

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2019

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 21 MAI 2019

Par Clara, VAUTHIER

Née le 16 AOUT 1993 à Villeneuve d'Ascq - France

EVALUATION DE L'ORIENTATION DES PATIENTS A L'ISSUE D'UNE
PREMIERE CONSULTATION EN ODONTOLOGIE AU CHU DE LILLE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Assesseurs : Monsieur le Docteur Claude LEFEVRE

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G.PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie

Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, je tenais à vous assurer ici ma sincère gratitude.

Tout au long de mes études, vous nous avez enseigné la rigueur dans le travail, grâce à votre grand sens de la pédagogie, j'ai pu apprécier vos enseignements, votre disponibilité et vos conseils précieux.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Claude LEFEVRE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Responsable des Relations avec l'Ordre et avec les Partenaires Industriels

Je vous remercie d'avoir accepté avec spontanéité et gentillesse de participer à ce jury de thèse.

J'ai apprécié tout au long de mon cursus votre enseignement, votre sympathie, votre savoir faire et votre sens de l'enseignement.

Veillez croire en l'estime que je porte à vos qualités humaines et professionnelles.

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Master Recherche Biologie Santé – Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail tout au long de l'étude.

J'ai apprécié votre enseignement et votre rigueur.

Je vous adresse ma reconnaissance pour la qualité des enseignements que vous avez dispensés durant toutes ces années.

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Ethique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique,
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé
Publique, Spécialité épidémiologique clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse
III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes
d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique –
Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé – Université de
Rouen-Normandie

Diplôme de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier
(Toulouse III)

*Vous qui m'avez inspiré ce travail et qui l'avez
suivi avec intérêt et attention, je tenais à vous
assurer ici de ma sincère gratitude.*

*Vous m'avez appris beaucoup et j'ai apprécié vos
compétences, votre réactivité et votre
disponibilité.*

*Je vous remercie pour votre accompagnement
précieux et tiens à vous témoigner ici ma
reconnaissance et mon grand respect.*

Table des matières

1. Contexte.....	15
1.1. La santé orale.....	15
1.1.1. Dans le monde.....	15
1.1.2. En France.....	17
1.2. Offre de soins bucco-dentaires en France.....	18
1.2.1. Répartition entre secteurs privé et public.....	19
1.2.2. Disparités géographiques.....	19
1.3. L'unité fonctionnelle des premières consultations au sein du service d'odontologie du CHU de Lille.....	21
1.3.1. Le service d'odontologie.....	21
1.3.2. Description de l'unité fonctionnelle des premières consultations.....	22
1.4. Evaluation des pratiques professionnelles.....	23
1.5. Objectifs de l'étude.....	24
2. Matériels et méthodes.....	24
2.1. Type d'étude.....	24
2.2. Lieu d'étude.....	24
2.3. Période de l'étude.....	24
2.4. Population d'étude.....	25
2.5. Recueil des données.....	26
2.5.1. Méthode de recueil.....	26
2.5.1.1. Construction du questionnaire.....	26
2.5.1.2. Correction et relecture du questionnaire.....	27
2.5.1.3. Phase de test auprès d'utilisateurs du service.....	28
2.5.2. Procédure d'administration du questionnaire.....	28
2.6. Plan d'analyse et outils statistiques.....	29
2.7. Aspects réglementaires.....	30
2.8. Stockage des questionnaires et des données.....	31
2.8.1. Stockage des données durant la conduite de l'étude.....	31
2.8.2. Archivage après la conduite de l'étude.....	31
2.9. Communication et diffusion des résultats.....	31
3. Résultats.....	32
3.1. Caractéristiques du panel.....	32
3.2. Données de santé générale.....	35
3.3. Caractéristiques du recours en première consultation.....	36
3.4. Evaluation de l'état bucco-dentaire du panel.....	38
3.4.1. Présence de plaque, de tartre et d'inflammation.....	38
3.4.2. Présence d'une gingivite ulcéro-nécrotique, d'une stomatite sous-prothétique ou de lésions des muqueuses.....	39
3.4.3. Etat dentaire.....	39
3.4.3.1. Paramètres calculés à partir de variables qualitatives.....	39
3.4.3.2. Paramètres calculés à partir de variables quantitatives.....	41
3.4.4. Réalisation d'examens complémentaires.....	42
3.4.5. Orientation des sujets à l'issue de leur première consultation.....	43
3.4.6. Modalités de prise de rendez-vous à l'issue de la 1 ^{ère} consultation.....	45
4. Discussion.....	46
4.1. Intérêts de l'étude.....	46
4.1.1. Possibilités d'extrapolation des résultats.....	46

4.1.2. Originalité du travail.....	47
4.1.3. Méthode de collecte de données.....	47
4.2. Limites de l'étude.....	48
4.2.1. Absence de calibration des examinateurs cliniques.....	48
4.2.2. Absentéisme des patients en première consultation.....	48
4.2.3. Manque de précision dans la collecte de données.....	49
4.2.4. Inexpérience de l'investigateur dans la conduite de ce type de projet.....	49
4.3. Discussion des résultats et perspectives d'évolution.....	50
4.3.1. Contexte de prise de rendez-vous en première consultation.....	50
4.3.2. Absentéisme en première consultation.....	53
4.3.3. Accès au service d'odontologie.....	54
4.3.4. Caractéristiques des sujets.....	55
4.3.5. Besoins en soin et prise en charge globale des sujets.....	57
4.3.6. Prise de rendez-vous à l'issue de la première consultation.....	59
Conclusion.....	60
Références bibliographiques.....	61
Annexes.....	65
Annexe 1 : Questionnaire version finale.....	65
Annexe 2 : Lettre d'information.....	71

Avant-propos

En France, le recours aux soins bucco-dentaires est essentiellement assuré par le secteur privé. Cependant, il existe également un secteur public offrant des soins bucco-dentaires de qualité, et en majeure partie représenté par les centres hospitalo-universitaires (CHU). Ces établissements ont deux missions principales : la première étant la formation des étudiants en chirurgie dentaire et la seconde étant la prise en charge des patients compte tenu de leurs besoins.

Aujourd'hui peu de connaissances sont disponibles sur ces patients qui choisissent de recourir au service d'odontologie du CHU de Lille pour leurs soins bucco-dentaires. Très peu de travaux ont été réalisés à ce sujet à ce jour à l'échelle nationale.

Ce travail a pour objectif de mieux connaître l'orientation des patients à l'issue d'une première consultation dans le service d'odontologie du CHU de Lille. L'objectif est de mieux cerner le profil des patients et d'évaluer leurs besoins en soins bucco-dentaires, en vue d'améliorer à moyen terme, l'organisation du service, grâce à une meilleure connaissance des utilisateurs.

Ce travail se décompose en 4 parties :

- la première partie de cette thèse replace le sujet dans son contexte et précise l'objectif du travail ;
- la deuxième partie développe la méthodologie de l'étude mise en place pour répondre à cet objectif ;
- la troisième partie présente les résultats ;
- la quatrième partie discute ces résultats, pointe les limites du travail et ouvre des perspectives.

1. Contexte

1.1. La santé orale

1.1.1. Dans le monde

Les affections bucco-dentaires font partie des maladies les plus répandues dans le monde en raison de leurs prévalences et leurs incidences élevées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies bucco-dentaires les plus courantes sont les caries, les parodontopathies, le cancer buccal, les maladies infectieuses bucco-dentaires, les traumatismes liés à des blessures et les lésions congénitales [43]. Elles constituent selon l'OMS, le 3^e fléau mondial après les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Elles ont un réel impact sur la santé générale. Les sujets immuno-déprimés, les sujets souffrant de pathologies cardio-vasculaires ou encore les sujets souffrant de diabète sont d'autant plus à risque [15]. Il existe une relation à double sens entre les maladies parodontales et ces maladies systémiques. D'une part, les maladies parodontales ont une influence délétère sur certaines maladies systémiques et d'autre part, des pathologies générales aggravent l'évolution et la sévérité des parodontites [27].

Soixante à 90 % des enfants scolarisés et près de 100 % des adultes dans le monde ont eu ou auront une expérience carieuse. Selon une étude américaine, la gingivite est également très courante et est présente dans près de 90 % de la population américaine [6]. On trouve 15 à 20 % d'adultes d'âge moyen (35-44 ans) souffrant de parodontopathies sévères. De plus, près de 30 % des personnes âgées de 65 à 74 ans n'ont plus de dents naturelles [43].

Cependant, des disparités de répartition géographique de la maladie carieuse se retrouvent à l'échelle mondiale comme l'illustre la **Figure 1** [35]. Si la maladie carieuse est fréquente en Europe, au Canada, aux Etats-Unis ou en Australie, elle est également répandue dans plusieurs pays d'Asie et d'Amérique

Latine. Elle semblait plus rare jusqu'à récemment en Afrique. Néanmoins, on s'attend à ce que l'incidence de la maladie carieuse augmente dans de nombreux pays en voie de développement et sur le continent africain, du fait de l'évolution des conditions de vie, en particulier en raison de la consommation croissante d'hydrates de carbone et d'une exposition insuffisante aux fluorures [20, 35]. En effet, on sait aujourd'hui que de nombreux facteurs de risque liés aux comportements des individus influencent négativement la santé bucco-dentaire tels qu'un régime alimentaire riche en sucres, la consommation de tabac, la consommation excessive d'alcool ou l'insuffisance des habitudes d'hygiène bucco-dentaire [44].

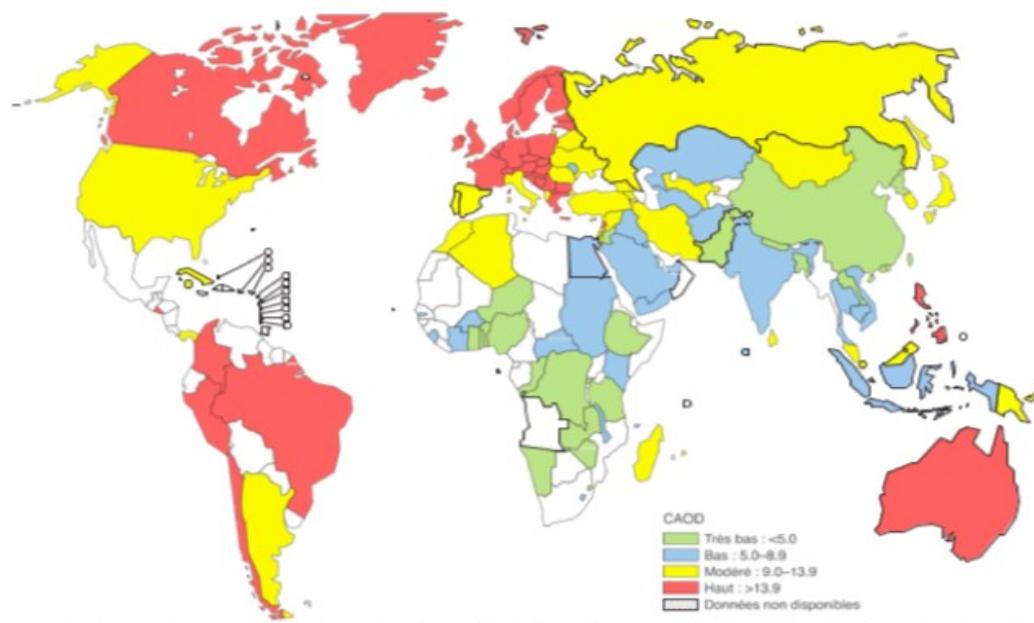


Figure 1 : La maladie carieuse (évaluée au moyen de l'indice CAOD) dans le monde chez les adultes âgés de 35-44 ans en 2003 [35]

On va également retrouver des disparités de santé bucco-dentaire au sein d'un même pays dans ses différentes villes et régions.

1.1.2. En France

En France, les affections bucco-dentaires constituent encore aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique, en raison de leur prévalence, notamment celle des maladies carieuses et parodontales, ainsi que de leur impact sur la santé générale [15].

L'expérience carieuse en France et plus largement en Europe, d'un enfant de 12 ans semble converger vers un indice CAOD de 1 [16]. Selon la classification internationale des maladies parodontales, en France, 50% des adultes souffrent d'un problème de perte d'attache [4]. Pierre Fabre et l'UFSBD ont conduit une enquête sur la santé bucco-dentaire des Français menée auprès de 32 421 français [9]. Les données épidémiologiques, montrent que la moitié de la population à partir de 35 ans, présente un problème parodontal (à type de gingivite), avec des formes sévères dans 10 % des cas [9]. La dernière enquête menée en 2003 sur l'état de santé parodontale des personnes âgées de 35 à 65 ans, montre qu'une part importante de la population nécessite des soins gingivaux. Ainsi en ce qui concerne l'état de santé gingivale, environ un français sur deux (51,7%) présente une inflammation modérée, 17,4% des français ont des gencives qui saignent et 5% sont atteints de parodontite sévère. On peut également souligner que 87,2% des adultes présentent de la plaque dentaire [9].

Néanmoins, les pathologies bucco-dentaires sont très liées aux conditions socio-économiques et à l'accès aux soins. Ainsi, les inégalités de santé se distribuent selon un gradient social et sont particulièrement marquées pour la santé orale. On observe que le nombre de dents cariées varie selon l'activité professionnelle, le revenu, le statut d'immigrant, le niveau d'éducation ou le type d'assurance maladie. Par exemple selon une étude en France, 45 % des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29 % des cadres. De plus, après 50 ans, le nombre de dents manquantes non remplacées est en moyenne de 2,7 chez les hommes en population générale, alors qu'il atteint 11,7 chez les consultants de centres de soins gratuits [34]. En 1999, pour tenter de palier à ses inégalités de santé qui influencent l'accès aux soins en fonction du gradient social, la Couverture Médicale Universelle –

Complémentaire (CMU-C) a été créée [30]. Il s'agit d'une aide sociale pour l'accès aux soins de santé pour une tranche de la population au statut socio-économique faible. Aujourd'hui on constate que les soins des bénéficiaires de la CMU-C ne diffèrent pas sensiblement des soins des autres assurés sociaux ; cependant la principale différence retrouvée en matière de recours au soin concerne le recours à l'hôpital. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C ont davantage recours à l'hôpital, avec une fréquentation supérieure d'environ 40 % par rapport à la moyenne générale. Les personnes à revenus modestes recourent également plus souvent à l'hôpital, notamment pour accéder à des médecins spécialisés [23]. En médecine générale, le recours à l'hôpital des personnes en situation de précarité est généralement tardif tant les démarches administratives sont longues et tant ils ont des difficultés à faire valoir leurs droits [21]. Ainsi, ils se présentent souvent avec des pathologies aiguës ou avancées. Par conséquent, il semblerait que des inégalités d'accès aux soins existent selon le degré de précarité [21].

1.2. Offre de soins bucco-dentaires en France

En 2017, l'Ordre des chirurgiens-dentistes recense en France métropolitaine 42 821 chirurgiens-dentistes en activité [20]. Aujourd'hui la profession rajeunit. L'âge moyen des chirurgiens-dentistes est passé de 48,4 ans en 2013 à 47,6 ans en 2017 [20, 43]. La classe d'âge la plus représentée dans la profession est celle des 50-60 ans. La proportion de femmes chirurgiens-dentistes en 2013 est de 40,4 % en France métropolitaine [20]. La nouvelle génération se féminise, 50 % des chirurgiens-dentistes de moins de 35 ans sont des femmes [12]. La densité en France métropolitaine en 2017 s'établit à 63,1 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (62 pour 100 000 sur la France entière). La répartition des chirurgiens-dentistes est cependant très inégale sur l'ensemble du territoire ainsi qu'entre les secteurs public et privé.

1.2.1. Répartition entre secteurs privé et public

En 2013, la pratique de l'odontologie est principalement ambulatoire (98,2 %) en exercice libéral ou mixte (90,4 %) et en cabinet [17].

En France, parmi les 31 centres hospitaliers universitaires (CHU), seulement 16 d'entre eux disposent d'un service d'odontologie relié à une unité de formation et de recherche (UFR) d'odontologie [17]. Depuis 2008, des dénommées « antennes d'odontologie » ont également été créées dans des villes dont les CHU sont dépourvus de faculté de chirurgie dentaire. Il existe aujourd'hui 8 antennes dans les villes de Dijon, Rouen, Le Havre, Metz-Thionville, Caen, Amiens, Boulogne sur Mer et Orléans. La création de nouvelles antennes est notamment à l'étude dans les villes de Poitiers, du Mans et de Tours [5].

1.2.2. Disparités géographiques

Au plan régional, il existe des disparités géographiques dans la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire [17]. Si la moyenne nationale est de 63,1 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, 12 régions (décrites à partir de la cartographie des régions antérieure au 1^{er} janvier 2016) présentent une densité inférieure à celle-ci (les départements d'Outre-Mer, les régions de Haute-Normandie, Picardie, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Centre, Bourgogne, Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin et Pays de la Loire). Les régions les moins dotées en France métropolitaine sont la Haute-Normandie, la Picardie, la Basse-Normandie puis le Nord-Pas-de-Calais. La Bretagne présente quant à elle une densité égale à la moyenne nationale. Neuf régions ont une densité supérieure à la moyenne dont 7 avec une densité supérieure à 70 pour 100 000 habitants. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) se distingue avec la densité la plus élevée établie à 89 pour 100 000 habitants. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la densité de chirurgiens-dentistes est très faible et avoisine les 50 pour 100 000 habitants. Ainsi sur le plan régional, le sud de la France constitue une zone attractive pour ces professionnels [17].

On constate également que les régions dépourvues de centre de formation dentaire présentent une densité plus faible de chirurgiens-dentistes que les

régions formatrices. A l'échelle communale, les pôles urbains sont davantage dotés que les communes périphériques [12, 17]. Pour rappel, *selon l'INSEE, « le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas situé dans la couronne d'un autre pôle urbain » [24].*

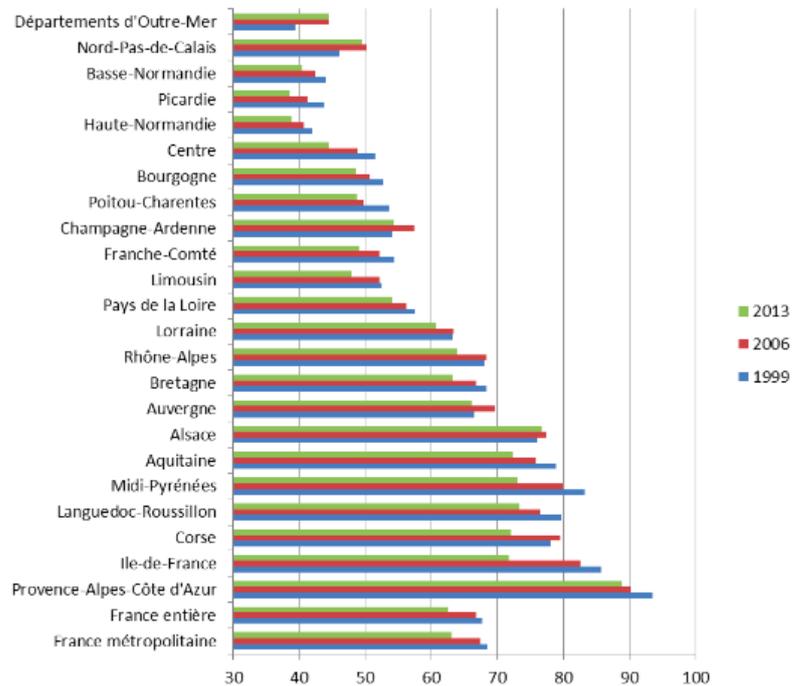


Figure 2 : Evolution de la densité régionale de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants entre 1999-2006-2013 [17]

1.3. L'unité fonctionnelle des premières consultations au sein du service d'odontologie du CHU de Lille

1.3.1. Le service d'odontologie

Le service d'odontologie du CHU de Lille dispose d'une situation privilégiée. Il se trouve au cœur du plus grand campus hospitalo-universitaire d'Europe, ce dernier s'étendant sur 350 hectares. Il est facilement accessible, par l'autoroute ou par le métro, mais il est également très bien desservi par les lignes de bus lui permettant de drainer facilement les villes et villages environnants.

Chaque année, le service d'odontologie du CHU de Lille comptabilise 58000 passages assurant la prise en charge de 15000 patients faisant de celui-ci l'un des principaux services de soins bucco-dentaires de la métropole lilloise [8].

Le plateau technique rassemble 86 fauteuils dentaires pour 9 unités fonctionnelles (UF) :

- La dentisterie conservatrice et endodontie,
- l'odontologie pédiatrique,
- l'orthopédie dento-faciale (ODF),
- les urgences,
- les 1^{ères} consultations,
- la parodontologie,
- la chirurgie orale,
- l'odontologie prothétique,
- l'implantologie,

- les consultations spécialisées telles que la prophylaxie, l'occlusodontie, les consultations dédiées aux personnes adultes en situation de handicap ou la clinique du sourire [8].

1.3.2. Description de l'unité fonctionnelle des premières consultations

L'activité clinique dédiée à l'UF des 1^{ères} consultations consiste à recevoir sur rendez-vous tout patient :

- souhaitant entrer dans le parcours de soins du Service d'odontologie et n'étant jamais venu auparavant ;
- ou n'ayant pas consulté le service depuis plus de 6 mois ;
- ou souhaitant poursuivre sa prise en charge dans le Service d'odontologie après une consultation en urgence et n'étant pas déjà en cours de suivi dans le service.

Il s'agit donc d'un premier rendez-vous, au cours duquel un binôme d'étudiants est identifié comme binôme du patient. Ce premier rendez-vous vise principalement à cerner le(s) motif(s) de consultation du patient, recueillir des informations médicales utiles à sa prise en charge, conduire un examen clinique complet à type de bilan bucco-dentaire ainsi que réaliser les examens radiographiques initiaux nécessaires au diagnostic et aux premiers éléments d'un plan de traitement. A l'issue de cet examen initial, l'équipe soignante en accord avec le patient oriente celui-ci vers les différentes UF compte tenu de ses besoins en soins identifiés et de ses préférences.

Aucun acte thérapeutique n'est réalisé lors de cette consultation. Exceptionnellement et si la situation l'exige, un soin d'urgence peut néanmoins être envisagé.

1.4. Evaluation des pratiques professionnelles

En France, en 1946, la création du Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics introduit le concept d'évaluation du service public [39]. L'objectif premier de cette évaluation était de réduire les coûts tout en améliorant la qualité et le rendement des structures publiques.

Le système de soin français a aussi suivi cette tendance, et aujourd'hui les professionnels de santé et les autorités publiques ont l'opportunité d'améliorer leurs processus opérationnels et organisationnels grâce à l'évaluation de la performance des établissements de santé et du système de soin [39]. L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration de la qualité des soins. La qualité des soins est définie par l'OMS comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [37]. Garantir la qualité des soins est donc un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité constatée des pratiques, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration [13].

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » [13]. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives et comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives. Il ressort de cette définition que [13] :

- l'évaluation n'est pas une fin en soi, et le constat d'écart entre la pratique réelle

et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;

- l'appellation « évaluation des pratiques professionnelles » recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins.

1.5. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette enquête par questionnaire étaient de mieux connaître le profil des patients consultants en 2018 dans l'UF des 1^{ères} consultations ainsi que leur orientation à l'issue de ce rendez-vous au sein du service d'odontologie du CHU de Lille. A moyen terme, cela pourrait permettre de mieux cerner la demande des patients à leur arrivée dans le service et leurs besoins, et donc de mieux faire coïncider l'organisation et le fonctionnement du service d'odontologie du CHU de Lille avec ceux-ci. A plus long terme, cela pourrait donc participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients au sein de ce service. Ainsi, ce travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude

Une étude transversale descriptive par questionnaire a été conduite.

2.2. Lieu d'étude

L'étude a été réalisée dans le service d'odontologie du CHU de Lille au sein de l'UF des 1^{ères} consultations.

2.3. Période de l'étude

L'étude a été menée pendant le mois de juin 2018 selon le planning réservé

à l'UF des 1^{ères} consultations du service d'odontologie du CHU de Lille, et selon les disponibilités de l'investigateur (moi-même) :

- le mardi matin,
- le mardi après-midi,
- le jeudi après-midi.

Pour rappel, au cours de chaque vacation hospitalière des 1^{ères} consultations, environ quinze patients sont programmés.

2.4. Population d'étude

Les sujets inclus dans l'étude devaient présenter les critères d'inclusion suivants : individus majeurs, comprenant la langue française à l'oral, s'étant présenté à leur rendez-vous programmé durant les plages de conduite de l'étude, et sous réserve de la disponibilité de l'investigateur pour l'enquête. Aucun autre critère n'a été ajouté, excepté le recueil préalable du consentement éclairé oral du sujet à participer à la recherche. Aucun échantillonnage aléatoire n'a donc été constitué pour cette étude.

La population étudiée concernait non seulement les nouveaux patients consultants dans le Service d'odontologie mais aussi les patients ayant déjà été reçus dans l'UF des urgences, ou dans une autre UF mais non venus dans le service depuis au moins 6 mois. Cette variable était néanmoins relevée au cours de l'étude.

2.5. Recueil des données

2.5.1. Méthode de recueil

2.5.1.1. Construction du questionnaire

Le questionnaire a été spécifiquement créé pour l'étude. L'élaboration du questionnaire suit une série d'étapes qui sont illustrées ci-dessous (**Figure 3**). Il faut d'abord définir les objectifs, constituer une banque de données, formuler les questions, ordonner les questions, réviser le questionnaire et le tester [19].

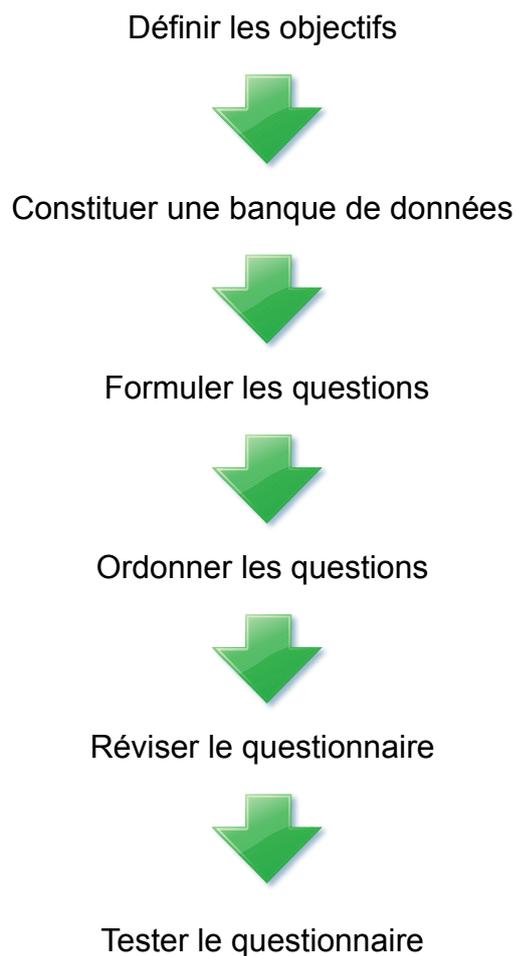


Figure 3 : Les étapes à suivre dans la construction d'un questionnaire [19]

La première partie du questionnaire porte sur le profil du sujet ainsi que sur son motif de consultation. La seconde partie permet de recueillir des informations sur le profil du sujet, les conclusions de l'examen clinique ainsi que l'orientation prévue du sujet dans les différentes UF. La première partie du questionnaire nécessite la présence du sujet se prêtant à la recherche à qui l'investigateur pose des questions à réponses principalement fermées. Le questionnaire est donc rempli au cours d'un entretien individuel où le sujet répond oralement aux questions posées oralement par l'investigateur. Ce dernier complète lui-même le questionnaire papier évitant ainsi les problèmes éventuels de lecture, de compréhension ainsi que d'écriture du sujet se prêtant à la recherche. La deuxième partie est quant à elle remplie à partir des éléments médicaux relevés sur le dossier médical du sujet, voire avec l'aide du binôme d'étudiants assurant la prise en charge clinique du sujet en cas d'informations manquantes. Cette consultation par l'investigateur du dossier médical du sujet est bien expliquée au sujet en amont de sa participation à l'étude. Le sujet donne son accord pour celle-ci.

2.5.1.2. Correction et relecture du questionnaire

Avant sa validation, le questionnaire a d'abord été travaillé au cours de plusieurs séances avec le Docteur Alessandra BLAIZOT, Directrice de la thèse et praticien au sein de l'UF des 1^{ères} consultations, puis a été relu et commenté par le Docteur Mathilde SAVIGNAT, Responsable de l'UF des 1^{ères} consultations. Différentes modifications ont été apportées au cours de ces différentes séances. Par exemple : pour la question n° 13, une proposition a été ajoutée « je viens pour un avis ODF », pour la question n° 15, il manquait une modalité de réponse « entre 3 et 10 ans » qui a également été ajoutée. Deux questions supplémentaires ont aussi été ajoutées :

- « Un avis a-t-il été pris durant la 1^{ère} consultation dans une autre UF ? », réponses possibles : « Oui/Non, et si oui précisez lequel : ... » ;
- « Quelles ont été les modalités de prise de rendez-vous à l'issue de cette 1^{ère} consultation ? », réponses possibles : « rendez-vous pris directement /

patient placé sur liste d'attente / contact téléphonique pour future prise de rendez-vous / autre : précisez : ... ».

Une dernière question avait été envisagée : il s'agissait de demander au sujet s'il nous autorisait à le recontacter pour suivre son parcours de soins ultérieur, dans l'optique d'une seconde étude réalisée ultérieurement. Cependant, après discussion avec le correspondant chargé de la protection des données de l'Université de Lille, il a été décidé de ne pas ajouter cette question qui ne rentrait pas directement dans le cadre de cette étude, et qui compliquait les démarches vis-à-vis de la protection des données collectées, compte-tenu dans ce cas, de la perte du caractère anonyme de l'étude.

2.5.1.3. Phase de test auprès d'usagers du service

Le questionnaire ainsi établi a ensuite été testé, sur deux sujets lors d'une vacation de test.

Cette phase de test a permis de déceler des oublis, comme l'une des modalités de réponse à la question n° 3 portant sur le statut marital (« divorcé »), ou encore l'orientation possible vers des soins sous anesthésie générale (question n° 30). De plus, un problème a été repéré dans la façon de collecter les données sur le remplacement de dents par prothèse fixée. Cette partie a donc été remaniée de façon à corriger ces éléments. Le questionnaire validé est disponible en Annexe 1.

2.5.2. Procédure d'administration du questionnaire

Dès leur arrivée dans l'UF pour leur rendez-vous programmé en 1^{ère} consultation, les sujets remplissant les critères de sélection recevaient une information orale en vue de proposer leur participation à l'étude. Une explication brève leur était donnée afin de leur présenter les objectifs de l'étude ainsi que les avantages et inconvénients en acceptant de participer. Il leur a été bien expliqué

que le questionnaire était entièrement anonyme et qu'ils ne devaient attendre aucun bénéfice individuel direct concernant l'étude, mais que le bénéfice serait collectif visant à améliorer les pratiques au sein du Service d'Odontologie par une meilleure connaissance des besoins et de l'orientation des patients à l'issue de la 1^{ère} consultation. Une lettre d'information écrite était à leur disposition s'ils le souhaitaient et leur droit au retrait à tout moment au cours de l'étude était également bien stipulé. La lettre d'information est disponible en Annexe 2.

Le questionnaire complètement anonyme était rempli par l'investigateur, selon les modalités précédemment décrites. Pour chaque sujet, le questionnaire était donc rempli dans les minutes suivant la conduite de sa 1^{ère} consultation et après recueil de son consentement éclairé oral.

2.6. Plan d'analyse et outils statistiques

L'intégralité des données collectées ont été saisies sur un tableur Calc Open Office® par un unique opérateur (moi-même) afin de constituer le tableau brut des données. Chaque donnée inscrite sur le tableur a fait l'objet d'une vérification de l'absence d'erreur de saisie par le même opérateur.

Une analyse statistique a ensuite été conduite par moi-même via l'utilisation des fonctions mathématiques de Calc Open Office®. Les résultats descriptifs des variables quantitatives ont été exprimés au moyen des paramètres usuels suivants : moyenne, écart type, médiane, minimum et maximum. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de fréquences par classe. Selon les variables, les résultats descriptifs peuvent être présentés sous la forme de tableaux et/ou de graphiques, en plus du texte.

Dans l'idée d'une éventuelle extrapolation des résultats observés sur ce panel à l'ensemble de la population de personnes consultant en 1^{ère} consultation au sein du service d'odontologie du CHU de Lille, une analyse bi-variée a été conduite pour compléter certains résultats, via l'utilisation du logiciel de statistiques Stata. Un test de Fisher a été réalisé pour la comparaison de 2 variables qualitatives en fixant *a priori* un risque alpha de 5 %.

2.7. Aspects réglementaires

S'agissant d'une évaluation des pratiques professionnelles auprès des patients, la soumission préalable du protocole de l'étude à un Comité de protection des personnes (CPP) n'est pas nécessaire au vu du Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. En effet, celui-ci stipule que : « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent : [...] 1° c) A effectuer **toute autre enquête de satisfaction auprès des patients** ; 2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des **modalités d'exercice des professionnels de santé** » [28].

De plus, le questionnaire est anonyme et la procédure de recueil des données ne permet pas d'identifier le répondant. Ainsi, le correspondant chargé de la protection des données de l'Université de Lille contacté à la date du 29 mai 2018, a précisé qu'aucune autorisation préalable de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) n'était nécessaire conformément à la réglementation en vigueur à cette date.

Enfin, la conduite de l'étude a reçu un avis favorable verbal préalable à sa conduite de la part du chef de service d'odontologie, le Docteur Laurent NAWROCKI ainsi que le soutien et l'aide du Docteur Mathilde SAVIGNAT, responsable de l'UF des 1^{ères} consultations.

2.8. Stockage des questionnaires et des données

2.8.1. Stockage des données durant la conduite de l'étude

Les questionnaires papier remplis ainsi que les lettres papier d'information (pour rappel : ces documents sont anonymes) ont été conservés au domicile de l'investigateur durant le temps de la collecte des données, de la saisie de celles-ci sur tableur, et de l'analyse des données.

Le fichier informatique regroupant l'ensemble des données a été conservé sur l'ordinateur personnel de l'investigateur protégé par mot de passe durant le temps de la conduite de l'étude et de l'analyse des données.

2.8.2. Archivage après la conduite de l'étude

Les données papiers (questionnaires et lettres d'informations) seront archivées dans les locaux réservés au Département de Prévention – Santé publique de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Lille. Les données informatiques (tableau brut de données et analyses statistiques) seront archivées sur le serveur Nextcloud (hébergé par l'Université de Lille) protégées par un mot de passe dont l'accès sera réservé aux membres du Département de Prévention – Santé publique pendant 5 ans à l'issue desquelles elles seront détruites.

2.9. Communication et diffusion des résultats

L'investigateur (moi-même) et les membres du jury se réservent le droit de communiquer les résultats de l'étude par oral ou écrit afin de les faire connaître à la communauté scientifique, sous une forme agrégée et anonyme ne permettant donc pas de retourner individuellement aux résultats de chaque participant.

3. Résultats

L'étude a pu être menée auprès de 81 individus. Parmi les personnes auxquelles l'étude a été proposée, aucune n'a refusé de participer. Le taux de participation a donc été de 100 %. Pour rappel, parmi les personnes remplissant les critères d'inclusion, l'étude n'a néanmoins été proposée que lorsque l'investigateur était présent dans la vacation et disponible.

3.1. Caractéristiques du panel

Aucune donnée concernant les caractéristiques du panel n'était manquante (N=81) (**Tableau 1**).

Parmi les sujets de l'étude, 55,6 % étaient des femmes. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 36-60 ans. Elle représentait la moitié des sujets. La tranche d'âge des 18-35 ans représentait 29,6 % des sujets. Aucun sujet âgé de moins de 18 ans n'a été retrouvé dans l'étude étant donné qu'il s'agissait d'un critère de non inclusion. Concernant le statut marital des sujets, 46,9 % des sujets ont déclaré être mariés, 27,2 % étaient quant à eux célibataires, 12,3 % en concubinage et 11,1 % divorcés.

Soixante-dix-neuf pour cent des sujets ont déclaré avoir majoritairement vécu en France pendant leur enfance alors que 18,6 % avaient vécu majoritairement en Afrique durant cette période. Deux sujets avaient majoritairement vécu dans un autre pays d'Europe ou sur le continent Américain.

Le niveau d'études le plus représenté chez les sujets se caractérisait par l'absence de diplôme ou un diplôme équivalent au certificat d'études primaires avec 29,6 % des sujets, puis venaient les personnes détentrices d'un CAP / BEP / BEPC avec 28,4 %. Les 42,0 % de sujets restants ont déclaré détenir au moins le baccalauréat ou avoir suivi des études supérieures.

En ce qui concerne le niveau d'études des pères des sujets, 71,6% des sujets ont

déclaré que leur père n'avait pas de diplôme ou le certificat d'études primaires uniquement. On constatait également que 6,1 % des sujets interrogés déclaraient ne pas connaître le niveau d'études de leur père.

A propos du niveau d'études des mères des sujets interrogés, 74,1 % des sujets ont déclaré que leur mère n'avait pas de diplôme ou avait eu leur certificat d'études primaires uniquement. Ils étaient 3,7 % des sujets à ne pas connaître le niveau d'études de leur mère.

Au sein du panel, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des employés avec 37,0 % des sujets concernés. Au sein du panel, 35,8 % des sujets n'ont pas déclaré d'activité professionnelle. Les retraités représentaient 13,6 % des sujets du panel, ainsi 49,4 % des sujets de ce panel ne travaillaient pas ou plus.

Parmi les sujets, 40,8 % d'entre eux habitaient à moins de 10 km du Service d'odontologie, 34,6 % effectuaient entre 10 et 20 km, 12,3 % effectuaient entre 21 et 30 km et 11,1 % effectuaient plus de 40 km pour s'y rendre. Quinze sujets vivaient à Roubaix ou Tourcoing, soit 18,5 % du panel.

Parmi les sujets interrogés, 59,3 % des sujets n'étaient jamais venus dans le Service d'odontologie avant cette 1^{ère} consultation, 22,2 % étaient déjà venus pour une prise en charge aux urgences et 18,5 % pour une précédente 1^{ère} consultation. Ainsi, 40,7 % avaient déjà eu recours au Service d'odontologie. Au sein du panel, 69,1 % des sujets s'étaient rendus seuls à leur rendez-vous dans le service. Parmi les hommes 25,0 % étaient venus accompagnés contre 30,6 % parmi les femmes ($p=0,340$). Parmi les personnes venues accompagnées la majorité l'avaient été par un proche (92,6 %) plutôt que par un professionnel (de santé, médico-social, ou autre).

Concernant l'assurance maladie du panel, 19,8 % des sujets ont déclaré être bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire associée à la CMU-C, 45,7 % de l'Assurance maladie obligatoire associée à une mutuelle, 9,9 % de l'Assurance maladie obligatoire uniquement (sans mutuelle), et 18,5 % bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire du fait d'une

Affection Longue Durée (ALD). Les 6,0 % restants étaient couverts du fait de leur maternité, de leur invalidité, par le dispositif de l'Aide Médicale d'État (AME), ou par le biais d'un accord conclu entre le CHU et l'Association humanitaire Médecine Solidarité Lille (MSL). Parmi les sujets habitant à Roubaix ou à Tourcoing (confondus), 33,3 % étaient bénéficiaires de la CMU-C. Parmi les sujets âgés entre 18-35 ans, 45,8 % étaient bénéficiaires de la CMU-C contre 9,8 % des 36-60 ans et 6,3 % des plus de 60 ans ($p=0,001$).

Tableau 1 : Caractéristiques du panel (N=81)

	Effectif	Fréquence (%)
Sexe		
Femme	45	55,6
Homme	36	44,4
Tranche d'âge		
18 – 35 ans	24	29,6
36-60 ans	41	50,6
Plus de 60 ans	16	19,8
Statut marital		
Marié	38	46,9
En concubinage	10	12,3
Célibataire	22	27,2
Divorcé	9	11,1
Veuf	2	2,5
Dernier diplôme obtenu		
Aucun diplôme/ certificat d'études primaires	24	29,6
CAP / BEP / BEPC	23	28,4
Baccalauréat	15	18,5
Enseignement supérieur	19	23,5
Dernier diplôme obtenu par le père du sujet		
Aucun diplôme/ certificat d'études primaires	57	71,6
CAP / BEP / BEPC	12	14,8
Baccalauréat	3	3,7
Enseignement supérieur	4	4,9
Ne sait pas	5	6,1
Dernier diplôme obtenu par la mère du sujet		
Aucun diplôme/ certificat d'études primaires	60	74,1
CAP / BEP / BEPC	8	9,9
Baccalauréat	3	3,7
Enseignement supérieur	7	8,6
Ne sait pas	3	3,7
Catégorie socio-professionnelle		
Agriculteur exploitant	1	1,3
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	1	1,3
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	4	4,9
Profession intermédiaires (professeurs...)	1	1,2
Employés	30	37
Ouvriers	4	4,9
Retraités	11	13,6
Sans activité professionnelle	29	35,8
Lieu habitation par rapport au Service d'odontologie		
Moins de 10 km	33	40,8
Entre 10 et 20 km	28	34,6
Entre 21 et 30 km	10	12,3
Entre 31 et 40 km	1	1,2

	Effectif	Fréquence (%)
Plus de 40 km	9	11,1
Lieu de vie majoritaire pendant l'enfance		
France	64	79
Europe	1	1,2
Afrique	15	18,6
Amérique	1	1,2
Historique de consultation dans le Service d'odontologie		
Non	48	59,3
Oui, aux urgences	18	22,2
Oui, dans un autre Unité Fonctionnelle	15	18,5
Moyen de transport		
En voiture	43	53,1
A pied ou à vélo	1	6,2
En ambulance / VSL ¹	5	1,2
En transport en commun	32	39,5
Accompagnement par un tiers au rendez-vous		
Aucun	56	69,1
Avec un proche en salle d'attente	14	17,3
Avec un proche en salle de consultation	9	11,1
Avec un professionnel de santé en salle de consultation	2	2,5
Régime d'assurance maladie à l'entrée administrative dans le Service d'odontologie		
Assurance maladie obligatoire uniquement	8	9,9
Assurance maladie obligatoire + mutuelle	37	45,7
Assurance maladie obligatoire + CMU-C ²	16	19,8
Affection de longue durée	15	18,5
Autre (Maternité, Invalidité, AME ³ , MSL ⁴)	5	6

¹VSL: Véhicule Sanitaire Léger
²CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire
³AME : Aide Médicale d'Etat
⁴MSL : Médecine Solidarité Lille

3.2. Données de santé générale

Au sein panel, 48,1 % des sujets ont déclaré un état pathologique, soit quasiment 1 personne sur 2 (N=81). L'affection la plus fréquemment rapportée parmi les sujets ayant déclaré un état pathologique concernait le diabète, avec 11 sujets concernés soit 28,2 % (N=39). Ensuite venaient les sujets atteints d'une maladie cardio-vasculaire avec 20,5 %, puis les maladies neurodégénératives et thyroïdiennes avec 12,8 % chacune. Le cancer et la dépression ont été déclarés respectivement par 7,7 % et 5,1 % (**Tableau 2**, en sachant que plusieurs pathologies pouvaient être rapportées par le même sujet).

Tableau 2 : Etat de santé générale du panel (N=81)

	Effectif	Fréquence (%)
Etat de santé déclaré		
Bonne santé globale	42	51,9
Etat pathologique	39	48,1
Pour les sujets ayant déclaré un état pathologique, type de pathologie déclaré (N=39) (plusieurs réponses sont possibles)		
Maladie cardio-vasculaire	8	20,5
Maladie neurodégénérative	5	12,8
Cancer	3	7,7
Diabète	11	28,2
Dépression / troubles psychiatriques	2	5,1
Maladie neurologique	1	2,6
Glaucome	1	2,6
Maladie de la thyroïde	5	12,8
Polyarthrite rhumatoïde	1	2,6
Maladie de Crohn	1	2,6
VIH	1	2,6
Asthme	1	2,6

3.3. Caractéristiques du recours en première consultation

La demande la plus fréquemment évoquée par les sujets pour motiver un rendez-vous en 1^{ère} consultation était la demande de bilan bucco-dentaire totalisant 37,0 % des réponses. Ensuite, on retrouvait les besoins prothétiques avec 27,2 % et les raisons en lien avec des douleurs bucco-dentaires avec 18,5 % (**Tableau 3**) (N=81) (Une seule réponse était possible à cette question). Il semble que les hommes aient eu davantage tendance à consulter pour des douleurs (22,2 % des hommes contre 15,6 % des femmes), ou de la prothèse (33,3 % des hommes contre 22,2 % des femmes) et les femmes davantage pour un bilan (40,0 % des femmes contre 33,3 % des hommes) ; ces tendances n'étaient néanmoins pas statistiquement significatives au seuil de 5 % ($p=0,395$, un regroupement préalable de classes ayant été fait en ne conservant que les modalités de réponse douleurs, prothèse, bilan et autres motifs).

On a constaté que 65,4 % des sujets interrogés ont déclaré consulter dans le Service d'odontologie sur conseil d'un tiers (**Tableau 3**) (N=81). Parmi les 53 sujets venus sur recommandation d'un tiers, environ 2 tiers d'entre eux étaient

venus sur les conseils d'un proche (**Tableau 3**) (N=53).

Au sein du panel, 39,5 % des sujets ont déclaré avoir consulté un chirurgien-dentiste dans les 6 mois précédant leur rendez-vous en 1^{ère} consultation dans le Service d'odontologie (**Tableau 3**) (N=81). Il semble que les femmes étaient plus nombreuses à avoir consulté dans les 12 derniers mois que les hommes (68,9 % des femmes contre 47,2 % des hommes) bien que cette tendance ne fût pas statistiquement significative au seuil de 5 % (p=0,069).

Parmi les participants, 30,9 % des sujets ont été examinés par un binôme d'étudiants de 4^{ème} année (le matin), et 69,1 % des sujets ont été examinés par un binôme d'étudiants de 5^{ème} année (l'après-midi). De plus, 44,4 % des sujets ont vu leur examen clinique supervisé par un enseignant Maître des conférences – Praticien hospitalier (MCU-PH) à temps plein, et 55,6 % des sujets par un enseignant Assistant hospitalo-universitaire (AHU) à temps partiel.

Tableau 3 : Caractéristiques du recours au service d'odontologie du panel (N=81)

	Effectif	Fréquence (%)
Motif de consultation		
Douleurs bucco-dentaires	15	18,5
Problème gingival	1	1,2
Raison esthétique	6	7,4
Besoin prothétique	22	27,2
Besoin d'un avis	2	2,5
Demande d'un bilan bucco-dentaire	30	37
Demande d'un avis ODF	5	6,2
Recommandation d'un tiers		
Oui	53	65,4
Non	28	34,6
Pour les sujets venus sur recommandation d'un tiers, par qui ? (N=53)		
Conseillé par un proche	35	66
Adressé par courrier par un professionnel	3	5,7
Adressé sans courrier par un professionnel	14	26,4
Après prise en charge aux urgences (Service d'odontologie, CHU de Lille)	1	1,9
Délai depuis la dernière visite chez le chirurgien-dentiste		
Moins de 6 mois	32	39,5
Entre 6 mois et 1 an	16	19,7
Entre 1 an et 3 ans	14	17,3
Entre 3 ans et 10 ans	12	14,9
Plus de 10 ans	6	7,4
N'a jamais consulté de chirurgien-dentiste	1	1,2
Année d'étude du binôme d'étudiants ayant réalisé la 1^{ère} consultation		
4 ^{ème} année des études d'odontologie	25	30,9
5 ^{ème} année des études d'odontologie	56	69,1
Plage de vacation durant laquelle la 1^{ère} consultation du sujet a été conduite		

	Effectif	Fréquence (%)
Mardi matin	25	30,9
Mardi après-midi	20	24,7
Jeudi après-midi	36	44,4
Praticien référent de la 1^{ère} consultation du sujet		
Maître de conférences – praticien hospitalier – temps plein	36	44,4
Assistant hospitalo-universitaire – temps partiel	45	55,6

3.4. Evaluation de l'état bucco-dentaire du panel

3.4.1. Présence de plaque, de tartre et d'inflammation

A l'examen clinique, la présence de plaque a été retrouvée chez 88,6 % des sujets dentés, près de 90 % des sujets dentés présentaient du tartre, et de l'inflammation a été retrouvée chez 74,6 % des sujets dentés (sujets dentés : N=79, autrement dit 2 sujets du panel étaient édentés complets) (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Etat de santé parodontale des sujets dentés (N= 79)

	Effectif	Fréquence (%)
Localisation de la plaque		
Absente	9	11,4
Localisée	33	41,8
Généralisée	37	46,8
Abondance de la plaque chez les sujets présentant de la plaque (N=70)		
Collectable à la sonde	36	51,4
Visible à l'œil nu	34	48,6
Localisation du tartre		
Absent	8	10,1
Localisé	53	67,1
Généralisé	18	22,8
Abondance du tartre chez les sujets présentant du tartre (N=71)		
Peu abondant	42	59,2
Abondant	29	40,8
Localisation de l'inflammation		
Absente	20	22,4
Localisée	22	27,8
Généralisée	37	46,8
Importance de l'inflammation chez les sujets présentant de l'inflammation (N=59)		
Légère	26	44,1
Modérée	22	37,3
Sévère	11	18,6

3.4.2. Présence d'une gingivite ulcéro-nécrotique, d'une stomatite sous-prothétique ou de lésions des muqueuses

Une gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) a été diagnostiquée chez un seul sujet. Aucune stomatite sous-prothétique n'a été constatée chez les 7 patients appareillés porteurs de leur prothèse. Parmi les 5 sujets présentant des lésions muqueuses, une seule origine cancéreuse n'a pas été écartée.

3.4.3. Etat dentaire

3.4.3.1. Paramètres calculés à partir de variables qualitatives

Parmi les 79 sujets dentés du panel, 22 d'entre eux étaient indemnes de lésion carieuse soit 27,8 % des sujets. Autrement dit, 57 sujets sur les 79 sujets dentés examinés (soit 72,2 %) présentaient au moins une lésion carieuse (qu'elle soit cavitaire ou non cavitaire) (**Tableau 5**). Parmi les sujets dentés du panel, 20 étaient touchés à la fois par des lésions carieuses cavitaires et non cavitaires soit 25,3 %. Quarante sujets présentaient au moins une lésion carieuse cavitaire soit environ la moitié du panel denté. Les hommes dentés étaient 58,3 % à présenter au moins une lésion carieuse cavitaire contre 44,2 % des femmes dentées ($p=0,261$).

Sur les 79 sujets dentés du panel, 64 d'entre eux présentaient au moins une obturation coronaire soit 81,0 % des sujets dentés.

Dix sujets présentaient toutes leurs dents dans leur cavité buccale soit 12,3 %. Sur les 71 sujets ayant au moins une dent absente dans leur cavité buccale, 30 d'entre eux avaient au moins 8 dents absentes, soit 42,3 % (les dents de sagesse ont été prises en compte dans le calcul).

Parmi les sujets ayant au moins une dent absente (N=71), 59 d'entre eux, (soit 83,1 %) ne possédaient aucun appareil amovible, 3 d'entre eux (soit 4,2 %) possédaient uniquement un appareil amovible maxillaire (N=9), 3 autres d'entre

eux (soit également 4,2%) possédaient uniquement un appareil amovible mandibulaire (N=9), et les 6 sujets restants (soit 8,5 %) possédaient à la fois un appareil maxillaire et mandibulaire (N=6). Parmi les sujets possédant un appareil maxillaire, 55,6 % d'entre eux le portaient contre 33,3 % des sujets possédant un appareil mandibulaire. Parmi les sujets étant appareillés au maxillaire et à la mandibule, 16,7 % des sujets portaient leurs deux appareils, 33,3 % ne portaient que le maxillaire et 50,0 % ne portaient ni l'appareil maxillaire ni l'appareil mandibulaire. Aucun appareil mandibulaire seul n'était porté parmi les édentés bi-maxillaires.

Parmi les sujets dentés (N=79), 38,0 % présentaient au moins une prothèse fixe dans leur cavité buccale que celle-ci soit unitaire ou plurale. Aucun sujet n'était porteur d'implant. Parmi les 30 sujets porteur d'au moins une prothèse fixe, 6 d'entre eux soit 20,0 % détenaient aussi une prothèse amovible (que cette prothèse soit portée ou non).

Tableau 5 : Présence de lésions carieuses, d'obturations coronaires, de dents absentes et de prothèses au sein du panel

	Effectif	Fréquence (%)
Présence de lésions carieuses chez les sujets dentés (N=79)		
Indemne de lésion carieuse	22	27,8
Lésions carieuses uniquement cavitaires	20	25,3
Lésions carieuses uniquement non-cavitaires	17	21,5
Lésions carieuses cavitaires et non cavitaires ¹	20	25,3
Présence d'obturations coronaires chez les sujets dentés (N=79)		
Pas d'obturation	15	19
Présence d'au moins une obturation	64	81
Absence de dents (N=81)		
Pas de dent absente	10	12,3
Au moins une dent absente ²	71	87,7
Absence d'au moins 8 dents chez les sujets présentant au moins une dent absente (N=71)		
Oui	30	42,3
Non	41	57,7
Présence de la prothèse amovible chez les sujets présentant au moins une dent absente (N=71)		
Aucune	59	83,1
Oui, maxillaire seule	3	4,2
Oui, mandibulaire seule	3	4,2
Oui, maxillaire et mandibulaire	6	8,5
Port d'une prothèse amovible maxillaire chez ceux qui en possèdent une (N=9)		
Oui	5	55,6
Non	4	44,4
Port de la prothèse amovible mandibulaire chez ceux qui en possèdent une (N=9)		
Oui	3	33,3
Non	6	66,7
Port des prothèses amovibles bi-maxillaires chez ceux qui en possèdent (N=6)		
Les deux sont portées	1	16,7
Uniquement celle maxillaire est portée	2	33,3

	Effectif	Fréquence (%)
Uniquement celle mandibulaire est portée	0	0,0
Aucune n'est portée	3	50,0
Présence de prothèse fixe chez les sujets dentés³ (N=79)		
Pas de prothèse fixe	51	64,6
Présence d'au moins une prothèse fixe	30	38,0
Présence de prothèse amovible chez les patients porteurs de prothèse fixe (N=30)		
Oui	6	20
Non	24	80,0

¹Il s'agit de sujets présentant à la fois des lésions carieuses cavitaires et non cavitaires

²Les dents de sagesse ont été prises en compte dans les calculs

³Aucun sujet n'était porteur d'implant dentaire.

Aux dires du panel, la cause principale d'absence des dents semblait être un antécédent de maladie carieuse (**Figure 4**).

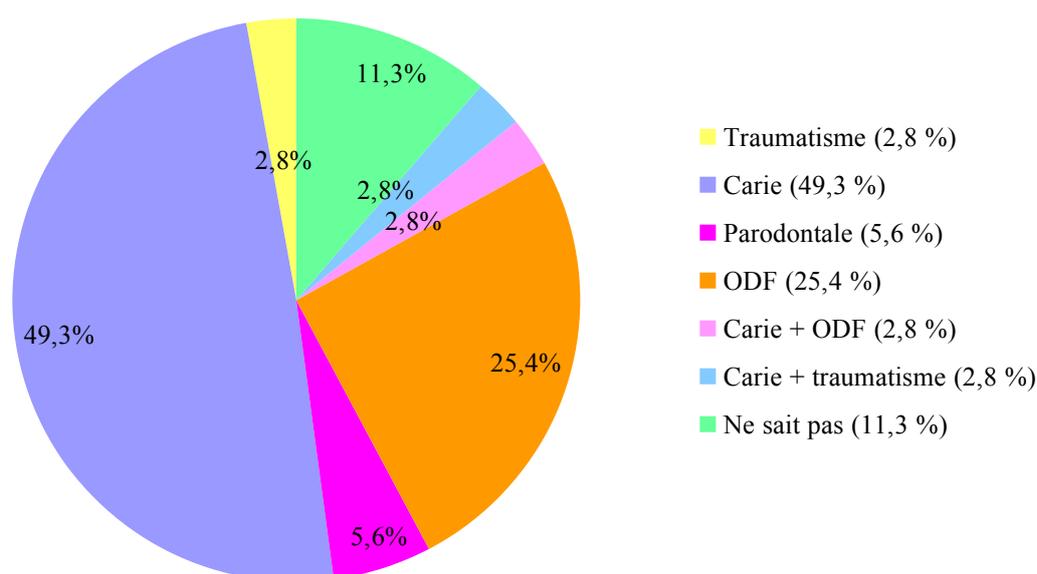


Figure 4 : Raisons de l'absence des dents, d'après les dires des sujets pour lesquels au moins une dent est manquante (N=71)

3.4.3.2. Paramètres calculés à partir de variables quantitatives

Le nombre moyen de dents atteintes par une lésion carieuse cavitaire chez les sujets dentés était de 2,6 dents \pm 5,1 par sujet (min=0, max=25, med=1, N=79) (**Tableau 6**). Chez les sujets dentés atteints par au moins une lésion carieuse cavitaire, le nombre moyen de dents atteintes par une lésion cavitaire carieuse était de 5,3 dents \pm 6,3 par sujet (min=1, max=25, med=2, N=40).

Au sein du panel, il manquait en moyenne 7,2 dents \pm 6,9 par sujet (min=0, max=32, med =5, N=81).

Le nombre moyen de dents obturées chez les sujets dentés était de 4,5 dents \pm 4,3 (min =0, max=15, med=3, N=79). Le nombre moyen de dents obturées chez les sujets ayant au moins une obturation coronaire était de 5,6 dents \pm 4,1 par sujet (min=1, max=15, med=4, N=64).

Les prothèses amovibles des sujets appareillés du panel comptaient en moyenne 8,7 dents \pm 4,5 par prothèse (min=2, max=14, med=8, N=18).

On comptait en moyenne au sein du panel denté 1,6 couronnes \pm 3,6 par sujet (min=0, max=23, med=0, N=79, en incluant les intermédiaires de bridges). Sur les 30 sujets porteurs d'au moins une couronne dentaire incluant les intermédiaires de bridges, le nombre moyen de couronnes par sujet était de 4,3 couronnes \pm 4,7 (min=1, max=23, med=3).

Tableau 6 : Nombre de dents présentant une lésion carieuse cavitaire, absentes, obturées coronairement ou remplacées prothétiquement au sein du panel

	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Dents cariées cavitaires chez les sujets dentés (N=79)	2,6	5,1	1	0	25
Dents cariées ¹ cavitaires chez les sujets dentés ayant au moins une lésion carieuse cavitaire (N=40)	5,3	6,3	2	1	25
Dents absentes ¹ (N=81)	7,2	6,9	5	0	32
Dents obturées coronairement chez les sujets dentés (N=79)	4,5	4,3	3	0	15
Dents obturées coronairement chez les sujets ayant au moins une obturation coronaire (N=64)	5,6	4,1	4	1	15
Dents remplacées par prothèse amovible ² (N=18)	8,7	4,5	8	2	14
Dents remplacées par une prothèse fixe (unitaire ou plural) chez les sujets dentés (N=79)	1,6	3,6	0	0	23
Dents remplacées par une prothèse fixe chez les sujets porteur de prothèse fixe (N=30)	4,3	4,7	3	1	23

¹Une dent a été considérée comme absente qu'elle soit non remplacée ou remplacée par une prothèse amovible

²Il s'agit du nombre moyen de dents remplacées par prothèse et non par sujet (N=18)

3.4.4. Réalisation d'examen complémentaires

Une radiographie panoramique a été réalisée chez 46 sujets lors de la 1^{ère} consultation (**Tableau 7**). Sept sujets s'étaient présentés avec une radiographie

panoramique précédemment réalisée dans un autre lieu de soin ou de radiologie. Ainsi l'équipe soignante disposait d'une radiographie panoramique pour 53 des 81 sujets du panel soit 65,4 % du panel. Au sein du panel, 24 sujets (soit 29,6 %) ont bénéficié uniquement de radiographie(s) rétro-alvéolaire(s) et 3 (soit 3,7 %) ont bénéficié de radiographie(s) rétro-alvéolaire(s) en complément d'une radiographie panoramique. Sept sujets se sont vu prescrire une radiographie de type cône beam computed tomography (CBCT) soit 8,6 % du panel. Aucun bilan biologique sanguin n'a été prescrit. Aucune radiographie rétro-coronnaire n'a été réalisée.

Tableau 7 : Examens complémentaires radiographiques dont le panel a bénéficié (N=81)

	Effectif	Fréquence (%)
Radiographie panoramique		
Réalisée au cours de la 1 ^{ère} consultation	46	56,8
Amenée par le patient	7	8,6
Aucune	28	34,6
Radiographie(s) rétro-alvéolaire(s)		
Seule	24	29,6
En complément de la radiographie panoramique	3	3,7
Aucune	54	66,7
Radiographie(s) rétro-coronnaire(s)	0	0,0
Prescription d'un scanner au cours de la 1^{ère} consultation	0	0,0
Prescription d'un CBCT au cours de la 1^{ère} consultation	7	8,6

3.4.5. Orientation des sujets à l'issue de leur première consultation

Deux sujets du panel ne nécessitaient pas de prise en charge dans le service d'odontologie (79 sujets ont donc été pris en compte dans les calculs pour ce paragraphe). Par ordre de fréquence décroissante, 75,9 % des sujets ont été orientés dans l'UF de dentisterie restauratrice et endodontie, 59,5 % dans l'UF de prothèse, 58,2 % dans l'UF de prophylaxie, 34,2 % dans l'UF de chirurgie, et 24,1 % dans l'UF de parodontologie. (N=79, **Tableau 8**).

Tableau 8 : Orientation des sujets dans les différentes unités fonctionnelles à l'issue de leur 1^{ère} consultation (N=79)¹

	Effectif	Fréquence (%)
Dentisterie restauratrice et endodontie	60	75,9
Prothèse	47	59,5
Prophylaxie	46	58,2
Chirurgie	27	34,2
Parodontologie	19	24,1
Implantologie	7	8,9
ODF	4	5,1
Consultation spécialisée en vue de soins dentaires sous anesthésie générale	2	2,5
Médecine buccale	1	1,3
Clinique du sourire	1	1,3
ORL	1	1,3
Occlusodontie	0	0,0
Consultation spécialisée dans le cadre d'un handicap	0	0,0

¹ Les 2 sujets n'ayant pas besoin de rendez-vous dans le Service d'odontologie n'ont pas été pris en compte dans les calculs. Un même sujet pouvait nécessiter une orientation dans plusieurs unités fonctionnelles.

Une tendance à ce que les hommes soient davantage orientés dans l'UF de parodontologie que les femmes a été retrouvée bien qu'elle ne fût pas statistiquement significative au seuil de 5 % (27,8 % des hommes contre 20,0 % des femmes) ($p=0,440$).

Si l'on s'intéressait aux liens entre le fait de déclarer un diabète au cours de l'étude et l'orientation dans l'UF de parodontologie, on remarquait que 63,6 % des personnes diabétiques ont été orientées en parodontologie contre 17,1 % des personnes non diabétiques ($p=0,003$).

Si l'on s'intéressait à la répartition des sujets en fonction du nombre d'UF dans lesquelles ils ont été orientés à l'issue de leur 1^{ère} consultation (N=79), 39,2 % d'entre eux ont été orientés dans 3 UF, 30,4 % d'entre eux dans 2 UF, 19,0 % dans 4 UF et 10,1 % d'entre eux dans une seule UF. Un seul sujet nécessitait une orientation dans 5 UF différentes et aucun ne nécessitait d'être orienté au-delà de 5 UF. Pour rappel, 2 sujets ne nécessitaient pas de prise en charge dans le Service d'odontologie.

Parmi les 79 sujets ayant été orientés dans une ou plusieurs UF, 15 sujets (soit 19,0 %) ont été orientés à la fois dans les UF de dentisterie restauratrice et endodontie, de chirurgie et de prothèse (**Tableau 9**).

Tableau 9 : Répartition des sujets en fonction du nombre d'unités fonctionnelles dans lesquelles ils ont été orientés à l'issue de leur première consultation (N=79)¹

	Effectif	Fréquence (%)
Sujets orientés dans : (N=79)¹		
Une seule UF ²	8	10,1
Deux UF	24	30,4
Trois UF	31	39,2
Quatre UF	15	19,0
Cinq UF	1	1,3
Six UF et plus	0	0,0

¹ Les 2 sujets n'ayant pas besoin de rendez-vous dans les Service d'odontologie n'ont pas été pris en compte dans les calculs.
² Unité fonctionnelle

3.4.6. Modalités de prise de rendez-vous à l'issue de la 1^{ère} consultation

Concernant les modalités de prise de rendez-vous, 3 sujets n'ont pas été pris en compte dans les calculs car 2 sujets n'avaient pas besoin de rendez-vous et un sujet a souhaité poursuivre ses soins en ville (78 sujets ont donc été pris en compte dans les calculs pour ce paragraphe).

Dans la majeure partie des cas (soit 60,3 %), les sujets devaient être recontactés par téléphone pour fixer les rendez-vous nécessaires à leur prise en charge (N=78). Les autres sujets ont le plus souvent été invités à prendre rendez-vous immédiatement après la 1^{ère} consultation dans les UF concernées avec le binôme d'étudiants qui avait procédé à l'examen clinique (34,6 % des cas). Enfin, les 5,1 % restants ont été placés sur liste d'attente (**Tableau 10**).

Tableau 10 : Modalités de prise de rendez-vous des sujets à l'issue de la 1^{ère} consultation (N=78)¹

	Effectif	Fréquence (%)
Sujets pour lesquels un rdv a été fixé directement après la 1 ^{ère} consultation	27	34,6
Sujets recontactés par téléphone à la suite de la 1 ^{ère} consultation	47	60,3
Sujets placés sur liste d'attente à l'issue de la 1 ^{ère} consultation	4	5,1

¹ Trois sujets n'ont pas été pris en compte dans les calculs car 2 n'avaient pas besoin de rendez-vous dans le Service d'odontologie et un sujet souhaitait poursuivre ses soins en ville.

4. Discussion

4.1. Intérêts de l'étude

4.1.1. Possibilités d'extrapolation des résultats

Cette étude a permis de connaître le profil et les besoins en soins de 81 sujets venus consultés dans l'UF des 1^{ères} consultations dans le Service d'odontologie du CHU de Lille dont la majorité était de sexe féminin, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 36-60 ans, présentant le plus souvent un diplôme inférieur au baccalauréat, appartenant ainsi à une catégorie socio-professionnelle relativement modeste. Au-delà, et malgré l'absence d'échantillonnage aléatoire pour cette étude, ces résultats semblent pouvoir être généralisables sur l'ensemble de la population de personnes consultant pour un premier rendez-vous au sein du service d'odontologie du CHU de Lille et ainsi mieux cerner leur profil et leur orientation afin de mieux répondre à leurs besoins. Si aucun tirage au sort n'a eu lieu pour sélectionner les sujets de cet échantillon, il y a peu de raison de penser que le profil des personnes ayant constitué le panel soit différent du profil des sujets consultants habituellement le service. Une diversification des jours de rendez-vous pour recruter les individus, ainsi que le choix d'un mois « neutre » en termes de consultation à été choisi pour relever les données (une conduite de l'étude pendant l'été aurait pu, par exemple, être à l'origine d'un profil plus spécifique de sujets). De plus, un argument supplémentaire pour asseoir l'idée que la population étudiée dans cette présente étude peut être considérée comme représentative des premiers consultants au sein du service d'odontologie du CHU de Lille vient du fait que les données collectées concordent avec d'autres travaux récemment réalisés au sein du même service chez des primo-consultants [11, 26].

4.1.2. Originalité du travail

Ce travail original n'avait jamais été conduit sur le site du service d'odontologie du CHU de Lille. Il pourrait être à l'origine d'une amélioration des pratiques professionnelles. D'autre part, ce projet est original même à l'échelle nationale car peu de travaux de ce type ont été publiés dans des revues scientifiques nationales. Les résultats en termes d'extrapolation à une échelle nationale restent néanmoins limités du fait des probables spécificités régionales et locales des consultants et de notre organisation de service.

4.1.3. Méthode de collecte de données

La méthode de collecte des données utilisée était l'entretien en face à face avec report des données collectées sur un support de type questionnaire papier. La méthode sur support papier (Interview Papier et Crayon (IPC)) constitue une méthode dite assistée car l'enquêteur est présent [3]. Elle permet une très bonne qualité de recueil. Dans notre étude, la présence de l'investigateur et le mode de recueil par interview a permis de remplir le questionnaire sans embûche en supprimant les difficultés de décryptage et de transfert des données en vue de leur analyse. En effet, si un auto-questionnaire avait été utilisé, l'analyse des données aurait été plus complexe dès lors qu'un tiers est impliqué (par exemple le patient). De plus, le fait que l'investigateur remplisse lui-même le questionnaire levait les problèmes d'analphabétisme ou de difficultés liées à la lecture / écriture des sujets qui auraient certainement réduit les chances de collecte des données. De ce fait, tous les questionnaires recueillis ont été exploitables et aucune donnée n'était manquante.

La conduite d'une enquête par questionnaire a permis la collecte de données quantitatives permettant d'avoir une estimation relativement fiable du profil et de l'orientation des participants, même si le nombre de participants reste limité.

4.2. Limites de l'étude

4.2.1. Absence de calibration des examinateurs cliniques

Si un seul investigateur a été impliqué dans la collecte et l'analyse des données, et donc aucune variabilité inter-investigateur ne peut être déplorée dans la façon de les collecter, les examens cliniques ont été conduits par de nombreux examinateurs, qui de plus, n'ont pas pu être calibrés et se trouvaient être des étudiants en formation initiale. Il est donc inévitable que des écarts dans la façon de relever les données cliniques entre les examinateurs aient entaché cette étude et qu'un biais de mesure soit à déplorer. Pour pallier ce défaut de calibration qui avait été anticipé mais qui ne pouvait être facilement éliminé, l'investigateur était présent lors de chaque examen clinique. Il a néanmoins davantage permis de limiter l'absence de donnée manquante en insistant sur la nécessité d'un compte-rendu détaillé et lisible de l'examen bucco-dentaire au sein du dossier médical du patient, que sur un réel contrôle de la qualité des données collectées. Cette absence de calibration constitue la principale limite méthodologique de cette étude et implique d'interpréter les résultats des examens bucco-dentaires avec précaution et en gardant en tête cette limite.

4.2.2. Absentéisme des patients en première consultation

Si le taux de refus de participation des sujets à qui l'étude a été proposée a été nul, l'absentéisme au rendez-vous programmé de 1^{ère} consultation était quant à lui important sur la période de conduite de l'étude. En effet, 81 sujets convoqués se sont présentés sur les 150 programmés (15 patients étant habituellement programmés par vacation), ce qui correspond à un taux d'absentéisme de 46 %. Ainsi, si moins de patients avaient été absents, davantage de sujets auraient pu participer à l'étude sur la même période. La puissance de certains résultats aurait pu être améliorée sans pour autant allonger la durée de conduite de l'étude.

4.2.3. Manque de précision dans la collecte de données

Au cours de l'analyse des données de l'étude, un manque de précision dans la collecte de certaines données a été relevé.

Dans le relevé des dents absentes, les dents de sagesse ont été comptabilisées. Il aurait cependant été judicieux de relever plus précisément s'il s'agissait de ces dents voire de les exclure du relevé, car il aurait alors été possible de ne pas les prendre en compte pour le décompte des dents absentes dans les différents calculs (en effet, par exemple pour les patients ayant entre 1 et 4 dents absentes, il est difficile de déterminer à posteriori s'il s'agit de leurs dents de sagesse et il est ainsi délicat de les considérer comme partiellement édentés s'il s'avère qu'il ne leur manque que leurs dents de sagesse). Néanmoins, si cette limite se retrouve dans l'évaluation du profil des consultants, cela pose moins de problème dans l'orientation à l'issue de la 1^{ère} consultation. Pour celles-ci, il est raisonnable de penser que l'équipe soignante n'a pas orienté en prothèse les individus chez qui il ne manquait que les dents de sagesse.

De plus, il aurait été intéressant lors du relevé de l'orientation des sujets de savoir si ils étaient adressés en prothèse plutôt pour de la prothèse fixée et/ou de la prothèse amovible pour avoir une meilleure idée du plan de traitement envisagé (même si cet aspect est probablement parfois difficile à évaluer dès le premier rendez-vous).

4.2.4. Inexpérience de l'investigateur dans la conduite de ce type de projet

L'inexpérience de l'investigateur dans les différentes étapes liées à ce type de projet de recherche a pu constituer une autre limite, qui a néanmoins pu être maîtrisée par l'aide des enseignants impliqués au cours des différentes étapes de ce travail.

4.3. Discussion des résultats et perspectives d'évolution

L'objectif de cette étude était de s'intéresser au profil et à l'orientation des patients venant consulter dans l'UF des 1^{ères} consultations dans le service d'odontologie du CHU de Lille. Les études à ce sujet sont peu nombreuses et concernent davantage les services des urgences odontologiques. L'étude conduite par exemple par Scully *et al* [38] portait sur le profil de patients consultants en urgence dans un centre de soins hospitalo-universitaire en Angleterre. L'étude conduite par Damiano et Warren [10] aux Etats Unis, a dressé le profil des consultants et les soins reçus lors de cette 1^{ère} consultation ainsi que les raisons de consulter dans une école dentaire. D'autres études se sont intéressées quant à elles à la motivation et aux attentes des usagers d'un service public de soins bucco-dentaires comme l'étude menée par Delecour au sein de ce service d'odontologie de Lille [11] ou encore celle menée par Benjamin Finance à Nancy [18]. A l'étranger, en Grèce par exemple, Karydis s'est intéressé aux attentes de patients consultant dans une clinique dentaire en termes de qualité des soins reçus et d'attentes en matière de chirurgien-dentiste [25].

4.3.1. Contexte de prise de rendez-vous en première consultation

En ce qui concerne la prise de rendez-vous, il a été constaté que 18,5 % des sujets du panel (soit près d'un patient sur 5) avaient déjà bénéficié d'une 1^{ère} consultation au sein du Service d'odontologie plus de 6 mois avant le rendez-vous au cours duquel ils ont participé à l'étude. Ce résultat semble relativement élevé. Il pourrait être interprété de différentes façons. Un constat flatteur pourrait être dressé pour le service car il signifie que les patients « perdus de vue » au cours de leur prise en charge font volontairement la démarche de reprendre le processus de suivi afin de pouvoir se faire soigner dans le Service, et ce malgré « l'absence de succès » la fois précédente (celle-ci pouvant être de leur responsabilité dans le cas où ils n'auraient pas honoré leur rendez-vous, mais également du fait d'un problème d'organisation au sein du Service). Néanmoins ce résultat pourrait être interprété d'une façon moins positive en se disant qu'il est dommage que le patient n'ait pu être suivi correctement dès sa tentative

précédente. De son côté, et au-delà de la perte de temps pour lui, il est en quelque sorte privé d'une prise en charge globale de sa cavité buccale, ce qui n'est pas sans conséquence d'un point de vue financier tant du point de vue individuel du patient, que de celui de la collectivité par le biais de l'Assurance maladie obligatoire. Cela prive/retarde également la prise en charge de nouveaux patients dans le parcours de soin avec une perte de chance pour ces personnes. Cela est également à l'origine d'une perte de temps et probablement d'énergie du côté des équipes soignantes. Il est raisonnable de penser que globalement ce constat nuit au bon fonctionnement du service, étant donné qu'au vu des résultats il semble représenter que quelques cas isolés. Il apparaît néanmoins difficile de régler ce problème par la mise en œuvre d'une action spécifiquement dirigée contre celui-ci. Il est probable que seule une amélioration générale de l'ensemble de l'organisation du service puisse conduire à terme à réduire ce type de problème.

Dans une étude réalisée dans les années 2000 à Toulouse portant sur la place des soins conservateurs au sein du Service d'odontologie du CHU, les motifs de consultation les plus rapportés étaient les mêmes que ceux retrouvés dans notre étude, avec notamment les demandes de bilan bucco-dentaire et de réhabilitation prothétique [36]. La demande de bilan dans la présente étude semble d'ailleurs être davantage un motif de consultation féminin, tendance retrouvée également dans l'étude Baromètre Santé de 2014 [31].

Aux dires des sujets, plus de la moitié sont venus sur les conseils d'un proche, ce qui correspond aux données retrouvées dans l'étude de Delecour conduite à Lille [11]. A Nancy néanmoins, un tiers des sujets étaient venus sur recommandation d'un proche [18]. Selon une étude portée par Ungereanu et Mocean en Roumanie en 2012 [42], sur les critères de choix du chirurgien-dentiste, la recommandation d'un praticien par un proche faisait partie des critères déterminants pour le choix du praticien par les patients. Ce facteur arrivait dans cette étude à la seconde place, derrière le critère de *compétence du dentiste* et devant le critère de *qualité globale du service rendu*.

En ce qui concerne la dernière visite chez un chirurgien-dentiste, dans une étude réalisée en 2002 dans l'unité fonctionnelle d'odontologie qui propose des consultations externes en secteur public à la population générale au sein du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS) à Paris, 60 % des sujets déclaraient une visite chez le chirurgien-dentiste dans l'année contre 59,2 % dans notre étude [1]. Ces données sont également proches d'autres données relevées dans diverses études, notamment dans l'étude de Justine Delecour à Lille où 2/3 des patients déclaraient un suivi régulier chez leur chirurgien-dentiste [11], mais aussi dans une autre étude réalisée à Cambrai avec 65,6 % des sujets déclarant une visite dans les 12 derniers mois [29]. Selon les chiffres fournis par l'UFSBD, 63,7 % des patients en population générale consultent annuellement [31] (**Figure 6**) alors qu'une étude réalisée dans un centre de santé de travailleurs salariés dans le Nord de la France quant à elle ne relevait une consultation dans les 12 derniers mois que chez 51,9 % des sujets [7]. De plus, selon les études Baromètre Santé de 2010 et de 2014 [2], il semblerait que les femmes aient également tendance à consulter plus régulièrement que les hommes, ce qui est en accord avec la tendance observée dans notre étude (**Figure 4**). Cette tendance féminine à consulter davantage que les hommes s'observait déjà en 1998 selon l'UFSBD dans un article rapportant la santé dentaire en France [22]. De plus, selon les résultats de l'enquête Handicap Santé de 2008 [32], en médecine générale les femmes ont également tendance à consulter d'avantage leur médecin généraliste que les hommes : 91 % des femmes contre 84 % des hommes déclarent avoir consulté au moins une fois le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (même si les suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse ou la ménopause peuvent influencer en partie ces résultats). Dans la même enquête, les femmes déclaraient recourir davantage aux pratiques de prévention [32].

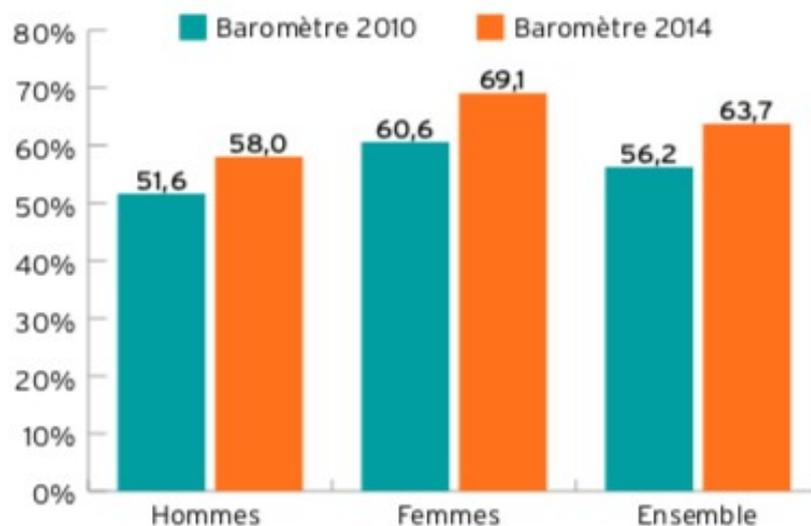


Figure 4 : Comparaison de la fréquence de visite annuelle chez le chirurgien-dentiste par sexe (exprimée en %) selon l'enquête Baromètre Santé de 2010 et de 2014 [2]

4.3.2. Absentéisme en première consultation

Le taux d'absentéisme à ce rendez-vous de 1^{ère} consultation évalué à 46 % pourrait nous amener à réfléchir sur ses causes et les solutions envisageables. Se pose la question de savoir si les patients ayant obtenu rendez-vous en 1^{ère} consultation, mais ne se présentant pas à leur rendez-vous, le font du fait d'une inadéquation entre leur besoin de rendez-vous et la réponse apportée par la fixation de ce rendez-vous. Il est évident qu'une étude recontactant les patients ne s'étant pas rendu à ce rendez-vous serait le meilleur moyen d'appréhender cette question mais on peut déjà faire quelques hypothèses.

Par exemple : les délais proposés pour être reçu en 1^{ère} consultation sont-ils perçus comme trop longs et conduisent-ils ces personnes à oublier leur rendez-vous, à prendre d'autres engagements perçus comme plus importants dans cet intervalle de temps, à trouver dans cet intervalle de temps une autre solution répondant mieux/plus rapidement à leurs attentes ? La majorité des consultants se trouvant en situation de précarité, on peut imaginer que pour un certain nombre d'entre eux leur emploi du temps est variable (prenons l'exemple de l'intérimaire qui découvre l'emploi du temps de sa mission tardivement et doit annuler son rendez-vous au dernier moment). Ainsi, si le patient cherche à annuler son rendez-vous par téléphone au dernier moment et que le service est difficilement

joignable, ce dernier n'est pas informé de l'absence pourtant programmée du patient et le créneau de rendez-vous n'est pas libéré à temps pour un autre patient qui pourrait se trouver sur une liste d'attente. Ce créneau est perdu car le patient ne s'étant pas rendu à son rendez-vous laisse une place vacante sur un fauteuil. Le fait de proposer une adresse courriel depuis récemment pourrait être un moyen pour les patients de prévenir plus facilement et à tout moment de leur absence programmée dès lors que ce mode de communication est adapté au patient. En effet, il est probable qu'un certain nombre de patients ne connaissent pas l'existence de cette adresse mail (rappelons qu'il s'agit de patients jamais venus dans le présent cas) voire que certains ne soient pas à l'aise avec la communication par courriel.

Il serait, de toute évidence, judicieux de mieux connaître les raisons qui poussent certains patients à ne pas se présenter (négligence, impossibilité de se présenter à l'heure du rendez-vous à cause d'un imprévu, autre priorité du patient) afin d'adapter l'organisation pour la prise de ces rendez-vous. La création d'une plate-forme de prise de rendez-vous permettant l'annulation de rendez-vous pourrait être envisagée en prévoyant des règles strictes de façon à éviter les abus. En effet, trouver une solution pour pallier au problème de l'absentéisme pourrait permettre de rendre service à davantage de patients qui pourraient alors entrer dans le parcours de soins plus rapidement, mais aussi améliorer la santé financière du Service d'odontologie tout en contribuant à la formation des étudiants futurs professionnels.

4.3.3. Accès au service d'odontologie

Une grande partie des sujets habitent à moins de 10 km du CHU et malgré cette proximité, 53,1 % des sujets se déplaçaient en voiture pour s'y rendre alors que l'on connaît les difficultés pour se garer ou en termes d'empreinte écologique. Deux évolutions pourraient être explorées. Il n'existe que deux parkings à proximité directe du service qui ne sont pas ouverts au public (accessibles uniquement au personnel et aux étudiants munis de leur carte multi-services). L'ouverture à proximité du service d'un parking éviterait que les patients ne se découragent face aux difficultés de stationnement ou arrivent en retard, ce qui

impacte directement la qualité du service fourni. De plus un système d'incitation au recours aux transports publics (métro ou bus par exemple) pourrait être réfléchi, peut-être via un partenariat entre la ville de Lille et le CHU.

4.3.4. Caractéristiques des sujets

Concernant le statut social des sujets de l'étude, on constate que 19,8 % de sujets étaient bénéficiaires de la CMU-C. Cette valeur est très supérieure au taux moyen national estimé en 2015 qui était de 8,1 %. Elle serait néanmoins assez proche des valeurs retrouvées dans le diagnostic territorialisé de la région des Hauts-de-France de 2015 (et plus précisément celle des territoires les plus au nord et limitrophes de la Belgique) (**Figure 5**) [33], qui ont une proportion de personnes bénéficiaires de la CMU-C supérieure à 17 %. On y retrouve notamment les villes de Roubaix et Tourcoing. Or ces deux villes étaient largement représentées dans notre étude avec 18,5 % des sujets y résidant. Plus précisément, le taux de personnes bénéficiaires de la CMU-C parmi les sujets de l'étude habitant à Roubaix et Tourcoing est de 33,3 %.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE EN 2015

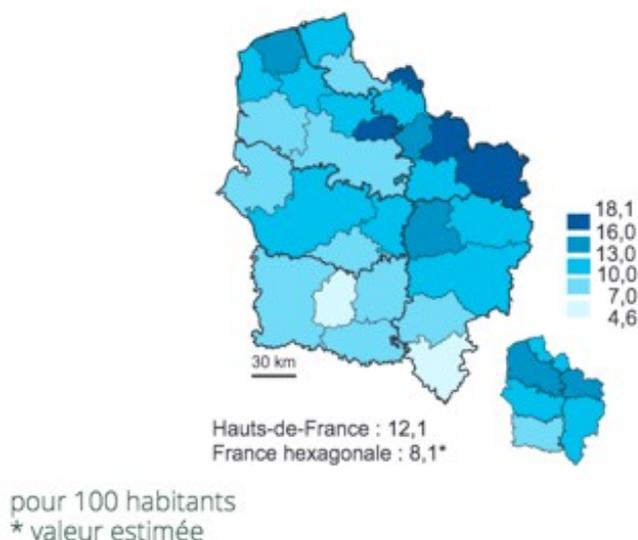


Figure 5 : Taux de personnes bénéficiaires de la Couverture maladie universelle - Complémentaire (CMU-C) dans la région des Hauts-de -France en 2015 [33]

Dans la présente étude, 45,8 % des personnes âgées de 18-35 ans étaient bénéficiaires de la CMU-C ce qui concorde avec un article publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [14]. Il y est rapporté que selon l'enquête Santé et protection sociale de 2012 de l'IRDES, les bénéficiaires de la CMU-C sont relativement jeunes : les moins de 20 ans (y compris les enfants) représenteraient 40 % des bénéficiaires, les personnes âgées de 20-39 ans représenteraient quant à eux 30 % des bénéficiaires contre 23 % dans le reste de la population. Une autre publication de la DREES de 2016 rapporte qu'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C ont moins de 16 ans et que trois quarts ont moins de 50 ans [40] (**Figure 6**).

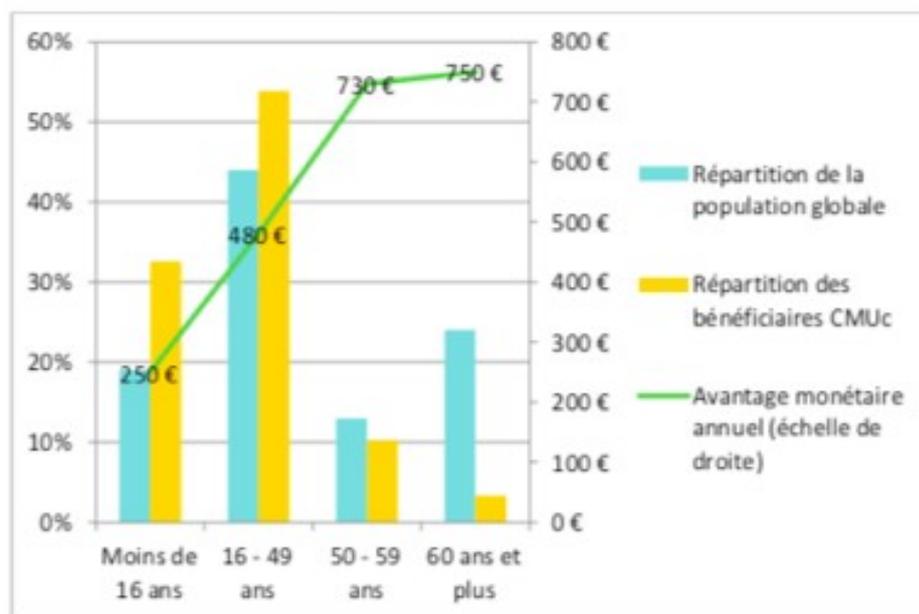


Figure 6 : Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par âge en 2016 d'après la DREES [40]

Concernant l'état de santé des sujets de l'étude, si l'on compare l'état de santé des sujets avec celui d'autres études réalisées en France dans des centres de soins publics d'odontologie, on constate que quasiment un sujet sur deux parmi les consultants déclarait un état pathologique dans ces différents travaux. Dans l'étude réalisée par Delecour à Lille par exemple [11], 43% des sujets déclaraient un état pathologique. Dans une étude réalisée à Toulouse sur 481 patients [36], 48 % des sujets déclaraient une pathologie chronique.

Une question se pose, est-ce que cet état pathologique explique le choix des sujets à recourir à une structure hospitalière (par le côté rassurant que pourrait avoir ce lieu), ou bien est-ce les professionnels de santé qui leur recommandent de consulter en secteur hospitalier justement du fait de cette pathologie générale, ou bien ont-ils recours à une structure publique car ils se trouvent en situation de précarité (cette situation de précarité étant souvent associée à un état de santé altéré par rapport au reste de la population). Ainsi la prise en charge au sein du service d'odontologie rentrerait bien dans une prise en charge globale de la santé du patient. On peut néanmoins peut-être regretter que le service d'odontologie du CHU de Lille soit géographiquement un peu excentré des autres établissements composant le CHU, ce qui rend peut-être plus complexe la communication avec les autres disciplines du CHU. De plus, le fait que pour l'instant, on ne puisse pas retrouver l'ensemble des éléments médicaux y compris bucco-dentaires du patient sur son dossier médical informatique du CHU n'aide peut-être pas non plus au partage des divers éléments entre professionnels du CHU.

4.3.5. Besoins en soin et prise en charge globale des sujets

Concernant les sujets présentant au moins une lésion carieuse non soignée, plus d'un patient sur deux est touché (50,6%). Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude conduite à Paris au sein du GHPS, avec 61,3 % des sujets présentant au moins une lésion carieuse non soignée [1]. De plus, ils comptabilisaient un nombre moyen de dents cariées de 2,8 dans l'étude conduite au sein du GHPS contre 2,6 dans la présente étude. Le nombre moyen de dents absentes au sein du panel était de 7,2 dans notre étude. Un résultat similaire est retrouvé dans l'étude réalisée au sein du GHPS où le nombre moyen de dents absentes était de 7,0 [1]. Selon l'UFSBD, en 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 3 dans la tranche d'âge des 35-44 ans et de 16,9 dans la tranche d'âge des 65-74 ans. Toujours en 1993 et dans la tranche d'âge 65-74 ans, la fréquence des personnes édentées totales était de 16,3% [44].

Si l'on s'intéresse à l'orientation des sujets dans l'UF de dentisterie restauratrice et endodontie, on constate un besoin important en soins conservateurs et/ou endodontiques des sujets consultants. En effet, plus de $\frac{3}{4}$ des

sujets nécessitaient ce type de soins. Si l'on compare nos résultats avec l'étude réalisée au CHU de Toulouse [36], on constate des résultats très proches. A Toulouse, 74,0 % des patients nécessitaient ce type de soins et 75,9 % à Lille. Par conséquent on constate que l'unité fonctionnelle de DRE est une UF très sollicitée au sein du Service d'odontologie. Cette démarche de préservation des dents naturelles constitue une démarche peu invasive et donc à privilégier en première intention dans le gradient thérapeutique du traitement des dents dans le souci actuel de conservation maximale des tissus naturels.

Concernant l'orientation des sujets dans l'UF de prothèse, plus d'un patient sur deux y est adressé. Les données concordent également avec celles relevées dans l'étude réalisée au CHU de Toulouse [36] où 53,2 % des sujets étaient orientés en prothèse et 59,4 % à Lille. Des traitements très différents peuvent être réalisés dans l'UF de prothèse qu'il s'agisse de prothèse fixée ou amovible suivant de la même façon, l'idée d'un gradient thérapeutique et une politique de conservation maximale des tissus dentaires.

Ainsi de nombreux patients nécessitent une prise en charge globale complexe faisant intervenir plusieurs unités fonctionnelles, et ce constat est mis en évidence dès la 1^{ère} consultation. On pourrait se demander si la présence d'une équipe pluridisciplinaire au sein de l'UF de 1^{ère} consultation ne pourrait pas permettre d'augmenter l'efficacité de celle-ci (par exemple, l'implication d'un enseignant de prothèse qui serait présent dès la 1^{ère} consultation). La sémiologie prothétique étant la base de tout plan de traitement complexe, si celle-ci pouvait être réalisée dès la 1^{ère} consultation avec un enseignant de prothèse, peut-être, gagnerait-on du temps sur le démarrage de la prise en charge ? La réalisation d'un ou plusieurs devis pourrait dans ce cas être proposé(s) dès la 1^{ère} consultation, ce qui permettrait au patient de se faire une idée plus claire et plus précise de son plan de traitement dès la 1^{ère} consultation ? A l'heure actuelle, les patients doivent attendre le rendez-vous de 1^{ère} consultation de prothèse pour obtenir ce/ces devis, ce rendez-vous étant souvent pris à distance de la 1^{ère} consultation après les rendez-vous de soins et de chirurgie. Cela pourrait un peu décourager les patients, expliquant en partie les raisons de l'absentéisme par la

suite. Ces pistes sont à discuter car d'autres inconvénients à ce type de système pourraient être formulés comme la difficulté à proposer dès le 1^{er} rendez-vous un plan de traitement prothétique global, qui peut dépendre d'une prise en charge parodontale ou endodontique par exemple, ou nécessiter des modèles d'étude.

4.3.6. Prise de rendez-vous à l'issue de la première consultation

En ce qui concerne la prise de rendez-vous à l'issue de la 1^{ère} consultation, on retrouvait trois possibilités : la prise de rendez-vous immédiate dans les salles pertinentes pour le sujet, le rappel téléphonique par le binôme d'étudiants ayant pris en charge le sujet en 1^{ère} consultation, ou le placement du sujet sur une liste d'attente en vue d'être rappelé ultérieurement par l'une des assistantes dentaires ou un binôme d'étudiants.

Se pose alors la question du suivi des patients au sein du service à l'issue de leur 1^{ère} consultation. Le fait que de nombreux patients quittent leur 1^{ère} consultation sans rendez-vous pose la question de savoir s'ils sont réellement rappelés par la suite, s'ils le sont suffisamment tôt pour une prise en charge correcte, et en adéquation avec ce qui avait été constaté lors de la 1^{ère} consultation. En effet concernant les modalités de prise de rendez-vous à l'issue de la 1^{ère} consultation, 65,4 % des sujets ressortaient de leur 1^{ère} consultation sans un premier rendez-vous fixé. Il s'agit en effet des modalités de prise de rendez-vous préconisées habituellement au sein du service ayant pour objectif principal de ne pas faire perdre de temps aux étudiants de 1^{ère} consultation qui restent ainsi disponibles pour un autre patient ayant rendez-vous sur la même vacation). Cependant, dans l'étude de Delecour [11] sur les attentes des usagers consultant en 1^{ère} consultation, la facilité de prise de rendez-vous et les délais de rendez-vous sont des attentes très fréquemment rapportées par les nouveaux usagers dans le choix de leur venue dans le service d'odontologie du CHU de Lille. Ainsi, l'écart entre les souhaits des patients et les résultats de notre étude pourrait être à l'origine d'un absentéisme et d'un découragement de la part des patients et ainsi expliquer l'absentéisme au sein même du service à la suite de la 1^{ère} consultation.

Il pourrait d'ailleurs être intéressant de conduire une nouvelle étude afin d'interroger les patients absents à la suite de la 1^{ère} consultation sur les raisons de cette absence.

Conclusion

Ce travail a permis à l'investigatrice de se familiariser avec la conduite d'une enquête épidémiologique. Elle a découvert les réelles particularités mais aussi les difficultés qui résident dans la méthodologie, la conduite et la rédaction d'un tel travail scientifique de recherche. Conduire cette enquête a été une première expérience pour elle, particulièrement enrichissante et formatrice d'un point de vue de recherche, de méthodologie, et d'écriture.

Le travail est original car l'étude du profil des patients et leurs besoins en soin au sein d'un service public d'odontologie est encore peu documentée, en France, dans la littérature. Cette étude a permis de mieux connaître le profil et les besoins en soins des sujets qui consultent dans le Service d'Odontologie du CHU de Lille afin de tenter de mieux répondre aux besoins des utilisateurs du service en s'inscrivant ainsi, dans une démarche d'évaluation des pratiques. Ce travail a d'ailleurs reçu le soutien de divers acteurs de ce service, ce qui s'avèrera nécessairement très utile dans l'objectif ultérieur d'évolution des pratiques professionnelles.

Ce travail a permis de constater que ce service est très fréquenté. Il l'est souvent par des patients nécessitant une prise en charge globale plus ou moins complexe. Des perspectives d'évolution d'un point de vue organisationnel ont été mises en évidence et pourraient être approfondies.

D'autres études pourraient également être menées pour compléter celle-ci et tenter de mieux répondre aux besoins des patients. Les causes de l'absentéisme au rendez-vous de 1^{ère} consultation et à la suite de la 1^{ère} consultation pourraient être étudiées en interrogeant les patients. Les utilisateurs pourraient être interrogés sur leur satisfaction au cours de prise en charge globale et complexe.

Références bibliographiques

1. Azogui-Levy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. *Rev Epidemiol Santé Pub.* 2006;54(3):203-11.
2. Azogui-Levy S, Boy-Lefèvre M-L. La santé bucco-dentaire en France. *Actual Doss en Santé Publ.* 2005;51:4-8.
3. Bahouayila B. Cours de pratique des enquêtes. 2015;20.
4. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontal Res.* 2007;42(3):219-27.
5. Bouteille G. *La Lettre de l'Ordre.* 2016;(151):44.
6. Burt B, Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *Journal of Periodontology.* 2005;1406-19.
7. Catteau C, Blaizot A, Duhamel A, Delzenne A, Devillers A, Frimat P. Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord (France). *Santé Publique.* 2013;25(6):747-55.
8. chirdent.univ-lille2.fr. Le service d'odontologie au sein de la Faculté Dentaire de Lille [Internet]. [consulté le 15 nov 2018]. Disponible sur: http://chirdent.univ-lille2.fr/stock-pages/stock-pages-actus/detail-actualites/news/nouveau-service-dodontologie-au-sein-de-la-faculte-dentaire-de-lille/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=a5e29ed5b0880a87724280b90c94b535
9. [cnsd.fr](http://www.cnsd.fr). Fabre P, UFSBD. Journée mondiale santé bucco-dentaire [Internet]. CNSD. 2018 [consulté le 11 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnsd.fr/actu/journee-bucco-dentaire/>
10. Damiano PC, Warren JJ. A profile of patients in six dental school clinics and implications for the future. *J Dent Educ.* 1995;59(12):1084-90.
11. Delecour J. Motivations et attentes des usagers du service d'odontologie du CHRU Lille [Thèse d'exercice]. [France]: Lille; 2018.
12. Devoue EM. Démographie professionnelle des dentistes en France. *J Gest d'économie Médicales.* 2012;30(5):298-311.
13. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. In: *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*; 2005. p. 56.

14. drees.solidarité-santé.gouv.fr. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2016^e éd. 2016 [consulté le 11 avr 2019]. 102 p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2016>
15. drees.solidarité-santé.gouv.fr. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015>
16. em-consulte.com. Elsevier Masson. Médecine buccale. EM-Consulte [Internet]. 2017 [consulté le 17 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1243002/epidemiologie-de-la-carie>
17. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes Décembre 2013 - Recherche Google [Internet]. [consulté le 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=E%CC%81tat+des+lieux+de+la+de%CC%81mographie+des+chirurgiens-dentistesDe%CC%81cembre+2013&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab>
18. Finance B. Fréquentation et satisfaction des patients du Service d'Odontologie du CHU de Nancy au cours des mois d'avril et mai 2012 [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]; 2013
19. Fortin M-F, Gagnon J. Les méthodes de collecte des données. In: Fondements et étapes du processus de recherche. 3^e éd. Montréal: Chenelière Education; 2016.
20. Fournier S. La lettre de l'Ordre. 2018;(171):28.
21. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elsevier Masson SAS. 2014;59(790):14-8.
22. Hescot P, Roland E, France. Ministère de la santé, Union française pour la santé bucco-dentaire. La santé dentaire en France, 1998. Paris, France: UFSBD; 1999. 128 p.
23. hopital.fr. Les bénéficiaires de la CMU recourent davantage à l'hôpital - Fédération Hospitalière de France [Internet]. [consulté le 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.hopital.fr/Actualites/Les-beneficiaires-de-la-CMU-recourent-davantage-a-l-hopital>
24. insee.fr. Définition - Pôle urbain - Insee [Internet]. [consulté le 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1411>
25. Karydis A. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. Int J Qual Health Care. 2001;13(5):409-16.
26. Lamant P. Education à la santé des patients consultant l'unité fonctionnelle de première consultation du service d'odontologie-Caumartin du CHRU de Lille. Tome

- 1, étude des connaissances et croyances en santé bucco-dentaire [Thèse d'exercice]. [France]; 2015.
27. lefildentaire.fr. Frémont M, Micheau C. Relations entre maladies systémiques et maladies parodontales.[Internet]. 2010 [consulté le 7 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/parodontologie/relations-entre-maladies-systemiques-et-maladies-parodontales/>
 28. legifrance.gouv.fr. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine - Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>
 29. Lhors C, Delfosse C. Bilan de la prise en charge odontologique au sein du service de Stomatologie de l'hôpital de Cambrai: étude sur 100 patients [Thèse d'exercice]. [France]; 2016.
 30. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
 31. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. 2016; (35):10.
 32. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. 2010;(717):8.
 33. ORS. Diagnostic territorialisé de santé de la région des Hauts-de-France. 2017;86.
 34. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. Santé Publique. 2018;30(2):243-51.
 35. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. 2003;48.
 36. Prats E, Lauret M-E, Diemer F, Calas P. Consultations dentaires au CHU de Toulouse : place des soins conservateurs, Summary. Santé Publique. 2005;17(2):255-64.
 37. santepublique.eu. Qualité des soins : définition | Santé Publique [Internet]. [consulté le 7 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
 38. Scully C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British dental teaching hospital. Community Dent Health. 1995;12(3):151-4.
 39. Sebai J. L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?, Theoretical basis for health system performance assessment. Santé Publique. 2015;27(3):395-403.
 40. Sireyjol A. La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes. 2016;21.
 41. solidarites-santé.gouv.fr. Synthèse du plan bucco-dentaire [Internet]. [consulté le 21

févr 2019]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr>

42. Ungureanu M-I, Mocean F. What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement. *Patient Preference and Adherence*. 2015
43. who.org. OMS - Santé bucco-dentaire [Internet]. 2012 [consulté le 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
44. World Health Organization. Oral health surveys : basic methods. 5^e éd. 2013. 125 p.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire version finale

EVALUATION DE L'ORIENTATION DES PATIENTS A L'ISSUE D'UN RENDEZ-VOUS EN 1ere CONSULTATION (Service d'Odontologie – CHRU de Lille)

I. PARTIE COMPLETEE PAR L'INVESTIGATEUR AVEC L'AIDE DU PATIENT
Cocher la case correspondant à la réponse donnée par le patient.

1) PROFIL

1) Êtes-vous ? Un homme Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

- Entre 18 et 35 ans
- Entre 36 et 60 ans
- Plus de 60 ans

3) Quel est votre statut marital ?

- Marié / Pacsé Célibataire Veuf
- En concubinage Divorcé

4) Présentez-vous actuellement des problèmes de santé ?

- Oui Non

Si oui, lesquels ?

- Affection cardio-vasculaire Cancer Diabète
- Maladie neurodégénérative Dépression / troubles psychiatriques
- Autre (*précisez*) :

5) Quel est votre niveau d'étude et celui de vos parents ?

	Vous	Mère	Père
--	------	------	------

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun diplôme / Certificat des études primaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CAP / BEP / BEPC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure (professions libérales, cadres, professions scientifiques, de l'informatique, des arts)
- Professions intermédiaires (professeurs, professions administratives, techniciens)

- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle (demandeur d'emploi, étudiants, homme/femme au foyer, invalidité)

7) Dans quelle ville habitez-vous ?

.....

8) Dans quel pays avez-vous vécu majoritairement pendant votre enfance ?

- France
- Autre (précisez).....

9) Etes-vous déjà venu en consultation dans le Service d'Odontologie ?

- Non jamais
- Oui, aux urgences (au moins une fois)
- Oui, dans une autre UF¹ (précisez laquelle)

10) Par quel moyen de transport vous êtes-vous rendu aujourd'hui au CHRU ?

- En voiture
 - A pied ou à vélo
 - En ambulance / VSL
 - En transport en commun (métro/bus)
 - Autre (précisez)
-

11) Quelqu'un vous accompagne-t-il à ce rendez-vous ?

- Non
- Oui, un proche resté en salle d'attente
- Oui, un proche qui assiste à la consultation
- Oui, un professionnel resté en salle d'attente
- Oui, un professionnel qui assiste à la consultation

12) Quel est votre taux de prise en charge ?

100 % Patient	<input type="checkbox"/>	70 % + CHRU	<input type="checkbox"/>
70 % Patient	<input type="checkbox"/>	75 % + Patient	<input type="checkbox"/>
70 % + Mutuelle	<input type="checkbox"/>	100 % Autre	<input type="checkbox"/>
70 % + CMU	<input type="checkbox"/>	100 % ALD*	<input type="checkbox"/>

* ALD précisez :

2) MOTIF(S) DE CONSULTATION

13) Pour quelles raisons consultez-vous aujourd'hui dans le Service d'Odontologie du CHRU de Lille ? (Cochez une ou plusieurs cases)

- J'ai des douleurs dentaires
- J'ai des problèmes de gencives
- Je viens pour une raison esthétique
- J'ai besoin d'un dispositif prothétique (couronne, implant, appareil amovible)

1UF : Unité Fonctionnelle

- J'ai besoin d'un avis
- J'ai besoin d'un devis
- Je viens pour un bilan bucco-dentaire / contrôle
- Je viens pour un avis ODF
- Je viens pour une autre raison (précisez) :

14) Quelqu'un vous-a-t-il conseillé de venir dans le Service d'Odontologie ?

- Non
- Oui

- Si oui,
- Je viens sur conseil d'un proche
 - Je viens car un professionnel m'a adressé (avec un courrier)
 - Je viens car un professionnel m'a adressé (sans courrier)
 - Je viens suite à une prise en charge aux urgences dentaires (Service des urgences générales de l'Hôpital Salengro)
 - Je viens suite à une prise en charge aux urgences dentaires (Service des urgences dentaire du Service d'Odontologie)

15) De quand date votre dernière consultation chez un chirurgien-dentiste ?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 an et 3 ans
- Entre 3 et 10 ans
- Plus de 10 ans
- Je n'y suis jamais allé(e) jusqu'à aujourd'hui

II. PARTIE COMPLETEE PAR L'INVESTIGATEUR AVEC L'AIDE DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

Cocher la case correspondant à la réponse (si besoin s'aider de l'étudiant prenant en charge le patient).

1) PROFIL DU / DES EXAMINATEUR(S)

16) En quelle année d'étude êtes-vous ?

- 4^{ème} année
- 5^{ème} année
- 6^{ème} année

17) Durant quelle vacation clinique a lieu la 1ere consultation ?

- Lundi matin
- Lundi après-midi
- Mardi matin
- Mardi après-midi
- Mercredi matin
- Mercredi après-midi
- Jeudi matin
- Jeudi après midi
- Vendredi matin
- Vendredi après-midi

18) Quel est le statut du praticien qui vous encadre ?

- PU PH
- MCU PH temps plein
- AHU temps plein
- Attaché
- MCU PH temps partiel
- AHU temps partiel
- PH

2) COMPTE-RENDU DE L'EXAMEN CLINIQUE

19) Quel est l'état parodontal du patient ?

- Plaque dentaire : Absente Localisée Généralisée
 Collectable à la sonde Visible à l'œil nu
- Tartre : Absent Localisé (rétro-incisif, molaires maxillaires)
 Généralisé
 Peu abondant Abondant
- Inflammation gingivale : Absente Localisée Généralisée
 Légère Modérée Sévère
- GUN / PUN : Oui Non
- Stomatite sous prothétique : Oui Non NA
- Lésions des muqueuses : Non Origine cancéreuse écartée
 Origine cancéreuse non écartée

20) Quel est le nombre de dent(s) présente(s) (y compris les dents de sagesse) dans la cavité buccale ? (entre 0 et 32)

21) Quel est le nombre de dent(s) présentant des lésion(s) carieuse(s) ?

- Nombre de dents présentant une/des lésion(s) cavitaire(s) :
- Nombre de dents présentant une/des lésion(s) non cavitaire(s) :

22) Quel est le nombre de dent(s) présentant des lésions non carieuses cavitaires ? (type mylolyse)

23) Quel est le nombre de dent(s) obturée(s)² ?

- Avec reprise carieuse
- Sans reprise carieuse

24) Quel est le nombre de dent(s) absente(s) (y compris les dents de sagesse) dans la cavité buccale ? (entre 0 et 32)

25) Pour quelle raison la(es) dent(s) sont-elles absentes (selon les dires du patient) ?

- NA

2 Une dent est considérée comme obturée dès lors qu'elle présente une reconstitution définitive coronaire (type amalgame, composite...)

- Traumatisme
- Carie
- Parodontopathie
- Décision ODF
- Ne sait pas

26) Quel est le nombre de dent(s) remplacée(s) par une ou plusieurs prothèse(s) fixe(s) ?

- Nombre de dent(s) remplacée(s) par un intermédiaire de bridge (*remplacement d'une dent absente*)
- Nombre de dent(s) remplacée(s) avec pilier naturel (*racine*)
- Nombre de dent(s) remplacée(s) avec pilier artificiel (*type implant*)

27) Quel est le nombre de dent(s) remplacée(s) par une prothèse amovible ?

Au maxillaire :

- Portée
- Non portée

A la mandibule :

- Portée
- Non portée

28) Le patient nécessite-t-il un / des examen(s) complémentaire(s) :

	Non prescrit(s)	Oui, réalisé lors de la 1 ^{er} C	Oui,
Radiographie RA / RC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie Panoramique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan biologique sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CBCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ORIENTATIONS RECOMMANDEES A L'ISSUE DE LA 1^{ère} CONSULTATION

29) Un avis a-t-il été pris pendant la 1^{er} Consultation dans une autre UF ?

- Non
- Oui

Si oui, lequel ?

- Prophylaxie
- Parodontologie
- Chirurgie
- Soins conservateurs
- Prothèses fixée /amovible
- Handicap adulte
- Implantologie
- Occlusodontie
- ODF
- Avis de médecine buccale

- Clinique du sourire
- AG

30) Quelles sont les orientation(s) recommandée(s) à l'issue de le 1^{er} Consultation ?

	En première intention accord par l'équipe soignante	Convenu d'un commun entre patient et équipe
Prophylaxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parodontologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins conservateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses fixée /amovible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicap adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occlusodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avis de médecine buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clinique du sourire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation Anesthésie Générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31) Quelles ont été les modalités de prise de rendez-vous à l'issu de cette 1^{ère} Consultation ?

- Rendez-vous pris directement
- Patient placé sur liste d'attente
- Contact téléphonique pour future prise de rendez-vous
- Autre (*précisez*)

Annexe 2 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

Ce document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il répond aux éventuelles questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à l'étude.

1- Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

Chaque année, le Service d'Odontologie du CHRU de Lille draine 58 000 passages et prend en charge 15 000 patients faisant de celui-ci l'un des principaux services de soins bucco-dentaires de la métropole lilloise. Dans le souci d'une amélioration de la prise en charge des patients, nous cherchons à mieux connaître la demande en soin ainsi que l'orientation des patients dans les différentes unités fonctionnelles du Service d'Odontologie.

2- L'objectif de la recherche

Dans le cadre d'une thèse en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, nous vous proposons de participer à une étude dont le but est d'évaluer l'orientation des patients à l'issue d'un rendez-vous en 1^{ère} consultation afin de mieux appréhender la demande et d'améliorer l'organisation et le fonctionnement du Service d'Odontologie du CHRU de Lille.

3- Comment se déroule la recherche ?

L'étude se déroule à l'issue de votre 1^{ère} consultation (Service d'odontologie - CHRU de Lille) et se décompose en 2 parties : un entretien en face à face entre un investigateur indépendant de votre prise en charge bucco-dentaire et vous, d'une durée d'environ 10 minutes, puis un recueil de données par l'investigateur d'éléments contenus dans votre dossier médical.

Confidentialité des données : la base de données ne contiendra pas de d'informations nominatives permettant de vous identifier. Par ailleurs : la publication des résultats se fera de manière anonyme.

4- Quels sont les bénéfices attendus ?

Votre participation est sans bénéfice individuel direct. Cependant, elle permettra dans le futur, un meilleur fonctionnement du Service d'Odontologie du CHRU de Lille grâce à une meilleure connaissance de la demande et de l'orientation des patients à l'issue de leur 1^{ère} consultation.

5- Quels sont mes droits en tant que participant ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, sans avoir à vous justifier, sans que cela ne modifie votre relation avec l'équipe soignante et n'ait de conséquence sur votre prise en charge. En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision sans avoir à vous justifier et sans conséquence sur votre suivi.

6- A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Pour toute question avant, pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser au Docteur Alessandra BLAIZOT à l'adresse mail suivante : alessandra.blaizot@univ-lille2.fr

Evaluation de l'orientation des patients à l'issue d'une première consultation en odontologie au CHU de Lille / **VAUTHIER Clara**. p.75 : ill.16 ; réf.44.

Domaines : Santé Publique ; Epidémiologie

Mots clés Rameau: Epidémiologie ; Santé publique – Enquêtes ; Odontostomatologie – Pratique ; Soins médicaux ambulatoires ; Santé publique bucco-dentaire ; Consultation médicale

Mots clés FMeSH: Enquêtes sur les soins de santé ; Epidémiologie ; Odontologie ; Service de santé bucco-dentaire ; Soins ambulatoires ; Patient en consultation externe ; Pratique professionnelle ; Santé buccodentaire ; enquêtes de santé dentaire

Résumé de la thèse

En France, le recours aux soins bucco-dentaires est essentiellement assuré par le secteur privé. Cependant, il existe également un secteur public en majeure partie représenté par les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). L'objectif de ce travail était de mieux connaître l'orientation des patients à l'issue d'une première consultation dans le Service d'odontologie du CHU de Lille en 2018, de mieux cerner leur profil et d'évaluer leurs besoins en soins bucco-dentaires, en vue à moyen terme, d'améliorer l'organisation du service. Cette étude a permis de connaître le profil et les besoins en soins de 81 sujets dont la majorité était de sexe féminin, la tranche d'âge la plus représentée étant celle des 36-60 ans, appartenant à une catégorie socio-professionnelle relativement modeste. On a constaté que de nombreux patients nécessitent une prise en charge globale complexe faisant intervenir plusieurs unités fonctionnelles, notamment l'UF de dentisterie restauratrice et endodontie et l'UF de prothèse. Grâce à une meilleure connaissance des utilisateurs du service, ce travail pourrait donc participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients au sein de ce service. Ainsi, ce travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Etienne Deveaux

Assesseurs : Monsieur le Docteur Claude Lefevre

Madame le Docteur Mathilde Savignat

Madame le Docteur Alessandra Blaizot