UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2017 N° 5

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le mardi 10 janvier 2017

Par

Louis-Adrien DUBIEF
Né le 30 juillet 1992 à Dijon

Le renoncement aux soins bucco-dentaires : Etude au sein des Consultations d'Accueil Santé Urgences à Strasbourg

Président : Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET

Assesseurs : Monsieur le Docteur Fréderic OBRY
Monsieur le Docteur Fabien BORNERT
Monsieur le Docteur Damien OFFNER
Madame le Professeur Renée WOLFRAM-GABEL

Remerciements

A Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury ainsi que de diriger mes travaux.

Je vous remercie pour vos conseils cliniques ainsi que pour votre aide, votre accessibilité et le temps que vous avez consacré à ce travail.
Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et de ma profonde considération.

A Madame le Professeur Renée WOLFRAM-GABEL,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury.

Je vous remercie pour vos enseignements ainsi que ces quatre années enrichissantes de monitorat au sein de l'Institut d'Anatomie.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric OBRY,

Pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Je vous remercie pour la richesse de vos enseignements en pédodontie.

Veuillez trouver ici l’expression de mes sincères et respectueux remerciements.

A Monsieur le Docteur Fabien BORNERT,

Pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Je vous remercie pour votre enseignement et vos précieux conseils cliniques qui m'ont permis d'évoluer sereinement en chirurgie.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

A Monsieur le Docteur Damien OFFNER,

Pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements tout au long de mes études et votre bonne humeur sans faille.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

A Monsieur le Professeur Lucien BRISSET,

Vous me faites l'honneur d'être mon parrain de de thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

A ma Famille,

Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné, votre écoute ainsi que votre présence sans faille.

Merci pour le soutien inconditionnel lors des moments difficiles tout comme dans les meilleurs. Sans vous, je n'aurais jamais pu aller aussi loin. Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

Merci pour tout, Merci du fond du cœur !
Je vous aime.

A Sacha,

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés ensembles.

Tu as toujours été là pour me soutenir et me motiver lors de ce travail et je t'en remercie. Merci aussi pour ta patience.

Je t'aime.

A mes amis,

Merci pour toutes ces belles années passées ensembles. Vous m'avez toujours soutenu et motivé. Merci pour les joies, les rires et tous les autres beaux moments partagés. Vous avez rendu mes années d'études inoubliables !

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2017 N° 5

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le mardi 10 janvier 2017

Par

Louis-Adrien DUBIEF
Né le 30 juillet 1992 à Dijon

Le renoncement aux soins bucco-dentaires : Etude au sein des Consultations d'Accueil Santé Urgences à Strasbourg

Président : Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET

Assesseurs : Monsieur le Docteur Fréderic OBRY
Monsieur le Docteur Fabien BORNERT
Monsieur le Docteur Damien OFFNER
Madame le Professeur Renée WOLFRAM-GABEL

INTRODUCTION 3

I. LE RENONCEMENT AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES 5

1. DEFINITION 6

2. LES MOTIFS DU RENONCEMENT 8

2.1. Renoncement financier 9

2.1.1 Catégories sociales 11

2.1.2 Protection sociale 13

2.1.3. L'âge 17

2.1.4. L'état de santé 17

2.2. Répartition et offre de soin 18

2.2.1. Offre de soins 19

2.2.2. Démographie des praticiens 20

2.3. Peur du chirurgien-dentiste 22

3. COMPARAISON AU NIVEAU EUROPEEN 24

II.PRESENTATION DES CONSULTATIONS D'ACCUEIL SANTE URGENCES 27

1. PRESENTATION 28

2. LES URGENCES ENDODONTIQUES 31

2 .1. Urgences inflammatoires 31

2.2 Urgences Infectieuses 32

3. LES URGENCES CHIRURGICALES 32

4. LA PROTHESE 33

5. SCHEMA DU PARCOURS D'UN PATIENT AU CASU 34

6. ASPECT MEDICO-LEGAL DES URGENCES 35

III. PRESENTATION ET RESULTATS DE L'ETUDE 37

1. PRESENTATION DE L'ETUDE 38

1.1. Objectifs 38

1.2. Méthodes 38

2. RESULTATS 39

2.1. Distribution des consultations 39

2.2. Age et sexe 41

2.3. Localisation 43

2.4. Régime social 44

2.5. Fréquentation du service 46

2.5.1. Primo-consultation 46

2.5.2. Suivi 48

DISCUSSION 50

1. FREQUENTATION DES URGENCES 51

2. AGE ET SEXE 52

3. REGIME DE REMBOURSEMENT 52

4. LOCALISATION 53

5. TYPE DE CONSULTATION ET SUIVI 55

CONCLUSION 57

BIBLIOGRAPHIE 59

Introduction

Selon l'Eurobaromètre de 2010, seulement 34% des français de plus de 15 ans déclarent avoir toutes leurs dents. Cela place donc la France au 20ème rang sur 33 pays européens étudiés au niveau de la santé bucco-dentaire (16). Cela nous amène donc à nous poser la question suivante : Comment expliquer ce classement alors que la France se positionne actuellement comme la deuxième puissance européenne ? Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats, la principale étant le renoncement aux soins.

Le renoncement aux soins est un sujet d'actualité de santé publique avec plusieurs réflexions sur les projets de lois de libéralisation de la santé, le tiers-payant, la volonté de diminuer les déserts médicaux ou l'encadrement des tarifs de soins. Lors de ces débats, les soins dentaires sont principalement évoqués. Ils ont l'image d'être trop chers et font souvent l'objet de renoncement.

Cependant malgré la mise en place de la Sécurité Sociale, en 1945, qui apparait comme le meilleur système de soins au monde et de la couverture par les complémentaires santés, des inégalités de recours aux soins persistent.

Ce travail de thèse se propose de contribuer à une clarification ainsi qu'à une explication sur les différents motifs de renoncements aux soins dentaires, qu'ils soient dus à des problèmes financiers, à un manque d'offre de soins ou tout simplement dus à la fameuse « peur du dentiste ».

Une recherche bibliographique sera complétée par une étude au sein de l'Unité Fonctionnelle de Consultations d'Accueil Santé Urgences (CASU) du Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires de Strasbourg. Un échantillon de 600 individus qui ont fréquenté le CASU pendant l'année 2015 ont été étudiés. Cette étude voudrait objectiver les comportements des patients qui consultent de manière ponctuelle, souvent dans un cas d'urgence, et majoritairement dans une structure publique. Ils peuvent révéler un parcours de soins peu habituel.

L’étude a donc pour but d’analyser le profil ainsi que le comportement des personnes consultant en urgence sans rendez-vous afin de pouvoir trouver les meilleures solutions pour les diriger dans un vrai parcours de soins.

Première partie :

Le renoncement aux soins bucco-dentaire

1. Définition

Selon le dictionnaire Larousse, renoncer se définit comme « Cesser d'envisager, de considérer quelque chose comme possible, ne plus vouloir faire quelque chose » (1)

Le renoncement aux soins est très peu défini dans la revue de bibliographie. Dans les études, le mot « renoncement » est rarement employé spontanément par les patients, confirmant donc que ce mot n'appartient pas au langage médical. Par ailleurs, à la question « Avez-vous déjà renoncé à des soins ? », les interprétations varient en fonction des patients. Certains demandent même des explications sur le terme avant de répondre. Néanmoins ce mot peut faire l'objet de résistance puisque dans la plupart des cas, les patients répondent en reformulant afin de bien positionner leurs réponses tout en censurant le mot « renoncement ».

Pour définir ce propos je m'appuierais sur la définition de la publication de l'IRDES de C. Depres en 2011 (2) qui dit :
« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. »
On peut distinguer deux catégories de renoncement aux soins : Le renoncement-barrière et le renoncement-refus.
Le renoncement-barrière fait référence à l'existence de contraintes, en particulier financières, alors que le renoncement-refus relève davantage d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine.

Dans le cas du renoncement-barrière, le patient fait face à des contraintes qui ne lui permettent pas d'accéder aux soins désirés. Le plus souvent la contrainte budgétaire sera évoquée.
Le renoncement-refus découle, lui, d'un choix : celui de se traiter par soi-même ou de solliciter des soins issus du secteur non-conventionnel. C'est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé, et constitue donc un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Cette forme de refus peut relever d'un désintérêt et porte fréquemment un caractère définitif, suggérant une perception de l'inutilité des soins.

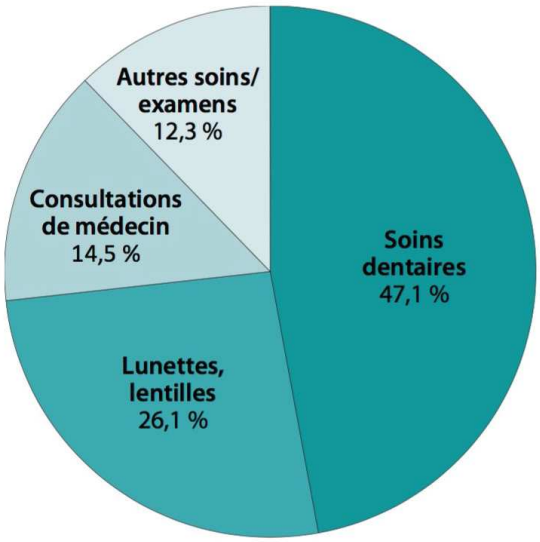
Deux éléments en ressortent :

- Un renoncement de l'ordre d'un refus explicite des soins conventionnels
- Un renoncement situé dans la défiance vis à vis du système de soin

Il y a souvent une association entre ces deux types de renoncements ce qui rend une interprétation difficile et nécessite donc la prise en compte de l'environnement du patient. (3) (4)

Répartition des motifs de renoncements, par types de soins

Il s'agit d'une répartition des motifs de renoncement. Une personne pouvant avoir renoncé à plusieurs types de soins, les effectifs bruts par type de soins[1] sont supérieurs à celui des personnes ayant déclaré un renoncement.



[1] Soins dentaires : 1 513, Lunettes, lentilles : 881, Consultations de médecin : 455, Autres soins : 387.

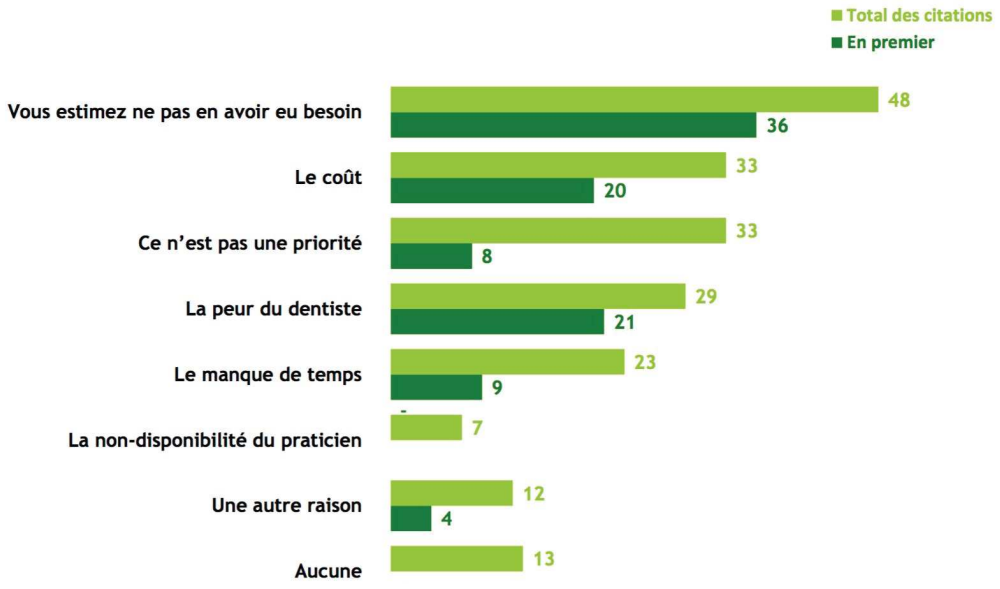
Source: ESPS 2012.

(5)

Les soins dentaires sont les soins médicaux auxquels les patients renoncent le plus. Ce taux reste cependant stable au fil des années, puisqu'en 2012 il était de 47,1% contre 46% en 2000. Cela représente pourtant presque la moitié des soins médicaux auxquels les gens renoncent. (5) (6)

2. Les Motifs du renoncement

Selon une étude IFOP de 2013 (7), on peut déterminer plusieurs motifs de non-consultation chez le chirurgien-dentiste (étude réalisée chez des patients n'ayant pas consulté depuis 2 ans) :



(7)

Nous remarquons que la première cause de renoncement est que le patient estime ne pas avoir besoin des soins à 48%. Les suivantes sont un problème de priorité, et un motif financier dans 33% des cas. La peur se situe en troisième position avec 29% mais en deuxième position dans les motifs cités en premières intentions (avant même le coût !). Enfin le manque de temps (23%) et la non disponibilité du praticien interviennent aussi dans la non-consultation des patients.

Le renoncement est évidemment lié au besoin de soins : une personne dont l'état de santé bucco-dentaire ne nécessite pas de soins n'a aucune raison de déclarer un renoncement. À l'inverse plus le besoin de soins est élevé, plus les individus seront confrontés au risque de devoir renoncer. Par ailleurs, des études ont montré que le besoin de soins n'est pas ressenti de la même façon selon le niveau d'éducation.
En effet, les individus les plus éduqués déclareraient davantage leurs problèmes de santé que les moins éduqués. (8)

En 2007 selon une étude de l'Insee (9), les différents motifs de renoncement aux soins bucco-dentaires sont :

- Financiers pour 49%
- La peur pour 25,2%
- Le manque de temps pour 7%
- Le délai d'attente pour 3,4%
- L'éloignement géographique pour 1,1%
- Autres pour 7,6%

2.1. Renoncement financier

Selon le baromètre santé de 2014, 15,5 % de la tranche des 15-75 ans déclarent avoir dû renoncer pour eux-mêmes à des soins dentaires pour des raisons financières durant les douze derniers mois. Ils sont pour la même raison 12,0 % à avoir dû renoncer à des soins d'optique, 7,4 % à une consultation de médecin et 9,5 % à d'autres types de soins. (10)

Le rapport ESPS de l'IRDES de 2012 (11), confirme ces chiffres du renoncement aux soins dentaires pour raisons financières avec un taux de 18 %

Le renoncement financier peut combiner plusieurs éléments :

- Le cout réel du soin : le reste à charge du patient
- La disponibilité financière du moment, avoir les ressources suffisantes pour faire l'avance. Cet aspect dépend des ressources (revenus, réserves, allocations)
- Les dépenses du moment, les dépenses incompressible (loyer, dettes)

A cela vient s'ajouter l'arbitrage des patients.

- L'endettement pour se soigner
- La hiérarchisation des priorités, (ex moins dépense alimentaire)
- Le refus du soin

Il est important de présenter la tarification des soins dentaires.

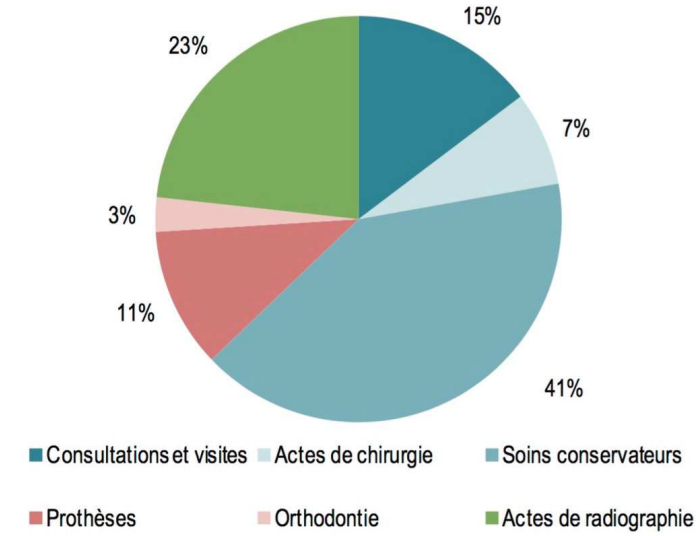
On distingue trois modes de tarification des soins dentaires :

- Les consultations, les soins préventifs, conservateurs et radiologiques sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ou 90% dans le cadre du régime local. Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés sur ces types de soins. Cela représente plus de 70% de l'exercice d'un chirurgien-dentiste libéral.

- Les soins prothétiques et ceux d'orthodontie commencés avant le 16ème anniversaire sont facturés le plus souvent avec dépassements. L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), prend en charge 70 % du tarif opposable.

- Les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont pas inscrits dans la CCAM et ne sont pas remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires. (12) (37)

Graphique 1 Répartition des actes des chirurgiens-dentistes libéraux en 2014



Champ > Soins dentaires remboursables et actes de radiologie pratiqués par des chirurgiens-dentistes, France entière.
Source > CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

(12)

D'un point de vue financier il faut éviter de faire l'amalgame entre les soins conservateurs et les soins prothétiques.

Les soins prothétiques sont très prédominants dans le renoncement aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières. Or, ces soins ont lieu lorsque les soins conservateurs ne sont plus possibles. Cela découle donc dans une majorité des cas d'une négligence du patient à consulter et à se soigner régulièrement.
Il ne faut pas oublier qu'en 2013, 41% des individus n'ont pas consulté leur chirurgien-dentiste dans les douze derniers mois alors qu'il est recommandé de consulter une à deux fois par an.

Pourtant 58% des français ont déjà consulté pour remplacer une dent manquante alors que la prothèse représente seulement 11% de l'activité du chirurgien-dentiste (12). 36% ont déjà consulté pour un problème de gencive, 22% pour des soins esthétiques et 21% et pour des soins orthodontiques.

Les motifs de rendez-vous sont :

- 54,9% contrôle, détartrage
- 28,6% problèmes, douleurs ou gènes
- 7,6% suivi de traitement

Il ne faut pas oublier qu'un manque de traitement entraine une dégradation de l'état bucco-dentaire qui sera donc par la suite plus onéreux à soigner par la suite.

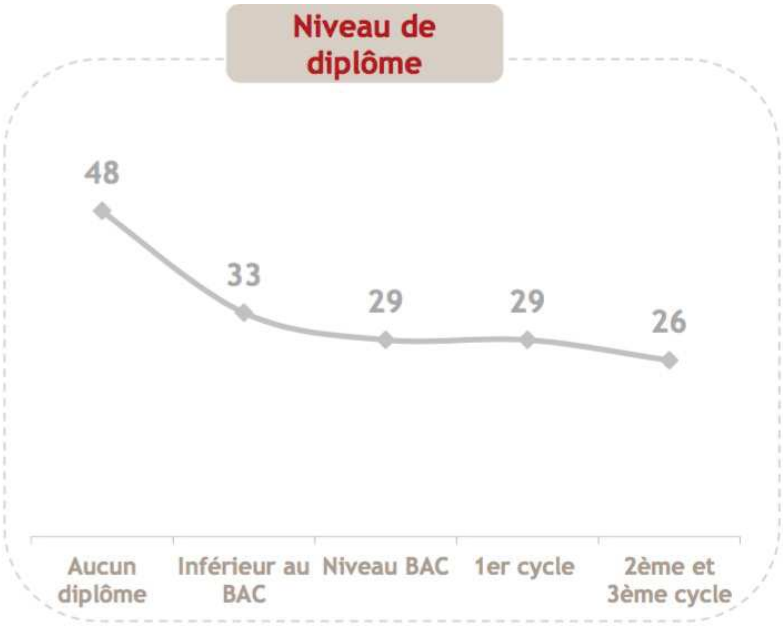
Différents paramètres entrent en jeux dans le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières.

2.1.1 Catégories sociales

Le renoncement aux soins diffère en fonction de la catégorie sociale. Les personnes défavorisées renoncent plus facilement aux soins que les personnes favorisées.

Les profils ayant renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières selon l'étude IFOP de 2013 (7) :

- 48% sont sans diplômes
- 33% ont un niveau inférieur au bac
- 29% ont le niveau bac
- 29% ont le niveau1er cycle
- 26% ont le niveau 2ème et 3ème cycle



(7)

Les actifs occupés renoncent moins aux soins que les chômeurs avec respectivement des taux de 16,7% et 26,7% selon le dernier rapport ESPS de 2012(5).

Les renoncements aux soins pour les jeunes sont deux fois plus importants dans les classes sociales défavorisées. Ce sont dans les catégories les plus fragilisées que l'on retrouve un état de santé dentaire déficient et les personnes qui ont le plus de dents absentes. Ces différences sociales peuvent s'expliquer par des différences d'expositions aux facteurs de risque comme une hygiène dentaire défectueuse, une alimentation trop riche en sucre etc. (36) (37)

En 2012 27,6% de la population ayant un revenu mensuel dans le 1er quintile selon l'OCDE (< 926€ mensuel) déclarait avoir renoncé à des soins dentaires dans les douze derniers mois contre 8,6% appartenant au 5ème quintile (>2120€ mensuel).

2.1.2 Protection sociale

Selon la dernière enquête ESPS de 2012 (5), parmi les personnes ayant renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

- 16,2% Bénéficiait d'une complémentaire santé privée
- 21,6% Bénéficiait de la CMUC-C
- 41,1% Ne bénéficiait pas d'une complémentaire privée

La protection sociale joue un rôle majeur dans le renoncement aux soins. Le taux de renoncement double entre une personne qui est couverte pas une complémentaire santé privée et une qui ne l'est pas.

La qualité de couverture complémentaire agit sur la réalisation des soins prothétiques. En effet la probabilité d'achat est de 8,5 à 11 points plus élevée pour les personnes possédant une couverture par rapport à celles n'en n'ayant pas. Par contre la qualité de la couverture n'influe pas sur la réalisation des soins prothétiques. Le seul facteur à avoir une incidence ici est le fait d'être couvert ou non. (45)

Le motif principal de la non-souscription à une complémentaire santé est un manque de moyen et un tarif trop élevé (5).

<u>Rappel sur les différentes formes de protections sociales</u>

Les frais de santé sont divisés en trois parties :

- La part remboursée par la sécurité sociale sur la base des tarifs de la sécurité sociale
- La part complémentaire appelé ticket modérateur. Il est soit à la charge du patient soit il est remboursé (partiellement ou totalement) par une complémentaire santé ou par la CMU-C
- La participation forfaitaire

PUMA : Protection Universelle Maladie

Depuis le 1er janvier 2016 la CMU de base a été supprimée et remplacée par la PUMA, Protection Universelle Maladie. (13) (40)

La protection maladie universelle permet au patient d'être remboursé de ses frais de santé dans les mêmes conditions que les autres assurés.
Concrètement, il paye directement ses dépenses de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux…). L'assurance maladie lui rembourse la part obligatoire, également appelée « part sécurité sociale ».

Pour en bénéficier il faut avoir la nationalité française, ou avoir un titre de séjour (ou avoir débuté les démarches pour) ou résider en France depuis au minimum 3 mois.

Si le patient dispose de faibles ressources, il peut compléter sa prise en charge par deux dispositifs : la CMU-C ou l'ACS

CMU-C

La CMU-C prend en charge la partie complémentaire des dépenses de santé de manière gratuite. Les dépenses sont donc prises en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale. Le forfait journalier est également exonéré. Aucun dépassement d'honoraire ne peut être facturé.

Les conditions requises sont les mêmes que la PUMA et avoir des revenus inférieurs à un plafond.
Ex : pour une personne vivant seule en métropole, le plafond est de 8 653€ et est de 18 172€ pour un foyer de quatre personnes résidant en métropole. Cette condition de ressource n'est pas applicable aux bénéficiaires du RSA. Elles sont aussi différentes si le patient réside dans un Département d'Outre-Mer (DOM).

Il existe des forfaits spécifiques de prise en charge pour les soins dentaires, d'optiques ou prothèses auditives
Pour le cas des prothèses dentaires, les soins prothétiques pris en charge par la CMU-

C ont été listés par l'Arrêté du 30 mai 2006 modifié par l'arrêté du 28 mai 2014.
On notera que le praticien ne peut pas proposer au patient un traitement avec dépassement et hors du panier de soins listé par l'arrêté.

Si le patient dépasse ce seuil de ressource et n'a de ce fait pas droit à la CMU-C, il peut bénéficier de l'ACS, Aide à la Complémentaire Santé.

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

Pour bénéficier de l'ACS il faut dépasser de peu le plafond de ressource d'attribution de la CMU-C. Le but est de donner une aide financière, sous forme de chèque santé, au patient afin qu'il puisse souscrire une complémentaire santé. Cette participation a pour but de réduire ou de prendre en charge totalement la cotisation annuelle de la complémentaire. Cela permet donc un meilleur accès aux soins avec une prise en charge de la part complémentaire.
L'ACS donne droit également à une dispense d'avance de frais chez le médecin, de dépassement d'honoraires et de la participation forfaitaire.
Cette aide peut aller de 100€ pour les moins de 16 ans jusqu'à 550€ pour les plus de 60 ans.

Les conditions d'accès à l'ACS sont les mêmes que pour la PUMA avec un plafond de ressources (supérieur à la CMU-C).

Ex : pour une personne vivant seule en métropole le plafond est de 11682€ (contre 8653€ pour CMU-C) et de 24532€ (contre 18172€ pour CMU-C) pour un foyer de quatre personnes résidant en métropole.

En moyenne, l'ACS prend en charge 55 % du prix du contrat.

Malheureusement, sur la base des derniers chiffres de la population cible de l'ACS mis à disposition par la DREES, le taux de non recours à l'ACS s'établit autour de 65 % en 2012.

Une étude (14) montre que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa population cible. Cela laisse à penser que la question centrale du non-recours à l'ACS n'est pas celle du coût de la complémentaire santé mais celle de l'accès à l'information et celle du coût et de la difficulté des démarches. L'incertitude pesant sur

l'éligibilité est un facteur aggravant.
En effet, elle distingue trois explications du non recours à l'ACS :

- La non connaissance du dispositif, le patient ne recourt pas à une aide car il manque d'information
- La non demande : l'individu connait la prestation mais ne fait pas la demande car l'aide n'est pas assez avantageuse ou parce que la démarche administrative est trop complexe
- La non perception : l'individu fait la demande mais ne perçoit pas l'aide.

Afin d'accroître la connaissance de l'ACS, une vaste campagne de communication a donc été lancée le 29 juin 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (15)

1,35 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS au cours de l'année 2015, soit une évolution de + 12,6 % par rapport à 2014 (+ 3,9 % entre 2013 et 2014).

AME : Aide Médicale d'État

Les personnes en situation irrégulière n'ayant pas de titre de séjour en France et n'ayant pas entamé de démarche pour l'obtenir, peuvent bénéficier dans certaines conditions de l'AME.

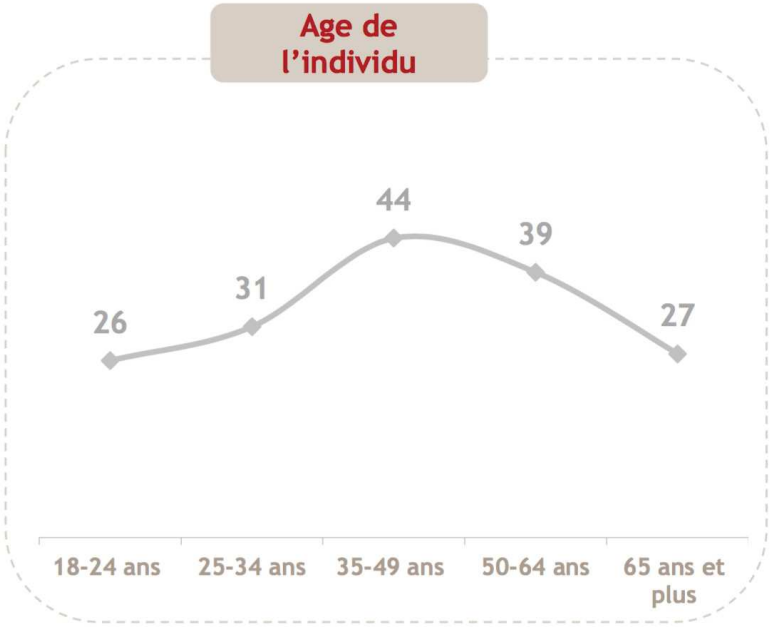
Elle prend en charge la part de la sécurité sociale et la part complémentaire avec une exonération de la participation forfaitaire et sans avance de frais. La prise en charge est effectuée à la hauteur de tarifs établis par la sécurité sociale. Tout dépassement d'honoraire sera à la charge du patient.

Contrairement à la CMU-C il n'y pas de forfait de prise en charge pour les soins dentaires, d'optiques ou prothèses auditives.

Pour pouvoir bénéficier de l'AME il faut être en situation irrégulière, ne pas avoir fait les démarches d'obtention de titre de séjour, et résider sur le sol français depuis trois mois. A cela s'ajoute des conditions de ressources avec un plafond identique à celui de la CMU-C.

2.1.3. L'âge

Le renoncement aux soins varie avec l'âge. Dans la jeunesse le taux de renoncement est de 26% pour les 18-24 ans et croit jusqu'à 44% entre 35-49ans et diminue ensuite pour atteindre 27% pour les plus de 65ans (7)



(7)

2.1.4. L'état de santé

Plus l'état de santé bucco-dentaire est perçu comme mauvais, plus le taux de renoncement aux soins est élevé. Par exemple en 2007, les individus se caractérisant comme ayant une mauvaise santé bucco-dentaire avaient un taux de renoncement de 11,9% contre 4,3% pour les personnes se disant en bonne santé. (9)

La présence de maladies chroniques influence aussi nettement le renoncement aux soins. Pour les malades chroniques le taux de renoncement dentaire est de 9,2% contre 5,3% pour les non-atteints.

L'état de santé est donc un élément déterminant. On observe un effet significatif sur la probabilité de renoncement aussi bien chez les hommes que chez les femmes, pour

les soins médicaux comme pour les soins dentaires. Ce facteur semble toutefois jouer plus fortement sur le renoncement pour des raisons financières que sur le renoncement lié à d'autres raisons. On peut dire, que moins l'état de santé est jugé bon, plus la probabilité de ne pas consulter pour des raisons financières plutôt que pour d'autres raisons est élevée.
Cet aspect peut être justifié à nouveau par l'étude ESPS de 2012 (5) dans laquelle 36% des personnes se considérant en très mauvaise santé ont renoncé à des soins dentaires durant les douze derniers mois pour des raisons financières contre 11% des personnes se considérant en très bonne santé.

En 2013, lorsqu'on l'on interroge les patient sur les éléments pouvant éviter le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières nous obtenons (7) :

- 83%, avoir une proposition de soin alternative
- 73% avoir de meilleures informations sur le montant des soins remboursés et du reste à charge.
- 70% si possibilité d'avoir un plan de financement avec un paiement étalé.
- 63% avoir une meilleure explication sur l'intérêt du soin et mieux comprendre les conséquences en cas de renoncement.
- 58% avoir un devis bien détaillé et expliqué par le praticien

Le renoncement résulte aussi d'un manque d'explications sur le traitement, les traitements alternatifs mais surtout sur les conséquences d'un non traitement. Car il faut le rappeler, un renoncement entraine une dégradation de l'état dentaire qui deviendra plus onéreux à soigner.

2.2. Répartition et offre de soin

La France est le deuxième pays européen en ce qui concerne l'accès aux soins dentaires avec 96% de la population ayant accès à un chirurgien-dentiste à moins de trente minutes de chez lui ou de son lieu de travail (16).

2.2.1. Offre de soins

Le nombre de chirurgiens-dentistes est de 41 788 en France en 2016. Ce nombre est en légère augmentation depuis 2012 où il y avait 40 599 praticiens (17).

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) augmente de 0,7% chaque année. On constate un rajeunissement et une féminisation de la profession avec 60% des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans étant des femmes (contre 33% des 55-59ans). En 2015, 43% des chirurgiens-dentistes étaient des femmes (18) (19).

Cette augmentation peut s'expliquer en partie par une augmentation du numérus clausus dentaire à l'issue de la Première Année Commune d'Etude de Santé (PACES). A partir du milieu des années 70, le numérus clausus des chirurgiens-dentistes a connu un fort recul : divisé par deux en 10 ans, il a ensuite continué de décroître plus lentement jusqu'en 1992 pour connaitre ensuite un long palier proche de 800 jusqu'en 2001. Depuis, il a augmenté, particulièrement depuis 2007 (où il était de 997) pour atteindre 1199 en cette année 2016.

Nous notons également une augmentation des installations de chirurgiens-dentistes diplômés en dehors de France. En 2015 plus d'un chirurgien-dentiste sur trois (34,7%) qui s'est inscrit à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes a obtenu son diplôme à l'étranger. Cela représente en 2015, 449 nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre de diplômés étrangers (dont 192 Roumains soit 3 fois plus qu'en 2010). Il était de 27,9 % en 2013 et 34,7% en 2014. (18)
La législation européenne (directive européenne 2045-36-CE) permet à tous les chirurgiens-dentistes formés dans l'UE de pouvoir s'installer dans les pays membres, à condition de parler la langue du pays, sans contrôle des connaissances. Cela a fait récemment polémique puisqu'en mars 2016 une étude révèle que 10 % des diplômés en odontologie formés en Europe n'ont reçu aucune formation pratique clinique sur des patients.

2.2.2. Démographie des praticiens

La démographie des chirurgiens-dentistes est en légère augmentation. Elle était de 62,7 praticiens pour 100 000 habitants en 2013 et à 63,9/100 000 en 2015.

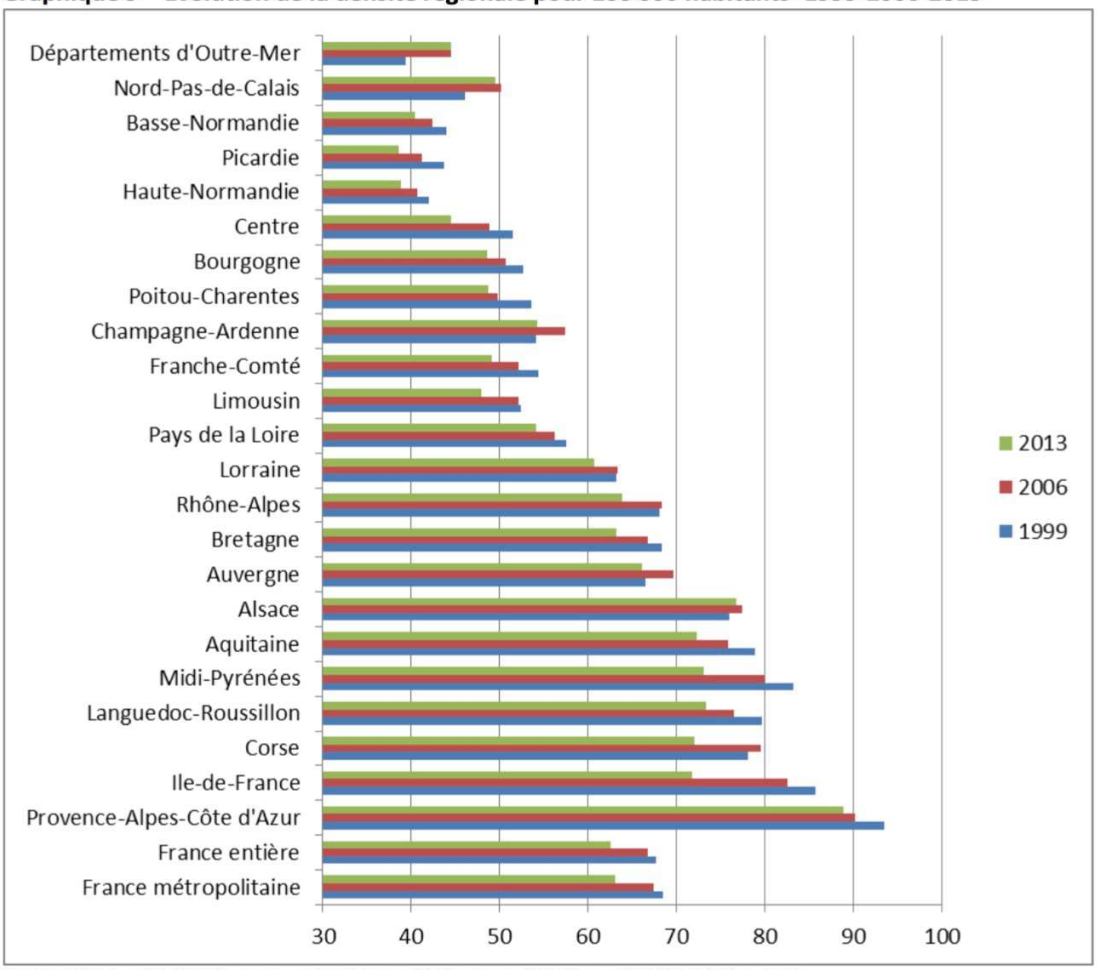
Dans le Bas-Rhin, la démographie est de 78 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en 2014 et 56,4 pour le Haut-Rhin soit 69,2/100000 en Alsace. Plus précisément, la démographie du canton de Strasbourg est de 96,8 praticiens pour 100 000 habitants selon l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Alsace (20).

Il y a une forte disparité de densité des chirurgiens-dentistes au niveau national. Les régions du sud de la France ont une concentration plus de praticiens plus élevé que la moyenne nationale (35) (37) (39). En 2013, sept régions avaient une densité supérieure à 70/100 000 : L'Alsace, l'Aquitaine, le Midi-Pyrénées, le Languedoc-Roussillon, la Corse, l'Ile-de-France et PACA qui détient le plus haut taux avec 89 praticiens pour 100 000 habitants.

Malheureusement la Picardie, la Haute et Basse Normandie avaient un taux inférieur à 40 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Les DOM, le Limousin, Nord pas de Calais, le Centre, la Bourgogne, le Poitou-Charentes et Franche Comté ont un taux inférieur à 50/100 000 habitants.

(Graphique page suivante)

Graphique 9 – Évolution de la densité régionale pour 100 000 habitants -1999-2006-2013



Source : Eco-santé, IRDES, rupture de série en 2011, source ADELI avant 2011, RPPS ensuite.

(19)

2.3. Peur du chirurgien-dentiste

Selon l'étude IFOP 2011, 54% des Français ressentent des craintes à l'idée de consulter leur chirurgien-dentiste, dont la principale est la peur de la douleur (46%).
Un Français sur deux qui éprouve une crainte attend qu'un problème devienne grave ou ennuyeux pour consulter (52%) et même 2% refusent catégoriquement d'être examinés
Selon un sondage opinion-way ce sont les plus jeunes qui seraient les plus touchés par ce problème. 28% des patients craintifs ont leur angoisse qui augmente à l'approche du RDV et 12% veulent venir accompagnés.17% déclarent même avoir voulu annuler le rdv par peur. (21) (22)

L'étude du Dr Markus Shulte (23) ressort que :

- 10% sont atteint de dentophobie
- 20% ont une angoisse forte
- 40% ont une angoisse légère et passagère
- 30% n'ont aucune peur

Ces deux premières catégories peuvent conduire à un évitement dentaire

Il y a une différence entre phobie et peur du chirurgien-dentiste qui peut se caractériser par le tableau ci-dessous.

	PEUR	**PHOBIE**
Stimulus potentiellement dangereux	Oui	Non
Conduite d'évitement	Non	Oui
Réaction proportionnée au stimulus	Oui	Non
Raisonnement logique	Oui	Non
Contrôle volontaire	Plus ou moins	Non
Anxiété anticipée	Plus ou moins	Oui
Durée	Ponctuelle	Maintenue

Selon HAWAWINI R.

Les motifs de la peur ont également été étudiés. Il en découle que les principales causes sont la peur de la douleur à 40%, la peur de la piqûre à 20%, la peur de perdre le contrôle à 15% et la peur des hauts le cœur à 15%

Les causes de la peur peuvent être dues à un manque d'explications, un manque d'empathie et un comportement contraignant, brutal et punitif.

Cette peur peut être apprise par procuration de l'entourage qui transmet la « peur du dentiste » qui est d'autant plus développée lorsqu'un enfant n'a pas encore eu d'expérience chez le chirurgien-dentiste. L'image impopulaire dans l'inconscient collectif et véhiculé par les médias ne fait qu'empirer cette crainte.

Il faut noter que la cavité buccale a une symbolique forte. Elle a un aspect vital, elle nous permet de communiquer, de nous nourrir et a une notion affective. Un soin dentaire peut être ressenti comme une agression, une intrusion dans notre intimité. Cela renforce ce sentiment de « perte de contrôle » car les soins nécessitent de ne pas parler ni de déglutir.

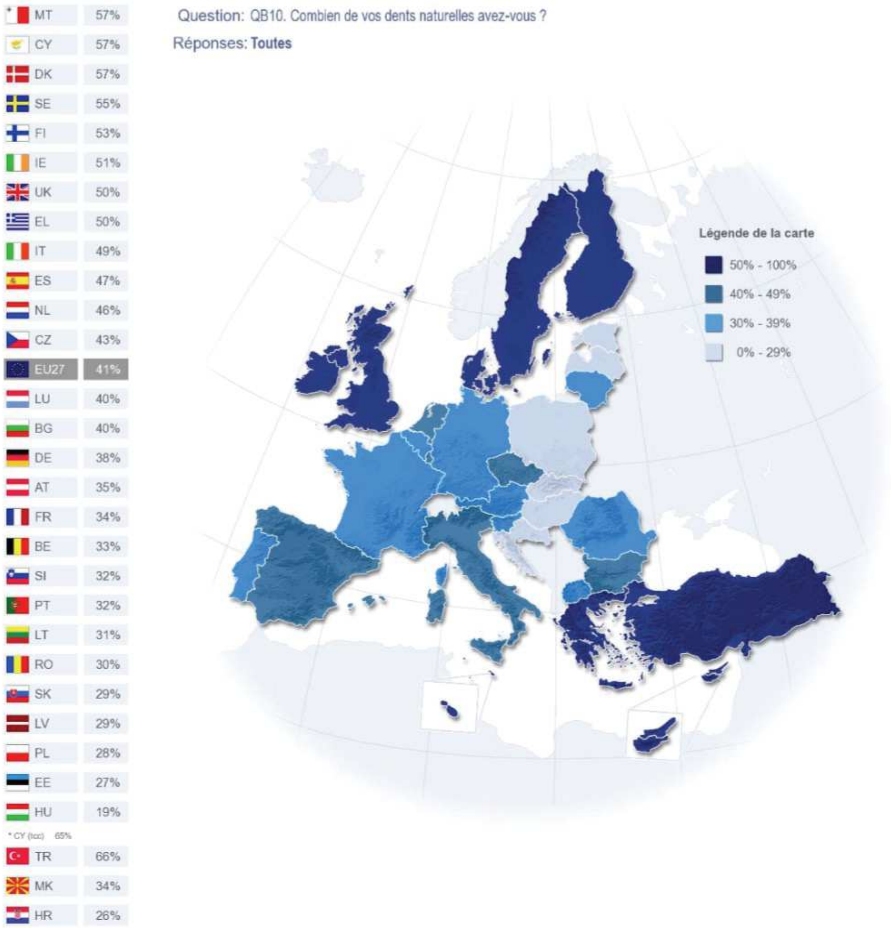
Cette peur peut avoir des conséquences physiologiques comme la tachycardie, l'insomnie, etc. Mais peut également conduire à un refus de soins en annulant et en repoussant toujours les rendez-vous.

Cela peut conduire le patient dans un cercle vicieux : La peur du dentiste entraine un évitement, une non-consultation qui entraine une dégradation de l'état bucco-dentaire, qui entraine une honte et une culpabilité qui entraine une augmentation de la peur du dentiste (par jugement et/ou par les soins à réaliser).

3. Comparaison au niveau européen

L'état bucco-dentaire de la France comparée aux pays européen (16) n'est pas forcément aussi bon que nous pourrions le croire. En effet en 2010, 34% des français déclaraient avoir « toutes leurs dents naturelles » alors que la moyenne européenne est de 41%

En comparaison, huit pays sont au-dessus de 50% comme le Royaume-Uni, la Turquie, la Finlande, le Danemark.



(16)

Par ailleurs les français consultent moins leurs chirurgiens-dentistes que la moyenne européenne. En effet, 52% des français ont consulté leur praticien dans les douze derniers mois pour une moyenne européenne de 57%.

En comparaison les Danois ont un taux de 78%, 64% pour le Royaume-Uni, 77% pour l'Allemagne et 83% pour les Pays-Bas.

Cependant la France est la deuxième nation européenne en ce qui concerne l'accès à un chirurgien-dentiste. En effet, 96% des français ont accès à un praticien à moins de 30 minutes de leur domicile ou de leur lieu de travail. Nous sommes ex-aequo avec l'Italie et la Finlande. La première place revient à la Belgique et la Chypre avec un taux de 97%.
Nous pouvons ajouter que la France est également bien placée pour ce qui est des habitudes alimentaires cariogènes car elle se situe en dessous de la moyenne européenne pour ce qui est de la consommation de sucrerie, biscuits, gâteaux, boissons sucrées et pour le nombre de repas quotidiens. (16)

Malheureusement nos habitudes de consultations divergent un peu de la moyenne européenne.

En Europe, 50% des consultations sont pour des contrôles/détartrages, 33% pour des traitements de routine et 17% pour des soins d'urgence.
En France, les taux sont de 37% pour des contrôles/détartrages, 31% pour des traitements de routine et 31% pour des soins d'urgence. Nous consultons moins souvent le chirurgien-dentiste, effectuons moins de contrôles et plus de soins d'urgence que la moyenne européenne.

En comparaison le Royaume-Uni a respectivement des taux de 72% pour consultations/détartrages, 20% pour des soins de routine et 8% pour des soins d'urgence.

Pour ce qui est du renoncement des soins dentaires pour des raisons financières, la moyenne européenne est de 15% contre 8% en France. En comparaison ce taux est 14% pour Italie, 15% pour le Royaume-Uni, 26% pour le Danemark, 24% pour la Suède.

Il est important de préciser que les soins dentaires en France font partie des moins chers d'Europe. (24)

Par exemple le prix d'une consultation en France est de 23€ contre, 33€ en Allemagne, 70€ en Suède, 49€ en Autriche ou 31€ au Danemark
Un détartrage en France coûte 28,92€ alors qu'il est à 90€ en Allemagne, 80€ en

Espagne, 45€ en Grande-Bretagne ou 50€ en Hongrie.
Enfin le tarif d'une extraction simple est de 33,44€ en France contre 45€ en Hongrie, 81€ en Allemagne ou 55€ en Autriche.

Deuxième partie :

Présentation des Consultations d'Accueil Santé Urgence

1. Présentation

L'unité fonctionnelle des Consultations d'Accueil Santé Urgences (CASU) a pour objectif de répondre à la demande des patients venant sans rendez-vous, le plus souvent en urgence et à les faire entrer dans un parcours de soins. Ce dernier pouvant tout aussi bien relever du domaine public que du privé.
Le CASU est composé de :

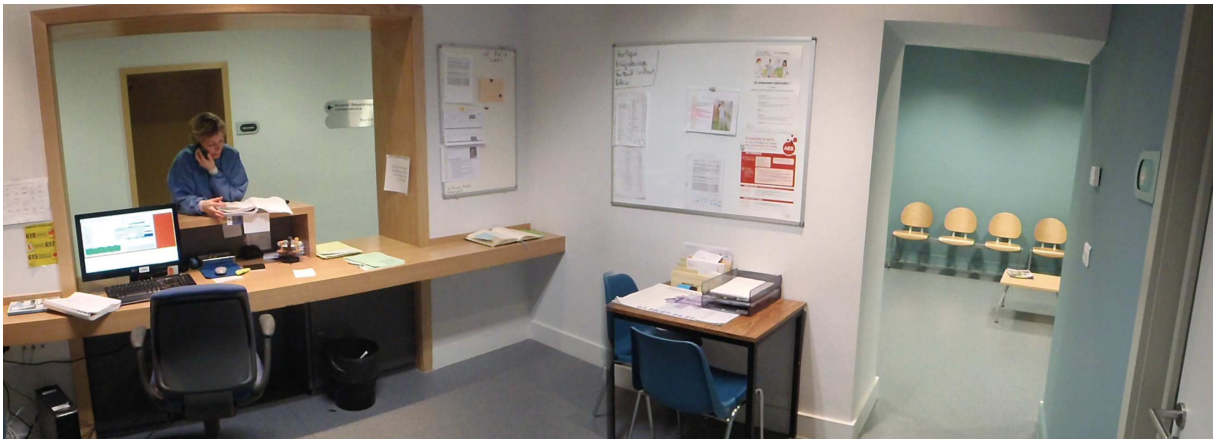
- Trois fauteuils
- Un bureau
- Un local, salle de stockage des dispositifs médicaux (salle propre)
- Un accueil mutualisé avec l'unité fonctionnelle d'odontologie conservatrice et endodontie

Le travail au CASU se fait par équipe de cinq ou six étudiants uniquement de 5ème ou 6ème année d'études, avec un roulement au niveau des fauteuils. Dès qu'un fauteuil se libère il est immédiatement débarrassé et désinfecté par un autre étudiant qui enchaine avec le patient suivant. Cette organisation permet une bonne efficacité de la gestion des patients même lors de fortes affluences puisqu'il n'y a pas de rendez-vous programmés.

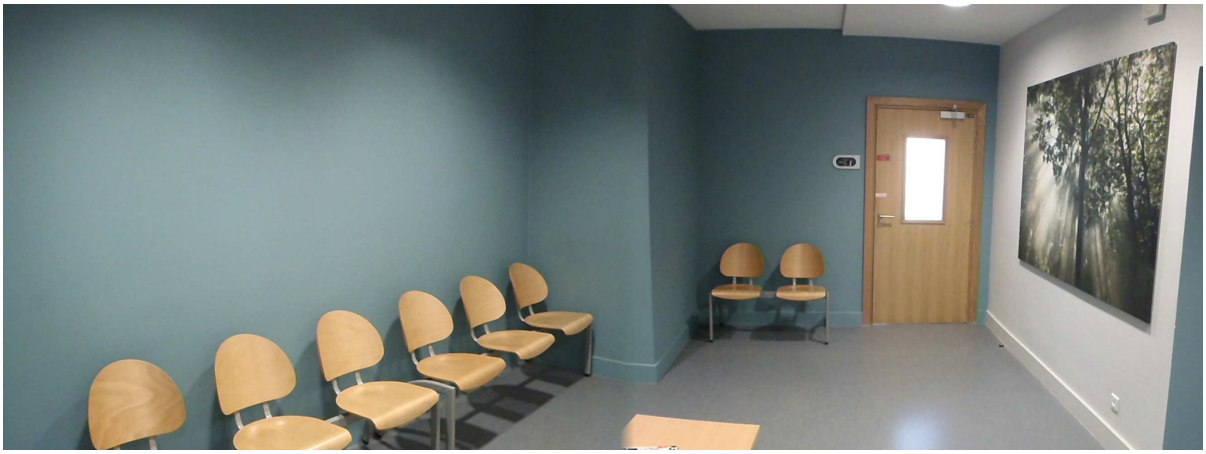
Horaires d'ouverture :

Jours	Horaires
Lundi	9h00-13h00 et 14h00-18h00
Mardi	9h00-13h00 et 14h00-18h00
Mercredi	9h00-13h00 et 14h00-18h00
Jeudi	9h00-13h00 et 14h00-18h00
Vendredi	9h00-13h00 et 14h00-17h00
Samedi	9h00-12h00

Bureau d’accueil

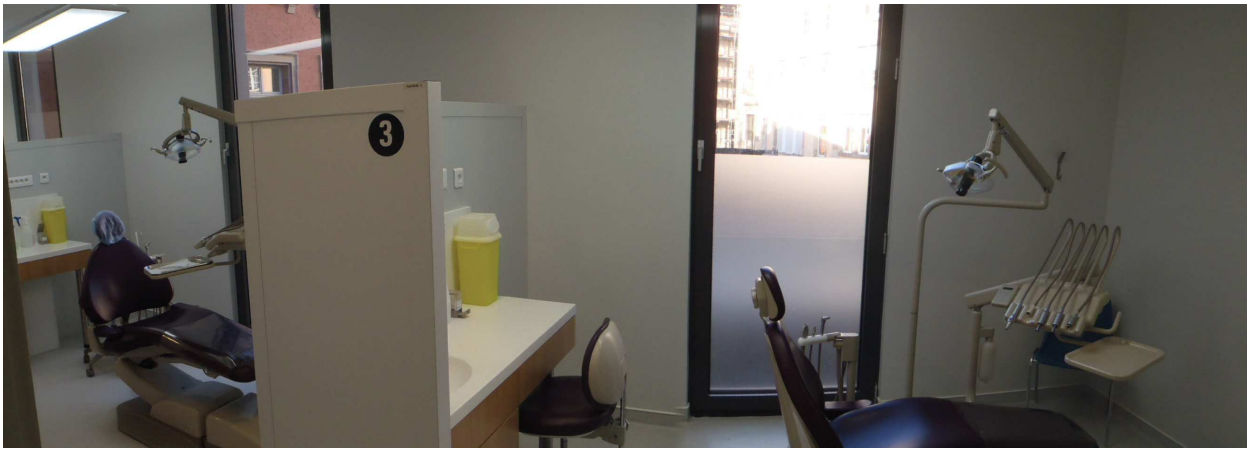


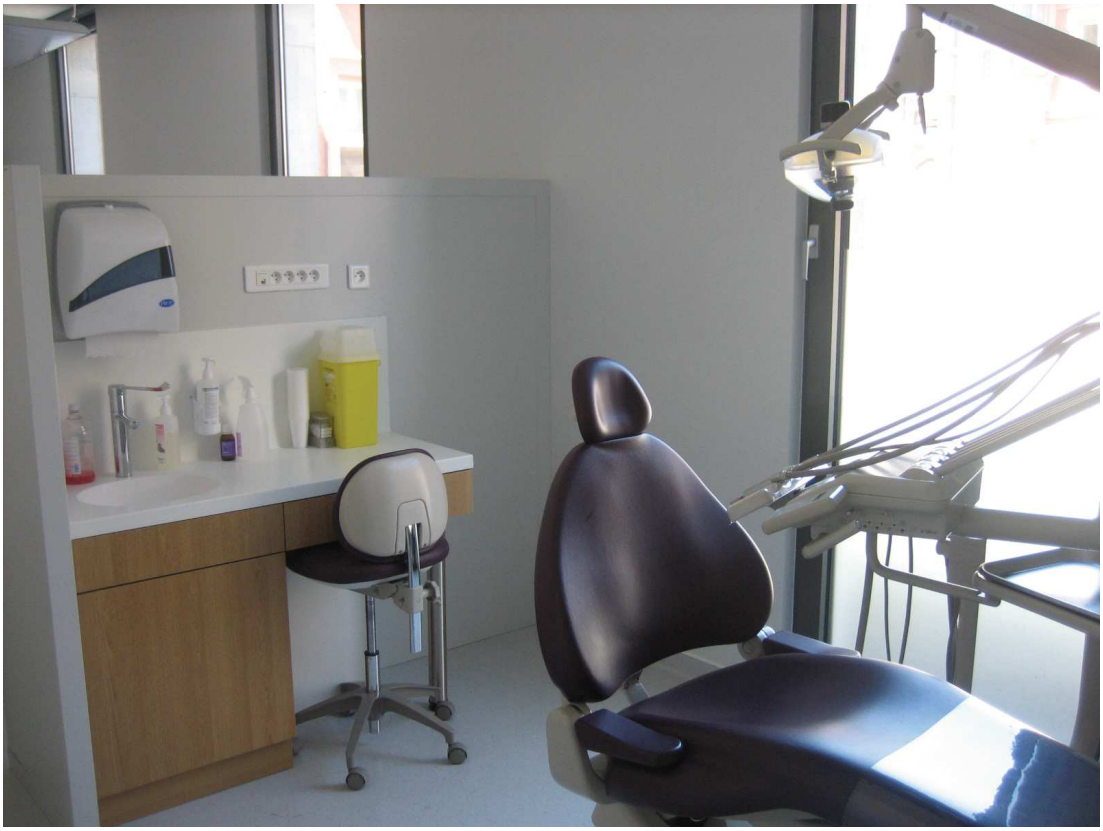
Salle d’attente



Salle de stockage des dispositifs médicaux

Salle de soins





La consultation débute par la création d'un dossier médical complet afin d'assurer une prise en charge optimale pour les suites des soins. L'anamnèse médicale est ensuite réalisée afin de connaitre les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, sa médication en cours et s'il présente des allergies. On enregistre la demande principale du patient et l'interrogatoire médical bucco-dentaire pour déterminer le moment d'apparition, le type, l'intensité et l'évolution de la douleur. Ceci afin d'effectuer le diagnostic exact de l'affection dont souffre le patient.

Le praticien réalise ensuite l'examen clinique exo-buccal puis endo-buccal Cela se fait d'abord dans la globalité avec l'inspection des tissus mous et durs afin de terminer sur la zone douloureuse.

L'orthopantomogramme (OPT) est le premier examen complémentaire radiologique réalisé en arrivant au CASU car il permet de voir l'ensemble de la cavité buccale et ses alentours (sinus, ATM etc..). Il peut être ensuite précisé par des clichés rétro alvéolaires. Ces clichés permettent de visualiser la dent, son péri-apex et son parodonte avec plus de précisions que sur un OPT.

Suite à l'interrogatoire, l'examen clinique et radiologique le praticien aboutit à un diagnostic clinique. Puis le patient et le rapport diagnostic sont présentés au responsable du CASU afin de confirmer ce dernier et établir le traitement d'urgence.

Les principaux cas de figure sont dans l'ordre de fréquence : la pulpite et l'urgence OC/Endodontique, la chirurgie, l'urgence prothétique et les autres cas.

2. Les urgences endodontiques

2 .1. Urgences inflammatoires

La pulpite est une inflammation de la pulpe par une irritation due à une lésion qui peut être carieuse, traumatique (fracture/fêlure) ou autre. Il y a deux types de pulpites :

- La pulpite réversible : douleurs au froid qui s'arrêtent après le stimulus, ce qui signifie que la carie se situe généralement à distance de la pulpe

- La pulpite irréversible : douleurs spontanées, insomniantes et douleurs au froid qui continuent après l'arrêt du stimulus. La carie se situe généralement proche ou au contact de la pulpe.

Les complications suite aux pulpites sont la nécrose dentaire qui peut entrainer des lésions péri-apicales se diagnostiquant par une image radio-claire péri-apicale, un élargissement du ligament alvéolo-dentaire, des douleurs à la percussion et un test au froid négatif (dû à la non vitalité de la dent). De la douleur au chaud peut être rapportée.

Prise en charge de l'urgence :

- Si la carie n'atteint pas la pulpe : éviction de la carie et pose de pansement provisoire.
- Si la carie atteint la pulpe : pulpotomie ou pulpotomie haute, désinfection, mise en place d'un pansement médicamenteux calmant

2.2 Urgences Infectieuses

Elles peuvent découler de la nécrose pulpaire avec les parodontites apicales aigues, l'abcès apical aigu, jusqu'à la cellulite, ou de problèmes d'éruption comme les péri-coronarites.

Elles peuvent également provenir du parodonte comme l'abcès parodontal, les maladies parodontales nécrotiques.

3. Les urgences chirurgicales

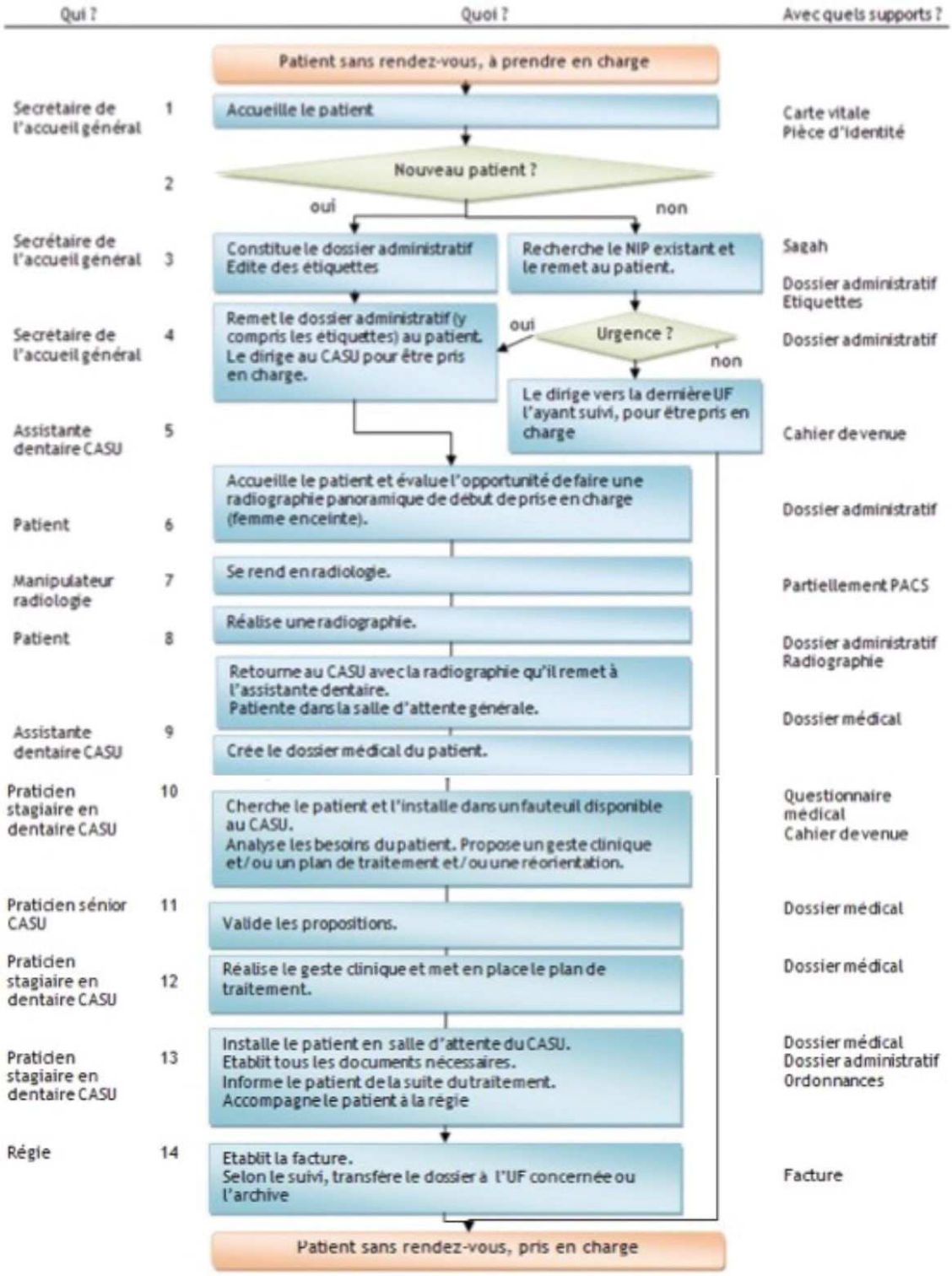
Les urgences de type chirurgical sont le plus souvent dues à des complications de nécrose sur des dents non-conservables, comme des racines résiduelles ou des douleurs dues à la mobilité terminale d'une dent avec une pathologie parodontale avancée. Cela peut également toucher les fêlures et fractures (dentaires ou alvéolaires) ou les lésions de la muqueuse buccale. La solution thérapeutique est donc l'avulsion qui se déroule en chirurgie dans un second temps, en général après avoir réglé le problème infectieux et douloureux au CASU.

4. La prothèse

L’urgence prothétique est souvent due à une fracture de prothèse ou au descellement d’une couronne. Les soins d’urgence se dérouleront donc à l’unité fonctionnelle de prothèses si le patient est suivi en prothèses au Pôle. Si le patient est suivi en ville, l’urgence est prise en charge au CASU.

Après la consultation, le dossier et la feuille de facturation sont remplis avec précision. Il y a ensuite l’élaboration d’une ordonnance si besoin et l’élaboration d’un parcours de soins pour le patient. On recueille la signature du responsable puis on explique au patient l’ordonnance, le parcours de soins à suivre et on lui remet le numéro de téléphone de l’unité fonctionnelle qui devra le prendre en charge ensuite pour qu’il puisse prendre rendez-vous.

5. Schéma du parcours d'un patient au CASU



Source : Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires. Document élaboré par le Copil qualité et validé par la direction de la qualité des HUS

6. Aspect médico-légal des urgences

En ce qui concerne les urgences, le chirurgien-dentiste est soumis au Code de la Santé Publique et au Code de Déontologie.

Selon l'article R. 4127-205 du Code de Santé publique : « Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés.»

Et d'après L'article R. 4127-245 du Code de la Santé Publique. « Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien ».

Il est du devoir des chirurgiens-dentistes de prendre en charge les urgences et de respecter la permanence de soin par le biais des gardes.

Il est important de noter que selon l'article R. 4127-211 code déontologie 2004 : « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.»

Tout ceci dans le « respect de la vie et de la personne humaine » selon l'article R.4127-202 du code de déontologie 2004.

Le chirurgien-dentiste « Se doit de réaliser des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel a` un autre chirurgien-dentiste. »

En conclusion, on peut dire que le Pôle respecte au mieux ces obligations légales, en même temps, les étudiants apprennent au CASU l'ensemble de ces obligations et comment y répondre.

Troisième partie :

Présentation et résultats de l'étude

1. Présentation de l'étude

1.1. Objectifs

L'objectif de l'étude est d'analyser le comportement des patients fréquentant le CASU afin de pouvoir améliorer leur prise en charge dans ce service et de répondre de manière optimale à leurs attentes. Le but étant de s'intégrer au mieux dans leurs parcours de soins ou les intégrer dans ce dernier si cela n'est pas le cas.

1.2. Méthodes

Pour réaliser cette étude nous étudions le profil de cinquante individus par mois, sélectionnés de façon aléatoire, venus consulter au CASU sur une période d'un an. Cela représente une analyse de six-cents individus sur les données de l'année 2015.
Pour cela nous avons eu recours au registre du suivi journalier du CASU comportant les étiquettes (et donc les numéros d'identification : NIP) des patients venus consulter au service.
L'analyse rétrospective des dossiers et le recueil des données ont été réalisés par le même opérateur afin de minimiser le risque d'erreur.

Pour chaque patient, différentes données ont été relevées et étudiées : le sexe, la date de naissance, le code postal, le régime de sécurité sociale, l'historique dans le centre de soins (avec année de première consultation), le nombre de venues totales tous services confondus, nombres de venues totales au CASU et s'il y a un suivi et le service affilié.

Ces données seront complétées par celles relevées par le centre de soin sur le nombre de venues totales au CASU au cours de l'année.

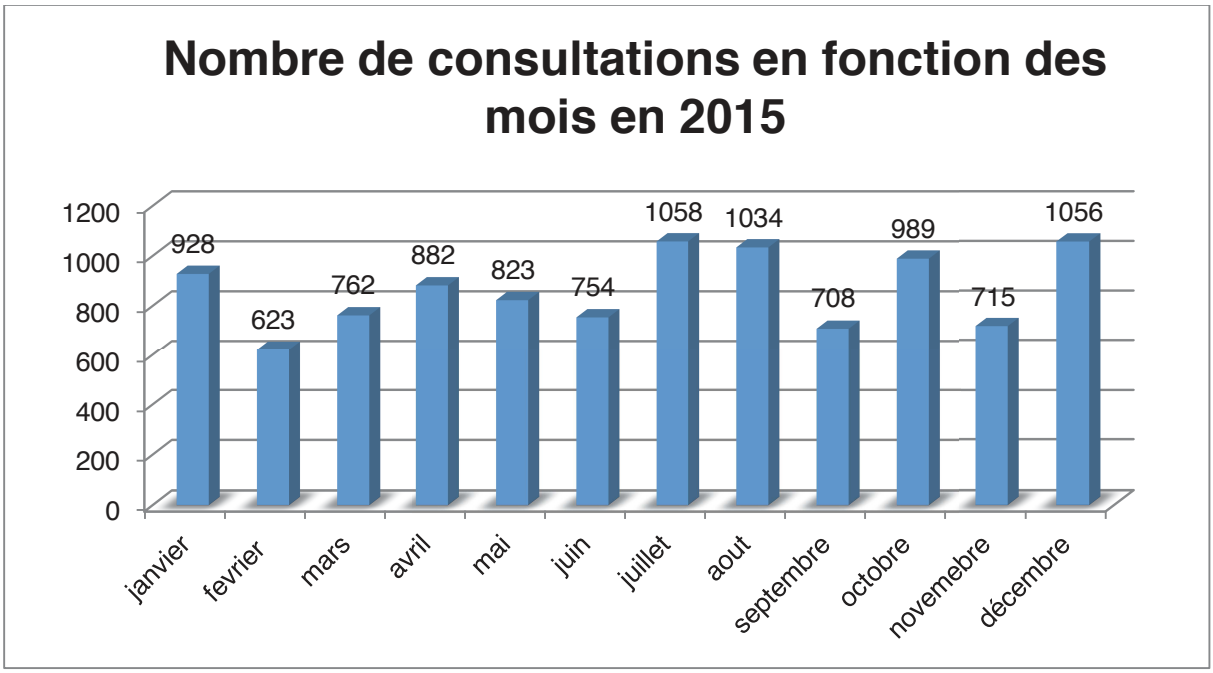
2. Résultats

2.1. Distribution des consultations

Année	Nombre de patients	Taux de progression
2011	6439	
2012	7603	+ 15,30%
2013	8233	+ 7,65%
2014	8648	+ 4,80%
2015	10332	+ 16,30%

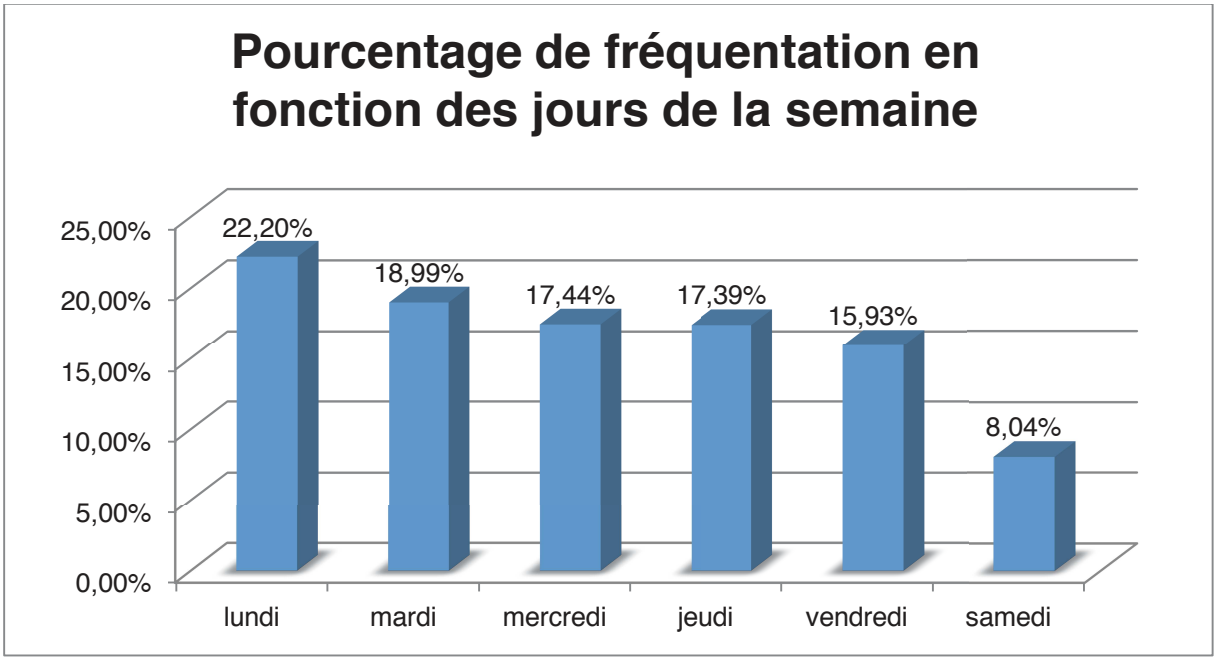
Tableau représentant la fréquentation du CASU en fonction des années

Depuis l'année 2011 le CASU a vu sa fréquentation augmenter chaque année. De 6439 patients en 2011 nous passons à une fréquentation de 10 332 patients pour l'année 2015 ce qui fait une progression de 37,68% en 4 ans. En moyenne nous avons donc une progression de 11,01 % par an depuis 2011.



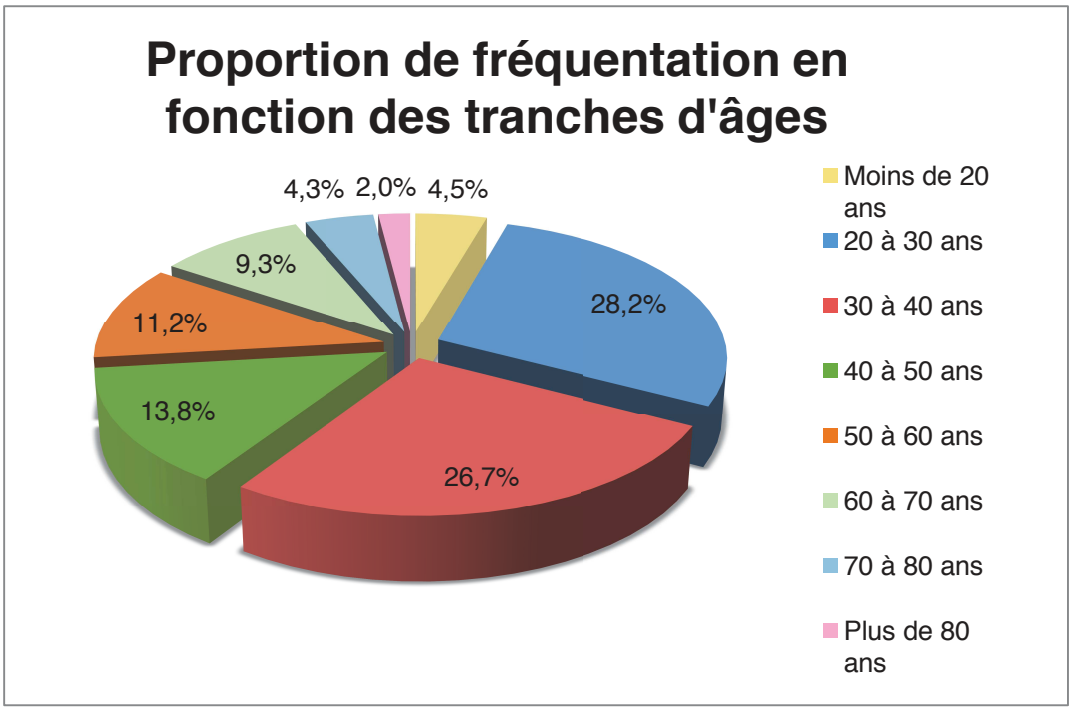
La moyenne mensuelle en 2015 est de 861 patients par mois. Nous pouvons constater une hausse de fréquentation lors de la période d'été ainsi qu'au mois de

décembre. La période d'hiver correspond 25,23% de la fréquentation, le printemps 23,78%, l'été 27,55% et l'automne 22,45.

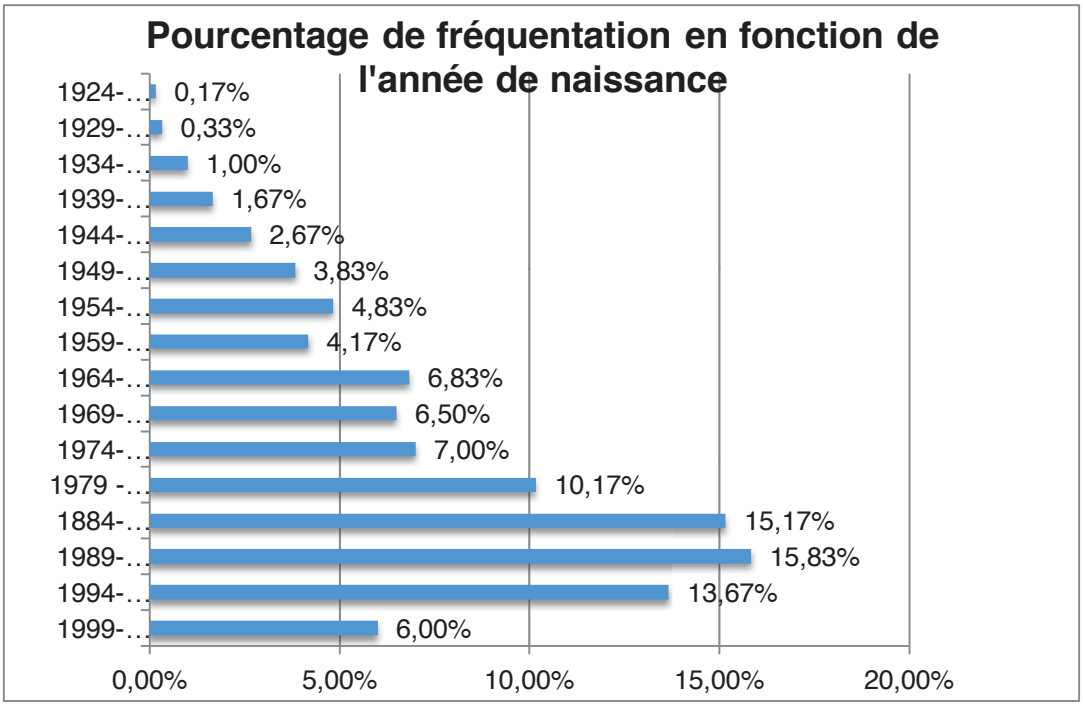


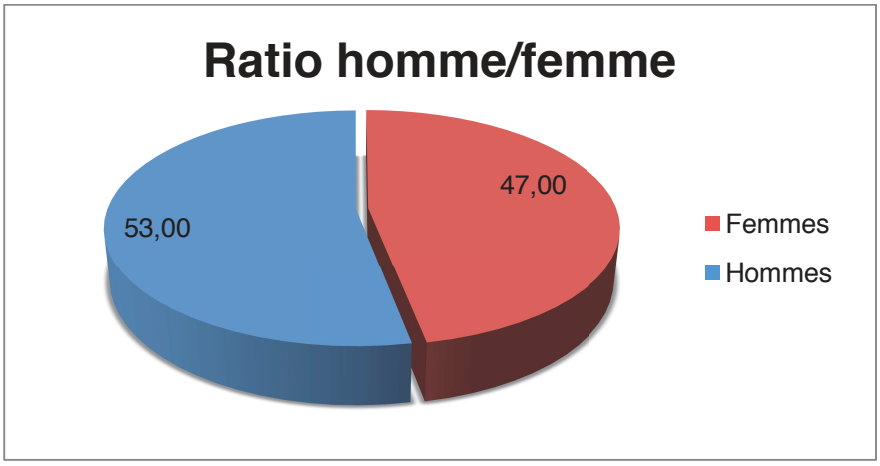
Au niveau journalier nous pouvons remarquer que la plus forte fréquentation du CASU a lieu le lundi. Le nombre de consultations décroit progressivement du lundi au samedi.

2.2. Age et sexe

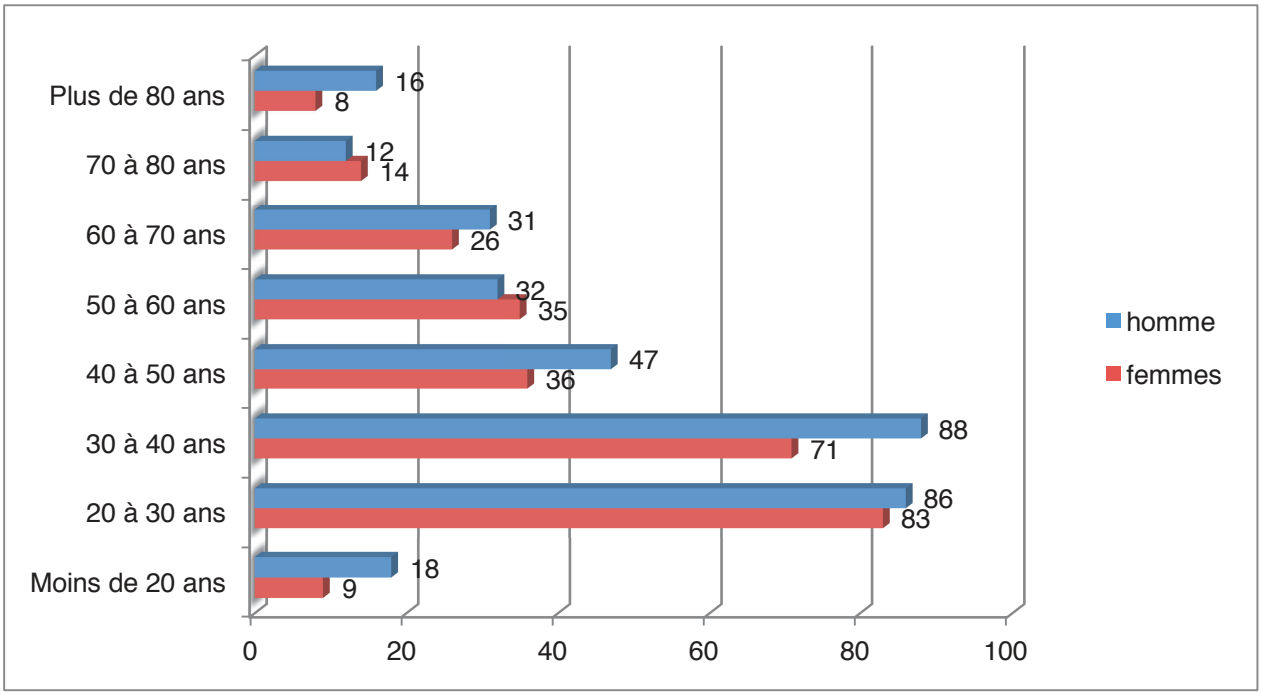


Le premier élément que nous pouvons noter est la fréquentation d'une population jeune. En effet plus de la moitié de la population qui consulte le CASU a en entre vingt et quarante ans dont plus d'un quart se situant dans la tranche des 20-30 ans. Les tranches d'âges de 20-30 ans et 30-40 sont les plus représentées avec respectivement 28,2% et 26,7%.



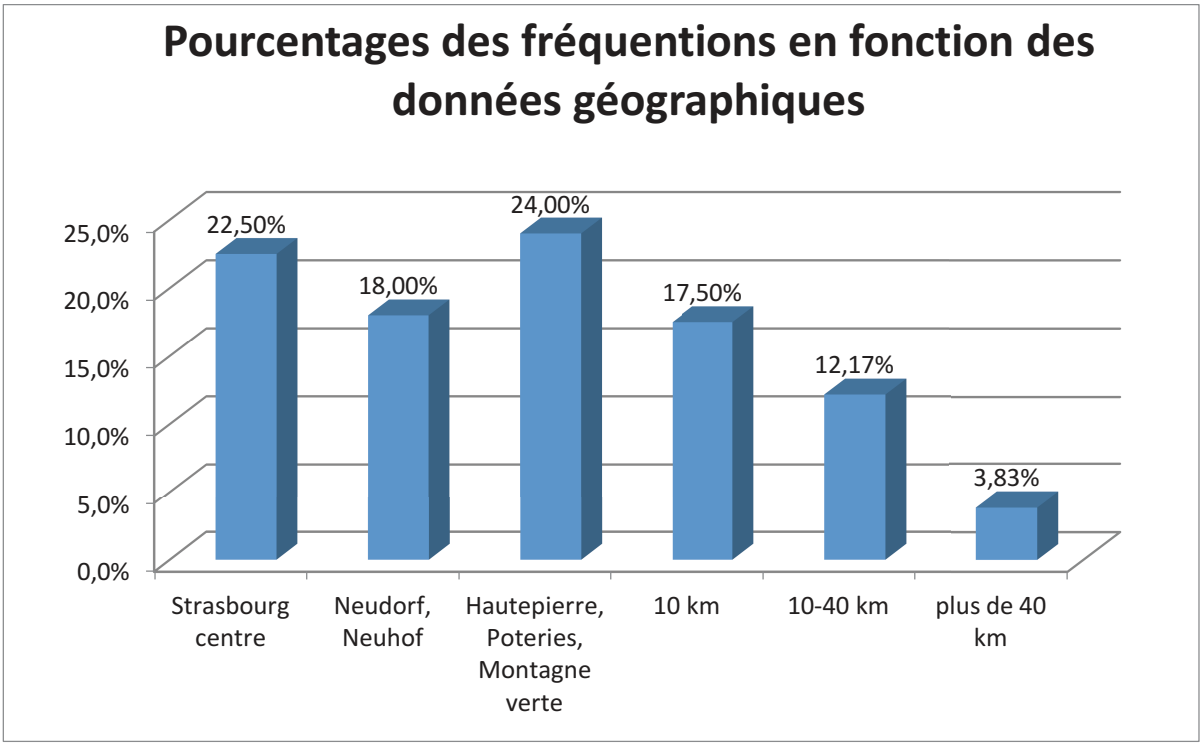


En ce qui concerne le sexe des individus étudiés, nous avons obtenu un ratio de 53% d'hommes et de 47% de femmes.



La plus grande différence de consultation au niveau du sexe se situe dans la tranche d'âge des 30/40 ans. En effet, nous rencontrons 88% d'hommes contre seulement 71% de femmes.

2.3. Localisation



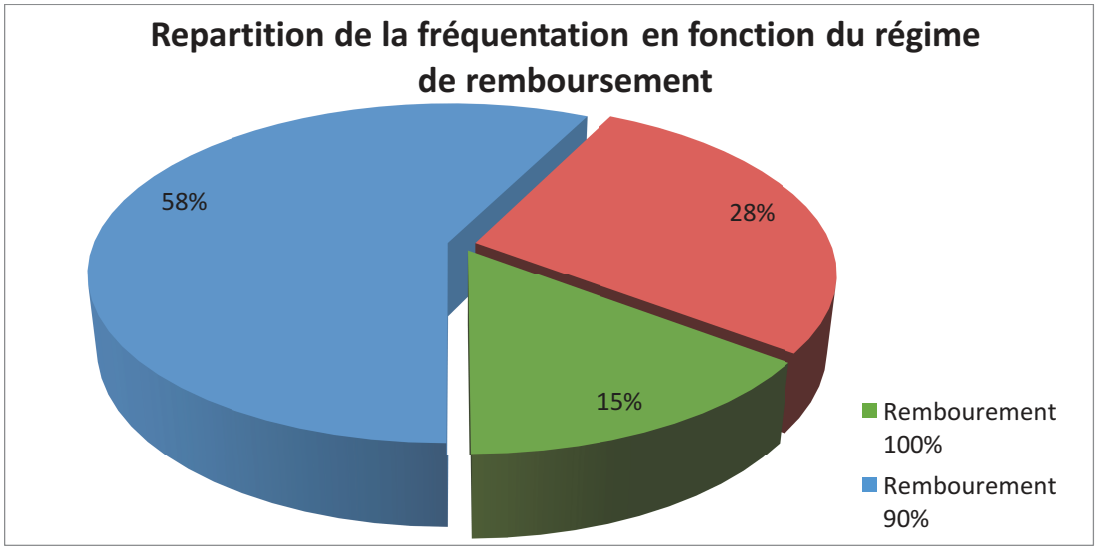
Nous pouvons remarquer que ce sont les quartiers de Hautepierre, des Poteries et de la Montagne-Verte (67200) qui sont les plus représentés avec 24% de la fréquentation. Ils sont suivis par le centre de Strasbourg à 22,5% puis par les quartiers du Neudorf et Neuhof (67100) à 18%. Pour les villes de l'agglomération de Strasbourg, à 10km aux alentours, elles représentent 17,5% de la fréquentation et 12,2% pour les villes situées entre 10 et 40 km.

	67000 Strasbourg centre		67100 Neudorf, Neuhof		67200 Hautepierre, P, M.V.	
<30ans	35	25,93%	41	37,96%	52	36,11%
30-40ans	39	28,89%	32	29,63%	38	26,39%
40-50ans	27	20,00%	14	12,96%	15	10,42%
50-60ans	12	8,89%	7	6,48%	18	12,50%
60-70ans	11	8,15%	10	9,26%	17	11,81%
> 60ans	11	8,15%	4	3,70%	4	2,78%
Total	135		108		144	

Tableau représentant la répartition des différentes zones géographiques en fonction des tranches d'âges

Nous pouvons voir que dans les quartiers en dehors de Strasbourg centre, la proportion de jeunes est plus importante. Les moins de 40 ans représentent 67,59% dans le 67100 et 62,5 % dans le 67200 contre 54,82% à Strasbourg centre.

2.4. Régime social



Selon cette étude nous relevons que le régime local, remboursement à 90%, est majoritairement présent dans les consultations avec 58% des individus. Il est suivi du régime général, remboursement à 70%, dans 28% des cas. La couverture à 100% qui représente la CMU, Aide Médicale d'État (AME) les Affections Longues Durées (ALD) est minoritaire à 15%.

Dans le Bas-Rhin la moyenne des bénéficiaires de la CMU est de 3,0% en 2015 pour une moyenne de 3,1% pour la métropole. Nous avons donc une consultation des patients bénéficiaires de la CMU au moins deux fois supérieure à la moyenne départementale.

Tableau représentant les différents régimes sociaux en fonction des tranches d'âges.

	Remboursement 100%		Remboursement 90%		Remboursement 70%	
<30ans	28	31,82%	113	32,75%	55	32,93%
30-40ans	20	22,73%	93	26,96%	47	28,14%
40-50ans	9	10,23%	47	13,62%	28	16,77%
50-60ans	12	13,64%	43	12,46%	12	7,19%
60-70ans	12	13,64%	31	8,99%	13	7,78%
>70ans	7	7,95%	18	5,22%	12	7,19%
Total	88		345		167	

Les régimes des remboursements sont représentés de manière similaire en fonction des tranches d'âges.

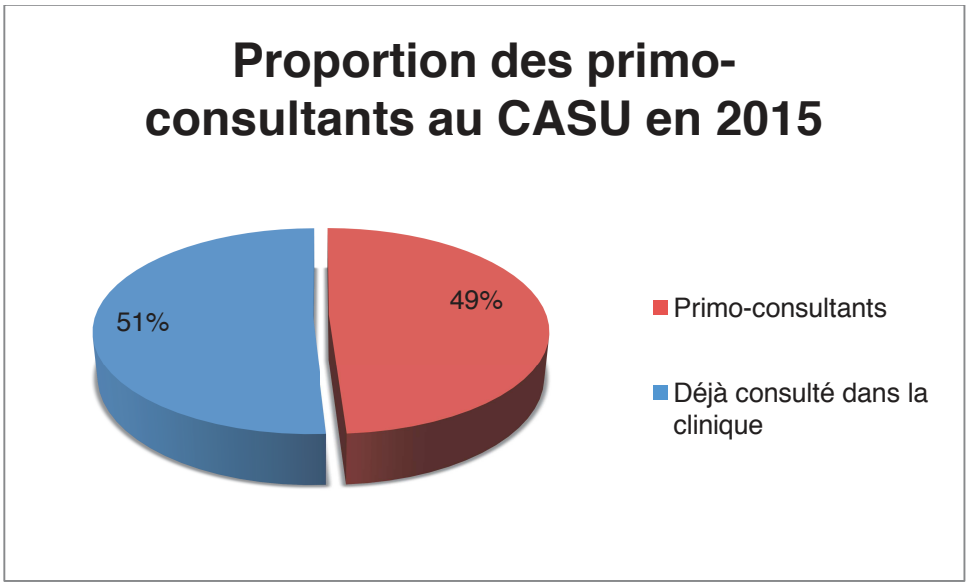
	Remboursement 100%		Remboursement 90%		Remboursement 70%		Total
67000	29	21,48%	69	51,11%	37	27,41%	135
67100	15	13,89%	64	59,26%	29	26,85%	108
67200	17	11,81%	84	58,33%	43	29,86%	144

Tableau représentant les différents régimes sociaux en fonction des zones géographiques

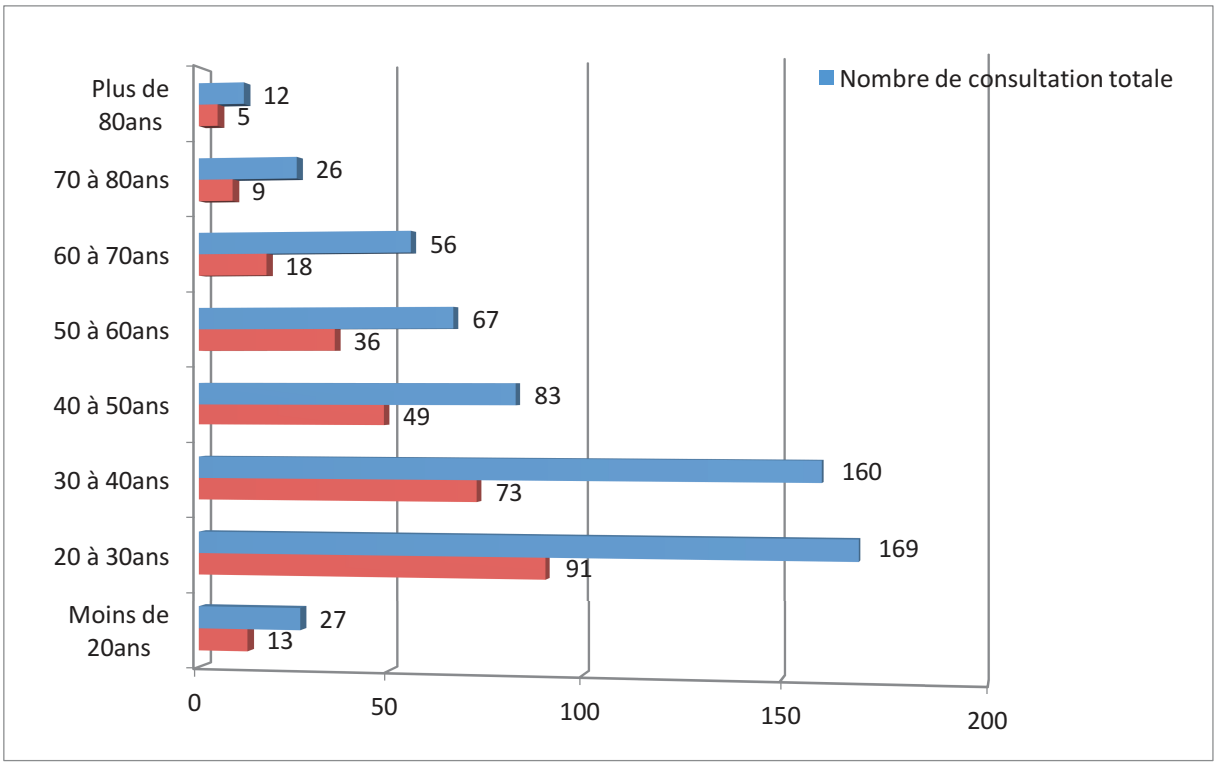
Nous remarquons que le taux de remboursement à 100% est plus élevé dans la zone Strasbourg centre (67000) avec un taux de 21,48% que dans la zone Hautepierre, montagne verte (67200) avec un taux de 11,81% alors que le taux moyen de l'étude est de 15%. Pour les autres régimes les taux obtenus sont similaires aux moyennes de l'étude.

2.5. Fréquentation du service

2.5.1. Primo-consultation



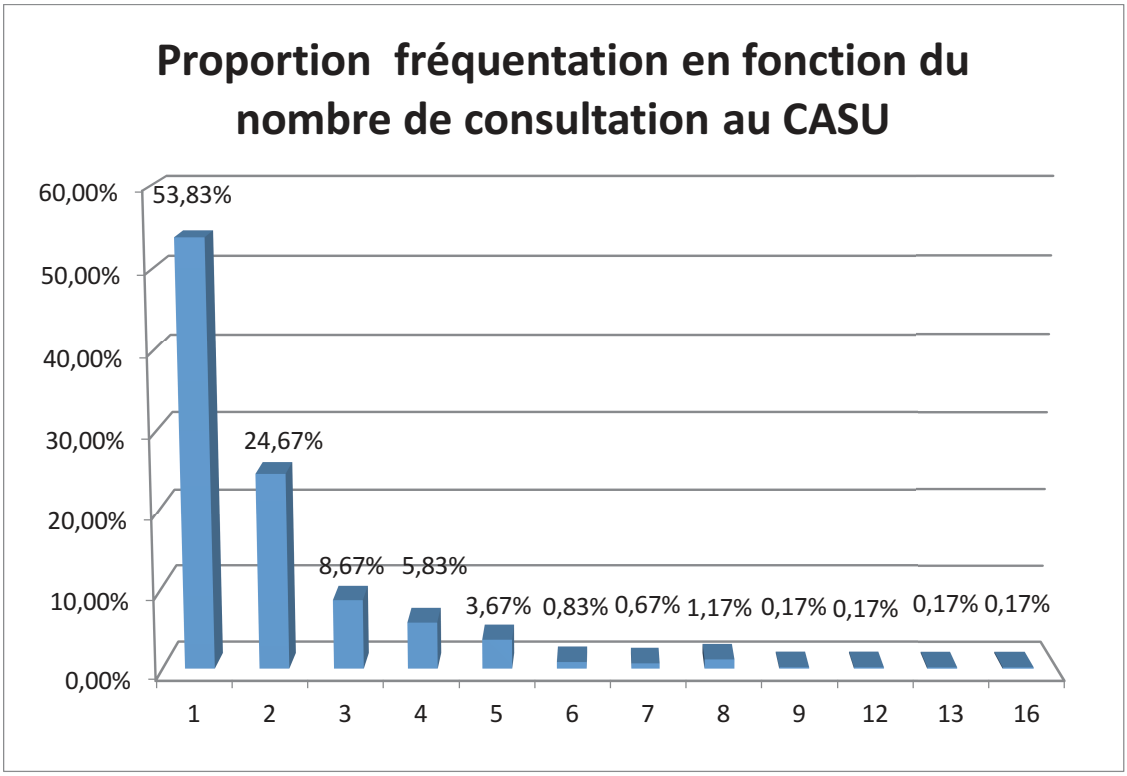
Les primo-consultants en 2015 représentent 49% de la population étudiée.



	<20ans	20/30ans	30/40ans	40/50ans	50/60ans	60/70ans	70/80ans	> 80ans	Total
Fréquentation totale	27	169	160	83	67	56	26	12	600
Fréquentation 1ère fois	13	91	73	49	36	18	9	5	294

Tableau représentant les primo-consultants en fonctions des tranches d'âges

Les primo consultants sont essentiellement des patients jeunes. 55,78% des primo-consultants ont entre 20 et 40 ans, dont 30,95% ont entre 20 et 30 ans.



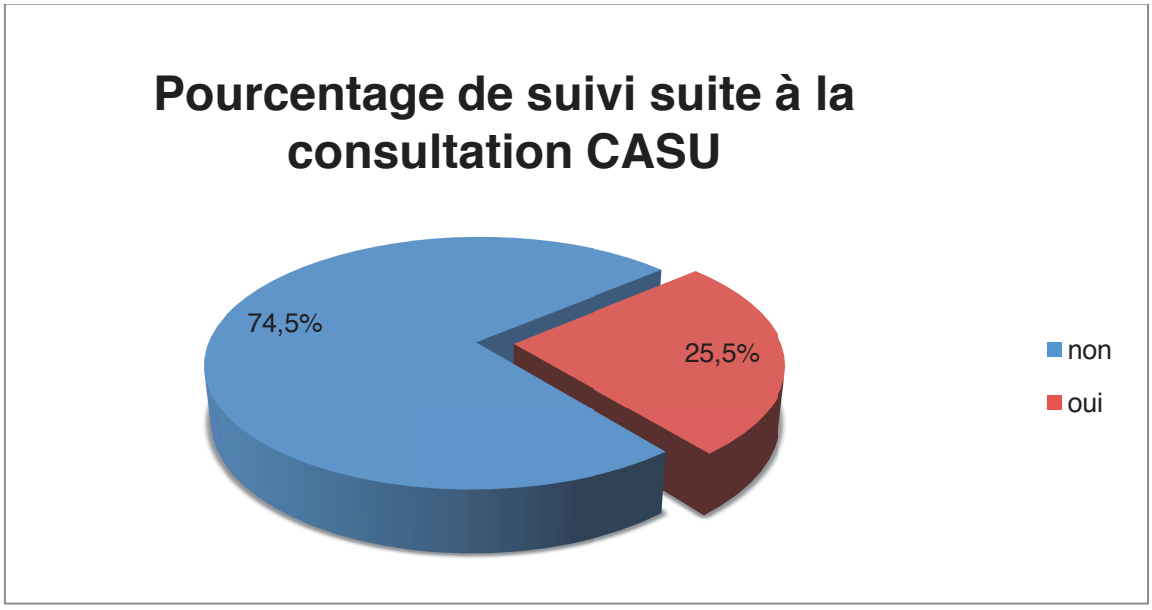
Nous remarquons que dans 53,83% des cas les patients n'ont consulté qu'une seule fois le CASU dans tout leur historique au centre de soin. Par contre le nombre de consultations moyen aux urgences pour les patients étudiés est de 3,17.

Rapport CASU/tous services confondus	Nombre de patients	Pourcentage
100-90%	267	44,50%
90-80%	5	0,83%
80-70%	26	4,33%
70-60%	33	5,50%
60-50%	12	2,00%
50-40%	74	12,33%
40-30%	72	12,00%
30-20%	39	6,50%
20-10%	52	8,67%
>10%	20	3,33%

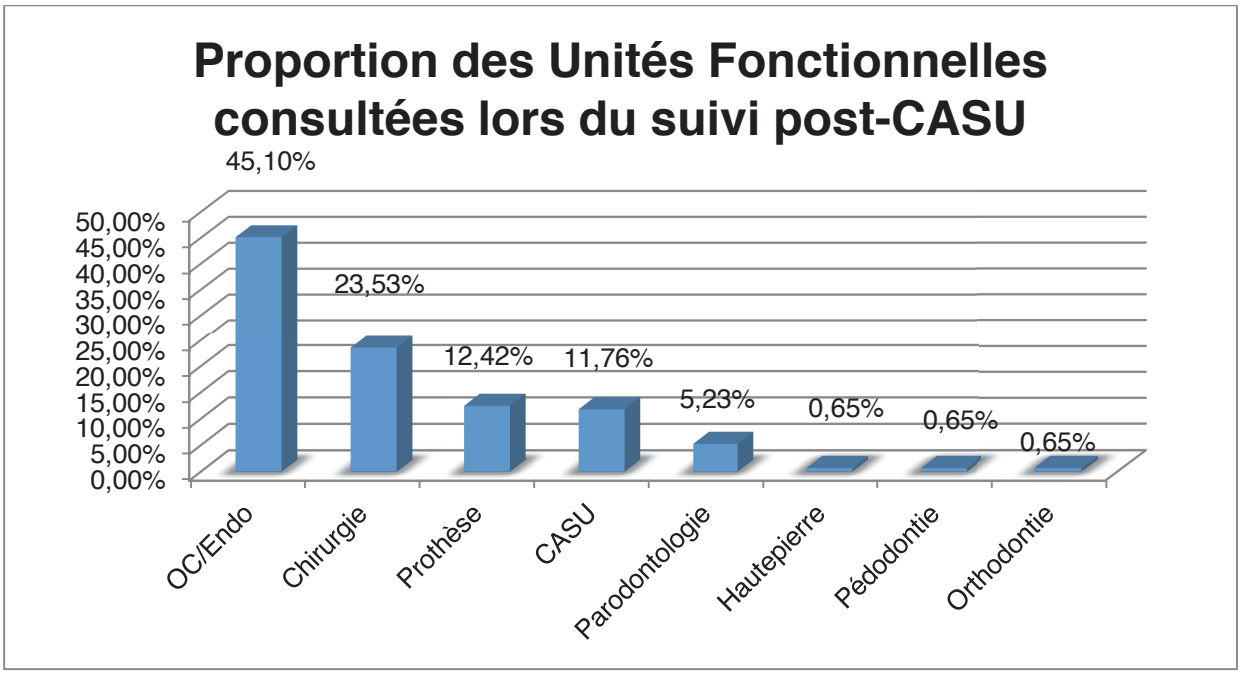
Tableau représentant les différents la proportion du ratio étudié

Nous notons que 44,5% des patients étudiés ont consulté seulement au service du CASU dans tout leur historique au centre de soin. Ils se soignent donc uniquement aux urgences ou retournent chez leur praticien traitant. Pour 57,17% des patients, au moins la moitié de leurs consultations dans le Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires se fait au CASU. Dans plus d'une fois sur deux ils consultent en urgence.

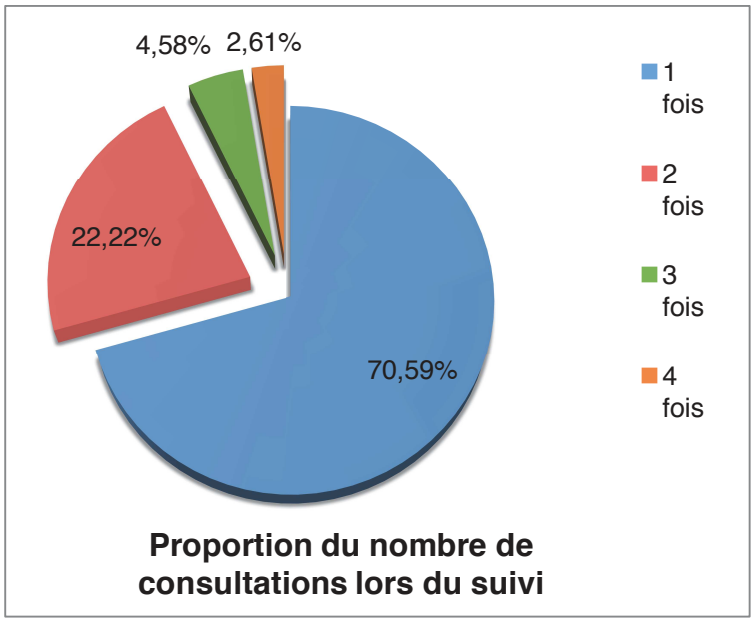
2.5.2. Suivi



Nous remarquons que pour 74,5% des individus étudiés il n'y a pas de suivi suite à une consultation au CASU.



L'unité fonctionnelle la plus consultée en suivi est celle de l'odontologie-conservatrice/endodontie à 45,10% des cas suivie de la chirurgie et de la prothèse.



Nous remarquons que 70,59% des cas le suivi post CASU se fait sur un seul rendez-vous

Quatrième partie :
Discussion

1. Fréquentation des urgences

Il est à noter que les consultations d'urgence du week-end n'ont pas été prises en compte durant cette étude. Nous nous sommes focalisés sur les consultations de semaines du lundi au vendredi inclus. Cela correspond à un total de 9 501 patients ayant consulté en semaine en 2015 contre 831 consultations le samedi cette même année.
En quatre ans, pour des horaires similaires, la fréquentation a augmenté de 37,68% en passant de 6 439 patients en 2001 à 10 332 en 2015. Cette augmentation peut s'expliquer par une augmentation de la précarité, une augmentation de délais chez les praticiens libéraux et/ou une plus forte négligence pour les soins réguliers.

En 2012 nous notons une très forte progression par rapport à 2011 avec une hausse de 15,3%. Ce résultat est peut-être dû à l'ouverture du nouveau centre de soin en 2011 après sa rénovation avec la création de la nouvelle unité fonctionnelle de Consultations d'Accueil Santé Urgences (CASU).

On note une augmentation de la fréquentation lors des mois de juillet, août et décembre. Ces trois mois correspondent à 30,47% de la fréquentation annuelle. Cela peut s'expliquer par une forte période de congés des chirurgiens-dentistes lors des mois estivaux et fin décembre au moment des fêtes de fin d'année. La période d'hiver correspond 25,23%% de la fréquentation, le printemps à 23,78%, l'été à 27,55% et l'automne à 22,45%.

Le lundi correspond au jour où il y a le plus de fréquentation. Ceci est probablement dû aux urgences du week-end qui n'ont pu consulter. Puis le nombre de consultations décroit progressivement du lundi au samedi.

Ces variations sont comparables aux études similaires dans ce domaine (Ahossi *et al.* 2002, Roger-Leroi *et al.* 2007, Shqair *et al.* 2012, Krystle et all 2012). (25-28)

L'étude réalisée sur 600 individus ayant consulté le CASU en 2015 correspond à 6,32% de la population qui consultent les urgences en semaine.

2. Age et sexe

Au cours de notre étude nous obtenons un ratio homme/femme de 1,125 qui montre une prédominance masculine de 53% contre 47% pour les femmes. Ces résultats sont en adéquation avec les études suivantes : Ahossi *et al.* 2002, Roger-Leroi *et al.* 2007, Shqair *et al.* 2012. (25-27)

La prédominance d'une population jeune est remarquée. Les 20-30 ans ainsi que les 30-40 ans sont respectivement représentés à 28,2% et 26,7%. Ces deux catégories représentent donc à elles seules plus de la moitié de la fréquentation du CASU.

La catégorie des moins de 20 ans est peu représentée car jusqu'à l'âge de 16 ans les urgences dentaires se déroulent au sein de l'unité fonctionnelle d'odontologie pédiatrique.

Des études similaires montrent que la population jeune est également très représentée. Donner des références ici avec des chiffres. (25-26)
C'est aussi le cas dans certaines études américaines (38)

Si nous comparons ces données avec la population du Bas-Rhin (INSEE 2013) nous voyons que la catégorie d'âge la plus représentée est celle des 45-59 ans suivie des 30-44 ans. La population consultant au CASU n'est donc pas représentative de la population du département.

2. Régime de remboursement

Nous remarquons du fait de notre localisation une forte prépondérance du régime local à 58% suivi du régime général à 28%. Les régimes de remboursement à 100% (CMU, AME, ALD) correspondent à 15%.
Au niveau du Bas-Rhin environ 84% de la population est affiliée au régime local (29). Avec 58% lors de notre étude nous ne sommes pas représentatifs sur ce domaine.
Selon le rapport d'activité 2015 de la CMU non remarquons que pour le département du Bas-Rhin, les bénéficiaires de la CMU correspondent à une fourchette de 5% à

6,1% de la population. De plus, le non recours aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU est de 30,20% contre 22,60% pour les non bénéficiaires. Ce qui représentent un écart de 8,80%.

Nous notons donc une surreprésentation des CMU au sein des urgences dentaires. Ce taux est comparable à l'étude similaire réalisée à Clermont-Ferrand (Roger-Leroi *et al.* 2007). (26)

Cela peut s'expliquer car les patients les plus défavorisés consultent plus souvent en urgence que les autres patients selon l'étude Bedos et al, 2004 (50).

Par ailleurs certains praticiens libéraux refuseraient les urgences aux personnes bénéficiant de la CMU et ne faisant pas partie de leur patientèle comme le montre l'étude de Depres et al en 2006 (11). Cela s'expliquerait par le fait que les patients CMU seraient des patients moins réguliers et moins motivés pour une suite des soins après l'urgence. On y apprend également que le délai moyen d'un rendez-vous d'urgence chez le chirurgien-dentiste libéral est de 5,41 jours.

Nous avons vu que les tranches d'âges sont représentées de manières similaires pour les différents régimes de remboursements. La couverture CMU est donc répartie de manière équivalente aux autres régimes en fonction des tranches d'âges.

Les patients venant en urgence au centre de soins de Strasbourg sont tous pris en charge sans rendez-vous s'ils arrivent dans les tranches d'heures d'ouverture du centre. Ceci facilite leurs venues.

3. Localisation

Le centre de soin se situe au sein de l'hôpital civil dans le centre de Strasbourg (67000). Nous notons que la plupart des personnes qui fréquentent l'établissement viennent des quartiers de Hautepierre, Montagne verte et Poteries pour 24%, 22,5% pour le centre puis 18% pour les quartiers du Neudorf et Neuhof. Enfin les villes de l'agglomération à 10km à la ronde font partie de 17,5% de la fréquentation.

Par ailleurs, nous remarquons que les quartiers de Hautepierre (67200) et Neudorf (67100) ont respectivement selon l'ONCD, 52 et 41 praticiens libéraux contre 267 pour Strasbourg (67000). Ces quartiers ont moins de chirurgiens-dentistes que Strasbourg centre ce qui peut expliquer leur venue au centre de soins. Ils préfèrent consulter au centre de soin malgré le fait que la zone géographique de Strasbourg comporte 91 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants alors que la moyenne en France, en 2015 est de 63,9 praticiens pour 100 000 hab. (20)

On peut noter que les quartiers de Hautepierre et du Neuhof font partie des plus défavorisés de l'agglomération strasbourgeoise avec plus de 40% des parts de logements sociaux avec un taux de chômage supérieur à 22,5% en 2008. Dans ces quartiers, le taux d'allocataires du RSA est supérieur à 31,3% contre une moyenne de 11,3% pour l'agglomération Strasbourgeoise. La population de Hautepierre a, en moyenne, un revenu inférieur à 1300€. (30)

Nous avons vu que dans les quartiers en dehors de Strasbourg centre la proportion de jeunes fréquentant le centre de soin est plus importante. Les moins de 40 ans représentent 67,59% dans le 67100 et 62,5 % dans le 67200 contre 54,82% à Strasbourg centre. La part des moins de 30 ans est de 25,93% pour le 67000, 37,96% pour 67100 et 36,11% pour 67200. Cela représente plus de dix points de différence entre Strasbourg centre et les quartiers plus défavorisés.

Nous pouvons corréler ces données aux chiffres du chômage des jeunes dans le Bas Rhin qui était compris entre 25,4 et 26,2% pour les 15/24 ans en 2013 contre une moyenne de 12,1% pour les 15-64 ans. (31)
Cela prouve encore une fois que le service des urgences dentaires fait face à une population défavorisée.

Nous remarquons que le taux de remboursement à 100% est plus élevé dans la zone Strasbourg centre (67000) avec un taux de 21,48% que dans la zone Hautepierre, Montagne verte (67200) avec un taux de 11,81% alors que le taux moyen de l'étude est de 15%. Pour les autres régimes les taux obtenus sont similaires aux moyennes de l'étude. Cela n'est pas en adéquation avec les taux d'allocataires du RSA dans ces quartiers.

Donc la majorité des patients CMU de la zone Strasbourg centre (67000) consultent au centre de soins plutôt que chez les chirurgiens-dentistes libéraux. Nous pouvons peut-être l'expliquer parce que le centre de soins se trouve dans le même secteur et que les consultations d'urgences se font sans rendez-vous.

4. Type de consultation et suivi

Sur la période étudiée, 49% sont des patients au CASU sont de primo-consultants. Ils sont essentiellement jeunes 20/30 ans et 30/40ans.

Nous avons à faire également à une population qui consulte presque exclusivement en urgence puisque lorsque que l'on établit le ratio :
« Nombre de consultations CASU/Nombre consultations totales dans la clinique » :
Nous obtenons que dans 44,5% des cas les individus ne consultent qu'exclusivement le CASU dans leur historique au centre de soins. Ce pourcentage s'élève même à 57,17% lorsqu'un rendez-vous sur deux s'effectue aux urgences. Nous faisons donc face à une population qui consulte principalement aux urgences de manière ponctuelle avec aucun suivi dans les autres unités fonctionnelles du pôle.

Cela s'explique par un suivi très faible. Pour la plupart des consultations au CASU un rendez-vous de suivi est nécessaire. Or nous remarquons que 74,5% des cas il n'y a pas de suivi ce qui est important. Cela montre un manque de suivi des soins et qui prouve que les patients se soignent pour une partie seulement aux urgences lorsque la douleur est trop importante. Sans réelle observance pour un plan de traitement global.

Ce résultat est en correspondance avec celui trouvé lors d'une étude similaire aux Etats Unis par Meyer et Al, 2016. (32)

L'unité fonctionnelle où le suivi est le plus important est celle d'Odontologie-Conservatrice (OC) et endodontie (45,10%)pour continuer le traitement des urgences mais également pour faire un bilan sur les autres soins à réaliser. Dans 23,53% des cas le suivi se fait en chirurgie pour une avulsion lorsque celle-ci n'a pas pu être faite

au CASU le jour de l'urgence. Dans 12,42% des cas il y a un suivi en prothèse pour refaire une prothèse fracturée ou tout simplement pour un renouvellement de prothèse.

Conclusion

Le renoncement aux soins est une notion vaste. Il est le plus souvent dû à une ou plusieurs contraintes. Les principales barrières aux recours aux soins sont financières, la peur et la répartition de l'offre de soin. Pourtant dans certains cas, cela peut relever d'un choix lors d'une défiance du système de soins et la volonté de soins « non-conventuels ».

La barrière financière reste le premier frein surtout pour les soins dentaires qui sont les premiers abandonnés. Cela peut être corrélé aux faibles remboursements par la sécurité sociale des frais prothétiques et à un manque de couverture sociale. Les personnes les plus défavorisées, les moins instruites et en moins bonnes santé sont les plus touchées par ce renoncement. Pourtant des dispositifs sont mis en place pour aider les personnes les plus défavorisées, comme la CMU-C, l'Aide Médicale d'Etat (AME), ou l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Certains dispositifs sont malheureusement peu connus du public et peuvent être administrativement complexes.

A cela s'ajoute l'offre de soin qui est en amélioration d'année en année. Pour ce qui est de sa répartition, les inégalités sont encore présentes avec des territoires sous-dotés comme la Normandie et des territoires surpeuplés en praticiens comme l'Ile de France ou dans le sud.

Enfin la peur est un facteur presque spécifique au renoncement de soins dentaires. Dix pourcents de la population est dentophobique et avec un total de trente pourcents qui dit avoir une forte angoisse chez le chirurgien-dentiste. Il est donc essentiel que le praticien puisse évaluer cette anxiété et accompagner ses patients afin d'atténuer les conséquences négatives que cela peut entrainer dans leur prise en charge. Différentes alternatives peuvent exister comme le MEOPA, l'hypnose etc.

Si nous comparons au niveau européen, les français consultent moins le chirurgien-dentiste que leurs homologues. Pourtant la France est très bien classée en ce qui concerne l'accès aux soins, les habitudes alimentaires et le coût des soins

dentaires.

L'étude réalisé au CASU montre essentiellement que la population consultant en urgence est relativement jeune avec près de 55% des patients dans la tranche d'âge des 16-39 ans et vivant dans les quartiers les plus défavorisés de l'agglomération strasbourgeoise.

Elle révèle un parcours de soins peu régulier puisque dans presque la moitié des cas les patients sont primo-consultants avec aucun historique dans le centre de soins, et ne viennent pas en rendez-vous de suivi dans presque trois-quarts des cas. Ces résultats coïncident avec la plupart des études similaires à ce sujet. Par ailleurs il faut noter que la fréquentation de cette unité fonctionnelle est en constante hausse d'année en année.

Nous pensons qu'il faudrait vraiment axer les démarches envers la population sur la prévention et la nécessité de consultations régulières. C'est ce genre de contrôles réguliers qui peuvent diminuer le nombre de consultations d'urgences et la réalisation des soins conservateurs remboursés par la sécurité sociale afin de retarder l'échéance des soins prothétiques plus coûteux. Malheureusement cela nécessite aussi une évolution collective sur l'image stéréotypée véhiculée sur la profession et sur les soins dentaires, qui est un frein à la consultation. Le praticien a un devoir d'écoute face aux patients qui pourraient renoncer aux soins. Mais il a également le devoir d'expliquer et de responsabiliser ces derniers sur les conséquences d'un recours aux soins et des coûts futurs que cela pourrait entrainer. Pour cela, il faudrait encore que les personnes viennent en consultation autrement qu'en urgence.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Dictionnaire Larousse

(2) DEPRES C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F
Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé, n°170 Novembre 2011

(3) DEPRES. C, DOURGNON. P, FANTIN R., JUSOT F,
Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique.
Questions d'économie de la santé, n° 169 Octobre 2011

(4) DEPRES C
Les différentes figurent de renoncement aux soins,
La Santé de l'Homme n°422, Novembre 2012 p 44

(5) CELANT N, GUILLAUME S, ROCHEREAU T
Enquête sur la santé et la protection sociale 2012.
Les rapports de l'IRDES n°556 Juillet 2014

(6) AUVRAY L, DUMENISL S, LE FUR P
Enquête sur la santé et la protection sociale 2000.
Les rapports de l'IRDES n°508 Décembre 2001

(7) IFOP, Les français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires,
Sondage n° 111 408, Octobre 2013

(8) AZOGUY-LEVY S, ROCHEREAU. T
Comportement de recours aux soins et santé bucco-dentaire, exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000. Bulletin d'information en économie de la santé, n°94, 2005

(9) CHAUPAIN-GUILLOT S, GUILLOT O, JANKELIOWITCH-LAVAL E,
Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV - Economie et statistique n° 469-470, 2014

(10) MENARD C, GRIZEAU-CLEMENS D, WEMAERE J
La santé bucco-dentaire des adultes, Evolutions n° 35, Mars 2016

(11) DESPRES C, NAIDITCH M
Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne, DIES, Mai 2016

(12) BEFFY M, ROUSSEL R, SOLARD J, MIKOU M, FERRETTI C
Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016, Résultats des comptes de la santé, DREES, Septembre 2016

(13) http//CMU.fr

(14) GUTHMULLER S, JUSOT F, WITTWER J, DESPRES C
Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille, IRDES, Document de travail n°36, Décembre 2010

(15) Rapport d'activité 2015 du fond CMU, Juin 2016

(16) TNS Opinion & Social
La santé dentaire. Eurobaromètre Spécial 330. Rapport février 2010

(17) INSEE
Recensement des chirurgiens-dentistes de 2016

(18) Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, BOUTEILLE G,
Rapport annuel d'activité, 2015

(19) Observatoire National de la Démographie des Professions Santé,
État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, Décembre 2013

(20) Fiches démographie des Professions médicales et paramédicales au 1er janvier 2014ARS Alsace

(21) OPINON-WAY/ DOCTOLIB
Les français et la peur du dentiste, Sondage, Mars 2016

(22) CARTIER-BRESSON V
Plus jamais peur de dentiste. Résultats d'une étude Ifop/Air Liquide Santé France. Communiqué de presse, mai 2012.

(23 SCHULTE M. Dentophobie, la peur du dentiste 2010-2013.

(24) HUGUES D, CNSD
Tarifs dentaires en Europe, Février 2013

(25) AHOSSI V, DEVOISE L, TAZI M, PERRIN D.
Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon : analyse de 12 mois d'activité. Clinique 2002 ;23(3) :165-70.

(26) ROGER-LEROI V, LALECHERE-LESTRADE C, TUBERT_JEANNIN S.
Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont- Ferrand (France). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2007 ; 55:197–202.

(27) SHQAIR AQ, GOMES GB, OLIVEIRA A, GOETTEMS ML, ROMANON AR, SCHARDOZIM LR, BONOW MLM, TORRIANI DD.
Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic : a retrospective study. Braz Oral Res. 2012 ;26(1) :50-6.

(28) SEU K, HALL KK, MOY E.
Emergency Department Visits for Dental- Related Conditions, Statistical Brief n°143 novembre 2012

(29) Rapport d'activité 2015 du régime local Alsace-Moselle
http://regime-local.fr

(30) Ville de Strasbourg
Synthèse du diagnostic, Les inégalités à Strasbourg. Juin 2011

(31) INSEE
Taux de chômage, recensement, Bas-Rhin, 2013

(32 MEYER B, ADKINS E, FINNERTY NM, ROBINSON FG
Determining the rate of follow-up after hospital emergency department visits for dental conditions. Clin Cosmet Investig Dent. Mars 2016

(33) Code De Déontologie Des Chirurgiens-Dentistes.
Code de la Santé Publique, partie réglementaire.
Quatrième partie, Livre Ier, Titre II, Chapitre VII, Section 2. version Jan 2013

(34) Code de la santé publique.
Ordre national des chirurgiens-dentistes. Conseil national, 2002

(35) Démographie, activité et revenu des chirurgiens-dentistes
Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale- juin 2010

(36) HASSOUM D
Précarité et été de santé bucco-dentaire, questions économiques de la santé, n°16, décembre 1998

(37) AZOGUI-LEVY S, ROCHEREAU,T
Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques, La santé de l'Homme n°417, Janvier 2012

(38) WALL T, VUIJCIC M
Emergency Department Use for Dental Conditions Continues to Increase, American Dental Association, Avril 2015

(39) SICART D, DREES
Les professions de santé au 1er janvier 2014, document de travail série statistique n°189, Juin 2014

(40) Annuaire statistique du fond de CMU, décembre 2015

(41) ELI I, UZIEL N,BLUMENBOHN R,BAHT R.
Modulation of dental anxiety: the role of past experience, psychopathologic traits and individual attachment patterns. Br Dent J. 2004 ;196(11):689-694;discussion 683.

(42) ROBINSON].J., GIRAUD O., FIESHI J.M., DOS SANTO S., TURLOTTE S., Urgences dentaires dans la pratique quotidienne, Encycl. Méd. Chir. Odont., 2001, 23-750-A-1O, 8 p.

(43) PERRIN D., AHOSSI V., LARRAS P., PARIS M.,
L'urgence en odontologie : CdP, 2005,

(44) PERRONNIN M, PIERRE A, ROCHEREAU T
La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès, Question d'économie de la santé n°161, Janvier 2011

(45) LENGAGNE P, PERRONNIN M
Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires, Question d'économie de la santé n°100, Novembre 2005

(46) DOURGNON P, JUSOT F, FANTIN R
Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé, Institut d'Économie Publique, n°28-29, 2012

(47) LUCAS GABRIELLI V, PIERRE A, COM-RUELLE L, COLDEFY M
Pratiques spatiales d'accès aux soins, Rapport de l'IRDES, n°564, Octobre 2016

(48) RAYNAUD D,
Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, Etudes et résultats, DREES, n°378, février 2005

(49) PROST T, REY S,
L'état de santé de la population en France, rapport 2015, DREES

(50) BEDOS C, BRODEUR JM, BENIGRIi M, OLIVIER M.
Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. Revue Epidemiologie Sante Publique 2004 ; 52 :261-270.