



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance 2022

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2022

Par Benjamin SOROKA

Né(e) le 04 Janvier 1995 à Évreux en France

**Profil des patients accueillis aux urgences dentaires du
CHU de Lille pendant le confinement du printemps 2020 lié à
la Covid-19 : résultats d'une étude transversale**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs : Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Monsieur le Docteur Maxime BEDEZ

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Responsable du Département de 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.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
C. LEFEVRE	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique

G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de 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 Pédiatrique	Responsable du Département d' Odontologie
J. VANDOMME	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 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.

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	6
1. AVANT-PROPOS.....	9
2. CONTEXTE	10
2.1. LES SOINS BUCCO-DENTAIRES AVANT LA COVID-19 : PREVENTION DES INFECTIONS VIRALES RESPIRATOIRES AU CABINET DENTAIRE	10
2.2. L'ARRIVEE DE L'EPIDEMIE DE LA COVID-19	11
2.3. LE BOULEVERSEMENT DES SOINS BUCCO-DENTAIRES AVEC L'ARRIVEE DE LA COVID-19	13
2.3.1. Généralités	13
2.3.2. Évolution des recommandations d'experts.....	14
2.3.3. Application au sein du Service d'odontologie	15
2.4. OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
3. MATERIEL ET METHODE	17
3.1. TYPE D'ETUDE	17
3.2. LIEU DE L'ETUDE	17
3.3. PERIODE D'EXTRACTION DES DONNEES DE L'ETUDE	17
3.4. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON DE L'ETUDE	18
3.5. INVESTIGATEURS IMPLIQUES	20
3.6. ACCORDS REGLEMENTAIRES.....	21
3.7. CREATION D'UN NUMERO D'ANONYMAT	22
3.8. VARIABLES RELEVees.....	23
3.9. AJUSTEMENTS DU PROTOCOLE D'ETUDE COMPTE TENU DE LA REALITE DU TERRAIN	25
3.9.1. Retrait des dossiers présentant des données manquantes	25
3.9.2. Maintien des dossiers présentant des questionnaires non renseignés	25
3.9.3. Ajout de 4 journées supplémentaires.....	26
3.10. NETTOYAGE DE LA BASE DE DONNEES ET CREATION OU RECODAGE DE VARIABLES	26
3.10.1. Classe d'âge	27
3.10.2. Lieu de vie	27
3.10.3. Délai depuis le dernier rendez-vous chez un chirurgien-dentiste	28
3.10.4. Antécédents médicaux.....	28
3.10.5. Traitements médicamenteux	28

3.10.6.	<i>Douleurs</i>	29
3.10.7.	<i>Motifs de consultation</i>	29
3.10.7.1.	Consultation avec douleur.....	30
3.10.7.2.	Consultation sans douleur.....	30
3.10.8.	<i>Diagnostics</i>	31
3.10.9.	<i>Gestes réalisés</i>	33
3.11.	ANALYSE STATISTIQUE	34
4.	RESULTATS	34
4.1.	PROFIL DES SUJETS	34
4.1.1.	<i>Genre</i>	34
4.1.2.	<i>Age</i>	35
4.1.3.	<i>Antécédents médicaux</i>	36
4.1.4.	<i>Traitement médicamenteux en cours</i>	37
4.1.5.	<i>Délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste</i>	38
4.1.6.	<i>Lieu de vie</i>	38
4.1.7.	<i>Consommation de substances</i>	39
4.1.8.	<i>Synthèse du profil des sujets</i>	40
4.2.	MOTIFS DE CONSULTATION	41
4.3.	NIVEAU DE DOULEURS.....	42
4.4.	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE EN URGENCE	43
4.4.1.	<i>Réalisation d'un examen complémentaire</i>	43
4.4.2.	<i>Diagnostics</i>	44
4.4.3.	<i>Gestes thérapeutiques</i>	45
4.4.4.	<i>Prescriptions sur ordonnance</i>	46
4.4.5.	<i>Prochain Rendez-vous</i>	48
4.5.	ANALYSE BIVARIEE.....	48
4.5.1.	<i>Association entre le délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-</i> <i>dentiste et la classe d'âge</i>	48
4.5.2.	<i>Association entre déclaration d'un antécédent médical et traitement</i> <i>médicamenteux au long cours</i>	50
4.5.3.	<i>Association entre déclaration d'un antécédent médical et classe d'âge</i>	51
4.5.4.	<i>Association entre motif de consultation déclaré et diagnostic posé</i>	52
4.5.5.	<i>Association entre diagnostic posé et geste thérapeutique effectué</i>	54
4.5.6.	<i>Répartition des diagnostics posés selon la classe d'âge des sujets</i>	56
4.5.7.	<i>Répartition des gestes thérapeutiques effectués selon la classe d'âge des sujets</i>	58
4.5.8.	<i>Répartition des diagnostics posés selon le genre des sujets</i>	60
5.	DISCUSSION	61

5.1.	INTERETS DE L'ETUDE	61
5.2.	LIMITES DE L'ETUDE	62
5.2.1.	<i>Données manquantes</i>	62
5.2.2.	<i>Difficultés dans l'interprétation des données collectées</i>	63
5.2.2.1.	Motifs de consultation et niveau de douleurs	63
5.2.2.2.	Questionnaires médicaux	64
5.3.	REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON PAR RAPPORT A LA POPULATION DES HAUTS-DE-FRANCE	65
5.3.1.	<i>Genre</i>	65
5.3.2.	<i>Âge</i>	65
5.3.3.	<i>Délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste</i>	66
5.4.	DISCUSSION DES RESULTATS	66
5.4.1.	<i>Genre</i>	66
5.4.2.	<i>Âge</i>	67
5.4.3.	<i>Consommation de substances addictives</i>	68
5.4.4.	<i>Motifs de consultation</i>	68
5.4.5.	<i>Examens complémentaires</i>	69
5.4.6.	<i>Diagnostics</i>	69
5.4.7.	<i>Actes réalisés</i>	71
5.4.8.	<i>Prescriptions</i>	72
5.5.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	73
5.5.1.	<i>L'avenir en lien avec la télédentisterie</i>	73
5.5.1.	<i>Que reste-t-il du tri et de l'orientation des patients à l'arrivée en urgence ?</i>	74
5.5.2.	<i>Autres travaux de recherche</i>	75
	BIBLIOGRAPHIE	76
	TABLE DES FIGURES	81
	TABLE DES TABLEAUX	83

1. Avant-propos

Une enquête visant à décrire le profil des patients accueillis au sein des urgences dentaires du Service d'odontologie du CHU de Lille durant la période du premier confinement (soit du 17/03/20 au 10/05/20) liée à la crise sanitaire due à la Covid-19 a été conduite. L'objectif de celle-ci visait plus précisément à décrire les symptômes, les diagnostics et les types de soins bucco-dentaires réalisés. A plus long terme, cette étude cherche à promouvoir la réflexion, l'évolution sur l'organisation et le fonctionnement du service des urgences en cas de futurs épisodes similaires. Cette étude pourrait également améliorer la prise en charge bucco-dentaire des patients au quotidien, la protection et la qualité de vie au travail du personnel du service.

Cette enquête a plus précisément fait l'objet de 2 travaux de thèse pour le Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire, à savoir :

- Un premier travail présentant le protocole de l'enquête rapporté dans la thèse en vue du diplôme de Docteur en chirurgie dentaire d'Eméric Michaud précédemment soutenue (1) ;
- Un deuxième travail rapporté dans le présent manuscrit présentant le rapport d'enquête sous la forme des 4 parties habituellement retrouvées dans ce type de travaux.

2. Contexte

Les éléments rapportés dans ce chapitre de contexte reprennent sous une forme synthétisée ceux précédemment rapportés dans le manuscrit de thèse pour le Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire d'Emeric Michaud (1).

2.1. Les soins bucco-dentaires avant la Covid-19 : prévention des infections virales respiratoires au cabinet dentaire

Avant les événements liés au SARS-CoV-2, les professionnels exerçant dans les cabinets dentaires de ville ainsi qu'au sein des hôpitaux, respectaient déjà des recommandations en matière de protection des professionnels de santé et des patients. Ces mesures visaient la réduction du risque d'infections manuportées et aéroportées du patient au praticien, d'un patient à un autre patient et entre les professionnels de santé.

En effet, les professionnels de santé effectuaient un certain nombre de gestes visant à limiter la transmission des infections tels que l'hygiène des mains, le port d'équipements individuels de protection tels que des gants, des lunettes de protection et une tenue professionnelle durant l'exercice de leur profession, le respect d'une hygiène environnementale avec le nettoyage des locaux et des surfaces, l'aération des locaux, le traitement des dispositifs médicaux réutilisables. L'ensemble de ces mesures ont été précédemment décrites dans le manuscrit d'Emeric Michaud (1) et sont synthétisées dans le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie (2).

A ces mesures s'ajoutaient également la vaccination des professionnels de santé, avec des vaccins obligatoires et d'autres conseillés. En matière de lutte contre les infections virales respiratoires, existait jusqu'alors le seul vaccin contre la grippe saisonnière.

2.2. L'arrivée de l'épidémie de la Covid-19

En décembre 2019, le Virus SARS-CoV-2 de la famille des Coronavirus est détecté dans un hôpital à Wuhan en Chine (3). Cette maladie se propage de manière aéroportée par la projection de gouttelettes (postillons salivaires) avec une période d'incubation allant de 3 à 14 jours (4). La contamination serait aussi possible en se touchant le visage après avoir été en contact avec une surface contaminée car le virus resterait présent sur les surfaces durant un temps variable selon le type de surface (5–7). Cette maladie atteint principalement les poumons entraînant des troubles respiratoires pouvant être graves, mais peut aussi atteindre le système digestif, les reins, le cœur, le cerveau ou encore les muscles (4). Au départ, il n'existe aucun vaccin ni aucun traitement. Ce virus à transmission aéroportée se propage alors rapidement en Chine et à travers le monde.

Dans le cas de troubles respiratoires graves, les patients sont hospitalisés et placés sous respiration artificielle (8). En période épidémique, cette prise en charge peut être à l'origine d'une surcharge des hôpitaux du fait de la saturation des capacités d'accueil disponibles en réanimation et en raison d'un manque de préparation face à une situation inédite¹. C'est pourquoi l'état d'urgence sanitaire est rapidement déclaré dans de nombreux pays.

¹ Covid-19 : quatre questions pour comprendre la saturation des hôpitaux. Le Monde.fr [Internet]. 27 oct 2020 [cité 9 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/10/27/covid-19-quatre-questions-pour-comprendre-la-saturation-des-hopitaux_6057568_4355770.html

Jusqu'à l'apparition des premiers vaccins, la seule façon de lutter contre la propagation de la Covid-19 pour la population générale consistait en l'application de gestes barrières tels que le port d'un masque chirurgical, le respect d'une distanciation sociale, l'hygiène régulière des mains, le dépistage et le placement en quarantaine des personnes contaminées et des cas contacts (9). Malgré les recommandations des autorités aux populations pour appliquer les gestes barrières, la pandémie s'étend rapidement. Un premier confinement total est alors mis en place en France le 15 mars 2020 (10).

Seules certaines professions sont autorisées à continuer leur activité professionnelle. A la suite d'un communiqué de presse de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, les cabinets dentaires doivent fermer, et une gestion des urgences dentaires est mise en place par permanence téléphonique ². Dans un premier temps, seule l'activité des urgences sur les sites des services d'odontologie des CHU est maintenue, dont le Service d'odontologie du CHU de Lille. Néanmoins, les professionnels libéraux sous l'égide des Conseils départementaux de l'Ordre organisent rapidement un maillage des territoires pour une prise en charge des urgences dentaires au sein de cabinets dentaires de garde par des praticiens volontaires.

De nombreuses mesures sont prises dès le début du premier confinement afin de protéger les patients dans le cadre de leur prise en charge bucco-dentaire au fauteuil lorsque celle-ci se révèle indispensable, mais aussi les chirurgiens-dentistes et plus largement l'ensemble de leur équipe dans l'exercice de leur profession. En effet, l'activité même de soins bucco-dentaires au fauteuil est génératrice de nombreux aérosols (11) dont on connaît le rôle dans la survenue et la propagation du virus de la Covid-19 (4).

² Communiqué de presse intitulé « e-mailing – communiqué de presse » créé le 19 mars 2020 disponible à l'adresse suivante : https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/#19_03_2020_7 (consulté le 23/06/2022)

2.3. Le bouleversement des soins bucco-dentaires avec l'arrivée de la Covid-19

2.3.1. Généralités

Au début du premier confinement, les équipements de protection individuelle limitant la contamination de la Covid-19 ont rapidement manqué et les délais se sont considérablement allongés pour en obtenir, notamment les masques. Ainsi, les stocks disponibles en France ont été réquisitionnés afin d'alimenter les professionnels de santé dont l'activité restait primordiale (12) (13). Le stock étant de plus en plus réduit, les cabinets dentaires ont éprouvé des difficultés à s'approvisionner. C'est ainsi que dès le 15 mars, les chirurgiens-dentistes ont été vivement invités par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes à reporter les soins non urgents³. La mise en place d'une permanence des soins a été souhaitée dès le 16 mars. La permanence des soins devait être réalisée par les chirurgiens-dentistes par téléphone ou courriel afin de procéder à la rédaction d'une ordonnance si celle-ci pouvait suffire ou d'orienter les patients vers des structures pouvant les recevoir, en toute sécurité, si l'intervention d'un chirurgien-dentiste était nécessaire.

A compter du 19 mars, un communiqué a été diffusé imposant de fermer les cabinets dentaires⁴. Les hôpitaux sont restés ouverts, et notamment les services d'odontologie.

³ Communiqué à la profession intitulé « e-mailing – Alerte sanitaire » créé le 15 mars 2020 disponible à l'adresse suivante : <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/> (consulté le 23/06/2022)

⁴ Communiqué à la profession intitulé « e-mailing – Communiqué de presse » créé le 19 mars 2020 disponible à l'adresse suivante : <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/> (consulté le 21/11/2022)

Les hôpitaux ont néanmoins dû adapter très rapidement leur organisation. En effet, les étudiants externes ont été retirés des services de soins, et tous les soins jugés non urgents ont été interrompus. Les cabinets dentaires de ville ayant fermé, toutes les urgences dentaires qui ne pouvaient être gérées par le praticien traitant par ordonnance ou par les praticiens de ville de garde ont été réorientées vers les hôpitaux. Il a donc fallu rapidement réorganiser les structures afin de recevoir cette patientèle tout en ménageant le personnel. En effet, il a fallu composer non seulement avec le retrait des étudiants hospitaliers externes des services de soins (avec néanmoins le maintien des étudiants internes), mais également le retrait de tous les personnels considérés à risque vis-à-vis de la Covid-19 à ce moment-là, les personnels positifs à la Covid-19 ou devant s'occuper de leurs proches. De plus, il a très rapidement fallu adapter les protocoles de soins à ce que l'on connaissait de la pathologie et de ses modes de transmission, afin de limiter la propagation du virus et de protéger les personnes.

Rapidement, des directives ont été éditées de manière à s'adapter à cette situation (14) et celles-ci ont régulièrement été revues au fur et à mesure de l'avancée des connaissances et de l'arrivée des vaccins.

2.3.2. Évolution des recommandations d'experts

Trois séries de recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville ont été formulées durant la période allant de mars 2020 à juillet 2020 afin de s'adapter à l'évolution de la situation sanitaire dans le contexte de la pandémie à la Covid-19 (15–17). Pour rappel, la thèse de docteur en chirurgie dentaire d'Emeric Michaud les a précédemment détaillées et elles sont rappelées sous forme synthétique dans le tableau ci-après (Tableau n°1(1)).

Tableau 1 : Récapitulatif de l'évolution des recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville (1)

Recommandations du 24/03/2020	Recommandations du 16/06/2020	Recommandations du 15/07/2020
<ul style="list-style-type: none"> > Fermeture des cabinets de ville puis mise en place de cabinets de garde > Prise en charge des urgences uniquement > Régulation par le Conseil de l'Ordre départemental > Masque obligatoire pour tout patient symptomatique > Friction à la SHA à l'entrée > Affichage des informations de prévention > Port du FFP2 par le praticien (changement non obligatoire entre chaque patient) > Aération de 10 min 	<ul style="list-style-type: none"> > Fermeture des cabinets de ville puis mise en place de cabinets de garde > Prise en charge des urgences uniquement > Régulation par le conseil de l'Ordre départemental > Masque obligatoire pour tout patient > Friction à la SHA à l'entrée > Affichage des informations de prévention > Port du FFP2 par le praticien (changement non obligatoire entre chaque patient) > Aération de 15 min entre chaque patient > Catégorisation en 2 groupes des patients selon le risque Covid > Pas de prise en charge des patients du groupe 2 > Arrêt de travail du personnel à risque 	<ul style="list-style-type: none"> > Fermeture des cabinets de ville puis mise en place de cabinets de garde > Prise en charge des urgences uniquement > Régulation par le conseil de l'Ordre départemental > Masque obligatoire pour tout patient > Friction à la SHA à l'entrée > Affichage des informations de prévention > Port du FFP2 par le praticien (changement non obligatoire entre chaque patient) > Aération selon le risque patient > Catégorisation en 2 groupes des patients selon le risque Covid > Pas de prise en charge des patients du groupe 2 > Prise en charge selon le risque du patient > Arrêt de travail du personnel à risque

FFP : Filtering Face Piece
SHA : solution hydroalcoolique

2.3.3. Application au sein du Service d'odontologie

Le Service d'odontologie du CHU de Lille a dû s'adapter rapidement au fur et à mesure de l'évolution des connaissances sur le virus, et des recommandations d'experts. Les adaptations spécifiques ayant été longuement décrites dans le manuscrit pour le Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire d'Emeric Michaud (1), elles ne seront pas rappelées ici.

2.4. Objectifs de l'étude

Cette étude avait pour objectif de définir le profil, le motif de consultation et la prise en charge thérapeutique des patients accueillis au sein des urgences dentaires du Service d'odontologie du CHU de Lille durant la période du premier confinement liée à la crise due à la Covid-19, soit durant la période du 17/03/20 au 10/05/20. Ces résultats visaient à faire un état des lieux de cette période et à les comparer à d'autres travaux conduits durant la même période. Cette étude, en analysant ce qui s'est passé durant cette crise mondiale, pourrait aussi contribuer à mieux anticiper de futures crises sanitaires, voire à en tirer des enseignements pour la pratique quotidienne.

3. Matériel et méthode

Les éléments rapportés dans ce chapitre s'inspirent de ceux déjà prévus dans le protocole d'étude et présentés dans le manuscrit de thèse pour le Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire d'Emeric Michaud (1). Les ajustements effectués entre le protocole d'étude et la conduite d'étude ont fait l'objet d'un paragraphe spécifique.

3.1. Type d'étude

Une étude à devis quantitatif de type épidémiologique observationnel transversal à visée descriptive a été conduite. Le recueil des données de recherche est rétrospectif par l'extraction des données médicales précédemment recueillies à des fins de soins dans le dossier médical papier de patients reçus au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille.

3.2. Lieu de l'étude

Les dossiers médicaux sélectionnés en format papier ont été extraits de la salle des archives du Service d'odontologie, puis transportés dans la salle de l'entresol de la Faculté d'odontologie de Lille pour y extraire les données pertinentes sur un tableur informatique. Ces dossiers ont été, une fois les données extraites, ramenés en salle des archives.

3.3. Période d'extraction des données de l'étude

L'extraction des données pour l'étude a été réalisée entre le 12 juillet 2021 et le 16 juillet 2021, selon les horaires d'accessibilité aux salles et aux bâtiments.

3.4. Constitution de l'échantillon de l'étude

Une estimation préalable à la conduite de l'étude du nombre de patients pris en charge au cours de la période étudiée au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille l'a considéré à environ 3 500 patients. Afin de faire un compromis entre faisabilité de l'enquête dans le cadre de travaux de thèse d'exercice, intérêt scientifique de la question de recherche et résultats attendus, les investigateurs ont fixé le nombre de sujets à inclure à 1000 patients, ce qui représenterait donc 28,5% de l'effectif total. Un calcul précis du nombre de sujets à inclure dans l'étude ne pouvait en effet être effectué compte tenu du fait que cette enquête était à visée descriptive d'un fonctionnement de structure de soins en période exceptionnelle.

Le seul critère de sélection nécessaire à l'inclusion d'un sujet dans l'étude était la prise en charge sur le site des urgences dentaires du Service d'odontologie du CHU de Lille entre le 17/03/2020 et le 10/05/2020 (soit durant la période du 1^{er} confinement lié à la Covid-19). Aucun critère d'âge minimal n'a été effectué. Ainsi, des enfants et des adultes ont été intégrés au travail.

De manière à favoriser la représentativité de l'échantillon étudié, un échantillonnage a été réalisé de la façon suivante :

- Élément préalable : environ 45 à 50 patients ont été reçus en moyenne par demi-journée durant cette période constituée de 72 demi-journées (en tenant compte de la fermeture du service durant certains jours fériés et les week-ends) ;
- Sélection aléatoire par tirage au sort de 24 demi-journées (ce qui en considérant la fourchette basse de 45 patients/demi-journée laissait une marge de sécurité en cas de dossier introuvable ou illisible / pour rappel les dossiers médicaux sont des dossiers papier et certains pouvaient avoir été déjà expédiés dans les archives délocalisées) en forçant à une répartition équilibrée des demi-journées de la semaine soit :
 - o 2 lundis matin : le 23/03/2020 et le 06/04/2020,

- 2 lundis après-midi : le 30/03/20 et le 04/05/2020,
- 2 mardis matin : le 31/03/2020 et le 14/04/2020,
- 2 mardis après-midi : le 17/03/2020 et le 05/05/2020,
- 2 mercredis matin : le 25/03/2020 et le 08/04/2020,
- 2 mercredis après-midis : le 15/04/2020 et le 22/04/2020,
- 2 jeudis matin : le 09/04/2020 et le 07/05/2020,
- 2 jeudis après-midi : le 19/03/2020 et le 02/04/2020,
- 2 vendredis matin : le 03/04/2020 et le 17/04/2020,
- 2 vendredis après-midi : le 27/03/2020 et le 24/04/2020,

- Et 4 demi-journées tirées aléatoirement au sort, à savoir :
 - 1 jeudi matin : le 02/04/2020,
 - 1 lundi après-midi : le 27/04/2020,
 - 1 vendredi matin : le 20/03/2020,
 - 1 mercredi après-midi : le 08/04/2020.

L'ensemble des dossiers médicaux des patients reçus sur les demi-journées sélectionnées étaient inclus dans l'étude, sous réserve que le dossier médical soit accessible et lisible, et que les patients n'aient pas exprimé de refus.

3.5. Investigateurs impliqués

Les investigateurs impliqués dans le projet étaient, en tant que :

- Responsable de la mise en œuvre : le Dr Alessandra BLAIZOT (directrice des 2 thèses) ;
- Responsables de traitement :
 - Emeric MICHAUD (étudiant dans le cadre de sa thèse d'exercice en vue du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, depuis thésé) ;
 - Benjamin SOROKA (étudiant dans le cadre de sa thèse d'exercice en vue du diplôme de docteur en chirurgie dentaire).

La conduite de l'étude a reçu un accord préalable favorable verbal du Chef du service, le Dr Laurent Nawrocki, de la Responsable de l'Unité fonctionnelle des urgences dentaires, le Dr Mathilde Savignat, ainsi que de la cadre de santé du service, Madame Valérie Broutin.

3.6. Accords réglementaires

Une demande d'autorisation a été faite au préalable auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), afin de pouvoir collecter et utiliser les données pour mener à bien l'étude. En effet, les données collectées dans les dossiers médicaux des patients sont soumises au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD).

Au sein du CHU de Lille, une note existe afin d'informer les patients que les données recueillies pendant leur prise en charge thérapeutique peuvent être utilisées lors d'études à des fins de recherche. Dans le cas où le patient ne souhaiterait pas la réutilisation de ces données, il peut s'y opposer. Ne pouvant garantir la bonne lecture de cette mention par chaque patient sur une affiche placée dans le Hall d'entrée du Service d'odontologie, nous aurions théoriquement dû contacter individuellement chaque sujet potentiel afin de s'assurer de sa non-opposition à l'utilisation de ses données. Compte tenu de l'objet de l'étude, du nombre de patients à recontacter et de la disproportion évidente entre l'effort demandé pour contacter individuellement chaque personne et la nature des données collectées, une exception à l'information individuelle, en accord avec le Service de la CNIL du CHU de Lille, a été demandée. En effet, les investigateurs n'avaient aucun moyen de retourner à un dossier médical une fois saisie la ligne de données d'un sujet car aucun numéro de correspondance n'était prévu. De plus, seules les données strictement nécessaires à l'étude étaient collectées, en veillant à ne pas collecter de données compromettant l'anonymat.

Afin de faire valider le projet, un dossier de demande d'autorisation CNIL a été déposé auprès du Health Data Hub (HDH) sous le n°921182. Dans un premier temps, le dossier a été analysé par le Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé (CEREES, depuis devenu CESREES pour Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé) afin d'émettre un avis favorable et de proposer des modifications si besoin. Après analyse du comité, le projet a reçu un avis favorable avec des recommandations de modifications. Ces modifications ont donc été apportées avant de déposer le projet à la CNIL.

Une lettre d'information collective a été ajoutée à la suite d'un premier retour mail de la CNIL demandant des précisions sur l'étude. Les questionnements de la CNIL portaient principalement sur l'information et le consentement des patients quant à l'utilisation de leurs données personnelles. Étant donné qu'il avait été établi précédemment qu'il était inenvisageable de recontacter individuellement chaque sujet potentiel, une lettre d'information collective a été rédigée afin d'informer les personnes continuant leur prise en charge au sein du Service d'odontologie depuis cette période, et s'étant rendues sur le site au cours du premier confinement, qu'une étude allait être réalisée sur cette période. Tout patient s'opposant à ce que ses données soient utilisées était donc informé qu'il pouvait contacter, en amont de la conduite de l'étude, le Dr Alessandra BLAIZOT par email afin de le faire savoir, et ainsi, ses données n'étaient pas collectées. Ce document a été affiché dans le hall d'entrée du Service d'odontologie, au niveau de chaque bureau d'accueil durant la période de l'été 2021. Une mention similaire a été apposée sur la page web dédiée au Service d'odontologie du site internet du CHU de Lille.

Au total, l'ensemble des démarches effectuées pour valider le projet de recherche du point de vue de la protection des données collectées, ont été effectuées entre le 30/09/2020 et le 23/07/2021, soit quasiment une année. Les divers documents produits sont disponibles dans le manuscrit de thèse en vue du diplôme de Docteur en chirurgie dentaire d'Emeric Michaud (1).

3.7. Création d'un numéro d'anonymat

Chaque sujet a obtenu un numéro d'anonymat. Le numéro d'anonymat a été attribué de façon aléatoire. En effet les investigateurs ont rempli les données dans un tableur Excel en prenant les dossiers l'un après l'autre au hasard parmi tous les dossiers sélectionnés pour l'étude. Ainsi le premier dossier observé a obtenu le numéro 1 et le dernier dossier a obtenu le numéro 1040. Néanmoins, comme mentionné précédemment, aucune liste de correspondance ne permettait avec ce numéro d'anonymat de retourner à l'identité du patient ni même à son numéro de dossier médical.

3.8. Variables relevées

Les variables relevées étaient principalement qualitatives auxquelles s'ajoutaient quelques variables quantitatives, à savoir plus précisément le/les :

- Sexe (selon le format : homme / femme) ;
- L'âge en nombre d'années révolues, calculé à la date de venue du patient dans le service durant la période d'inclusion ;
- Département de résidence (selon le format 59 / 62 / autre département) ;
- Ville de résidence (en texte libre) ;
- Antécédents médicaux (selon le format : cardiopathie / HTA / cancer / diabète / hépatopathie / VIH / thyroïde / asthme / épilepsie / dépression / troubles psychiatriques / ulcère / néphropathie / neuropathie / arthrose / autre) ;
- Traitements médicaux en cours (selon le format : anticoagulant / biphosphonates / radiothérapie / chimiothérapie / dialyse / greffe / antidiabétique / anticholestérolémique / diurétique / antithyroïdien / autre) ;
- Délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste (selon le format : moins de 6 mois / entre 6 et 12 mois / plus de 12 mois / jamais) ;
- Statut tabagique en cours (selon le format : oui / non) ;
- Consommation d'autres substances addictives que le tabac (selon le format : cannabis / alcool / sucreries / café / autre) ;
- Date de venue dans le service sur la période d'inclusion ;
- 1^{ère} visite dans le service (selon le format oui / non) ;
- Nombre de visites pendant la période d'inclusion (en chiffre) ;

- Douleur estimée au moyen d'une échelle numérique (en format de nombre entier situé entre 0 et 10, 0 étant l'absence de douleur ressentie et 10 la douleur maximale imaginable) ;
- Motif de consultation (selon le format : douleur / traumatisme / gonflement / ODF / autre) ;
- Examen complémentaire (selon le format : panoramique / rétro-alvéolaire / rétro-coronaire / CBCT / autre) ;
- Diagnostic (selon le format : inflammation dentaire / infection dentaire / traumatisme / accident d'évolution DDS / parodontopathie / ODF / ATM / autre) ;
- Type de traitement réalisé dans le service (selon le format : avulsion dentaire / ouverture de chambre / drainage d'abcès / curetage carieux / gestion de traumatisme / ODF / réorientation dans un autre service du CHU / autre / aucun) ;
- Prescription réalisée (selon le format : antibiotique en monothérapie / antibiotique en bithérapie / anti-inflammatoire / antalgique de palier 2 / antalgique de palier 1 / anti-inflammatoire local / aucun / autre) ;
- Orientation pour le prochain rendez-vous (selon le format : ville / service d'odontologie CHU de Lille / autre).

3.9. Ajustements du protocole d'étude compte tenu de la réalité du terrain

3.9.1. Retrait des dossiers présentant des données manquantes

Parmi les dossiers sélectionnés, les données de 23 patients ont dû être supprimées au moment de leur extraction car plusieurs variables n'étaient soit pas indiquées clairement (illisibles) soit pas renseignées. Cela représentait donc 23 dossiers sur 1040 soit 2,2% de l'échantillon.

3.9.2. Maintien des dossiers présentant des questionnaires non renseignés

Après discussion entre les investigateurs, il a été décidé de conserver les données des patients dont le questionnaire médical, était absent du dossier médical car le nombre de dossiers aurait été considérablement réduit dans le cas contraire, et que ces variables ne constituaient pas le cœur de l'étude. Aucune imputation de ces données manquantes n'a néanmoins été effectuée. Ces données ont donc été considérées comme manquantes pour l'analyse.

3.9.3. Ajout de 4 journées supplémentaires

A la fin de l'extraction des données des participants aux dates prévues par le protocole, le nombre de sujets inclus préalablement fixé n'avait pas été atteint. Après discussion entre les investigateurs, 4 journées soit 8 demi-journées ont été ajoutées. Ces 4 journées ont été choisies de manière aléatoire parmi les dossiers encore présents au sein de l'établissement au moment de la période d'extraction des données. Ont donc été ajoutées aux dates initialement prévues les dates suivantes :

- 2 mercredis (matin et après-midi) : 01/04/2020 et 29/04/20,
- 2 jeudis (matin et après-midi) : 26/03/2020 et 30/04/20.

Au total, l'étude a donc été réalisée sur 1017 sujets.

3.10. Nettoyage de la base de données et création ou recodage de variables

Afin de rendre les résultats exploitables et lisibles, les investigateurs ont dû effectuer certains recodages sur les variables collectées.

3.10.1. Classe d'âge

Pour faciliter la lecture des résultats concernant la variable âge, les investigateurs ont transformé la variable âge collectée de façon quantitative (en nombre d'années révolues) en 5 classes d'âge, à savoir :

- La tranche d'âge des personnes âgées de 0 à 18 ans inclus,
- La tranche d'âge des personnes âgées de 19 à 30 ans inclus,
- La tranche d'âge des personnes âgées de 31 à 45 ans inclus,
- La tranche d'âge des personnes âgées de 46 à 60 ans inclus,
- La tranche d'âge des personnes âgées de plus de 61 ans.

3.10.2. Lieu de vie

Dans le dossier médical des patients, l'adresse postale précise est mentionnée. Ainsi, ce sont 211 villes de résidence qui ont été saisies en texte libre lors de la collecte des données sur le tableau brut des données. La création d'une variable binaire codée en « Métropole Lilloise » ou « hors métropole Lilloise » paraissait plus évidente et plus exploitable. Ce classement a pu être effectué en vérifiant pour chaque ville sur le site de la métropole Lilloise⁵ si elle faisait partie ou non de la métropole.

⁵ Site internet disponible à l'adresse suivante : <https://www.lillemetropole.fr/votre-metropole/institution/territoire-de-la-mel> (consulté le 16 aout 2022)

3.10.3. Délai depuis le dernier rendez-vous chez un chirurgien-dentiste

Les investigateurs ont regroupé les sujets ayant répondu « moins de 6 mois » et ceux ayant répondu « entre 6 et 12 mois » car il n'a finalement pas semblé pertinent de mentionner cette distinction dans les résultats.

3.10.4. Antécédents médicaux

Les investigateurs ont choisi de créer une nouvelle variable à partir de la synthèse des informations collectées sur les antécédents médicaux déclarés, c'est-à-dire en comptant le nombre de pathologies déclarées, à savoir :

- Pas de pathologie déclarée,
- 1 pathologie,
- 2 pathologies,
- 3 pathologies ou plus.

3.10.5. Traitements médicamenteux

Le même traitement que pour la variable « antécédents médicaux » a été appliqué aux traitements médicamenteux au long cours, à savoir :

- Pas de traitement,
- 1 traitement,
- 2 traitements,
- 3 traitements ou plus.

3.10.6. Douleurs

Il est important de mentionner que la variable douleur a été renseignée à partir de l'information retrouvée sur la fiche d'accueil d'urgence de chaque sujet mentionnant une échelle allant de 0 à 10, et complétée par le personnel soignant présent à l'entrée du bâtiment.

Les investigateurs ont choisi de transformer cette variable en 3 classes, afin de rendre l'interprétation des données plus claire :

- De 0 à 3 inclus (qualifiée de pas à peu de douleurs),
- De 4 à 6 inclus (qualifiée de douleurs d'intensité moyenne),
- De 7 à 10 (qualifiée de très fortes douleurs).

Selon les sujets, certains ont pu répondre 0 à cette question tout ayant mentionné comme motif de consultation la douleur. Plusieurs explications peuvent être avancées notamment qu'au moment de la décision de venir sur site, la douleur pouvait être plus élevée mais avoir diminuée au moment de la consultation par exemple en raison de la prise d'un traitement antalgique.

3.10.7. Motifs de consultation

La variable motifs de consultation a été dichotomisée en 2 sous-groupes selon la présence ou non d'une douleur :

3.10.7.1. Consultation avec douleur

Les motifs de consultation des sujets présentant au moins une douleur pouvaient donc être :

- Douleur seule ;
- Douleur associée à un gonflement ;
- Douleur associée à un traumatisme ;
- Douleur associée à autre chose qu'un gonflement ou qu'un traumatisme (associée à une perte de restauration ou pour une raison liée à un traitement ODF par exemple).

3.10.7.2. Consultation sans douleur

Les motifs de consultation des sujets sans douleur ont aussi été distingués selon la présence d'un/de :

- Traumatisme ;
- Gonflement ;
- Perte de substance ;
- Raison en lien avec l'ODF ;
- Raison en lien avec une problématique de « Parodontopathie » (ressenti d'un saignement, d'une mobilité et/ou d'une récession) ;
- Gêne (dont le descellement d'une prothèse fixée) ;
- Contrôle ou suite d'urgence.

3.10.8. Diagnostics

Le traitement de la variable diagnostic, notamment des diagnostics touchant la pulpe s'est révélé complexe. En effet, il a fallu coder selon les informations dont on disposait dans les dossiers médicaux, et en tenant compte de la variabilité liée au nombre de praticiens ayant complété les dossiers.

Parmi les diagnostics touchant la pulpe dentaire, en s'aidant de l'outil Pathopulp développé par l'Université Clermont Auvergne⁶, il a été décidé de distinguer :

- **Les pathologies pulpaire dont la réponse aux tests thermiques est augmentée** (on y retrouve notamment les pulpites réversibles, les pulpites irréversibles, l'hypersensibilité dentinaire), abrégées sous le terme **PaV+** ;
- **Les pathologies pulpaire dont la réponse aux tests thermiques est diminuée à négative** (on y retrouve notamment les parodontites apicales, les abcès apicaux, les nécroses, les syndromes mixtes et les lésions endo-paro), abrégées sous le terme **PaV-**.

⁶ Cet outil est disponible à l'adresse internet suivante, après s'être identifié avec des identifiants universitaires : https://pathopulp.odontologie.uca.fr/diagnostics_endo/ (consulté le 16/10/2022).

Les autres diagnostics ont été regroupés en plusieurs classes afin de rendre les résultats plus lisibles :

- Antécédent de traumatisme ;
- Accident d'évolution d'une dent de sagesse abrégée sous le terme **AEDDS** ;
- Pathologie oro-faciale ne touchant ni la dent ni le parodonte, dont les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- Complication post-opératoire dont l'alvéolite ;
- Parodontopathie ;
- ODF ;
- Perte de substance dentaire sans atteinte pulpaire, à l'exception des fractures dentaires (on y retrouve les lésions carieuses) ;
- Contrôle ;
- Couronne descellée ;
- Autres diagnostics.

Certains sujets venant consulter au CHU de Lille ont reçu plusieurs diagnostics le jour de leur consultation. Ces sujets ont été répartis dans l'une des 2 catégories PaV quand il y avait au moins un diagnostic touchant la pulpe. S'il existait une coexistence d'un diagnostic de PaV+ et PaV-, le sujet a été placé dans le groupe touchant le plus sévèrement la pulpe, c'est-à-dire la catégorie PaV-.

3.10.9. Gestes réalisés

Chez certains sujets, plusieurs gestes thérapeutiques ont été effectués pendant la consultation en urgence. Un recodage des gestes effectués a été réalisé dans le but de faciliter la lecture des résultats, à savoir :

- Avulsion dentaire,
- Cavité d'accès,
- Drainage,
- Restauration,
- Gestion de traumatisme,
- Gestion d'un problème en lien avec un traitement ODF,
- Réorientation,
- Geste prophylactique,
- Report du soin,
- Contrôle post-opératoire,
- Rebasage et rescellement prothétiques,
- Aucun geste thérapeutique,
- Autre geste thérapeutique.

Les sujets ayant reçu plus d'un geste thérapeutique ont été classés dans le groupe correspondant au geste le moins conservateur.

3.11. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par les investigateurs en utilisant les fonctions mathématiques et graphiques du logiciel Microsoft Excel. Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme d'effectifs et de fréquences par classe. Pour les variables quantitatives, les résultats descriptifs ont été exprimés à l'aide des paramètres suivants : la médiane, la moyenne, l'écart-type, le maximum et le minimum. Les données sont présentées sous forme de texte, de tableaux et/ou de graphiques. Selon les résultats descriptifs, une analyse bivariée a été effectuée présentée sous forme de texte et/ou de graphiques. Aucun test statistique n'a été effectué.

Un contact a été pris en juillet 2022 avec le Centre d'études et de recherche en informatique médicale (CERIM) de la Faculté de médecine de l'Université de Lille pour un accompagnement des investigateurs dans des analyses statistiques plus approfondies sur l'établissement d'un ou plusieurs profils type de patients accueillis, une fois cette présente thèse achevée.

4. Résultats

4.1. Profil des sujets

4.1.1. Genre

L'échantillon sélectionné était composé de 577 hommes soit 56,7% des sujets et de 440 femmes soit 43,3% des sujets (N=1017).

4.1.2. Age

L'âge moyen de l'échantillon était de $35,4 \pm 16,5$ ans, avec un minimum de 1 an et un maximum de 91 ans au moment de la consultation en urgence. L'âge médian était de 34,0 ans. Le premier quartile était de 25 ans et le 3^{ème} quartile de 45 ans.

Les sujets ayant le plus consulté pendant cette période étaient les sujets âgés entre 31 ans et 45 ans avec une fréquence de 34,1% soit un peu plus d'un tiers de l'échantillon. La classe d'âge la moins représentée était celle des sujets les plus âgés qui ne représentait que 7,9% soit moins d'un dixième de l'échantillon (Figure n°1).

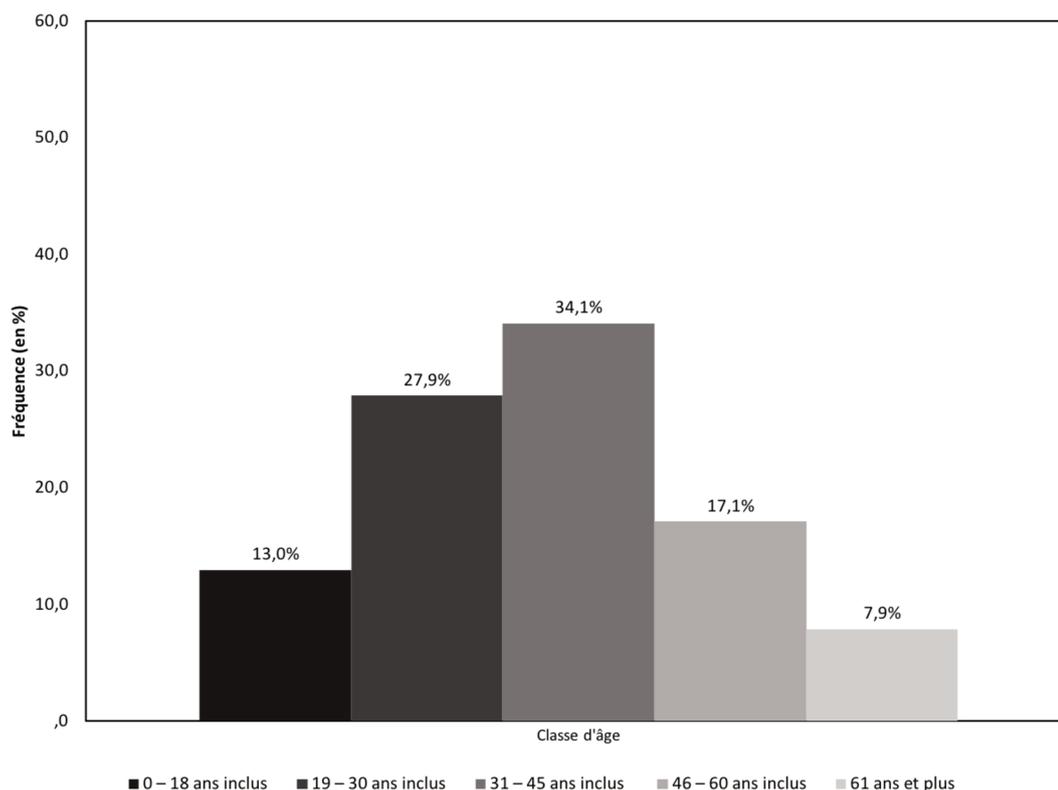


Figure 1 : Répartition des sujets par classe d'âge (N=1017)

4.1.3. Antécédents médicaux

Dans l'échantillon, 30,8% des sujets ont déclaré souffrir d'au moins une pathologie générale (Figure n°2). Le reste des sujets n'avait soit pas déclaré de pathologie, soit le questionnaire médical était illisible ou non rempli. En effet, pour 63 dossiers, le questionnaire médical n'était pas rempli ou illisible, ce qui représentait 63/1017 soit près de 6,2% des dossiers médicaux. Cette absence de questionnaire médical est à l'origine de données manquantes dans l'étude pour l'ensemble des variables collectées à partir de celui-ci et conduit à un effectif pour l'échantillon de N=954 au lieu de 1017.

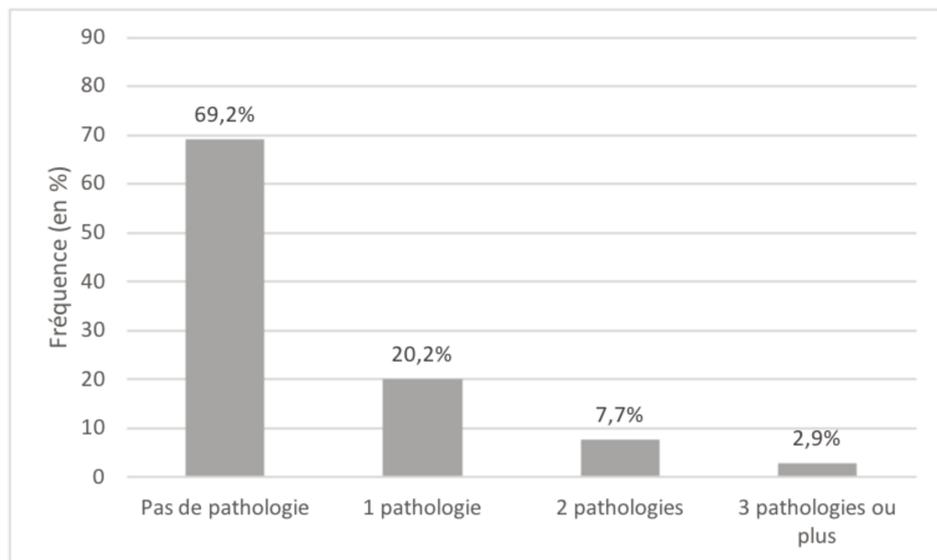


Figure 2 : Répartition des sujets en fonction du nombre de pathologies déclarées (N=954)

4.1.4. Traitement médicamenteux en cours

Parmi les sujets de l'étude, 15,7% ont déclaré prendre au moins un traitement médicamenteux au long cours (Figure n°3).

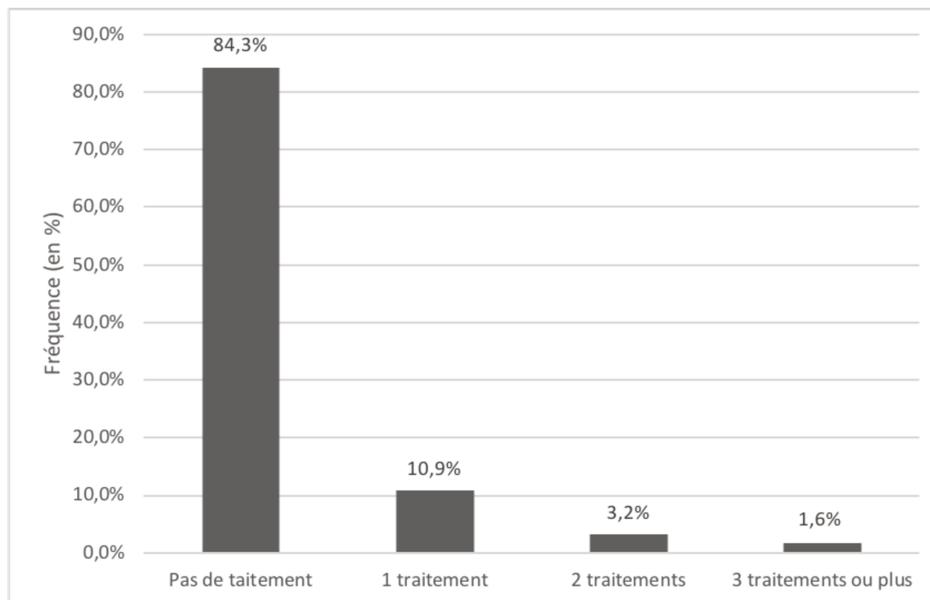


Figure 3 : Répartition des sujets en fonction du nombre de traitements médicamenteux déclarés (N=954)

4.1.5. Délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste

Le délai déclaré depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste est rapporté sur la Figure n°4. Parmi l'échantillon, 392 sujets ont déclaré au moment de leur consultation en urgence avoir vu un chirurgien-dentiste dans l'année écoulée, soit 41,1%. De leur côté, 284 sujets avaient vu un chirurgien-dentiste il y a plus d'un an et 278 n'en avaient jamais vu – autrement dit, cette consultation en urgence constituait leur premier contact avec un chirurgien-dentiste.

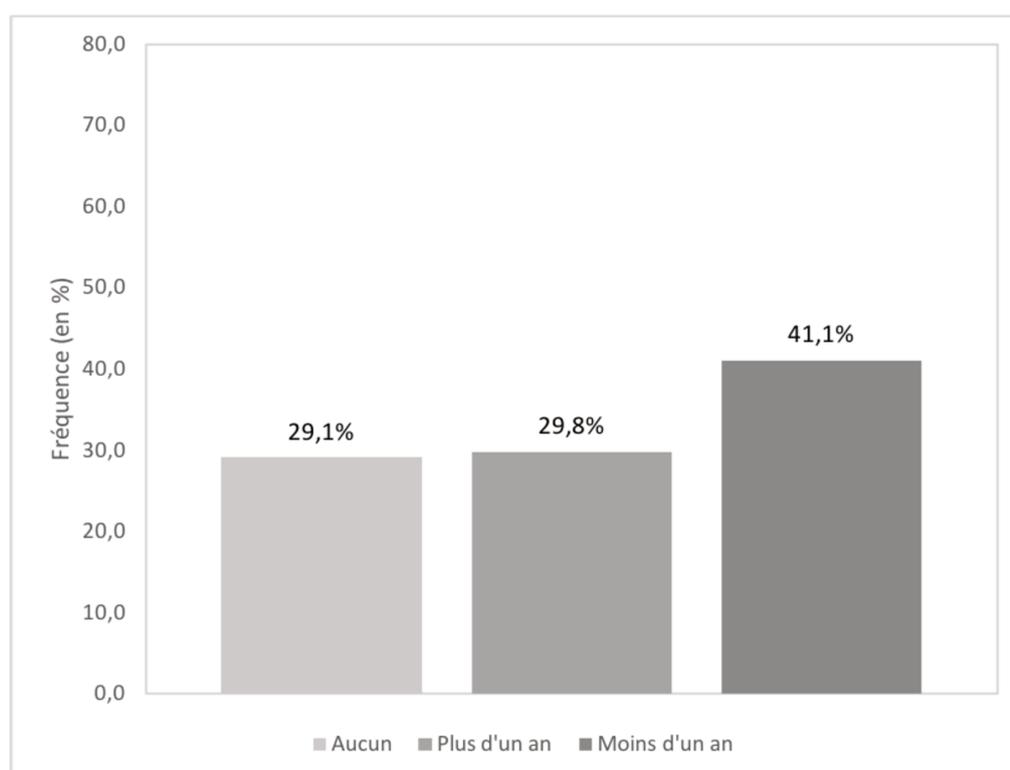


Figure 4 : Délai déclaré par les sujets depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste (N=954)

4.1.6. Lieu de vie

On comptabilisait 78,4 % des sujets résidant dans la métropole lilloise.

4.1.7. Consommation de substances

Près de la moitié des sujets ont déclaré consommer de l'alcool (avec 46,5% de l'échantillon). Un quart des sujets ont déclaré consommer des sucreries et/ou des sodas (soit 25,7%). Dans l'échantillon, 29,6% des sujets ont déclaré consommer du tabac, soit plus d'un quart des sujets participant à l'étude. De plus, 52 sujets ont déclaré consommer du cannabis, ce qui représentait 5,5% de l'échantillon (Figure n°5).

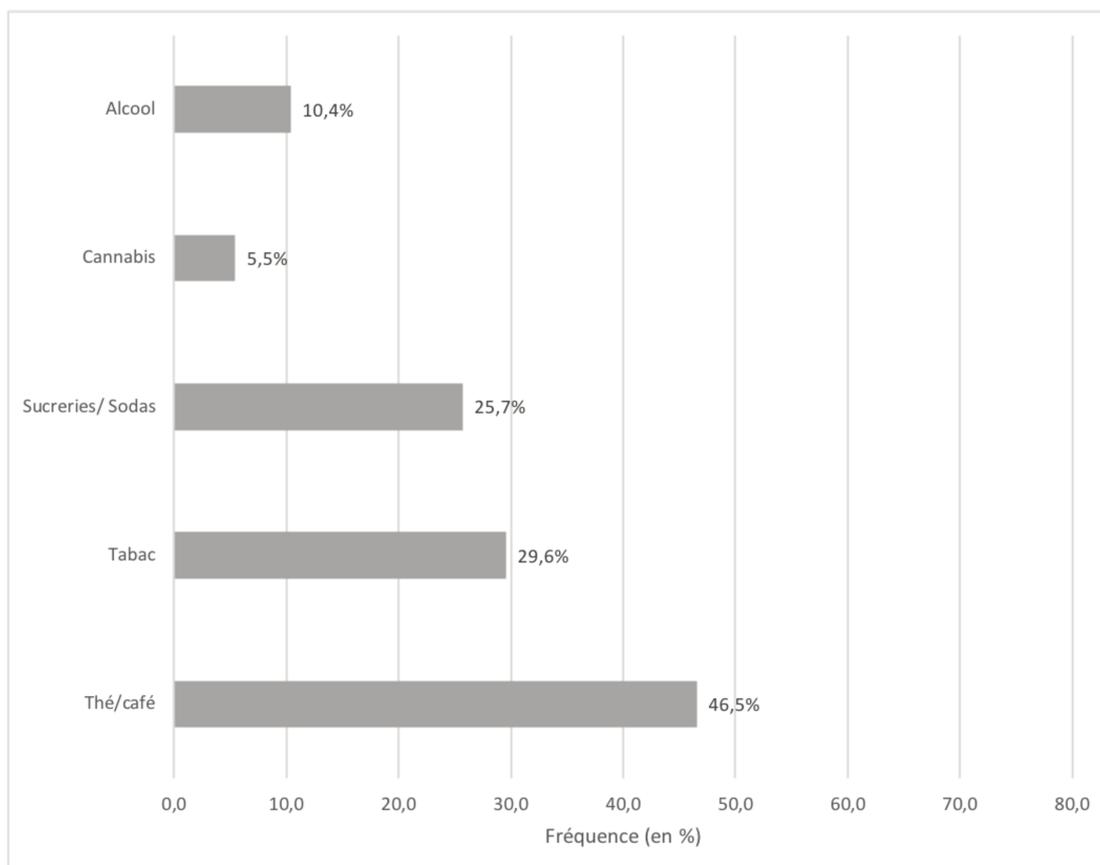


Figure 5 : Consommation de substances addictives déclarées par les sujets (N=954)

NB : chaque réponse doit être considérée comme une variable binaire indépendante, chaque sujet ayant pu répondre oui ou non à chaque proposition.

4.1.8. Synthèse du profil des sujets

Le Tableau n°2 rapporte de manière synthétique les éléments synthétisant le profil des sujets constituant l'échantillon.

Tableau 2 : Synthèse du profil des sujets de l'échantillon (N=1017)

	Effectif par classe	Fréquence en %	N
Caractéristiques sociodémographiques			
<u>Age</u>			1017
0-18 ans inclus	132	13,0	
19-30 ans inclus	284	27,9	
31-45 ans inclus	347	34,1	
46-60 ans inclus	174	17,1	
61 ans et plus	80	7,9	
<u>Genre</u>			1017
Masculin	577	56,7	
Féminin	440	43,3	
<u>Lieu de vie</u>			1017
Métropole Lilloise	797	78,4	
Hors métropole lilloise	220	21,6	
Caractéristiques déclarées par les sujets en termes de santé générale			
<u>Délaï depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste</u>			954
Moins d'un an	392	41,1	
Plus d'un an	284	29,8	
Aucun	278	29,1	
<u>Antécédents médicaux</u>			954
Sujets avec antécédents (c'est-à-dire au moins une pathologie déclarée)	294	69,2	
Sujets sans antécédent	660	30,8	
<u>Traitement médicamenteux</u>			954
Sujets avec au moins un traitement médicamenteux	150	15,7	
Sujets sans traitement médicamenteux	804	84,3	
<u>Consommation de substances addictives</u>			1017
Alcool	99	10,4	
Cannabis	52	5,5	
Sucrieries/Sodas	245	25,7	
Tabac	282	29,6	
Thé/Café	444	46,5	

4.2. Motifs de consultation

Les motifs de consultation décrits par les sujets sont synthétisés sur la Figure n°6.

Plus de trois quarts des sujets ayant participé à l'étude ont déclaré venir pour au moins une douleur (839 sujets, soit 82,5% de l'échantillon) ; 168 sujets ne présentaient aucune douleur, soit 16,5% de l'échantillon, et 10 dossiers ne mentionnaient pas cette information soit moins d'1%. Parmi les sujets ayant déclaré une douleur, 91,7% étaient venus consulter uniquement en raison de cette douleur, soit 76,4% de l'échantillon.

Concernant les sujets qui n'ont pas déclaré de douleur (168 sujets, soit 16,5% de l'échantillon), presque un quart des sujets étaient venus en raison d'un antécédent de traumatisme (23,8%), et plus d'un cinquième en raison d'un gonflement* (soit 21,4%) (*pour lequel ils n'ont pas déclaré de douleur).

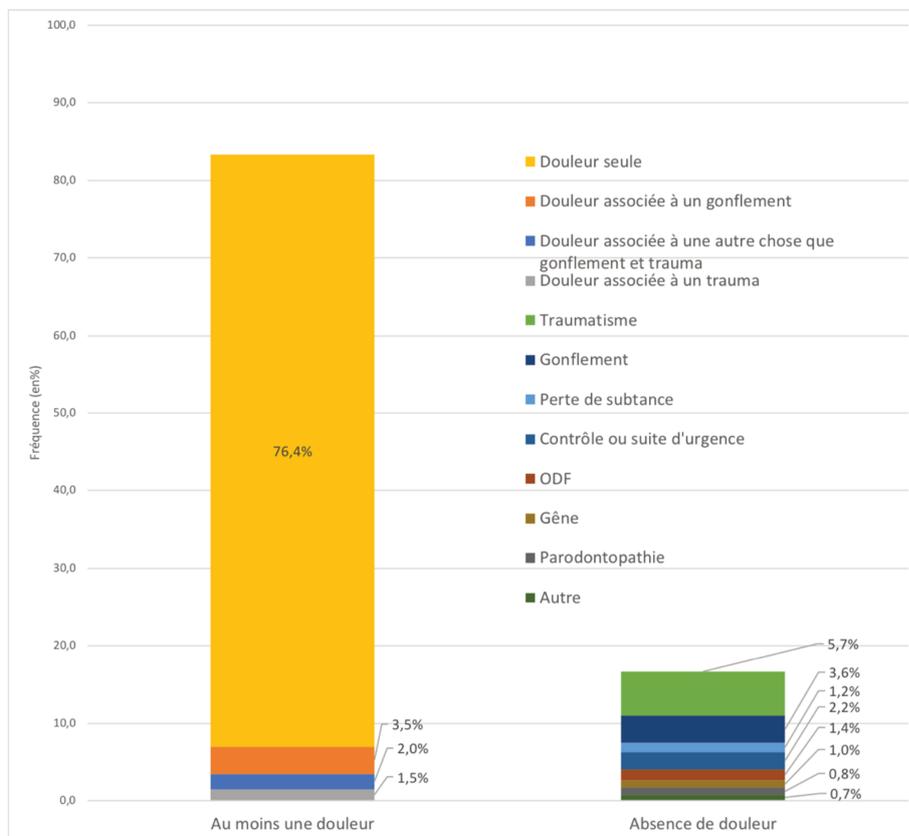


Figure 6 : Motifs de consultation déclarés par les sujets selon la présence ou non d'une douleur (N=1017)

4.3. Niveau de douleurs

Comme précédemment mentionné, 839 sujets présentaient au moins une douleur lors de la consultation, soit 82,5% des sujets, 168 sujets ne présentaient aucune douleur, soit 16,5% de l'échantillon et 10 dossiers étaient non remplis soit moins d'1%.

Parmi les données collectées, 224 dossiers ne renseignaient pas le niveau de douleur. Sur les 793 dossiers restants, 75,7% ont déclaré ressentir une douleur supérieure ou égale à 7 sur l'échelle numérique de la douleur allant de 0 à 10 (Figure n°7).

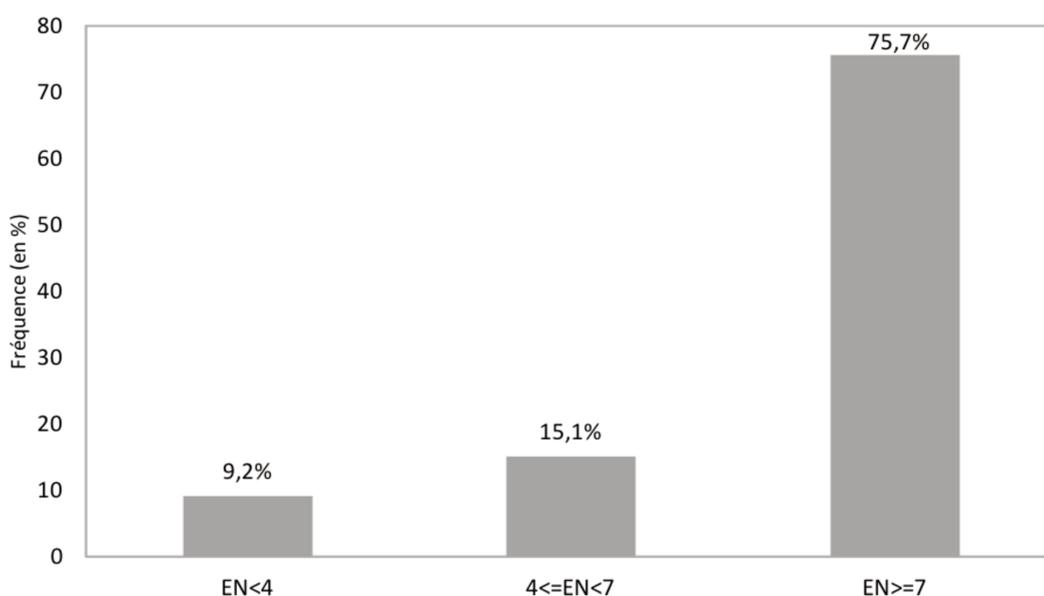


Figure 7 : Répartition des sujets en fonction du niveau de douleur déclarée (N=793)

EN : échelle numérique

4.4. Prise en charge thérapeutique en urgence

4.4.1. Réalisation d'un examen complémentaire

Un peu plus de la moitié des sujets n'ont pas bénéficié d'examen complémentaire, soit 56,1% de l'échantillon.

Parmi les sujets ayant bénéficié d'au moins un examen complémentaire, 5 sujets ont bénéficié de 2 examens complémentaires soit 5/1017, soit 0,5% de l'échantillon. On retrouve 30 sujets qui ont bénéficié d'une radiographie rétro-coronaire ou rétro-alvéolaire soit 30/451 soit 6,7% des sujets ayant bénéficié d'un examen complémentaire. De plus, 417 sujets ont bénéficié d'une radiographie panoramique, soit 92,5% des sujets ayant eu un examen complémentaire et 41,0% de l'échantillon total. Pendant la période de l'étude, 4 examens de type Cone beam ont été réalisés, soit 0,9% des sujets qui ont bénéficié d'un examen complémentaire.

4.4.2. Diagnostics

Sur les 1017 dossiers examinés, 10 diagnostics n'étaient pas renseignés ou illisibles.

Sur la Figure n°8, on observe que près de la moitié des sujets présentaient une PaV-, et que 282 sujets de l'échantillon ont consulté pour une PaV+, soit 22,9%. On a observé 6 fois moins de traumatismes que de PaV-. Les diagnostics de couronne descellée représentaient 0,5% de l'échantillon, soit 5 sujets sur les 1007 mentionnant cette variable. Une parodontopathie a été diagnostiquée 57 fois soit presque deux fois plus souvent qu'un diagnostic de perte de substance dentaire (33 sujets).

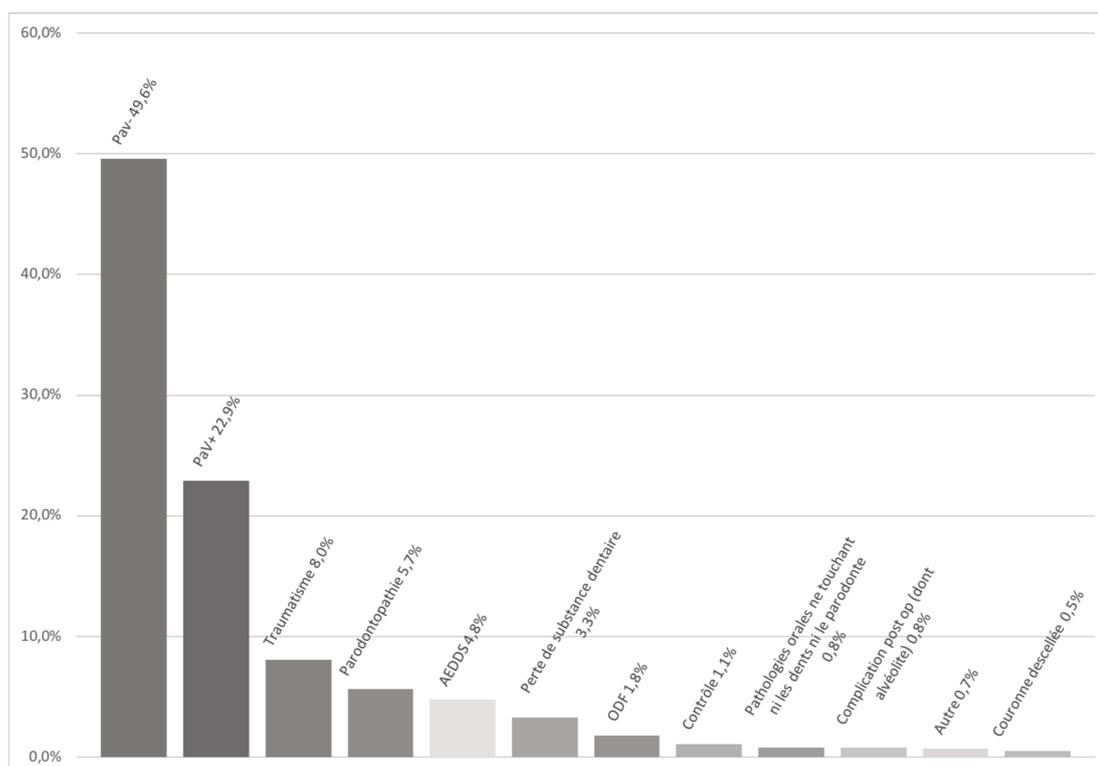


Figure 8 : Répartition des sujets selon le diagnostic bucco-dentaire posé (N=1007)

PaV+ : Pathologie pulpaire dont la réponse au test thermique est augmentée
PaV- : Pathologie pulpaire dont la réponse au test thermique est diminuée à négative
AEDDS : Accident d'évolution d'une dent de sagesse

Parmi tous les sujets de l'étude, 35 ont fait l'objet de 2 diagnostics, soit 35/1017 donc 3,4% de l'échantillon total.

4.4.3. Gestes thérapeutiques

Pour cette variable, 998 dossiers étaient correctement remplis permettant leur exploitation, soit 19 dossiers incorrectement remplis ou non remplis.

Sur les 998 dossiers correctement remplis, 541 des sujets ont bénéficié d'un geste local le jour de la consultation en urgence soit 54,2% de l'échantillon, et 457 sujets n'en ont pas bénéficié soit 45,8% de l'échantillon.

Les gestes thérapeutiques les plus fréquemment pratiqués pendant cette période du confinement ont été la réalisation d'une cavité d'accès (180 sujets, soit 18,0% des sujets de l'échantillon et 33,3% des sujets ayant bénéficié d'un geste) ou l'avulsion dentaire d'au moins une dent (164 sujets, soit 16,4% des sujets de l'échantillon et 30,3% des sujets ayant bénéficié d'un geste) (Figure n°9). Sur les 998 dossiers complétés, 7 dossiers portaient la mention d'un report du soin.

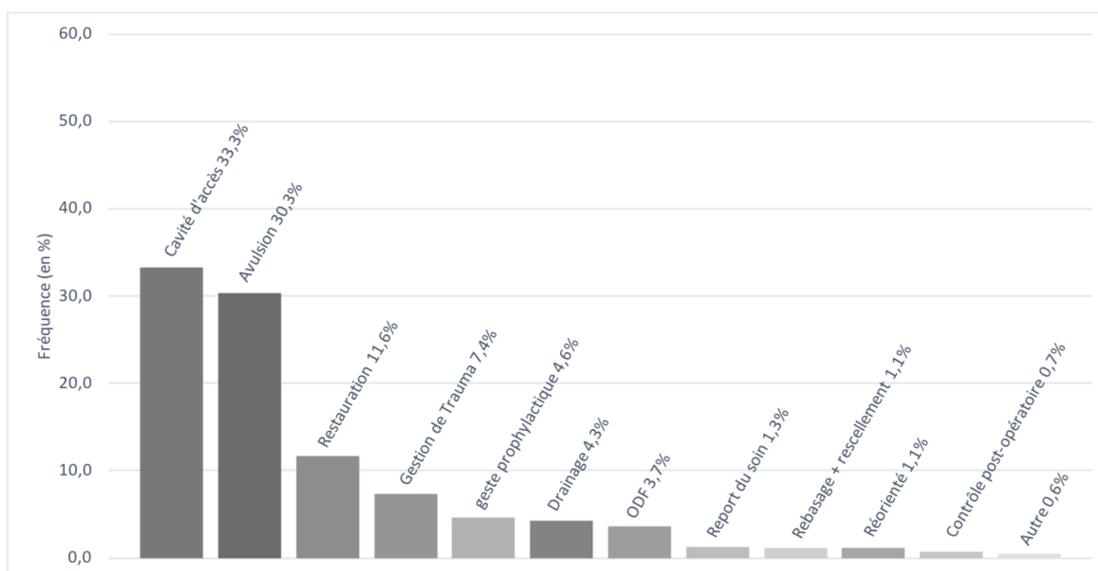


Figure 9 : Répartition des gestes thérapeutiques effectués en urgence chez les sujets ayant reçu un geste (N=541)

4.4.4. Prescriptions sur ordonnance

Le Tableau n°3 rapporte les prescriptions sur ordonnance faites aux sujets au cours de la consultation en urgence en les classant selon différentes classes pharmaceutiques des médicaments.

Près des deux tiers des sujets se sont vu remettre une ordonnance à l'issue de la consultation en urgence, soit 61,7%, soit 627 sujets sur 1017. A l'inverse, ce sont 390 sujets qui n'ont reçu aucune prescription (soit 38,3%).

La typologie de l'ordonnance la plus prescrite mentionnait un traitement par un antibiotique par voie orale en monothérapie, un traitement par antalgique de palier I et un agent anti-inflammatoire local. Cette ordonnance a été prescrite 190 fois, soit chez 30,3% des sujets ayant reçu une prescription sur ordonnance.

Tableau 3 : Répartition des sujets selon la prescription reçue (N=627)

Ordonnances	Fréquence (en %)	Effectif
Au moins un traitement par antibiotiques en monothérapie	34,5%	351
Avec ATG I	9,7%	34
Avec ATG II	5,4%	19
Avec AIL	2,6%	9
Avec ATG I et AIL	54,1%	190
Avec ATG II et AIL	16,0%	56
Seul	10,5%	37
Avec d'autres médicaments	1,7%	6
	100,0%	
Au moins un traitement par antibiotiques en bithérapie	15,9%	162
Avec ATG I	6,8%	11
Avec ATG II	9,9%	16
Avec AIL	6,2%	10
Avec ATG I et AIL	35,8%	58
Avec ATG II et AIL	29,6%	48
Seul	11,1%	18
Avec un ATG I, ATG II et un AIL	0,6%	1
	100,0%	
Au moins un traitement par antalgique de palier I	36,0%	366
Avec ATB monothérapie	9,3%	34
Avec ATB bithérapie	3,0%	11
Avec AIL	13,9%	51
Avec ATB monothérapie et AIL	51,9%	190
Avec ATB bithérapie et AIL	15,8%	58
Avec d'autres médicaments	2,7%	10
Seul	3,3%	12
	100,0%	
Au moins un traitement par antalgique de palier II	14,8%	151
Avec ATB monothérapie	12,6%	19
Avec ATB bithérapie	10,6%	16
Avec AIL	2,0%	3
Avec ATB monothérapie et AIL	37,1%	56
Avec ATB bithérapie et AIL	31,8%	48
Avec d'autres médicaments	2,6%	4
Seul	3,3%	5
	100,0%	
Au moins un traitement par anti-inflammatoire	45,3%	461
Avec ATG I	11,1%	51
Avec ATG II	0,7%	3
Avec ATB monothérapie	2,0%	9
Avec ATB bithérapie	2,2%	10
Avec ATG I et ATB monothérapie	41,2%	190
Avec ATG I et ATB bithérapie	12,6%	58
Avec ATG II et ATB monothérapie	12,1%	56
Avec ATG II et ATB bithérapie	10,4%	48
Avec d'autres médicaments	3,0%	14
Seul	4,8%	22
	100,0%	
Autres traitements	2,3%	23
Hydroxyzine	13,0%	3
Myorelaxant	13,0%	3
Antalgique buccal	4,3%	1
Adjuvant chimique	26,1%	6
Adjuvant mécanique	26,1%	6
Antispasmodique	8,7%	2
INR + acide tranexamique	8,7%	2
	100,0%	

ATG I : Antalgique de palier I
 ATG II : Antalgique de palier II
 AIL : Agent anti-inflammatoire local
 ATB : Antibiotique
 INR : International Normalized Ratio

4.4.5. Prochain Rendez-vous

Suite à cette consultation en urgence, il a été mentionné sur le dossier médical de 978 sujets soit 96,2% un futur suivi de leur santé bucco-dentaire en ville.

4.5. Analyse bivariée

Dans ce chapitre sont présentés quelques résultats bivariés sous forme de texte et de graphiques.

4.5.1. Association entre le délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste et la classe d'âge

Sur la Figure n°10, on peut observer la répartition du délai déclaré depuis leur dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste selon la classe d'âge des sujets (*pour rappel, ont été distingués 3 délais possibles : le sujet n'y est jamais allé auparavant (« aucun »), y est allé depuis plus d'un an ou depuis moins d'un an*).

Les sujets âgés de 31 à 45 ans ayant rapporté être allé chez le chirurgien-dentiste il y a moins d'un an représentaient 13,1% de l'échantillon, mais les sujets de cette même tranche d'âge à ne pas y être allé depuis plus d'un an représentaient également 11,3% de l'échantillon, et 10% pour ceux à ne jamais y être allé auparavant.

Les sujets âgés de 19 à 30 ans ayant, quant à eux, rapporté être allé chez le chirurgien-dentiste il y a moins d'un an représentaient 11,0% de l'échantillon, mais les sujets de cette même tranche d'âge à ne pas y être allé depuis plus d'un an représentaient également 8,6% de l'échantillon, et 8,1% pour ceux à ne jamais y être allé.

On observait également que 8,3% de l'échantillon était représenté par des sujets âgés de 46 à 60 ans qui ont déclaré être allé chez le chirurgien-dentiste il y a moins d'un an.

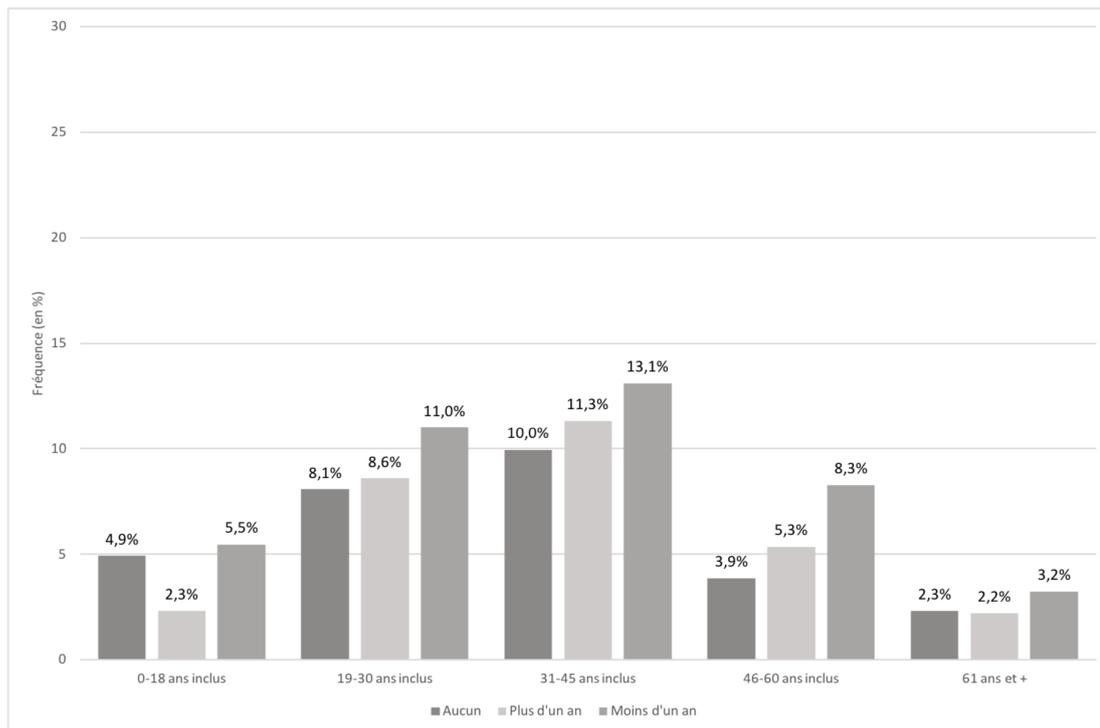


Figure 10 : Répartition du délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste selon la classe d'âge des sujets (N=954)

NB : Les fréquences ont été rapportées sur l'échantillon pour lequel les 2 variables étaient renseignées soit N=954.

4.5.2. Association entre déclaration d'un antécédent médical et traitement médicamenteux au long cours

La répartition de la prise d'un traitement médical au long cours selon la déclaration ou non d'un antécédent médical au sein de l'échantillon est présentée sur la Figure n°11. On peut observer que 68,8% de l'échantillon n'a déclaré ni antécédent ni traitement médical. De plus, si 15,6% des sujets de l'échantillon ont déclaré un antécédent médical associé à la prise d'un traitement au long cours 15,2% des sujets de l'échantillon ont déclaré un antécédent médical sans prise de médicament au long cours.

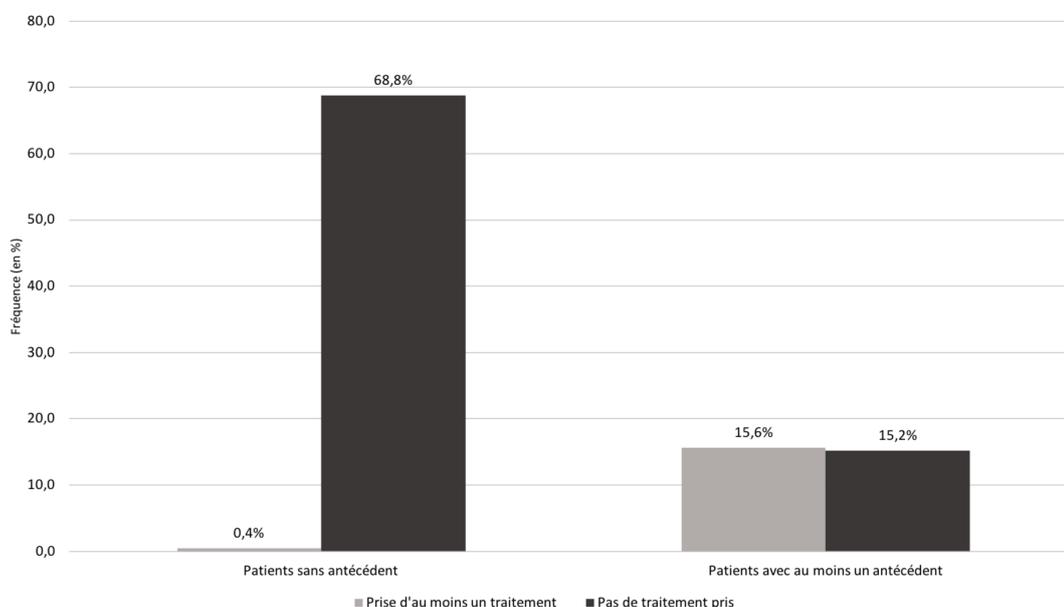


Figure 11 : Répartition du traitement médical au long cours selon la déclaration d'un antécédent médical par les sujets (N=954)

NB : Les fréquences ont été rapportées sur l'échantillon pour lequel les 2 variables étaient renseignées soit N=954.

4.5.3. Association entre déclaration d'un antécédent médical et classe d'âge

La Figure n°12 présente la répartition des antécédents médicaux déclarés par les sujets en fonction de leur classe d'âge.

Les sujets âgés de 31 à 45 ans ayant rapporté au moins un antécédent représentaient 10,0% de l'échantillon, ceux âgés de 45 à 60 ans 7,8%, et ceux âgés de 19 à 30 ans 6,4%.

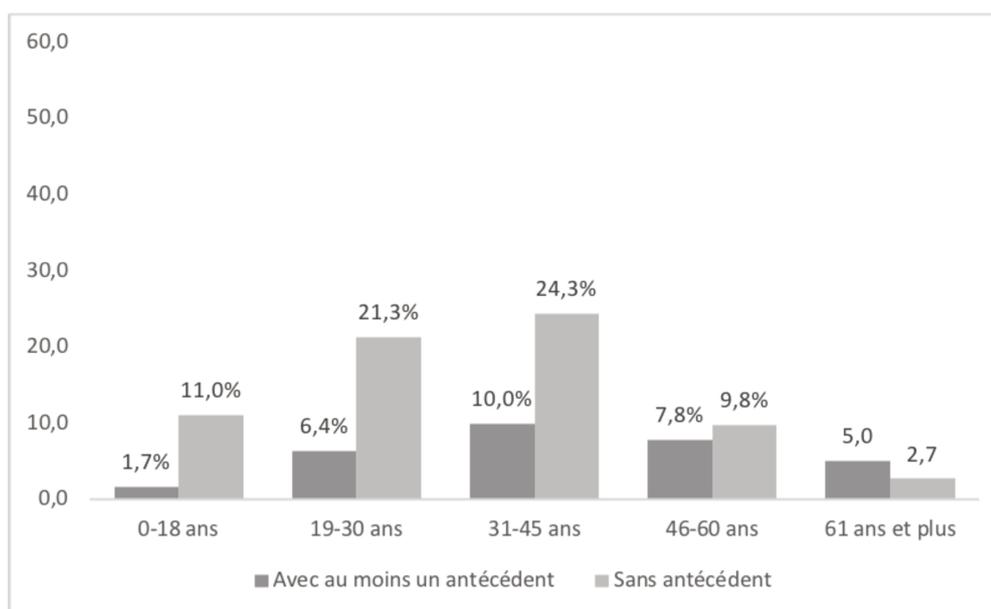


Figure 12 : Répartition des antécédents médicaux déclarés par les sujets en fonction de leur classe d'âge (N=953)

NB : Les fréquences ont été rapportées sur l'échantillon pour lequel les 2 variables étaient renseignées soit N=953.

4.5.4. Association entre motif de consultation déclaré et diagnostic posé

Le Tableau n°4 présente le détail des associations entre le motif de consultation déclaré par les patients et le diagnostic posé par les praticiens.

Sur les 829 sujets s'étant présentés au CHU de Lille avec des douleurs, 452 souffraient d'une PaV- et 222 d'une PaV+, soit 54,5 % et 26,8%. 31 sujets se présentant avec une douleur et un gonflement ont été diagnostiqués d'une PaV-.

Sur les 169 sujets s'étant présentés au CHU de Lille sans douleur, la majorité des sujets venaient pour un traumatisme et ont été diagnostiqués d'un traumatisme. 30 sujets se sont présentés avec un gonflement sans douleur et ont été diagnostiqués d'une PaV-.

Tableau 4 : Association entre motif de consultation et diagnostic (N=998)

Motif de consultation	Sujets avec au moins une douleur Effectif (Fréquence en %)					Sujets ne présentant pas de douleur Effectif (Fréquence en %)							
	Douleur seule	Douleur associé e à un trauma	Douleur associé e à un gonflement	Douleur associé e à autre chose	Total 829	Perte de substance	Traumatisme	Gonflement	ODF	Parodontopathie	Contrôle ou suite d'urgence	Autre	Total 169
PaV+	219 98,6	2 0,9	0	1 0,5	222	1 25,0	2 50,0	0	0	0	0	1 25,0	4
PaV-	409 90,5	6 1,3	31 6,9	6 1,3	452	1 2,3	2 4,5	30 68,2	0	1 2,3	4 9,1	6***** 13,6	44
Trauma	21 80,8	4 15,4	0	1 3,8	26	0	51 92,7	0	0	0	2 3,6	2***** 3,6	55
Parodontopathie	41 97,6	0	1 2,4	0	42	0	1 6,7	2 13,3	0	9 60,0	0	3***** 20,0	15
ODF	0	0	0	4 100	4	0	0	0	14 100	0	0	0	14
Perte de substance dentaire	16 80,0	2 10,0	0	2 10,0	20	9 69,2	1 7,7	1 7,7	0	0	0	2 15,4	13
Contrôle	0	0	0	1 100	1	0	0	0	0	0	10 100	0	10
AEDDS	44 97,8	0	1 2,2	0	45	0	0	2 66,7	0	0	0	1 33,3	3
Autre	14** 82,4	1* 5,9	2 11,8	0	17	0	2*** 18,2	0	0	0	2**** 18,2	7***** 63,3	11

* représenté par 1 pathologie ne touchant ni la dent ni le parodontie
 ** dont 5 complications post-opératoires. 1 couronne descellée et 6 pathologies ne touchant pas la dent ni le parodontie
 *** dont 1 complication post-opératoire
 **** dont 2 complications post-opératoires
 ***** dont 4 couronnes descellées et 1 pathologie ne touchant ni la dent ni le parodontie
 ***** dont 1 gêne
 ***** dont 2 gênes
 Les fréquences de diagnostic ont été calculées sur le total des sujets ayant rapporté une douleur ou non.

4.5.5. Association entre diagnostic posé et geste thérapeutique effectué

Plus des 2 tiers des diagnostics de PaV+ ont conduit à la réalisation d'une cavité d'accès (68,8%) et presque 1 PaV+ sur 8 ont mené à une avulsion dentaire ou à une restauration (avec respectivement 12,1% et 14,3%). On remarque également que 8 sujets sur 231 qui ont présenté une PaV+ n'ont bénéficié d'aucun geste thérapeutique.

Presque 3 sujets sur 4 présentant une PaV- n'ont pas reçu de geste thérapeutique (360 sujets sur 492, soit 73,2%) et 16,9% ont bénéficié d'une avulsion dentaire (soit 83 sujets).

Les sujets présentant un traumatisme ont reçu majoritairement un geste thérapeutique visant à gérer le traumatisme (37 sujets sur 80 soit 46,3%) ou à effectuer une avulsion dentaire (28 sujets soit 35,0%).

Parmi les 31 sujets présentant une perte de substance dentaire, 15 ont bénéficié d'une restauration (soit 48,4%) et 13 n'ont pas reçu de geste thérapeutique le jour de la consultation en urgence (soit 41,0%, avec 10 pour lesquels un report du soin était mentionné et 3 pour lesquels aucun acte n'était mentionné).

Tableau 5 : Association entre diagnostic établi et geste thérapeutique associé (N=990)

Diagnostic	Geste thérapeutique Effectif (Fréquence en %)									
	Avulsion dentaire	Cavité d' accès	Drainage	Restauration	Gestion de traumatisme	Acte de prophylaxie	Report du soin	Aucun acte	Autre	Total
PaV+	28 12,1	159 68,8	0	33 14,3	0	0	2 0,9	8 3,5	1 0,4	231
PaV-	83 16,9	19 3,9	21 4,3	3 0,6	0	1 0,2	3 0,6	360 73,2	2* 0,4	492
Traumatisme	28 35,0	0	0	0	37 46,3	0	4 5,0	5 6,3	6** 7,5	80
Parodontopathie	12 22,2	0	2 3,7	0	0	20 37,0	1 1,9	19 35,2	0	54
ODF	0	0	0	0	0	0	0	0	18*** 100	18
Perte de substance dentaire	1 3,2	1 3,2	0	15 48,4	0	0	10 32,3	3 9,7	1* 3,2	31
AEDDS	3 6,4	0	0	0	0	0	0	44 93,6	0	47
Autre	9**** 24,30	0	0	0	0	0	2***** 5,4	15***** 40,5	11 29,7	37

AEDDS : Accident d'Evolution des Dents De Sagesse

*représenté par 1 rescellement

**dont 1 rescellement, 1 contrôle post-opératoire et 1 cause ODF

***dont 18 causes ODF

**** dont 7 contrôles et 1 pathologie ne touchant ni la dent ni le parodonte

***** dont 1 report du soin et une couronne descendée

***** dont 3 complications post opératoires, 1 couronne descendée

Les fréquences de chaque geste thérapeutique ont été calculées sur le total des sujets ayant reçu le diagnostic correspondant.

4.5.6. Répartition des diagnostics posés selon la classe d'âge des sujets

Les figures 13 à 17 rapportent, pour chaque classe d'âge, la répartition des diagnostics posés par les praticiens chez les sujets de l'échantillon. Dans toutes les classes d'âge, le diagnostic le plus souvent posé était celui de PaV-.

Les traumatismes représentaient 22,1% des diagnostics des sujets de 18 ans et moins, et les problèmes en lien avec un dispositif ODF 9,9% de ces sujets.

Chez les personnes âgées de 19 à 30 ans, 45,2% des sujets ont eu comme diagnostic une PaV-. On remarque également que 27,0% des sujets dans cette classe présentait une PaV+ et 13,5% un accident d'évolution des dents de sagesse.

Chez les 31 à 45 ans et chez les 46 à 60 ans, ont été diagnostiqués pour moitié une PaV- (55,2% et 53,8% respectivement). On remarque également qu'un sujet sur 4 âgé de 31 à 45 ans, a été diagnostiqué d'une PaV+ (25,6%) contre une personne sur 5 chez les 46 à 60 ans (21,1%). Le troisième diagnostic le plus fréquemment posé dans la classe des 31 à 45 ans était les traumatismes avec 7,8% des sujets, suivi des parodontopathies avec 4,4% des sujets, puis des pertes de substance dentaire avec 2,9% des sujets, alors que chez les 46 à 60 ans il s'agissait des parodontopathies avec 11,1%, puis des pertes de substance dentaire avec 4,7%, puis des traumatismes avec 3,5% des sujets.

Chez les 61 ans et plus, le diagnostic le plus fréquemment posé était la PaV- (51,9%), suivi de la PaV+ (13,9%), puis des traumatismes (11,4%), puis d'une parodontopathie (10,1%), et ensuite des diagnostics ne touchant ni la dent et ni le parodonte (5,1%).

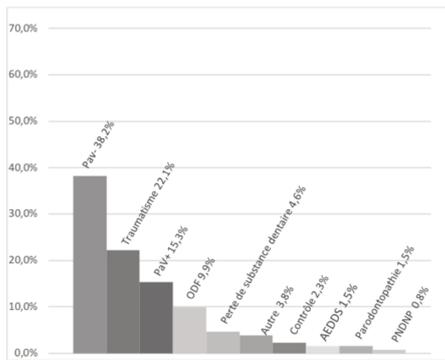


Figure 13 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 0 à 18 ans (N=132)

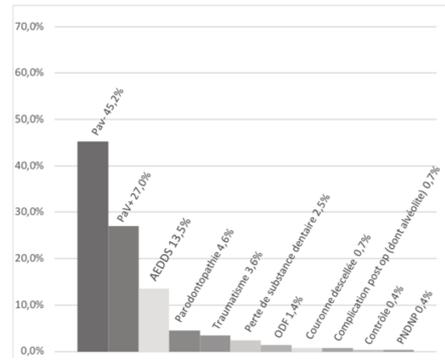


Figure 14 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 19 à 30 ans (N=281)

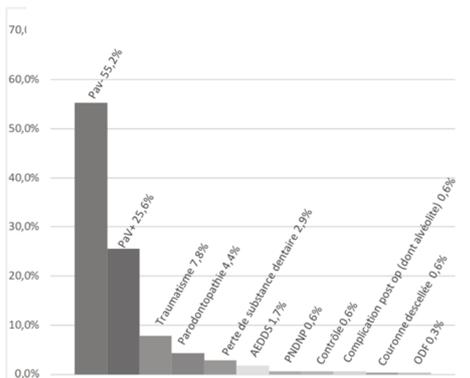


Figure 15 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 31 à 45 ans (N=344)

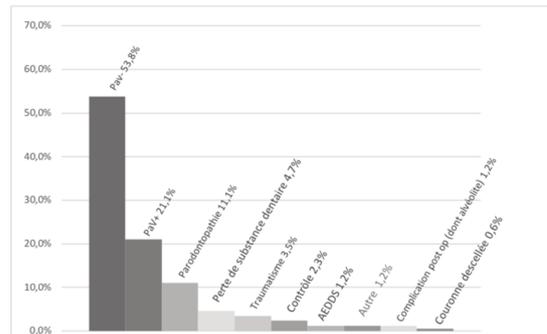


Figure 16 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 46 à 60 ans (N=171)

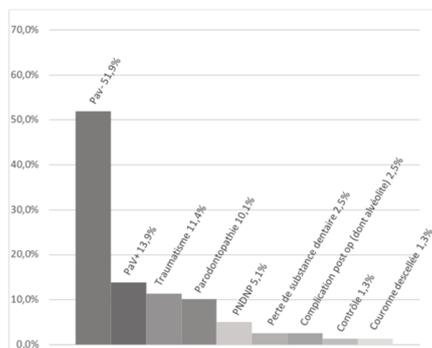


Figure 17 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de plus de 61 ans (N=79)

Pour les figures 13 à 17 :
 AEDDS : Accident d'Évolution des Dents De Sagesse
 PNDNP : Pathologie ne touchant Ni la Dent et Ni le Parodonte
 Les fréquences ont été calculées dans chaque classe d'âge.

4.5.7. Répartition des gestes thérapeutiques effectués selon la classe d'âge des sujets

Les figures 18 à 22 rapportent, pour chaque classe d'âge, la répartition des gestes thérapeutiques effectués par les praticiens chez les sujets de l'échantillon. Dans toutes les classes d'âge, l'abstention de geste thérapeutique a été la solution thérapeutique la plus fréquemment décidée par les praticiens.

Chez les sujets de 18 ans et moins, il n'y pas eu besoin de contrôle post-opératoire ou de resceller. Dans cette classe, un tiers des sujets n'a pas bénéficié de geste thérapeutique (32,6%).

Chez les sujets âgés de 19 à 30 ans, près de la moitié n'a pas bénéficié de geste thérapeutique (49,5%) et 22,9% ont bénéficié d'une cavité d'accès.

Chez les sujets de 31 à 45 ans, il n'y pas eu besoin de contrôle post-opératoire. Un sujet sur 5 a bénéficié d'une cavité d'accès ou d'une avulsion dentaire (respectivement 20,4% et 20,1% des sujets de cette classe). Un peu moins de la moitié des sujets de cette classe d'âge n'a bénéficié d'aucun geste thérapeutique.

Concernant les 46 à 60 ans, il n'y a pas eu besoin d'effectuer de geste orthodontique, de réorienter le sujet, de reporter le soin ou de resceller une prothèse. De plus, 59,1% des sujets de cette classe n'a pas reçu de geste thérapeutique. Enfin, 18,1% ont bénéficié d'une cavité d'accès et 7,4% d'une avulsion dentaire.

Enfin, chez les sujets âgés de plus de 61 ans, 26,3% ont bénéficié d'une avulsion dentaire, et 42,5% n'ont pas reçu de geste thérapeutique.

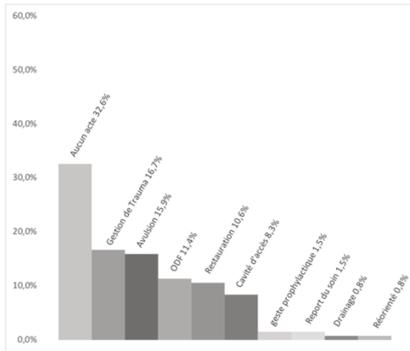


Figure 18 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 0 à 18 ans (N=132)

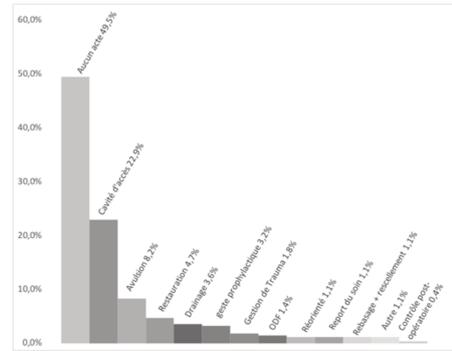


Figure 19 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 19 à 30 ans (N=279)

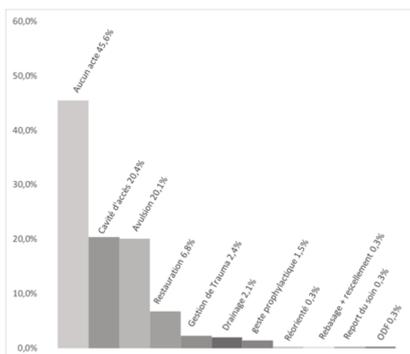


Figure 20 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 31 à 45 ans (N=338)

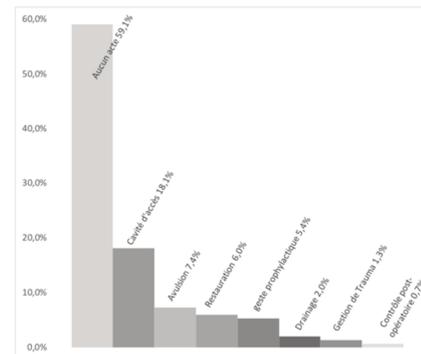


Figure 21 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 46 à 60 ans (N=149)

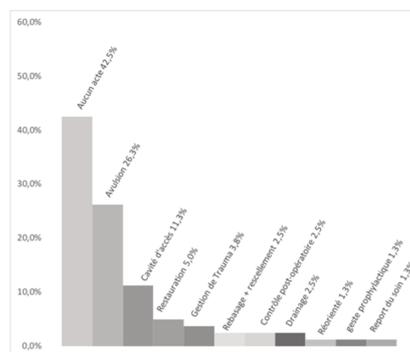


Figure 22 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 61 ans et plus (N=80)

Pour les figures 18 à 22 : les fréquences ont été calculées dans chaque classe d'âge.

4.5.8. Répartition des diagnostics posés selon le genre des sujets

La figure 23 rapporte la répartition des diagnostics posés par les praticiens selon le genre des sujets (les fréquences ont ici été rapportées sur l'échantillon total). Les hommes et les femmes se sont vu poser des diagnostics assez similaires. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, le diagnostic le plus fréquemment posé portait sur les PaV- (représentant respectivement 30,0% de l'échantillon total pour les hommes et 19,7% pour les femmes), suivi des PaV+ (représentant respectivement 12,7% de l'échantillon total pour les hommes et 10,2% pour les femmes) puis des traumatismes (représentant respectivement 4,2% de l'échantillon total pour les hommes et 3,8% pour les femmes). Le 4^{ème} diagnostic le plus fréquent chez les hommes était les AEDDS (3,0% de l'échantillon total) alors qu'il n'était que le 6^{ème} chez les femmes (1,8% de l'échantillon total). Le 5^{ème} diagnostic le plus fréquent portait sur les parodontopathies (représentant respectivement 2,9% de l'échantillon total pour les hommes et 2,8% pour les femmes).

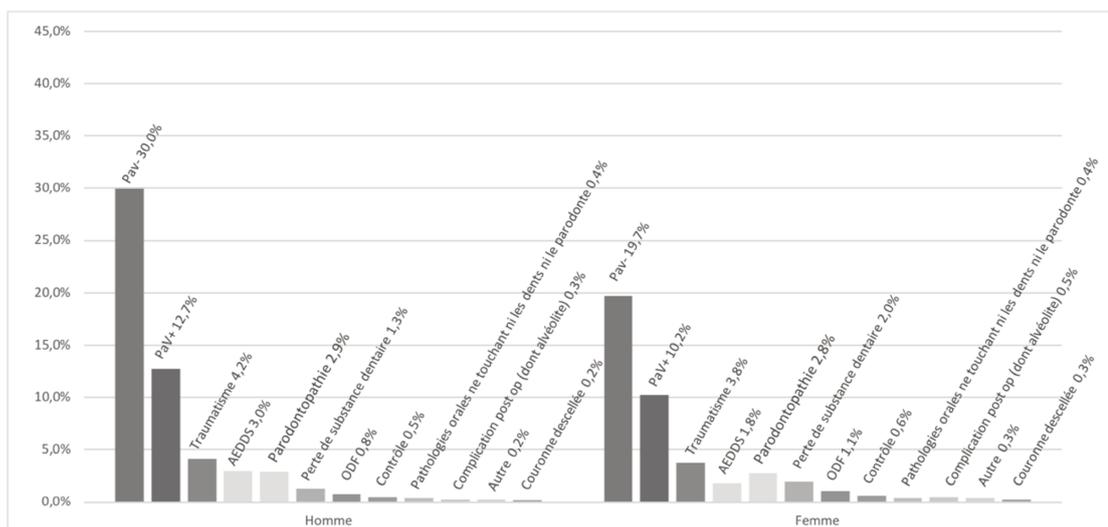


Figure 23 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires des sujets selon leur genre (N=1007)

NB : Les fréquences ont été rapportées sur l'échantillon pour lequel les 2 variables étaient renseignées soit N=1007.

5. Discussion

5.1. Intérêts de l'étude

Il s'agissait d'une étude visant à décrire le profil des patients venus en consultation en urgence dans le Service d'odontologie du CHU de Lille pendant le premier confinement français en 2020, lié à la pandémie mondiale causée par la Covid-19. Cette étude est relativement originale, en tout cas, pour la situation en France et selon nos connaissances actuelles. D'autres études plus ou moins proches de celle-ci ont néanmoins été conduites à l'étranger sur cette période dont certaines seront discutées dans le chapitre 5.4.

Un effort a été fait dans cette présente étude pour tendre à constituer un échantillon le plus représentatif possible des sujets venus en consultation au CHU de Lille pendant ce confinement. Cela ne signifie absolument pas que l'échantillon sélectionné, ou même la population cible ayant consulté durant ce confinement, soit représentative de celle consultant habituellement dans le Service, ou encore de celle des Hauts-de-France ou même française. Certains de ces points seront discutés dans le chapitre 5.3.

Pour cela, un tirage au sort des demi-journées a été effectué en forçant à une répartition équilibrée entre les journées de la semaine et l'horaire (matin ou après-midi). Il aurait été probablement plus aisé d'obtenir un échantillon représentatif en tirant au sort directement les individus plutôt que de sélectionner l'ensemble des individus ayant consulté durant les demi-journées sélectionnées. Cela aurait néanmoins été beaucoup plus fastidieux compte tenu du fait que les délais ont été allongés notamment en raison des délais d'obtention des autorisations pour conduire l'étude. Un certain nombre de dossiers avaient de ce fait déjà été renvoyés aux archives (qui sont délocalisées) et il était donc plus facile de demander à maintenir le stockage sur site des dossiers à partir des demi-journées que des individus. Cela a semblé donc être un compromis acceptable entre intérêt de l'étude, tentative de représentativité de l'échantillon et réalité du terrain.

5.2. Limites de l'étude

5.2.1. Données manquantes

On a pu constater que les données issues de 23 dossiers n'ont pas pu être intégrées à l'analyse des données car les renseignements n'étaient pas correctement complétés et étaient inexploitable. Cela interroge sur la qualité des données présentes dans les dossiers médicaux au-delà du simple effet sur l'étude. En effet, il serait difficile d'exploiter ces données s'il était nécessaire, dans le cadre de la prise en charge du patient, d'y retourner ou pour assurer un suivi de qualité. D'autre part, la rédaction d'un dossier médical contenant un minimum d'éléments de qualité constitue une obligation médico-légale, comme le confirme l'article R1112-2 du Code de la santé publique (18). Cet aspect pourrait mériter une réflexion au sein des équipes soignantes afin de trouver des solutions pour remédier à ce problème.

D'autre part, comme pour toute étude épidémiologique réalisée à partir de données déjà collectées, d'autres données absentes du suivi habituel systématique auraient été utiles. Si on prend l'exemple des données sur l'hygiène bucco-dentaire, il est clairement démontré qu'une hygiène bucco-dentaire efficace réduit significativement les apparitions de problèmes bucco-dentaires (19). Ainsi, il aurait été intéressant de disposer de davantage d'informations sur l'état bucco-dentaire global des sujets, sur leurs habitudes d'hygiène et de recours au soin bucco-dentaire, pour les comparer au motif de consultation et au diagnostic posé durant ce recours en urgence.

5.2.2. Difficultés dans l'interprétation des données collectées

5.2.2.1. Motifs de consultation et niveau de douleurs

La fiche d'accueil mentionnant les données liées au recours en urgence (rapportant notamment le motif de consultation et le niveau de douleur exprimé par le patient) était complétée à l'entrée dans le bâtiment par l'un des membres de l'équipe soignante (durant le confinement il s'agissait d'un praticien, habituellement il s'agit le plus souvent d'un étudiant en binôme) au moment de l'arrivée du patient en vue d'aider à son orientation et à sa prise en charge. Celle-ci a donc été détournée de son usage prévu dans le soin pour un usage en recherche. Elle n'a donc pas été conçue pour cela, ce qui amène de nombreuses limites dans la présence de données manquantes, la fiabilité des données mentionnées, leur lisibilité et la variabilité. Une certaine marge d'erreur est possible entre ce que déclare le patient et la réalité, entre ce que déclare le patient et ce que comprend le praticien, et entre ce que le praticien comprend et note sur cette fiche. Ainsi, des erreurs d'interprétation par rapport au réel motif de consultation ou au niveau de douleur sont possibles. On peut plus particulièrement penser, durant cette période très particulière et inédite du 1^{er} confinement, que les patients ont hésité à se déplacer, entraînant des retards de diagnostic ou à l'inverse ont exagéré leurs symptômes pour être sûrs d'être reçus en urgence puisqu'ils s'étaient déplacés. Il est donc difficile de statuer sur les résultats de l'étude mais on ne peut en oublier leur existence pour autant. Il faut donc être particulièrement prudent dans l'interprétation des données.

On peut noter que seulement 793 dossiers présentaient une échelle numérique de douleur complétée alors que 158 dossiers ne le rapportaient pas chez des sujets qui étaient pourtant venus en consultation avec pour motif au moins une douleur ; 3 dossiers indiquaient une valeur de douleur de 0 alors que les sujets avaient déclaré pour motif de consultation la douleur. Il est néanmoins possible que le patient ait cherché à consulter en urgence en raison d'une douleur mais que le temps qu'il arrive sur place ou qu'il soit accueilli la douleur ait disparu.

5.2.2.2. Questionnaires médicaux

Les questionnaires médicaux sont le plus souvent complétés par les patients eux-mêmes, et l'équipe soignante s'assure ensuite des informations notées au moment de sa prise en charge. Néanmoins, les patients ne comprennent pas toujours toutes les informations demandées, ne sont pas toujours très bien informés de leurs maladies et/ou de leurs traitements et/ou ne souhaitent pas toujours les mentionner à l'équipe soignante prenant en charge leur santé bucco-dentaire. Ainsi, il peut exister une distorsion entre ce qui est noté sur le questionnaire médical, l'interprétation qui a été faite par les enquêteurs et ce que ressentait réellement le sujet.

Sur ce questionnaire médical, il est également fait mention de la consommation de substances dites addictives (aussi bien le sucre, que le thé, le café, le tabac ou le cannabis). On peut imaginer le malaise ressenti par certains patients à l'évocation de ce type de consommation, d'autant plus que la question est assez vaste, sans précision sur la quantité absorbée ou la fréquence de consommation de ces substances, et que le plus souvent le sujet se retrouve à remplir ces informations en amont de sa rencontre avec l'équipe soignante. De la même façon que précédemment, il a été démontré que certaines substances telles que la cigarette mais aussi le sucre, avaient une influence négative sur la santé bucco-dentaire (20,21). Il aurait donc pu être intéressant de disposer de davantage de précisions sur ces données afin d'étudier des liens éventuels avec d'autres facteurs collectés.

5.3. Représentativité de l'échantillon par rapport à la population des Hauts-de-France

Même si l'on ne cherchait pas une représentativité de cet échantillon avec la population des Hauts-de-France, il est intéressant de comparer le profil de ces 2 groupes de population.

5.3.1. Genre

Cette étude regroupait légèrement davantage d'hommes (56,7%) que de femmes (43,3%) alors que la région des Hauts-de-France est composée à peu près d'autant de femmes que d'hommes (22). Cet écart peut s'expliquer par le fait que les hommes auraient davantage tendance à consulter pour des diagnostics plus sévères que les femmes (23), donc probablement plus tardifs, et particulièrement en urgence.

5.3.2. Âge

On constate qu'une grande partie des sujets qui ont consulté pendant cette période étaient des personnes âgées entre 31 ans et 45 ans.

Pourtant d'après l'INSEE, en 2019 dans les Hauts-de-France, les tranches d'âge de 0 à 14 ans, de 15 à 29 ans, de 30 à 44 ans et de 45 à 60 ans représentent à peu près la même fréquence d'individus, soit environ 20% (19,2%, 18,5%, 18,8%, 19,5% respectivement). Les personnes âgées de plus de 60 ans sont quant à elles en infériorité numérique dans les Hauts-de-France comparativement aux autres tranches d'âge (22).

5.3.3. Délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste

On a pu constater que 30% des sujets de l'étude avaient répondu ne jamais avoir consulté de chirurgien-dentiste. On peut l'expliquer par la faible densité de chirurgiens-dentistes par habitant dans les Hauts-de-France⁷, mais aussi par la peur du recours au chirurgien-dentiste fréquemment rapporté dans la littérature (24).

5.4. Discussion des résultats

5.4.1. Genre

Une étude conduite à Genève, en Suisse a étudié l'impact de la Covid-19 sur le nombre de sujets venus et leurs motifs de consultation aux urgences dentaires pendant le premier confinement (soit du 16 mars 2020 au 26 avril 2020). Les données concernant le genre des sujets, dans cette étude et la présente étude montraient des proportions similaires (25).

Une autre étude a été conduite à Beijing, du 20 janvier 2020 au 24 mars 2020, ce qui correspondait à 2 périodes à distinguer, avec une période d'épidémie et une période dite de stabilité. Il en ressortait qu'un nombre plus élevé d'hommes que de femmes avaient consulté pendant la période d'épidémie alors qu'un nombre quasi-similaire d'hommes et de femmes avaient consulté pendant la période stable (26), ce qui se rapprocherait des résultats de la présente étude.

⁷https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=447591,7120013,488097,281842&c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12

5.4.2. Âge

Au-delà du fait qu'il y ait moins de personnes âgées dans les Hauts-de-France comparativement aux autres tranches d'âge, il a été démontré que le motif de consultation principal des personnes âgées était la réhabilitation prothétique (27), ce qui pourrait expliquer la proportion relativement plus faible de sujets dans cette étude. En effet, durant cette période très particulière, il est probable que les personnes avec un besoin prothétique hésitaient à se déplacer, d'autant plus qu'elles étaient refoulées à l'entrée du service, ou que lorsqu'elles téléphonaient préalablement à leur venue pour ce motif de consultation, elles étaient éconduites. Enfin, de nombreuses personnes âgées étaient particulièrement à risque face à la Covid-19 durant cette période et ne se risquaient probablement pas ou peu à sortir, sauf en cas d'urgence considérée comme absolue, comme le soulignent Gonzalez-Olmo et *al.* dans leur étude à Madrid (28).

La tranche d'âge des moins de 18 ans a semblé peu nombreuse à recourir en urgence durant cette période. Dans l'étude conduite à Beijing, on a retrouvé une similarité concernant la classe d'âge des 0 à 18 ans durant la période épidémique, avec une très légère augmentation pendant la période stable de l'étude. Il existait des différences concernant la classe d'âge des 61 ans et plus entre cette présente étude et celle conduite à Beijing. En effet, l'étude conduite à Beijing indiquait une fréquence de 12,0% pendant la période épidémique et de 12,3% pendant la période stable de la Covid-19 en Chine (26), alors que dans la présente étude les sujets de plus de 61 ans représentaient 7,9% de l'échantillon sur la période du 1^{er} confinement. Il faudrait néanmoins comparer la répartition de la population générale par tranche d'âge dans ces 2 pays (France et Chine).

5.4.3. Consommation de substances addictives

Les résultats de la présente étude rapportaient que presque 1 personne sur 2 déclarait boire de l'alcool et 1 personne sur 3 fumer du tabac. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec les valeurs de ces variables durant une période pré-Covid, car des études ont montré que les comportements addictifs auraient augmenté pendant la période de confinement. En effet, l'isolement, l'anxiété, le stress, la dépression sont autant de facteurs qui favorisent l'apparition ou l'augmentation d'un comportement addictif (28–30) .

5.4.4. Motifs de consultation

La douleur a été un motif de consultation fréquemment retrouvé durant cette période. Il est probable que les personnes hésitaient particulièrement à se « déconfiner » durant cette période tout à fait exceptionnelle. Il fallait donc un motif considéré par eux comme « impérieux » pour se rendre aux urgences y compris dentaires, et peut-être même après avoir tenté de contacter leur chirurgien-dentiste lorsqu'ils en avaient un habituel. Il faut également considérer que les connaissances sur la Covid-19 à ce moment-là et l'absence de vaccin accentuaient la peur d'être contaminé en se déplaçant chez le chirurgien-dentiste. D'ailleurs, d'après une étude menée à Madrid, près d'1 patient sur 4 refuserait d'aller chez le chirurgien-dentiste par peur de la Covid-19 (28).

5.4.5. Examens complémentaires

La HAS recommandait de limiter les clichés intra-oraux durant cette période car ils étaient suspectés d'être à l'origine d'un risque élevé de contamination de la Covid-19, en raison du réflexe de toux et de l'augmentation de la sécrétion salivaire. De ce fait, les praticiens ont préféré réaliser des clichés extra-oraux, comme la radiographie panoramique, malgré le fait qu'il émettent un rayonnement plus important que les clichés intra-buccaux (32) et que leur précision selon ce que l'on cherche à objectiver peut être difficile. Pour limiter l'exposition aux radiations, un système de radiographie segmentée peut être intéressant en donnant beaucoup de détails sur un secteur souhaité, tout en évitant de faire un cliché intra-buccal (33,34).

La radiographie panoramique permet néanmoins de faire des découvertes de pathologies buccales qu'il est parfois impossible d'objectiver avec un simple cliché intra-oral localisé (35,36). Il pourrait donc être intéressant d'étudier l'impact de cette augmentation de fréquence de clichés panoramiques sur les diagnostics posés et les découvertes fortuites durant cette période.

5.4.6. Diagnostics

Concernant les résultats obtenus sur la variable diagnostic, on peut constater que les résultats obtenus sont plus ou moins similaires à ceux de l'étude conduite à Beijing (26). En effet, les diagnostics les plus courants pendant cette période à Beijing ont été les « maux de dent aigus », les « infections » et les « traumatismes ». Dans la présente étude, les diagnostics étiquetés PaV- ont été les plus représentés (49,6%), à la différence de l'étude conduite à Beijing qui ont les « maux de dents aigus » mais la définition des classes de la variable était légèrement différente. En effet, l'étude conduite à Beijing a inclus toutes les pathologies pulpaires dans le terme « maux de dents aigus » y compris les infections péri-apicales contrairement à la présente étude dans laquelle les diagnostics d'infection ont été différenciés des diagnostics avec une pathologie pulpaire vivante non infectée.

Une autre étude conduite en Angleterre a constaté des résultats similaires sur cette période concernant les diagnostics. Ont été retrouvés une majorité de parodontites apicales (inclus dans le terme PaV- dans la présente étude) suivies des pulpites irréversibles (inclus dans le terme PaV+ dans la présente étude), puis des abcès parodontaux et des dents fracturées (37). Dans la présente étude au CHU de Lille, les dents fracturées et les autres traumatismes ont été regroupés dans le même diagnostic ce qui pourrait expliquer cette différence de résultat concernant les traumatismes et les parodontopathies entre les deux études.

Une étude menée en Chine a également rapporté des résultats similaires avec une majorité de diagnostics liés à l'inflammation de la pulpe ou à son infection (38).

Selon un bulletin épidémiologique de 2020 sur la surveillance des accidents de la vie courante pendant ce confinement, le nombre de consultation aux urgences pour cette raison a diminué pour toutes les classes d'âge, mais une augmentation des cas graves d'accident de la vie courante a été observée. Chez les personnes jeunes et chez les personnes âgées, le nombre de traumatisme grave aurait augmenté, et chez les personnes d'âge moyen, le nombre d'accident grave lié aux activités de jardinage aurait augmenté (39).

5.4.7. Actes réalisés

Durant cette période, des recommandations afin de limiter la propagation du virus (15) étaient émis ce qui avait pour conséquence de limiter au maximum les actes considérés comme à risque, représentés notamment par les ouvertures de chambre pulpaire ou les traitements de pulpectomie, puisque nécessitant le recours aux aérosols. D'autre part, on se trouvait dans une période de pénurie de dispositifs médicaux de protection individuelle dont les indications étaient élargies. Enfin, de nombreux patients devaient être accueillis avec un effectif de praticiens réduits. Ainsi, on visait clairement la limitation des gestes thérapeutiques. Il n'est pas étonnant alors, de constater que durant cette période, de nombreux sujets n'aient pas reçu de geste thérapeutique (45,8%) même s'il est impossible de les comparer aux fréquences habituelles. L'abstention de geste thérapeutique était également probablement liée au fait que les praticiens avaient une certaine crainte du virus. C'est ce qui a notamment été étudié dans l'étude de Ahmed *et al.* (40). En effet ces auteurs ont montré que 87% des praticiens de leur étude avaient peur d'être infectés par un patient ou par le personnel du cabinet et que 90% étaient anxieux de prodiguer des soins à un patient qui était susceptible d'avoir été infecté.

Néanmoins certains diagnostics ne peuvent pas être traités autrement que par un geste générant des aérosols tel qu'une cavité d'accès ou une restauration. De ce fait, on constate que près d'1 sujet sur 5 a tout de même bénéficié d'une cavité d'accès et plus d'1 patient sur 20 d'une restauration.

D'autres études réalisées durant la même période ont montré des résultats différents de la présente étude. En effet, le geste thérapeutique le plus souvent pratiqué était l'avulsion dentaire dans plusieurs travaux (37,38,41). Ce geste est néanmoins particulier au regard de son risque plus souvent limité de recours aux aérosols. Ces autres études ont montré que l'absence de geste thérapeutique n'a pas occupé une place aussi importante que dans la présente étude. Cette différence peut peut-être s'expliquer par un triage plus précis des patients en amont de leur accueil, car le nombre de sujets effectivement pris en charge y a été bien moins important que dans la présente étude.

5.4.8. Prescriptions

Cette étude a montré qu'au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille, beaucoup de sujets n'ont pas bénéficié de geste thérapeutique le jour de la consultation (457 sujets soit 45,8% de l'échantillon). Parmi eux, 436 sujets, soit 95,8% de ces sujets, ont néanmoins reçu une prescription médicamenteuse sur ordonnance.

Ce constat ravive la question de l'antibiorésistance sous-tendue. De nos jours, l'antibiorésistance occupe un sujet de préoccupation. En effet, des études ont montré qu'une forte consommation d'antibiotiques pouvait induire une antibiorésistance, ce qui entrainerait à terme une diminution de leur efficacité (42,43). Dans cette étude, 407 sujets ayant bénéficié d'une ordonnance sans avoir bénéficié de geste thérapeutique se sont vu prescrire au moins un antibiotique, que ce soit une monothérapie ou une bithérapie, soit 89,1 % des sujets n'ayant pas reçu de geste thérapeutique et 40,8% de l'échantillon. Cela représente une proportion non négligeable, probablement augmentée par rapport aux prescriptions d'antibiotiques d'avant Covid. La rapidité de la propagation de la Covid dans le monde et l'absence de préparation des établissements à gérer ce genre d'épidémies expliquent probablement ce constat. Effectivement, le Service d'odontologie du CHU de Lille était composé majoritairement de fauteuils ouverts sur des « open spaces » et seulement quelques fauteuils dans des boîtes dits fermés (82 boîtes ouvertes contre 8 fermés à ce moment-là). La Covid se propageant de manière aéropartée, il était donc déconseillé de réaliser des gestes thérapeutiques nécessitant des instruments rotatifs et à ultrasons susceptible de produire des aérosols (11).

Les résultats de l'étude conduite en Chine semble indiquer également que les gestes thérapeutiques ont été limités dans les autres pays (38).

5.5. Conclusion et perspectives

5.5.1. L'avenir en lien avec la télédentisterie

La télémédecine consiste en l'utilisation des technologies électroniques de l'information et des communications pour fournir et soutenir les soins de santé lorsque la distance sépare les participants (44). La télémédecine a été largement indiquée comme un moyen efficace d'améliorer la qualité des soins et de réduire le coût des soins de santé en offrant un meilleur emploi des ressources et du temps des professionnels de la santé (45). La télédentisterie constitue donc l'application de la télémédecine à la pratique dentaire.

La télédentisterie pourrait constituer une perspective intéressante à ajouter à l'arsenal de la prise en charge des patients à moyen terme. Que ce soit pour limiter la propagation de virus comme la Covid-19 ou dans le cas d'épisodes similaires, mais aussi pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins dans certains territoires notamment, la télédentisterie semble être une alternative envisageable. Néanmoins, cela ne peut se faire qu'à la condition de réussir à la mettre en place de façon pratique et pertinente, et de lui donner une valeur réelle, notamment d'en prévoir les modalités de valorisation financière tout en évitant les écueils (46,47).

Le projet Total Dental Access est un projet de télédentisterie qui a débuté en 1994 (44). Ce projet a pour but d'orienter le patient directement vers le professionnel de santé nécessaire afin de réduire le coût financier et de transport du patient. Des résultats d'une étude conduite en Georgie ont montré une économie de temps et de transport et les chirurgiens-dentistes pratiquant effectivement les soins se sentaient plus à l'aise.

De façon similaire, à Wuhan, durant la période épidémique liées à la Covid-19, des consultations en ligne en odontologie pédiatrique ont permis l'évaluation de l'urgence à distance, en réduisant ainsi les risques de contamination et en orientant les véritables urgences vers les services pédiatriques (48).

Au Royaume-Uni, l'utilisation des photographies durant cette période épidémique a également permis d'établir en amont le niveau d'urgence pour certains patients, et a ainsi limité les contacts face à face entre praticiens et patients, et donc limité le risque de contamination (49).

Ainsi, ce type de solution doit s'imaginer de façon organisée comme outil de tri et d'orientation afin de rendre plus efficaces les rendez-vous de soin en réel, mais ne peut s'y substituer totalement.

5.5.1. Que reste-t-il du tri et de l'orientation des patients à l'arrivée en urgence ?

Si l'aiguillage était en place avant la période du premier confinement aux urgences dentaires du Service d'odontologie du CHU de Lille, il n'existait pas à proprement parler de tri ou de réorientation ou même de planification des urgences. Il est certain que cette période a contribué à prendre conscience de l'augmentation exponentielle du nombre de patients accueillis aux urgences dentaires au cours des dernières années, et sans, qu'à l'issue de ce confinement, une baisse ne soit réellement objectivée (calcul qui serait à vérifier néanmoins). Face à cela, les capacités d'accueil ne sont pas extensibles d'autant plus dans un contexte de formation des étudiants au risque de mettre en péril la sécurité de tous et la qualité des prises en charge. Le constat semble d'ailleurs partagé par d'autres services d'urgences médicales à travers le pays.

Ainsi, face à cette réalité, tout en reconnaissant l'importance de prendre en charge les patients qui en ont besoin, un espace de réflexion a été ouvert. Il a conduit à proposer, à l'arrivée dans le Service d'odontologie sans rendez-vous, un système de tri pour concentrer la prise en charge en urgence sur les patients pour qui cela est utile et nécessaire, proposer une réorientation vers la prise de rendez-vous quand cela est possible avec un praticien de ville ou dans l'une des autres unités fonctionnelles du service, et planifier l'accueil sur la journée en cours des patients en urgence. Ce système devra être évalué et évoluer dans l'avenir mais il est probable que le cataclysme qu'a produit le premier confinement n'est pas complètement étranger à cette (r)évolution.

5.5.2. Autres travaux de recherche

A l'issue de cette thèse, il est prévu d'approfondir la question de la définition d'un ou plusieurs profils type de patients accueillis via la poursuite du travail d'analyse sur les données de cette thèse en partenariat avec CERIM, comme précédemment mentionné dans le chapitre 3.11. Cela pourrait amener à préciser encore davantage les caractéristiques des patients accueillis et peut-être à se retrouver moins impréparé en cas d'épisode similaire à venir.

Il pourrait être intéressant en parallèle de cette étude de s'intéresser à la question de la contamination à la Covid-19 du personnel au cours de cette période du premier confinement même s'il sera difficile d'en connaître l'origine effective.

On pourrait également s'intéresser, via une étude de recherche qualitative, au vécu des équipes soignantes durant cette période et à leur regard sur leur pratique ou encore sur l'équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, et les ajustements qu'ils ont mis en œuvre depuis cette période. Il est certain que ces équipes ont vécu l'un des plus grands bouleversements à l'échelle mondiale que ce soit du point de vue professionnel ou personnel.

Bibliographie

1. Michaud E. Profil des patients accueillis aux urgences dentaires du CHU de Lille pendant le confinement du printemps 2020 lié à la Covid-19 [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Lille]: Université d Lille. UFR d'odontologie; 2021.
2. Coureul M. Ministère de la Santé et des Solidarités, Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie [Internet]. 2006. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. In: The New England Journal of Medicine. Chine: Massachusetts Medical Society; 2020. p. 727-33.
4. Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili SM, Bahreini E. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. Biol Proced Online. 2020;22(19):10.
5. Ren SY, Wang WB, Hao YG, Zhang HR, Wang ZC, Chen YL, et al. Stability and infectivity of coronaviruses in inanimate environments. World Journal of Clinical Cases. 2020;8(8):1391-9.
6. Kasloff SB, Leung A, Strong JE, Funk D, Cutts T. Stability of SARS-CoV-2 on critical personal protective equipment. Sci Rep. 2021;11(1):1-7.
7. Riddell S, Goldie S, Hill A, Eagles D, Drew TW. The effect of temperature on persistence of SARS-CoV-2 on common surfaces. Virol J. 2020;17(1):1-7.
8. Bedos JP. L'oxygénation pulmonaire au temps de la COVID19 [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/25898-l-oxygenation-pulmonaire-au-temps-de-la-covid-19.html>
9. Les gestes barrières [Internet]. Ministère de la santé et de la prévention. 2021 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid->

10. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1). 2020-290 2020.

11. Harrel SK, Molinary J. Aerosols and splatter in dentistry. J Am Dent Assoc. 2004;135(4):429-37.

12. Décret n° 2020-190 du 3 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19. 2020-190 mars 3, 2020.

13. Décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19. 2020-247 mars 13, 2020.

14. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Légifrance [Internet]. Légifrance. 2020 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041722917/>

15. Laurent DF. Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de COVID-19. 2020;19.

16. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de Covid-19 - Version 2 [Internet]. Ordre national des chirurgiens-dentistes. 2020 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/#24_06_2020

17. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de Covid-19 - Version 3 [Internet]. Ordre national des chirurgiens-dentistes. 2020 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/#26_06_2020

18. Légifrance. Article R1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Légifrance. 2022 [cité 21 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926037/

19. Holmes RD. Tooth brushing frequency and risk of new carious lesions: Question: Does toothbrushing frequently reduce caries? *Evid Based Dent.* déc 2016;17(4):98-9.
20. Walter C, Saxer UP, Bornstein MM, Klingler K, Ramseier CA. Influence du tabagisme sur le parodonte – une mise à jour (I). 2007;117:6.
21. Sugars and dental caries [Internet]. World Health Organization. 2017 [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-carries>
22. Dossier complet – Région des Hauts-de-France (32) | Insee [Internet]. INSEE. 2022 [cité 11 août 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32#tableau-POP_G2
23. Weusmann J, Schmitt H, Braun B, Sagheb K, Willershausen B, Mahmoodi B. Gender-Specific Differences of Dental Emergency Patients and the Use of Antibiotics: A 4-Year Retrospective Study. *Oral Health Prev Dent.* 2020;18(1):263-9.
24. Fear of the dentist. *Br Dent J.* mai 2017;222(9):670-1.
25. Gernandt S, Perez A, Courvoisier DS, Scolozzi P. The lockdown effect: The impact of the COVID-19-related confinement on the nature of dental emergencies and the number of patients seen at the Geneva university hospital's dental clinic. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery.* 2022;123(5):229-32.
26. Guo HQ, Xu T, Pan J, Ji AP, Huang MW, Bai J. A Retrospective Study of Oral Emergency Services During COVID-19. 2022;72:236-41.
27. Prats E, Lauret ME, Diemer F, Calas P. Consultations dentaires au CHU de Toulouse : place des soins conservateurs. *Santé Publique.* 2005;17(2):255-64.
28. González-Olmo MJ, Delgado-Ramos B, Ortega-Martínez AR, Romero-Maroto M, Carrillo-Díaz M. Fear of COVID-19 in Madrid. Will patients avoid dental care? *International Dental Journal.* 2022;72(1):76-82.
29. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research &*

Reviews. 2020;14(5):817-23.

30. E. Goeders N. The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*. 2003;13(6):435-41.

31. Déterminants sociaux et familiaux des conduites addictives : une perspective vie entière [Internet]. [cité 22 août 2022]. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5966/Chapitre_2.html#clicked

32. Shatskiy I. Effective doses and radiation risks from common dental radiographic, panoramic and CBCT examinations. *Radiation Protection Dosimetry*. 2021;195(3-4):296-305.

33. Pakbaznejad Esmaeili E, Waltimo-Sirén J, Laatikainen T, Haukka J, Ekholm M. Application of segmented dental panoramic tomography among children: positive effect of continuing education in radiation protection. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2016;45(6).

34. Little R, Howell J, Nixon P. COVID-19 and beyond: implications for dental radiography. *Br Dent J*. 2020;229(2):105-9.

35. Bilge NH, Yeşiltepe S, Törenek Ağırman K, Çağlayan F, Bilge OM. Investigation of prevalence of dental anomalies by using digital panoramic radiographs. *Folia Morphol*. 2018;77(2):323-8.

36. Sklavos A, Beteramia D, Delpachitra SN, Kumar R. The panoramic dental radiograph for emergency physicians. *Emerg Med J*. 2019;36(9):565-71.

37. Ball M, Akintola D, Harrington Z, Djemal S. Emergency dental care triage during the COVID-19 pandemic. *Br Dent J*. 2021;

38. Wu K, Li C, Yang Z, Yang S, Yang W, Hua C. Changes in the characteristics of dental emergencies under the influence of SARS-CoV-2 pandemic: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):174.

39. SPF. Surveillance des accidents de la vie courante pendant la période de confinement de la pandémie de Covid-19 [Internet]. *Santé publique France*. 2020 [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/surveillance-des->

accidents-de-la-vie-courante-pendant-la-periode-de-confinement-de-la-pandemie-de-covid-19

40. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS, et al. Fear and Practice Modifications among Dentists to Combat Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak. *IJERPH*. 2020;17(8):2821.

41. Langella J, Magnuson B, Finkelman MD, Amato R. Clinical Response to COVID-19 and Utilization of an Emergency Dental Clinic in an Academic Institution. *Journal of Endodontics*. 2021;47(4):566-71.

42. Huemer M, Mairpady Shambat S, Brugger SD, Zinkernagel AS. Antibiotic resistance and persistence—Implications for human health and treatment perspectives. *EMBO Reports*. 2020;21(12).

43. Davies J, Davies D. Origins and Evolution of Antibiotic Resistance. In: *Microbiology and Molecular Biology Reviews*. American Society for Microbiology; 2010. p. 417-33.

44. Rocca MA, Kudryk VL, Pajak JC, Morris T. The evolution of a teledentistry system within the Department of Defense. *Proc AMIA Symp*. 1999;921-4.

45. Cimino JJ. Beyond the Superhighway: Exploiting the Internet with Medical Informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1997;4(4):279-84.

46. Giraudeau N. Teledentistry and COVID-19: Be Mindful of Bogus “Good” Ideas! *INQUIRY*. 2021;58.

47. Yeung CA. Provision of dental hospital services during the COVID-19 epidemic. *Evid Based Dent*. 2020;21(2):63-63.

48. Yang F, Yu L, Qin D, Hua F, Song G. Online consultation and emergency management in paediatric dentistry during the COVID-19 epidemic in Wuhan: A retrospective study. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(1):5-11.

49. Davies A, Howells R, Lee SMG, Sweet CJ, Dominguez-Gonzalez S. Implementation of photographic triage in a paediatric dental, orthodontic, and

Table des figures

Figure 1 : Répartition des sujets par classe d'âge (N=1017).....	35
Figure 2 : Répartition des sujets en fonction du nombre de pathologies déclarées (N=954)	36
Figure 3 : Répartition des sujets en fonction du nombre de traitements médicamenteux déclarés (N=954).....	37
Figure 4 : Délai déclaré par les sujets depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste (N=954).....	38
Figure 5 : Consommation de substances addictives déclarées par les sujets (N=954)	39
Figure 6 : Motifs de consultation déclarés par les sujets selon la présence ou non d'une douleur (N=1017).....	41
Figure 7 : Répartition des sujets en fonction du niveau de douleur déclarée (N=793)	42
Figure 8 : Répartition des sujets selon le diagnostic bucco-dentaire posé (N=1007)	44
Figure 9 : Répartition des gestes thérapeutiques effectués en urgence chez les sujets ayant reçu un geste (N=541).....	45
Figure 10 : Répartition du délai depuis le dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste selon la classe d'âge des sujets (N=954).....	49
Figure 11 : Répartition du traitement médical au long cours selon la déclaration d'un antécédent médical par les sujets (N=954).....	50

Figure 12 : Répartition des antécédents médicaux déclarés par les sujets en fonction de leur classe d'âge (N=953).....	51
Figure 13 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 0 à 18 ans (N=132).....	57
Figure 14 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 19 à 30 ans (N=281).....	57
Figure 15 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 31 à 45 ans (N=344).....	57
Figure 16 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de 46 à 60 ans (N=171).....	57
Figure 17 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires chez les sujets âgés de plus de 61 ans (N=79).....	57
Figure 18 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 0 à 18 ans (N=132).....	59
Figure 19 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 19 à 30 ans (N=279).....	59
Figure 20 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 31 à 45 ans (N=338).....	59
Figure 21 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 46 à 60 ans (N=149).....	59
Figure 22 : Répartition des gestes thérapeutiques chez les sujets âgés de 61 ans et plus (N=80).....	59
Figure 23 : Répartition des diagnostics bucco-dentaires des sujets selon leur genre (N=1007).....	60

Table des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif de l'évolution des recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville (1).....	15
Tableau 2 : Synthèse du profil des sujets de l'échantillon (N=1017)	40
Tableau 3 : Répartition des sujets selon la prescription reçue (N=627)	47
Tableau 4 : Association entre motif de consultation et diagnostic (N=998)	53
Tableau 5 : Association entre diagnostic établi et geste thérapeutique associé (N=990)	55

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2022

Profil des patients accueillis aux urgences dentaire du CHU de Lille pendant le confinement du printemps 2020 lié à la Covid-19 : résultats d'une étude transversale / **Benjamin SOROKA**. p.90; fig. (23) ; tab. (5) ; réf. (49).

Domaines : épidémiologie

Mots clés libres : Covid-19, CHU de Lille, urgence dentaire, 2020, confinement, étude transversale

Introduction : En décembre 2019, l'apparition de la Covid-19 créé une pandémie obligeant la plupart des pays à instaurer un confinement national. C'est le cas de la France du 17 mars 2020 au 11 mai 2020. Durant ce confinement beaucoup d'établissements se voient dans l'obligation de fermer leurs portes. Les cabinets dentaires ne sont pas épargnés. Les services hospitaliers se réorganisent, notamment les services odontologiques afin d'assurer l'afflux de patients.

But : Cette étude avait pour objectif d'étudier les motifs de consultation, les diagnostics posés et les gestes thérapeutiques effectués durant cette période du confinement au sein du Service d'odontologie du CHU de Lille. Elle pourra être comparée à d'autres études similaires et constituer une source d'informations permettant d'anticiper de futures crises sanitaires.

Matériel et méthode : Une étude de recherche quantitative de type épidémiologique observationnel transversal à visée descriptive a ainsi été conduite.

Résultats : Les hommes ont été plus nombreux (56,7%) que les femmes (43,3%) à consulter durant cette période. L'âge moyen était de 35,4 ans. Près d'un tiers de l'échantillon souffrait d'au moins une pathologie générale (30,8%) et presque un sixième de l'échantillon prenait au moins un traitement médicamenteux au long cours. Pour 278 des sujets de l'étude, il s'agissait du premier contact avec un chirurgien-dentiste. Les trois quarts des sujets vivaient dans la métropole Lilloise. Le motif de consultation le plus retrouvé était la douleur seule (76,4%) avec une douleur évaluée à plus de 7 sur l'échelle numérique pour 75,7%. Plus de la moitié des sujets ont bénéficié d'un examen complémentaire (56,1%). Les diagnostics les plus souvent posés ont été : les pathologies pulpaires dont la réponse au test thermique était diminuée ou négative (49,6%) ; les pathologies pulpaires dont la réponse au test thermique était augmentée (22,9%) ; les traumatismes (8,0%) ; les parodontopathies (5,7%) ; les accidents d'éruption des dents de sagesse (4,8%). Au sein de l'échantillon, 45,8% n'ont pas bénéficié de geste thérapeutique. Les gestes thérapeutiques les plus souvent pratiqués ont été : les cavités d'accès (18,0%) ; les avulsions (16,4%) ; les restaurations (6,3%) ; les gestions de traumatismes (4,0%) ; les gestes prophylactiques (2,5%). Près des deux tiers de l'échantillon ont reçu une prescription médicamenteuse par ordonnance à l'issue de la consultation en urgence (61,7%).

Conclusion : Afin de limiter les risques de contamination liés à la Covid-19, peu de gestes thérapeutiques ont été pratiqués ce qui a engendré une quantité importante de prescriptions médicamenteuses, notamment d'antibiotiques. Ce phénomène peut aller à l'encontre de certains principes médicaux comme la lutte contre l'antibiorésistance. Néanmoins, l'objectif était de prendre en charge les patients tout en limitant la propagation de la Covid-19 au regard des connaissances scientifiques du moment. Dans l'avenir de nouvelles pratiques, telles que la télédentisterie, pourraient être de plus en plus présentes afin de protéger davantage les patients et les professionnels de la santé.

JURY :

Président : Pr Thomas COLARD

Assesseurs : Dr Mathilde SAVIGNAT

Dr Alessandra BLAIZOT

Dr Maxime BEDEZ