 21).

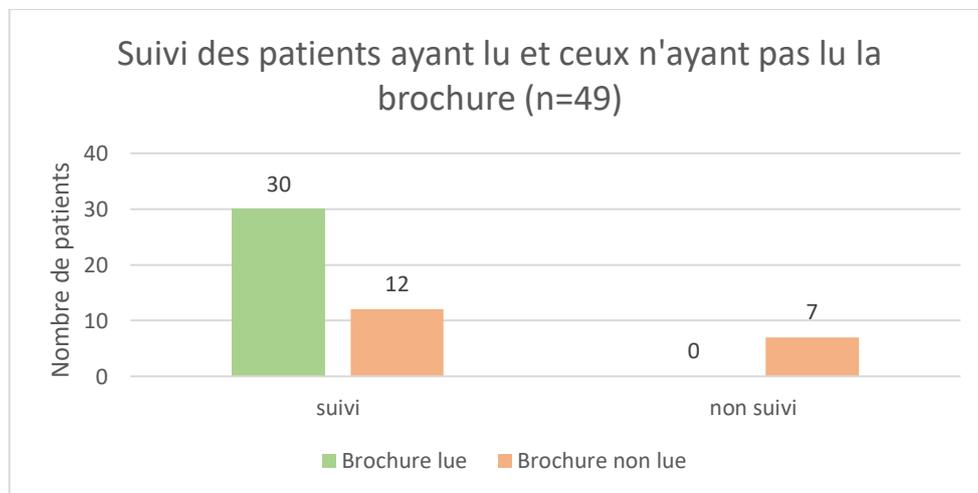


Figure 33 : Influence de la lecture de la brochure sur le suivi des patients

IV.2.3.7.2 Influence de la lecture de la brochure sur le délai de suivi

Ici nous avons testé l'influence de la lecture de la brochure sur le délai de suivi. Le test de Fisher nous donne une p-value équivalente à 0.13088772588131 ce qui ne nous permet pas de conclure sur l'impact de la lecture de la brochure sur le délai de suivi. On remarquera une légère tendance des patients ayant lu la brochure à avoir un délai de suivi plus souvent en accord avec les recommandations de l'IADT. (Données en annexe 22).

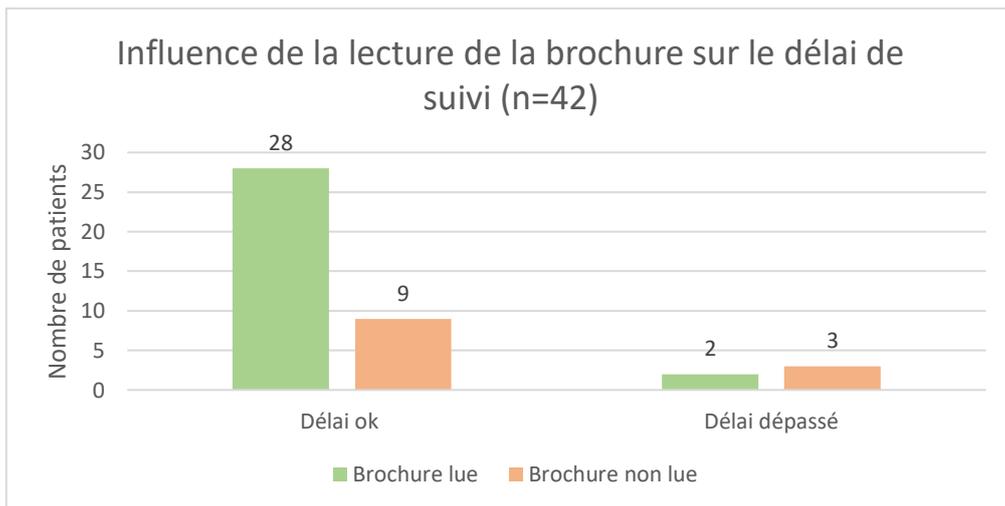


Figure 34 : Influence de la lecture de la brochure sur le délai de suivi des patients

V Discussion

V.1. Comparaison des résultats de notre étude avec ceux de l'étude du Dr Piriou en 2019

V.1.1 Fréquentation du service des urgences odontologiques du GHPS

Dans l'étude du Dr Piriou en 2018, sur les 3 mois de recrutement, entre le 25/06/18 et le 24/09/18, 33624 patients (soit 373 patients par jour en moyenne) avaient consulté dans l'UF des urgences odontologiques du GHPS alors que dans notre étude, en 4 mois entre le 22/09/2020 et le 22/01/2021, seulement 16677 (soit 139 patients par jour en moyenne) ont fréquentés le service.

Nous avons donc une fréquentation du service qui a été divisée par 2,7 entre les deux études. Cette baisse de fréquentation aura eu pour effet d'augmenter la difficulté du recrutement lors de notre étude et nous obliger à augmenter sa durée.

Cette baisse de fréquentation pourrait s'expliquer d'une part par le fait que le recrutement de l'étude du Dr Piriou en 2018 se déroulait sur les mois de juin, juillet, août et septembre, période pendant laquelle beaucoup de praticiens partent en vacances, obligeant les patients nécessitant un rendez-vous en urgence à se tourner vers les services hospitaliers. D'autre part, l'épidémie de COVID-19 présente en France depuis le mois de Mars 2020 a provoqué un confinement du 29/10/2020 jusqu'au 15/12/2020 qui aura limité les déplacements des patients et pourrait avoir provoqué chez les patients un changement de comportement impactant le taux de visites du service.

V.1.2 Caractéristiques des populations étudiées

V.1.2.1 Taux de participation à l'étude

Le taux de patients répondants dans notre étude était de 80%, les non répondants représentaient 6% et les faux numéros 14%. Dans la thèse du Dr Piriou, le taux de répondants était de 60%, les non répondants 21% et les faux numéros 19%. Cette amélioration du taux de

participation à l'étude pourrait s'expliquer par le fait que lors de la distribution de la brochure, le consentement écrit des patients avait été recueilli et les patients retenus avaient donc déjà montré leur motivation pour participer à l'étude.

V.1.2.2 Âge et sexe

Dans notre population, nous avons eu 47% de femmes pour 53% d'hommes. Dans l'étude du Dr Piriou, la population des personnes répondant à l'étude comprenait 30% de femmes et 70% d'hommes. Nous avons donc eu plus de femmes répondantes en proportion que dans l'étude du Dr Piriou.

Concernant la répartition en fonction des âges, nous n'avons pas eu de patients âgés de plus de 65 ans contrairement à la population du Dr Piriou qui allait jusqu'à 89 ans. Cependant la répartition par classe d'âge jusqu'à 65 ans est similaire. Notre moyenne d'âge est de 35 ans, et était de 34,9 ans dans l'étude du Dr Piriou.

V.1.2.3 Type de TAD

Concernant les types de TAD rencontrés, nous avons trouvé des résultats similaires dans les deux études. Dans notre étude, les types de TAD les plus représentés étaient les luxations (51%), les fractures corono-radiculaires (45%) et les avulsions traumatiques (18%). Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude du Dr Piriou avec les fractures corono-radiculaires (63%), les luxations (43%) et les avulsions traumatiques (18%).

V.1.3 Le suivi des patients

V.1.3.1 Le suivi en fonction de l'âge et du sexe

Aucune des 2 études n'a permis de montrer de manière statistiquement significative l'influence du sexe sur le suivi des patients.

Dans notre étude, les hommes semblaient avoir tendance à avoir un meilleur taux de suivi que les femmes. Ce résultat ne correspond pas au résultat attendu d'après les résultats du Dr Piriou qui avait trouvé une tendance des femmes à être mieux suivies que les hommes. En revanche le délai de suivi semblait meilleur chez les femmes que chez les hommes dans notre étude.

Aucune des 2 études n'a permis de montrer de manière statistiquement significative l'influence de l'âge sur le suivi des patients. Cependant il existe une légère tendance des patients les plus jeunes à avoir un moins bon taux de suivi et des délais de consultation plus longs.

V.1.3.2 Le suivi en fonction du type de TAD

L'étude du Dr Piriou avait permis de montrer une différence significative sur le taux et le délai de suivi en fonction du type de TAD. Dans notre étude nous avons constaté la même tendance concernant le taux de suivi. On remarque que les patients ayant subi une concussion n'ont pas été suivis, ceci pourrait être en lien avec les faibles répercussions cliniques associées aux concussions.

V.1.4 Impact de la brochure sur le suivi des patients

Dans notre étude, nous avons remarqué une tendance des patients ayant lu la brochure à avoir un taux de suivi supérieur à ceux n'ayant pas lu la brochure. On remarquera également une légère tendance des patients ayant lu la brochure à avoir un délai de suivi plus souvent en accord avec les recommandations de l'IADT.

Le taux de suivi des patients dans l'étude du Dr Piriou a été relevé lors de l'appel téléphonique à 3 mois, et était de 73%. Le taux de suivi dans notre étude était de 86% (61% suivis dans les délais recommandés par l'IADT et 25% suivis en dehors des délais recommandés.) La distribution et plus particulièrement la lecture de la brochure semble être liée à une amélioration du suivi des patients ayant consulté pour un TAD. En effet, la brochure a bénéficié de critiques positives de la part des patients dans le service comme le montre l'évaluation qualitative faite au téléphone.

V.2. Retour d'expérience sur le passage des patients dans le service d'urgence odontologiques du GHPS

V.2.1 Enquête de satisfaction de la brochure

Notre brochure a été lue par 64% des patients (n=31) qui l'ont reçue et non lue par 36% (n=18). Certains patients n'ayant pas lu la brochure ont déclaré ne pas se souvenir de l'avoir reçue. D'autres ont évoqué avoir été submergés par la quantité de documents et d'informations remises à l'issue de la consultation et s'en sont débarrassés rapidement.

On peut imaginer que certains patients n'ont pas compris l'intérêt de la brochure lors de son explication par les étudiants du fait de la quantité d'informations délivrés oralement. De nombreux patients en répondant aux questions ont déclaré avoir été en état de choc après leur traumatisme et pendant leur prise en charge dans le service, ce qui peut rendre plus difficile l'intégration des informations délivrées.

La note moyenne de compréhension de la brochure est de 4,3/5. Aucun score inférieur à 3 n'a été donné et les score 4/5 et 5/5 cumulent 83% (n=26) des patients ayant lu la brochure.

Dans l'ensemble, le travail d'information adaptée semble avoir été efficace et on peut supposer, d'après les témoignages, que les informations essentielles ont été transmises aux patients qui les ont cherchées.

96% (n=30) des patients ont déclaré avoir appliqué les conseils présents sur la brochure avec un intérêt particulier pour les items du calendrier de suivi et les conseils hygiéno-diététiques.

Notre brochure a reçu un score d'utilité moyen de 4,6/5 avec 93% (n=29) des réponses qui ont été comprises entre 4/5 et 5/5. La brochure permet au patient traumatisé de revenir consulter les informations qu'elle contient à tout moment après la consultation d'urgence et laisse donc de meilleures chances au patient de comprendre et d'intégrer ces informations.

V.2.2 Le passage dans le service des urgences odontologiques du GHPS

Concernant la satisfaction quant à leur passage dans le service, 46 patients sur les 49 soit 94% de la population ont répondu n'avoir rien à changer et étaient satisfaits de leur parcours de soin dans le service et dans leur suivi.

100% des traitements reçus en urgence étaient conformes aux recommandations de l'IADT. 94% des patients ont reçu oralement les conseils hygiéno-diététiques et relatifs au calendrier de suivi nécessaires à leur parcours post-TAD.

Les témoignages téléphoniques des patients indiquent qu'ils sont globalement très satisfaits de la prise en charge des TAD dans le service des urgences du GHPS. Les principaux défauts relevés relevaient plus des différences inter-praticien que du fonctionnement du service.

V.2.3 Le devenir des patients à l'issue de la consultation d'urgence

V.2.3.1 Les patients sans suivis

Parmi les 14% de patients n'ayant eu et prévu aucun suivi, les raisons évoquées de l'absence de suivi étaient :

- « La disparition des symptômes » pour 70% (n= 5),
- « La peur de la COVID-19 » pour 15% (n= 1),
- « N'avait pas compris qu'il fallait reprendre rendez-vous » pour 15% également (n= 1).

Il est intéressant de noter que **ces 3 facteurs d'absence de suivi relèvent principalement d'un manque d'information du patient. La mise en place d'actions visant à améliorer le niveau de littératie des patients paraît donc pertinente aux vues de ces résultats.**

V.2.3.2 Les patients suivis

Près de la moitié des patients, **48% (n=20)**, ont dû trouver un nouveau dentiste à l'occasion de leur rendez-vous de suivi et **17% (n=7)** ont été revus dans le service pour les premiers rendez-vous de suivi. Nous avons donc seulement **35%(n=15)** de patients qui ont un dentiste traitant régulier.

Parmi les 12 patients qui ont eu leur suivi ou vont avoir leur suivi en dehors des délais recommandés par l'IADT, 9 patients (**77%**) ont pris rendez-vous chez un nouveau praticien. Ces derniers ont affirmé que le temps écoulé entre le passage aux urgences et leur consultation de suivi était dû aux délais et disponibilités des cabinets dentaires mettant en évidence la difficulté de trouver un dentiste dans des délais courts.

Les 3 (23%) patients qui avaient du retard sur leur suivi et qui avaient déjà un dentiste habituel ont déclaré ne pas s'être préoccupés suffisamment tôt de prendre un rendez-vous pour respecter les délais.

On peut se demander si, face à ces résultats, le fait de ne pas avoir de dentiste traitant habituel est un frein supplémentaire au suivi dans des conditions optimales du fait de l'augmentation des délais pour un premier rendez-vous ?

17% des patients ont réalisé leur suivi dans le service odontologique du GHPS et 100% des patients suivis dans le service l'ont été dans les délais recommandés par l'IADT.

Les rendez-vous de suivi dans le service ont été donnés directement à l'issue de la consultation d'urgence ou par rappel téléphoniques dans les jours suivants. Le fait de donner rendez-vous au patient directement après sa consultation semble être un des meilleurs moyens d'optimiser le suivi, comme l'indiquent les études de Kyriacou et al. en 2005, Zorc et al. en 2003. Le suivi des patients dans le service semble être une bonne solution pour garantir un suivi conforme aux recommandations, particulièrement pour les patients les plus vulnérables qui sans ce recours n'auraient pu suivre de manière adéquate les recommandations.

Certains étudiants ont également apporté leur aide aux patients suivis en dehors de l'hôpital pour prendre rendez-vous dans des centres ou cabinets pour leur rendez-vous de suivi post TAD.

Il paraît donc important d'élargir autant que possible la quantité de patients suivis dans le service et de proposer cette solution en priorité aux patients les plus vulnérables et les moins susceptibles de réussir à réaliser leur suivi en ville.

La prise de rendez-vous de suivi à l'issue de la consultation et l'amélioration du niveau de littératie semblent donc être deux points clés du bon suivi des patients sur lesquels il serait intéressant continuer de travailler.

V.3. Difficultés rencontrées et faiblesses de l'étude

V.3.1 Les difficultés rencontrées

La première difficulté rencontrée a été de restreindre les informations choisies pour figurer sur la brochure ainsi que les choix esthétiques de la brochure, nous sommes passés par de multiples maquettes avec des photos et images qui ont été ajoutées puis retirées avant d'arriver à une version satisfaisante.

La seconde difficulté rencontrée a été de recruter une quantité de patients importante pour l'étude. Cette difficulté est liée à la baisse de fréquentation du service et à la faible fréquence des TAD de manière générale qui nous aura obligés à déléguer le recrutement via les consignes et un protocole de recrutement aux seniors et aux étudiants. Le fait de multiplier les intermédiaires augmente les risques d'erreurs et d'oublis à chaque étape. Pour pallier à ces difficultés, des rappels concernant l'étude étaient adressés régulièrement aux encadrants et aux étudiants afin d'entretenir la motivation et minimiser les oublis de distributions de brochure. Nous avons malgré tout été contraints d'augmenter la durée du recrutement d'un mois.

La troisième difficulté a été la réalisation du questionnaire par téléphone du fait du nombre de faux numéros réduisant la quantité de patients inclus dans l'étude.

La quatrième difficulté a été la distribution de brochures à des patients mineurs que j'ai dû exclure a posteriori et limitant encore le nombre de patients inclus dans l'étude.

V.3.2 Les faiblesses de l'étude

Plusieurs biais sont notables :

- Le biais de recrutement lié aux patients mineurs ayant reçu la brochure par erreur ainsi qu'aux patients répondant aux critères d'inclusion et n'ayant pas reçu la brochure.
- Le biais lié aux perdus de vue, soit dû à l'abandon en cas d'études prospectives, soit aux patients ne pouvant être recontactés dans le cadre du suivi de cohorte (faux numéros).
- Le biais de non réponse dû au droit de refus d'une personne participant à une enquête.
- Le biais induit par la faible taille de l'échantillon qui ne nous permet pas de conclure sur tous les facteurs étudiés.
- La réalisation de l'étude durant l'épidémie de COVID-19 en France et dans le monde, qui a potentiellement provoqué des changements de mentalités et de comportements de la population notamment vis-à-vis de la santé.

Conclusion

Durant ce travail de thèse, nous avons vu que la prise en charge des TAD était guidée par des recommandations ayant démontré leur efficacité (Bücher et al. 2013). Cependant, l'application de ces recommandations ne garantit pas toujours une issue favorable pour le patient. Il reste donc capital d'avoir un suivi régulier des TAD pour palier à ces complications éventuelles et garder à l'esprit que nos pratiques actuelles pourraient être amenées à évoluer dans les années à venir, à mesure que l'expérimentation animale et clinique apportent des données supplémentaires avec des niveaux de preuve importants. (Andreasen et al. 2010) (Andreasen et al. 2002).

En tant que professionnels de santé, notre travail consiste non seulement à traiter les patients lors de leurs visites et durant leurs soins mais également à s'assurer qu'ils disposent des éléments leur permettant d'agir sur leur santé par leurs prises de décisions et par leur comportement vis-à-vis de leur santé. Nous avons vu qu'il existait de nombreux freins au suivi. Nous avons la possibilité d'agir sur certains de ces freins en tant que professionnels de santé. Le frein lié à la difficulté à obtenir un rendez-vous de suivi (Kyriacou et al. 2005 ; Zorc et al. 2003 ; Magnusson et al. 1993 ; Atzema et al. 2017) peut être limité en donnant au patient un rendez-vous de suivi directement à la sortie de sa consultation d'urgence ou bien suite à un rappel téléphonique dans les jours qui suivent le passage dans le service.

Les freins liés à la disparition des symptômes ou l'absence de symptôme jugé alarmant pour le patient (Barlas et al. 1999), le manque de coopération des patients (Yeng et al. 2007) et l'incompréhension de la sévérité de la situation et de la nécessité de réaliser un suivi médical (Qureshi et al. 2012) sont des freins qui sont associés à un manque d'information du patient et un manque de connaissances, qui ne lui permettent pas d'évaluer la balance bénéfice risque de manière objective et de prendre des décisions favorables à la santé. Ces freins sont les témoins d'un niveau de littératie trop faible sur lequel nous pouvons agir à la fois lors de notre consultation par nos conseils et en s'assurant que les patients comprennent les informations délivrées mais également via des supports alternatifs comme notre brochure d'information.

Nous avons pour objectif l'élaboration d'une brochure à l'intention des patients consultant pour un TAD dans le service des urgences odontologiques du GHPS et l'évaluation de sa perception, de sa compréhension et de son impact par les patients du service.

Les résultats de notre étude indiquent que la brochure semble avoir eu l'impact espéré sur l'amélioration du taux de suivi comparativement aux résultats de l'étude du Dr Piriou (taux de suivi de 86% dans notre étude contre 73% dans l'étude du Dr Piriou) et tous les patients ayant lu la brochure ont été suivis.

Notre brochure semble avoir été bien perçue par les patients, en effet la note moyenne de compréhension de la brochure de 4,3/5 indique un travail de vulgarisation efficace. 96% des patients ont déclaré avoir appliqué les conseils présents sur la brochure et le score d'utilité moyen a été de 4,6/5.

Le témoignage des patients nous indique que l'état physique et émotionnel lié à la survenue du traumatisme et persistant pendant et après la consultation d'urgence limite la capacité de ces derniers à intégrer la quantité d'information orale délivrée. L'intérêt de la brochure se trouve donc en grande partie dans sa capacité à restituer toutes ces informations nécessaires au bon suivi plus tard, dans un contexte plus calme, en dehors du cadre hospitalier. Ceci permettra au patient d'intégrer ces informations et de les utiliser améliorant ainsi au moins de manière temporaire son taux de littératie et donc de prendre de meilleures décisions face à son état de santé.

La prise de rendez-vous de suivi à l'issue de la consultation et l'amélioration du niveau de littératie semblent donc être deux points clés du bon suivi des patients sur lesquels il serait intéressant continuer de travailler.

Pour la suite il sera également intéressant de proposer à l'UF des urgences nos versions traduites de la brochure préparées lors de ce travail de thèse (Annexe 8; 9; 10; 11; 12).

Je tiens à remercier les Dr MOULINIER Mathieu, Dr Ghina AL KHOURDAJI, et Mme LY Kelly pour leur aide et leur contribution sur le travail de traduction de la brochure dans les différentes langues. Je remercie le Dr RODRIGUEZ Isabelle pour son aide lors de la mise en place de l'étude dans le service des urgences et pour la récupération des données du logiciel Urqual. Je

remercie également tous les encadrants d'urgence, internes et externes ayant participé au bon déroulement de l'étude et m'ayant aidé au recrutement. Je tiens également à remercier Mme COCOTIER Marion pour son travail de graphiste lors de la réalisation de la brochure.

Bibliographie

- Aboulker Mickaël. Caractéristiques des patients consultant aux urgences odontologiques, motifs de recours et prise en charge : enquête réalisée en 2014 dans l'unité d'urgence du GHPS dentaire [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. [Paris]: Université Paris 7 Diderot; 2015.
- Aldoory L, Macek MD, Atchison KA, Chen H. Comparing Well-Tested Health Literacy Measures for Oral Health: A Pilot Assessment. *J Health Commun.* nov 2016;21(11):1161-9.
- Alnaggar D, Andersson L. Emergency management of traumatic dental injuries in 42 countries. *Dent Traumatol.* avr 2015;31(2):89-96.
- American Association of Endodontists (AAE). Recommended guidelines of the American Association of Endodontists for the treatment of traumatic dental injuries. 2006;1-6.
- Andreasen FM, Kahler B. Diagnosis of acute dental trauma: the importance of standardized documentation: a review. *Dent Traumatol.* oct 2015a;31(5):340-9.
- Andreasen FM, Kahler B. Pulpal response after acute dental injury in the permanent dentition: clinical implications-a review. *J Endod.* mars 2015b;41(3):299-308.
- Andreasen FM, Pedersen BV. Prognosis of luxated permanent teeth — the development of pulp necrosis. *Dental Traumatology.* 1985;1(6):207-20.
- Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjørting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries -- a review article. *Dent Traumatol.* juin 2002;18(3):116-28.
- Andreasen JO, Andreasen FM, Mejàre I, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 1. Effect of pre-injury and injury factors such as sex, age, stage of root development, fracture type, location of fracture and severity of dislocation. *Dent Traumatol.* 2004a;20(4):192-202.
- Andreasen JO, Andreasen FM, Mejàre I, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 2. Effect of treatment factors such as treatment delay, repositioning, splinting type and period and antibiotics. *Dent Traumatol.* 2004b;20(4):203-11.
- Andreasen JO, Lauridsen E, Andreasen FM. Contradictions in the treatment of traumatic dental injuries and ways to proceed in dental trauma research. *Dent Traumatol.* févr 2010;26(1):16-22.
- AONews. AO News - Numéros en téléchargement [Internet]. AOnews le magazine dentaire qui nous rassemble. 2019 [cité 5 mai 2021].
- Atchison KA, Macek MD, Markovic D. The value of a combined word recognition and knowledge measure to understand characteristics of our patients' oral health literacy. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 2017;45(4):380-8.
- Atzema CL, Maclagan LC. The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: A Scoping Study. *Acad Emerg Med.* févr 2017;24(2):201-15.
- Aubert C. Les résorptions radiculaires externes pathologiques. Université Henri Poincaré – Nancy 1 Faculté D'Odontologie; 2012.

- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 23 juill 2007;167(14):1503-9.
- Bakland LK. Dental Trauma Guidelines. *Journal of Endodontics*. mars 2013;39(3):S6-8.
- Barlas D, Homan CS, Rakowski J, Houck M, Thode HC. How well do patients obtain short-term follow-up after discharge from the emergency department? *Ann Emerg Med*. nov 1999;34(5):610-4.
- Brown KA, Shetty V, Delrahim S, Belin T, Leathers R. Correlates of missed appointments in orofacial injury patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. avr 1999;87(4):405-10.
- Bücher K, Neumann C, Thiering E, Hickel R, Kühnisch J, International Association of Dental Traumatology. Complications and survival rates of teeth after dental trauma over a 5-year period. *Clin Oral Investig*. juin 2013;17(5):1311-8.
- Connor M, Mantwill S, Schulz PJ. Functional health literacy in Switzerland--validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ Couns*. janv 2013;90(1):12-7.
- Davis EE, Deinard AS, Maïga EWH. Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. *J Public Health Dent*. 2010;70(3):205-10.
- Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. juin 1993;25(6):391-5.
- Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018;6.
- Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*. 4 déc 2014;14:148.
- Dolan NC, Ferreira MR, Davis TC, Fitzgibbon ML, Rademaker A, Liu D, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *J Clin Oncol*. 1 juill 2004;22(13):2617-22.
- Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé Centre - Val de Loire (FRAPS). *Force_de_FRAPS_3_Litteratie_en_sante1*. 2018.
- Field DL, Hedges JR, Arnold KJ, Goldstein-Wayne B, Rouan GW. Limitations of chest pain follow-up from an urban teaching hospital emergency department. *J Emerg Med*. oct 1988;6(5):363-8.
- Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. avr 2007a;23(2):66-71.
- Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. juin 2007b;23(3):130-6.
- Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLID). *J Public Health Dent*. 2007;67(2):105-12.
- Gordy FM, Eklund NP, DeBall S. Oral trauma in an urban emergency department. *J Dent Child (Chic)*. avr 2004;71(1):14-6.

- Guillaume Cindy. Mise en place d'une action éducative aux urgences odontologiques : étude pilote. Université Paris Diderot - Paris 7 UFR d'Odontologie; 2018.
- Gustafson D, McTigue D, Thikkurissy S, Casamassimo P, Nusstein J. Continued care of children seen in an emergency department for dental trauma. *Pediatr Dent*. oct 2011;33(5):426-30.
- Gustafson David Brett. Follow-up rates and predictors for follow-up of patients seen in the emergency department for dental trauma. [Columbus, Ohio]: The Ohio State University; 2009.
- Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2:302-33.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008.
- Hecova H, Tzigkounakis V, Merglova V, Netolicky J. A retrospective study of 889 injured permanent teeth. *Dental Traumatology*. 2010;26(6):466-75.
- Heithersay GS. Invasive cervical resorption following trauma. *Aust Endod J*. août 1999;25(2):79-85.
- Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent*. 2012;72 Suppl 1:S26-30.
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion [Internet]. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
- International Association of Dental Traumatology. DENTAL TRAUMA GUIDELINES. 2012.
- International Association of Dental Traumatology. Home - International Association for Dental Traumatology. 2020.
- Jones K, Brennan D, Parker E, Jamieson L. Development of a short-form Health Literacy Dental Scale (HeLD-14). *Community Dent Oral Epidemiol*. avr 2015;43(2):143-51.
- Jones K, Parker E, Mills H, Brennan D, Jamieson LM. Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). *Community Dent Health*. mars 2014;31(1):37-43.
- Jones SL, Jones PK, Katz J, Ring S. Improving compliance with referrals from the emergency department. *J Emerg Nurs*. févr 1988;14(1):27-9.
- Kaufman H, Skipper B, Small L, Terry T, McGrew M. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J*. mars 2001;94(3):293-6.
- Kyriacou DN, Handel D, Stein AC, Nelson RR. BRIEF REPORT: Factors affecting outpatient follow-up compliance of emergency department patients. *J Gen Intern Med*. oct 2005;20(10):938-42.
- Lauridsen E, Hermann NV, Gerds TA, Ahrensburg SS, Kreiborg S, Andreasen JO. Combination injuries 1. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with concussion injuries and concomitant crown fractures. *Dent Traumatol*. oct 2012a;28(5):364-70.
- Lauridsen E, Hermann NV, Gerds TA, Ahrensburg SS, Kreiborg S, Andreasen JO. Combination injuries 2. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with subluxation injuries and concomitant crown fractures. *Dent Traumatol*. oct 2012b;28(5):371-8.

- Lauridsen E, Hermann NV, Gerds TA, Ahrensburg SS, Kreiborg S, Andreasen JO. Combination injuries 3. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with extrusion or lateral luxation and concomitant crown fractures without pulp exposure. *Dent Traumatol.* oct 2012c;28(5):379-85.
- Lee JY, Rozier RG, Lee S-YD, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30--a brief communication. *J Public Health Dent.* 2007;67(2):94-8.
- Lee R, Barrett EJ, Kenny DJ. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in a pediatric population. II. Extrusions. *Dent Traumatol.* oct 2003;19(5):274-9.
- Léonard Sebbag, André Sebbag. Traitement d'une résorption cervicale externe. *AOnews le magazine dentaire qui nous rassemble.*
- Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dental Traumatology.* 2020;36(4):309-13.
- Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *J Health Commun.* 2016;21 Suppl 1:43-50.
- Lin S, Pilosof N, Karawani M, Wigler R, Kaufman AY, Teich ST. Occurrence and timing of complications following traumatic dental injuries: A retrospective study in a dental trauma department. *J Clin Exp Dent.* oct 2016;8(4):e429-36.
- Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1 mai 2002;186(5):938-43.
- Macek MD, Atchison KA, Chen H, Wells W, Haynes D, Parker RM, et al. Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a Multi-site Health Literacy Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 2017;45(4):323-9.
- Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotten PA, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Health Dent.* 2010;70(3):197-204.
- Magnusson AR, Hedges JR, Vanko M, McCarten K, Moorhead JC. Follow-up compliance after emergency department evaluation. *Ann Emerg Med.* mars 1993;22(3):560-7.
- Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1079-86.
- Moskovitz JB, Ginsberg Z. Emergency Department Bouncebacks: Is Lack of Primary Care Access the Primary Cause? *J Emerg Med.* juill 2015;49(1):70-77.e4.
- Naderi S, Barnett B, Hoffman RS, Dalipi R, Houdek L, Alagappan K, et al. Factors associated with failure to follow-up at a medical clinic after an ED visit. *Am J Emerg Med.* févr 2012;30(2):347-51.
- National Center for Health Statistics (U.S.), éditeur. *Healthy People 2010: final review.* Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2012.
- Naulin-Ifi C, Andre M, Bahi-Gross S, Barthelemi S. *Traumatologie clinique: de la théorie à la pratique.* Paris: Espace ID; 2016.

- al-Nazhan S, Andreasen JO, al-Bawardi S, al-Rouq S. Evaluation of the effect of delayed management of traumatized permanent teeth. *J Endod.* juill 1995;21(7):391-3.
- Nikoui M, Kenny DJ, Barrett EJ. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in a pediatric population. III. Lateral luxations. *Dent Traumatol.* 2003;19(5):280-5.
- OCDE. Évaluation des compétences des adultes - Premiers résultats- France -Note Pays. 2012
- OCDE. L'importance des compétences : Nouveaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes. Editions OCDE. Paris: Editions OCDE; 2016a. (Études de l'OCDE sur les compétences).
- OCDE. Survey of Adult Skills (PIAAC) - PIAAC, the OECD's programme of assessment and analysis of adult skills [Internet]. 2016b [consulté le 13 déc 2020].
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* déc 2013;13(1):658.
- Ousseine YM, Rouquette A, Bouhnik A-D, Rigal L, Ringa V, Smith A « Ben », et al. Validation of the French version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL). *J Patient Rep Outcomes.* 2017;2(1):3.
- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* oct 1995;10(10):537-41.
- Piette É, Goldberg M. La dent normale et pathologique. Bruxelles: De Boeck Université; 2001.
- Piriou A. Évaluation du suivi des urgences traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) : étude rétrospective. Université Paris Diderot - Paris 7 UFR d'Odontologie; 2019.
- Pleasant A, McKinney J, Rikard RV. Health literacy measurement: a proposed research agenda. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:11-21.
- Qureshi R, Asha SE, Zahra M, Howell S. Factors associated with failure to follow up with a general practitioner after discharge from the emergency department. *Emerg Med Australas.* déc 2012;24(6):604-9.
- RÉFLIS. Questionnaires littératie en santé. REFLIS. 2018.
- Richard C, Lussier M-T. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale.* mai 2009;10(2):123-30.
- Robertson A, Andreasen FM, Andreasen JO, Norén JG. Long-term prognosis of crown-fractured permanent incisors. The effect of stage of root development and associated luxation injury. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2000;10(3):191-9.
- Rootman Irving. Littératie en santé et santé publique. 2007.
- Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLoS One.* 2018;13(12).
- Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. Literacy and Health in America. 2004.
- Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2009;37(5):451-62.

- Sarfati Maéva. Le parcours patient dans une zone sous-dotée : étude dans les services universitaires odontologiques de Seine-Maritime. Université de Paris . UFR d'Odontologie ; 2020.
- Savopol H, Bischoff T. Littératie en santé : élaboration d'un outil de dépistage pour les médecins de famille. Université de Lausanne; 2013.
- Santé Publique France. La Santé en action, Juin 2017, n°440 Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. [Internet]. 2017 [consulté le 5 mai 2021].
- Straus JH, Orr ST, Charney E. Referrals from an emergency room to primary care practices at an urban hospital. *Am J Public Health*. janv 1983;73(1):57-61.
- Vukmir RB, Kremen R, Dehart DA, Menegazzi J. Compliance with emergency department patient referral. *Am J Emerg Med*. sept 1992;10(5):413-7.
- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. déc 2005;3(6):514-22.
- Yeng T, Parashos P. An investigation into dentists' perceptions of barriers to providing care of dental trauma to permanent maxillary incisors in children in Victoria, Australia. *Aust Dent J*. sept 2007;52(3):210-5.
- Zorc JJ, Scarfone RJ, Li Y, Hong T, Harmelin M, Grunstein L, et al. Scheduled follow-up after a pediatric emergency department visit for asthma: a randomized trial. *Pediatrics*. mars 2003;111(3):495-502.

Annexes

Annexe 1 : : Synthèse de la performance en littératie, en numératie et en résolution de problèmes Score moyen des individus âgés de 16 à 65 ans en littératie et en numératie, et pourcentage d'individus de ce groupe d'âge se situant au niveau 2 ou 3 de compétences en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (OCDE 2016)

Annexe 2 : Description des niveaux de compétence en littératie et en numératie (OCDE 2016 ; 2012)

Annexe 3 : Compétences en littératie chez les adultes (OCDE 2016 ; 2012)

Annexe 4 : Compétences en numératie chez les adultes (OCDE 2016 ; 2012)

Annexe 5 : Brochure d'information à l'intention des patients ayant subi un TAD, distribuée aux patients dans le cadre de l'étude.

Annexe 6 : Fiche de consentement écrit pour la participation à l'étude

Annexe 7 : Questionnaire téléphonique utilisé pour l'étude du suivi post TAD des patients et l'évaluation qualitative de la brochure.

Annexe 8 : Brochure d'information à destination des patients ayant subi un TAD. Version anglaise

Annexe 9 : Brochure d'information à destination des patients ayant subi un TAD. Version Roumain

Annexe 10 : Brochure d'information à destination des patients ayant subi un TAD. Version Mandarin

Annexe 11 : Brochure d'information à destination des patients ayant subi un TAD. Version arabe

Annexe 12 : Brochure d'information à destination des patients ayant subi un TAD. Version espagnole

Annexe 13 : Influence du sexe sur le taux de suivi des patients

Annexe 14 : Influence du sexe sur le délai de suivi.

Annexe 15 : Influence de l'âge sur le taux de suivi

Annexe 16 : Influence de l'âge sur le délai de suivi

Annexe 17 : Influence de la couverture sociale sur le taux de suivi.

Annexe 18 : Influence de la couverture sociale sur le délai de suivi

Annexe 19 : Influence du type de TAD sur le taux de suivi

Annexe 20 : Influence du type de TAD sur le délai de suivi

Annexe 21 : Influence de la lecture de la brochure sur le suivi des patients

Annexe 22 : Influence de la lecture de la brochure sur le délai de suivi des patients

Significativement **supérieur** à la moyenne
 Ne s'écartant pas de la moyenne dans une mesure significative
 Significativement **inférieur** à la moyenne

	Littératie	Numératie	Résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique
	Score moyen	Score moyen	(% au niveau 2 ou 3)
Pays et économies de l'OCDE			
Australie	280	268	38
Autriche	269	275	32
Canada	273	265	37
Chili	220	206	15
Rép. tchèque	274	276	33
Danemark	271	278	39
Angleterre (RU)	273	262	35
Estonie	276	273	28
Finlande	288	282	42
Flandre (Belgique)	275	280	35
France	262	254	m
Allemagne	270	272	36
Grèce	254	252	14
Irlande	267	256	25
Israël	255	251	27
Italie	250	247	m
Japon	296	288	35
Corée	273	263	30
Pays-Bas	284	280	42
Nouvelle-Zélande	281	271	44
Irlande du Nord (RU)	269	259	29
Norvège	278	278	41
Pologne	267	260	19
Rép. slovaque	274	276	26
Slovénie	256	258	25
Espagne	252	246	m
Suède	279	279	44
Turquie	227	219	8
États-Unis	270	253	31
Moyenne OCDE	268	263	31
Partenaires			
Chypre ¹	269	265	m
Jakarta (Indonésie)	200	210	m
Lituanie	267	267	18
Féd. de Russie ²	275	270	26
Singapour	258	257	37

Annexe 1 : Synthèse de la performance en littératie, en numératie et en résolution de problèmes
 Score moyen des individus âgés de 16 à 65 ans en littératie et en numératie, et pourcentage d'individus de ce groupe d'âge se situant au niveau 2 ou 3 de compétences en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (OCDE 2016)

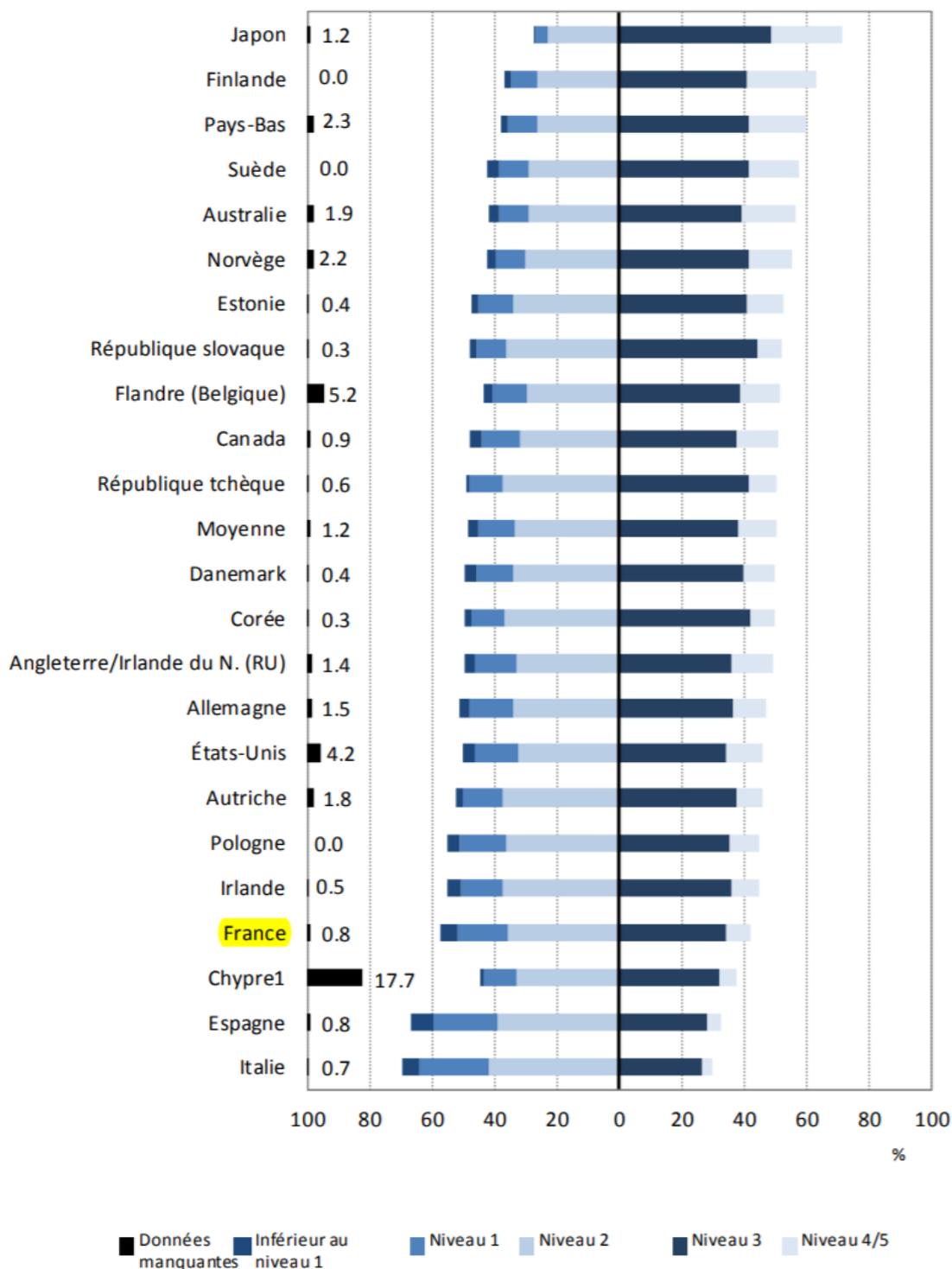
Description des niveaux de compétence en littératie et en numératie

Niveau	Plage de scores	Littératie	Numératie
Inférieur au niveau 1	Inférieur à 176 points	Les tâches de ce niveau demandent au répondant de lire des textes courts sur des sujets familiers pour trouver une information précise. Le texte comprend rarement des informations contradictoires. Seul un vocabulaire de base est requis et le lecteur n'a pas besoin de comprendre la structure des phrases ou des paragraphes, ou d'utiliser d'autres caractéristiques du texte.	À ce niveau, le répondant doit effectuer des opérations simples, comme compter, classer, exécuter des calculs arithmétiques simples avec des nombres entiers ou de l'argent, ou encore reconnaître des représentations spatiales courantes.
1	Entre 176 points et moins de 226 points	Les tâches de ce niveau ont pour objet de lire des textes numériques ou imprimés continus, non continus ou mixtes relativement courts afin de trouver une information identique ou synonyme à l'information donnée dans la question ou la consigne. Les connaissances et les compétences testées sont la reconnaissance du vocabulaire de base déterminant le sens des phrases, ainsi que la lecture de différents paragraphes du texte.	À ce niveau, le répondant doit exécuter des opérations mathématiques de base dans des contextes courants et concrets présentant un contenu mathématique explicite. Il s'agit généralement de processus en une étape ou simples demandant de compter, de classer, d'effectuer des opérations arithmétiques de base, de comprendre des pourcentages simples comme 50 % et de situer et de reconnaître des éléments de représentations graphiques ou spatiales simples ou courantes.
2	Entre 226 points et moins de 276 points	À ce niveau, le répondant doit établir des correspondances entre le texte (numérique ou imprimé) et les informations, et peut devoir effectuer des paraphrases ou des inférences simples.	À ce niveau, le répondant doit généralement procéder en deux étapes ou plus et effectuer : des calculs avec des nombres entiers et des nombres décimaux, des pourcentages et des fractions ; des mesures et des représentations spatiales simples ; des estimations ; et l'interprétation de données et de statistiques relativement simples dans des textes, des tableaux et des graphiques.
3	Entre 276 points et moins de 326 points	Les textes de ce niveau sont souvent denses ou longs. Pour réussir les tâches, il est essentiel de comprendre les structures textuelles et rhétoriques, et notamment de parcourir des textes numériques complexes.	À ce niveau, le répondant doit généralement appliquer son sens des nombres et de l'espace, reconnaître et utiliser les rapports, structures et proportions mathématiques exprimés de façon verbale ou numérique, et interpréter et analyser de façon sommaire les données et statistiques dans des textes, tableaux et graphiques.
4	Entre 326 points et moins de 376 points	À ce niveau, le répondant doit souvent effectuer des opérations en plusieurs étapes pour intégrer, interpréter ou synthétiser les informations à partir de textes complexes ou longs. De nombreuses tâches demandent d'identifier et de comprendre une ou plusieurs idées secondaires précises afin d'interpréter ou d'évaluer des affirmations ou des argumentaires subtils.	À ce niveau, il peut être nécessaire d'effectuer des analyses ou des raisonnements plus complexes au sujet de quantités et de données, de statistiques et de probabilités, de rapports spatiaux, ainsi que sur des changements, des proportions et des formules. À ce niveau, les tâches impliquent parfois également de comprendre des arguments ou d'expliquer de façon argumentée ses réponses ou ses choix.
5	Égal ou supérieur à 376 points	À ce niveau, le répondant doit rechercher des informations dans plusieurs textes denses et les intégrer, synthétiser des idées ou des points de vue semblables ou contraires, ou évaluer des arguments fondés sur des faits concrets. Le répondant doit souvent reconnaître des marqueurs rhétoriques subtils et effectuer des inférences de haut niveau ou encore utiliser des connaissances spécifiques.	À ce niveau, le répondant doit : intégrer plusieurs types d'informations mathématiques demandant un travail de traduction ou d'interprétation considérable ; réaliser des inférences ; développer ou utiliser des arguments ou des modèles mathématiques ; et justifier, évaluer ou réfléchir de façon critique sur ses solutions ou ses choix.

Annexe 2 : Description des niveaux de compétence en littératie et en numératie (OCDE 2016 ; 2012)

Compétences en littératie chez les adultes

Pourcentage d'adultes à chaque niveau de compétence en littératie

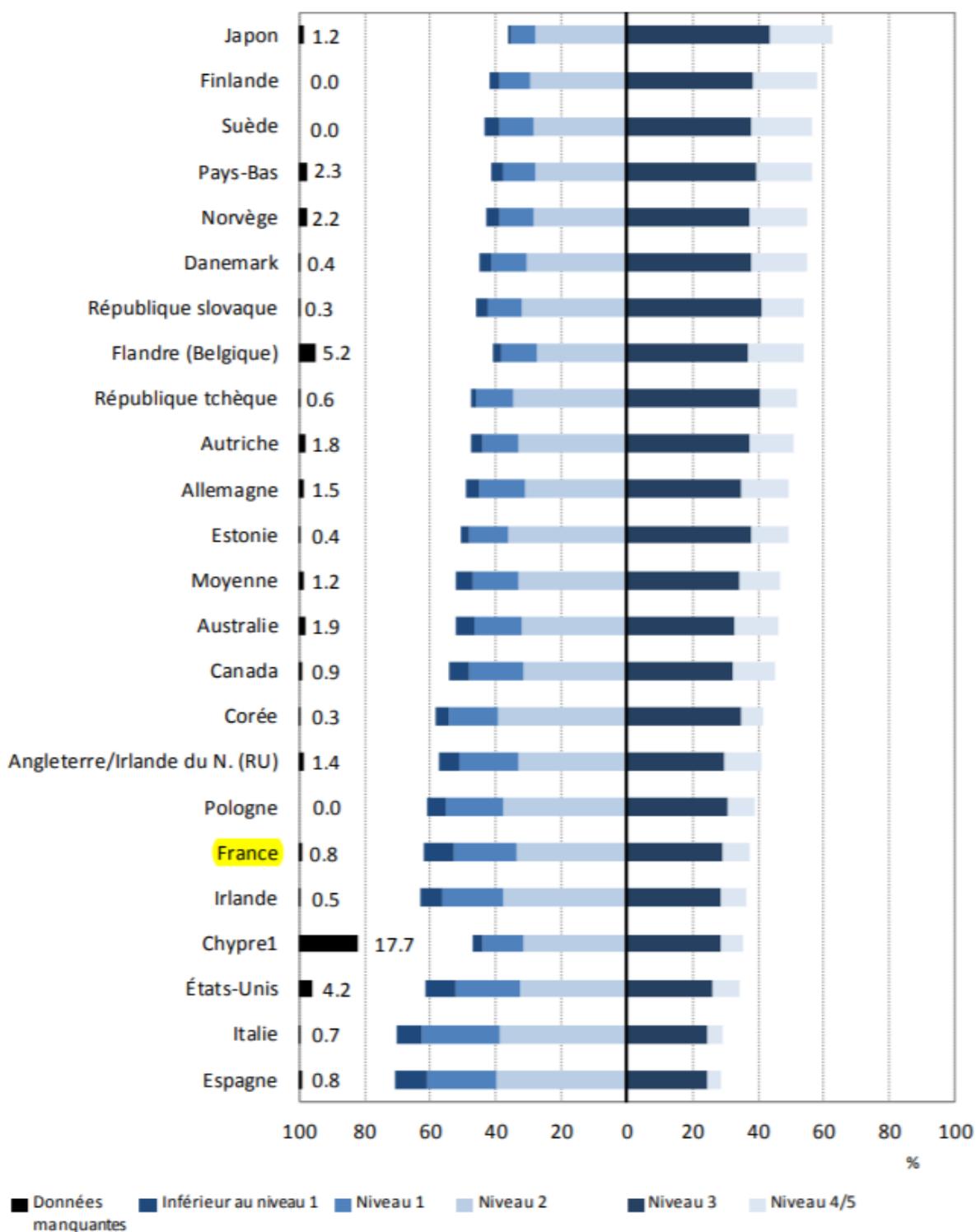


Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage combiné d'adultes se situant au niveau 3 et au niveau 4/5.

Annexe 3 : Compétences en littératie chez les adultes (OCDE 2016 ; 2012)

Compétences en numératie chez les adultes

Pourcentage d'adultes âgés de 16 à 65 ans à chaque niveau de compétence en numératie



Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage combiné d'adultes se situant au niveau 3 et au niveau 4/5.

Annexe 4 : Compétences en numératie chez les adultes (OCDE 2016 ; 2012)



Repérer les signes de complications :

- En cas de saignement : appuyez sur la zone avec une compresse stérile et reprenez les recommandations initiales. Si le saignement persiste encore, consulter en urgence un chirurgien dentiste.
- Un «bleu» ou hématome peut apparaître le jour ou le lendemain du traumatisme. Il peut être plus ou moins étendu en fonction de la force du choc lors du traumatisme. Pour limiter son extension, appliquer le plus rapidement possible après traumatisme une poche de glace enroulée dans un linge contre la joue en regard de la zone traumatisée pendant 10 minutes toutes les 30 minutes pour limiter son apparition. L'hématome guérit en général spontanément de quelques jours à quelques semaines au maximum. Sa couleur varie selon le temps : de bleu violacé, l'hématome va ensuite devenir vert puis jaune avant de s'estomper complètement.



- Un gonflement au niveau de la joue ou des lèvres les jours suivant le traumatisme est normal : c'est l'œdème. Celui-ci doit diminuer progressivement et ne pas persister plus de 7 jours. Comme pour l'hématome, pour limiter son apparition, appliquer une poche de glace enroulée dans un linge sur la zone traumatisée.
 - L'apparition d'un gonflement à l'intérieur ou à l'extérieur de la bouche les semaines ou mois suivant le traumatisme ET associé à une douleur nécessite une consultation auprès d'un chirurgien dentiste le plus rapidement possible.
 - L'apparition d'une mobilité augmentée de la dent traumatisée les semaines et/ou mois suivant le traumatisme nécessite une consultation auprès d'un chirurgien dentiste le plus rapidement possible.
 - En cas de changement de couleur (rose – rouge, gris, jaune) de la couronne (partie visible de la dent) : il est conseillé de consulter votre chirurgien dentiste.
- Conserver bien votre certificat initial descriptif qui vous a été remis en mains propres. Aucun double ne pourra vous être délivré. C'est un document médico-légal qui pourra vous être demandé en cas de demande d'indemnisations mais également par votre chirurgien dentiste pour un meilleur suivi.**

Contact :
Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière -Urgences Stomatologie.
Téléphone : 01.42.16.14.52
83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

4

Informations et conseils sur le suivi traumatologique dentaire

Vous venez de consulter pour un traumatisme alvéolo-dentaire au sein du service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. Le traumatisme alvéolo-dentaire doit faire l'objet de contrôles réguliers auprès de votre chirurgien dentiste afin d'anticiper les complications et donc la perte des dents traumatisées.

Voici le calendrier des RDV de contrôles à réaliser auprès de votre chirurgien dentiste :

Case à cocher :	Type de traumatisme :	Consultation chez votre chirurgien dentiste à :
<input type="checkbox"/>	Fêlure amélaire	Non nécessaire sauf si association à autre traumatisme
<input type="checkbox"/>	Fracture amélaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture amélodentinaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture amélodentinaire compliquée (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture corono-radulaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture corono-radulaire compliquée (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
<input type="checkbox"/>	Congussion	1-2 mois puis 1 an
<input type="checkbox"/>	Fracture radiculaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Fracture alvéolaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Subluxation	2 semaines avec dépose de la contention puis à 1-2-6 mois et 1 an
<input type="checkbox"/>	Extrusion	2 semaines puis à 1-2-6 mois 1-2-3-4-5 ans et dépose de la contention à 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Luxation latérale	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Impaction	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contentions à 1 mois
<input type="checkbox"/>	Expulsion ou extraction dentaire (sans réimplantation)	2 semaines
<input type="checkbox"/>	Expulsion dentaire (avec réimplantation)	1-3-6 mois 1 an puis tous les ans

➤ Nécessité de prendre contact avec votre orthodontiste : OUI NON

Lors de vos visites chez votre chirurgien-dentiste, vous pourrez effectuer les contrôles cliniques et radiologiques ainsi que les soins nécessaires à votre bonne guérison.

- Nos Conseils :**
- Préférer une alimentation froide ou tiède, moelle pendant 1 semaine.
 - Éviter les aliments durs (bain avec croute, pomme, etc...).
 - Éviter les aliments de petite taille (semoule, riz etc...) qui pourraient être difficiles à nettoyer.
 - Surtout continuer à brosser vos dents ! Utiliser une brosse à dent chirurgicale (7/100ème) pendant 7 jours pour les dents traumatisées et continuer d'utiliser votre brosse à dent habituelle pour les autres dents.
 - Éviter tout sport à risque sans utilisation d'un protège-dents adapté.
 - Chez les enfants : limiter au maximum la tétine.
- Concernant votre prescription :**
- Respecter la dose et la durée des médicaments prescrits.
 - Ne pas prendre des médicaments qui ne vous ont pas été prescrits sans l'avis de votre chirurgien dentiste ou à défaut de votre pharmacien.
 - Si des effets indésirables apparaissent (vertiges, nausées, vomissements, éruption cutanée), contacter le service des urgences dentaires au 01.42.16.14.52, ou consulter votre chirurgien dentiste ou votre médecin généraliste au plus vite.
- Antibiotiques :**
- Ne pas stopper la prise des antibiotiques avant la fin du traitement prescrit sans l'accord d'un professionnel de santé.
 - Prendre l'antibiotique au cours du repas.
 - Limiter votre consommation en alcool pendant la prise.
- Anti douleur Palier 2 (Dafalgan codéiné®. Efferalgan codéiné®. Codoliprane®. Klipal®. Topalidic®. Contamal®, Lamaline®, Zamudol®, Ixprim®) :**
- Ces médicaments peuvent vous faire somnoler ou induire des nausées vomissements.
 - Ne surtout pas conduire pendant la prise.
 - Limiter votre consommation en alcool pendant la prise.
 - Arrêtez leur prise en cas de disparition de la douleur.



- Bains de bouche :**
- Ne jamais dépasser 15 jours d'utilisation consécutifs.
 - Faire le bain de bouche après le brossage des dents.
- Concernant la suite du soin d'urgences :**
- Soins des plaies de la lèvre et des gencives :**
- Appliquer de l'antiseptique non alcoolisé ou du sérum physiologique en spray ou à l'aide d'une compresse stérile en tamponnant délicatement.
 - Puis appliquer une pommade grasse de type vaseline (seulement au niveau de la peau).
 - En cas de sutures : les fils de sutures sont généralement résorbables ce qui implique, qu'ils disparaissent progressivement. S'ils persistent au delà de 4-6 semaines, et qu'ils vous gênent, consulter votre chirurgien dentiste.
- Après collage d'un fragment de dent fracturée :**
- Limiter au maximum les aliments durs.
 - Une différence de couleur au niveau du trait de fracture peut apparaître et est normale.
 - Éviter la nicotine, la caféine, la théine qui pourraient contribuer à cette coloration.
- Après repositionnement d'une dent déplacée partiellement ou totalement au cours du traumatisme :**
- Surtout ne pas cracher et ne pas faire de bains de bouche pendant 24h.
 - Limiter votre consommation en tabac durant les deux semaines suivant le traumatisme (le tabac ralentit la cicatrisation de la gencive)
- En cas de contention :**
- Continuer le brossage même au niveau de la contention
 - En cas de blessure liée à la contention : se procurer de la cire orthodontique en pharmacie et la coller au niveau des zones blessantes de la contention;
 - En cas de contention décollée : consulter au plus vite.



Annexe 5 : Brochure d'information à l'intention des patients ayant subi un TAD, distribuée aux patients dans le cadre de l'étude.

Consentement éclairé

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients ayant consulté pour un traumatisme alvéolo-dentaire au sein du service des urgences odontologiques du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, nous mettons en place une nouvelle brochure d'information à l'intention des patients.

Une enquête téléphonique de quelques minutes sera menée par la suite afin de nous permettre de recueillir toutes les données nécessaires à l'évaluation de la qualité et de l'impact de cette brochure.

Votre participation est précieuse mais reste facultative. Si vous souhaitez y participer, nous vous serions très reconnaissants.

L'exploitation des données recueillies par le questionnaire est strictement anonyme et protégée par le secret médical.

En vous remerciant d'avance pour votre participation.

Consentement du patient :

J'ai été informé(e) de l'étude en cours et j'accepte d'être rappelé(e) pour y participer.

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Téléphone :

Date et Signature :

Fait à Paris le / /

Annexe 6 : Fiche de consentement écrit pour la participation à l'étude

Etude sur le taux de suivi des patients après un TAD et la qualité du suivi selon les recommandations de l'IADT :

Questionnaire :

Questions communes aux groupe 1 et au groupe 2

- Age.....
- Sexe : H / F
- Couverture sociale : AME / CMU / Régime Général / Autre...
- Date de la consultation d'urgence :/...../.....
- Diagnostic lors de la consultation d'urgence :
- Soins effectués en urgence en accord avec les recommandations de l'IADT : OUI / NON
- Conseils donnés lors de la consultation et sur les CRU/ CMID : OUI / NON
- Avez-vous eu une consultation de suivi : OUI/ NON
- Si NON, avez-vous une consultation de suivi de prévu : OUI / NON
- Si NON, donner les raisons de l'absence de suivi :
- Délai entre la consultation en d'urgence et la consultation de suivi (en semaines) :
- Délai conforme aux recommandations de l'IADT : OUI / NON
- Le suivi a été réalisé chez : Dentiste habituel / Nouveau Dentiste / Service odontologique du GHPS

Questions sur la brochure :

- Avez-vous reçu la brochure : OUI / NON
- Avez-vous lu la brochure : OUI / NON
- Note de compréhension de la brochure /5 (1 = plus mauvais à 5 meilleur score) : 1 / 2 / 3 / 4 / 5
- Si score inférieure ou égal à 3, dire pourquoi vous n'avez pas compris la brochure :.....
- Avez-vous appliqué les conseils de la brochure : OUI / NON
- Quels conseils avez-vous appliqué : Calendrier / HBD / Pharmaco / Repérage complications
- Note sur l'utilité de la brochure /5 (1 = plus mauvais à 5 meilleur score) : 1 / 2 / 3 / 4 / 5
- Ce qui pourrait améliorer selon vous le suivi des patients après TAD ?
.....

Annexe 7 : Questionnaire téléphonique utilisé pour l'étude du suivi post TAD des patients et l'évaluation qualitative de la brochure.

You have just visited the Dentistry Department of the Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière for an alveolar-dental trauma. Alveolar-Dental trauma must be controlled regularly by your dental surgeon in order to anticipate complications and therefore the loss of traumatized teeth.

Here is the schedule of check-ups to be carried out with your dentist afterwards :

Type of trauma	Make an appointment with the dentist after:
infracton (enamel crack)	not necessary except in case of association with another trauma
enamel fracture	6 to 8 weeks and 1 year
enamel-dentin fracture	6 to 8 weeks and 1 year
enamel-dentin pulp fracture	6 to 8 weeks and 1 year
enamel-dentin pulp fracture without pulp exposure	6 to 8 weeks and 1 year
enamel-dentin pulp fracture with pulp exposure	6 to 8 weeks and 1 year
Concussion	1 month, 2 months and 1 year
root fracture	1-2-4-6 months, 1 year and 5 years. Removal of the splinting at 1 month
alveolar fracture (alveolar bone fracture)	1-2-4-6 months 1 year and 5 years. Removal of the splinting at 1 month
subluxation	2 weeks with removal of the splinting then 1-2-6 months then 1-2-6 months 1-2-3-4-5 years. 2 weeks then 1-2-6 months and 1 year
extrusive luxation	Removal of the splinting after 2 weeks
lateral luxation	2 weeks then 1-2-6 months 1-2-3-4-5 years. Removal of the splinting after 2 weeks
intrusive luxation	2 weeks then 1-2-6 months 1-2-3-4-5 years. Removal of the splinting after 2 weeks
avulsion without reimplantation	2 weeks
avulsion with reimplantation	1-3-6 months 1 year, then once a year

Need to contact your orthodontist: Yes No

During your visits to your dentist, you may have a radiological and clinical control. You will also be able to receive dental cares you need for healing process.

Our advice :

-  - Prefer soft, cold or lukewarm food during the first week.
-  - Avoid hard textured food like apples or breadcrust.
-  - Avoid small foods (semolina, rice, etc.) which can be difficult to clean.
-  - It is important that you continue to brush your teeth. Use a surgical toothbrush with soft brush for a week to clean the traumatized teeth and your regular toothbrush for the other teeth.
-  - Avoid any high-risk sport, especially if you are not using an adapted mouthguard.
-  - For the children, limit as much as possible the use of pacifiers

Your medical prescription :

- Do not exceed the **dose** and **duration** of your treatment.
- Do not take medications that have not been prescribed for you without the advice of your dentist or your pharmacist.
- If undesirable effects appear (dizziness, nausea, vomiting, skin rash), please contact the dental emergency department 01.42.16.14.52 or consult your dentist or your general practitioner as soon as possible.

Antibiotics:

- Do not stop taking antibiotics before the end of the prescribed treatment without the consent of a health professional.
- Take the antibiotic during the meal.
- Limit your alcohol consumption while taking the medication.
- The effectiveness is not felt until after 48 to 72 hours of treatment.



Level 2 pain killers (Dafalgan codéiné®, Efferalgan codéiné®, Codoliprane®, Klipal®, Topalgic®, Contramal®, Lamaline®, Zamuclol®, Ixprim®)



- These medicines may make you drowsy or induce nausea /vomiting.
- Do not drive while taking the medication.
- Limit your alcohol consumption while taking the medication.
- Do not take these medications if the pain disappears.

Mouthwash :

- Never exceed 15 consecutive days of usage.
- Use the mouthwash **after** brushing your teeth.

Regarding the continuation of emergency care:

Lips and gums wound care :

- Apply non-alcoholic antiseptic or physiological saline spray while using a sterile compress, dabbing gently.
- Then apply an oily ointment such as petroleum jelly (only on the skin).
- In case of sutures: the suture threads are generally absorbable, which means that they gradually disappear. If they persist beyond 4-6 weeks, **and they bother you**, consult your dentist.

After bonding a fractured tooth fragment:

- Limit hard foods as much as possible.
- A difference in color at the fracture line may appear and is normal.
- Avoid nicotine, caffeine, theme which could contribute to this coloring.

After repositioning a tooth that has been partially or totally displaced during the trauma:

- Do not spit and do not mouthwash for 24 hours.
- Limit your tobacco consumption during the two weeks following the trauma (tobacco slows down the healing of the gum).

In case of dental splinting:

- Continue brushing even next to the splinting.
- In the event of an injury related to the splinting: get orthodontic wax in pharmacies and stick it to the splinting, next to the wounding.
- In case of loose splinting: consult as soon as possible.

Spot the signs of complications:



- In case of bleeding: press the area with a sterile compress and repeat the initial recommendations. If the bleeding persists, see a dentist in an emergency service.
- A hematoma can appear on the same day or the day after the trauma. It can be more or less extensive depending on the force of the shock during the trauma. To limit its extension, apply as quickly as possible after trauma an ice pack rolled up in a cloth against the cheek next to the traumatized area for 10 minutes every 30 minutes to limit its occurrence. The hematoma usually heals on its own within a few days to a few weeks at most. Its color varies over time: from purplish blue, the hematoma will then turn green and then yellow before fading completely.
- Swelling in the cheek or lips in **the days following the trauma** is normal: it is the oedema. This should gradually decrease and not persist for more than 7 days. As with the hematoma, to limit its appearance, apply an ice pack rolled up in a cloth to the traumatized area.
- The appearance of swelling inside or outside the mouth in **the weeks or months following the trauma AND associated with pain** requires consultation with a dentist as soon as possible.
- The appearance of increased mobility of the traumatized tooth in the weeks and / or months following the trauma requires consultation with a dentist as soon as possible.
- In the event of a change in color (pink - red, gray, yellow) of the crown (visible part of the tooth): it is advisable to consult your dentist.

Please make sure to keep your initial descriptive certificate, which was delivered to you personally. No duplicate can be issued to you. It is a medical and legal document that may be requested in the event of a claim for compensation but also by your dental surgeon for better monitoring.

Contact :

Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière -Urgences Stomatologie.
Téléphone : 01.42.16.14.52
83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris



Ați venit la o consultație la spitalul Pitié Scalpétrière pt. un traumatism alveodentar. Această problemă cere un control regulat pentru a anticipa complicații care pot duce până la pierdere dinților traumatizați.

Alăturat aveți găsi calendarul cu datele de control la dentist :

Care(i) a cocher	Type de traumatisme	Consultation chez votre chirurgien-dentiste a :
	fracture anelidare	non nécessaire sauf si association à autre traumatisme
	fracture antedentaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
	fracture antedentaire complexe (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
	fracture coronio-radulaire sans exposition pulpaire	6/8 semaines et 1 an
	fracture coronio-radulaire complexe (avec exposition pulpaire)	6/8 semaines et 1 an
	Contusion	1-2 mois puis 1 an
	fracture radiculaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 3 ans et dépose des contenants à 1 mois
	fracture alvéolaire	1-2-4-6 mois puis à 1 an et à 3 ans et dépose des contenants à 1 mois
	subluxation	2 semaines avec dépose de la contention puis à 1-2-6 mois et 1 an
	extrusion	2 semaines puis à 1-2-6 mois 1-3-4-5 ans et dépose de la contention à 2 semaines
	luxation latérale	2 semaines 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contenants à 1 mois
	impaction	2 semaines, 1-2-6 mois puis 1-2-3-4-5 ans et dépose des contenants à 1 mois
	exposition ou extraction dentaire (sans réimplantation)	2 semaines
	exposition dentaire (avec réimplantation)	1-3-6 mois 1 an puis tous les ans

Aveți nevoie de luat contact cu ortodontistul :

DA

NU

La înclinările cu dentistul dumneavoastră puteți face toate examenele clinice precum și radiologice necesare înșănătoși Dvs.

Sfaturile noastre:

- De preferat o alimentație rece sau caldută și moale timp de o săptămână
- De evitat alimentele mai dure
- Evitați alimentele de talie mică (grîs, orez...) poate fi grea de curățat
- Continuați să vă spălați pe dinți timp de 7 zile cu o periuță chirurgicală (7/100) pt dinți traumatizați și cu periuța obișnuită ceilalți dinți

- Evitați orice sport cu riscuri fără o protecție dentară adaptată .

- La copiii limitați cît se poate tetina.

Privind rețeta Dvs:

- Respectați doza și durata medicamentelor prescrise
- Nu luați alte medicamente fără avizul dentistului
- În cazul în care apar efect neașteptate (amețeli, gaoate, vărsături sau erupții), telefonați la serviciul de urgență dentară la numărul 01 42 16 14 52 sau dentistului Dvs

Antibiotice :

- Nu opriți antibioticul înainte de sfîrșitul tratamentului fara avizul dentistului Dvs
- Luați antibiotici în cursul mesei
- Limitat consumul de alcool
- Rezultatul se simte doar după 48h/72h după terminarea tratamentului
- **Impotriva durerilor** **Pallier 2**: (Dafalgan codéine®, Effergalgen codéine®, Codoliprane®, Klipal®, Topalgic®, Contramal®, Lamaline®, Zamudol®, Ixprim®)
- Aceste medicamente pot da stări de somolență sau vomă
 - Nu conduceți mașina.
 - Limitați consumul de alcool în timpul tratamentului
- Opriți medicamentele de îndată ce dispar durerile



Cițitul gurii :



- Nu clățiți gura mai mult de 15 zile consecutive
- Clățiți gura după ce ați spălat dinții

Sfaturile privind tratamentele în urgență :

Tratamentul rănilor la buze și gingii :

- Aplicați un antiseptic fără alcool sau serum fiziologic în spray sau tamponați delicat cu o compresă sterilă
- Aplicați o cremă grasă tip vaselina numai pe piele
- După operare : firele dispar în general în 4/6 săptămâni, în caz contrar consultați dentistul Dvs

După lipsirea unui dinte fracturat :



- Limitați la maximum alimentele dure sau tari.
- O diferență de culoare la nivelul fracturii pot apărea și este ceva normal.
- Evitați nicotina, cafeina, ceaiul care pot contribui la această colorație

După îndreptarea dințelui deplasat parțial sau total în cursul traumatismului:

- Evitați scuipatul și balle de gură timp de 24 de ore
- Limitați consumația de tabac timp de 2 săptămâni după intervenție

Probleme legate de aparatele de contenție ortodontice :



- Continuați spălatul dinților pe aparate
- Dacă apar răni legate de aparat de contenție, vă procurați ceară ortodontică de la Farmacie și lipiți pe aparat în zonele unde au apărut aceste răni;
- În cazul în contenție dezlipită : consultați urgent

Cum se pot observa semnele eventualelor complicații :

- În cazul în care singurează apăsați pe zonă cu o compresă sterilă și reluați sfaturile inițiale . În cazul în care nu se oprește consultați în urgențe dentistul..



- Un hematome poate apărea în ziua traumatismului sau a doua zi. Poate fi mai important în funcție de forța traumatismului. Pentru a evita extinderea hematomului trebuie de pus cât mai repede posibil o pungă cu gheață învelită într-un prosop ținută pe fața timp de 10 minute o dată la 30 minute..
- Inflamația la fața sau a buzelor în zilele următoare după un traumatism este ceva normal, fiind un oedem Acest oedem se va reduce treptat în circa 7 zile
- Aparția unei inflamații în gură sau pe obraz în săptămânile sau lunile de după traumatism asociat cu o durere persistentă necesită o consultație urgentă la dentist
- Aparția unui dinte traumatizat (care se mișcă) săptămânile sau lunile care urmează după un traumatism necesită o consultație urgentă la dentist.
- Dacă observati o modificare de culoare (roze, gri, galben) a coronei dentare (partea vizibilă a dințelui) se recomandă să consultați dentistul Dvs

Pastrați certificatul initial cu tot istoricul pe care lați primit. Este un document medico legal de care aveți nevoie în caz de indemnizare sau pentru dentist Dvs.

Contact :

Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière -Urgences Stomatologie.
Téléphone : 01.42.16.14.52
83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris



指出并发症：

- 如果有出血，请用无菌纱布垫压伤口。如果出血仍然持续，请去看牙医。
- 外伤以后，可能出现一个血肿。如外伤强大，血肿会大。为了限制血肿扩大，每30分钟申请10分钟用布包好的冰袋放在脸颊上。血肿通常最多在几天至几周内自行愈合。它的颜色会随着时间而变化：从紫色变成蓝色，绿色，黄色，然后完全消失。
- 创伤后，在脸颊或嘴唇可以肿胀。水肿正常现象。这应该逐渐减少，并且不会超过7天。为了限制水肿扩大，用布包好的冰袋放在脸颊上。
- 几周或几月后，如口内或口外出现肿胀而且有疼痛，请去看牙医。
- 几周或几月后，如牙齿移动性增加，请去看牙医。
- 如牙齿变色 (粉红色，红色，灰色，黄色)，请去看牙医。

请保留好原始证书，我们不可以给您副本。原始证书是个法律文件，索赔时可能会询问您。您可以给牙医原始证书。

牙体创伤后的建议

您刚刚在 Pitié-Salpêtrière Hospital 的牙科部门因为您有牙外伤。受伤牙齿的治疗通常是一段漫长的过程。牙槽创伤应定期与牙医检查，以预测并发症和牙齿丢失。

进行临床检查及影像学检查：

牙体创伤类别	期与牙医检查
牙釉质损伤	不用
牙釉质折断	外伤后 6~8周和1年
牙釉质-牙本质折断 (简单冠折)	外伤后 6~8周和1年
复杂冠折 (牙釉质-牙本质折断及牙髓暴露)	外伤后 6~8周和1年
简单冠根折	外伤后 6~8周和1年
复杂的牙冠根骨折	外伤后 6~8周和1年
牙震荡	外伤后 1~2月和1年
牙根折断	外伤后 1 (可拆除夹板)， 2, 4, 6月, 1年, 至少5年之内每年复查一次。
牙槽骨折	外伤后 1 (可拆除夹板)， 2, 4, 6月, 1年, 至少5年之内每年复查一次。
半脱位	外伤后2周 (可拆除夹板)， 12周, 6月。
脱出性脱位	外伤后2周 (可拆除夹板)， 12周, 6月, 1, 2, 3, 4, 5年。
侧方脱位	外伤后2周, 1月 (可拆除夹板)， 2, 6月, 1, 2, 3, 4, 5年。
嵌入性脱位	外伤后2周, 1月 (可拆除夹板)， 2, 6月, 1, 2, 3, 4, 5年。
恒牙撕脱伤 (牙不植)	2周
恒牙撕脱伤 (牙再植)	1, 3, 6月, 1年, 每年复查一次

需要联系您的牙齿矫正 用 不用

建议

- 吃冷或温软的饮食1周。
- 进食时避免过度用力，以免进一步损伤。
- 避免使吃难以清洁的小食物（粗面粉，大米等）。
- 家长用软刷清洁患处，每餐后用软毛牙刷刷牙。
- 患者避免参加对抗性运动。
- 对于儿童，避免使用奶嘴

关于你的处方

- 遵守处方药的剂量和持续时间。
- 未经牙医或药剂师的建议，请勿服用非处方药。
- 如果发生不良反应（头晕，恶心，呕吐，皮疹），请致电01.42.16.14.52与牙科急诊科联系，或尽快咨询您的牙医或全科医生。
- 抗生素类：
 - 未经医务人员同意，在您完成处方后不要停止服用抗生素。
 - 随餐服用抗生素。
 - 服用抗生素时要限制饮酒量。
 - 直到治疗后48到72个小时才会感觉到效果。
- 止痛药2级：(Datagan codéiné®, Eferagan codéiné®, Codoliprane®, Kipal®, Topalgic®, Contramal®, Lamaline®, Zamudole®, Ixprim®)
- 这些药物会使您昏昏欲睡或引起恶心和呕吐。
- 吃这些药时，请勿开车。

- 服用止痛药2级时要限制饮酒量。
- 如果疼痛消失，请停止服用。
- 口水：
 - 连续使用不应超过15天。
 - 刷牙后使用漱口水。

紧急护理以后

- 嘴唇和牙龈伤口的护理
- 使用无菌敷布涂抹非酒精性杀菌剂或生理盐水，轻轻擦拭。
- 然后涂抹高脂软膏，例如凡士林（仅在皮肤上）。
- 如果是缝合线：缝合线通常是可吸收的，它们会逐渐消失。如果它们持续4-6周以上，并且困扰您，请咨询您的牙科医生。
- 粘结断裂的牙齿碎片后
 - 尽量限制硬食。
 - 断裂线上可能会出现色差，这是正常现象。
 - 避免尼古丁，咖啡因，茶氨酸可能会导致这种着色。
 - 重新放置牙齿后
 - 最重要的是，不要随地吐痰和漱口24小时。
 - 在创伤后的2周内限制吸烟。
 - 如有夹板
 - 即使夹板也要继续刷牙。
 - 万一与约束装置有关的伤害：从药房取正畸蜡并将其粘贴在约束装置的受伤部位。
 - 如果夹板脱落：请尽快咨询。

ملاحظة: المهمة تدر هناك بعد تقييمه سائليته. مستشفيات مجموعة في لثو خدمات الطوارئ. استشرى ت لك
يجب فحص إصابات الأذن البطنيّة بانتظام مع طبيب أمتلاك من أجل تجنب المضاعفات وبالتالي فقدان الأذن
السمعية.

إليك جدول الفحوصات التي يجب إجراؤها مع طبيب أمتلاك :

+	لا توجد إلا إذا تراكمت مع إصابات أخرى
فحص السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر سبي بدون كسر من السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر سبي مع كسر من السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر اللقح و اللقح بدون كسر من السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر اللقح واللقح مع كسر من السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
التهاب السبنا	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 86 أشهر ثم بعد سنة
كسر جدر السن	مراقبة شماعية و سبرورية بعد 6421 أشهر ثم سنة ثم 5 سنوات
كسر النظم السحبي	كرفع الجيرة بعد شهر واحد مراقبة شماعية و سبرورية بعد 6421 أشهر ثم سنة ثم 5 سنوات كرفع الجيرة بعد شهر واحد
حطالة السن	مراقبة شماعية و سبرورية و كرفع الجيرة بعد أسبوعين ثم 621 أشهر
التهاب السن	مراقبة سبرورية و شماعية بعد أسبوعين ثم 621 أشهر و 54321 سنوات
حط السن	كرفع الجيرة بعد أسبوعين مراقبة سبرورية و شماعية بعد أسبوعين ثم 621 أشهر و 54321 سنوات
إلتهاب السن	كرفع الجيرة بعد شهر مراقبة سبرورية و شماعية بعد أسبوعين ثم 621 أشهر و 54321 سنوات
لقط السن (بعد إعادة زراعة)	مراقبة سبرورية و شماعية بعد أسبوعين
لقط السن (مع إعادة زراعة)	مراقبة سبرورية و شماعية بعد 631 أشهر ثم سنة ثم مرة كل سنة

هل أنت بحاجة إلى زيارة أخصائي لتقييم الأذن؟ نعم □ لا □
حادث زيارات الفحص التوري ي تطيب أمتلاك، ستم إجراء الفحوصات السبرورية و الشماعية الضرورية بالإضافة إلى
إجراء العلاج اللازم المتعلق.

بعض النصائح :

- يفضل اتباع نظام غذائي بارد أو فاتر حتى لمدة أسبوع.
- تجنب الأطعمة الصلبة الخشن مع القرفة و القاج و غير ها ...
- تجنب الأطعمة التي يصعب تقطيعها مثل السمك، الأرز، الخ ...
- استشر يتتظيف أمتلاك لتتظيف الأذن الصلبة، استخبر فور وفاة أمتلاك جرأحة (10077) لمدة أسبوع. استشر
يستخدم فرشاة الأذن المعتادة للأذن الأخرى.
- تجنب أي رياضة خطيرة دون استخدام وائي قم مناسب.

- عند الأطفال : قل من استخدام اللبابة قدر الإمكان.

وصفاته الطبية :

- التزم بجرعة و مدة الأدوية الموصوفة.
- لا تتناول الأدوية التي لم يتم وصفها لك دون استشارة وراجح الأذن أو الصيادلة.
- إذا ظهرت عليك آثار جانبية (إرهاق، غثان، قيء، طفح جلدي)، اتصل بقسم طوارئ الأذن على
01.42.16.14.52 أو استشر جراح الأذن أو طبيب أمتلاك وقت ممكن .

المضادات الحيوية :

- لا تتوقف عن تناول المضادات الحيوية قبل انتهاء العلاج الموصوف دون موافقة أخصائي الأذنية
الصحية.
- تناول المضاد الحيوي خلال الوجبة.
- قلل من استهلاكه للكحول أثناء تناول المضاد الحيوي.
- لا تطعم طفلة المضاد الحيوي إلا بعد 48 إلى 72 ساعة من العلاج.

مضادات الألم :

- Dafalgan[®], Efferalgan[®], Codolirone[®], Klipal[®], Topalgic[®], Contramal[®],
Lamaline[®], Zamuq[®], Ixprim[®]
- قد تسبب لك هذه الأدوية ألمسا أو الغثان / القيء.
- أثناء تناول هذه الأدوية قلل من استهلاكه للكحول.
- عند زوال الألم توقف عن تناول هذه الأدوية.

وصول الدم :

- لا تتجاوز 15 يوما من الاستخدام المتتابع.
- استخدم وصول الدم بعد تفريش الأذن.

ما بعد الرعاية الطارئة :

الطبية بجرح اللقحين و اللثة :

- ضع مطبورا غير كحولي أو بخاخ مطول ملحي فسيولوجي مع الاستخدام وصيانة مطبورا، ريت يرفق.
- ثم ضع مر هذا زيتا مثلا القازلين (على الجلد فقط).
- في حالة وجود الغرز : تكون الغرز قابلة لامتصاص بشكل عام مما يعني أنها تختفي تدريجياً إذا استمرت
بأكثر من 6-4 أسابيع، أو صنف استشر جراح الأذن.

بعد الصق جزء مضموم من السن :

- قلل من الأطعمة الصلبة قدر الإمكان.
- قد يظهر اختلاف في اللون عند خط الكسر و هو أمر طبيعي.
- تجنب التكوين و الكافيين و الشاي و التي يمكن أن تسبب في هذا اللون.
- بعد إعادة وضع السن الذي تم إزالته كلياً أو جزئياً أثناء الصقبة :



- لا تلمس ولا تلمس لفه لمدة 24 ساعة.
- قلل من استهلاكك للتبغ خلال الأسبوعين التاليين للصدمة (يقلل التبغ من التئام أنسجة القلب).

في حال وجود جيرة أو الأسنان :

- اسفر بتطيق أسنانك بالفرشاة برفق على مستوى جيرة أو الأسنان أيضاً.
- في حال تسبب الجيرة بجرح أو ألم : احصل على شمع لتؤم الأسنان الموجود في الصيديات (الصدمة على جيرة أو الأسنان في المناطق المصابة للجرح).
- في حال فقدان جيرة أو الأسنان : استشر طبيب جيرة الأسنان بقرب وقت ممكن.

تحديد علامات المضاعفات :



- في حال حدوث نزيف : اضبط على المنطقة بضمادة مضمدة و التبع الاستعاقت الأولية. إذا استمر النزيف، استشر طبيب أسنان الطوارئ.
- قد يظهر ازرقاق «الجمه» أو ورم دموي في نفس يوم الصدمة أو اليوم التالي، يمكن أن يكون أكثر أو أقل منه بحسب قوة الصدمة. للحد من امتداده، ضع على الجرح في أسرع وقت ممكن قطعة من الثلج ملتصقة بقمائل فوق المنطقة المصابة لمدة 10 دقائق كل 30 دقيقة. علاوة ما يتلقى الورم الدموي تلقائياً في غضون بضعة أيام إلى بضعة أسابيع على الأكثر. يتغير لونه بمرور الوقت، من الأزرق الأرجواني إلى اللون الأحمر ثم الأصفر قبل أن يختفي تماماً.
- التورم في الجرح أو اللثتين في الأيام التي تلي الصدمة أمر طبيعي، سوف ينخفض تدريجياً خلال 7 أيام. للحد من ظهوره، ضع كيس ثلج ملتصقة بقمائل على المنطقة المصابة.
- في حال ظهور ألم برزخ أو ألم في الأضراس أو الأضراس التي تلي الصدمة، استشر طبيب الأسنان بأسرع وقت ممكن.
- في حال زيادة حركة الأسنان المصابة خلال الأسابيع و/ أو الأشهر التي تلي الصدمة : استشر طبيب الأسنان بأسرع وقت ممكن.
- في حال حدوث تغير في اللون (أزدي - زيمور دموي، أصفر، للثاج (الجرح المرئي من السن) : يتصح باستشارة طبيب الأسنان.

احفظ بذهنية الوصفة الأولية والتي تم تسليمها لك شخصياً. لا يمكن إيجازها أو نسخة مكررة لك. هنا مستند طبي تفصيلي قد يطلب منك في حالة المراقبة بالعيون ولكن أيضاً من قبل طبيب أسنحة الفم، يمكن الاتصال.

Contact :
Groupe Hospitalier - Universitaire Pitié Salpêtrière - Urgences Stomatologie.
Téléphone : 01.42.16.14.52
83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris



Acaba de recibir una consulta médica por un traumatismo alveolar-dental en el servicio de urgencias del Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. Los traumatismos dentales y alveolares deben ser controlados durante las siguientes semanas posteriores al incidente en la clínica de su dentista para anticipar complicaciones y por tanto la pérdida de dientes traumatizados.

A continuación se muestra el cronograma de controles que se deben realizar posteriormente con su dentista:

Tipo de trauma	Concierte una cita con el dentista en:
grieta de esmalte	no, a menos que esté asociado con otro trauma
fractura de esmalte	6/8 semanas entonces 1 año
fractura de esmalte sin exposición pulpar	6/8 semanas entonces 1 año
Fractura de amelodentidante con exposición pulpar	6/8 semanas entonces 1 año
Fractura coronaradicular sin exposición pulpar	6/8 semanas entonces 1 año
Fractura coronaradicular con exposición pulpar	6/8 semanas entonces 1 año
Concusión	1-2 meses después 1 años
fractura de la raíz	1-2-4-6 meses luego al año 1 y a los 5 años y remoción de las restricciones al mes
fractura alveolar	1-2-4-6 meses luego al año 1 y a los 5 años y remoción de las restricciones al mes
subluxación	2 semanas con la retirada del sistema de retención, luego a los 1-2-6 meses y 1 año
extrusión	2 semanas luego a los 1-2-6 meses 1-2-3-4-5 años y remoción del sistema de retención a las 2 semanas
dislocación lateral	2 semanas, 1-2-6 meses, luego 1-2-3-4-5 años y remoción de las restricciones al cabo de 1 mes
impactación	2 semanas, 1-2-6 meses, luego 1-2-3-4-5 años y remoción de las restricciones al cabo de 1 mes
expulsión (sin reubicación)	2 semanas
expulsión (con reubicación)	1-3-6 meses 1 año luego cada año

Necesita contactar a su ortodoncista: Sí No

Durante tu visita a tu dentista, es posible que tengas un control clínico y radiológico. También podrá recibir los cuidados dentales que necesita para el proceso de curación.



consejos :

- Prefiera una dieta blanda fría o tibia durante 1 semana.
- Evite los alimentos duros (pan con corteza, manzana, etc.).
- Evite los alimentos pequeños (semola, arroz, etc.) que puedan ser difíciles de limpiar.
- ¡Sobre todo, sigue cepillándote los dientes! Use un cepillo de dientes quirúrgico (7/100) durante 7 días para dientes traumatizados y continúe usando su cepillo de dientes habitual para otros dientes.
- Evite cualquier deporte de riesgo sin utilizar un protector bucal adecuado.
- En niños: limitar al máximo el chupete.

Respecto a su prescripción:

- No exceda la dosis y la duración de su tratamiento.
- No tome medicamentos que no le hayan recetado sin el consejo de su dentista o farmacéutico.
- Si aparecen efectos indeseables (mareos, náuseas, vómitos, erupción cutánea), póngase en contacto con el servicio de urgencias dentales 01.42.16.14.52 o consulte a su dentista o médico de cabecera lo antes posible.

Antibióticos :

- No deje de tomar antibióticos antes de finalizar el tratamiento prescrito sin el consentimiento de un profesional de la salud.
- Tome el antibiótico durante la comida.
- Limite su consumo de alcohol mientras toma el medicamento.
- La efectividad no se siente hasta después de 48 a 72 horas de tratamiento.

Nivel de alivio del dolor 2 (Dafalgan codéiné®, Effergal codéiné®, Codoiprane®, Kipal®, Topalgic®,

Contramal®, Lamalme®, Zamudo®, Ixprim®)

- Estos medicamentos pueden causarle somnolencia o provocar náuseas / vómitos
- No conduzca mientras esté tomando el medicamento.
- Limite su consumo de alcohol mientras toma el medicamento.
- No tome estos medicamentos si el dolor desaparece.

Enjuague bucal:



- Nunca exceda los 15 días consecutivos de uso.
- Hacer el enjuague bucal después de cepillarse los dientes.

Detecte los signos de complicaciones:

- En caso de sangrado: presione la zona con una compresa esterilizada y repita las recomendaciones iniciales. Si el sangrado persiste, consulte a un dentista en un servicio de emergencia.
- Un hematoma puede aparecer el mismo día o al día siguiente del trauma. Puede ser más o menos extenso dependiendo de la fuerza del choque durante el trauma. Para limitar su extensión, aplique lo más rápido posible después del trauma una bolsa de hielo enrollada en un paño contra la mejilla junto al área traumatizada durante 10 minutos cada 30 minutos para limitar su aparición. El hematoma generalmente se cura por sí solo en unos pocos días o unas pocas semanas como máximo. Su color varía con el tiempo: desde el azul violáceo, el hematoma se volverá verde y luego amarillo antes de desvanecerse por completo.

Con respecto a la continuación de la atención de emergencia:

Cuidado de heridas de labios y encías:

- Aplique un spray antiséptico sin alcohol o solución salina fisiológica mientras usa una compresa estéril, frotando suavemente.
- A continuación, aplique una pomada acetosa como vaselina (solo en la piel)
- En caso de suturas: los hilos de sutura son generalmente absorbibles, lo que significa que desaparecen gradualmente. Si persisten más allá de las 4-6 semanas y le molestan, consulte a su dentista.

Después de unir un fragmento de diente fracturado:



- Limite los alimentos duros tanto como sea posible.
- Puede aparecer una diferencia de color en la línea de fractura y es normal
- Evite la nicotina, caféina, teína que podrían contribuir a esta coloración .



- La hinchazón en la mejilla o los labios en los días posteriores al traumatismo es normal: es el edema. Esto debería disminuir gradualmente y no persistir durante más de 7 días. Al igual que con el hematoma, para limitar su aparición, aplique una bolsa de hielo enrollada en un paño en la zona traumatizada.
- La aparición de hinchazón dentro o fuera de la boca en las semanas o meses posteriores al trauma y asociada con el dolor requiere la consulta con un dentista lo antes posible.
- La aparición de una mayor movilidad del diente traumatizado en las semanas y / o meses posteriores al traumatismo requiere la consulta con un dentista lo antes posible.
- En caso de cambio de color (rosa - rojo, gris, amarillo) de la corona (parte visible del diente): es recomendable consultar a su dentista.

Después de reposicionar un diente que ha sido parcial o totalmente desplazado durante el trauma

- No escupir y no enjuagar la boca durante 24 horas.
- Limite su consumo de tabaco durante las dos semanas posteriores al trauma (el tabaco retrasa la curación de la encía).

En caso de entablillado dental:



- Continúe cepillando incluso cerca de la férula.
- En caso de una lesión relacionada con la férula: conseguir cera de ortodoncia en las farmacias y pegarla a la férula, junto a la herida.
- En caso de entablillado suelto: consultar lo antes posible.

Asegúrese de conservar su certificado descriptivo inicial, que le fue entregado personalmente. No se le puede entregar ningún duplicado. Es un documento médico-legal que puede ser solicitado en caso de reclamación de indemnización pero también por su cirujano dentista para un mejor seguimiento.

Contact :

Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière -Urgences Stomatologie.
Téléphone : 01.42.16.14.52
83 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

	Hommes	Femmes	Total
Suivi	25	17	42
Non suivi	1	6	7
Total	26	23	49

Annexe 13 : Influence du sexe sur le taux de suivi des patients

	Hommes	Femmes	Total
Délai ok	21	16	37
Délai dépassé	4	1	5
Total	25	17	42

Annexe 14 : Influence du sexe sur le délai de suivi.

	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Suivi	10	14	6	9	3	42
Non suivi	3	3	1	0	0	7
Total	13	17	7	9	3	49

Annexe 15 : Influence de l'âge sur le taux de suivi.

	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Total
Délai ok	7	13	5	9	3	37
Délai dépassé	3	1	1	0	0	5
Total	10	14	6	9	3	42

Annexe 16 : Influence de l'âge sur le délai de suivi

	CMU	AME	G	TOTAL
Suivi	8	1	33	42
Aucun suivi	3	0	4	7
Total	11	1	37	49

Annexe 17 : Influence de la couverture sociale sur le taux de suivi.

	CMU	AME	Régime général	Total
Délai ok	5	0	32	37
Délai dépassé	3	1	1	5
Total	8	1	33	42

Annexe 18 : Influence de la couverture sociale sur le délai de suivi

	CONCUSSIONS	FRACT ALV	FRACT DENT	EXPULSION	TISSUS MOUS	LUXATIONS
Suivi	0	2	20	9	15	25
Aucun suivi	2	0	2	0	0	2

Annexe 19 : Influence du type de TAD sur le taux de suivi

	CONCUSSIONS	FRACT ALV	FRACT DENT	EXPULSION	TISSUS MOUS	LUXATIONS
Délai ok	0	2	16	8	15	24
Délai dépassé	0	0	4	1	0	1

Annexe 20 : Influence du type de TAD sur le délai de suivi

	Brochure lue	Brochure non lue	TOTAL
Suivi	30	12	42
Non suivi	0	7	7
TOTAL	30	19	49

Annexe 21 : Influence de la lecture de la brochure sur le suivi des patients

	Brochure lue	Brochure non lue	Total
Délai ok	28	9	37
Délai dépassé	2	3	5
Total	30	12	42

Annexe 22 : Influence de la lecture de la brochure sur le délai de suivi des patients

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

LEROUX Thomas. ELABORATION D'UNE BROCHURE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS AYANT CONSULTE POUR UN TRAUMATISME ALVEOLODENTAIRE DANS L'UNITE FONCTIONNELLE DES URGENCES DU GHPS. Année. 2021. 114p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : 81 - 86

Sous la direction du Docteur ZANINI Marjorie et du Professeure AZOGUI-LEVY Sylvie.

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2021

Résumé :

Dans le cas de traumatismes alvéolodentaires (TAD), les recommandations de l'International Association of Dental Traumatology imposent un suivi clinique et radiographique régulier dans les semaines, mois et années qui suivent la consultation d'urgence afin de limiter les risques de complications et de séquelles. Malgré les recommandations, certains patients ne réalisent aucun suivi. Il existe de nombreux freins qui expliquent cet absence de suivi. En tant que professionnels de santé, nous pouvons agir sur certains freins afin d'améliorer le suivi des patients après un TAD. La prise de rendez-vous à l'issue de la consultation d'urgence, le suivi des patients au sein du service et l'amélioration du taux de littératie semblent être de bons moyens d'améliorer le taux de suivi. Ainsi, nous avons donc élaboré une brochure d'information destinée aux patients ayant consulté dans le service des urgences odontologiques du GHPS en raison d'un TAD. Cette brochure regroupe le calendrier des visites de contrôle, des conseils hygiéno-diététiques, des conseils et des bonnes pratiques concernant les prescriptions et les suites du soin d'urgences, et enfin un guide pour identifier l'apparition d'éventuelles complications. Grâce à une amélioration du niveau de littératie des patients, une augmentation du taux de suivi a été observée. L'analyse des témoignages des patients indique également une perception positive de la brochure.

Discipline : Santé Publique

Mots clés français (fMeSH et Rameau) : complications (fMeSH) ; traumatismes dentaires (fMeSH) ; nécrose pulpaire (fMeSH) ; littératie en santé (fMeSH) ; suivi (fMeSH) ; brochure (fMeSH)

TITRE en anglais : PROPOSAL OF A BROCHURE FOR PATIENTS REFERRED WITH A DENTAL TRAUMA IN AN FRENCH EMERGENCY DEPARTMENT

English keywords (MeSH) : complications (MeSH) ; tooth injuries (MeSH) ; dental pulp necrosis (MeSH) ; Health literacy (MeSH) ; follow up (MeSH) ; brochure (MeSH)

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