

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 3078

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Iyad ALSALEH

Le 14 décembre 2020

CARACTERISTIQUES ET SATISFACTION DES PATIENTS
CONSULTANT LES URGENCES DENTAIRES DU SERVICE
D'ODONTOLOGIE DE RANGUEIL (CHU DE TOULOUSE)

Directeur de thèse : Pr Cathy NABET

JURY

Président : Professeur Cathy NABET
Assesseur : Docteur Delphine MARET COMTESSE
Assesseur : Docteur Jean-Noël VERGNES
Assesseur : Docteur Thibault CANCEILL

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 3078

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Iyad ALSALEH

Le 14 décembre 2020

CARACTERISTIQUES ET SATISFACTION DES PATIENTS
CONSULTANT LES URGENCES DENTAIRES DU SERVICE
D'ODONTOLOGIE DE RANGUEIL (CHU DE TOULOUSE)

Directeur de thèse : Pr Cathy NABET

JURY

Président : Professeur Cathy NABET
Assesseur : Docteur Delphine MARET COMTESSE
Assesseur : Docteur Jean Noël -VERGNES
Assesseur : Docteur Thibault CANCEILL



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE, Mme. Chiara CECCHIN-ALBERTONI

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL
Maître de Conférences : M. VERGNES Jean-Noël
Assistant : M. Julien ROSENZWEIG
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme FOURNIER Géromine,
M. Fabien BERLIOZ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHEI, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants : Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,
M. Jérôme SALEFRANQUE ,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme. Cécile BLANC
Adjoints d'Enseignement : M. Matthieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Maxime LUIS

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, M. Dorian BONNAFOUS
Mme. Manon SAUCOURT, M. Ludovic PELLETIER
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Assistant Associé : M. Antoine GALIBOURG,
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Laurent GINESTE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCEILL, M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES
Adjoints d'Enseignement : M. Yasin AHMED, Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET

Mise à jour pour le 05 Novembre 2020

Remerciements

À mes parents et à ma famille, pour votre soutien inconditionnel et votre amour si précieux.

À Sandrine, ma compagne de vie, de route, de tous les instants, tu m'as redonné la foi, l'espoir, la confiance, la force et le courage dans les moments les plus difficiles. Tu as toujours cru en moi, là où je doutais. Tu es la lumière qui a éclairé mon chemin et qui m'a guidé jusqu'à la concrétisation de mes projets les plus ambitieux, les plus fous aussi. Je partage cette réussite avec toi. Merci pour ton amour inconditionnel.

À Aziz, pour ton amitié, merci pour ton soutien inconditionnel.

À Omar, Georges et Moussab, merci pour votre amitié soutenante et bienveillante.

À madame le Professeur Martine HENNEQUIN, A monsieur le Professeur Alain WODA, je vous serai éternellement reconnaissant pour votre enseignement, pour votre accompagnement bienveillant ainsi que pour votre aide et votre soutien de tous les moments.

À madame le Docteur Sara DALICIEUX- LAURENCIN, à madame Susan BECKER, merci de nous avoir apporté votre précieuse contribution dans la première étape de ce travail.

À madame le Docteur Denise FAULKS, A madame Caroline ESCHEVINS, merci pour votre aide précieuse à une étape importante dans l'élaboration de ce travail de thèse ainsi que pour votre bienveillance à mon égard.

À madame le docteur Sacha BARON, pour m'avoir accueilli si généreusement au sein de votre cabinet de ville pour mon stage de découverte de l'activité libérale. Merci pour votre confiance et votre disponibilité.

À monsieur le Docteur Thomas DALICIEUX, pour avoir eu le privilège d'être accueilli au sein de votre cabinet. Merci pour votre bienveillance à mon égard, je vous en suis grandement reconnaissant.

À Laura GIMENO, merci pour ton aide précieuse, ta disponibilité et ton implication dans le travail de passation des questionnaires au service des urgences buccodentaires. Je te suis infiniment reconnaissant pour ton investissement dans cette étape primordiale de ce travail de thèse.

À notre présidente de jury

Madame le Professeur Cathy NABET

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies de Santé Publique – Epidémiologie
- Docteur de l'Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence du Jury de cette thèse.

Veillez trouver, par la réalisation de ce travail, l'expression de notre plus haute considération et de notre profond respect.

Vous nous avez fait l'honneur d'avoir dirigé cette thèse et nous voulons vous exprimer toute notre gratitude.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée.

Un merci infini pour votre bienveillance, votre disponibilité, vos précieux conseils ainsi que vos encouragements tout au long de ce travail de thèse mais également dans le travail inhérent à l'étude que nous avons menée.

Nous vous adressons également toute notre gratitude pour l'infinie patience que vous nous avez témoignée tout au long de ce travail de fin d'études et de rédaction de cette thèse.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant pour votre compréhension face à certaines difficultés rencontrées ainsi que pour vos enseignements précieux.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon estime et de mon profond respect.

À notre Jury

Madame le Docteur Delphine MARET-COMTESSE

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Doctorat de l'Université de Toulouse,
- Diplôme Universitaire d'Imagerie 3D,
- Master 2 Recherche Epidémiologie Clinique,
- CES d'Odontologie Légale,
- Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie (DURCO),
- Enseignant-chercheur, Laboratoire Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS) CNRS,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous tenons à vous remercier vivement d'honorer notre travail de votre attention en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de nous avoir permis, en tant que Responsable du site de Rangueil, de réaliser l'étude qui sous-tend ce travail de thèse.

Veillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Jury

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill -Montréal,
Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté de siéger à notre jury.

Nous vous remercions vivement et sincèrement pour votre bienveillance ainsi que pour les valeurs humanistes que vous nous avez transmises tout au long de notre cursus, y compris lors de votre encadrement passionné et très pédagogique au service des urgences bucco-dentaires.

Votre éclairage fondamental sur la relation « soignant -soigné » et sur l'approche centrée sur le patient, fera de nous un meilleur professionnel.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Jury

Monsieur le Docteur Thibault CANCEILL

- Assistant Hospitalier-Universitaire
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Master 1 Santé Publique : Biostatistiques, modélisation et méthodologie des essais cliniques
- Master 2 de Physiopathologie : du moléculaire au médical
- CES Biomatériaux en Odontologie
- D.U.de conception Fabrication Assisté par ordinateur en Odontologie (CFAO)
- D.U. de Recherche Clinique en Odontologie
- Attestation de Formation aux gestes et Soins d’Urgence Niveau 2

Nous vous remercions d’avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Nous tenons à vous témoigner notre gratitude pour vos enseignements théoriques ainsi que pour votre patience et votre pédagogie dans votre activité clinique, lors de vos encadrements.

Vous avez enrichi notre apprentissage, nous permettant avec le temps de gagner en maîtrise ainsi qu’en compétences théoriques et pratiques.

Veillez trouver ici, l’expression de notre profonde reconnaissance ainsi que de notre profond respect à votre égard.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	13
1.1 AVANT-PROPOS	13
1.2 QUALITE DES SOINS	14
1.3 LA SATISFACTION DES PATIENTS COMME COMPOSANTE DE LA QUALITE DES SOINS.....	15
1.4 REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA SATISFACTION	16
1.5 MOYENS POUR MESURER LA SATISFACTION DES PATIENTS	18
2 MATERIELS ET METHODES	21
2.1 TYPE D'ETUDE.....	21
2.2 EQUIPE DE L'ENQUETE	21
2.3 POPULATION DE L'ENQUETE	22
2.4 CRITERES D'INCLUSION.....	22
2.4.1 <i>Questionnaire étudiant</i>	22
2.4.2 <i>Questionnaire de satisfaction</i>	22
2.5 MODALITES DE DISTRIBUTION ET DE REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES	22
2.5.1 <i>Questionnaire étudiant</i>	22
2.5.2 <i>Questionnaire de satisfaction</i>	23
2.6 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	23
2.7 PRETEST	25
2.8 ANALYSE DES DONNEES	25
3 RESULTATS	26
3.1 PREMIERE PARTIE : ETAT MEDICAL DU PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE	27
3.1.1 <i>Nombre total de patients (N)</i>	27
3.1.2 <i>Etat de santé générale</i>	29
3.1.2.1 Pathologies générales.....	29
3.1.2.2 Allergies.....	31
3.1.3 <i>Motif de consultation</i>	32
3.1.4 <i>Douleur (EVA)</i>	34
3.1.5 <i>Prise en charge</i>	35
3.1.5.1 Actes thérapeutiques	35
3.1.5.2 Prescription.....	36
3.1.6 <i>Besoins en soins</i>	38
3.1.7 <i>Suite d'urgence</i>	40
3.2 DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.....	42
3.2.1 <i>Données sociodémographiques</i>	42
3.2.1.1 Nombre de patients participants.....	42
3.2.1.2 Lieu de résidence	44
3.2.1.3 Statut professionnel	45
3.2.1.4 Couverture sociale.....	46
3.2.1.5 Dentiste traitant en ville	47
3.2.1.6 Primo consultation au service des urgences	47
3.2.2 <i>Satisfaction des patients (Annexe 3)</i>	48
3.2.2.1 Attitude entre les personnes (relation humaine)	48
3.2.2.2 Qualité des soins	48

3.2.2.3	Accès aux soins.....	49
3.2.2.4	Environnement.....	50
3.2.2.5	Aspect économique.....	50
3.2.2.6	Recommander le service de soins dentaires	50
3.2.2.7	Commentaires libres.....	50
4	DISCUSSION.....	53
4.1	SYNTHESE DE PRINCIPAUX RESULTATS	53
4.2	PREMIERE PARTIE : QUESTIONNAIRE ETUDIANT	54
4.3	DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.....	60
4.3.1	<i>Données sociodémographiques.....</i>	<i>60</i>
4.3.2	<i>Satisfaction des patients</i>	<i>62</i>
4.3.2.1	Satisfaction Générale.....	63
4.3.2.2	Compétences techniques des soignants	63
4.3.2.3	Qualités relationnelles/Communication	64
4.3.2.4	Aspects humains et psychologiques	65
4.3.2.5	Prise en charge de la douleur.....	66
4.3.2.6	Temps d'attente.....	66
4.3.2.7	Environnement physique (matériels, plateau technique)	67
4.3.2.8	Facteurs socio-démographiques	68
4.4	LIMITES DE NOTRE ETUDE	68
5	CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	70

ABREVIATIONS :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IOM : Institute of Medicine

DSQ : Dental Satisfaction Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

OCE : Odontologie Conservatrice et Endodontie

CMU : Couverture Maladie Universelle

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Avant-propos

La qualité représente un défi auquel fait face la majorité des systèmes de santé dans le monde. Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels.

Depuis la proposition de l'approche centrée sur le patient en 1969 par Edith BALINT, cette démarche est en perpétuelle évolution et, depuis plusieurs années, les soins de santé sont en train de passer d'une approche centrée sur les prestataires à une approche centrée sur le patient. Les patients ont souvent d'autres attentes, souhaits et priorités que les prestataires de soins. Il est donc important d'en tenir compte pour une organisation efficace des soins de santé.

Il est bien admis aujourd'hui que les résultats des soins de santé dépendent en grande partie de facteurs propres aux patients, de leur comportement et de leur confiance et que la satisfaction des patients constitue un aspect crucial de la qualité des soins.

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins des patients représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité.

La mesure de la satisfaction des patients fournit une nouvelle perspective d'analyse de la performance des services de santé. Les enquêtes sur la satisfaction sont une source de données précieuses sur les résultats et les processus de soins nécessaires pour permettre aux décideurs d'améliorer la qualité de service et de mieux répondre à leurs attentes.

Ce travail s'inscrit donc dans un engagement de démarche de qualité dans un établissement public de santé (service d'urgence au centre de soins dentaires).

La première partie de notre étude avait pour objectif de connaître/décrire la population qui consulte le service des urgences odontologiques, ainsi que les éléments qui concernent sa prise en charge au service des urgences.

La deuxième partie avait pour objectif d'explorer, par l'intermédiaire d'une enquête de satisfaction, l'expérience et la perception des patients au service des urgences.

1.2 Qualité des soins

La recherche de la qualité des soins est un véritable enjeu de santé publique, autant pour les patients, les soignants et les structures dans lesquelles ils travaillent que pour les institutions du système de santé. Cette préoccupation n'est pas récente et elle implique, pour l'améliorer, de pouvoir la définir et l'évaluer selon une méthode et des critères fiables.

D'après la définition de l'OMS, la qualité des soins est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (1).

La définition de l'Institut de Médecine des Etats Unis (IOM) précise que la qualité est la capacité des services de santé, destinés aux individus et aux populations, d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment (2).

Selon Avedis Donabedian, considéré comme le fondateur de la recherche sur la qualité dans le domaine de la santé, les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins (2,3).

Au regard de ces définitions diverses, nous pouvons constater qu'il est difficile d'en trouver une universelle. Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses et cette multiplicité peut entraîner parfois une certaine confusion chez les professionnels de santé (5).

De plus, les auteurs considèrent que la qualité des soins est multidimensionnelle, et qu'elle implique plusieurs notions telles que équité, accessibilité, sécurité, efficacité, efficience, approche centrée sur le patient, etc. (2,5,7). C'est pourquoi elle ne peut pas être mesurée et évaluée dans une seule dimension (4).

Caper a donc suggéré que les efforts pour définir le terme "qualité" doivent être centrés principalement sur l'identification et la mesure de ses composants (6)

Maxwell a proposé six dimensions de la qualité (accès, efficacité, efficience, équité, pertinence et acceptabilité sociale) (5).

Par référence à la définition de l'IOM, la qualité des soins comporte cinq dimensions: l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'efficience et l'accessibilité (2).

Donabedian a proposé un cadre conceptuel multidimensionnel de la qualité des soins et ce concept a été largement utilisé (3). Cet auteur distingue trois aspects des soins :

- Les **structures** : qui correspondent aux ressources mises à disposition pour les soins : dotation en personnel, qualifications, équipements, appareils, locaux.
- Les **processus** : qui désignent les soins fournis au patient ; on s'intéressera en particulier à leur conformité aux bonnes pratiques professionnelles.
- Les **résultats des soins** : qui comprennent l'état de santé du patient, sa survie, sa qualité de vie, la survenue de complications, la satisfaction des patients, etc...

Par conséquent, l'adoption d'un système multidimensionnel pour l'évaluation de la performance des services de santé est devenue incontournable.

1.3 La satisfaction des patients comme composante de la qualité des soins

La définition de la qualité des soins par l'OMS a introduit la satisfaction des patients comme une notion essentielle dans l'évaluation et l'amélioration du système de santé et a propulsé la satisfaction comme indicateur de qualité. Ainsi, en 1988, Donabedian insiste sur le caractère incontournable de l'évaluation de la satisfaction pour la mesure de la qualité des soins et l'amélioration du système de santé (3).

Le respect des besoins et des souhaits des patients est donc fondamental dans tout système de santé. Parallèlement aux indicateurs cliniques et économiques, la satisfaction

des patients tient une place importante dans la gestion de la qualité et elle est maintenant largement reconnue en tant que mesure de la qualité des soins.

Nous savons aujourd'hui que les patients satisfaits et insatisfaits se comportent différemment (6–8). Les patients satisfaits semblent plus susceptibles de coopérer au cours de leurs traitements, de continuer à utiliser les services de soins médicaux, de maintenir une relation avec un professionnel de santé, et de participer à leur propre traitement.

À l'inverse, s'ils ne sont pas satisfaits, les patients peuvent rendre les services moins efficaces, soit en négligeant de demander des soins en cas de besoin soit en refusant de suivre le traitement prescrit. Cela pourrait donc compromettre les efforts visant à améliorer la santé publique (6). Vuori estime que les soins ne pourront pas être considérés de haute qualité si le patient n'est pas satisfait (9).

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) (2007) a précisé que la construction d'une démarche de qualité interne aux centres de santé a nécessité d'établir un référentiel et des conseils de mise en œuvre permettant l'auto-évaluation. Ce référentiel a vocation à être utilisé par tous les types de centres de santé (1).

Dans ce référentiel, l'HAS considère que « la mesure de la satisfaction du patient est un élément important de la démarche qualité. Les résultats des enquêtes de satisfaction constituent le point de départ d'actions d'amélioration et/ou une évaluation d'actions déjà entreprises, dans tous les domaines de la qualité ressentie par les patients. L'objectif pour le centre est d'analyser les résultats obtenus, afin de définir les priorités et les actions d'amélioration qu'il veut initier ou poursuivre » (1).

Recueillir le point de vue des patients est aujourd'hui incontournable pour améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. La satisfaction des patients est donc devenue l'un des principaux objectifs des soins de la santé avec une augmentation du nombre d'outils créés pour évaluer la satisfaction.

1.4 Revue de la littérature sur la satisfaction

La littérature sur la satisfaction des patients montre que le concept de satisfaction est complexe et comprend des aspects culturels, socio-démographiques, cognitifs et affectifs. Ce concept de satisfaction est donc multidimensionnel et a fait l'objet de définitions différentes selon les auteurs (10,11).

La satisfaction des patients est définie comme étant l'évaluation globale par le patient de ses expériences avec les services hospitaliers médicaux (12).

Pascoe définit la satisfaction des patients comme étant une réponse cognitive et affective aux aspects saillants du contexte, du déroulement, et du résultat de son expérience du service de santé (13).

Le concept le plus utilisé est développé par Ware et coll. en 1981 (14). Les auteurs ont proposé une classification selon 8 dimensions majeures représentées dans le tableau 1. Chaque dimension est une agrégation homogène de plusieurs éléments (les items). Les auteurs ont cité les dimensions selon la fréquence de leur inclusion dans les études de satisfaction, et ont conclu que les 4 premières dimensions étaient les plus utilisées.

Tableau 1 : Les huit dimensions de qualité des soins selon Ware et al. 1981 (14)

Dimension	Aspects explorés (les items)
Attitude entre les personnes (Relation humaine)	Bienveillance, respect, brutalité, politesse, patience, sincérité
Qualité technique des soins	Précision, risques inutiles, erreurs, pertinence, explications données au patient, formation
Accessibilité et commodité	Délai pour avoir un RDV, temps d'attente en salle, facilité d'accès géographique, distance hôpital/domicile
Aspect économique	Coût, tiers payant, couverture complémentaire
Efficacité des soins	Perception d'une amélioration de l'état de santé liée aux soins
Continuité des soins	Revoir le même professionnel de santé à chaque visite
Environnement	Équipements, atmosphère, indications, propreté
Disponibilité	Assez d'hôpitaux et/ou des professionnels

1.5 Moyens pour mesurer la satisfaction des patients

Les établissements de santé peuvent utiliser de multiples moyens pour mesurer la satisfaction de leurs patients : l'analyse des plaintes, les questionnaires de sortie, les enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements (15).

Les enquêtes de satisfaction des patients sont le principal moyen d'apprécier leurs points de vue concernant la prestation des soins de santé. Le questionnaire est l'instrument de mesure par excellence, par conséquent, c'est cette méthode qui est la plus couramment utilisée.

Il est primordial pour se faire de disposer d'outils de collecte appropriés qui respectent les exigences et la rigueur méthodologique. D'une manière générale, les auteurs, dans les revues de littérature, constatent qu'à chaque enquête, correspond un questionnaire différent. Cette pratique a l'avantage de pouvoir aborder chaque problème dans son contexte mais interdit toute comparaison.

Il est difficile de mesurer la satisfaction des usagers et, la construction d'un outil de mesure est un processus long et complexe. Ainsi par exemple Carey et Seibert annoncent une période de 4 ans pour élaborer un questionnaire (16). En effet, La construction doit respecter des étapes de validation de fiabilité, de validité et de vérification des qualités psychométriques de la mesure.

A l'inverse, l'adoption (intégrale ou avec légère modification) de questionnaires déjà utilisés permet de s'assurer d'une bonne acceptabilité et d'un bon niveau de fiabilité. C'est pourquoi, plusieurs auteurs ont recommandé d'administrer des instruments de mesure existants standardisés plutôt que d'élaborer de nouveaux outils (17,18).

Dans le domaine dentaire, une revue de la littérature montre que divers questionnaires ont été développés tel que le DSQ (Dental Satisfaction Questionnaire) qui contient 19 items (10), le DVSS (Dental Visit Satisfaction Scale) qui contient 10 items (19), le SERVQUAL (Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality) qui contient 22 items (20) et le DSS (Australian Dental Satisfaction Scale) avec 31 items (21,22).

Le DSQ, développé en 1981 par Davies et Ware, est une référence dans le domaine des enquêtes d'opinions. Il a fait l'objet d'une large utilisation et la plupart des enquêtes

de satisfaction concernant des centres de soins dentaires sont basées sur le DSQ. Elles adaptent néanmoins leurs questions à la population ciblée et aux objectifs voulus.

Il est bien admis, comme nous l'avons expliqué, que la prise en charge ne pourrait pas être estimée de haute qualité si la satisfaction des patients n'était pas prise en considération. La satisfaction est devenue aujourd'hui un élément essentiel de l'évaluation de la qualité des soins

Par ailleurs, les données concernant le profil des patients et les modalités de fréquentation d'urgences odontologiques permettent de mieux caractériser la population consultante et ses besoins. De plus, analyser la prise en charge en urgence est un élément important du processus de gestion d'un service hospitalier, permettant de mettre en place des actions pour améliorer le fonctionnement dudit service.

Il est important de préciser que notre étude, ayant été réalisée antérieurement à la crise sanitaire que nous connaissons depuis plusieurs mois, en lien avec la pandémie de SARS-Cov-2 / Covid 19, ne s'appuie que sur l'organisation préexistante. De nouvelles mesures ainsi que des précautions essentielles préconisées par la Haute Autorité de Santé (HAS), dans un guide réalisé en coordination avec le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, nous ont conduits à réorganiser, depuis le confinement, par le biais de modalités bien spécifiques, notre prise en charge des patients dans toutes ses dimensions. Une organisation fonctionnelle et matérielle particulière des locaux professionnels a été mise en place.

Une planification particulière des rendez-vous et une procédure spécifique d'accueil des patients ont été nécessaires afin, notamment, de limiter les contacts entre les patients et de limiter la contamination des locaux au service des urgences. Des protocoles spécifiques ont du être appliqués pour les soins bucco-dentaires. Etant donné que le service des urgences dentaires était ouvert pour accueillir les consultants durant la période de confinement, cette modification d'organisation associée à une fréquentation très importante des patients a augmenté considérablement les difficultés de prise en charge avec une surcharge de travail pour l'équipe soignante.

Notre démarche d'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients que nous dispensons dans notre service, est un processus dynamique qui s'inscrit dans le temps et qui suit les évolutions et les recommandations en lien avec le contexte sanitaire du moment.

Les conséquences de cette situation inédite sur l'organisation et le fonctionnement du service renforcent l'importance de notre démarche pour évaluer l'impact des mesures liées à des situations semblables sur le vécu des patients qui consultent le service des urgences.

Renforcé par la nature particulière de ce contexte sanitaire hors norme, notre travail prend tout son sens en s'inscrivant de façon encore plus prégnante dans le droit-fil d'une démarche de qualité et d'amélioration de prise en charge des patients.

En effet, les données recueillies, relatives au profil des patients, permettent d'avoir des éléments objectifs pour améliorer le fonctionnement du service.

Par ailleurs, recueillir l'avis des patients sur la qualité de prise en charge permet d'améliorer le vécu du passage aux urgences, la compliance aux traitements et le sentiment de confiance vis-à-vis du service d'urgence.

Il était donc très important, a posteriori et a priori, de mener une étude afin de connaître le profil des patients et l'activité du service d'urgences odontologiques, ainsi que de mesurer la satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge d'urgence dans le service d'Odontologie du CHU de Toulouse (site de Rangueil).

Nous avons défini quatre grands objectifs qui sous-tendent notre travail :

- Décrire la population accueillie
- Recueillir des informations concernant l'activité (prise en charge d'urgence)
- Evaluer la satisfaction des patients
- Proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients consultant en urgence

Chapitre 2 : Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Cette étude descriptive transversale a été réalisée au service des urgences dentaires du service d'odontologie (CHU de Toulouse - site de Rangueil).

Dans un premier temps, nous avons réalisé un premier questionnaire (Questionnaire Etudiant) pour déterminer le profil des patients (sexe, âge, état de santé général), les motifs de consultations, les modalités de prise en charge et les besoins en soins. Ce questionnaire a été rempli par l'étudiant soignant lors de la prise en charge d'urgence de leurs patients (détails dans les chapitres suivants).

Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête de satisfaction au moyen d'un questionnaire à choix multiples rempli par les patients à la fin de leur prise en charge au service des urgences au centre de soins dentaires. D'autres éléments concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été renseignés dans cette deuxième partie (sexe, âge, lieu d'habitation, activité professionnelle, couverture sociale) (détail dans les chapitres suivants).

2.2 Equipe de l'enquête

Cette enquête a été réalisée sous la direction de Madame le Professeur Cathy NABET, après l'accord du chef de service (Pr O. Hamel), de la responsable de site (Dr D. Maret) et du cadre supérieur infirmier (Mr J-M. Bergia). Deux enquêteurs avaient la charge de distribuer et recueillir les questionnaires au service des urgences dentaires. Le premier enquêteur est l'auteur de cette thèse et la seconde enquêtrice était présente au centre de soins dentaires durant la période de l'enquête dans le cadre de son service civique (GIMENO Laura).

Nous avons informé l'ensemble du personnel de soins (étudiants, praticiens, infirmiers et aides-soignants) ainsi que le personnel administratif du lancement de cette enquête.

2.3 Population de l'enquête

La population cible de cette enquête concerne les patients ayant fréquenté le service des urgences au centre de soins dentaires du CHU de Toulouse (site de Rangueil) entre janvier et avril 2019.

2.4 Critères d'inclusion

2.4.1 Questionnaire étudiant

Pour ce questionnaire (annexe 1) qui contient des éléments relatifs à l'état général du patient et à sa prise en charge, nous avons demandé aux étudiants de remplir cette partie pour tous les patients adultes de plus de 18 ans au cours de leur prise en charge de l'urgence dentaire.

2.4.2 Questionnaire de satisfaction

Pour la deuxième partie de notre étude qui concerne la satisfaction du patient (annexe 2), nous avons choisi de nous adresser à tous les patients pris en charge au service des urgences dentaires qui étaient :

- Adultes de plus de 18 ans
- En capacité de compréhension pour pouvoir remplir le questionnaire.
- En capacité physique permettant de remplir le questionnaire

2.5 Modalités de distribution et de remplissage des questionnaires

Nous avons choisi de distribuer et de collecter les questionnaires sur le lieu de soin (service).

2.5.1 Questionnaire étudiant

Lors de l'accueil du patient au fauteuil, un questionnaire était distribué à l'étudiant par un des deux enquêteurs qui allait ensuite recueillir le questionnaire rempli par l'étudiant à la fin de la prise en charge.

Pour chaque patient, les informations suivantes ont été recueillies (**annexe 1**) :

- Jour de consultation

- Pathologies générales
- Allergies
- Motif de consultation
- Douleur (EVA)
- Actes réalisés
- Prescription
- Suite d'urgence prévue

2.5.2 Questionnaire de satisfaction

A la fin de sa prise en charge par l'étudiant, l'enquêteur présentait le questionnaire au patient, lui expliquait l'importance de recueillir son opinion afin d'améliorer au mieux la prise en charge future. S'il acceptait, le patient était ensuite accompagné dans un bureau pour remplir seul le questionnaire de satisfaction et le remettait ensuite à l'enquêteur une fois rempli.

Tous les questionnaires de satisfaction ont été remplis de manière anonyme. Après recueil des questionnaires, il était donc impossible de relier un questionnaire à un patient.

2.6 Questionnaire de satisfaction

Pour notre enquête, nous avons choisi d'utiliser le DSQ (Dental Satisfaction Questionnaire) développé par Davies et Ware (10). Ce questionnaire est composé de 19 questions regroupées selon plusieurs dimensions de satisfaction (**annexe 2**) :

- Qualité de la prise en charge (technique et relationnelle)
- Accessibilité (RDV, horaires, temps d'attente)
- Disponibilité (commodité)
- Aspect économique (coût)
- Prise en charge de la douleur

Les modalités de réponses aux différents types de questions sont représentées par une échelle de Likert en 5 modalités pour les questions de satisfaction.

Notre enquête de satisfaction visait donc à adopter le questionnaire de Davies et Ware et (1981), comme point de départ.

Cependant, la traduction et l'application de ces outils dans des cultures et pays différents ne doivent pas entacher les propriétés métrologiques de l'instrument de mesure original. Plusieurs stratégies méthodologiques sont utilisées pour la traduction et l'adaptation de questionnaire (4,18,23).

Le travail nécessaire avant de pouvoir utiliser cet outil de mesure a comporté deux étapes :

- La traduction – adaptation du questionnaire de la langue anglaise.
- Un test auprès des patients lors de la période de prétest.

La méthodologie de traduction – adaptation utilisée pour notre questionnaire se décline en plusieurs étapes (4,23) :

1. Traduction du questionnaire de la langue d'origine (langue source : anglais) vers la langue cible (français) (Pr Cathy NABET, Dr Sara DALICIEUX-LAURENCIN)
2. Comparaison et fusion des traductions en une seule traduction (langue cible : français)
3. Traduction inversée : rétro-traduction du questionnaire (de la langue cible : français vers la langue source : anglais) (Mme Suzan BECKER)
4. Révision des rétro-traductions : comparaison des versions rétro-traduites avec la version originale du questionnaire pour mettre en évidence les divergences entre la version originale (langue source) et la version traduite réconciliée (langue cible)
5. Harmonisation : comparaison des versions linguistiques entre elles et résolution des problèmes de traduction de manière cohérente.
6. Tester l'instrument sur un petit groupe de patients afin de tester la version harmonisée (langue cible), et de vérifier la compréhension et la pertinence de la traduction.
7. Révision finale de la traduction pour corriger toute erreur typographique, grammaticale ou autre.

Enfin, il nous a semblé judicieux d'ajouter des questions concernant deux items très importants en rapport avec la satisfaction : la qualité relationnelle avec le personnel (administratif et soignant) et la volonté de recommander le service. (**Annexe 3**)

2.7 Prétest

Nous avons réalisé un test sur une période de 6 jours repartis sur 2 semaines. Il nous a permis de mettre en évidence et de corriger différents problèmes rencontrés :

- Par les enquêteurs dans le contexte du service des urgences au centre de soins dentaires pour optimiser le déroulement de l'enquête.
- Par les patients pour que l'ensemble du questionnaire soit compréhensible de façon à pouvoir le remplir de manière optimale.

2.8 Analyse des données

Les données ont été saisies par le même opérateur (IA) sur le logiciel Microsoft Excel 2019. Après réalisation de tableaux croisés dynamiques à partir du « questionnaire de saisie » et du nettoyage de la base de données, une analyse univariée descriptive des données a été réalisée dans un premier temps.

Les données ont été aussi analysées (analyses bivariées) grâce au logiciel XLSTAT. La pertinence de certains facteurs a été ensuite testée à l'aide du test de comparaison des moyennes (test t de Student) ou du test de comparaison des variances (test ANOVA).

Afin d'étudier l'association entre des variables qualitatives non appariées, nous avons utilisé un test du Chi-2.

Pour le questionnaire de satisfaction, les réponses étaient organisées selon une échelle de Likert à cinq modalités. Pour chaque question, le patient pouvait exprimer son degré d'accord sur une échelle de réponse à 5 modalités :

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pour faciliter l'analyse, une valeur de 1 à 5 a été attribuée à chaque réponse selon la formulation de la question (formulation à sens défavorable (négative), ou formulation à sens favorable (positive) . Les scores les plus élevés montrent une plus grande satisfaction.

Chapitre 3 : Résultats

La répartition de la population incluse dans notre étude est présentée dans la figure 1.

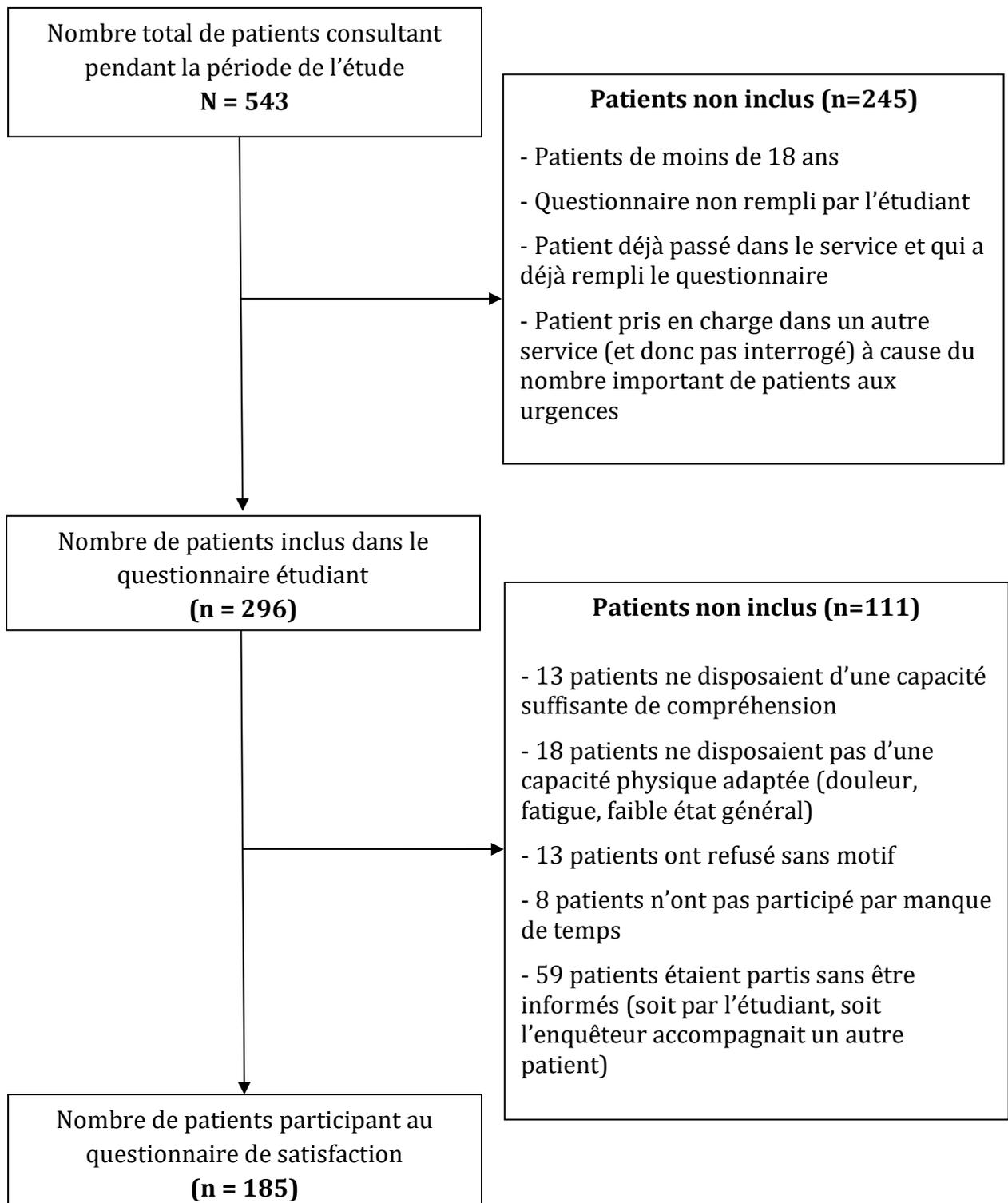


Figure 1 : Population de l'étude

3.1 Première partie : état médical du patient et sa prise en charge

3.1.1 Nombre total de patients (N)

La population de notre enquête est composée de 296 patients : 155 femmes (52,4%) et 141 hommes (47,6 %). Le tableau 2 montre le nombre et le pourcentage des patients en fonction du sexe.

Tableau 2 : Nombre et répartition hommes / femmes

Sexe	Nombre	%
Hommes	141	47,6
Femmes	155	52,4
Total	296	100

L'âge moyen des patients est de 46,5 ans (ET = 18,4). L'âge moyen des hommes est de 47,1 ans (écart-type 18,08), et celui des femmes est de 45,9 ans (ET = 18,7) ($p > 0,05$). La répartition des patients selon l'âge a été réalisée en 5 tranches d'âges. Le tableau 3 montre la répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du sexe. La tranche d'âge la plus représentée, et ce pour les hommes et les femmes, est celle des 18-29 ans (25 %) et la tranche d'âge la moins représentée est celle des 60-69 ans (9,8%) (Figures 3 et 4).

Tableau 3 : Nombre de patients par tranche d'âge et en fonction du sexe

	Femmes	Hommes	Total
18 – 29 ans	41	33	74
30 – 39 ans	24	26	50
40 – 49 ans	23	21	44
50 – 59 ans	25	20	45
60 – 69 ans	15	14	29
70 ans ≤	27	27	54
	155	141	296

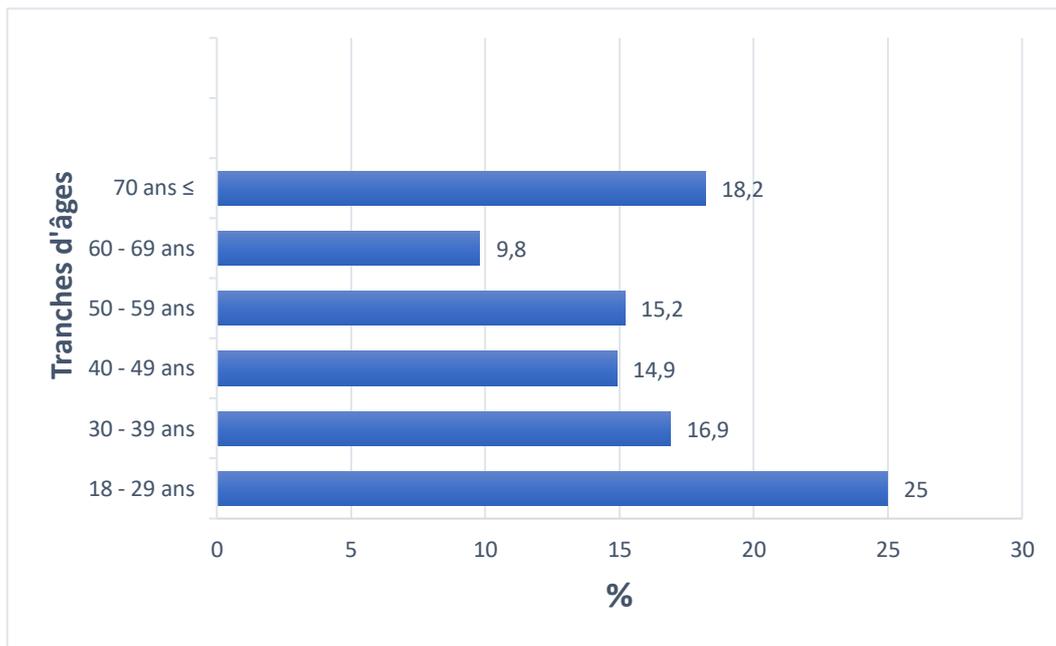


Figure 3 : Répartition de la population en fonction des différentes tranches d'âges (%)

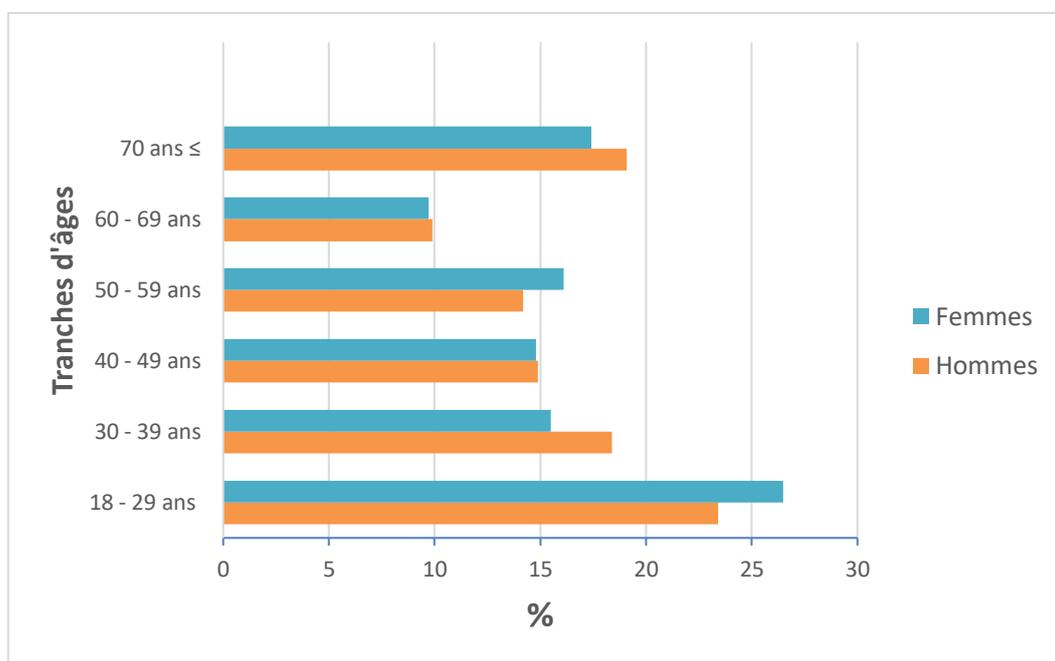


Figure 4 : Répartition de la population en fonction des différentes tranches d'âges et du sexe (%)

3.1.2 Etat de santé générale

3.1.2.1 Pathologies générales

Sur les 296 patients consultants, 108 patients (36,5%) présentaient une ou plusieurs pathologies générales (Figure 5). La répartition des patients avec des pathologies générales en fonction du sexe montre que ces affections étaient plus fréquentes chez les femmes ($p < 0,0001$). Parmi les 155 patientes consultantes, 66 (soit 42% des femmes) présentaient une ou plusieurs pathologies générales. Parmi les 141 patients consultants, 42 (soit 30% des hommes) présentaient une ou plusieurs pathologies générales. Le tableau 4 présente le nombre et la répartition des patients en fonction de la présence ou non de pathologie générale et du genre.

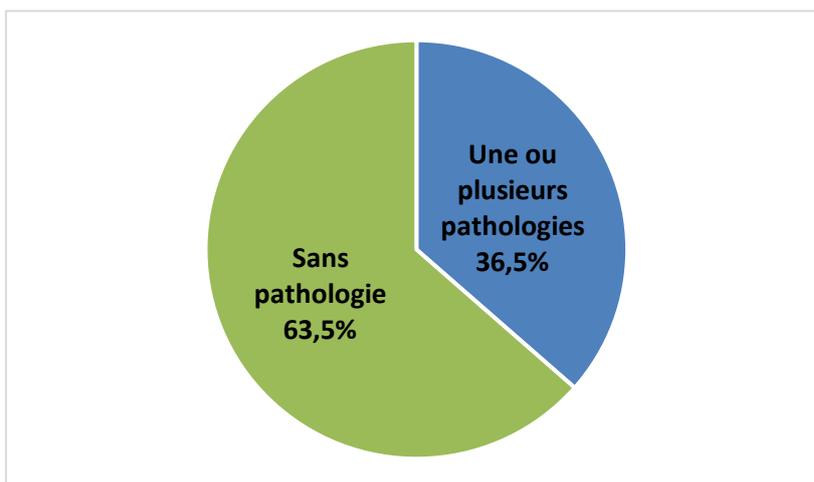


Figure 5 : Répartition de la population en fonction de la présence ou non de pathologie(s) générale(s) (%)

Tableau 4 : Nombre et répartition en fonction de la présence ou non de pathologie(s) générale(s) et du sexe (%)

	Hommes n (%)	Femmes n (%)	Total
Une ou plusieurs pathologies	42 (30%)	66 (42%)	108
Sans pathologie	99 (70%)	89(58%)	188
Total	141 (100 %)	155 (100 %)	296

Nous constatons qu'il existe une relation significative entre l'âge des patients et la présence des pathologies générales ($p < 0,0001$). Plus les patients sont âgés et plus ils ont tendance à être atteints (Figure 6). 21% des patients de moins de 50 ans présentent une ou plusieurs pathologies générales alors que 51 % des patients de plus de 50 ans présentent une ou plusieurs pathologies générales.

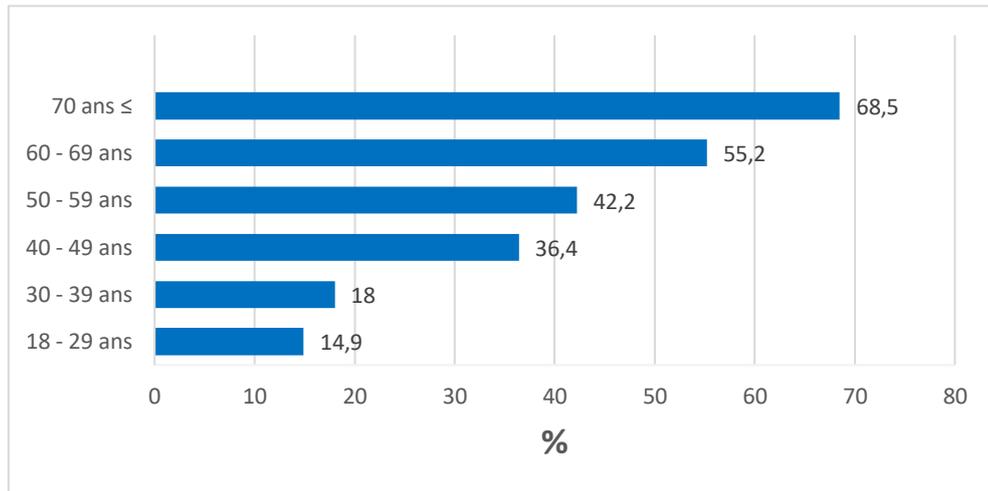


Figure 6 : Pourcentages des patients avec une ou plusieurs pathologies générales en fonction de l'âge

Chez les 108 patients présentant une ou plusieurs pathologies générales, les pathologies cardiovasculaires représentent les affections les plus fréquentes. La Figure 7 montre la répartition des patients en fonction de la présence ou non et des différentes pathologies générales.

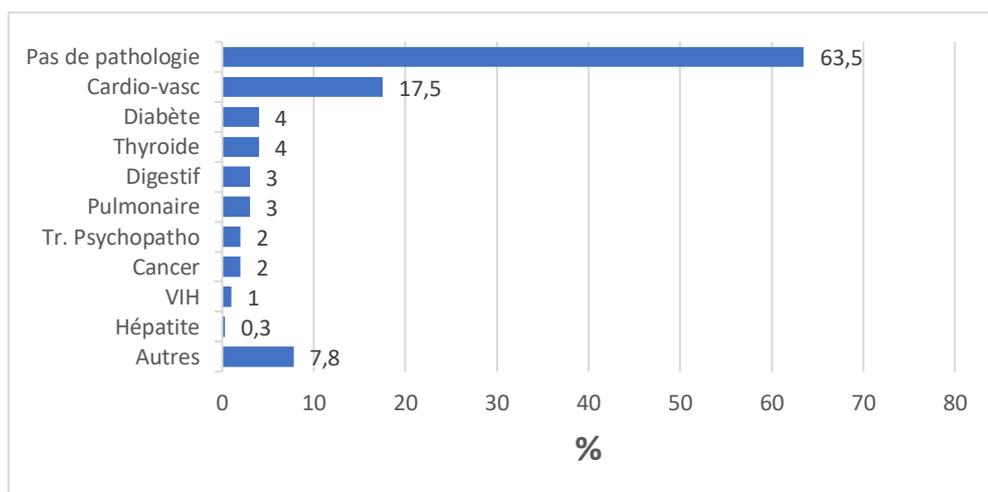


Figure 7 : Répartition des patients selon les pathologies générales (%)

3.1.2.2 Allergies

Sur les 296 patients consultants, 45 patients (15,2%) présentent une ou plusieurs allergies. 13 patients (4,4%) présentent une allergie aux antibiotiques (ATB), 6 patients (2%) sont allergiques au latex et un patient est allergique à l'iode. 25 patients (9,1%) présentent une autre allergie (Figure 8).

Le tableau 5 montre le nombre et la répartition des patients en fonction de la présence ou non d'allergie et du type d'allergie

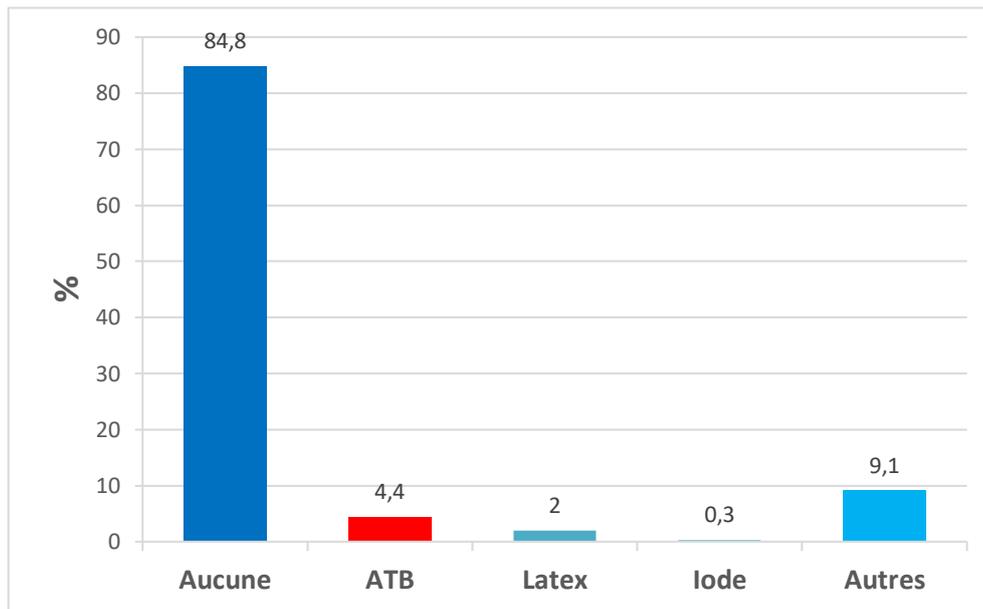


Figure 8 : Répartition de la population en fonction de la présence/absence d'allergie et en fonction du type d'allergie (%)

Tableau 5 : Nombre de patients en fonction de la présence ou non d'allergie et en fonction du type d'allergie

	Sans allergie	ATB	Latex	Iode	Autres
Femmes	123	10	6	1	17
Hommes	128	3	0	0	10
Total	251	13	6	1	27
Total (%)	84,8	4,4	2,0	0,3	9,1

La répartition des patients allergiques en fonction du sexe montre que le nombre des femmes qui présentent une ou plusieurs allergies est plus important que celui des hommes ($p < 0,05$). 32 femmes (71,1%), et 13 hommes (28,9%) présentent une ou plusieurs allergies (Tableau 4 et Figure 9).

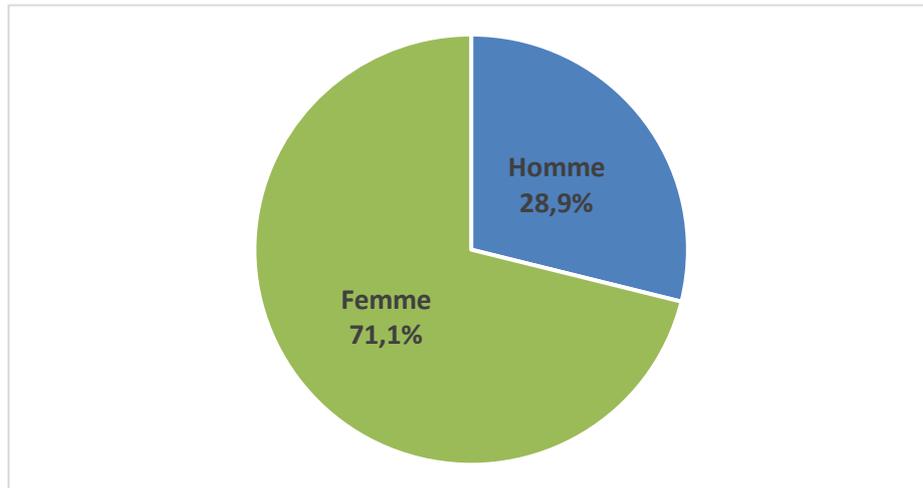


Figure 9 : Répartition des patients allergiques en fonction du sexe

3.1.3 Motif de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquents sont : la douleur pour 170 patients (57,4%), la perte de restauration ou de couronne pour 61 patients (20,6%), l'infection pour 43 patients (14, 5%) (Figure 10).

L'analyse des motifs de consultation en fonction de l'âge et du sexe montre que, quels que soient l'âge et le sexe, le principal motif de consultation s'avère être aussi la douleur (Figures 11, 12).

Par ailleurs, la douleur représente le motif principal pour la grande majorité des patients âgés de moins de 30 ans (82,4%). Pour les patients entre 30 et 60 ans, la douleur est le motif principal de consultation dans plus de 50% des cas tandis qu'elle est le motif principal de consultation pour moins de 50% des cas pour les patients âgés de plus de 60 ans (Figure 12).

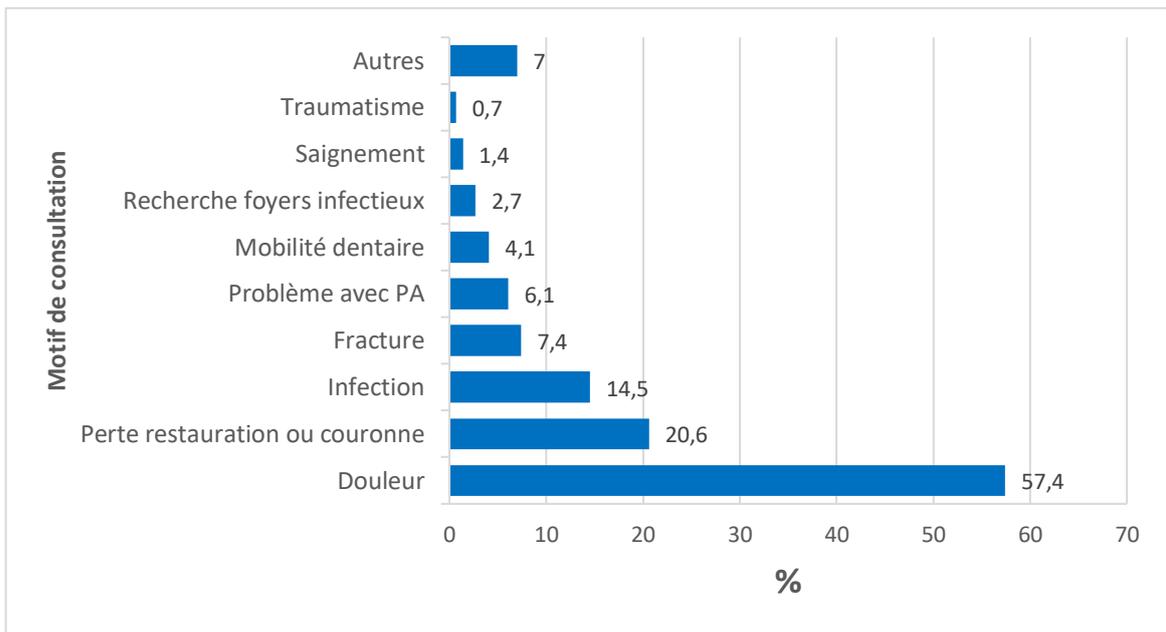


Figure 10 : Répartition de la population en fonction du motif de consultation (%)

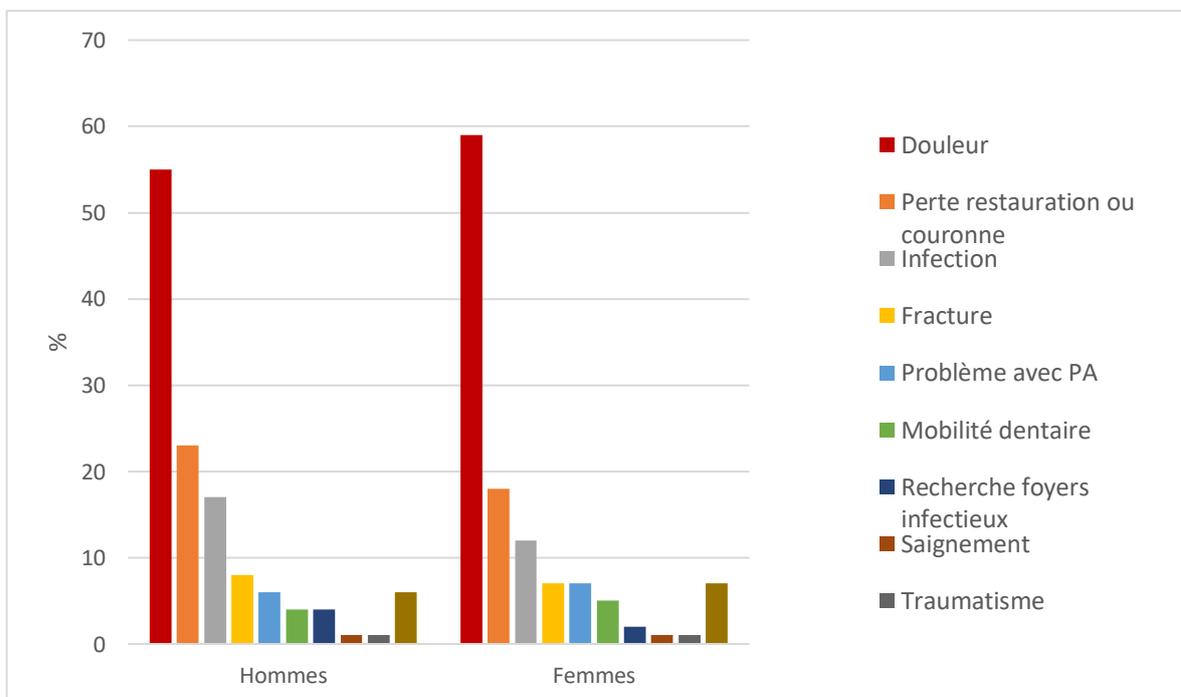


Figure 11 : Motifs de consultation en fonction du sexe (%)

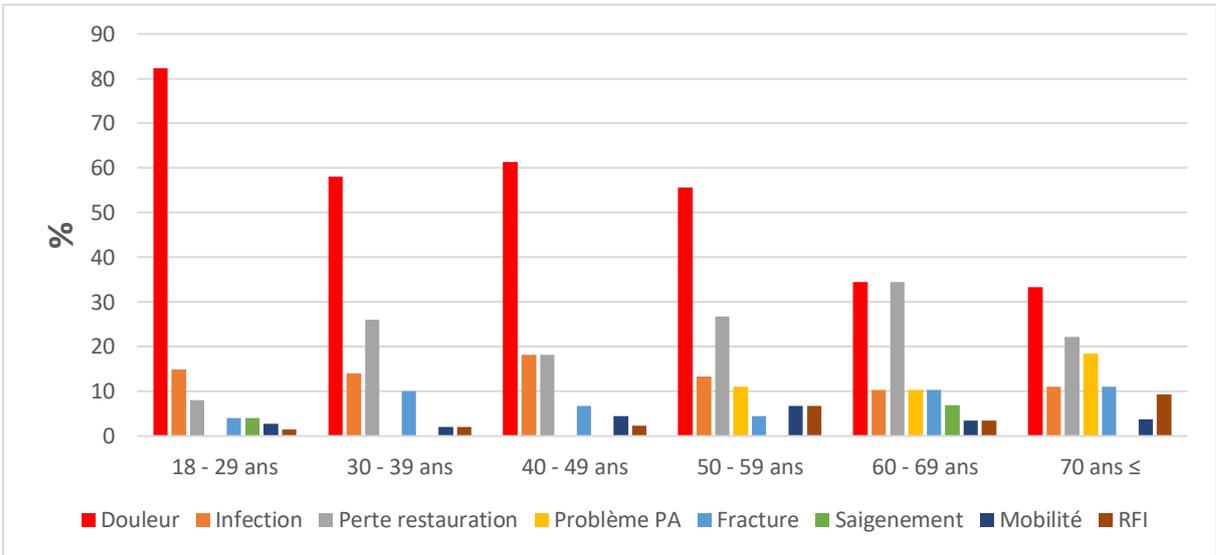


Figure 12 : Motif de consultation en fonction de l'âge (%)

3.1.4 Douleur (EVA)

Comme nous venons de le voir, lors de la consultation, sur 296 patients consultants, 188 (63,5%) présentent une douleur. 91 patients (30,7%) présentent une douleur d'une intensité moyenne (4-7), 60 patients (20,3%) se présentent avec une douleur d'une intensité importante (8-10) (Figure 13).

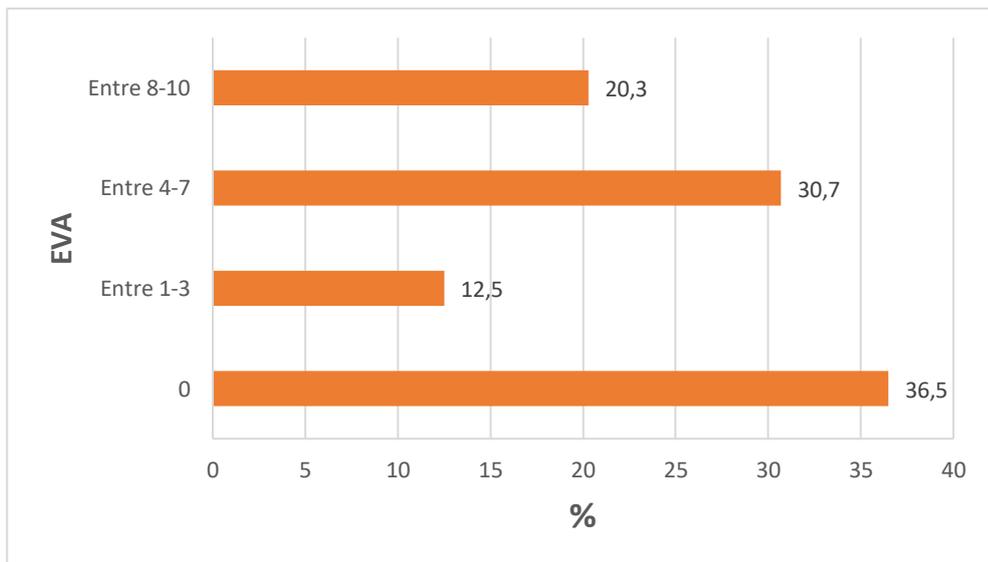


Figure 13 : Répartition des patients en fonction de l'absence/présence de douleur et de son intensité selon l'EVA (%)

3.1.5 Prise en charge

3.1.5.1 Actes thérapeutiques

Sur les 296 patients consultants, au moins un geste technique thérapeutique a été réalisé pour 202 patients (soit 68,2%) et aucun geste réalisé pour 94 patients (soit 31,8%) (Figure 14)

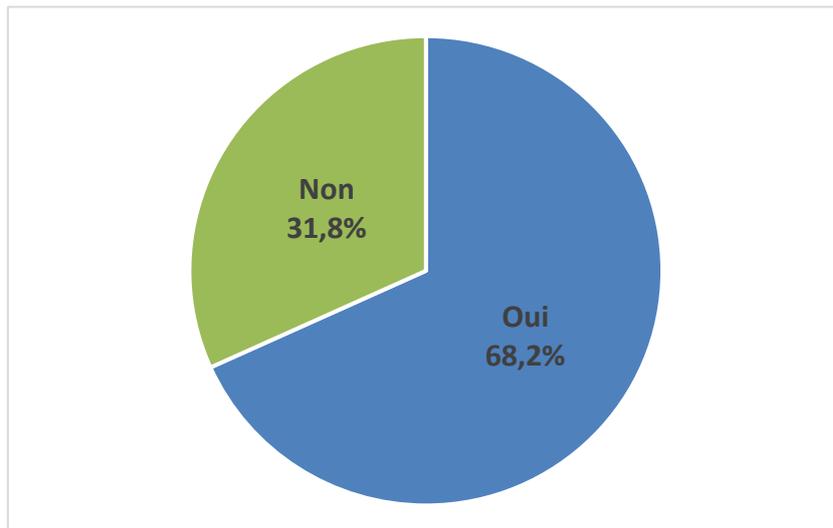


Figure 14 : Répartition de la population en fonction de la réalisation ou non d'un geste technique thérapeutique (%)

Les données montrent que le pourcentage des actes thérapeutiques réalisés varie selon le motif de consultation (entre 39,5% en cas d'infection et 90,3 % en cas de perte d'une restauration ou d'une couronne) (Figure 15).

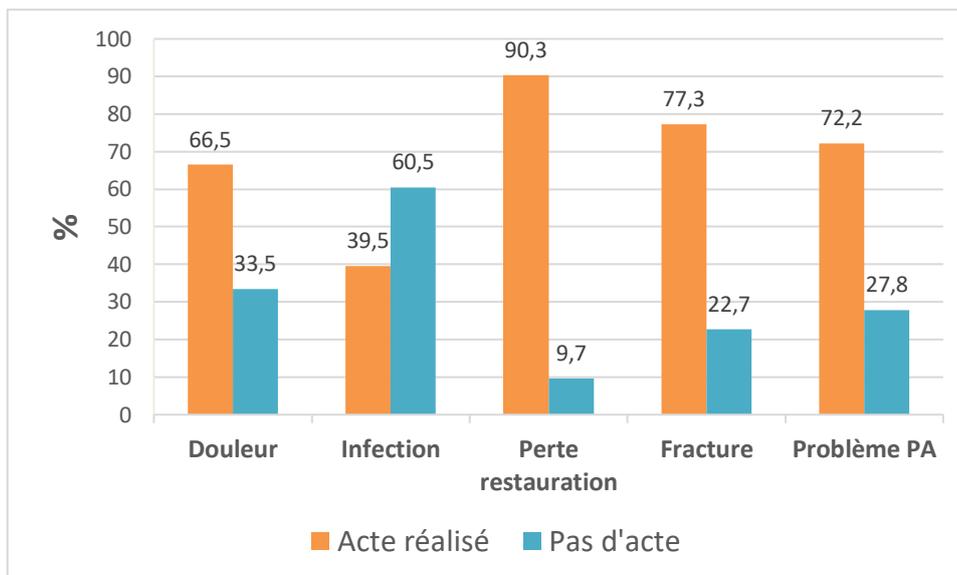


Figure 15 : Proportions de gestes réalisés et non réalisés en fonction du motif de consultation (%)

3.1.5.2 Prescription

Sur les 296 patients consultants, 137 patients (46%) sont repartis avec une prescription (prescription médicamenteuse pour 127 patients, soit 43% et prescription radiologique pour 10 patients, soit 3%) (Figure 16).

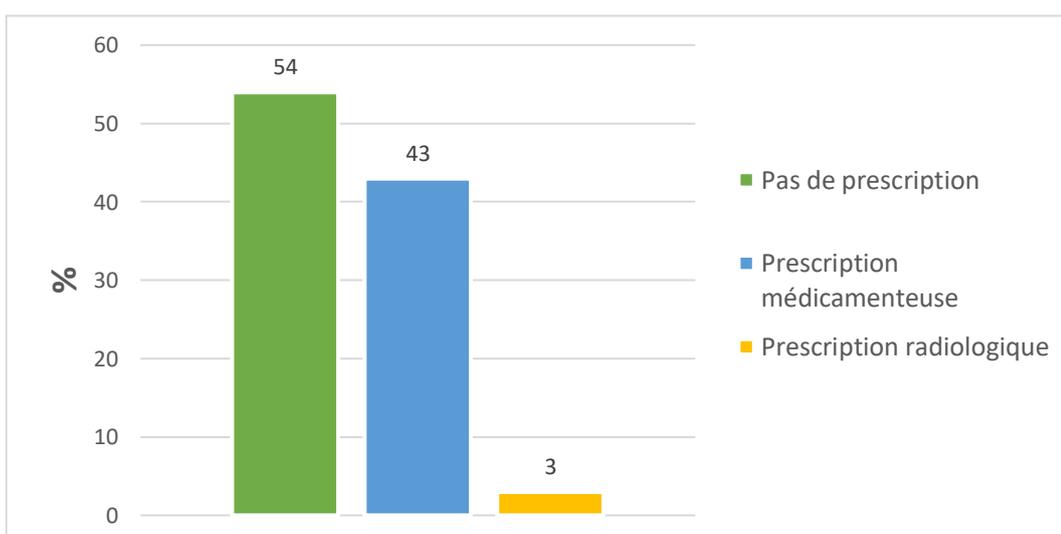


Figure 16 : Proportions des patients ayant eu ou non une prescription médicale (%)

Pour les 127 patients qui sont repartis avec une prescription médicamenteuse, les principales prescriptions sont les antalgiques (31% des patients), les ATB (28% des patients), le bain de bouche (20,4% des patients) et les anti- inflammatoires (2% des patients). Les autres prescriptions concernent les prescriptions radiologiques et d'autres prescriptions (NFS, HbA1c, brosse à dent et brossettes interdentaires, ...) (figure 17).

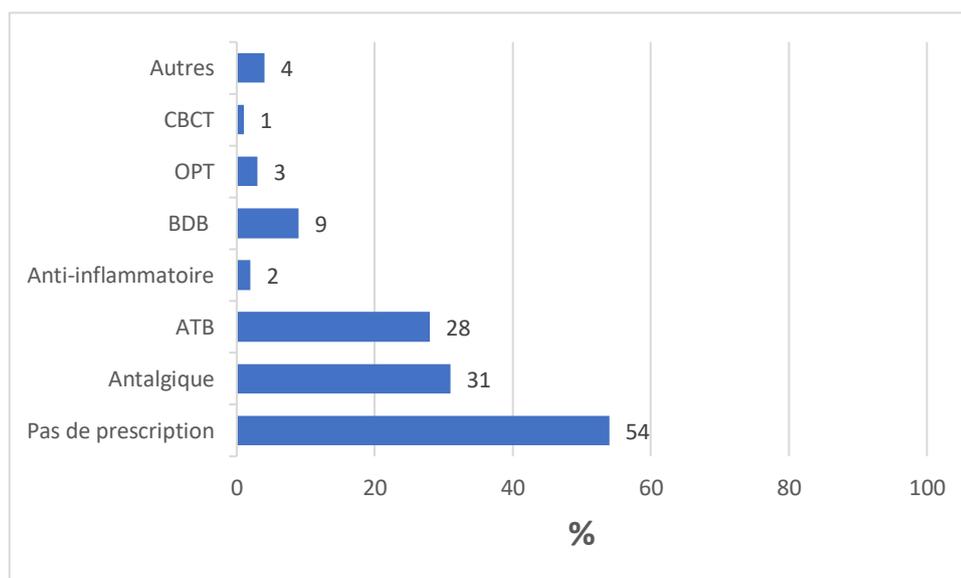


Figure 17 : Répartition des patients en fonction du type de prescription (%)

Nous avons constaté plusieurs modalités de prise en charge (Figure 18) :

- Acte thérapeutique réalisé sans prescription médicamenteuse (47%)
- Acte thérapeutique réalisé avec prescription médicamenteuse (22%)
- Prescription médicamenteuse et pas d'acte thérapeutique (18%)
- Pas d'acte thérapeutique ni de prescription médicamenteuse (13%)

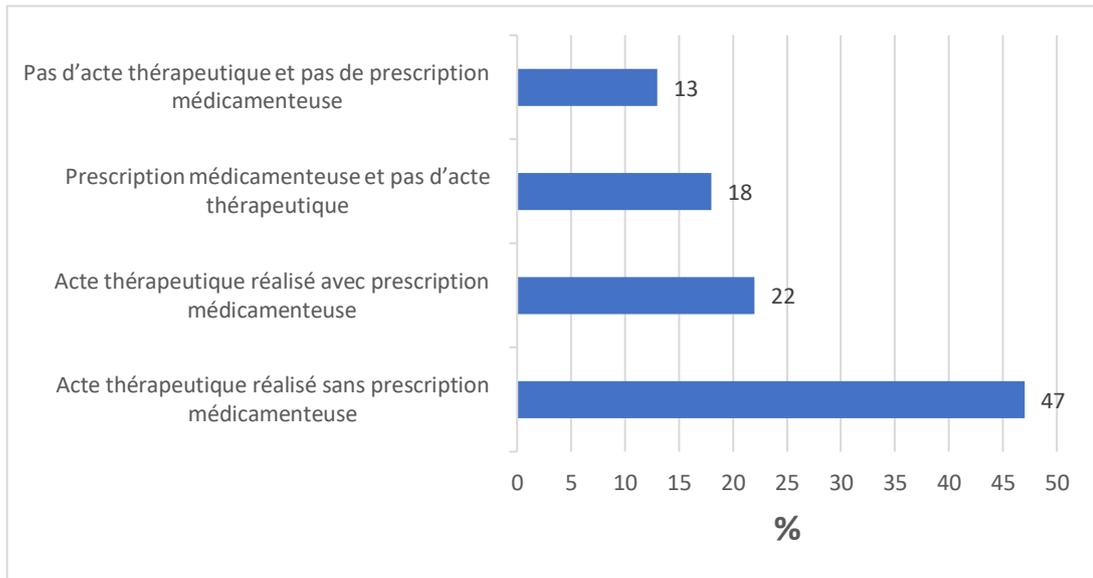


Figure 18 : Modalités de prise en charge (%)

3.1.6 Besoins en soins

Sur les 296 patients consultants, nous avons constaté la présence d'un ou de plusieurs besoins en soins évoqués par les étudiants chez la majorité des consultants (260 patients soit 88%). Deux types de traitement étaient nécessaires chez 28% des patients, tandis que 8 % des patients avaient besoin de 3 types de soins.

Le total est supérieur à 100% car les patients ont le plus souvent besoin de plusieurs soins de différentes natures.

Le tableau 6 montre la répartition des patients en fonction de leurs besoins en soins et du sexe.

Tableau 6 : Nombre et répartition des patients en fonction de leurs besoins en soins et du genre

	Aucun besoin	Chirurgie	OCE	Paro	Prothèse	Occluso
Hommes (n)	12	46	60	27	55	2
Femmes (n)	24	37	63	24	45	3
Total (n)	36	83	123	51	100	5
Total (%)	12	28	42	17	34	2

Par ailleurs, 123 patients (42%) nécessitaient au moins d'un soin conservateur (OCE) et 100 patients (34%) avaient des besoins en soins prothétiques. Dans 28% des cas, une chirurgie était nécessaire et 17% des patients étaient concernés par des traitements parodontaux (Figure 19).

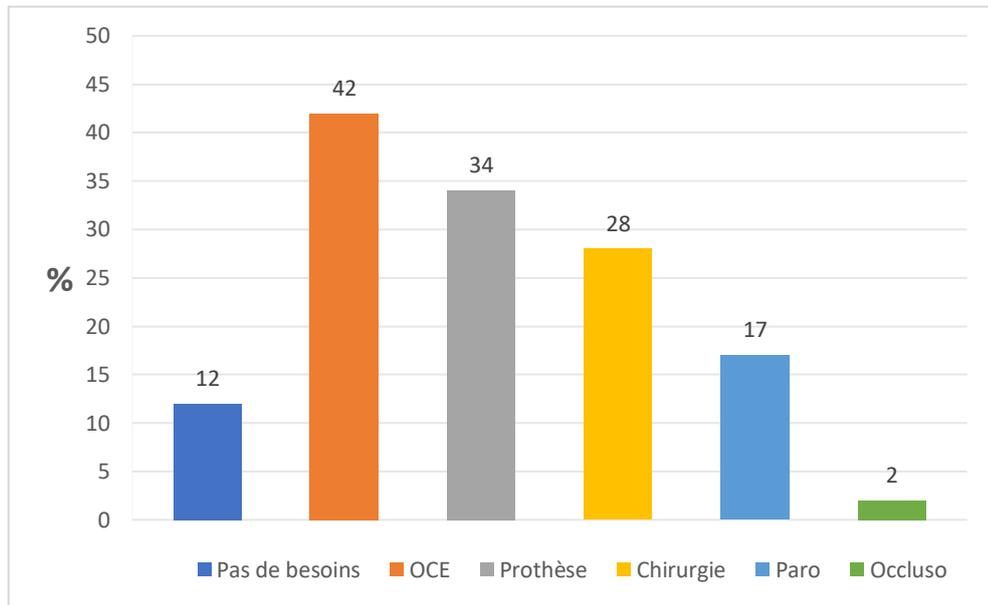


Figure 19 : Répartition des patients en fonction de leurs besoins en soins (%)

Cette tendance de la répartition des besoins en soins est similaire pour les hommes et les femmes ($p > 0.05$) (Figure 20).

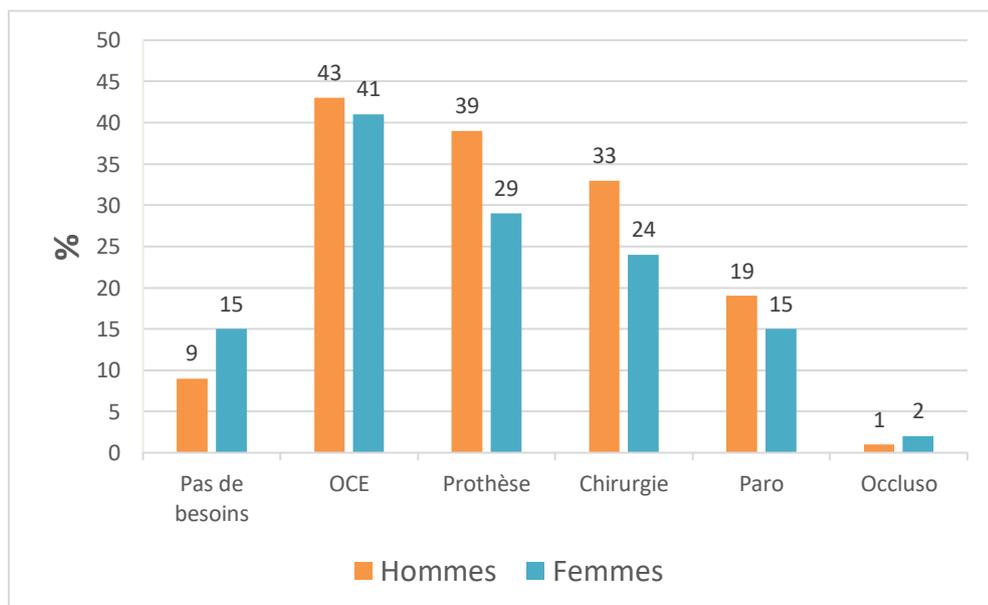


Figure 20 : Répartition des besoins en soins en fonction du genre (%)

Concernant les besoins en soins en fonction de l'âge, le besoin en soins conservateurs est plus important pour les moins de 50 ans (entre 47,7% et 51,4%) et devient moins important chez les plus de 70 ans (18,5%). Le besoin en soins prothétique est moins marqué chez les moins de 30 ans (12,2%) et devient plus important pour les plus de 70 ans (55,6%) (Figure 21).

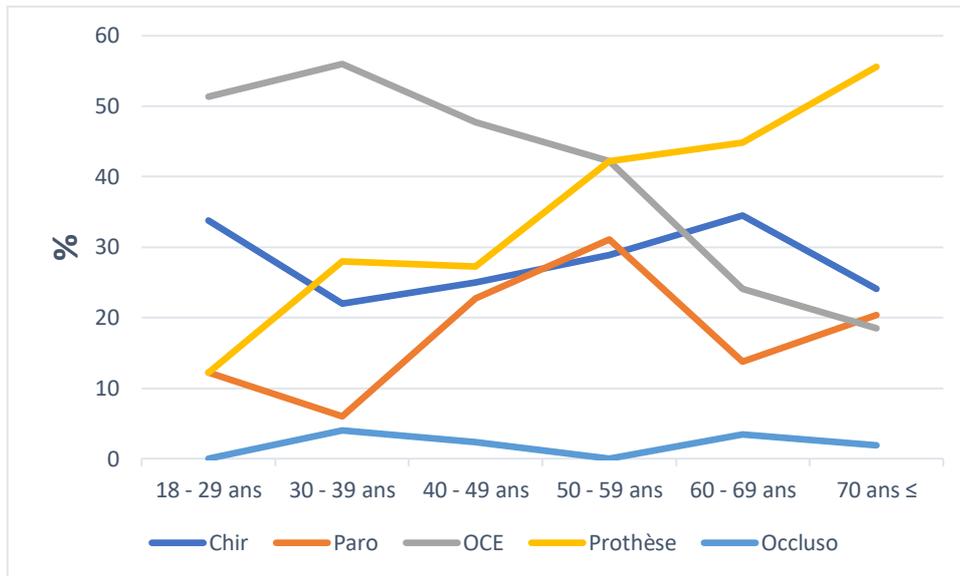


Figure 21 : Répartition des besoins en soins en fonction de l'âge (%)

3.1.7 Suite d'urgence

Sur 296 patients consultants, 144 patients (49%) ont un rendez-vous fixé à la suite de la consultation d'urgence. 22 patients (7%) reconsultent le service des urgences et 22 patients (7%) souhaitent demander un rendez-vous pour des soins. 55 patients (19%) ont consulté le service des urgences mais comptent retourner voir leur dentiste traitant par la suite. Pour 53 patients (soit 18%), aucune suite n'a été indiquée (Figure 22).

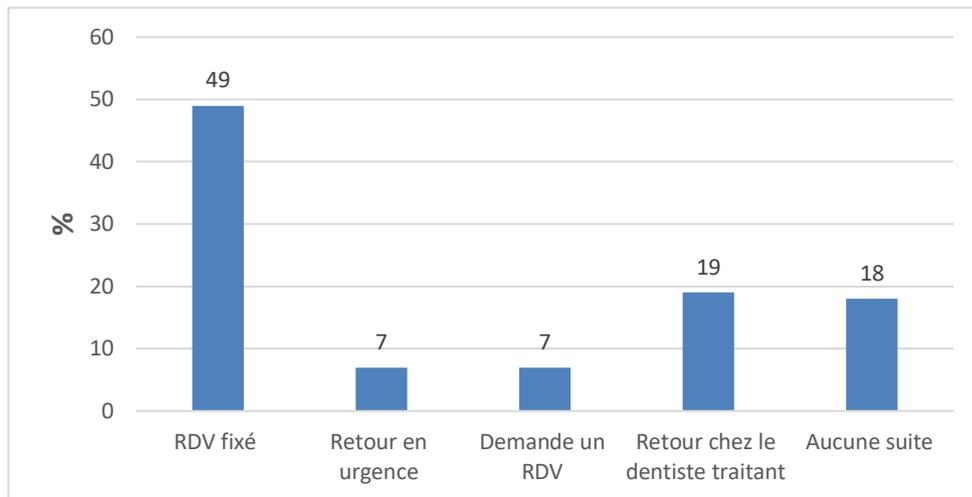


Figure 22 : Répartition des patients en fonction des suites d'urgence (%)

3.2 Deuxième partie : Questionnaire de satisfaction

3.2.1 Données sociodémographiques

3.2.1.1 Nombre de patients participants

Notre population était composée de 185 patients, ayant tous accepté de répondre à notre questionnaire de satisfaction : 98 femmes (53%) et 87 hommes (47%). Le tableau 7 montre le nombre et la répartition des patients en fonction du sexe.

Tableau 7 : Nombre et répartition hommes/femmes

Sexe	Nombre	%
Hommes	87	47
Femmes	98	53
Total	185	100

L'âge moyen des patients est de 46,01 ans (ET : 18,6). L'âge moyen des hommes est de 45,9 ans (ET : 18) et celui des femmes est de 46 ans (ET : 19,5). La répartition des patients selon l'âge a été réalisée en 5 tranches d'âge. Le tableau 8 représente la répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du genre. La tranche d'âge la plus représentée, pour les hommes comme pour les femmes, est celle des 18-29 ans (28 %) et la tranche d'âge la moins représentée est celle des 60-69 ans (11%) (Figure 23).

Tableau 8 : Nombre de patients par tranche d'âge et en fonction du sexe

	Hommes	Femmes	Nombre
18 – 29 ans	23	28	51
30 – 39 ans	14	13	27
40 – 49 ans	13	13	26
50 – 59 ans	15	15	30
60 – 69 ans	8	13	21
≥ 70 ans	14	16	30
Total	87	98	185

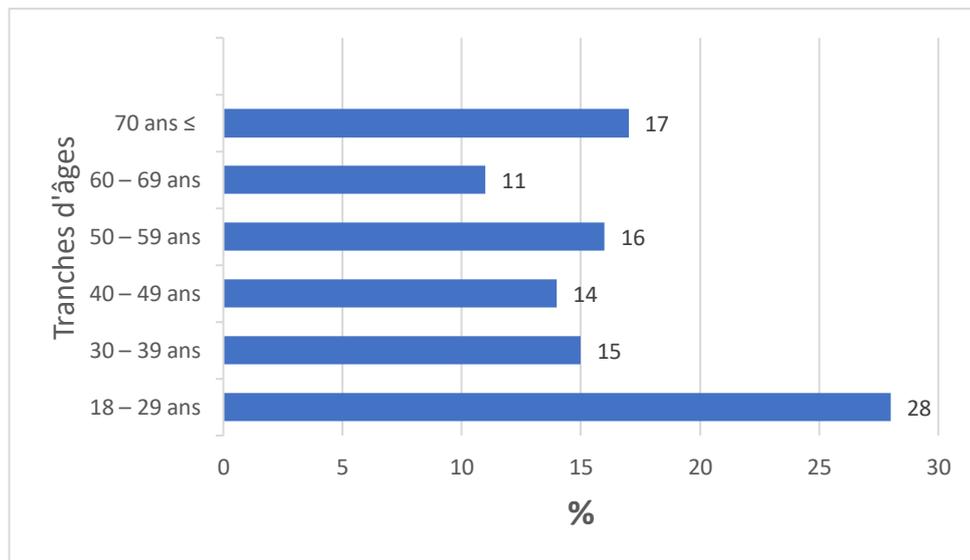


Figure 23 : Répartition de la population en fonction des différentes tranches d'âges (%)

3.2.1.2 Lieu de résidence

La grande majorité des patients vient de Toulouse et de son département (81 %). 10 % des patients se déplacent d'autres départements de l'Occitanie et 9% des patients viennent d'une autre région (Figure 24). Le Tableau 9 montre la répartition des patients en fonction du lieu de résidence et du sexe.

Tableau 9 : Nombre des patients en fonction du lieu de résidence et du sexe

Lieu de résidence	Hommes	Femmes	Nombre
Toulouse	54	63	117
Haute - Garonne	20	14	34
Occitanie	5	13	18
Autres	8	8	16
Total	87	98	185

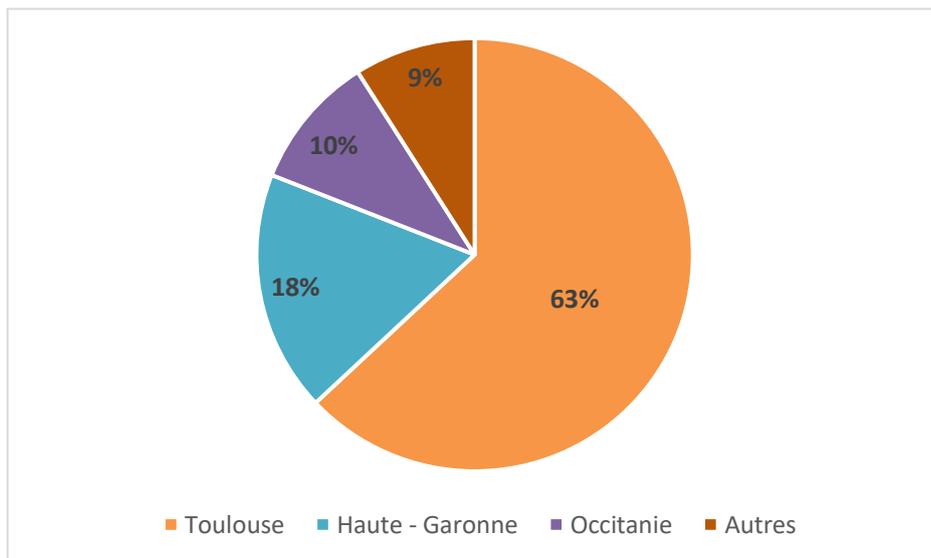


Figure 24 : Répartition de la population en fonction du lieu de résidence (%)

3.2.1.3 Statut professionnel

Le tableau 10 montre la répartition du nombre de patients en fonction du statut professionnel. 49% des patients répondant ont une activité professionnelle. 24% sont des personnes retraitées. 26% des patients sont sans activité professionnelle (14% des patients sont sans emploi et 12% sont étudiants) (Figure 25).

Tableau 10 : Nombre de patients en fonction du statut professionnel et du sexe

Statut professionnel	Hommes	Femmes	Nombre
Actif	53	38	91
Sans emploi	8	18	26
Etudiant(e)	6	17	23
Retraité(e)	20	25	45
Total	87	98	185

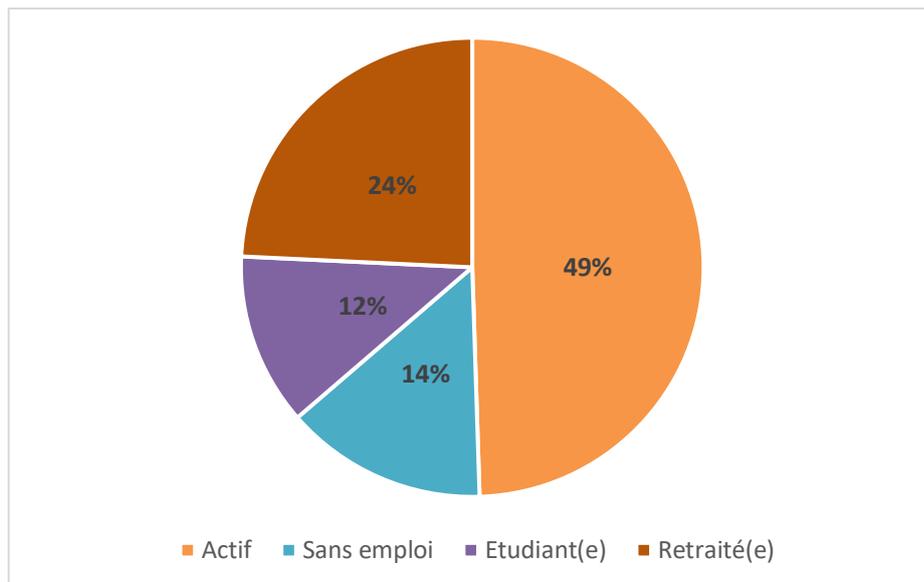


Figure 25 : Répartition de la population en fonction du statut professionnel (%)

3.2.1.4 Couverture sociale

80% des patients appartiennent au régime général.

Les patients bénéficiant de la CMU représentent 17% de la population de l'enquête de satisfaction, les patients ayant l'AME 2%. Les patients appartenant au régime PASS ne représentent qu'à 1% (Figure 26). Le tableau 11 montre la répartition des patients en nombre en fonction de couverture sociale et du genre.

Tableau 11 : Répartition des patients en fonction du type de couverture sociale et du sexe

Couverture sociale	Hommes	Femmes	Nombre
Générale	70	78	147
CMU	13	19	32
AME	2	1	3
PASS	1	0	1
Aucune couverture	1	0	1
Total	87	98	185

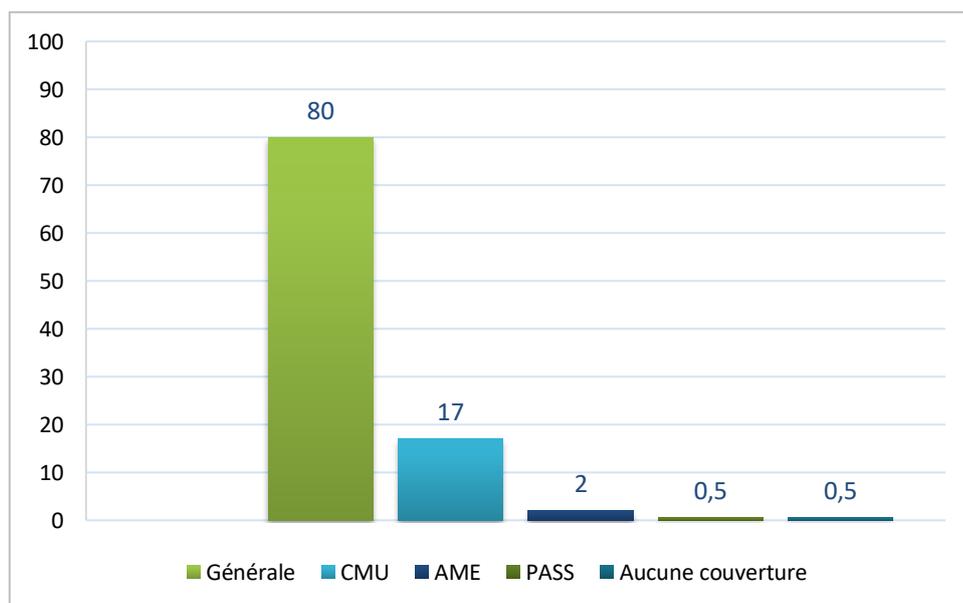


Figure 26 : Répartition de la population en fonction du type de couverture sociale (%)

3.2.1.5 Dentiste traitant en ville

Le tableau 12 montre le nombre de patients ayant ou non un dentiste traitant en ville. 57% des patients n'ont pas de chirurgien-dentiste traitant (Figure 27).

Tableau 12 : Nombre de patients ayant ou non un dentiste traitant en ville

Dentiste traitant en ville	Hommes	Femmes	Nombre
Oui	43	37	80
Non	44	61	105
Total	87	98	185

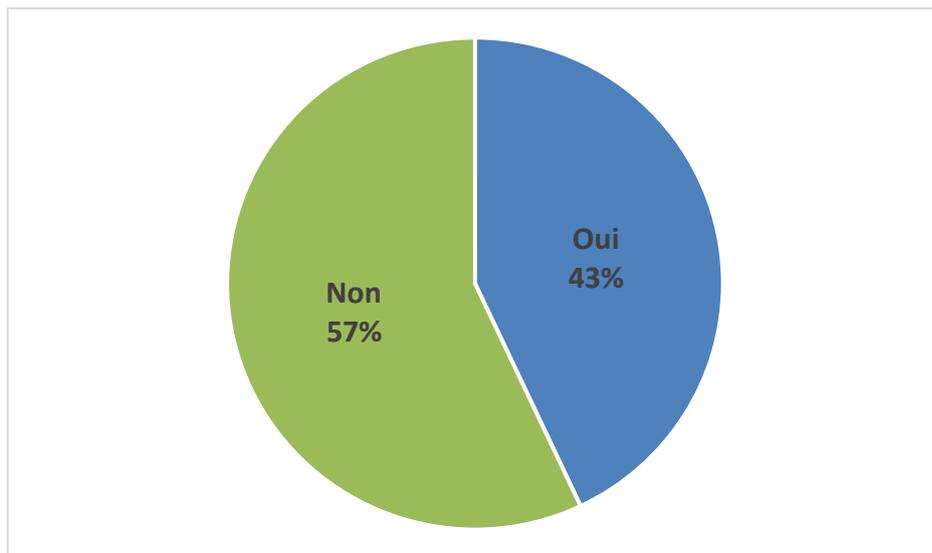


Figure 27 : Pourcentage de la population ayant ou non un dentiste traitant en ville (%)

3.2.1.6 Primo consultation au service des urgences

58 % des patients inclus dans notre étude consultaient pour la première fois. Le tableau 13 présente le nombre de patients consultant pour la première fois.

Tableau 13 : Nombre et répartition des patients consultant pour la première fois

Primo consultation	Hommes	Femmes	Nombre	%
Oui	57	50	107	58
Non	30	48	78	42
Total	87	98	185	100

3.2.2 Satisfaction des patients (Annexe 3)

La répartition des réponses au questionnaire est représentée dans la figure 29.

Dans un objectif de simplification, les résultats du questionnaire de satisfaction sont traités et exposés par dimension.

3.2.2.1 Attitude entre les personnes (relation humaine)

Les patients étaient interrogés sur le respect à leur égard lors de la consultation.

Les réponses montrent que 100% des patients trouvent que les étudiants traitent leurs patients avec respect.

Interrogés sur l'attitude des personnels, la majorité des patients (entre 94% et 99,5%) trouvent que le personnel d'accueil (94%), les étudiants (99,5%) et les encadrants (95,7%) sont aimables et à l'écoute.

3.2.2.2 Qualité des soins

1 / La première question concerne la satisfaction globale des patients.

Seulement 40% des patients interrogés sont globalement satisfaits de la prestation des soins au service des urgences. 30,3% des patients pensent que certains aspects des soins au service des urgences pourraient être meilleurs.

2 / Les patients étaient ensuite interrogés sur plusieurs items qui concernent la qualité de la prise en charge :

- 95,7% des patients estiment que les étudiants réalisent un examen complet lors de la consultation.
- 73% des patients pensent que les étudiants sont aussi minutieux qu'ils devraient l'être.
- Interrogés sur les informations données par les étudiants, 78,9% des patients trouvent que les étudiants prennent le temps pour donner des explications sur le traitement.
- Cependant, seulement 47,6 % des patients déclarent que les étudiants font ce qu'il faut concernant la prévention des problèmes dentaires.
- Concernant la prise en charge de la douleur, 14,1% des patients pensent que les étudiants devraient faire plus pour réduire la douleur.

En ce qui concerne l'anticipation douloureuse, 60,5% des patients déclarent ne pas avoir peur d'avoir mal lors des soins au centre de soins dentaires.

55% des patients déclarent que la crainte de la douleur n'est pas un motif pour éviter la consultation chez le dentiste.

Néanmoins, 29,2 % des patients disent que, parfois, ils évitent d'aller consulter par crainte d'avoir mal lors des soins.

Les patients étaient interrogés sur l'efficacité des soins réalisés par les étudiants.

71,9 % des patients pensent que les étudiants sont capables de soulager ou de guérir la plupart des problèmes que les patients ont.

3.2.2.3 Accès aux soins

Concernant l'accessibilité et la commodité, nous avons interrogé les patients sur plusieurs items : temps d'attente en salle, facilité d'accès géographique, délai pour avoir un RDV.

Seulement 39,5% des patients trouvent que le temps d'attente en salle n'est pas long versus 33,5 % qui déclarent attendre trop longtemps avant d'être installés et pris en charge (27% n'expriment pas un avis sur le temps d'attente).

42,2 % des patients déclarent qu'il n'est pas difficile d'obtenir un RDV pour des soins versus 19,9 % qui déclarent une certaine difficulté.

83,8% des patients pensent que le centre de soins dentaire est bien situé.

Nous avons interrogé les patients sur la disponibilité des professionnels sur leur lieu d'habitation. 17,9 % des patients déclarent que le manque de professionnels sur leur lieu d'habitation, est une des raisons pour lesquelles ils consultent au centre de soins dentaires.

Les patients étaient interrogés sur le fait de revoir le même étudiant lors des soins. Seulement 20 % des patients déclarent revoir le même étudiant lors de soins dentaires.

Interrogés sur les horaires d'ouverture du centre de soins dentaires, 82 % des patients pensent que les horaires d'ouverture sont plutôt adaptés.

3.2.2.4 Environnement

Les patients étaient interrogés sur l'équipement du centre de soins.

Seulement 36,3 % des patients trouvent que le centre de soins dentaires et son plateau technique sont très modernes versus 63,7 % qui ne partagent pas cet avis.

3.2.2.5 Aspect économique

Les patients étaient interrogés sur l'aspect financier.

30,2% des patients trouvent que les tarifs au centre de soins dentaires ne sont pas trop élevés.

49,2% pensent que les étudiants évitent aux patients les dépenses inutiles, versus 50,8 % qui ne sont pas d'accord avec cette affirmation.

3.2.2.6 Recommander le service de soins dentaires

94% des patients déclarent vouloir recommander le CSD à leur entourage.

3.2.2.7 Commentaires libres

Nous avons donné aux patients la possibilité de faire des commentaires libres s'ils le souhaitaient.

Ces commentaires concernaient les points suivants :

- Satisfaction globale de la prise en charge
- Temps d'attente trop long :
 - A l'accueil pour les démarches admiratives
 - En salle d'attente

- Sur le fauteuil en attendant l'arrivée de l'encadrant ou pour aller chercher les matériels
- Demande de prise en charge plus rapide si le motif de consultation est la douleur
- Non existence de la prise en charge des urgences le soir et le WE
- Matériels à moderniser (fauteuils)

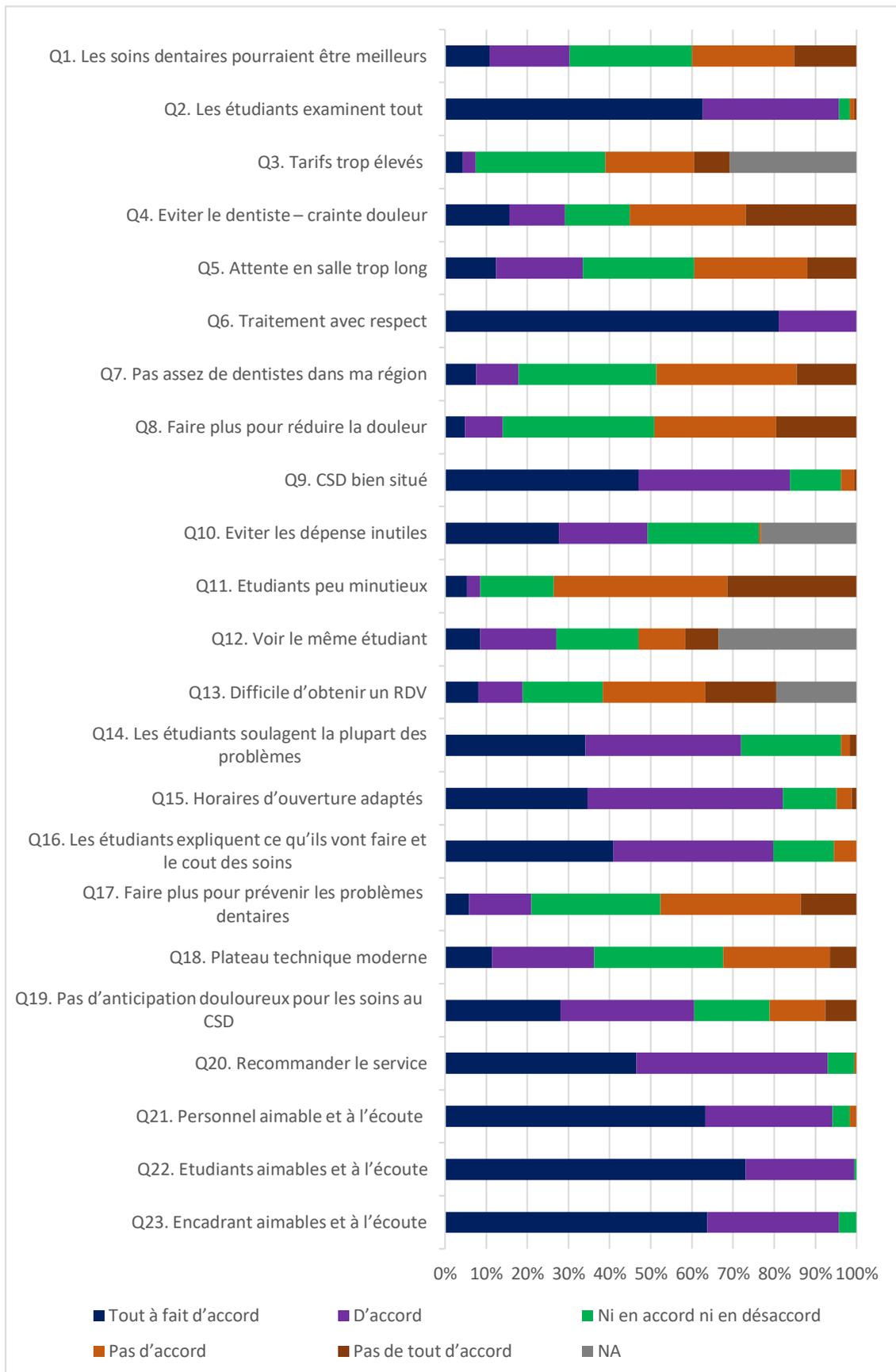


Figure 29 : Répartition en 5 classes des réponses des patients concernant le degré d'accord avec des items relatifs à la satisfaction

Chapitre 4 : Discussion

Notre étude s'inscrit dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients qui consultent le service des urgences dentaires au CHU de Toulouse. Nous avons choisi de cibler le site de Rangueil.

4.1 Synthèse de principaux résultats

Cette étude est composée de deux parties :

Tout d'abord, pour définir le profil des patients qui consultent le service des urgences, nous nous sommes intéressés à leurs caractéristiques socio-démographiques et à leur état de santé générale ainsi qu'à plusieurs éléments de leur prise en charge.

Cette partie nous a permis de mettre en évidence une légère majorité féminine des consultants avec une prédominance de la tranche d'âge des 18-29 ans.

Un peu plus d'un tiers des patients est porteur d'une ou de plusieurs pathologies générales et plus les patients sont âgés, plus ils sont atteints.

La douleur est le motif principal de consultation quels que soient l'âge et le sexe.

La grande majorité des patients a des besoins en soins. Les besoins en soins conservateurs sont plus importants pour les patients jeunes, tandis que les besoins en soins prothétiques augmentent avec l'âge.

Dans la deuxième partie, nous avons réalisé une enquête de satisfaction au moyen d'un questionnaire adressé aux patients. Les résultats de cette enquête nous ont permis de mettre en évidence une satisfaction globale concernant les aspects humains et relationnels des soins. Une satisfaction moins importante a été constatée pour le temps d'attente, la prévention des pathologies bucco-dentaires et les matériels au centre de soins.

4.2 Première partie : Questionnaire étudiant

La définition de la population qui consulte le service des urgences (caractéristiques sociodémographiques, description de la santé générale, et besoins en soins) constitue la première étape de notre démarche. Le questionnaire étudiant nous a permis de répondre à cet objectif.

Nous avons également pu recueillir des informations concernant l'activité du service (motifs de consultation et modalités de prise en charge).

Nos résultats mettent en évidence une légère majorité de patients de sexe féminin (52,4%). L'analyse de la littérature montre que la répartition homme / femme est différente selon les études. Nos résultats sont en accord avec ceux de plusieurs études concernant les consultations d'urgences (24–28). Cependant, d'autres études ont montré une majorité masculine (29–35).

Les résultats d'une étude, réalisée précédemment au service des urgences dentaires du CHU de Toulouse en 2017 (Hautefaye E, M1 non publiée), ont montré un pourcentage plus important d'hommes venant consulter en urgence (56,4% d'hommes versus 43,4% de femmes). La légère majorité de patients de sexe féminin constatée dans notre étude peut être expliquée par plusieurs raisons. L'étude de Hautefaye a été réalisée, d'une part, à partir de données de soins, générées par les deux sites composant le service d'Odontologie du CHU de Toulouse, à savoir le centre de soins de Rangueil et celui de l'Hôtel Dieu, d'autre part, elle a inclus tous les patients, adultes et enfants confondus.

Notre étude n'a inclus que des patients majeurs et n'a concerné que le site de Rangueil. Par ailleurs, notre enquête n'a pas couvert toutes les plages d'ouverture du service. En effet, les jours où l'enquête a pu être menée, ont été déterminés par la disponibilité des enquêteurs.

Avec une moyenne d'âge de 46,5 ans, l'étude met en évidence une population assez jeune, venant consulter en urgence. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18-29 ans (25%) et ce, pour les deux sexes.

Ces résultats sont en accord avec la majorité des études similaires (30,31,34,35). Par ailleurs, les patients de plus de 70 ans représentent 18,2 % des consultants, ce qui montre

qu'une proportion assez importante de patients âgés consulte le service des urgences. Ce pourcentage est plus important que celui retrouvé dans d'autres études (36).

Comme de nombreuses études (30,34), nos résultats montrent que la majorité des patients sont sans pathologie(s) générale(s) associée(s). En effet, seulement 36,5% des consultants interrogés présentent une ou plusieurs affections générales

A noter qu'une étude réalisée par Prats et coll. en 2005, pour déterminer le profil des patients qui consultent le service d'Odontologie de Toulouse Rangueil pour des soins programmés, a montré que 43% des patients présentaient une ou plusieurs affections (48). Ce pourcentage plus important que celui observé dans notre étude pourrait être expliqué par le fait que les patients inclus dans cette étude avaient consulté dans le cadre de soins programmés et que le motif principal de consultation était le bilan dentaire.

En accord avec de nombreuses études, nos résultats montrent que les patients atteints sont principalement porteurs de pathologies cardiovasculaires (17,5% des patients) (37,38).

En outre, l'étude de Hautefaye E (2017) a montré que seulement 4,9 % des patients étaient porteurs de pathologies cardio-vasculaires. Popescu et coll. (2015) ont également constaté, dans leur étude, un pourcentage moindre. En effet, 8,6% seulement des patients étaient atteints d'une pathologie cardio pulmonaire (34) .

Le pourcentage plus important, retrouvé dans notre étude, pourrait être lié au fait que les patients de moins de 18 ans n'ont pas été pas inclus dans notre enquête.

L'analyse de la répartition des affections générales en fonction de l'âge montre que la fréquence de ces affections est plus importante chez les femmes et augmente avec l'âge. 14,9 % des patients entre 18 et 29 ans présentent une ou plusieurs pathologies générales contre 68,5 % des plus de 70 ans. Ces données sont en accord avec d'autres études qui montrent l'augmentation du risque de présenter des affections générales chez les consultants âgés (37,38).

L'évaluation de la santé générale des patients consultants est une démarche très importante pour déterminer les patients à risque. Le plan de traitement en urgence pour ces patients sera adapté en fonction des risques médicaux liés à leur(s) pathologie(s) ou à leur(s) traitement(s).

Cela nous conduit à la nécessité d'une réflexion en vue de l'optimisation de la prise en charge d'une population vieillissante et qui présente des pathologies qui peuvent interférer avec les soins bucco- dentaires, avec des risques assez importants.

De plus, aujourd'hui, dans le contexte de la crise sanitaire que nous traversons, en lien avec la pandémie de la SARS-CoV-2, l'urgence de cette réflexion nous apparaît désormais comme prégnante.

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont les patients atteints de pathologies chroniques (affections cardiovasculaires, diabète, hypertension artérielle, pathologies respiratoires, insuffisance rénale...) ou de cancers, et les personnes âgées de plus de 70 ans.

Par conséquent, des instructions spécifiques ont été données aux équipes soignantes prenant en charge des personnes à risque.

Selon Ahossi et coll. (2005), les urgences odontologiques prises en charge en milieu hospitalier sont d'ordre algique, traumatique, infectieux et hémorragique (39).

Nous avons recueilli le(s) motif(s) de consultation exprimé(s) par le patient lors de l'entretien d'urgence. 20 % des patients ont exprimé plus d'un motif de consultation. Par ordre décroissant de fréquence, la douleur, la perte d'une restauration coronaire (obturation ou couronne) et l'infection sont les principaux motifs de consultation.

La douleur représente le motif de consultation le plus fréquent (57,4%), ce qui coïncide avec les résultats de nombreuses études (30,32,35,40,41). Cependant, le pourcentage des consultations ayant la douleur comme motif de consultation varie considérablement entre les études. Roger-Leroi et coll. (2007) montrent dans leur étude que la douleur était le motif principal pour 42% des patients (35), tandis que pour Daiely et Martin (2001), ce pourcentage était de 88% (30).

Par ailleurs, Popescu et coll. (2015) montrent que les urgences les plus fréquemment rencontrées sont les urgences infectieuses (39,2% des cas) et les algies dentaires (27,2%) (34). En accord avec ces résultats, Arbab Chirani et coll. (2010) ont montré qu'en terme de fréquence, les urgences infectieuses prédominent (46%), en France (29).

Cette partie sur le motif de consultation doit être étudiée et analysée avec précaution et nous pouvons constater des variabilités entre les études. Certains auteurs ont pris en considération la demande et le motif exprimés par le patient (ce que nous avons adopté dans notre étude). D'autres ont choisi de décrire la nature de l'urgence recensée (infectieuse, inflammatoire, prothétique). De plus, la douleur qui est exprimée par les patients comme motif dans la majorité des études, pourrait être associée principalement à des pathologies infectieuses ou inflammatoires, mais aussi d'origines traumatiques ou prothétiques.

Les urgences traumatiques représentent un pourcentage de 0,7 %, ce qui est un pourcentage faible par rapport à d'autres études similaires (29,31,34,39). Par exemple, Popescu et coll. (2015), dans une étude réalisée au centre hospitalier Métropole Savoie, sur l'année 2013, ont trouvé que les urgences traumatiques représentaient 18,7% des cas (34). Dans une autre étude, Ahoosi et coll. (2005) ont montré que les urgences traumatiques occupaient 24% de la totalité des urgences odontologiques au CHU de Dijon. Ces mêmes résultats ont été décrits au CHU de Brest (39).

La fréquence moins importante des traumatismes, observée dans notre étude par rapport celle retrouvée dans d'autres études, pourrait être expliquée par plusieurs raisons. Tout d'abord, certaines études ont inclus des urgences réalisées la semaine, le week-end, la nuit et les jours fériés. De plus, les patients de moins de 18 ans représentaient une tranche d'âge importante dans ces études. Le traumatisme, pour ces patients représentait un motif de consultation très fréquent (42). Ahoosi et coll. (2005), quant à eux, ont montré que la tranche d'âge la plus représentée dans le traumatisme était celle des moins de 18 ans. Enfin, Popescu et coll. (2015) ont mis en évidence que les urgences traumatiques étaient plus fréquentes le week-end et notamment pour les patients âgés de 1 à 15 ans.

Nous rappelons que notre étude a été réalisée au cours de la semaine et qu'elle n'a pas inclus les patients de moins de 18 ans.

Néanmoins, dans deux études réalisées sur une population majoritairement adulte, les résultats montrent que les traumatismes dentaires représentent 0,2% et 4% des cas. Ces résultats sont en accord avec ceux de notre étude (34,36).

L'analyse du motif de consultation en fonction de l'âge montre que les principaux motifs de consultation sont similaires pour les différentes tranches d'âge. Cependant, chez les 18-29 ans, la douleur était le motif principal dans 82,4 % des cas, et dans 33,3 % chez les plus de 70 ans. Les motifs liés à la prothèse amovible apparaissent pour la tranche d'âge de 50-59 ans et leur fréquence augmente avec l'âge. La perte dentaire avec l'âge, implique une augmentation des besoins en réhabilitation prothétique, ce qui est en accord avec ces résultats.

L'évaluation de l'intensité de la douleur (EVA de 0 à 10) montre que 20,3 % des patients estiment que leur douleur est d'une intensité très importante (entre 8 et 10). Par ailleurs, nous retrouvons plus de femmes qui consultent avec une douleur moyenne (entre 4 et 7). En revanche, plus d'hommes ont des douleurs importantes (entre 8 et 10). Cela laisse penser que les femmes consultent plus rapidement le service des urgences, à des stades plus précoces de la douleur, alors que les hommes tendent à repousser un peu plus leur visite (24). D'autres études ont rapporté qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes concernant la prévalence et la perception de la douleur. Il a été démontré que la perception de la douleur était plus importante chez les femmes qui ont un seuil plus bas (43,44)

Concernant la prise en charge, un acte technique thérapeutique a été réalisé pour 68% des patients. Les résultats de l'étude de Popescu et coll. (2015) montrent que 51,6% des patients ont eu une consultation et 48,4 % ont reçu des soins. Aboulker et Wierzba (2015) ont montré, dans leur étude, que la prise en charge avec une prescription médicamenteuse sans soin dentaire était majoritaire (63%) (36). Dans notre étude, une ordonnance a été rédigée pour 43% des patients. Ces prescriptions contiennent principalement une prescription antalgique (31%) et une prescription antibiotique (28%). Cela confirme la forte tendance en France, déjà démontrée dans d'autres études, à prescrire des antibiotiques par rapport aux autres pays européens (35,45,46).

L'étude réalisée par Daiely et Martin (2001) sur les modalités de prescription des antibiotiques (ATB) dans un service des urgences dentaires conclut que les ATB sont prescrits de façon inappropriée (30). Certaines explications peuvent être avancées. Les praticiens peuvent avoir un manque de compréhension des processus pathologiques et

surtout des pathologies pulpaires et péri-apicales. Une deuxième explication est que les attitudes à l'égard de la prescription pourraient être modifiées par les effets de l'environnement local. On sait qu'au service des urgences, il n'y a pas de système de rendez-vous et un grand nombre de patients sont vus successivement. Cela peut restreindre la capacité à poser un diagnostic ou limiter le temps nécessaire à une intervention thérapeutique. Palmer et coll. (2000) ont cité aussi le manque de temps et les incertitudes de diagnostic comme raisons de la prescription inappropriée des antibiotiques (47).

Lors de la consultation d'urgence, nous avons constaté que la majorité des patients (88%) ont besoin d'un ou de plusieurs types de traitements (OCE, prothèse, chirurgie, parodontologie, occlusodontie). Les besoins en soins OCE sont le plus importants pour les patients les plus jeunes et diminuent avec l'âge, à l'inverse des soins prothétiques. La perte dentaire augmente avec l'âge induisant plus de besoins en soins prothétiques.

Le besoin en chirurgie pour les patients de 18 à 29 ans pourrait être expliqué par l'indication de l'avulsion des dents de sagesse. Prats et coll. (2005) ont évalué les besoins en soins de patients vus en première consultation au centre de soins dentaires au CHU de Toulouse (48). Les résultats de cette étude montrent des besoins en soins plus importants par rapport à notre étude et ce, pour chaque type de traitement (OCE, prothèse, chirurgie, parodontologie). Cependant, l'étude de Prats et coll. (2005) a évalué les besoins en soins lors d'une consultation à visée diagnostique pour déterminer le plan de traitement. Dans notre étude, l'évaluation des besoins en soins dans le contexte d'une consultation d'urgence nous conduit à penser que les besoins en soins pour certains patients auraient été sous-estimés.

Suite à la consultation d'urgence, 49 % des patients avaient un RDV fixé. La majorité de ces patients avaient la douleur et/ou l'infection et la perte d'une restauration coronaire comme motif de consultation. Le fait que presque la moitié des patients avaient un RDV fixé nous laisse penser que ces patients n'ont probablement pas de dentiste traitant et ne sont pas suivis régulièrement. Cela peut être aussi valable pour certains patients pour lesquels aucune suite n'a été indiquée. Ce résultat est en accord avec l'étude de Gibson et coll. (1993) qui ont montré que la moitié des patients qui consultent en urgence ne consultent pas régulièrement les cabinets dentaires (40).

4.3 Deuxième partie : Questionnaire de satisfaction

4.3.1 Données sociodémographiques

La répartition des répondants à notre questionnaire de satisfaction en fonction de l'âge et du sexe est similaire à celle de notre population d'étude. Il y a une légère majorité féminine (53%) parmi les patients ayant répondu à notre questionnaire avec une moyenne d'âge de 46 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 18-29 ans (28%).

La majorité des patients (81%) vient de Toulouse et de son département. Cela confirme les résultats d'autres études qui ont démontré que la proximité géographique est un critère de choix pour consulter le service des urgences (29,35,49). Par contre, 19% des patients habitent dans d'autres départements ou régions. Cela peut évoquer d'autres motifs et critères pour se rendre au centre hospitalier. Le manque de dentistes dans les zones rurales et, par conséquent, la difficulté d'avoir un rdv rapide pour les situations d'urgence. Au CHU, les patients peuvent consulter et être pris en charge au service des urgences sans rendez-vous préalable. Certaines populations consultent à l'hôpital pour des compétences ou des conditions particulières (enfant, situation de handicap, coût des traitements). Guivarc'h et coll. (2020) ont montré que les principales raisons qui motivent les patients à consulter dans un centre hospitalier sont la confiance dans les soins et dans l'expertise des praticiens hospitaliers, l'accessibilité, et l'aspect financier (50). Enfin, nous pouvons retrouver les patients qui ne sont pas suivis de façon régulière et qui consultent dans les situations d'urgence.

Presque la moitié des consultants (49%) ont une activité professionnelle. Les patients retraités représentent 24% des consultants et les patients sans activité professionnelle (étudiants, sans emploi ...) représentent 26% des sujets. Ces résultats sont proches d'autres études (41).

En outre, Guivarc'h et coll. (2020) ont montré que seulement 37,34 % des patients qui consultent le service des urgences au CHU de Marseille ont une activité professionnelle (50).

La représentation des patients sans activité dans notre étude (26%) semble supérieure à celle de cette même catégorie au sein de la population Occitane (16,8%). Cela pourrait être expliqué par un facteur économique étant donné que pour la consultation

d'urgence, le tiers-payant est appliqué et que le patient n'avance pas les frais de consultation. De plus, il paraît plus facile pour cette population de s'adapter aux horaires d'ouvertures du service.

Nous avons constaté un pourcentage assez élevé des patients bénéficiaires de CMU (17%). Ce pourcentage s'élève à 32,66 % dans l'étude de Guivarc'h et coll. (2020) et 43% dans l'étude réalisée par Hautefoy (2017) au CHU de Toulouse sur les deux sites des consultations d'urgences dentaires (Ranguel, Hôtel Dieu). Cette différence pourrait être expliquée par le fait que nous avons réalisé notre étude seulement sur le site de Ranguel, et qu'une proportion plus importante de patients bénéficiaires de la CMU consulte sur le site de l'Hôtel Dieu.

La surreprésentation des catégories sociales peu favorisées a été rapportée dans de nombreuses études (24,35,50). De plus, Bedos et coll. (2004) ont décrit que la proportion des patients ayant un comportement préventif est d'autant plus grande que leurs revenus augmentent. Les patients peu favorisés pourraient anticiper la barrière financière et renoncer à consulter d'une manière préventive. Par conséquent, ils vont agir en cas de problème et davantage consulter lorsque des symptômes apparaissent. La structure hospitalière constitue un recours préférentiel pour ces patients (51).

Nos résultats montrent aussi que, comme ceux d'autres études, plus de la moitié des patients (57%) déclare ne pas avoir un dentiste traitant (35,40,50). Cette tendance est confirmée par le fait que 49% des primo-consultants déclarent ne pas avoir de praticien traitant. Cela nous conduit à penser que certains de nos patients sont suivis au centre de soins dentaires ou n'ont pas de suivi régulier et consultent uniquement en cas d'urgence. Le constat qu'une partie de la population n'a pas de suivi régulier et que certains patients consultent seulement en cas d'urgences, a été observé dans de nombreuses études (35,40).

Les auteurs considèrent que le centre hospitalier constitue une offre de soins importante pour ces patients et que nous devons réfléchir aux modalités d'accueil des populations précaires au service des urgences du CHU. Cette réflexion est en cours au service d'Odontologie du CHU de Toulouse avec une réorganisation prévue dès la rentrée 2020 afin d'améliorer cet accueil.

Néanmoins, cela soulève toujours le problème des inégalités dans le comportement au recours aux soins dentaires et montre la nécessité d'une réflexion et d'une stratégie pour diminuer les disparités, en réduisant (ou supprimant) les barrières financières ou culturelles.

4.3.2 Satisfaction des patients

L'évaluation de la satisfaction du patient est reconnue aujourd'hui comme l'un des outils le plus important de la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

La revue de la littérature a montré que les auteurs ont développé plusieurs questionnaires pour mesurer la satisfaction des patients (52,53). Le DSQ est un outil de mesure multidimensionnelle, largement utilisé dans les études de satisfaction aux centres de soins universitaires ; la validité et la fiabilité de ce questionnaire ont été validées (53–55) .

C'est pourquoi, nous avons choisi le DSQ comme outil de mesure pour notre étude. Néanmoins, la traduction – adaptation du questionnaire de la langue anglaise, suivie d'un test auprès des patients lors de la période de prétest, était nécessaire avant de commencer notre enquête. Ce questionnaire est composé de questions qui concernent la satisfaction générale ainsi que plusieurs dimensions de satisfaction : attitude entre les personnes, qualité des soins, accès aux soins, environnement, aspect économique et prise en charge de la douleur. Bien que le DSQ soit un outil multidimensionnel, une revue sur la satisfaction de patients dans les centres de soins dentaires universitaires, a démontré que malgré la validité du DSQ, certains aspects humains n'ont pas été abordés malgré leur importance (52).

De plus, de nombreux auteurs considèrent le souhait de recommander les urgences à des proches comme un indicateur de satisfaction globale (56). Il nous a donc semblé judicieux d'ajouter des questions concernant deux items très importants en rapport avec la satisfaction: la qualité relationnelle du personnel (administratif et soignant) et la volonté de recommander le service.

4.3.2.1 Satisfaction Générale

Concernant la satisfaction générale, nos résultats montrent que seulement 40% des patients sont globalement satisfaits de la prestation des soins au service des urgences tandis que moins d'un tiers (30,3%) des patients pensent que certains aspects des soins au service des urgences pourraient être meilleurs. Ces résultats montrent que nous devons apporter des améliorations, même si la revue de la littérature montre que les pourcentages de la satisfaction générale varient entre 40% et 90% des patients (55,57,58–61). Nous pouvons constater aussi une grande variabilité de satisfaction suivant les critères étudiés (entre 25% et 95%).

Toutefois, malgré l'importance de cette évaluation globale, elle ne nous renseigne pas sur les domaines de faiblesse du service ou sur les problèmes existants. La satisfaction globale du patient dépend de chaque étape qu'il va rencontrer durant sa prise en charge. Obtenir des informations qui nous aident à déterminer les actes d'amélioration appropriés, nécessite une évaluation plus approfondie de plusieurs dimensions et items de la satisfaction.

Plusieurs auteurs ont essayé de déterminer les dimensions et les facteurs qui impactent le plus la satisfaction des patients. Deux facteurs apparaissent clairement comme les plus cruciaux pour la satisfaction : les compétences de soignant (techniques, relationnelles, en communication) et les aspects humains et psychologiques des soins (relations interpersonnelles). D'autres facteurs ont été cités comme la commodité, l'aspect économique, et l'environnement de soins. Bien que ces derniers facteurs puissent influencer la satisfaction, plusieurs auteurs considèrent que leur impact est moins important (62,63).

4.3.2.2 Compétences techniques des soignants

Les compétences techniques sont souvent citées comme étant un élément clé de la satisfaction, et de nombreuses études le situent comme le facteur le plus important (33,64).

Nos résultats montrent que la majorité des patients étaient satisfaits de la qualité technique de la prise en charge concernant la qualité de l'examen clinique et la précision lors de la consultation.

72 % des patients étaient satisfaits de la capacité des étudiants à soulager ou à guérir la plupart des problèmes qu'ils ont eus. Malgré le fait que les soins au service des urgences soient réalisés principalement par des étudiants en formation, la supervision de la qualité des soins par des praticiens séniors pourrait expliquer ce sentiment de confiance concernant les résultats des soins chez la majorité des patients.

D'autre part, il a été observé que les patients avaient des difficultés à évaluer avec précision la qualité technique des soins et du service. Dans leur étude, Abrams et coll. (1986) ont conclu que la pratique de la dentisterie avec une qualité technique de haut niveau ne sera pas nécessairement perçue telle qu'elle est par le patient (65). Bien que les patients considèrent que les compétences techniques soient d'une priorité cruciale, leur évaluation de la qualité technique du traitement sera probablement basée sur d'autres aspects moins techniques (28).

4.3.2.3 Qualités relationnelles/Communication

Plusieurs études ont montré que malgré l'importance des compétences techniques, beaucoup de patients ont une préférence pour les professionnels avec des qualités relationnelles et des compétences en communication (28,59,66–68) . Pour Kurtz S (2002), il est clair que de meilleures aptitudes à communiquer chez le praticien améliorent la satisfaction du patient et les résultats cliniques. Une relation bien établie et une bonne communication entre le praticien et les patients réconfortent ces derniers, et va les aider à décrire facilement les plaintes et permettre en même temps aux soignants de déterminer plus rapidement le diagnostic et augmenter la compliance (66). Il est donc primordial que les praticiens apprennent les principes d'une bonne communication et les appliquent en pratique clinique.

De plus, pour Rankin et Haris (1985), donner des explications sur la nature de la pathologie et le traitement procure aux patients un sentiment de contrôle sur la situation, ce qui est particulièrement important dans nos traitements où l'observance du patient est nécessaire (67).

79% de nos patients trouvent que les étudiants prennent le temps de donner des explications sur les procédures de soins et le traitement. En milieu hospitalo-universitaire, l'apprentissage concerne les compétences techniques, mais aussi les compétences relationnelles pour pouvoir mieux communiquer et informer les patients. Cependant, seulement 47,6 % des patients sont satisfaits et pensent que les étudiants font ce qu'il faut pour que les patients évitent d'avoir des problèmes dentaires.

En d'autres termes, pour 21% des patients, un manque existe concernant l'information dans le domaine de l'éducation de la santé bucco-dentaire et la prévention des problèmes dentaires. Au service des urgences, les étudiants sont amenés souvent à prendre en charge un grand nombre de patients, ce qui pourrait restreindre la durée de consultation. La consultation d'urgence est souvent consacrée au diagnostic et au traitement d'urgence. Cela pourrait expliquer le manque de procédures et d'informations concernant la prévention.

Or, comme nous avons pu le constater, nous recevons une population qui n'est pas suivie régulièrement et qui consulte fréquemment le service des urgences. Il serait intéressant d'envisager des modifications pour adapter les modalités de prise en charge de ces patients et mettre en place des protocoles avec l'intégration de méthodes pour favoriser la communication et l'information concernant l'éducation et la prévention. Cette démarche serait bénéfique surtout pour les patients qui n'ont pas accès à des soins dentaires réguliers et participerait à améliorer leur santé bucco-dentaire et à éviter les situations d'urgence.

4.3.2.4 Aspects humains et psychologiques

Les auteurs considèrent que les praticiens ne doivent pas sous-estimer les aspects humains et psychologiques des soins et que ces facteurs font partie intégrante de la qualité des soins (28,69). Certains auteurs ont rapporté que les patients préfèrent un praticien aimable, empathique, et attentionné à celui qui a seulement des compétences techniques (7,19,28,70,71). Il a été décrit aussi que les patients préfèrent le praticien qui prend le temps de discuter et d'écouter leurs craintes pour les aider à les surmonter(63,70).

Nos résultats montrent que la plupart de nos patients (entre 94% et 99,5%) trouvent que les personnels (administratif ou soignant) sont aimables et à l'écoute, et ont du respect à leur égard lors de la consultation. Malgré le fait que certains auteurs pensent que le taux élevé de satisfaction pourrait être biaisé par la désirabilité sociale (72), nous pouvons

estimer ces résultats encourageants, étant donnée l'importance de la qualité des relations humaines lors des soins (60).

4.3.2.5 *Prise en charge de la douleur*

De nombreuses études ont montré que la prise en charge de la douleur est un critère important pour les patients dans le choix de leur praticien (71,73). Dans notre service d'urgences, la douleur représente de loin le motif de consultation le plus fréquent (57,4%). Seulement 14,1% des patients de notre étude pensent que les étudiants devraient faire plus pour réduire la douleur. Ces résultats reflètent un niveau de satisfaction élevé. De plus, des études ont été réalisées sur l'impact de la douleur et de son intensité sur le niveau de la satisfaction des patients algiques. Certains auteurs n'ont pas mis en évidence de lien direct entre l'intensité de la douleur et le niveau de la satisfaction (74,75). Stahmer et coll. (1998) ont trouvé une association positive entre la satisfaction et le soulagement de la douleur (76). Notre questionnaire de satisfaction a été réalisé dès la fin de la prise en charge et nous n'avons pas une évaluation tardive pour confirmer si le soulagement de la douleur (ou non) a un impact sur la satisfaction.

4.3.2.6 *Temps d'attente*

Plusieurs études ont mis en évidence que la perception du temps d'attente est un facteur prédictif important de la satisfaction (55,59,77,78). Pour Patel Y (2014), l'attente trop longue semble être l'une des principales raisons de l'insatisfaction des patients et plus le temps d'attente perçu est court plus le patient est satisfait (61).

Nos résultats montrent que 33,5 % des patients déclarent attendre trop longtemps avant d'être installés et pris en charge. Comme il a été observé dans notre étude, le principal motif de consultation était la douleur. Riley et coll. (2005) ont rapporté que la rapidité de la prise en charge est un critère important pour les patients algiques (74). Ces patients estiment que leur prise en charge doit être plus rapide par rapport aux autres patients avec un autre motif de consultation. Il est également démontré que l'absence d'information apportée par le personnel sur les délais d'attente prévisibles joue en défaveur de la satisfaction du patient (59,68,79). De plus, avec le contexte de la Covid -19 et les mesures d'hygiène renforcées, de prévention et de contrôle des infections ainsi les

mesures organisationnelles, nous devons réfléchir à une organisation permettant de réduire ce délai d'attente.

Pour Sun et coll. (2000), la gestion de la perception du temps d'attente par la communication avec le patient est cruciale (68). De même, Thompson et coll. (1996) suggèrent qu'une stratégie basée sur une meilleure communication, informations et de gestion de la perception du temps d'attente pourrait être plus efficace que celle basée seulement sur la tentative de diminuer le temps d'attente (78). Cette suggestion a été confirmée par Hedges et coll. (2002) (80).

Par conséquent, des modalités d'accueil basées sur l'information des patients et la hiérarchisation de l'attente selon le degré de l'urgence, ainsi qu'un système de réservation des RDV, peuvent améliorer le ressenti de l'attente chez les patients au service des urgences surtout pour les patients algiques.

82% des patients trouvent les horaires d'ouverture du centre de soins dentaires adaptés. Le service d'urgences au centre de soins (site Ranguel) fonctionne les jours de la semaine (de 8h30 à 18h30). Malgré le taux important de satisfaction, les personnes avec une activité professionnelle peuvent trouver certaines difficultés à s'adapter à ces horaires.

De plus, des études ont mis en évidence que les urgences traumatiques sont très fréquentes le WE et le soir. Une organisation pourrait être nécessaire pour envisager un système d'astreinte le soir et le WE pour améliorer l'accès aux soins d'urgences.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à des modèles de satisfaction globale en incluant dans leurs enquêtes des questions d'intention comme le souhait de recommander les services à des proches. Ceci est démontré comme un indicateur validé de satisfaction globale (77). Une association positive existe entre la satisfaction et la recommandation du service dans la mesure où la satisfaction se traduit par le souhait de recommander le service par les consultants. Notre étude révèle que 94% des patients vont recommander le service à leur entourage, ce qui représente un taux élevé de satisfaction.

4.3.2.7 Environnement physique (matériels, plateau technique)

Seulement 36,3 % de nos patients trouvent que le centre de soins dentaires et son plateau technique sont très modernes Il est bien établi que l'évaluation de l'environnement

est considérée comme l'une des dimensions de la satisfaction. Cependant, Sun et coll. (2000) ont rapporté que la perception de l'environnement par les patients est distincte de la qualité de la prise en charge et l'impact de l'environnement au centre de soin est considéré moins crucial sur la satisfaction (68). Par ailleurs, plusieurs projets sont en cours pour améliorer et mettre à niveau les matériels et le plateau technique au service des urgences de Ranguel.

4.3.2.8 Facteurs socio-démographiques

Les études ont montré des résultats variables concernant l'impact des facteurs sociodémographiques sur le niveau de la satisfaction des patients. En accord avec nos résultats, certains auteurs ont observé plus de satisfaction chez les femmes, ainsi que les patients les plus âgés (55,68,81) tandis que d'autres études ont constaté que les patients plus âgés étaient moins satisfaits que les patients plus jeunes (57,82). De plus, d'autres études n'ont pas montré d'association entre la satisfaction des patients et les facteurs sociodémographiques (28,33,60). Malgré les résultats rapportés par certaines études sur l'impact des facteurs sociodémographiques sur le niveau de satisfaction, de nombreux travaux ont démontré que la qualité des soins et les compétences relationnelles et techniques des équipes soignantes restent les déterminants les plus importants (83). C'est pourquoi, nous pensons que les efforts pour améliorer la qualité des soins au service des urgences doivent être plus orientés vers les facteurs du service que nous pouvons modifier pour répondre au mieux aux différents profils sociodémographiques.

4.4 Limites de notre étude

Les résultats que nous avons présentés et que nous avons discutés sont le fruit de cette première étude, menée auprès de patients ayant été pris en charge dans le service des urgences odontologiques de Ranguel. Cette étude peut s'apparenter à un premier état des lieux concernant la satisfaction des patients reçus et pris en charge dans notre service.

Avec le recul, plusieurs limites à notre travail nous sont apparues et il nous a semblé intéressant de pouvoir les énoncer, afin d'envisager dans le futur, une seconde étude prenant en considération nos réflexions présentes et évaluant les améliorations apportées.

Pour des raisons d'organisation cette étude n'a été menée qu'à Ranguel. Cependant, pour avoir une vision plus précise, plus éclairée et plus exhaustive de la situation, nous

devrons inclure le service des urgences de l'Hôtel Dieu. De cette façon, nous aurions une information plus générale et nous pourrions recueillir des éléments nous permettant une étude comparative entre les deux sites de soins.

Concernant la population de notre échantillon, sélectionnée par des critères d'inclusion, nous n'avons de fait, pas pu recueillir les avis de toutes les catégories de patients reçus au service des urgences. En effet, seules les personnes majeures et ayant la capacité de répondre au questionnaire de satisfaction ont été incluses (en particulier les patients lisant le français), ce qui pourrait s'interpréter comme une limite aux résultats de notre étude. Les patients ne parlant pas français n'ont pas été interrogés, ce qui pourrait constituer un biais de sélection.

Une autre limite à notre étude pourrait résider dans le fait que nous n'ayons pas pu trouver et utiliser un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des patients, en français, testé et validé, spécifique pour les établissements de soins bucco-dentaires.

La dimension de l'attente des patients n'ayant été explorée que dans son versant « attente en salle d'attente », nous n'avons qu'un recueil de satisfaction partiel, dans la mesure où il n'a pas pris en considération les autres composantes de l'attente comme l'attente au secrétariat, au fauteuil, pour des examens complémentaires comme l'imagerie.

Enfin, afin d'avoir une idée plus globale de la satisfaction, nous aurions pu inclure une réévaluation post-urgence. En incluant cette évaluation, nous aurions pu avoir une dimension de la satisfaction propre à l'amélioration apportée par les soins, surtout lorsque le motif de consultation était la douleur.

Chapitre 5 : Conclusion et perspectives

Il est important de rappeler que notre étude s'est inscrite antérieurement à la crise sanitaire que nous connaissons actuellement, en lien avec la SARS-Cov-2, et que par conséquent, elle ne prend pas en compte les changements apportés ces dernières semaines, pour répondre au mieux aux besoins d'accueil particuliers et de protection des personnels hospitaliers et des patients.

Cette étude observationnelle nous a permis de définir d'une part, le profil et les caractéristiques sociodémographiques des patients qui consultent dans le service des urgences dentaires au CHU de Toulouse Rangueil, d'autre part leur degré de satisfaction.

Nous avons constaté que les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à consulter dans notre service de soins.

La population qui fréquente le service est relativement jeune (moyenne d'âge 45 ans), néanmoins, nous avons relevé un pourcentage de patients âgés de plus de 70 ans assez conséquent (18,2 %).

La majorité des patients ne souffre d'aucune pathologie ou d'affection générale. Pour les patients atteints, les pathologies cardiovasculaires sont les plus fréquentes. La fréquence des affections générales est plus importante chez les femmes et augmente avec l'âge.

La fréquentation de notre service par une population vieillissante, plus à risque, du fait d'une augmentation des affections générales avec l'avancée en âge, nous rappelle que la démarche d'évaluation de santé générale des patients, en service d'urgences est primordiale. Elle est d'autant plus essentielle et nécessaire dans le contexte actuel d'épidémie de la SARS-Cov-2, dans lequel, il est indispensable de prendre toutes les mesures de prévention lors de la prise en charge des patients fragiles.

La douleur représente le premier symptôme qui motive les patients à consulter et ce, quels que soient l'âge et le sexe. Malgré ce constat qui est compatible avec les objectifs d'un traitement en urgence, où la prise en charge immédiate est justifiée, nous pensons qu'un système qui permettrait d'identifier et de prioriser les urgences proposant ainsi une prise en charge et des délais adaptés, s'avèrerait nécessaire.

Cette étude confirme que la proximité géographique est un critère de choix pour consulter dans le service des urgences avec une majorité de patients venant du département de la Haute Garonne. Cependant, notre service est également fréquenté par des patients, venant de très loin, contraints de parcourir une distance, parfois importante. Cette situation particulière évoque le problème de la désertification médicale et le manque de dentistes dans certains territoires.

Les patients qui fréquentent notre service, présentent en général, des besoins en soins dentaires importants, avec en général, un ou plusieurs traitements à envisager.

Les patients, interrogés dans le cadre de notre étude, ont majoritairement une méconnaissance du système de soins et de sa prise en charge libérale et hospitalière. Ils sont également peu sensibilisés à l'importance d'un suivi régulier en santé bucco-dentaire.

Aussi, nous pensons qu'il s'avèrerait nécessaire, pour la population qui n'a pas de suivi régulier et pour celle qui consulte seulement en cas d'urgence, de déterminer des modalités d'accueil et de prise en charge adaptées. Elles pourraient être basées sur une meilleure communication et une information concernant la prise en charge libérale et hospitalière.

Les patients interrogés, pour la majorité d'entre eux, se disent satisfaits concernant l'aspect humain des soins et les qualités relationnelles des soignants. Vu l'impact crucial de ces dimensions sur la satisfaction, ce constat représente un point fort pour le service. Il s'avère donc important que nous puissions continuer à maintenir cette qualité de prise en charge faisant appel aux qualités humaines de nos soignants.

Un taux de satisfaction très acceptable a été retrouvé en lien avec plusieurs aspects de la qualité des soins.

Cependant, le temps d'attente en salle ou au fauteuil représente un motif d'insatisfaction surtout pour les patients algiques qui estiment qu'ils devraient être pris en charge en priorité.

Face à ce constat, il serait, sans nul doute, important et pertinent d'envisager la mise en œuvre d'un accueil des patients, basé sur une certaine hiérarchisation des priorités, en fonction du type d'urgence, associée à une communication visant à les informer du fonctionnement du service.

Une réflexion sur les conditions de permanence du service pourrait s'envisager afin d'améliorer l'accès aux soins d'urgence au regard de certaines urgences vraies nécessitant une prise en charge rapide surtout pour les urgences traumatiques qui surviennent souvent le soir ou le week-end.

D'autres motifs d'insatisfaction ont été exprimés par les patients concernant l'environnement physique du centre de soins et son plateau technique (structure, matériel, fauteuil de soins). Bien que ce problème ait un impact moins important sur la satisfaction, un projet d'amélioration concernant certaines des dimensions citées est en cours.

Pour conclure, la grande majorité des patients recommande notre service d'urgences odontologiques à leur entourage. Nous prenons acte de ce constat encourageant qui nous fait penser que les patients interrogés, pris en charge dans notre service, sont globalement satisfaits. Néanmoins, il est important de poursuivre notre démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'accueil que nous prodiguons et des soins que nous dispensons à nos patients.

Aussi, dans la suite logique de notre étude, en tant qu'acteurs de santé publique hospitalière, nous souhaitons proposer, dans une perspective d'amélioration, quelques pistes de réflexion, issues des différentes données recueillies par le biais de notre enquête et de l'analyse que nous avons pu en faire.

Proposition de pistes d'amélioration

Prenant appui sur les résultats de notre enquête ainsi que sur les commentaires libres exprimés par les patients interrogés, nous avons entamé une réflexion autour d'éventuelles pistes d'amélioration en lien avec les différentes dimensions et composantes de la qualité et de la sécurité des soins :

- Créer un système de réservation téléphonique ou directement en ligne via une plateforme informatique, pour les « rendez-vous » d'urgences. Ce système permettrait de donner les rendez-vous, d'une part en se basant sur un premier questionnaire pour déterminer le degré d'urgence, d'autre part en proposant les créneaux d'accueil possibles, évitant ainsi un engorgement du service à certains moments et de fait une longue attente pour les patients.

- Mettre en place une unité ou une consultation de diagnostic et d'orientation pour le premier accueil de tous les patients qui se présentent au service. Cette organisation permettrait une meilleure gestion et répartition des prises en charge selon le motif de consultation des patients.
- Mieux gérer le délai d'attente des patients en salle ou au fauteuil, en offrant d'une part, des modalités d'accueil et d'orientation basées sur une hiérarchisation des prises en charge selon le degré d'urgence, surtout pour les patients algiques, d'autre part, en dispensant une information adaptée concernant le fonctionnement du service via les écrans en salle d'attente par exemple.
- Evaluer en temps réel, par l'intermédiaire d'un système informatique ou d'une organisation au sein de la salle d'attente, le nombre et le mouvement des patients, en attente de prise en charge.
- Simplifier la distribution du matériel en rendant disponible une partie du matériel au même endroit que la prise en charge des urgences (RDC par exemple).
- Renforcer l'accompagnement ou le tutorat des étudiants de 4ème année, qui commencent leur activité clinique, par des étudiants de sixième année, afin d'optimiser le temps de l'examen clinique ou radiologique du patient et la réalisation du diagnostic.
- Proposer pour les patients qui ne sont pas suivis d'une manière régulière ainsi que pour les patients en situation précaire, des rendez-vous dans l'objectif de réaliser un bilan complet afin de déterminer leurs besoins en soins, en éducation à la santé bucco-dentaire ainsi que leurs besoins d'information en lien avec le fonctionnement du système de soins libéral et hospitalier.
- Proposer une permanence de soins non programmés à la suite des urgences pour permettre aux patients de réaliser des soins etc...

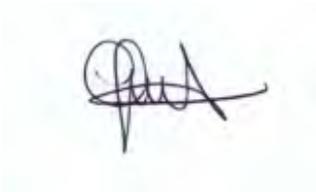
Pour conclure, nous souhaitons rappeler que notre travail s'est inscrit dans le droit-fil des missions de notre service, en tant qu'établissement hospitalier public de santé.

Aussi, notre étude a pris tout son sens dans notre engagement de démarche interne d'amélioration continue de la qualité des soins délivrée aux patients que nous recevons.

Ce faisant, nous avons atteint l'objectif que nous nous étions fixés, celui d'identifier et de déterminer les points forts ainsi que les points d'amélioration inhérents à notre prise en charge. Ainsi, ce travail va nous permettre, d'une part, de poursuivre nos actions dans le sens de la satisfaction perçue en confortant et en renforçant les points positifs énoncés, d'autre part, en entamant une réflexion et un travail afin d'améliorer les dimensions perçues comme moins satisfaisantes.

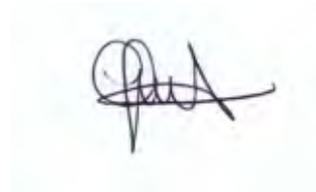
Dans la perspective d'une mise en place future d'une ou de plusieurs pistes d'amélioration proposées dans ce travail, il nous paraît indispensable, au regard de notre démarche continue d'amélioration de la qualité des soins, d'envisager la réalisation d'une étude similaire afin de réaliser une nouvelle évaluation et d'observer ainsi l'évolution de la satisfaction des patients.

La Présidente



Pr Cathy NABET

La Directrice



Pr Cathy NABET

Annexes

Annex 1 : Questionnaire étudiant



A remplir par l'étudiant



Service d'Odontologie – Rangueil

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire

Merci de votre collaboration

1. Jour de consultation : 1. Matin 2. Après-midi
 3. Lundi 4. Mardi 5. Mercredi 6. Jeudi 7. Vendredi

2. Pathologies générales : 1. Aucune 2. Cardio-vasculaire 3. Pulmonaire 4. Digestif
 5. Rénale 6. Diabète 7. Thyroïde 8. Troubles psychopathologiques
 9. Cancer 10. VIH 11. Hépatite
 12. Autres (précisez):

3. Allergies : 1. Aucune 2. Antibiotique 3. Latex 4. Iode 5. Anesthésie locale
 6. Autre (précisez):

4. Motif de consultation : 1. Douleur 2. Infection 3. Traumatisme 4. Fracture d'une dent
 5. Perte d'une restauration ou d'une couronne 6. Fracture d'une couronne
 7. Problème avec sa prothèse amovible (douleur, fracture, etc)
 8. Mobilité dentaire 9. Saignement
 10. Recherche des foyers infectieux
 11. Autres (préciser):

5. Douleur (EVA) : Pas de douleur Douleur maximale
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Actes réalisés : 1. Oui 2. Non

7. Prescription : 1. Aucune 2. Antalgique 3. ATB 4. Anti inflammatoire
 5. Bain de bouche 6. OPT 7. CBCT
 8. Autre (précisez) :

8. Besoins en soins : 1. Aucun 2. Chirurgie 3. Parodontologie 4. OCE 5. Prothèse/implant
 6. Occlusodontie

9. Suite d'urgence : 1. Aucune suite 2. Retour en consultation d'urgence
 3. RDV suivant fixé 4. Demande d'un RDV au secrétariat
 5. Retour chez le dentiste traitant

Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

Age :

Annexe 2 : DSQ (dental satisfaction questionnaire)

DENTAL SATISFACTION QUESTIONNAIRE

DENTAL CARE

19-item Battery

DO NOT
WRITE IN
THIS SPACE

HERE ARE SOME THINGS PEOPLE SOMETIMES SAY ABOUT DENTISTS AND DENTAL CARE.

PLEASE READ EACH ONE CAREFULLY, KEEPING IN MIND THE DENTAL CARE YOU ARE RECEIVING NOW. IF YOU HAVE NOT RECEIVED DENTAL CARE RECENTLY, THINK ABOUT WHAT YOU WOULD EXPECT IF YOU NEEDED CARE TODAY.

PLEASE CIRCLE ONE OF THE NUMBERS ON EACH LINE TO INDICATE WHETHER YOU STRONGLY AGREE WITH THE STATEMENT, AGREE WITH IT, ARE NOT SURE, DISAGREE, OR STRONGLY DISAGREE.

THERE ARE NO RIGHT OR WRONG ANSWERS. WE JUST WANT YOUR OPINION.

		Strongly Agree	Agree	Not Sure	Disagree	Strongly Disagree
1	There are things about the dental care I receive that could be better	1	2	3	4	5
2	Dentists are very careful to check everything when examining their patients	1	2	3	4	5
3	The fees dentists charge are too high	1	2	3	4	5
4	Sometimes I avoid going to the dentist because it is so painful	1	2	3	4	5
5	People are usually kept waiting a long time when they are at the dentist's office	1	2	3	4	5
6	Dentists always treat their patients with respect	1	2	3	4	5
7	There are enough dentists around here	1	2	3	4	5
8	Dentists should do more to reduce pain	1	2	3	4	5
9	Places where you can get dental care are very conveniently located	1	2	3	4	5

66

67

68

69

70

71

72

73

74

		Strongly Agree	Agree	Not Sure	Disagree	Strongly Disagree
10	Dentists always avoid unnecessary patient expenses	1	2	3	4	5
11	Dentists aren't as thorough as they should be	1	2	3	4	5
12	I see the same dentist just about every time I go for dental care	1	2	3	4	5
13	It's hard to get an appointment for dental care right away	1	2	3	4	5
14	Dentists are able to relieve or cure most dental problems that people have	1	2	3	4	5
15	Office hours when you can get dental care are good for most people	1	2	3	4	5
16	Dentists usually explain what they are going to do and how much it will cost before they begin treatment	1	2	3	4	5
17	Dentists should do more to keep people from having problems with their teeth	1	2	3	4	5
18	Dentists' offices are very modern and up to date	1	2	3	4	5
19	I am not concerned about feeling pain when I go for dental care	1	2	3	4	5

DO NOT
WRITE IN
THIS SPACE

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction



Enquête de satisfaction des patients au service des urgences dentaires de Rangueil

Votre avis nous intéresse

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir nous accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Votre avis ainsi que vos suggestions sont essentiels pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos prises en charge. L'analyse de vos réponses sera faite de façon totalement anonyme.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas de tout d'accord	Non applicable
1. Certains aspects des soins dentaires que je reçois au service des urgences pourraient être meilleurs						
2. Les étudiants en dentaire font très attention à tout examiner lors de l'examen de leurs patients						
3. Les tarifs au centre de soins dentaires sont trop élevés						
4. Parfois, j'évite d'aller chez le dentiste parce que c'est très douloureux						
5. Les patients attendent généralement longtemps en salle d'attente lorsqu'ils sont au centre de soins dentaires						
6. Les étudiants en dentaire traitent toujours leurs patients avec respect						
7. L'une des raisons pour lesquelles je viens au centre de soins dentaires est qu'il n'y a pas assez de dentistes dans ma région						
8. Les étudiants en dentaire devraient faire plus pour réduire la douleur						
9. Le centre de soins dentaires est très bien situé						
10. Les étudiants en dentaire évitent toujours aux patients les dépenses inutiles						
11. Les étudiants en dentaire ne sont pas aussi minutieux qu'ils devraient l'être						
12. Je vois le même étudiant presque à chaque fois que je viens me faire soigner						
13. Il est difficile d'obtenir un rendez-vous au centre de soins dentaires pour un traitement						

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas de tout d'accord	Non applicable
14. Les étudiants en dentaire sont capables de soulager ou de guérir la plupart des problèmes dentaires que les patients ont						
15. Les horaires d'ouverture du centre de soins dentaire sont adaptés pour la plupart des patients						
16. Généralement, les étudiants en dentaire prennent le temps d'expliquer ce qu'ils vont faire et combien cela va coûter avant de commencer le traitement						
17. Les étudiants en dentaire devraient faire plus pour éviter aux patients d'avoir des problèmes avec leurs dents						
18. Le centre de soins dentaires et son plateau technique sont très modernes						
19. Je n'ai pas peur d'avoir mal lorsque je vais me faire soigner au centre de soins dentaires.						
20. Je recommande le service des soins dentaires à mon entourage						
21. Le personnel de l'accueil est aimable et à l'écoute						
22. Les étudiants en dentaire sont aimables et à l'écoute						
23. Les encadrants sont aimables et à l'écoute						

Vos commentaires et suggestions :

1. Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

2. Age :

3. Lieu de résidence : 1. Toulouse 2. Haute Garonne 3. Occitanie 4. Autre

4. Statut professionnel : 1. Actif 2. Sans emploi 3. Etudiant (e) 4. Retraité(e)

5. Couverture sociale : 1. Générale 2. CMU 3. AME 4. PASS

6. Dentiste traitant en ville : 1. Oui 2. Non

7. Primo consultant au service des urgences : 1. Oui 2. Non

8. Jour de consultation : 1. Matin 2. Après-midi
 3. Lundi 4. Mardi 5. Mercredi 6. Jeudi 7. Vendredi

Bibliographie

1. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Journal de gestion et d'économie médicales. 2008;26(6):371.
2. Donabedian A. Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. Eval Health Prof. sept 1983;6(3):363-75.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 23 sept 1988;260(12):1743-8.
4. Hall DA, Zaragoza Domingo S, Hamdache LZ, Manchaiah V, Thammaiah S, Evans C, et al. A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. Int J Audiol. 2018;57(3):161-75.
5. Maxwell RJ. Quality assessment in health. Br Med J (Clin Res Ed). 12 mai 1984;288(6428):1470-2.
6. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. Spine. 15 déc 2000;25(24):3167-77.
7. Mahrous MS, Hifnawy T. Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia. Journal of Taibah University Medical Sciences. 1 déc 2012;7(2):104-9.
8. Zimmerman RS. The dental appointment and patient behavior. Differences in patient and practitioner preferences, patient satisfaction, and adherence. Med Care. avr 1988;26(4):403-14.
9. Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? QRB Qual Rev Bull. mars 1987;13(3):106-8.
10. Davies AR, Ware JE. Measuring patient satisfaction with dental care. Soc Sci Med A. déc 1981;15(6):751-60.
11. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. déc 1997;45(12):1829-43.

12. Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ*. 13 avr 1991;302(6781):887-9.
13. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):185-210.
14. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):247-63.
15. A. Lopez, P.L. Rémy. *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail*. (2007). Igas, Paris.
16. Carey RG, Seibert JH. A Patient Survey System to Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability and Validity. *Medical Care*. sept 1993;31(9):834–845.
17. DeVellis RF. A consumer's guide to finding, evaluating, and reporting on measurement instruments. *Arthritis Care Res*. juin 1996;9(3):239-45.
18. Blum-Fowler C, Peterson C, McChurch JF, Le Clech Y, Humphreys BK. Translation and validation of the German version of the Bournemouth questionnaire for low back pain. *Chiropr Man Therap*. 26 sept 2013;21:32.
19. Corah NL, O'Shea RM, Pace LF, Seyrek SK. Development of a patient measure of satisfaction with the dentist: The Dental Visit Satisfaction Scale. *J Behav Med*. 1 déc 1984;7(4):367-73.
20. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*. févr 1992;26(6):767-86.
21. Luo JYN, Liu PP, Wong MCM. Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. *BMC Oral Health*. 30 2018;18(1):15.
22. Stewart JF, Spencer AJ. Dental Satisfaction Survey 2002. AIHW cat. no. DEN 141. Available from: '<http://www.adelaide.edu.au/arcpho/publications/reports/working/>'.
23. Cha E-S, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *J Adv Nurs*. mai 2007;58(4):386-95.

24. Farmakis E-TR, Palamidakis FD, Skondra FG, Nikoloudaki G, Pantazis N. Emergency care provided in a Greek dental school and analysis of the patients' demographic characteristics: a prospective study. *Int Dent J.* oct 2016;66(5):280-6.
25. Naidu RS, Boodoo D, Percival T, Newton JT. Dental emergencies presenting to a university-based paediatric dentistry clinic in the West Indies. *Int J Paediatr Dent.* mai 2005;15(3):177-84.
26. Nayee S, Kutty S, Akintola D. Patient attendance at a UK dental hospital emergency clinic. *Br Dent J.* 27 nov 2015;219(10):485-8.
27. Okunseri C, Zbin S, Zheng C, Eichmiller F, Okunseri E, Szabo A. Emergency department visits and dental procedures: Mission of Mercy, 2013–2016. *Clin Cosmet Investig Dent.* 13 juin 2019;11:157-62.
28. Riley JL, Gordan VV, Rindal DB, Fellows JL, Qvist V, Patel S, et al. Components of patient satisfaction with a dental restorative visit: results from the Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc.* sept 2012;143(9):1002-10.
29. Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Colemard F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU : mise en place et résultats préliminaires d'activité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 juin 2010;58(3):217-24.
30. Dailey YM, Martin MV. Are antibiotics being used appropriately for emergency dental treatment? *Br Dent J.* 13 oct 2001;191(7):391-3.
31. Kim C, Choi E, Park K-M, Kwak E-J, Huh J, Park W. Characteristics of patients who visit the dental emergency room in a dental college hospital. *J Dent Anesth Pain Med.* févr 2019;19(1):21-7.
32. Matsumoto MS, Gatti MA, de Conti MH, de Ap Simeão SF, de Oliveira Braga Franzolin S, Marta SN. Determinants of Demand in the Public Dental Emergency Service. *J Contemp Dent Pract.* 1 févr 2017;18(2):156-61.
33. Ntabaye MK, Scheutz F, Poulsen S. Patient satisfaction with emergency oral health care in rural Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 1998;26(5):289-95.

34. Popescu L-D, Aga I, Popescu M-A. La prise en charge des urgences odontologiques dans le centre hospitalier Métropole Savoie après un an de fonctionnement d'une ligne d'astreinte. *Med Buccale Chir Buccale*. 1 oct 2015;21(4):211-8.
35. Roger-Leroi V, Laléchère-Lestrade C, Tubert-Jeannin S. Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont-Ferrand (France). *Rev Épidémiol Santé* 2007;55:197-202
36. Aboulker M, WIERZBA C. Caractéristiques des patients consultant aux urgences odontologiques, motifs de recours et prise en charge Enquête réalisée dans l'unité d'urgence du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. 2015. www.aonews-lemag.fr
37. Başlarlı Ö, Adiloğlu I, Taşar F, Tümer C, Saysel MY. Medical profile of a dental school patient population. *CDR* 2014 ; 38(1): 28-35
38. Radfar L, Suresh L. Medical profile of a dental school patient population. *J Dent Educ*. mai 2007;71(5):682-6.
39. Ahossi V, Boisrame-Gastrin S, Gathion S, Tazi M, Larras P, Honnart D, Perrin D. Urgences traumatiques en odontologie : analyse rétrospective de trois années d'activité au CHU de Dijon. *Rev Odont Stomat* 2005;34:39-57
40. Gibson GB, Blasberg B, Altom R. A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies. Part 2: Follow-up to emergency treatment. *Spec Care Dentist*. juin 1993;13(3):110-2.
41. Scully C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British dental teaching hospital. *Community Dent Health*. sept 1995;12(3):151-4.
42. Mani SP, Cleaton-Jones PE, Lownie JF. Demographic profile of patients who present for emergency treatment at Wits' Dental School. *J Dent Assoc S Afr*. févr 1997;52(2):69-72.
43. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. mai 2009;10(5):447-85.
44. Shaefer JR, Khawaja SN, Bavia PF. Sex, Gender, and Orofacial Pain. *Dent Clin North Am*. oct 2018;62(4):665-82.

45. Elseviers MM, Ferech M, Vander Stichele RH, Goossens H, ESAC project group. Antibiotic use in ambulatory care in Europe (ESAC data 1997-2002): trends, regional differences and seasonal fluctuations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* janv 2007;16(1):115-23.
46. Vander Stichele RH, Elseviers MM, Ferech M, Blot S, Goossens H, European Surveillance of Antibiotic Consumption (ESAC) Project Group. Hospital consumption of antibiotics in 15 European countries: results of the ESAC Retrospective Data Collection (1997-2002). *J Antimicrob Chemother.* juill 2006;58(1):159-67.
47. Palmer NA, Pealing R, Ireland RS, Martin MV. A study of therapeutic antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. *Br Dent J.* 27 mai 2000;188(10):554-8.
48. Prats E, Lauret M-E, Diemer F, Calas P. Consultations dentaires au CHU de Toulouse : place des soins conservateurs. *Sante Publique.* 2005;Vol. 17(2):255-64.
49. Naidu RS, Boodoo D, Percival T, Newton JT. Dental emergencies presenting to a university-based paediatric dentistry clinic in the West Indies. *Int J Paediatr Dent.* mai 2005;15(3):177-84.
50. Guivarc'h M, Saliba-Serre B, Le Coz P, Bukiet F. A cross-sectional analysis of patient care pathways and profiles in a dental emergency department. *Int Dent J.* févr 2020;70(1):21-8.
51. Bedos C, Brodeur J-M, Benigeri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 juin 2004;52(3):261-70.
52. Ebn Ahmady A, Pakkhesal M, Zafarmand AH, Lando HA. Patient satisfaction surveys in dental school clinics: a review and comparison. *J Dent Educ.* avr 2015;79(4):388-93.
53. Luo JYN, Liu PP, Wong MCM. Patients' satisfaction with dental care: a qualitative study to develop a satisfaction instrument. *BMC Oral Health.* 30 2018;18(1):15.
54. Golletz D, Milgrom P, Mancl L. Dental care satisfaction: the reliability and validity of the DSQ in a low-income population. *J Public Health Dent.* 1995;55(4):210-7.
55. Mascarenhas AK. Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *J Dent Educ.* nov 2001;65(11):1266-71.

56. Brown AD, Sandoval GA, Levinton C, Blackstien-Hirsch P. Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies. *Ann Emerg Med.* juill 2005;46(1):3-10.
57. Ali DA. Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. *Eur J Dent.* sept 2016;10(3):309-14.
58. Diouf M, Cisse D, Cmm L, Ginsburg FD, R T. Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2010;Vol. 41(3):225-30.
59. Gürdal P, Cankaya H, Onem E, Dinçer S, Yılmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dent Oral Epidemiol.* déc 2000;28(6):461-9.
60. Hashim R. Patient satisfaction with dental services at Ajman University, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J.* nov 2005;11(5-6):913-21.
61. Patel JY. A study on Evaluation of Patient Satisfaction with Dental Health Care Services. 2014;4(8):4.
62. Andrus D, Buchheister J. Major factors affecting dental consumer satisfaction. *Health Mark Q.* 1985;3(1):57-68.
63. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *Br Dent J.* 27 févr 1999;186(4 Spec No):161-5.
64. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J.* 27 févr 1999;186(4 Spec No):166-70.
65. Abrams RA, Ayers CS, Vogt Petterson M. Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients. *Community Dent Oral Epidemiol.* déc 1986;14(6):317-9.
66. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci.* juin 2002;29 Suppl 2:S23-29.
67. Rankin JA, Harris MB. Patients' preferences for dentists' behaviors. *J Am Dent Assoc.* mars 1985;110(3):323-7.

68. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*. 1 mai 2000;35(5):426-34.
69. Ibrahim N, Enn N, Husein A. Patient's perceived Satisfaction towards Dental Treatment provided by Undergraduate Students. *Madridge Journal of Dentistry and Oral Surgery*. 4 mai 2017;2:59-64.
70. Corah NL. Dental anxiety: assessment, reduction, and increasing patient satisfaction. *Dentistry*. avr 1990;10(2):5-9, 23-5.
71. Holt VP, McHugh K. Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. *Br Dent J*. 22 nov 1997;183(10):365-70.
72. Chauhan A, Priya H, Kumar M. Factors affecting dental satisfaction among Malaysian dental students. *International Journal of Dental Clinics*. 2011; 3(2): 5-8.
73. Chakraborty G, Gaeth GJ, Cunningham M. Understanding consumers' preferences for dental service. *J Health Care Mark*. 1993;13(3):48-58.
74. Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Orofacial pain: patient satisfaction and delay of urgent care. *Public Health Rep*. avr 2005;120(2):140-9.
75. Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage*. avr 1996;11(4):242-51.
76. Stahmer SA, Shofer FS, Marino A, Shepherd S, Abbuhl S. Do quantitative changes in pain intensity correlate with pain relief and satisfaction? *Acad Emerg Med*. sept 1998;5(9):851-7.
77. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med*. janv 2004;26(1):13-26.
78. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. déc 1996;28(6):657-65.
79. Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Ann Emerg Med*. nov 2001;38(5):527-32.

80. Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. *Acad Emerg Med.* janv 2002;9(1):15-21.
81. Stege PM, Handelman SL, Baric JM, Espeland M. Satisfaction of the older patient with dental care. *Gerodontology.* oct 1986;2(5):171-4.
82. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Käärlänen R. Patients' expectations of an ideal dentist and their views concerning the dentist they visited: do the views conform to the expectations and what determines how well they conform? *Community Dent Oral Epidemiol.* août 1996;24(4):240-4.
83. Vp H, K M. Factors influencing patient loyalty to dentist and dental practice. *Br Dent J.* 1 nov 1997;183(10):365-70.

CARACTERISTIQUES ET SATISFACTION DES PATIENTS CONSULTANT
LES URGENCES DENTAIRES DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DE
RANGUEIL (CHU DE TOULOUSE)

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Cette étude descriptive transversale a été réalisée au service des urgences dentaires du service d'odontologie (CHU de Toulouse - site de Rangueil).

Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire pour déterminer le profil des patients, les motifs de consultations, les modalités de prise en charge et les besoins en soins. Nous avons mis en évidence une faible majorité féminine des consultants avec une prédominance de la tranche d'âge de 18-29 ans. Un peu plus d'un tiers des patients est porteur d'une ou de plusieurs pathologies générales et plus les patients sont âgés, plus ils sont atteints. La douleur est le motif principal de consultation quels que soient l'âge et le sexe. La grande majorité des patients a des besoins en soins. Les besoins en soins conservateurs sont plus importants pour les patients jeunes, tandis que les besoins en soins prothétiques augmentent avec l'âge.

Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête de satisfaction, au moyen d'un questionnaire à choix multiples, rempli par les patients à la fin de leur prise en charge au service des urgences au centre de soins dentaires. Les résultats de cette enquête nous ont permis de mettre en évidence une satisfaction globale concernant les aspects humains et relationnels des soins. Une satisfaction moins importante a été constatée pour le temps d'attente, la prévention des pathologies bucco-dentaires et les matériels au centre de soins. À la suite de l'analyse de nos résultats, nous avons proposé plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences odontologiques.

TITRE EN ANGLAIS: Characteristics and satisfaction of patients consulting Emergency dental services at Toulouse university hospital

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS-CLÉS : qualité des soins, satisfaction, urgences dentaires, consultation, patients

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie, dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Professeur Cathy NABET