



HAL
open science

Évaluation de la consultation dédiée au suivi des urgences traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : principes d'une évaluation des pratiques professionnelles

Lior Sabbah

► To cite this version:

Lior Sabbah. Évaluation de la consultation dédiée au suivi des urgences traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : principes d'une évaluation des pratiques professionnelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04651262

HAL Id: dumas-04651262

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04651262v1>

Submitted on 17 Jul 2024

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2024

N°D035

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 27 février 2024

Par

Lior SABBAH

**Évaluation de la consultation dédiée au suivi des urgences
traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière :
principes d'une évaluation des pratiques professionnelles**

Dirigée par Mme le Docteur Isabelle Rodriguez

JURY

Mme le Professeur Géraldine Lescaille

Président

Mme le Professeur Marie-Laure Colombier

Assesseur

Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum

Assesseur

Mme le Docteur Isabelle Rodriguez

Assesseur

M. le Docteur Rafael Toledo

Invité



L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Lior SABBAH

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

| DÉPARTEMENTS | DISCIPLINES | PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS | MAÎTRES DE CONFÉRENCES |
|--|---|--|---|
| 1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION | ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE | Mme M. AUJAY DE LA DURE-MOLLA Mme É. DURSUN Mme S. VITAL | M. P.-J. BERAT (MCU associé) Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme A. VANDERZWALM |
| | ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE | Mme E. LE NORCY | M. G. DOT M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOOUN Mme B. VI-FANE |
| | PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE | Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY | Mme A. GERMA Mme V. SMAÏL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM |
| 2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE | PARODONTOLOGIE | Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M. C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET | M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. KERNER |
| | CHIRURGIE ORALE | Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOŇ M. N. MOREAU | Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. FERRÉ M. F. GAULTIER M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT M. L. SICARD Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO |
| | BIOLOGIE ORALE | Mme C. BARDET (PU) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme S. SÉGUIER | Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) M. A. NASSIF Mme N. NOWWAROTE (MCU associé) M. B. PAIVA DOS SANTOS (MCF) |
| 3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT) | DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE | Mme T. BOUKPESSI M. P. COLON Mme C. GAUCHER | Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN Mme K. JEDEON M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI |

| DÉPARTEMENTS | DISCIPLINES | PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS | MAÎTRES DE CONFÉRENCES |
|------------------------------------|--|---|--|
| 3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE) | PROTHÈSES | Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN | M. J.-M. CHEYLAN Mme H. CITTERIO Mme M.-J. CRENN M. M. DAAS M. D. DOT M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX Mme L. FRIEDLANDER M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA |
| | FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX | M. Y. BOUCHER Mme L. JORDAN M. J.-F. N'GUYEN M. B. SALMON | M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. J.-L. CHARRIER M. M. CHERRUAU M. R. FELIZARDO M. P. FRANÇOIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA |
| PROFESSEURS ÉMÉRITES | | M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET Mme M. WOLIKOW M. R. GARCIA M. J.-J. LASFARGUES M. A. LAUTROU M. G. LEVY | M. B. PELLAT Mme A. POLIARD M. J.-L. SAFFAR |

Liste mise à jour le 08 décembre 2023

Remerciements

À Mme le Professeur Géraldine Lescaille ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Diderot ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie-Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie – Université Paris Cité ; Chef de service de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ;

Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me portez en acceptant la présidence de ce jury de thèse d'exercice. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et ma gratitude.

À Mme le Professeur Marie-Laure Colombier ; Docteur en Chirurgie Dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris ;

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury ainsi que pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

À Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier , Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;

Pour l'honneur que vous me faites en participant à ce jury ainsi que pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver l'expression de mes remerciements les plus sincères.

À Mme le Docteur Isabelle Rodriguez ; Docteur en Chirurgie Dentaire ; Chef de Clinique des Universités – Assistante des Hôpitaux, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ;

Je vous remercie pour votre implication et le précieux temps que vous m'avez accordé dans l'encadrement de ma thèse d'exercice. Vos compétences m'ont permis de participer à l'élaboration d'une enquête au sein de l'univers hospitalier et vos précieux conseils m'ont aidé à mener à bout ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect et ma profonde gratitude pour votre disponibilité et vos enseignements.

À M. le Docteur Rafael Toledo ; Docteur en Chirurgie Dentaire ; Praticien Hospitalier ;

Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury et je vous remercie d'avoir été à l'origine de ce projet. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'intérêt de la consultation dédiée au suivi des traumatismes alvéolo dentaires du GHPS ainsi que d'analyser les changements à apporter suite à la mise en place d'une trame de consultation systématisée pour chaque patient selon les principes d'une évaluation des pratiques professionnelles. Cette consultation répondant à un besoin en lien avec l'importance de la prise en charge à court moyen et long terme lors d'un traumatisme alvéolo dentaire. En effet, il est clair qu'un suivi adapté au traumatisme selon son type et sa sévérité constitue un facteur protecteur dans le pronostic en prévenant notamment les éventuelles complications pulpaires ou parodontales. De ce fait et afin de parfaire la qualité du suivi, une trame de consultation systématisée a été mise en place pour pouvoir, à terme, comparer les critères de qualité avant et après la mise en place de ce modèle de consultation et ainsi identifier les écarts à améliorer. La création au cours de l'étude de critères de qualité ou indicateurs, correspondants à des points clefs de la prise en charge et fondés sur les directives de références, nous permettrons d'évaluer et d'analyser les pratiques. En conclusion, nous pourrons, apprécier les changements apportés et nous rapprocher des recommandations de bonnes pratiques attendues (IADT). L'évaluation des pratiques professionnelles permettant l'amélioration continue par une auto-évaluation et une auto-analyse.

Discipline ou spécialité :

Santé publique et Prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Traumatismes dentaires ; Gestion des soins aux patients

Rameau : Urgences en odontostomatologie ; Soins médicaux -- Évaluation

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Title : Evaluation of the consultation dedicated to the follow-up of dental trauma emergencies at the Pitié-Salpêtrière hospital group: principles of a professional practice assessment

Abstract :

The aim of this study is to evaluate the value of the GHPS consultation dedicated to the follow-up of dental trauma, and to analyze the changes to be made following the introduction of a systematized consultation form for each patient, based on the principles of an evaluation of professional practices. This consultation meets a need linked to the importance of short-, medium- and long-term management of dental trauma. Indeed, it is clear that a follow-up adapted to the type and severity of the trauma is a protective factor in the prognosis, in particular by preventing possible pulpal or periodontal complications. For this reason, and in order to perfect the quality of follow-up care, a systematized consultation form has been set up, with the ultimate aim of comparing quality criteria before and after the introduction of this consultation model, and thus identifying gaps that need to be improved. The creation of quality criteria or indicators, corresponding to key management points and based on reference guidelines, will enable us to evaluate and analyze practices. In conclusion, we will be able to assess the changes made, and move closer to the expected recommendations for good practice (IADT). The evaluation of professional practices enables continuous improvement through self-assessment and self-analysis.

Branch or specialty :

Public Health and Prevention

English keywords (MeSH) :

Tooth Injuries ; Patient Care Management

Publication type (MeSH) :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- AAE : American Association of Endodontists
- AME : Aide Médicale de l'État
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
- ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
- AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- CBCT : Cone Beam Computed Tomography
- CMI : Certificat Médical Initial
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CRU : Compte Rendu d'Urgence
- CSS : Complémentaire Santé Solidaire
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DPO : Délégué à la protection des données
- EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
- GHPS : Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- IADT : International Association of Dental Traumatology
- NR : Non Renseigné
- PEC : Prise En Charge
- TAD : Traumatisme Alvéolo Dentaire
- UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Table des matières

INTRODUCTION3

1 : LES URGENCES TRAUMATOLOGIQUES DENTAIRES5

- 1.1 BONNES RECOMMANDATIONS5
- 1.2 IMPORTANCE DU SUIVI5
- 1.3 LE TAUX DE SUIVI DES TAD DANS LA LITTERATURE8
- 1.4 LES DIFFERENTS TYPES DE FREINS AU SUIVI DES TAD9
 - 1.4.1 Accès aux soins9*
 - 1.4.2 Manque de sensibilisation10*
 - 1.4.3 Frein économique12*

2 : INTERET D'UNE CONSULTATION POST TRAUMATIQUE STRUCTUREE DANS LE SERVICE DES URGENCES13

- 2.1 PARCOURS PATIENT13
- 2.2 LE DOSSIER PATIENT REVELATEUR DE DYSFONCTIONNEMENTS.14
- 2.3 LA CONSULTATION POST TRAUMATIQUE14

3 : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES16

- 3.1 PRINCIPES GENERAUX16
- 3.2 AUDIT CLINIQUE17
- 3.3 ÉLABORATION DES CRITERES DE QUALITE17

4 : ÉTUDE19

- 4.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE19
- 4.2 MATERIELS ET METHODES19
 - 4.2.1 Type d'étude19*
 - 4.2.2 Objectifs19*
 - 4.2.3 Population20*
 - 4.2.4 Déroulement de l'étude21*
 - 4.2.5 Élaboration d'une grille d'évaluation21*
 - 4.2.6 Recueil de données24*
 - 4.2.7 Analyse des données25*
 - 4.2.8 Démarche éthique25*
- 4.3 RESULTATS25
 - 4.3.1 Présentation du Flow Chart25*
 - 4.3.2 Caractéristiques sociales de la population admise dans l'étude26*

- 4.3.3 Résultats concernant la délivrance du CMI28
- 4.3.4 Résultats concernant le remplissage des questionnaires médicaux29
- 4.3.5 Résultats concernant l'évaluation de l'état pulpaire30
- 4.3.6 Résultats concernant la réalisation d'examens radiologiques 2D30
- 4.3.7 Résultats concernant l'orientation finale du patient31
- 4.3.8 Résultats concernant la file active de l'étude34
- 4.3.9 Résultats généraux35

5 : DISCUSSION37

- 5.1 CONCERNANT LA POPULATION DE L'ETUDE37
- 5.2 CONCERNANT LA QUALITE DE REMPLISSAGE DES DOSSIERS PATIENTS40

6 : LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES FAIBLESSES DE L'ETUDE42

- 6.1 LES DIFFICULTES RENCONTREES42
- 6.2 LES FAIBLESSES DE L'ETUDE42

CONCLUSION44

BIBLIOGRAPHIE45

TABLE DES FIGURES49

TABLE DES TABLEAUX50

ANNEXES51

Introduction

De nos jours, les traumatismes alvéolo dentaires (TAD) constituent une des typologies d'urgences les plus fréquentes de notre pratique quotidienne et concernent de nombreux patients : 33 % des adultes et 25 % de tous les écoliers ont déjà fait l'expérience d'un traumatisme dentaire (1).

La prise en charge des TAD est fondée sur les travaux d'Andreasen (2) (3) et des protocoles qui suivent les recommandations de l'International Association of Dental Traumatology (IADT) de 2012 en association avec l'American Association of Endodontists (AAE).

Il est largement admis dans la littérature (4) qu'un TAD doit être pris en charge immédiatement ou du moins le plus rapidement possible. La consultation d'urgence permet de recueillir toutes les informations nécessaires à la pose d'un diagnostic, permet la prise d'une décision thérapeutique et la réalisation de l'acte d'urgence. Si l'acte d'urgence, lorsqu'il est réalisé dans les délais adéquats selon les bonnes recommandations de l'IADT, permet d'améliorer nettement le pronostic de la dent traumatisée, il reste cependant un préambule au processus de guérison.

En effet, dès le diagnostic posé, un calendrier de suivi doit être instauré avec des dates différenciées selon le type et la sévérité du traumatisme subi. Un suivi strict et régulier ayant été démontré comme facteur protecteur dans le pronostic de la dent traumatisée.

Jusqu'en 2021, les patients qui se présentaient à l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) avec pour motif de consultation un TAD étaient traités en urgence selon les bonnes recommandations de l'IADT, recevaient les conseils d'hygiène alimentaires et de suivi. Ils repartaient avec le compte rendu d'urgence (CRU) standardisé regroupant l'ensemble des données de la première consultation d'urgence et le certificat médical initial (CMI). Puis, ils étaient réorientés vers le droit commun pour le suivi, le plus souvent chez un praticien de ville. Or une étude prospective de 2019 réalisée dans la même unité, sur l'évaluation du suivi des patients ayant eu un TAD (5) a montré que 27 % d'entre eux n'avaient réalisé aucun suivi.

C'est pourquoi, afin de faciliter la mise en place de ce suivi pour les patients, d'améliorer le pronostic et d'éviter une perte de chance de la dent traumatisée, une consultation dédiée au suivi des urgences traumatologiques vue dans le cadre de l'unité fonctionnelle a été mise en place au sein de l'Institut de Chirurgie Dentaire du GHPS.

De plus, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, une trame d'anamnèse et examen clinique à appliquer de manière systématique pour chaque patient au sein de cette consultation a été instaurée dans un deuxième temps. Cette thèse a pour objectif d'évaluer la consultation de suivi ainsi que d'identifier les modifications apportées par la trame à travers une analyse de critères de qualités ou

indicateurs. Pour répondre à cet objectif, nous avons réalisé une étude comparative évaluant la consultation avant et après la mise en place systématique de la trame de consultation dans l'idée d'une évaluation des pratiques professionnelles.

1 : Les urgences traumatologiques dentaires

1.1 Bonnes recommandations

La prise en charge des urgences traumatiques dentaires est transversale et pluridisciplinaire. Un guide regroupant l'ensemble des lignes directrices à suivre a été rédigé en 2001 par un groupe d'enquêteurs et de spécialistes en se basant sur les études dirigées par Andreasen qui est un pilier dans le développement de notre connaissance en traumatologie dentaire (2) (3). Ce recueil a été réactualisé deux fois depuis, constituant la référence à ce jour dans la prise en charge immédiate et à court terme des urgences traumatiques (4).

La société internationale de traumatologie ou « *International Association of Dental Traumatology* » (IADT) permet ainsi de minimiser les pertes de chances de la dent traumatisée en prévenant au mieux les complications éventuelles dues au caractère complexe de la prise en charge.

1.2 Importance du suivi

La prise en charge immédiate et à court terme du traumatisme dentaire selon les bonnes recommandations de l'IADT constitue seulement l'ébauche du processus de guérison.

Dans la littérature, plusieurs auteurs exposent, via des revues, le caractère fondamental du diagnostic précoce et du suivi (6) (7) (8) ; le but étant de prévenir le plus tôt possible par un examen clinique et radiologique l'apparition de complications.

Tableau 1 : Recommandations de suivi d' un TAD selon l'IADT (4)

| 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-radiculaire sans expo pulpaire | 6/8 semaines puis à 1 an |
| Fracture corono-radiculaire avec expo pulpaire | 6/8 semaines puis à 1 an |

| | |
|--|--|
| Concussion | 1-2 mois puis 1 an |
| Fracture radiculaire 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 |

Source : Levin et al., « International association of dental traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries : general introduction », 2020.

L'ensemble de ces études a montré que plusieurs variables entrent en jeu dans le pronostic de la dent traumatisée (6) (7) (8). Les revues étudiées ont cherché à évaluer le pronostic pulpaire en fonction de différents facteurs tels que le délai entre l'apparition du TAD et la réalisation du traitement d'urgence, la qualité de ce traitement, la présence de fractures associées, la maturité radiculaire de la dent.

Il a été conclu que pour la majorité des TAD le délai de fixation du diagnostic initial et celui de réalisation du traitement d'urgence influent sur le pronostic général de la dent traumatisée mais dépend également de facteurs de risque.

Dans la majorité des TAD, une nécrose pulpaire précoce survient dans les 3 mois suivant le jour du traumatisme (9) et le suivi est essentiel durant cette période. En effet, la nécrose pulpaire constitue la complication la plus fréquente des TAD et appelle donc à la vigilance des chirurgiens-dentistes

particulièrement pendant cette période, à maintenir pendant minimum 1 an permettant la détection de nécroses retardées.

L'étude de Al-Nazhan et Al de 1995 (10) a comparé la survenue des nécroses pulpaire en fonction du suivi instauré (précoce ou retardé) et a confirmé une augmentation de l'apparition de nécrose pulpaire lorsque la prise en charge et le suivi du TAD étaient retardés.

Tableau 2 : Taux d'apparition des nécroses pulpaire suite à un TAD en fonction du type de traumatisme et du délai de traitement (10)

| 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 |

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

Source : Al-Nazhan et al., « Evaluation of the effect of delayed management of traumatized permanent teeth », 1995.

1.3 Le taux de suivi des TAD dans la littérature

En 2022, une étude a été réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice au sein du service de pédodontie du CHU de Bamako afin d'étudier les traumatismes alvéolo dentaires (11) . Cette étude a montré que la majorité des patients avaient un suivi de 1 mois, dans 89,5 % des cas (n= 87), tandis que 2 % d'entre eux ont poursuivi les visites de contrôle pendant 6 mois comme le recommande l'IADT pour la plupart des TAD.

Dans cette étude, les raisons justifiant une négligence dans le suivi sont l'absence de symptômes, le manque de sensibilisation concernant les séquelles et les complications éventuelles faisant suite aux TAD ainsi que les incompatibilités d'emploi du temps (activités extra-scolaires).

L'étude menée en 2019 (5) avait pour objectif d'analyser le taux de suivi des patients admis dans l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires du GHPS pour un traumatisme alvéolo dentaire.

Tous les patients ayant accepté de participer à l'étude ont rempli un questionnaire d'enquête puis ont été rappelés 3 mois après la consultation d'urgence pour connaître l'évolution du suivi et savoir s'ils avaient pu respecter les recommandations délivrées par le praticien.

Parmi les réponses collectées, 27 % des patients n'avaient bénéficié d'aucun suivi, ni à l'hôpital ni chez un praticien de ville tandis que 73 % des patients avaient pu maintenir une bonne observance (vu 3,3 fois en moyenne).

L'étude menée par D B Gustafson (12) dont l'objectif est d'évaluer le taux de suivi des patients après un TAD dans le service d'urgence hospitalier du Nationwide Children's Hospital à Columbus dans l'Ohio (USA) suit les données de la littérature et rejoint notamment les résultats de l'étude menée en 2019 au GHPS. En effet, 25 % des patients n'avaient pas effectué de suivi.

L'ensemble de ces études montre que, tant pour les adultes que les enfants, il existe un manquement dans l'application des recommandations de suivi prodiguées par le chirurgien-dentiste lors de la première consultation d'urgence.

1.4 Les différents types de freins au suivi des TAD

Dans la littérature, plusieurs articles ont recensé les obstacles au suivi adéquat suite à un traumatisme alvéolo dentaire (13) (14) (15).

Parmi les plus fréquents on peut noter :

- L'accès aux soins qui peut être limité pour certains patients, en fonction de la situation géographique (zone sous-dotées) et/ou de l'indisponibilité des praticiens ;
- Le manque de sensibilisation des patients au suivi régulier nécessaire après un traumatisme alvéolo dentaire entraînant une négligence et une incompréhension face à l'intérêt de celui-ci.
- Le manque de sensibilisation ou de formation des praticiens dans la gestion de la sévérité de ces situations à court et long terme ;
- La contrainte économique / frein financier qui constitue un obstacle majeur pour une population de patients qui ne bénéficie pas toujours d'une couverture sociale suffisante ;
- Les contraintes personnelles ou professionnelles des patients (les horaires fixes de bureau, les engagements familiaux, les activités scolaires et extra scolaires pour les enfants) ;
- La levée des symptômes suite à la gestion de l'urgence, qui dissuade le patient de poursuivre le parcours de soins.

1.4.1 Accès aux soins

L'accès aux soins est une problématique majeure dans des régions sous dotées.

En 2020, une étude a été réalisée dans les services d'odontologie du Havre et de Rouen (13) dans le but de comprendre pourquoi les patients qui avaient la possibilité de consulter des praticiens en villes dans des cliniques, centres ou cabinets privés se tournaient vers les services hospitaliers. Les résultats ont montré que pour 91 % des patients interrogés, « il est difficile de trouver un chirurgien-dentiste » tandis que 78 % d'entre eux ont exprimé l'incapacité d'obtenir un rendez-vous en ville dans des délais adéquats. De plus, 34 % des patients ont affirmé ne pas avoir de praticien traitant et donc être plus susceptibles à avoir du mal pour décrocher un rendez-vous rapidement (2020).

En 1999, une étude a été réalisée (16) afin de déterminer le taux de suivi des patients sortant du service des urgences pour un TAD et ayant reçu l'ordre d'obtenir une réévaluation extérieure à 48 heures. Sur les 300 patients inclus dans l'étude, 67 % ont pu obtenir un suivi conformément aux instructions données et 34 % d'entre eux n'ont pas réussi à obtenir de rendez-vous à 48h.

La présence de déserts médicaux et l'indisponibilité des praticiens constituent des facteurs limitants à la prise de rendez-vous de suivi après un TAD.

En 2023, un projet de partenariat entre un cabinet rural et le collège de médecine dentaire de l'université de Floride a été mis en place afin d'améliorer l'accès aux soins dentaires dans ces zones de déserts médicaux (17). Le but était d'évaluer l'impact de ce partenariat sur l'accès aux soins dentaire et d'identifier les obstacles coexistant rencontrés par cette population. Les résultats ont montré que 45 % des patients ont assisté à tous leurs rendez-vous et ont abouti leur suivi tandis que 62 % ne l'ont pas fait. Les causes évoquées comprenaient le coût économique (32 %), le manque de temps (24 %), l'obtention de soins dans un autre cabinet (12 %), la peur (7 %), les problèmes de transport (4 %).

Ainsi, le développement de projets pour améliorer l'accès aux soins dentaires dans les zones isolées permet d'accroître les possibilités de soins mais des obstacles persistent et peuvent avoir une incidence sur la délivrance des soins et le respect du suivi.

Dans les zones urbaines, où les cliniques privées, les cabinets et les centres sont en plein développement, l'obtention d'un rendez-vous se révèle être plus accessible. Cependant, il faut faire face à d'autres difficultés comme les transports en commun, les horaires fixes de bureau etc.

En 2020, une étude a été menée en Grande Bretagne (14) pour illustrer la présence de disparités dans l'accès aux soins notamment via les transports en commun qui constituent un obstacle courant à la santé bucco-dentaire. Les résultats de l'enquête ont montré que seuls 75,1 % de la population écossaise et 79,6 % de la population anglaise avaient accès à un arrêt de bus à haute fréquence. La recherche s'est également intéressée aux résidents ruraux écossais et anglais dont 40,7 % et 33,7 % n'avaient respectivement accès à aucun transport public. Ainsi, malgré l'essor en ville d'établissements privés, l'accès au parcours de soins demeure incertain.

1.4.2 Manque de sensibilisation

- Des patients

En 2022, un étude menée par J. Tian et Jji Lim (18) a évalué le taux de connaissances des parents et des entraîneurs envers les TAD au sein d'un centre de clubs sportifs dans la région de Brisbane en Australie. Un questionnaire comportant 31 items regroupant des questions concernant les fractures de dents permanentes, les avulsions provoquées et la gestion de prise en charge a été distribué à chacun des participants de l'étude. Les résultats ont montré que les connaissances des parents étaient plus faibles concernant la gestion de l'avulsion des dents permanentes avec un score de 9,5 %, suivi de la gestion des lésions des dents temporaires (17,5 %) et de la gestion des fractures et lésions parodontales des dents permanentes (29,4 %). Il existe donc des lacunes dans l'éducation des parents concernant la prise en charge des TAD et leurs conséquences dans le temps.

- Des praticiens

L'étude de Rafael Hartmann publiée en 2019 (19) avait pour but d'évaluer le niveau de connaissances des dentistes du Rio Grande do Sul au Brésil sur la prise en charge à court et long terme des TAD. Une enquête par questionnaire électronique a été menée et a pu récolter 1414 réponses. La connaissance moyenne globale auto déclarée des traumatismes dentaire était de 5,87 sur un score maximal possible de 12. Ainsi, la conclusion de cette analyse était que les connaissances globales des dentistes du Rio Grande do Sul étaient modérées concernant la gestion des TAD et laisse penser que les recommandations concernant le suivi ne sont pas forcément délivrées avec autant d'importance que nécessaire. Cela souligne l'intérêt d'une formation continue dans cette thématique.

En Australie, une enquête par questionnaire a également évalué le niveau d'aptitude des dentistes quant à la prise en charge des lésions traumatiques dentaires en particulier concernant les incisives maxillaires (20). Le taux de réponses retourné fut de 61 %. Dans l'ensemble, les résultats ont montré que les dentistes avaient des connaissances modérées en matière de gestion des TAD. Les lacunes concernaient aussi les aspects de la base biologique des conséquences d'un traumatisme. Suite à cette enquête, il en a été déduit qu'un programme de formation continue serait nécessaire pour pallier à ce constat.

Ainsi, tous les professionnels de santé tels que des médecins généralistes, urgentistes ou dentistes omnipraticiens peuvent être amenés à rencontrer dans leur pratique quotidienne des patients victimes de TAD et l'absence de formation spécifique ou continue peut-être à l'origine d'erreurs dans la prise en charge que ce soit à court, moyen ou long terme.

1.4.3 Frein économique

Le système de santé français permet l'accès aux soins dentaires de diverses manières notamment en ayant mis en place la Sécurité Sociale pour tous résidents français en situation stable.

Cependant, malgré la réforme 100 % santé, plus d'un français sur six déclare avoir déjà renoncé aux soins dentaires et en majorité à cause de la barrière financière (15).

Dans d'autres pays, où le système d'assurance maladie est différent, les patients peuvent aussi être dissuadés de poursuivre leurs soins.

L'étude de Thompson et al publiée en 2014 (21) illustre ce problème majeur. En effet le but de l'investigation était de déterminer les caractéristiques socio-économiques des canadiens qui rapportent des obstacles au coût des soins dentaires. Les résultats ont pu être obtenus à partir d'une analyse des données recueillies dans le cadre de l'Enquête Canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 sur un échantillon de 5586 canadiens âgés de 6 à 79 ans. Il a ainsi été rapporté qu'environ 17,3 % des répondants avaient évité un professionnel dentaire en raison du coût au cours de l'année précédente et 16,5 % avaient refusé le traitement recommandé par le praticien car trop onéreux. De plus, près d'un canadien sur cinq interrogés a exposé la barrière financière en ce qui concerne les soins bucco-dentaires.

Malgré une prise en charge conforme aux recommandations de l'IADT en urgence, la survie de la dent traumatisée repose également sur la gestion au long terme du traumatisme par un suivi rigoureux et fait donc intervenir des tierces personnes tels que des chirurgiens-dentistes installés dans des cabinets privés ou des centres cliniques en ville. Cependant, il a été admis que l'obtention d'un rendez-vous se heurtait à divers obstacles.

Ainsi, il est légitime de réfléchir à une solution afin de pallier aux nombreuses difficultés rencontrées par les patients dans la recherche de rendez-vous en ville pour assurer le suivi et permettre d'éviter la baisse du pronostic des dents touchées par les TAD.

La partie suivante étudie donc le bénéfice que peut apporter l'intégration à l'hôpital d'une consultation de suivi proposée systématiquement aux patients victimes de TAD se présentant aux urgences bucco-dentaires de la Pitié-Salpêtrière.

2 : Intérêt d'une consultation post traumatique structurée dans le service des urgences

2.1 Parcours patient

Le cheminement du patient qui se présente à l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires du GHPS suit des étapes bien définies.

Figure 1 : Parcours de soins du patient au sein du service d'urgences du GHPS

Le patient se présente à l'accueil de l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires du GHPS avec pour motif de consultation un TAD.



Le dossier du patient est créé et les soignants sont alertés de son arrivée par l'affichage d'un voyant rouge (d'urgence) sur le logiciel Urqual.



Le patient est conduit en zone d'attente spécifique où il patiente jusqu'à sa prise en charge par les praticiens.



Le patient est pris en charge par le soignant.



Le soignant remplit le CRU via le logiciel Urqual sur la base de ses observations et des dires du patient. Il retranscrit ces données dans le CMI (document médico-légal) qu'il remet au patient.



Le soignant libère le patient après avoir réalisé les soins d'urgences (si nécessaire), délivré les explications concernant l'utilisation et l'envoi du CMI, ainsi que des conseils d'hygiène et alimentaires. Depuis 2019, le soignant propose au patient un RDV en consultation post traumatique

Source : Auteur, 2023.

2.2 Le dossier patient révélateur de dysfonctionnements.

Le dossier patient est un élément essentiel dans le parcours de soins. Sa bonne constitution et sa juste tenue sont, en partie, garants de la bonne prise en charge à long terme du patient dans l'établissement de santé via un suivi adéquat de son cheminement (22).

De plus, le dossier médical et le CRU sont obligatoires dans les hôpitaux publics (23). Les professionnels de santé travaillant à l'hôpital sont donc tenus de respecter ces règles et de remplir au mieux les CRU en se basant sur leurs observations cliniques afin de ne pas constituer un obstacle dans la potentielle prise en charge ultérieure du patient.

Cependant, l'étude de 2019 (5) a révélé la présence de défauts au sein du dossier patient notamment dans le remplissage des comptes rendus d'urgence. Il a été révélé que seulement 9 CRU (n=488) ont été remplis à plus de 50 % et qu'aucun d'entre eux ne l'ont été à 100 %.

Le manquement dans le remplissage des CRU n'a pas été associé à un horaire précis de la journée, ni à un jour préférentiel de la semaine, et se rapproche plutôt à des oublis.

De plus, une étude de 2011 (24) chargée d'évaluer la tenue des dossiers pharmaceutiques d'une unité de soins du CHU d'Eprenay a montré que les caractéristiques des patients étaient complètes dans seulement 7 % des dossiers exploités pour l'étude (n=107).

Le dossier patient, étant le témoin de l'activité des professionnels de santé, permet l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'établissement de santé. En effet, il reflète, de par sa tenue, l'organisation dans l'hôpital et le parcours de soins et, est donc un outil pour les mesurer et conduire à une démarche de restructuration.

2.3 La consultation post traumatique

Suite à l'étude de 2019 (5) qui a révélé que le suivi des patients reçus au GHPS pour un TAD était insuffisant malgré les explications prodiguées en urgences et aux reconsultations des patients faute de pouvoir mettre en place leur suivi en ville la consultation post traumatique a été créée dans le but de faciliter et d'assister au suivi des patients.

La consultation est ainsi proposée systématiquement lors de la séance d'urgence à tout patient du GHPS victime de TAD.

Au cours de la séance, le soignant, qui s'est au préalable renseigné sur le patient via son dossier, refait le point sur le questionnaire médical et s'assure que les données exprimées le jour de l'urgence sont exactes et complètes. En effet, avec le choc du traumatisme, il se peut que le patient ait été dérouté au moment de l'élaboration du dossier.

La notion de choc émotionnel succédant le traumatisme physique est réelle et développée dans plusieurs études qui proposent des approches ou thérapies pour « appréhender » les effets ou séquelles post-traumatiques (25) (26).

Ainsi, le soignant pose au patient des questions relatives au traumatisme et à la prise en charge aux urgences, s'assure que le certificat médical initial et les explications le concernant ont bien été délivrés. Enfin, il poursuivra la séance en réalisant des tests diagnostiques, des examens radiologiques ou des soins si nécessaires.

Lorsque la séance est terminée, le soignant refixe ou non un rendez-vous de suivi en fonction de la situation clinique. Il peut également orienter le patient vers une prise en charge interne au sein même de l'hôpital ou choisir de le guider vers une prise en charge externe en ville.

3 : Évaluation des pratiques professionnelles

3.1 Principes généraux

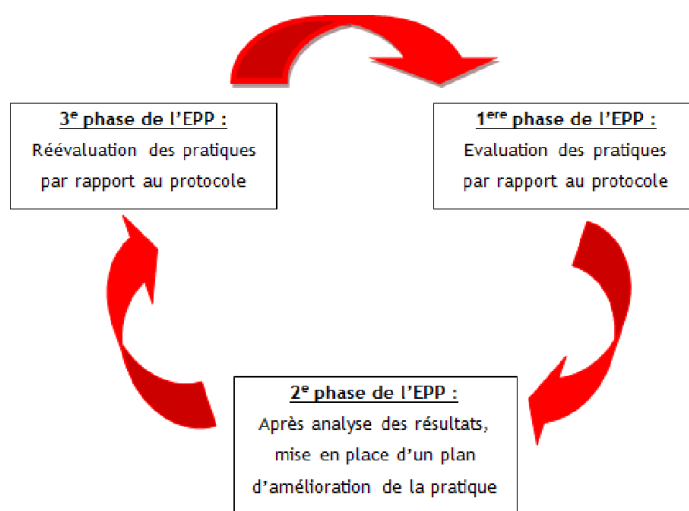
Dans le but d'une amélioration constante de la qualité des services dispensés par l'hôpital, il est intéressant de régulièrement reconsidérer les pratiques par des auto analyses. Telle est la mission confiée à l'Agence Nationale pour le Développement Médicale (ANDEM) par la loi du 31 juillet 1991 et également une des priorités de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée par les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret du 7 avril 1997.

C'est ainsi que, d'abord considérée comme une exigence éthique, l'évaluation des pratiques professionnelles est prévue par la loi du 13 août 2004 puis définie par le décret d'application du 14 avril 2005 (27).

« Art. D. 4133-0-1. - L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. »(29)

« L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. » (29)

Figure 2 : principes généraux d'EPP (30)



Source : Saily, « Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal », 2015.

3.2 Audit clinique

La démarche d'évaluation employée est celle de l'audit clinique, méthode dynamique confrontant les pratiques de soins actuelles aux pratiques de référence.

Elle est l'approche de référence validée par la haute autorité de santé (HAS) et expérimentée depuis plus de 10 ans par l'Anaes (31).

Elle est composée des six étapes suivantes :

- Choix du thème / initialisation de l'étude : il est préférable de limiter l'audit à un service de l'établissement de santé pour plus d'aisance dans l'organisation.
- Choix des critères / constitution du référentiel.
- Choix de la méthode de mesure : étude sur une base rétrospective (plus grande fiabilité des résultats) ou prospective (enquête de pratiques dans le cas où les mesures correctrices sont immédiatement mises en place).
- Recueil des données par un ou plusieurs membres du projet.
- Analyse et interprétation des résultats : sous forme de graphiques ou tableaux de préférence.
- Plan d'actions d'amélioration et réévaluation : élaboration de nouvelles recommandations suivants les résultats observés.

3.3 Élaboration des critères de qualité

La mise en place des critères de qualité est une étape clef dans la procédure d'EPP. Elle est l'étape qui nécessite d'ailleurs le plus de temps et d'assiduité. En effet, d'elle en découle les éléments qui constituent les fondements de la comparaison des différentes pratiques et qui répondent aux objectifs de l'amélioration des actions de santé.

Fondés sur les recommandations de bonnes pratiques, ces critères sont mesurables et listés de manière précise, en utilisant des termes simples, pertinents et compréhensifs sous forme de question

dont la réponse est fermée et binaire. Ils sont préférentiellement en nombre restreint et visent une population pré définie en amont. Ils constituent ainsi une grille d'évaluation.

L'évaluation des pratiques professionnelles est donc une action d'évaluation, d'analyse et d'amélioration qui s'inscrit dans une démarche obligatoire requise de développement professionnel continu (DPC).

Devenue un véritable sujet de santé publique en répondant à la question de la mesure de la qualité des soins, l'EPP est donc fondamentale dans le système de Santé.

C'est la raison pour laquelle, préoccupés de la qualité des soins prodigués au GHPS, nous développerons dans la partie suivante notre étude qui consiste à réaliser une évaluation de la consultation post traumatique mise en place dans notre établissement depuis 2019 basée sur les principes d'une EPP.

4 : Étude

4.1 Contexte de l'étude

La consultation post traumatique permet depuis plus d'un an d'assurer le suivi de nombreux patients en leur proposant dès la consultation d'urgence d'intégrer le programme de suivi du GHPS. Cela permet de pallier certains obstacles évoqués comme l'indisponibilité des praticiens de ville dans les délais indiqués.

Cependant, la consultation post traumatique reste confrontée à d'autres problèmes notamment administratifs tels que le remplissage des dossiers patients qui sont dans certains cas défectueux et qui freinent la bonne observation de cette dernière.

Le but de cette étude est d'abord d'identifier les manquements de la consultation post traumatique par un audit clinique diagnostique initial qui a permis de mettre avant des manques et créer les indicateurs à suivre puis de mettre en place un plan d'amélioration afin de parfaire la qualité du suivi.

4.2 Matériels et méthodes

4.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective unicentrique avec recueil de données sur le suivi post traumatique réalisée au sein de la consultation post traumatique du GHPS.

4.2.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation des pratiques professionnelles internes de la consultation post traumatique, à savoir une auto analyse ou auto critique visant son amélioration.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la qualité du suivi des patients ayant subi un TAD et se présentant au service des urgences bucco-dentaires du GHPS. En effet, à travers l'évaluation de la consultation traumatologique, on cherchera à s'assurer de la mise en place d'une prise en charge et d'un suivi pour les patients victimes de TAD. On s'intéresse également à la juste tenue des dossiers de la consultation post traumatique (bon recueil des informations) qui reflète sa qualité. On évaluera également, à travers cette étude, les bénéfices de l'apport d'une trame d'anamnèse et d'examen clinique à l'organisation de la consultation post traumatique.

Cela nous permettra d'analyser le taux de suivi des patients après un TAD selon les bonnes recommandations de l'IADT.

4.2.3 Population

La population source de notre étude regroupe l'ensemble des patients inscrits à la consultation post traumatique du GHPS.

Ainsi, nous avons tout d'abord extrait via le logiciel UrQual l'ensembles des dossiers patients affiliés aux diagnostics suivants (classification CIM10) sur la période du 01/09/2022 jusqu'au 30/06/2023 :

- 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 : facture coronaire et/ou radiculaire sans exposition pulpaire,
- S0251 : fracture coronaire et/ou radiculaire avec exposition pulpaire,
- S0260 : fracture alvéolaire mandibulaire fermée,
- S0261 : facture alvéolaire mandibulaire ouverte,
- S032 : luxation et subluxation dentaire,
- S0321 : intrusion dentaire,
- S0322 : avulsion traumatique dentaire.

Nous avons ensuite sélectionné parmi ces dossiers, ceux qui répondaient aux critères de l'étude, à savoir, les dossiers des patients inscrits à la consultation post-traumatique pour le suivi.

La population de l'étude devait ainsi répondre aux critères d'inclusions suivants :

- Âge supérieur à 15 ans
- Dont l'admission aux urgences s'est faite entre 8h30 et 18h30. (En effet, les gardes de nuits étant sous la responsabilité d'internes et de seniors extérieurs à notre service, ils n'avaient pas la possibilité d'inscrire des patients en consultation post traumatique)
- Présent à son 1^{er} rendez-vous en consultation post-traumatologie

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Motif de consultation autre que le TAD
- Refus de participation à l'étude

4.2.4 Déroulement de l'étude

Cette étude a été menée sous la forme d'une enquête par recueil de données à partir des dossiers des patients inscrits dans l'étude.

Les objectifs et le programme de l'étude ont été expliqués par la responsable du projet aux membres de l'équipe ainsi qu'aux internes/externes chargés de la consultation post traumatique.

Notre étude s'est déroulée sur 10 mois et s'est organisée en deux périodes distinctes.

La première période qui s'est écoulée du 1^{er} septembre 2022 au 30 décembre 2022 représente la phase rétrospective de l'étude.

Pour ce groupe de patients, le consentement a été obtenu via une note envoyée par courrier à leur domicile. L'absence de réponse au courrier correspondait à une adhésion à l'étude et, à l'inverse, le refus de participation était indiqué par un retour manifestant leur négation.

Constatant les manques dans le remplissage de certains comptes rendus d'urgence nous avons conçu une trame d'anamnèse fondée sur les recommandations de bonnes pratiques énoncées dans l'IADT ce qui a constitué la 1^{ère} phase de L'EPP.

La phase prospective de l'étude (phases 2 et 3 de l'EPP) couvre la période du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2023 et fait suite à l'introduction de la trame d'anamnèse (annexe 1) à appliquer systématiquement pour chaque patient.

Dans ce cas-là, le consentement de participation était signé directement le jour de la consultation.

Tout au long de l'étude les éléments ont été rassemblés dans une grille d'évaluation regroupant des critères de qualités.

4.2.5 Élaboration d'une grille d'évaluation

Nous avons réfléchi la trame de consultation au regard des éléments fréquemment manquants dans les dossiers patients et dont nous avons besoin pour mettre en place un suivi de la manière la plus appropriée, mais aussi pour revenir sur la consultation d'urgence et ses manquements éventuels. Et ce, afin de rendre la consultation post-traumatique la plus pertinente possible et en accord avec les recommandations de l'IADT.

Une grille d'évaluation est un outil d'analyse permettant de cibler les paramètres à améliorer. Nous avons donc d'abord rassemblé l'ensemble des éléments de la consultation post traumatique à optimiser/ perfectionner, nous les avons reformulés, puis réunis dans un tableur Excel (annexe 3).

Le choix des critères de jugement est basé sur les recommandations de bonnes pratiques :

- *Critère n°1 : Couverture sociale*

Cet élément représente la couverture du patient, à savoir s'il est affilié à une mutuelle ou un organisme, ou s'il ne relève d'aucune couverture médicale.

Lorsque le statut social du patient n'est pas indiqué dans le compte rendu post traumatique, la case correspondante du tableur est remplie « non renseigné ».

Les conclusions de cet item sont basées sur l'échantillon total de l'étude.

- *Critère n°2 : Vérification de la délivrance du certificat médical initial (CMI)*

Le CMI (annexe 4) est un document médico-légal à restituer à chaque patient venant en urgences pour un traumatisme alvéolo dentaire (32). Il constitue un constat de l'état des blessures au moment de l'urgence et sert de référence pour l'indemnisation des futurs soins nécessaires dans le cadre de l'accident. Sa distribution et son explication détaillée témoignent de la qualité des soins en respectant les recommandations actuelles données par l'IADT.

La réponse à cet item dans la grille d'évaluation est « oui » lorsque le patient certifie qu'il l'a bien reçu en urgences, « non renseigné » sinon.

À travers cet item, on cherchera à savoir si l'externe en charge de la consultation traumatique a questionné le patient quant à la délivrance du CMI en urgences et les explications le concernant. On notera dans ce cas les réponses de la population du groupe A en les comparant à celle du groupe B.

- *Critère n°3 : Remplissage du questionnaire médical*

Le questionnaire médical est un outil médico-légal du dossier patient défini dans le code de Santé publique (31). Il doit être rempli dès la première consultation et ce, même dans un contexte d'urgence. Il informe sur l'état de santé actuel du patient, sur les traitements chirurgicaux et médicamenteux antérieurs et courants du patient.

Ce critère répond à 3 questions :

- Présence ou non de maladies
- Existence de traitements médicamenteux en cours

- Présence ou non d'allergies

La réponse est « oui » si les 3 éléments sont renseignés et « non » en l'absence d'un élément.

Le remplissage du questionnaire médical n'a pas de lien direct avec le TAD et représente plutôt une obligation absolue dans le remplissage du dossier patient, quelle que soit la discipline. Nous rapportons tout de même cette information pour estimer l'assiduité des étudiants à tenir le dossier médical des patients.

On opposera ici les réponses recueillies sur la population du groupe A à celle du groupe B.

- *Critère n°4* : Évaluation de l'état pulpaire

Selon l'IADT, l'état pulpaire de la dent traumatisée doit être réévalué à chaque séance de suivi afin d'intercepter d'éventuelles complications le plus rapidement possible (4). L'évaluation de l'état pulpaire passe par la réalisation de tests thermiques : au froid à l'aide d'une boulette de coton et un spray réfrigérant ou au chaud à l'aide d'une pointe de gutta percha ou par un test électrique (33).

La réponse à cet item est « oui » lorsqu'un des trois tests cités était réalisé lors de la consultation post traumatique.

- *Critère n°5* : Réalisation d'examen radiologique

Les examens radiologiques sont des analyses complémentaires permettant d'apporter des informations supplémentaires notamment la présence de potentiels fractures radiculaires, résorptions, etc.

Lors du suivi, les examens radiologiques permettent de détecter l'apparition d'une réponse pulpaire à l'agression (rétraction pulpaire dans le cas d'oblitération pulpo-canalair), d'une lésion osseuse ou parodontale, et dans le cas où la lésion était déjà présente, d'en suivre l'évolution.

La réponse à ce critère est « oui » si des examens radiologiques 2D (orthopantomogramme / radio rétro alvéolaire) sont réalisés au cours de la séance de suivi.

- *Critère n°6* : Orientation de prise en charge

Ce paramètre évoque la prise en charge future du patient après son passage en consultation post traumatique. Il est choisi par le praticien selon la sévérité du traumatisme, la couverture sociale du patient, ainsi que les exigences personnelles de ce dernier.

Pour cet item, les cases sont remplies par « interne », « externe » ou « non renseigné » et se base sur l'échantillon total de l'étude.

- Critère n°7 : file active

La file active de l'étude représente le cheminement/diagramme de flux de la population en se basant sur le nombre de patients de la population source, à savoir, l'ensemble des patients âgés de plus de 15 ans victimes de TAD vus aux urgences du GHPS entre 8h30 et 18h30 jusqu'à la population retenue pour l'étude, à savoir, le nombre de patients qui ont obtenu un rendez-vous en consultation post traumatique et permet d'en estimer le rapport.

4.2.6 Recueil de données

L'extraction des données a été réalisée via les logiciels Urqual et Orbis au sein du GHPS.

Les données ont pu être totalement collectées en 4 visites à l'hôpital étalées entre les mois de janvier et juin et ont été aussitôt saisies à chaque visite dans le tableur Excel permettant leur traitement et leur exploitation.

La clause d'anonymat a pu être respectée par l'élaboration d'un tableau à l'aide du logiciel Excel regroupant l'identité de chaque patient et leur attribuant aléatoirement un numéro d'anonymat. Celui-ci est protégé par un code connu seulement des membres de l'équipe chargés du recueil de données.

Au cours de notre étude, le recueil de données a été réalisé sur deux cycles de respectivement 3 mois et 7 mois qui se distinguent par la mise en place de notre trame de consultation afin d'obtenir le même nombre de patient avant et après la mise en place de la trame.

Le premier recueil recouvre la période du 1^{er} septembre 2022 au 30 décembre 2022 et permet d'acquérir une meilleure connaissance de la situation actuelle. Ce recueil est un outil initial de diagnostic qui permettait d'identifier dans un premier temps les manques de la consultation post traumatique.

Le deuxième recueil concerne la période du 1^{er} janvier 2023 au 30 juin 2023. Il a permis de révéler les potentiels réajustements immédiats observés et ainsi de commenter l'application ou non des critères de qualité.

- ⇒ Mesurer l'application du référentiel dans le service.
- ⇒ Valider la présence ou l'absence des critères dans l'exercice des pratiques.

4.2.7 Analyse des données

Les données recueillies grâce au tableau Excel ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive. Les données ont pu être exploitées à l'aide de diagrammes comparatifs réalisés à partir du logiciel Excel.

4.2.8 Démarche éthique

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et auprès du DPO de l'AP-HP.

4.3 Résultats

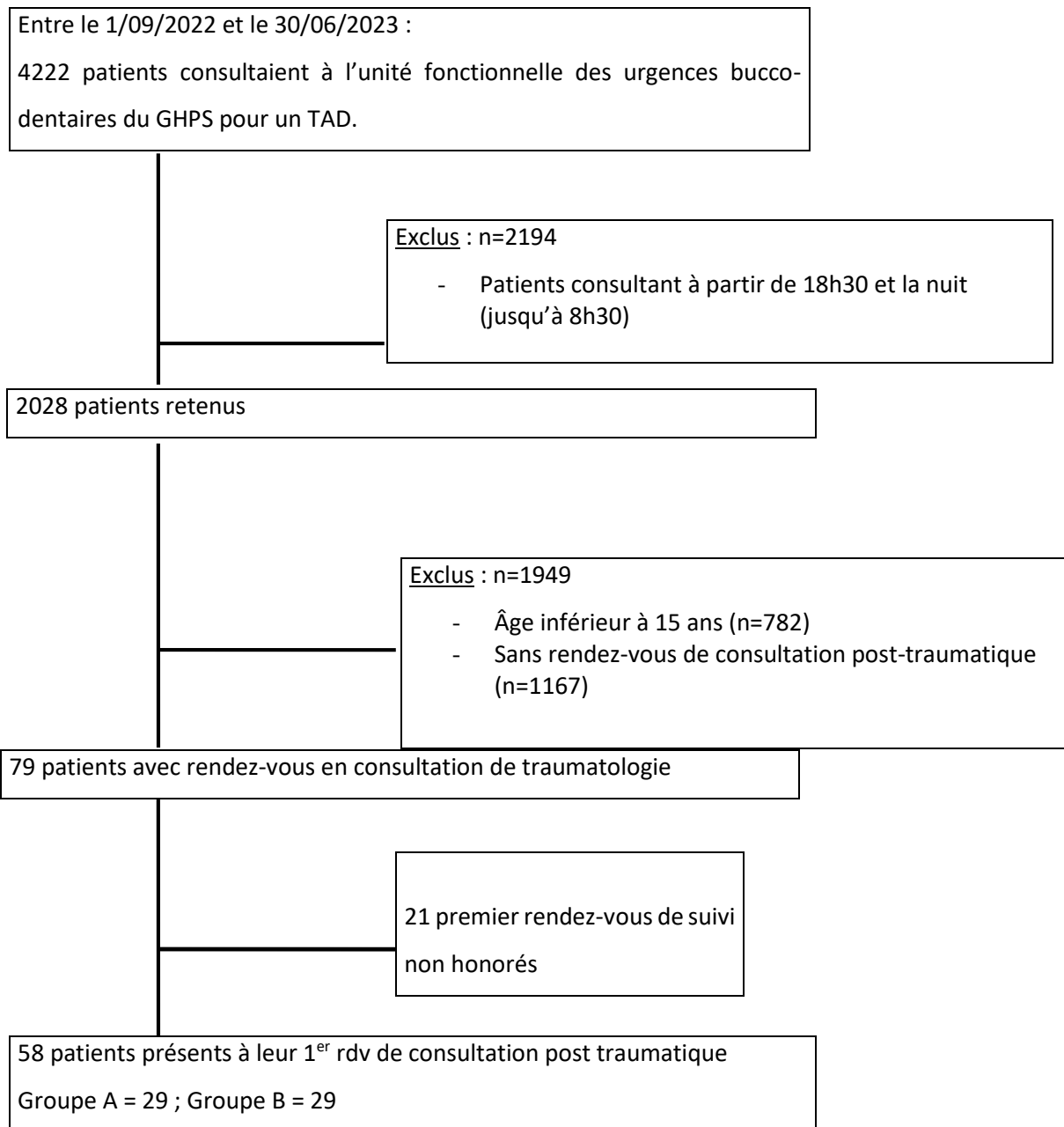
4.3.1 Présentation du Flow Chart

Entre le 1^{er} septembre 2022 et le 30 juin 2023, 4222 patients se sont présentés à l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires de l'hôpital Pitié-Salpêtrière pour un motif de TAD. Parmi ceux-ci, 2194 ont été reçus de lundi à vendredi entre 8h30 et 18h30.

Ainsi, 79 patients ont pu être inscrits à la consultation de suivi de traumatologie.

Sur les 10 mois, nous avons comptabilisés 21 premiers rendez-vous de suivi non honorés et donc pu exploiter les informations de 58 dossiers.

Figure 3 : Diagramme flux patient



Source : Auteur, 2023.

4.3.2 Caractéristiques sociales de la population admise dans l'étude

Le système de Santé en France permet un accès aux soins plus ou moins facilité. Dans notre étude, nous avons distingué les différents types de couvertures sociale que nous avons pu rencontrer.

La sécurité sociale est un service public de l'État qui assure le remboursement par l'Assurance Maladie de certains soins dentaires jusqu'à 60 % sur la base des tarifs conventionnels (34). Elle est accordée à tous les résidents français en situation régulière.

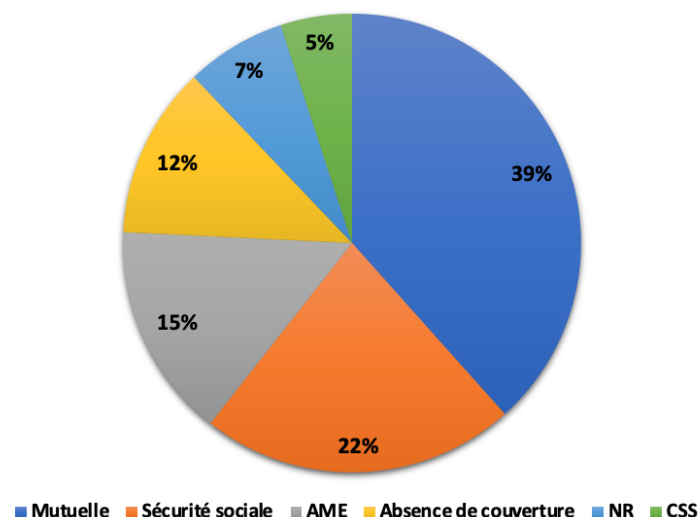
En plus de la sécurité sociale, il est possible et souvent obligatoire de souscrire à une mutuelle à savoir une complémentaire santé qui prend en charge le remboursement partiel ou total des soins dentaires non pris en charge par la sécurité sociale.

La CSS ou Complémentaire Santé Solidaire permet l'accès aux soins des personnes résidentes en France en situation régulière sous condition de revenus (le revenu mensuel doit être inférieur à 810 €).

L'AME ou Aide Médicale de l'État est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un certain accès aux soins dentaires et médicaux par une prise en charge totale de certains soins primaires. Elle est accordée sous certaines conditions de revenus et de résidence et est à renouveler chaque année.

Parmi les 58 patients qui se sont présentés à leur rendez-vous de suivi post traumatique au GHPS, 22 soit 39 % de la population de l'étude possédaient une mutuelle, 13 patients soit 22 % étaient affiliés au système de sécurité sociale uniquement, 8 personnes soit 15 % étaient bénéficiaires de l'AME, 12 % ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale, 5 % possédaient la CSS et, pour 7 % de la population l'information n'est pas renseignée.

Figure 4 : Distribution des patients de l'étude selon leur couverture sociale



Source : Auteur, 2023.

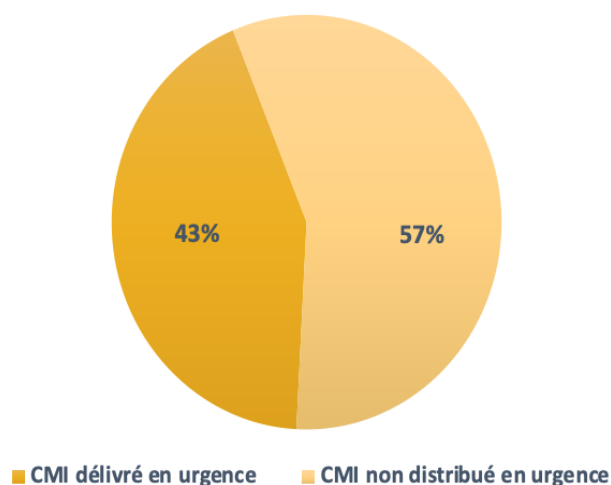
Pour ce critère de jugement, il n'est pas nécessaire de diviser les patients reçus selon leur groupe A ou B car il n'existe évidemment pas de relation entre la couverture sociale du patient et la mise en place de la trame de consultation.

4.3.3 Résultats concernant la délivrance du CMI

Lors de la première consultation de suivi post traumatique, il est nécessaire de s'assurer que le CMI (annexe 2), document à valeur médico-légale, a bien été distribué au patient lors de la consultation d'urgence et que les explications concernant son utilité et son envoi ont également été données et comprises par le patient.

Sur les 58 patients présents à leur première consultation de suivi, 25 personnes soit 43 % de la population affirment avoir bien reçu le CMI lors de leur passage en urgence.

Figure 5 : proportion de CMI délivré en urgences sur la population totale de l'étude

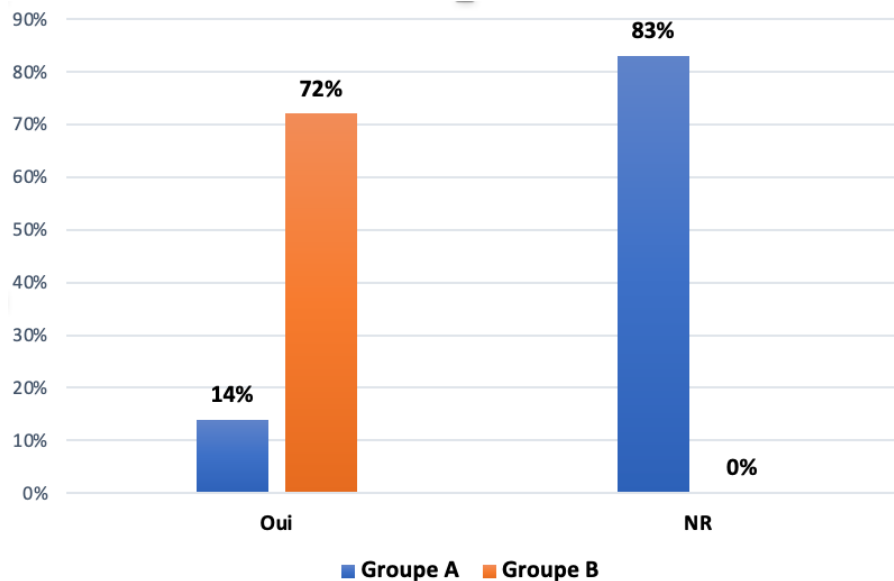


Source : Auteur, 2023.

Sur les 29 dossiers du groupe A, 24 comptes rendu de la Consultation de traumatologie (soit 83 %) ne renseignent pas l'information relative au CMI. On admet donc que pour ces 24 personnes, le soignant n'a pas questionné le patient concernant la délivrance du certificat et ses explications malgré la spécialisation de la consultation sur le sujet.

En ce qui concerne le groupe B, l'information relative au CMI est mentionnée dans 100 % des dossiers étudiés. Cela correspond au fait que le soignant a pris connaissance de la situation du patient concernant le CMI de manière systématique.

Figure 6 : Vérification de la délivrance du CMI avant (groupe A) VS après (groupe B) l'introduction de la trame d'anamnèse clinique



Source : Auteur, 2023.

On constate ici que la mise en place de la trame de consultation semble apporter une amélioration quant à l'information relative au CMI. En effet, depuis l'introduction de l'anamnèse à appliquer à chaque patient venu en consultation post-traumatique, l'information concernant la distribution du CMI est toujours mentionnée dans le compte rendu de la consultation post-traumatique et donc dans le dossier du patient.

4.3.4 Résultats concernant le remplissage des questionnaires médicaux

Le questionnaire médical est un outil à valeur médico-légale du dossier patient, il doit être consulté auprès du patient au début de chaque séance médicale. Dans la consultation post traumatique on s'attardera sur 3 questions :

- Avez-vous des problèmes de santé ?

- Avez-vous des traitements médicamenteux en cours ?
- Avez-vous des allergies ?

Pour les 29 patients du groupe A, le questionnaire médical est rempli dans 21 dossiers soit dans 72 % des cas.

Pour les patients du groupe B, le questionnaire médical apparaît bien dans 28 comptes rendu post traumatique soit pour 97 % des cas, le pourcentage de dossiers incomplet concernant les antécédents a donc diminué de 28 à 3 % avec la mise en place de la trame.

On note ici une amélioration dans la tenue des compte rendu de consultation post-traumatique via l'automatisation de remplissage ou rappel des questionnaires médicaux dans groupe B par rapport au groupe A.

4.3.5 Résultats concernant l'évaluation de l'état pulpaire

Les recommandations de l'IADT (4) préconisent l'évaluation de la sensibilité pulpaire à chaque séance de suivi d'un traumatisme alvéolo dentaire. Dans notre étude, on attribue la réponse « oui » à cet item dès lors qu'un des tests (thermique ou électrique) est réalisé.

Dans le groupe A, on note que pour 26 patients soit 90 % de la population les tests ont bien été réalisés, pour 2 patients soit 7 % aucun test n'a été réalisé et pour 1 patient soit 3 % de la population l'information n'est pas mentionnée dans le compte rendu post traumatique.

En ce qui concerne le groupe B, pour 26 patients soit 90 % de la population les tests d'évaluation pulpaire ont bien été réalisés, pour 1 patient soit 3 %, aucun test n'est rapporté dans le dossier et pour 2 patients soit 7 % de la population l'information n'est pas indiquée.

On observe via cet item que la mise en place de la trame de consultation n'apporte pas de changements quant à la réalisation des tests d'évaluation pulpaire qui sont bien réalisés lors de la consultation de suivi de manière quasi systématique.

4.3.6 Résultats concernant la réalisation d'examens radiologiques 2D

Cet item concerne la réalisation d'examen radiologique 2D lors de la séance post traumatique.

Dans le groupe A, les examens radiologiques 2D ont été réalisés pour 83 % de la population, pour 14 % aucun examen radiologique 2D n'a été réalisé et, dans 3 % des cas l'information n'est ni écrite dans le contre rendu post traumatique ni retrouvée dans la section « radiographies » du dossier.

Dans le groupe B, les examens radiologiques ont été réalisés pour 72 % de la population, pour 24 % aucun examen radiologique 2D n'a été réalisé et l'information n'est ni mentionnée dans le compte rendu ni retrouvée dans le dossier pour 1 patient soit 3 % de la population du groupe B.

La réalisation d'examen radiologique 2D de la dent traumatisée est obligatoire. Cela permet d'avoir des informations sur la maturité apicale de la dent et l'apparition de lésions parodontales ou radiculaires. Cependant le planning de suivi de l'IADT indique qu'à partir d'un certain stade, la réalisation d'examen radiologique est recommandée mais n'est plus systématique (4). Cela va dépendre de certains facteurs comme le type de traumatisme, sa sévérité, l'état pulpaire de la dent traumatisée le jour de l'urgence etc. Ainsi, pour ce critère, la comparaison se base sur les dossiers où l'information n'est pas mentionnée.

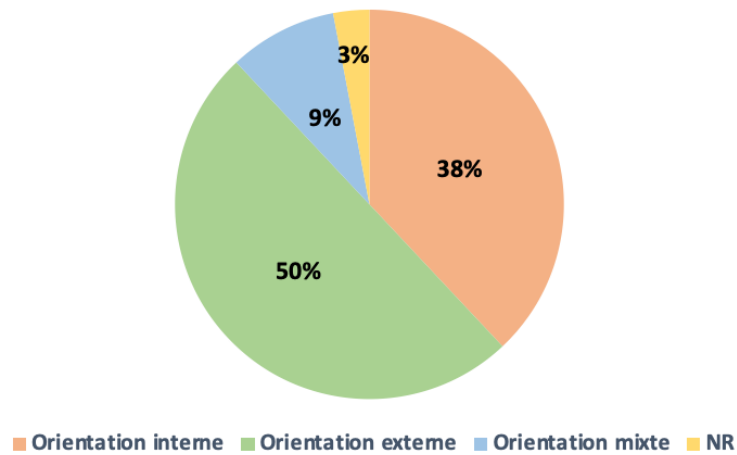
On observe ici que l'introduction de la trame de consultation n'apporte pas de modification notable.

4.3.7 Résultats concernant l'orientation finale du patient

Une fois son passage en consultation post traumatique du GHPS, le patient est orienté pour sa prise en charge globale. L'orientation peut être externe à savoir en cabinet privé ou centre dentaire de ville, interne en continuant les soins dans les services concernés du GHPS ou mixte par une prise en charge en ville et au GHPS lorsque les soins sont multiples et touchent plusieurs disciplines.

Suite à la première consultation post-traumatique, 22 patients soit 38 % ont été admis au GHPS pour la continuité des soins (orientation interne) ; 29 patients soit 50 % de la population ont été invités à poursuivre les soins en ville (orientation externe), pour 5 patients soit 9 % l'orientation était mixte et dans 2 dossiers soit pour 3 % de la population l'information n'est pas mentionnée.

Figure 7 : Parcours patient suite à la 1ère consultation de suivi

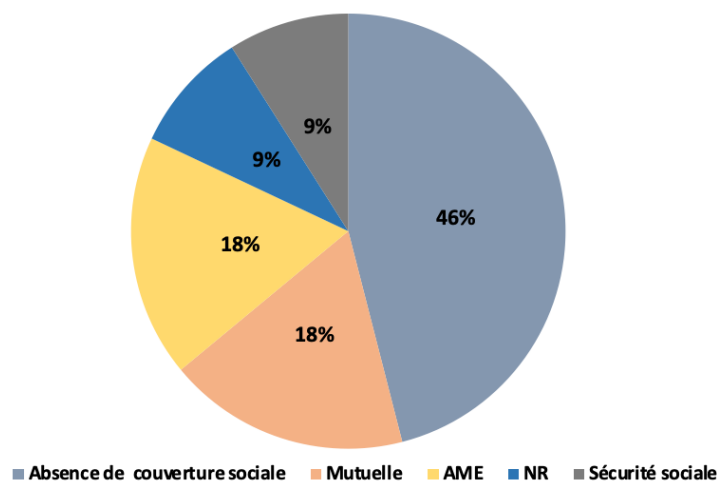


Source : Auteur, 2023.

La décision d'orientation interne ou externe est liée à la couverture sociale du patient ou la possibilité pour lui ou elle d'être pris en charge en ville ainsi qu'à la sévérité du traumatisme et la difficulté des soins de suivi.

Parmi les 22 patients bénéficiant d'une continuité des soins au GHPS, 46 % de l'échantillon ne sont affiliés à aucun organisme de complémentaire santé, 18 % de la population possèdent l'AME, 18 % ont souscrit à une mutuelle, 9 % possèdent la sécurité sociale et pour 9 %, l'information n'est pas mentionnée dans le dossier.

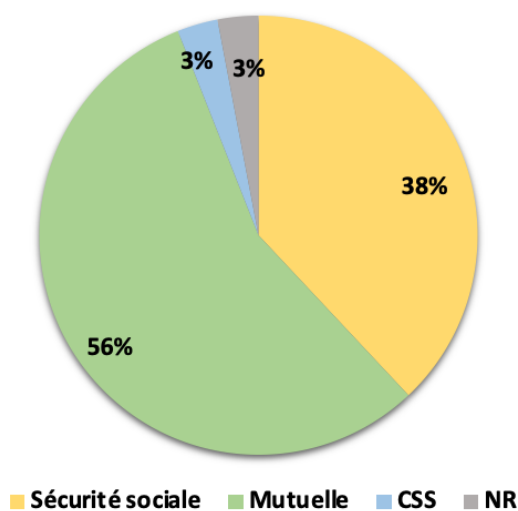
Figure 8 : Situation sociale des patients de l'étude poursuivant les soins au GHPS après la 1ère consultation de suivi.



Source : Auteur, 2023.

Parmi les 29 patients orientés pour une prise en charge externe, 38 % de la population possèdent uniquement la Sécurité Sociale, 56 % ont adhéré à une mutuelle, 3 % de la population bénéficient de la CSS et pour les 3 % des dossiers restants, l'information n'est pas mentionnée.

Figure 9 : Situation sociale des patients invités à poursuivre les soins en dehors du GHPS suite à la consultation traumatique.



Source : Auteur, 2023.

En ce qui concerne les 5 patients dont l'orientation est mixte, 40 % possèdent l'AME, 40 % ont une mutuelle et 20 % bénéficient de la CSS.

On constate ici que la majorité des patients bénéficiant d'un parcours de soins au GHPS à la suite de la consultation traumatique ne sont affiliés à aucun organisme de complémentaire santé. Tandis que la plupart des patients invités à poursuivre les soins en ville possèdent la sécurité sociale et adhèrent à une mutuelle.

On remarque que certains patients avec une situation sociale stable bénéficient également de soins au GHPS par une orientation interne ou mixte.

4.3.8 Résultats concernant la file active de l'étude

À l'aide du logiciel Urqual, nous avons pu comptabiliser le nombre de patients constituant la population source de l'étude et nous avons extrait l'échantillon qui constitue la population finale retenue. Nous avons ainsi établi un diagramme de flux patients ou file active de l'étude.

Sur la durée totale de l'étude, c'est-à-dire du 1^{er} septembre 2022 jusqu'au 30 juin 2023, 2028 patients ont consulté les urgences du GHPS pour un TAD entre 8h30 et 18h30. Cependant seulement 79 patients ont été inscrits à la consultation post traumatique dans le cadre de l'étude.

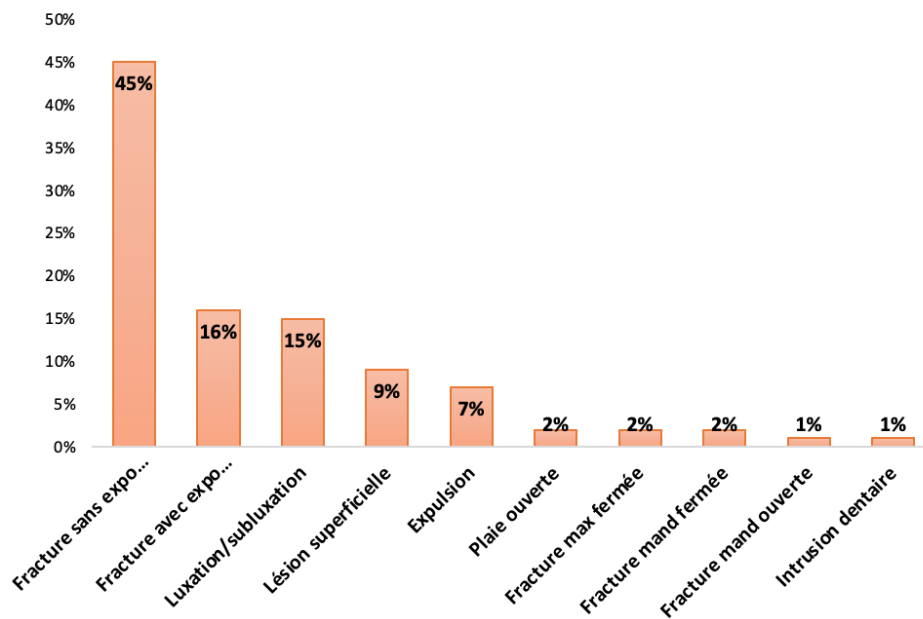
Le critère d'exclusion lié à l'âge a écarté 782 patients de l'étude.

Parmi les 1246 patients éligibles pour participer à l'étude, 1167 n'ont pas obtenu de rendez-vous en consultation de suivi.

Parmi les 1167 patients victimes de TAD non-inscrits à la consultation post traumatique :

- 45 % sont venus pour une fracture coronaire ou radiculaire sans exposition pulpaire ;
- 16 % sont venus pour une fracture coronaire ou radiculaire avec exposition pulpaire ;
- 15 % sont venus pour une luxation ou subluxation dentaire ;
- 9 % sont venus pour une lésion traumatique superficielle de la lèvre ou de la cavité buccale ;
- 7 % sont venus pour une expulsion traumatique ;
- 2. % sont venus pour une plaie ouverte de la lèvre ou de la cavité buccale ;
- 2 % sont venus pour une fracture alvéolaire maxillaire fermée ;
- 2 % sont venus pour une fracture alvéolaire mandibulaire fermée ;
- 1 % ont été reçu pour une fracture alvéolaire mandibulaire ouverte ;
- et 1 % pour une intrusion dentaire.

Figure 10 : Répartition de la population des patients non-inscrits à l'étude selon leur diagnostic d'urgence Urqual



Source : Auteur, 2023.

4.3.9 Résultats généraux

Nous avons comparé le groupe A et le groupe B de manière globale, en utilisant les critères de jugement quantifiables dont la réponse était « oui », « non » ou « non renseigné ».

Nous nous sommes donc basé sur les items suivants :

- Bonne délivrance du CMI
- Remplissage complet/ rappel du questionnaire médical
- Évaluation de l'état pulpaire lors de la consultation
- Réalisation d'examens radiologiques 2D

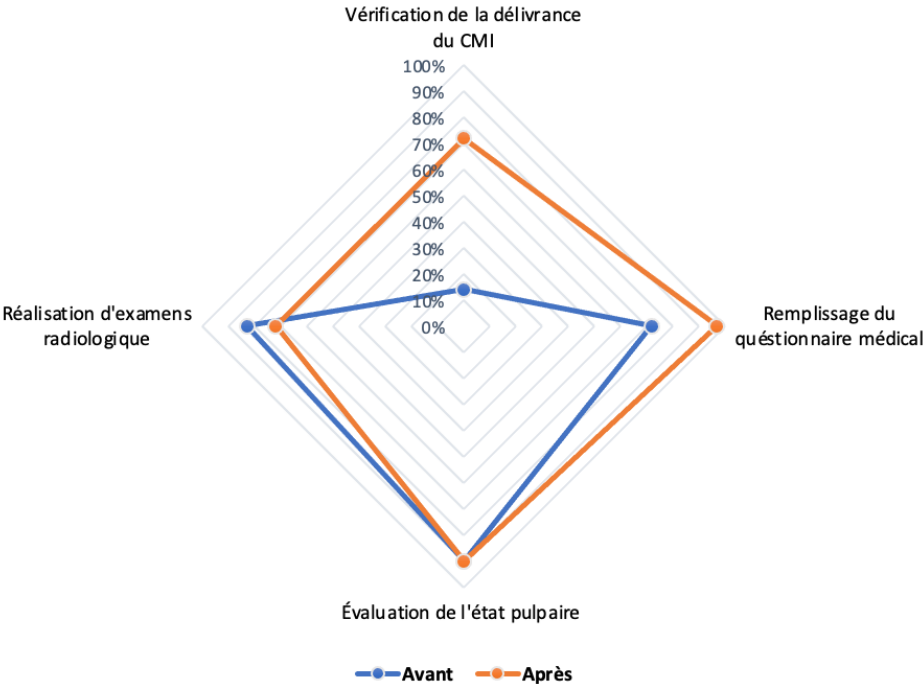
Nous considérons une amélioration lorsque la réponse au critère de jugement est « oui » dans le tableur Excel.

Lorsque l'on compare les groupes A et B en se basant seulement sur les réponses « oui » de l'ensemble des critères de jugement mesurables on observe une amélioration de la consultation après la mise en

place de la trame d'anamnèse et d'examen clinique en ce qui concerne la délivrance du CMI et le remplissage des questionnaires médicaux.

Pour ce qui est de la réalisation d'examens radiologiques 2D et de l'évaluation de l'état pulpaire, on ne constate pas de modifications dans l'application des recommandations avant et après l'application de la trame d'anamnèse, ce qui est cohérent et rassurant.

Figure 11 : Diagramme comparant les critères de qualités avant VS après l'application de la trame d'anamnèse clinique



Source : Auteur, 2023.

5 : Discussion

La mise en place de la consultation traumatique a pour objectifs d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients victimes de TAD et d'évaluer la qualité du remplissage des dossiers patients à distance du traumatisme.

5.1 Concernant la population de l'étude

L'étude concernait un échantillon restreint d'individus (n=79) puisqu'ils devaient répondre à plusieurs critères afin d'être éligibles.

Cependant les résultats sur la file active de l'étude ont montré un nombre important de patients (n=1167) éligibles à l'étude mais qui n'ont pas été retenus c'est-à-dire qui n'ont pas obtenu de rendez-vous post traumatique, ce qui mérite notre réflexion.

À l'aide des logiciels Urqual et Orbis, nous avons pu constater que la majorité des patients qui n'ont pas été inscrits à la consultation post traumatique étaient venus en urgences pour une fracture coronaire ou radiculaire sans exposition pulpaire (n=45 %).

Ce type de traumatisme regroupe les fêlures d'émail, les fractures coronaires de petite et large étendue pouvant affecter de l'angle incisif à la moitié de la couronne (35). Ainsi, pour 45 % de ces individus le TAD pouvait être considérés comme d'une sévérité moindre (fêlure, fracture coronaire de petite étendue), que l'on estime comme ne nécessitant pas de suivi hospitalier.

De plus, on compte 9 % des patients venus pour une lésion traumatique superficielle de la lèvre ou de la cavité buccale. Dans ce cas, le traitement repose particulièrement sur le processus de cicatrisation physiologique des tissus mous et le respect des consignes d'hygiène et alimentaire délivrées en urgence (4). Ce type de TAD ne nécessite pas forcément de suivi strict hospitalier.

En excluant les individus admis aux urgences avec les diagnostics « fracture coronaire ou radiculaire sans exposition pulpaire » et « lésion traumatique superficielle de la lèvre et de la cavité buccale » soit respectivement classifiés S0251 et S005 selon la classification CIM10, on écarte 676 patients ce qui paraît plus cohérent. Malgré cela, en admettant que plus de la moitié de l'échantillon de patients non

retenus n'aient pas été inscrits volontairement à la consultation post traumatique, il demeure cependant un bon nombre de patients (n=570) non pris en charge sans raison apparente.

Le parcours patient s'avère donc être insuffisamment développé ou enseigné car il est de la responsabilité des soignants d'informer les patients de l'existence d'une consultation de suivi au sein de l'établissement. En général, le praticien chargé de la consultation d'urgence est un externe terminant sa formation au GHPS. Il est donc nécessaire de sensibiliser davantage les étudiants sur l'importance du suivi et sur leur rôle primordial dans le parcours de soins des patients.

De plus, nous nous sommes intéressés à la situation sociale de la population retenue pour l'étude.

Les résultats concernant la couverture sociale des participants de l'étude montrent une répartition plutôt équilibrée avec 5 % de patients bénéficiant de la CSS et 15 % de l'AME.

En 2017, le Ministère de la Santé et de la Prévention comptait 8,2 % bénéficiaires de la CSS en France (36), ce qui se rapproche des chiffres de l'étude.

Après la première consultation de suivi, la majorité des patients bénéficiant d'une orientation de prise en charge interne ne sont affiliés à aucun organisme de complémentaire santé (n=46 %). Tandis que la plupart des patients invités à poursuivre les soins en ville (orientation de prise en charge externe) possèdent la sécurité sociale et adhèrent à une mutuelle (n=94 %). On observe un lien entre l'admission au GHPS pour la continuité des soins et la précarité de la situation des patients de l'étude. En effet, la situation précaire de certains patients rend l'accès aux soins en ville difficile voire parfois impossible par un manque de moyens ou une absence de praticiens (21).

Les résultats montrent également que certains patients avec une situation sociale stable bénéficient de soins au GHPS par une orientation interne ou mixte. En effet, certains cas de TAD très complexes nécessitent une prise en charge multidisciplinaire facilitée dans un cadre hospitalier (37).

En France, le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières est observé depuis des années. En effet, en 2020, le journal européen de Santé Publique affirme dans un article dédié à l'accès aux soins dentaires en France que 18 % des français abandonnent leurs soins jugés trop onéreux malgré leur prise en charge parfois intégrale par l'Assurance Maladie (38).

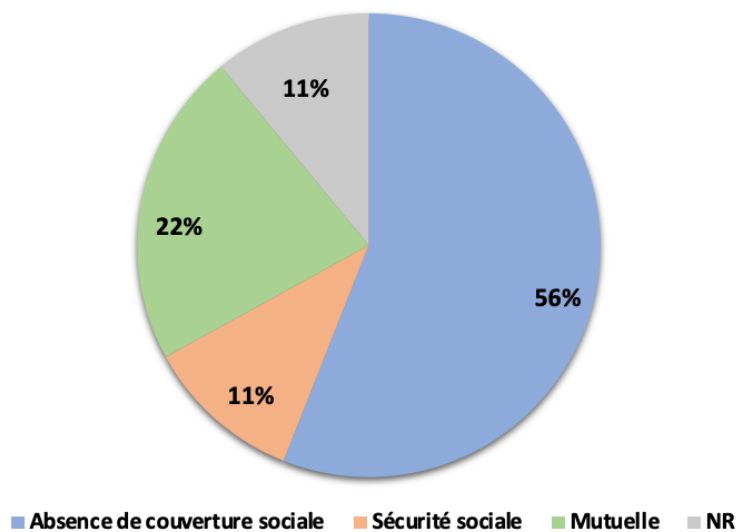
L'étude de Atzema et Al publiée en 2017 montre que les patients bénéficiant d'une couverture médicale présentent un suivi 30 à 50 % meilleur que ceux n'en n'ayant pas (39).

Pour comparer les résultats de notre étude aux données de la littérature, il est intéressant d'observer la condition sociale des patients « perdus de vues » dont l'orientation était interne, à savoir ceux qui ont mis un terme au parcours de soins dont ils bénéficiaient au GHPS.

Parmi les patients inscrits à la consultation post traumatique, 50 % ont été orientés pour un suivi externe c'est-à-dire invités à poursuivre en cabinet de ville et 38 % ont bénéficié d'un suivi au GHPS. Parmi les 38 % admis pour un suivi interne au GHPS, on note 9 perdus de vues ce qui représente 41 % de l'échantillon.

Parmi les perdus de vues, 56 % d'entre eux ne bénéficient d'aucune couverture sociale, 11 % possèdent la sécurité sociale, 22 % possèdent une mutuelle (complémentaire santé), et pour 11 % de la population l'information n'est pas mentionnée dans le dossier.

Figure 12 : Couverture sociale des patients « perdus de vues » au GHPS



Source : Auteur, 2023.

On constate un abandon des soins plus important chez les patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, ce qui rejoint les données de la littérature sur les inégalités d'accès secondaires aux soins, c'est-à-dire concernant le maintien de l'assiduité dans le parcours de soins jusqu'à son achèvement (40).

Ainsi, malgré les aménagements prévus par le GHPS pour faciliter l'accès aux soins de suivi, il reste difficile pour certains patients d'aller au bout de leur parcours de soins dentaires. Les résultats de notre

étude sont cohérents avec le fait que ces difficultés sont accrues dans les milieux précaires et nous poussent à développer davantage d'actions notamment concernant les inégalités sociales de santé. Le praticien n'a parfois pas assez conscience des obstacles que peut rencontrer le patient dans le parcours de santé. Il est nécessaire de sensibiliser les soignants à ce sujet en leur communiquant, par exemple, les résultats des nombreuses enquêtes françaises qui traitent de la question (15) (41).

5.2 Concernant la qualité de remplissage des dossiers patients

En 2017, une enquête sur les habitudes de rédaction des chirurgiens-dentistes en France a été menée par l'université de Nantes et s'est posée la question de la rédaction des CMI (32). Un questionnaire à 44 items a été envoyé aux praticiens répertoriés de l'UFSBD, il portait essentiellement sur le nombre de TAD rencontrés dans leur pratique quotidienne, le nombre de TAD pris en charge et la rédaction des CMI.

L'échantillon retenu qui comptait 592 questionnaires était représentatif de la population nationale des chirurgiens-dentistes en France en terme d'âge et de sexe.

L'enquête a révélé que, si pratiquement la totalité des professionnels interrogés prennent en charge les TAD (85 % d'entre eux gèrent jusqu'à 10 TAD par an) et ont connaissance des recommandations concernant la nature et délivrance du CMI, 1 praticien sur 5 ne rédige pas de CMI par manque de temps.

L'étude menée en 2019 au GHPS (5) a analysé la qualité du remplissage de 288 CRU et révèle que l'information concernant le CMI est mentionnée dans seulement 26 % des dossiers.

Les résultats de notre étude révèlent que sur les 29 patients du groupe A, le soignant n'a questionné que 5 patients concernant la délivrance du certificat et ses explications.

En ce qui concerne le groupe B, le soignant s'est chargé de prendre connaissance de la situation du patient concernant le CMI pour chacun des patients reçus en consultation de suivi.

Face à cette nette amélioration dans la tenue des dossiers patients, et en considérant les données des études à ce sujet, on constate l'importance et la nécessité de l'introduction de la trame d'anamnèse alors que le CMI constitue une obligation légale.

Cette situation relève aussi l'intérêt des formations continues notamment concernant les TAD que ce soit pour les modalités de prise en charge pratiques et administratives. En effet, de nombreuses études

s'accordent pour dire que la connaissance des praticiens libéraux concernant les TAD nécessitent d'être perfectionnée (19) (37).

Cependant, les résultats de l'étude révèlent que l'information concernant la réalisation d'examen radiologiques 2D lors de la consultation post traumatique est mentionnée dans 97 % des cas que ce soit dans le groupe A ou le groupe B.

On constate également qu'il n'y a pas de différence de pratique en ce qui concerne l'évaluation de l'état pulpaire de la dent traumatisée lors du suivi avant et après l'introduction de la trame d'anamnèse.

Ces résultats suivent les données de la littérature en respectant les recommandations de l'IADT.

On observe donc que l'introduction de la trame d'anamnèse et d'examen clinique a bien permis d'améliorer le recueil d'informations et donc la qualité de la consultation traumatique. Mais les résultats mettent aussi en avant des manques encore trop fréquents dans les informations issues de la consultation d'urgence.

Face à cela, il pourrait être judicieux de suivre ce modèle et d'établir une trame à remplir lors de la prise en charge d'un TAD en urgence afin d'aller en étudier l'intérêt.

6 : Les difficultés rencontrées et les faiblesses de l'étude

6.1 Les difficultés rencontrées

La première difficulté rencontrée dans cette étude était d'abord de cibler les manquements et les éléments à améliorer de la consultation post traumatique afin de les inclure à une trame d'anamnèse et d'examen clinique qui rendrait systématique le déroulement de la séance.

Il a donc fallu étudier la consultation en se basant sur le compte rendu des patients déjà admis dans le parcours de l'unité fonctionnelle post traumatique du GHPS. Par la suite, plusieurs modèles de trames ont été proposés au chef de projet puis modifiés afin d'obtenir le résultat final jugé satisfaisant.

À partir de ce modèle de consultation structuré, la seconde difficulté était de sélectionner les caractères essentiels à évaluer et de les reformuler avec des termes simplifiés pour les intégrer au tableur Excel et en faire notre grille d'évaluation nécessaire au recueil des données.

La troisième difficulté rencontrée a été de recruter un nombre assez important de participants à l'étude. Le groupe A comptait 29 dossiers, et il a fallu attendre 6 mois (de janvier à juin) afin de comptabiliser autant de patients dans le groupe B pour parfaire un maximum la comparabilité des données. Ce temps d'attente est aussi lié à la fréquence hebdomadaire de la consultation de suivi ainsi que sa durée (de 9h à 14h) qui limitait le nombre de patients par séance.

6.2 Les faiblesses de l'étude

Comme dans toute étude, nous avons rencontrés plusieurs biais.

Nous avons fait face à un biais de recrutement ou sélection lié aux patients se présentant aux urgences pour un TAD pendant la nuit et les week-end et répondants aux critères d'inclusion qui ont d'office été exclus de l'étude.

Nous rencontrons également un biais induit par la faible taille de l'échantillon (58 dossiers patients exploités) qui ne nous permet pas de certifier les conclusions sur tous les facteurs étudiés.

Nous avons également œuvré avec un biais de mesure ou d'information lié à la méthode de collecte des données.

En effet, les observations notées dans le compte rendu post traumatique sont relevées par l'externe en charge de la consultation et ne sont pas forcément recueillies de la même manière pour chaque patient. Il existe là un facteur « externe dépendant » puisque la qualité de l'anamnèse peut dépendre du soignant ou de l'heure de la journée, ce qui pourrait engendrer la présence d'erreurs dans les dossiers patients.

De plus, il existe un biais d'informations si l'assiduité des personnes impliquées dans le recueil de données n'est pas optimal.

Le biais d'information est aussi lié au fait que le membre de l'équipe en charge de l'extraction des données a connaissance, au moment du recueil, de la répartition des patients dans leur groupe correspondant.

De plus, certains critères établis au moment de l'élaboration de la grille d'évaluation n'ont pas pu être exploités. En effet, nous avons initialement prévus d'évaluer l'application des recommandations de l'IADT en ce qui concerne la délivrance des conseils d'hygiène et alimentaire lors du suivi avant versus après l'introduction de la trame d'anamnèse. Cependant, nous n'avons pas formulé le critère de manière assez compréhensive puisque nous cherchions à évaluer seulement les informations des comptes rendus post traumatiques mais celles-ci se confondaient avec les informations des comptes rendu d'urgence. Le recueil de données n'était donc pas représentatif ce qui faussait les résultats obtenus.

On note aussi le biais lié aux perdus de vue, soit dû aux dossiers patients ne pouvant être exploités dans le cas de refus de participation, soit dû à l'abandon des soins par le patient lors de la phase prospective de l'étude.

La présence de biais diminue la valeur de l'étude.

Conclusion

Durant ce travail de thèse, nous avons vu, au travers de plusieurs études, que la qualité du suivi, guidée par les recommandations de l'IADT, avait un réel impact sur le pronostic de la dent traumatisée. Dans une démarche éthique et à visée correctrice, nous avons pu évaluer la qualité du suivi des patients du GHPS via l'évaluation des pratiques professionnelles internes de la consultation post traumatique.

Notre étude a suivi le processus de l'évaluation des pratiques professionnelles décrit par l'HAS et s'est donc divisé en plusieurs étapes dans lesquelles nous avons pu d'abord définir les manquements de la consultation post traumatique puis établir un plan d'action dans le but de les améliorer.

La trame d'anamnèse et d'examen clinique réfléchi directement à partir des failles observées sur 3 mois pendant la consultation post traumatique nous permet d'assister, dès sa mise en place, à des réajustements immédiats via l'étude des comptes rendus post traumatique.

Ce travail de thèse permet ainsi de proposer un outil qui a prouvé son efficacité, à court terme, car sur la période de l'étude (de 7 mois) et en se basant sur notre échantillon restreint de patients.

Ces premiers résultats prometteurs sur la consultation post traumatique demeurent l'ébauche de notre projet.

Au terme de 7 mois d'application, nous avons dû faire face à des incompréhensions de certains éléments de la trame d'anamnèse.

Le challenge aujourd'hui est d'affiner davantage ce modèle de consultation et d'ancrer solidement et durablement ces changements afin de parfaire le suivi des patients admis au GHPS après un TAD.

Suite à ce travail de thèse, toujours dans un désir d'évoluer et d'innover, il serait, par exemple, intéressant d'élargir l'idée de la distribution d'un modèle de consultation systématique dans l'unité fonctionnelle des urgences bucco-dentaires afin de pallier aux manques d'informations dans les dossiers patients.

Bibliographie

1. Naulin-lfi C, éditeur. Traumatologie clinique : de la théorie à la pratique. Paris: Espace ID.; 2016. 383 p.
2. Andreasen FM, Andreasen JO. Treatment of traumatic dental injuries . Shift in strategy. Int J Technol Assess Health Care. 1990;6(4):588-602.
3. Andreasen FM, Daugaard-Jensen J. Treatment of traumatic dental injuries in children. Tandlaegernes Tidsskr. 1992;(3):76-89.
4. 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. Dent Traumatol 2020;36(4):309-13.
5. Piriou, A . Évaluation du suivi des urgences traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) : étude rétrospective. [Thèse d'exercice]: Université Paris Diderot ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338486>
6. Lee R, Barrett EJ, Kenny DJ. Clinical outcomes for permanent incisor luxations in a pediatric population. II. Extrusions. Dent Traumatol. 2003;19(5):274-9.
7. Cvek M, Tsilingaridis G, Andreasen JO. Survival of 534 incisors after intra-alveolar root fracture in patients aged 7-17 years. Dent Traumatol. 2008;24(4):379-87.
8. Hecova H, Tzigkounakis V, Merglova V, Netolicky J. A retrospective study of 889 injured permanent teeth. Dent Traumatol. 2010;26(6):466-75.
9. Wang C, Qin M, Guan Y. Analysis of pulp prognosis in 603 permanent teeth with uncomplicated crown fracture with or without luxation. Dent traumatol. 2014;30(5):333-7.
10. Al-Nazhan S, Andreasen JO, Al-Bawardi S, Al-Rouq S. Evaluation of the effect of delayed management of traumatized permanent teeth. J Endod. 1995;21(7):391-3.
11. Niang DA. Les traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants de 1 à 15 ans au CHU-CNOS et au cabinet groupement dentaire de Bamako. [Thèse d'exercice]: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie; 2021. Disponible sur : <https://bibliosante.ml/handle/123456789/5413>
12. Gustafson DB. Follow-up rates and predictors for follow-up of patients seen in the emergency department for dental trauma. [Ohio]: Ohio state university; 2009. Disponible sur : https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/ws/send_file/send?accession=osu1241798159&disposition=inline

13. Sarfati M. Le parcours patient dans une zone sous-dotée : étude dans les services universitaires odontologiques de Seine-Maritime [Internet]. [Thèse d'exercice]: Université de Paris; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03441149>
14. Jo O, Kruger E, Tennant M. Public transport access to NHS dental care in Great Britain. *Brit Dent J*. [Internet]. 2021; Pre-publication Disponible sur: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3002-3>.
15. Bas AC. La barrière majeure d'accès aux soins bucco-dentaires est financière. *Le Monde* [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/06/06/la-barriere-majeure-d-acces-aux-soins-bucco-dentaires-est-financiere_6083071_3232.html
16. 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*. 1999;34(5):610-4.
17. Castillo KB, Echeto L, Schentrup D. Barriers to dental care in a rural community. *J Dent Educ*. 2023;87(5):625-30.
18. Tian J, Lim J, Moh F, Siddiqi A, Zachar J, Zafar S. Parental and training coaches' knowledge and attitude towards dental trauma management of children. *Aust Dent J*. 2022;67(Suppl 1):31-40.
19. Hartmann RC, Rossetti BR, Siqueira Pinheiro L, Poli de Figueiredo JA, Rossi-Fedele G, S Gomes M, et al. Dentists' knowledge of dental trauma based on the international association of dental traumatology guidelines : a survey in South Brazil. *Dent Traumatol*. 2019;35(1):27-32.
20. Yeng T, Parashos P. An investigation into dentists' management methods of dental trauma to maxillary permanent incisors in Victoria, Australia. *Dent Traumatol*. 2008;24(4):443-8.
21. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quiñonez C. Cost as a barrier to accessing dental care : findings from a Canadian population-based study. *J Public Health Dent*. 2014;74(3):210-8.
22. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu réglementation et recommandation. *Anaes*; 2003. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
23. Article R710-2-1 [Internet]. Santé publique 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006802399/2002-04-30
24. Prevost E, Mangerel K, Vonna P, Garreau I, Beck-Cantin MF, Juste M. Évaluation de la qualité des dossiers pharmaceutiques utilisés pour les patients hospitalisés dans un hôpital général. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2011;46(4):231-44.
25. Guerrero O. Soigner les effets post-traumatiques. *Rhizome*. 2018;69-70(3-4):19-20.
26. Bousquet Des Groseilliers I, Marchand A, Brunet A. La prévention du trouble de stress post-traumatique : tout n'a pas encore été tenté. *Canadian Psychology = Psychologie canadienne*. 2006;47(4):273-83.

27. Degos L, éditeur. Évaluation des pratiques professionnelles : un dispositif au service des patients et de la collectivité. lettre HAS. 2006;(1):1-5. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/HAS01.pdf>
28. La lettre d'information de la haute autorité de santé. [Internet].HAS. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/HAS01.pdf>
29. Raffarin JP. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles [Internet]. Santé publique. Sect. 1A 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/4/14/SANS0521125D/jo/texte>
30. Saily J. Évaluation des pratiques professionnelles concernant l'utilisation de l'ocytocine chez les primipares en travail spontané à la maternité de Port Royal [Internet]. [Thèse d'exercice]: Université Paris Descartes; 2015 [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195772/document>
31. Coulomb A. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration [Internet]. Anaes; 2003 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf
32. Gabouty L, Roy E. Résultats enquête sur les habitudes de rédaction des praticiens : le certificat médical initial. ufsbd. 2017;Pratiques dentaires(26):20-2.
33. Paladino F, Toledano C, Serfaty R. Estimer l'état pulpaire. Réal. Clin 2013;24(4):253-64.
34. Consultations et soins dentaires [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/consultations-soins-protheses-dentaires/consultations-soins-dentaires>
35. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford, UK: Blackwell Munksgaard; 2007. 897 p.
36. La couverture maladie universelle complémentaire. La complémentaire santé. Drees. 2019;87-90. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/16-11.pdf>
37. Zandouche C. La prise en charge des traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes. [Internet]. [Thèse d'exercice]: Henri Poincaré - Nancy 1; 2012. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738811>
38. Bas AC, Dourgnon P, Azogui-Levy S, Wittwer J. Impact of fees on access to dental care : evidence from France. Eur J Public Health. 2020;30(6):1066-71.
39. Atzema CL, Maclagan LC. The transition of care between emergency department and primary care : a scoping study. Acad Emerg Med. 2017;24(2):201-15.

40. Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Épidémiol Santé Publique. 2007;55(1):23-30.
41. Le Bolzer J. Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? Les Echos [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>

Table des figures

Figure 1 : Parcours de soins du patient au sein du service d'urgences du GHPS13

Figure 2 : principes généraux d'EPP (30)16

Figure 3 : Diagramme flux patient26

Figure 4 : Distribution des patients de l'étude selon leur couverture sociale27

Figure 5 : proportion de CMI délivré en urgences sur la population totale de l'étude28

Figure 6 : Vérification de la délivrance du CMI avant (groupe A) VS après (groupe B) l'introduction de la trame d'anamnèse clinique29

Figure 7 : Parcours patient suite à la 1ère consultation de suivi32

Figure 8 : Situation sociale des patients de l'étude poursuivant les soins au GHPS après la 1ère consultation de suivi.32

Figure 9 : Situation sociale des patients invités à poursuivre les soins en dehors du GHPS suite à la consultation traumatique.33

Figure 10 : Répartition de la population des patients non-inscrits à l'étude selon leur diagnostic d'urgence Urqual35

Figure 11 : Diagramme comparant les critères de qualités avant VS après l'application de la trame d'anamnèse clinique36

Figure 12 : Couverture sociale des patients « perdus de vues » au GHPS.39

Table des tableaux

Tableau 1 : Recommandations de suivi d' un TAD selon l'IADT (4)5

Tableau 2 : Taux d'apparition des nécroses pulpairees suite à un TAD en fonction du type de traumatisme et du délai de traitement (10)7

Annexes

Annexe 1 : Trame d'anamnèse clinique de la consultation post traumatique

1/ Questionnaire médical :

- Antécédents médicaux
- Prise quotidienne de médicaments?
- Allergies (alimentaires, médicamenteuses...)

2/ Couverture sociale ?

3/ Date du traumatisme alvéolo dentaire : ../../....

4/ Date de la consultation d'urgence : ../../....

5/ Diagnostic lors de la consultation d'urgence :

- Réalisation de test d'évaluation de la sensibilité pulpaire (tests thermiques) : OUI / NON / NON RENSEIGNE
- Réalisation d'examens radiologiques : OUI / NON / NON RENSEIGNE

6/ Soins effectués en urgence en accord avec les recommandations de l'IADT : OUI / NON :

- Type de soins réalisés (pulpotomie, collage d'un fragment dentaire, restauration provisoire, contention...)
- Si non réalisés : pourquoi ? , information notifiée dans le CRU d'origine ?
- Réalisations de prescriptions (antidouleurs, antibiotiques, traitements locaux antibactériens....) : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

7/ Conseils donnés lors de la consultation et sur les CRU : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

8/ Explications claires délivrées sur le traumatisme alvéolo dentaire en lui-même (déroulement du traumatisme, direction et amplitude du choc, incidence sur la dent) : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

9/ S'assurer que le patient ait compris via les explications données : OUI / NON/ NON RENSEIGNÉ

10/ Délivrance du CMI : OUI/NON / NON RENSEIGNÉ

11/ Explications données au patient concernant l'envoi du CMI (sous 48h à l'assurance pour une prise en charge des séquelles causées par le traumatisme) : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

12/ La consultation de suivi est-elle prévue : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

13/ La consultation post-traumatique est prévu chez un chirurgien-dentiste de ville ou traitant : OUI

- date à laquelle la consultation de suivi s'est déroulée : ../../....

- soins réalisés par le chirurgien-dentiste de ville ou traitant : OUI/ NON / NON RENSEIGNÉ

- soins prévus par le chirurgien-dentiste de ville ou traitant : OUI/ NON / NON RENSEIGNÉ

14/ Si NON, pourquoi ?

- Absence de disponibilité du praticien traitant : OUI / NON

- Le chirurgien-dentiste de ville ne se sentait pas apte à assurer le suivi du TAD : OUI/ NON

15/ Délai entre le traumatisme et la consultation de suivi conforme aux recommandations de l'IADT :
OUI / NON /NON RENSEIGNÉ

16/ Examen exo buccal :

- Cicatrisation des plaies au niveau des lèvres, joues, muqueuses ?

- Hématomes persistants ?

- Contrôle des points de suture si présents

17/ Examen endo buccal :

- Palpation des tissus environnants : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ
- Contrôle de mobilité de dent traumatisée et des dents adjacentes (réduction de mobilité ? augmentation ?)
- Contrôle de contention si présente : OUI / NON / NON RENSEIGNÉ

18/ Conduite à tenir :

- Évaluation de sensibilité pulpaire de dents traumatisée (test thermiques)
- Réalisation de tests de percussion, palpation
- Évaluation de mobilité (pulpe de deux doigts)
- Réalisation d'examens radiographiques
- Réalisation de soins si nécessaires : traitement endodontique si nécrose avérée...
- Prescriptions médicamenteuses si nécessaire : antidouleurs, agents, antibactériens...

19/ Explications claires :

- Conseils alimentaires : alimentation molle si mobilité, tiède si cicatrisation de gencive en cours...
- Conseils d'hygiène : brossages précautionneux et rigoureux, brosse à dent souple voire chirurgicale, bains de bouches, éviter les sports..
- Explications claires sur le traumatisme : circonstances de survenue, incidences et conséquences sur les dents et les tissus environnants

Annexe 2 : modèle de tableur Excel pour le recueil des données.

| numéro d'anonymat | GROUPE | 1ere CS | CS suivi 1 | CS suivi2 | statut social | CMI | Qmedical | Etat pulpaire | Radio 2D | Radio 3D | conseils | prescription | orientation |
|-------------------|--------|---------|------------|-----------|---------------|-----|----------|---------------|----------|----------|----------|--------------|-------------|
| patient n1 | | | | | | | | | | | | | |
| patient n2 | | | | | | | | | | | | | |
| patient n3 | | | | | | | | | | | | | |
| patient n4 | | | | | | | | | | | | | |

Annexe 3 : présentation d'un CMI du logiciel UrQual.

Certificat initial descriptif

Je soussigné(e) certifie avoir examiné le Date , Nom, Prénom(s) né(e)
 le Date de naissance , demeurant Adresse à Code postal, ville

Déclarant avoir été victime de : le

L'examen a révélé les lésions suivantes :

Certificat établi à la Pitié-Salpêtrière, le Date , à la demande de l'intéressé(e) et remis en
 mains propres pour servir et faire valoir ce que de droit.

ATTENTION : Ceci n'est pas un arrêt de travail. L'incapacité totale de travail (ITT) sera fixée sur
 réquisition de police, après dépôt de plainte au commissariat, et établie par un centre médico-judiciaire.

Il vous est recommandé de faire des photocopies car il ne sera pas fourni de duplicata.

le Date

GHPs - 47 à 83, boulevard de l'Hôpital 75631 PARIS CEDEX 13 - Standard : 01 42 16 00 00 / 01 42 17 60 60

Source : logiciel Urqual du GHPs.

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Docteur Isabelle Rodriguez

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président d'Université Paris Cité

Professeur Édouard KAMINSKI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

**Évaluation de la consultation dédiée au suivi des urgences
traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière :
principes d'une évaluation des pratiques professionnelles**

Lior Sabbah. Évaluation de la consultation dédiée au suivi des urgences traumatiques dentaires du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : principes d'une évaluation des pratiques professionnelles. 2024. 54 p. : ill., graph., tabl. Réf. bibliographiques p. 45-48.

Sous la direction de Mme le Docteur Isabelle Rodriguez.

Université Paris Cité
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris