

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

ANNEE 2016

2016 TOU3 3078

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marine LUZI**

Le 16 Décembre 2016

**Enjeux de santé publique de la prise en charge des urgences  
bucco-dentaires et permanence des soins en odontologie**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES

**JURY**

Président :	Pr Cathy NABET
1er assesseur :	Dr Rémi ESCLASSAN
2ème assesseur :	Dr Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Dr Sacha BARON



**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

ANNEE 2016

2016 TOU3 3078

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Marine LUZI**

Le 16 Décembre 2016

**Enjeux de santé publique de la prise en charge des urgences  
bucco-dentaires et permanence des soins en odontologie**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES

**JURY**

Président :	Pr Cathy NABET
1er assesseur :	Dr Rémi ESCLASSAN
2ème assesseur :	Dr Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Dr Sacha BARON





*Faculté de Chirurgie Dentaire*



➔ **DIRECTION**

**DOYEN**

Mr Philippe POMAR

**ASSESEUR DU DOYEN**

Mme Sabine JONJOT

**CHARGÉS DE MISSION**

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

**PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE**

Mme Anne-Marie GRIMOUD

**RESPONSABLE ADMINISTRATIF**

Mme Marie-Christine MORICE

➔ **HONORARIAT**

**DOYENS HONORAIRES**

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ **ÉMÉRITAT**

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

**56.01 PÉDODONTIE**

***Chef de la sous-section :***

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Adjoints d'Enseignement :

***Mme BAILLEUL-FORESTIER***

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY

Mr DOMINÉ

**56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE**

***Chef de la sous-section :***

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé :

***Mr BARON***

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr BOYADZHIEV

**56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE**

***Chef de la sous-section :***

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistant :

Adjoints d'Enseignement :

***Mr HAMEL***

Mme NABET, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

**57.01 PARODONTOLOGIE*****Chef de la sous-section :*** **Mr BARTHET**

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr RIMBERT,

Adjoints d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE

**57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION*****Chef de la sous-section :*** **Mr COURTOIS**

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mme GAROBY-SALOM

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

**57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE*****Chef de la sous-section :*** **Mr POULET**

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Assistant Associé : Mme FURIGA-CHUSSEAU

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT,

**58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE*****Chef de la sous-section :*** **Mr DIEMER**

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN

Adjoints d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

**58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)*****Chef de la sous-section :*** **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. CHABRERON, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE

**58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE*****Chef de la sous-section :*** **Mme JONIOT**

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ

-----

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.  
(Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 05 novembre 2016

## Remerciements

A mes parents,

A Sébastien,

A mon frère, Sam,

A mes grand-mères, Mamie Christiane, Mamie Malou,

A Quentin,

A mes amis d'enfance, Caroline, Caroline, Laurie, Lucie, Marjo, Joanne, Carine, Pauline et Bastien,

A Pauline, ma binôme,

A tous mes amis de promo, ceux des promos en dessous, ceux qui sont déjà dentistes... Bref tous mes amis de dentaire... Clémence, Marie, Charlotte, Vincent, Loic, Guillaume, Benjamin, Simon, Etienne, Julie, Clémence, Aurore, Neila, Diane, Chloé, Marion, Sophie, Céline, Nath, Juliette, Amélie, Cécile, Julien, Bastian, Thibault, Colin, Claire...

A tous mes professeurs,

Au Dr Luc Collomb, au Dr Yann Raynaud, Au Dr Sylvain Soumeillan, au Dr Aurore Duong, au Dr Claire Durand-Dastes, au Dr Carine Tournemouly, au Dr Pierre Labarre, au Dr Nicolas Ducom, au Dr Tatiana Le Doaré et au Dr Christelle Dubosc.

Je remercie également toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mes questions pour mener à bien l'enquête téléphonique auprès des conseils de l'ordre départementaux.

Au président du jury de thèse,

**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

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, nous vous en remercions très sincèrement.*

*Nous vous exprimons également nos remerciements pour votre disponibilité et votre sympathie à notre égard durant ces dernières années.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect et toute notre estime pour vos qualités tant professionnelles que relationnelles.*

A notre jury de thèse,

**Monsieur le Docteur Rémi ESCLASSAN,**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Purpan, de Rangueil et Pharmacie (L1),
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR 5288 – CNRS,
- Praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (MBD)
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Vous nous avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et c'est avec la plus grande sympathie à votre égard que nous vous en remercions.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre sincère respect.*

*Nous vous remercions pour vos enseignements pratiques et cliniques durant ces années, pour votre bonne humeur et votre bienveillance à notre égard.*

Au directeur de thèse,

**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,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d’Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l’Université Paul Sabatier

*Vous nous avez fait l’honneur de diriger ce travail et c’est avec la plus grande affection que nous vous en remercions.*

*Vous avez, et ce dès le début, fait preuve d’une grande implication et d’un profond engagement dans nos projets. Certains n’ont pas abouti mais nous vous remercions pour votre disponibilité et vos conseils. C’est avec grand plaisir que nous aurions partagé ensemble la collaboration canadienne, veuillez être assuré de toute ma gratitude pour votre bienveillance dans cette démarche.*

*Nous vous exprimons nos plus profonds remerciements pour la direction de ce travail, vos enseignements durant ces années et les échanges toujours passionnants que nous avons partagés.*

*Veuillez recevoir ici le témoignage de mon sincère respect à votre égard.*



A notre jury de thèse,

**Madame le Docteur Sacha BARON,**

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master1 Sciences, Technologies, Santé, mention : Bio santé
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- CES Prothèse Conjointe
- D.U. d'Odontologie Légale et d'Ethique

*C'est avec la plus grande sympathie à votre égard que nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury.*

*Nous vous remercions pour votre bonne humeur, vos conseils et votre encadrement clinique dans la prise en charge des urgences bucco-dentaires.*

*Soyez assurée de tout notre respect et de notre profonde gratitude pour votre aide et votre disponibilité.*

## Tables des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>14</b>
<b>I. LES URGENCES BUCCO-DENTAIRES .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Généralités.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Devoirs du chirurgien-dentiste vis-à-vis de l'urgence .....</b>	<b>16</b>
<b>3. Les différents types d'urgence odontologiques .....</b>	<b>18</b>
3.1. Les urgences endodontiques .....	18
3.1.1. Syndrome dentinaire .....	18
3.1.2. Pulpite réversible ou hyperhémie pulpaire .....	18
3.1.3. Pulpite irréversible.....	18
3.1.4. Parodontite apicale aiguë .....	19
3.1.5. Parodontite apicale aiguë abcédée .....	19
3.1.6. Cellulite séreuse d'origine dentaire.....	20
3.1.7. Cellulite suppurée d'origine dentaire.....	21
3.2. Les urgences parodontales .....	22
3.2.1. Syndrome du septum .....	22
3.2.2. Péricoronarite aiguë .....	22
3.2.3. Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) ou gingivite nécrosante aiguë .....	23
3.2.4. Parodontite ulcéro-nécrotique (PUN) ou parodontite nécrosante aiguë .....	24
3.2.5. Abscessus parodontal.....	24
3.3. Les urgences post-opératoires.....	25
3.3.1. Alvéolite sèche ou suppurée .....	25
3.3.2. La réaction inflammatoire post-chirurgicale .....	25
3.3.3. Hémorragie post-opératoire .....	26
3.3.4. Le flare-up.....	26

3.4.	Les urgences traumatiques .....	27
3.4.1.	Concussion ou subluxation .....	27
3.4.2.	Extrusion .....	27
3.4.3.	Intrusion.....	28
3.4.4.	Luxation latérale .....	28
3.4.5.	Expulsion.....	29
3.4.6.	Fêlures et fractures amélo-dentinaires .....	29
3.4.7.	Fractures amélo-dentino-pulpaire.....	30
3.5.	Les urgences « esthétiques » ou dites « de confort » .....	30

## **II. LES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ODONTOLOGIQUES .....**

<b>1.</b>	<b>Les objectifs de la prise en charge de l'urgence dentaire .....</b>	<b>32</b>
<b>2.</b>	<b>La prise en charge de la douleur .....</b>	<b>32</b>
2.1.	Définition de la douleur .....	32
2.2.	Les douleurs dentaires.....	33
2.3.	L'évaluation de la douleur .....	33
<b>3.</b>	<b>Les enjeux de la prise en charge des urgences traumatiques.....</b>	<b>35</b>
<b>4.</b>	<b>Prise en charge des urgences bucco-dentaires et implications sur l'état général ....</b>	<b>37</b>
<b>5.</b>	<b>Les risques du retard de prise en charge des urgences.....</b>	<b>38</b>
5.1.	Le risque pharmacologique.....	38
5.2.	Le risque infectieux.....	39
5.3.	Le risque de rupture du contrat de soin .....	42
<b>6.</b>	<b>La prévention en urgences et la notion de retour aux soins .....</b>	<b>43</b>

<b>III.</b>	<b>L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS EN FRANCE .....</b>	<b>45</b>
1.	<b>La permanence de soins en France : généralités.....</b>	<b>45</b>
2.	<b>L'organisation de la permanence de soins en médecine générale.....</b>	<b>45</b>
2.1.	En libéral : la Permanence de Soins Ambulatoire.....	45
2.2.	L'association SOS Médecins .....	48
2.3.	La permanence de soins en Etablissement de Santé Publique .....	48
3.	<b>La permanence de soins en odontologie .....</b>	<b>49</b>
3.1.	L'organisation en CHU.....	50
3.2.	L'organisation en secteur libéral.....	50
3.3.	L'association SOS Dentaire.....	52
4.	<b>L'importance de la régulation médicale .....</b>	<b>53</b>
4.1.	Rôle et intervenants.....	53
4.2.	Traitements des appels par le Centre 15 .....	54
5.	<b>Organisation de la permanence de soins odontologiques en Midi-Pyrénées : Enquête régionale auprès des conseils de l'ordre départementaux .....</b>	<b>55</b>
5.1.	Contexte de l'enquête .....	55
5.2.	Le questionnaire .....	56
5.3.	Résultats de l'enquête .....	57
5.4.	Conclusion de l'enquête .....	64
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE LA PERMANENCE DE SOINS ..</b>	<b>66</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>72</b>
	<b>Documents annexes .....</b>	<b>73</b>
	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>77</b>
	<b>Table des illustrations.....</b>	<b>82</b>

## INTRODUCTION

*« Il y a peu d'urgences absolues mais nous n'avons pas le droit de laisser un patient dans la douleur et dans l'angoisse sans l'aider. »*

*D. Rozencweig (Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire)*

Les urgences bucco-dentaires ne mettent que très rarement le pronostic vital en jeu. Cependant, elles nécessitent une prise en charge rapide et adaptée notamment lorsqu'elles s'accompagnent d'un tableau douloureux. En effet, nous savons que le principal motif de consultation en odontologie est la douleur.

La prise en charge de ces rendez-vous non programmés s'avère souvent compliquée en cabinet libéral. Le praticien se confronte à des problèmes de planning surchargé face à la volonté de soulager les patients. Au-delà du problème d'intégration de l'activité non programmée dans l'emploi du temps se pose la problématique de la permanence de soins en cabinet libéral.

Dans les services odontologiques hospitaliers, la prise en charge des « urgences odontologiques » paraît se faire de manière plus aisée car souvent du personnel est dédié à cette activité de manière exclusive. Cependant, le problème de la permanence des soins se pose ici aussi car très peu de services odontologiques assurent les « urgences » 24h/24h. Les patients se tournent alors souvent, en dernier ressort, vers les services d'urgence des cabinets médicaux (SOS Médecins) ou vers les services hospitaliers classiques qui ne disposent pas des moyens diagnostiques et thérapeutiques adaptés. En effet, la majorité des urgences dentaires nécessitent un diagnostic précis et le plus souvent la réalisation d'un geste thérapeutique. La prescription médicamenteuse seule et d'autant plus sans diagnostic n'est jamais pertinente.

Soulager les souffrances des patients est la raison d'être de la médecine ; leur prise en charge est un devoir. La chirurgie dentaire doit également répondre à ce concept et le rôle des chirurgiens-dentistes dans la permanence de soins ne doit pas être négligé.

# I. LES URGENCES BUCCO-DENTAIRES

## 1. Généralités

Etymologiquement, « urgent » signifie « qui ne peut attendre ». L'urgence en médecine est définie par une situation médicale qui ne peut pas ou très peu attendre une prise en charge. Il faut cependant distinguer l'urgence « objective » (situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin, seul compétent pour administrer les soins ou prescrire les médicaments nécessaires) de l'urgence « subjective » (situation ressentie comme urgente par le patient, qui selon lui ne peut souffrir de retard et qui est influencée par des facteurs personnels tels que la peur, la résistance à la douleur, le vécu personnel...). Ces critères nous permettent d'avoir une première approche pour distinguer la « vraie » urgence de la « fausse » urgence notamment lors de l'accueil téléphonique des patients. Il est donc important de différencier les urgences douloureuses des urgences dites « de confort » afin de prioriser les prises en charge et de moduler le planning de manière adaptée et justifiée.

Une autre définition de l'urgence fait intervenir la notion de douleur : « L'urgence est une situation pathologique aiguë ou chronique, essentiellement marquée par la douleur, pouvant mettre en jeu le pronostic vital et nécessitant une action immédiate et spécifique. » On retrouve ici également la notion de la réalisation d'une action rapide pour répondre à la détresse du patient. Le degré de douleur ressentie par le patient est bien souvent un moyen de prioriser les urgences malgré le caractère très subjectif de l'intensité de douleur perçue.

Les principales raisons des visites en urgence odontologique sont les douleurs, les infections et les traumatismes [1], [2].

Les urgences dentaires peuvent être classées en 6 catégories selon Perrin :

- Les traumatismes bucco-dentaires qui représentent 24% des cas,
- Les pathologies infectieuses dans 24% des cas,
- Les hémorragies post-chirurgicales d'origine dentaire dans 3 à 5% des cas,
- Les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire,
- Les pathologies de la muqueuse buccale,
- Les urgences en rapport avec la douleur dans 45% des cas [3].

Une étude réalisée par Ahossi et al. [4] présente des proportions comparables : 46% des motifs d'appel sont les algies, 33% représentent les pathologies infectieuses, 15% concernent des traumatismes, 2% pour des hémorragies et 4% pour des motifs classés autres. Ainsi, la douleur constitue le motif de consultation principal chez des patients présentant une urgence odontologique.

Les consultations surviennent en moyenne sept jours après le début des symptômes dans le cas d'une pulpite et cinq jours dans le cas d'une parodontite apicale [5],[6]. Les patients ont tendance à ne pas consulter immédiatement en espérant que les symptômes cessent d'eux même. La phobie du dentiste, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ou encore l'absence de leur dentiste traitant sont des raisons qui peuvent expliquer le délai à la prise de consultation. Les patients ont alors souvent recours à l'automédication, les médicaments ne sont pas toujours adaptés ni en dosage ni en choix de molécule [7].

## 2. Devoirs du chirurgien-dentiste vis-à-vis de l'urgence

Le praticien est soumis à certains devoirs envers les malades. Le premier est le « respect de la vie et de la personne humaine » selon l'article R.4127-202 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes de 2004 [8].

Il n'existe pas de cadre particulier pour les urgences, les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste sont les mêmes en situation d'urgence, et il est soumis au Code de Santé Publique et au Code de Déontologie. D'après 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.» [9].

L'article R. 4127-245 du Code de la Santé Publique concerne les devoirs des chirurgiens-dentistes dans les cas d'urgence. « 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» [8].

Le praticien est tenu de prendre en charge les urgences se présentant à lui et de respecter la permanence des soins en odontologie [10].

Lors d'une consultation d'urgence, le praticien doit respecter le principe de confraternité, il ne doit pas, d'après l'article R 4127 -261 du code de déontologie de 2004 critiquer les soins préalablement réalisés et ses actes seront limités au traitement de l'urgence. Selon l'article R.4127265 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes de 2004, « lors d'une consultation d'urgence, le praticien se doit de donner les soins nécessaires mais ne doit pas prodiguer d'actes lourds non indispensables ou esthétiques. Il doit par la suite informer le praticien traitant dès son retour des soins réalisés, en accord avec le patient » [8], [11]. En effet, selon le Code de la Santé Publique, « lorsqu'un patient fait appel, en l'absence de son chirurgien-dentiste traitant, à un second chirurgien-dentiste, celui-ci peut assurer les soins nécessaires pendant cette absence. Il doit donner à son confrère, dès son retour, et en accord avec le patient, toutes les informations qu'il jugera utiles. »

La tenue du dossier médical concerne également les consultations en urgence. En effet, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades prévoit que tout patient peut accéder directement à son dossier médical.

La prise en charge de l'urgence n'annule pas les règles de l'information et du consentement éclairé du patient établies dans le Code Civil et le Code de la Santé Publique. Dans le Code Civil, il est indiqué « qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain, qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. » Le Code de la Santé Publique indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

La rédaction d'un certificat médical initial (CMI) est un acte médico-légal indispensable pour faire valoir les droits de la victime d'un accident. Il permet d'amorcer la procédure de prise en charge de la réparation du dommage afin que la victime puisse retrouver un état le plus proche possible de l'état antérieur à l'accident. Ce document peut être réclamé par les assurances, les organismes sociaux et l'autorité judiciaire. Il engage pleinement la responsabilité du chirurgien-dentiste qui le rédige. Le CMI est une attestation écrite de ce que le praticien a vu



et constaté. Il doit être établi dans les plus brefs délais après l'accident. Sa rédaction fait partie des devoirs du chirurgien-dentiste dans le cadre des urgences traumatiques.

### 3. Les différents types d'urgence odontologiques

#### 3.1. Les urgences endodontiques

Les douleurs d'origine endodontique (pulpaire et péri-apicale) sont responsables de 70% à 90% des consultations en urgence, loin devant les autres motifs [12]. Ce sont des urgences douloureuses, elles représentent la conséquence d'une pathologie non traitée ou en post-opératoire d'un traitement endodontique ou conservateur.

##### 3.1.1. Syndrome dentinaire

Diagnostic : Il est caractérisé par une douleur provoquée par le froid ou le sucre disparaissant à l'arrêt du stimulus et l'observation d'une lésion carieuse ou d'une reprise carieuse sous une ancienne reconstitution.

Traitement : Il consiste en l'éviction carieuse et la reconstitution provisoire ou définitive.

Complications : évolution de la lésion carieuse, pulpite, nécrose, parodontite apicale, syndrome du septum en cas de carie du point de contact.

##### 3.1.2. Pulpite réversible ou hyperhémie pulpaire

La pulpite réversible est un état pré-inflammatoire caractérisé par l'augmentation du volume du parenchyme pulpaire avec un possible retour à la normale si les phénomènes dégénératifs n'ont pas compromis la circulation sanguine ainsi que le drainage apical.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur provoquée par le froid ou le sucre persistant à l'arrêt du stimulus et l'observation d'une lésion carieuse, d'une reprise carieuse sous une ancienne reconstitution ou d'un soin conservateur récent avec proximité pulpaire.

Traitement : Il consiste en l'éviction carieuse, un coiffage pulpaire direct ou indirect et l'obturation temporaire, puis l'obturation définitive à la disparition des douleurs.

Complications : Pulpite irréversible, nécrose, parodontite apicale.

##### 3.1.3. Pulpite irréversible

La pulpite irréversible est un état inflammatoire de la pulpe dentaire, associé à des signes cliniques et histologiques. L'état initial sain ne peut être rétabli quelle que soit la

thérapeutique mise en œuvre. Cette pathologie pulpaire est une vraie situation d'urgence qui justifie à elle seule la nécessité de la permanence des soins en odontologie.

Diagnostic : Elle est caractérisée par des douleurs spontanées, intenses, pulsatiles, continues, exacerbées par le froid ou la position allongée et rebelles aux antalgiques avec l'observation d'une carie profonde ou d'une reprise carieuse sous une ancienne obturation juxta pulpaire. La dent causale est difficilement localisable par le patient.

Traitement : Il consiste à diminuer la pression intra-pulpaire en réalisant l'éviction carieuse, la pulpotomie et la mise en place d'une obturation temporaire non compressive. Le traitement endodontique définitif sera réalisé dans un deuxième temps. La suppression de la compression pulpaire suffit à soulager le patient cependant une prescription d'antalgiques de palier I peut être envisagée.

Complications : Nécrose pulpaire, parodontite apicale.

#### 3.1.4. Parodontite apicale aigue

La parodontite apicale est une inflammation aigue de la région péri-apicale consécutive à l'infection bactérienne de l'endodonte [13].

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur spontanée, continue, exacerbée par le contact occlusal avec un test de sensibilité pulpaire négatif et une percussion positive souvent accompagnée d'une lésion radioclaire à l'examen radiologique.

Traitement : Il consiste à réaliser le parage des canaux avec irrigation à l'hypochlorite de sodium et à mettre la dent en sous occlusion. La biopulpectomie de la dent sera fait ultérieurement. Un antalgique de palier I s'avère suffisant pour un patient sain. Si la dent est déjà traitée endodontiquement, une prescription antibiotique est souvent nécessaire (amoxicilline en première intention) avant le retraitement de la dent ultérieurement. Un patient à risque infectieux nécessite également une prescription antibiotique.

Complications : Parodontite apicale abcédée, cellulite séreuse ou suppurée.

#### 3.1.5. Parodontite apicale aigue abcédée

La parodontite apicale aigue abcédée ou abcès apical aigu correspond à une suppuration localisée du péri-apex et est l'évolution de la parodontite apicale aigue avec une exacerbation des signes précédemment évoqués.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur spontanée, continue, très intense avec un contact occlusal intolérable et une tuméfaction en regard de l'apex de la dent causale. Le test de sensibilité pulpaire est négatif, la percussion est très douloureuse, la palpation vestibulaire est douloureuse et on observe une image radioclaire à l'apex de la dent. La présence de signes généraux (fièvre, adénopathies, asthénie) est fréquente.

Traitement : Il consiste à réaliser le drainage par voie transcanalaire ou par incision muqueuse, la mise en sous occlusion, la prescription d'un antalgique de palier 2 et prescription antibiotique (amoxicilline en première intention, amoxicilline + acide clavulanique ou métronidazole + spiramycine en deuxième intention, si l'abcès n'a pas pu être drainé prescription d'amoxicilline + métronidazole). La dent doit être traitée ou retraitée endodontiquement le plus tôt possible.

Complications : Cellulite suppurée



*Figure 1: Abscès apical aigu sur 36 et lésions radioclares sur les racines mésiales et distales (Université de Rennes 1)*

### 3.1.6. Cellulite séreuse d'origine dentaire

La cellulite est la complication infectieuse consécutive à la nécrose pulpaire d'origine carieuse ou traumatique, à une maladie parodontale, à un accident d'éruption dentaire ou à un geste opératoire avec contamination bactérienne. La cellulite séreuse est le stade initial essentiellement inflammatoire.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une tuméfaction importante, une sensation d'empâtement et de chaleur diffuse, une douleur spontanée, un trismus, le test de sensibilité pulpaire est négatif, la percussion est très douloureuse, la palpation vestibulaire est positive.

Traitement : Si cela est possible dans la séance, il consiste à réaliser le parage canalaire, avec irrigation et mise en sous occlusion accompagnée d'une prescription antibiotique (amoxicilline 2g/jour en première intention) [14] et antalgique de palier 2.



Figure 2: Exemples de cellulites géniennes basses [15]

### 3.1.7. Cellulite suppurée d'origine dentaire

La cellulite suppurée est la forme évolutive de la cellulite séreuse en l'absence de traitement. La collection peut se fistuliser à la muqueuse buccale ou à la peau. Elle peut aussi diffuser vers les loges anatomiques voisines et devenir alors une cellulite diffusée sans tendance à la limitation qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur spontanée très intense, une tuméfaction importante, une sensation d'empâtement et de chaleur diffuse, un trismus, le test de sensibilité pulpaire est négatif, la percussion est très douloureuse, la palpation vestibulaire est positive et la collection est fluctuante.

Traitement : Il consiste à réaliser le drainage par incision de la collection suppurée accompagnée d'une prescription antibiotique (amoxicilline 2g/jour en première intention) [14] et antalgique de palier 2.

Complications : Le risque principal est la propagation de l'infection au niveau des voies aériennes supérieures et l'évolution en syndrome de choc septique.

Critères de décision d'hospitalisation.	
<b>Signes fonctionnels</b>	Trismus serré Dysphagie Dyscatapose Fièvre
<b>Signes cliniques locaux</b>	Jeûne depuis plusieurs jours Extension vers la base du cou Extension sous-mylo-hyoïdienne Occlusion palpébrale engageant la paupière supérieure Crépitation neigeuse à la palpation
<b>Terrain</b>	En rapport avec une pathologie
<b>Âge</b>	Âges extrêmes de la vie
<b>Compliance au traitement</b>	Situation sociale ou psychologique défavorable

Figure 3: Critères de décision d'hospitalisation des cellulites d'origine dentaire [15]

## 3.2. Les urgences parodontales

### 3.2.1. Syndrome du septum

Le syndrome du septum est une forme d'ostéite alvéolaire qui touche le septum interdentaire. Il se manifeste dans le cas d'un défaut de point de contact, de présence de tartre, d'un bourrage alimentaire ou d'une restauration débordante. La compression mécanique de la papille gingivale associée au développement bactérien entraîne une inflammation du site.

Diagnostic : Il est caractérisé par une douleur importante, pulsatile, lancinante survenant surtout après les repas, une percussion positive sur les deux dents adjacentes, une absence de point de contact, la présence d'un bourrage alimentaire, une gencive hémorragique au niveau de la papille lors du sondage, une douleur exacerbée par le spray au niveau du point de contact. Parfois, une lyse osseuse horizontale peut être mise en évidence à l'examen radiologique.

Traitement : Il consiste à réaliser l'éviction des débris situés au niveau de l'espace interdentaire afin de réaliser une décompression, le nettoyage de la zone douloureuse aux ultrasons avec irrigation antiseptique et la reconstitution du point de contact ou l'ouverture de l'espace interdentaire dans l'attente d'une diminution de l'inflammation permettant une reconstitution dans de bonnes conditions. Aucune prescription n'est nécessaire.

Complications : abcès parodontal, aggravation de la lyse osseuse avec apparition d'une poche parodontale.

### 3.2.2. Péricoronarite aigue

C'est une inflammation du sac péri-coronaire et de la fibro-muqueuse adjacente survenant au cours de l'éruption de la dent dans la cavité buccale [16]. Cette pathologie est l'un des signes cliniques de l'accident d'éruption qui peut toucher la dentition temporaire ou permanente. La péricoronarite de la dent de sagesse enclavée est une cause fréquente de consultation en urgence chez les 18-25 ans.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur spontanée irradiante, une muqueuse rouge œdématiée au niveau rétromolaire, l'observation d'un capuchon muqueux, une douleur à la palpation de la zone rétromolaire, la présence d'une dent de sagesse en cours d'éruption.

Traitement : Il consiste à réaliser le nettoyage de la zone aux ultrasons avec irrigation antiseptique et prescription d'antalgiques de palier 1 ou 2 en fonction de l'EVA et de bain de bouche antiseptique. Dans le cas de récurrences fréquentes et de l'impossibilité d'évolution favorable de la dent sur l'arcade il sera préférable de procéder à l'avulsion de la dent causale.

Complications : suppuration de la zone, abcès parodontal, cellulite.

### 3.2.3. Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) ou gingivite nécrosante aigue

La GUN est définie comme une infection caractérisée par une nécrose gingivale. La GUN est un état inflammatoire aigu d'origine bactérienne qui évolue rapidement sous l'influence du stress et associé à des facteurs de risque locaux et généraux tels que l'immunodépression, une hygiène insuffisante, la fatigue, le tabac...

Diagnostic : Elle est caractérisée par une décapitation des papilles, la présence d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, une halitose, des douleurs spontanées très vives, des saignements spontanés, et des ulcérations gingivales.

Traitement : Il consiste en un assainissement supra-gingival délicat ou un simple nettoyage avec une compresse imprégnée d'eau oxygénée, une motivation à l'hygiène, une prescription d'une brosse à dents post-chirurgicale, une prescription antibiotique (métronidazole 1500mg/jour) [14] et antalgique de palier 1 ou 2, et prescription de bain de bouche antiseptique. Dans les séances suivantes, un détartrage minutieux et une totale élimination de la plaque sont à prévoir.

Complications : Perte de substance gingivale inesthétique, perte osseuse chronique.



Figure 4 : Lésions caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique [17]

### 3.2.4. Parodontite ulcéro-nécrotique (PUN) ou parodontite nécrosante aigue

La PUN est une infection caractérisée par la nécrose des tissus gingivaux, du ligament parodontal et de l'os alvéolaire.

Diagnostic : Décapitation des papilles, présence d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, halitose, douleurs spontanées très vives, saignements spontanés, perte d'attache, perte osseuse et ulcérations.

Traitement : Traitement et prescription identiques à la gingivite ulcéro-nécrotique avec élimination de la plaque et du tartre supra et sous-gingival. La prescription d'un bilan biologique est fortement conseillée (NFS, plaquette et sérologie VIH) car on a ici révélation d'une faiblesse des défenses de l'hôte.

Complications : perte osseuse chronique, mobilités importantes, perte des dents...

### 3.2.5. Abcès parodontal

L'abcès parodontal se définit comme une infection localisée, purulente située dans les tissus parodontaux et qui peut mener à la destruction du ligament parodontal et de l'os alvéolaire. Les étiologies peuvent être une fermeture de la poche parodontale avec accumulation de débris ou du tartre résiduel, une impaction d'un corps étranger au niveau du tissu gingival, une perforation lors d'un traitement endodontique ou une fracture radiculaire.

Diagnostic : Il est caractérisé par un œdème gingival localisé, un érythème gingival, la présence d'une poche parodontale, une mobilité dentaire possible, une douleur gingivale pouvant être exacerbée à la percussion, une suppuration spontanée ou provoquée par la pression.

Traitement : Il consiste à réaliser le nettoyage de la zone aux ultrasons avec irrigation sous gingivale à l'aide d'un antiseptique afin de drainer l'abcès directement par la poche parodontale. Si la collection est fluctuante et ne peut être drainée par le sulcus, le drainage se fera par une incision muqueuse. L'antibiothérapie n'est pas nécessaire chez le sujet sain. Une prescription d'antalgiques de palier I, de bains de bouche antiseptique et de brossettes interdentaires est recommandée.

Complications : aggravation de la perte osseuse, mobilité dentaire, perte de la dent

### 3.3. Les urgences post-opératoires

#### 3.3.1. Alvéolite sèche ou suppurée

L'alvéolite est définie comme une douleur inflammatoire post-opératoire dans et autour du site d'extraction qui survient dans les 3 jours suivant le geste opératoire, accompagnée par une désintégration du caillot sanguin dans l'alvéole. L'incidence de l'alvéolite est plus élevée à la mandibule et pour les avulsions des dents de sagesse. Les facteurs favorisants sont la durée et la difficulté de l'intervention, le tabac et l'utilisation de bains de bouche trop précocement.

Diagnostic : Elle est caractérisée par une douleur pulsatile intense survenant 24 à 72 heures après une avulsion, une douleur insomnante, irradiante et résistante aux antalgiques, une halitose, une sensation de mauvais goût dans la bouche, une alvéole dépourvue de caillot. Une suppuration de l'alvéole est possible.

Traitement : Il consiste à réaliser le nettoyage de l'alvéole, le rinçage abondant au sérum physiologique et à l'aide d'un antiseptique, la mise en place de mèches à base d'eugénol et d'oxyde de zinc, une prescription antalgique adaptée à l'intensité de la douleur. Dans le cas d'une alvéolite suppurée, une prescription antibiotique est nécessaire.

Complications : Le pronostic est généralement favorable en une à deux semaines.

#### 3.3.2. La réaction inflammatoire post-chirurgicale

Diagnostic : Le trismus, l'œdème et la douleur sont les trois symptômes caractéristiques d'une réaction inflammatoire post-opératoire. Ils s'observent généralement suite à un acte long et invasif. La réaction inflammatoire aigüe est un phénomène physiologique nécessaire, elle devient pathologique si elle perdure plus d'une semaine ou qu'elle entrave les activités quotidiennes. Les signes cliniques les plus fréquents sont une tuméfaction importante, un trismus, des hématomes et une douleur aigüe.

Traitement : Le traitement de la douleur se fait grâce à une prescription d'antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur, le plus souvent paracétamol 1g + codéine 60 mg toutes les 6 heures ou tramadol 50 mg toutes les 4h. Une prescription de glucocorticoïdes à forte dose peut être utile à raison de 1mg/kg/jour de prednisone.



Complications : Le pronostic est généralement bon en quelques jours si une complication infectieuse a été écartée.

### 3.3.3. Hémorragie post-opératoire

Les phénomènes hémorragiques se traduisent par des effusions sanguines d'importance variable au niveau de la cavité buccale. Parmi les complications post-opératoires, l'hémorragie reste la plus fréquente. Dans 90% des cas, les hémorragies buccales sont des hémorragies post-extractionnelles. Hormis causé par l'état de santé du patient (troubles de la coagulation), un saignement anormal peut survenir après un geste inapproprié du praticien au cours de l'intervention.

Diagnostic : L'hémorragie survient le plus souvent après un geste chirurgical associé à une anomalie de l'hémostase. Elle peut se présenter soit sous forme d'écoulement continu soit en nappe au niveau du site opératoire. Les signes cliniques sont une absence de caillot et des crachats de sang rapportés par le patient.

Traitement : Après réalisation d'une anesthésie locale, l'alvéole doit être nettoyée. Il est nécessaire de mettre en place un matériel hémostatique résorbable pour améliorer la compression locale et de réaliser des sutures par points simples pour rapprocher les berges. La compression locale doit être maintenue pendant 15 minutes. Une prescription d'anti fibrinolytiques (Exacyl® sous forme d'ampoules) est possible pour continuer la compression locale à domicile. Les conseils post-opératoires doivent être redonnés au patient.

Complications : Hématomes, aggravation de l'hémorragie mettant en jeu le pronostic vital (très rare).

### 3.3.4. Le flare-up

A la suite d'un traitement endodontique des douleurs peuvent être rencontrées, elles sont regroupées sous le terme « Flare-up » et sont d'origine mécanique ou chimique [18]. Les causes mécaniques possibles sont une sur-instrumentation, un dépassement d'un cône de gutta percha ou un instrument fracturé dans la zone apicale. Les causes chimiques sont dues au passage d'irrigants dans le peri-apex. Ces douleurs peuvent être traitées par des antalgiques de niveau 1 ou 2 et cessent en quelques jours [7], [19].

### 3.4. Les urgences traumatiques

#### 3.4.1. Concussion ou subluxation

Diagnostic : Les signes cliniques sont une légère mobilité dentaire, une douleur à la palpation, un saignement du sulcus, un test de vitalité pulpaire positif, un léger épaissement desmodontal à la radio est possible.

Traitement : La dent causale doit être mise en sous occlusion. Dans le cas d'une subluxation, une contention souple peut être mise en place pendant 2 semaines.

Complications : Les tests de vitalité doivent être répétés lors du suivi à la recherche d'une nécrose pulpaire ou de complications endo-parodontales.

#### 3.4.2. Extrusion

Diagnostic : Les signes cliniques sont une dent poussée hors de l'alvéole et qui paraît plus longue, un saignement parodontal important, une mobilité importante, un test de vitalité pulpaire immédiat négatif, un déplacement de la dent visible à la radio.

Traitement : Dans les premières 24h suite au traumatisme, la dent peut être repositionnée par pression digitale sous anesthésie et une contention souple sera mise en place pendant 2 semaines. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement orthodontique peut être envisagé. Dans les 2 cas, une prescription d'antalgiques et de bain de bouche antiseptique est conseillée. Il est nécessaire d'instaurer un régime semi-liquide pendant 2 semaines et d'utiliser une brosse à dents chirurgicale.

Complications : Une surveillance radiologique et clinique est nécessaire pour mettre en évidence une nécrose pulpaire ou une résorption radiculaire. Le pronostic dépend essentiellement du repositionnement de la dent et du stade d'édification radiculaire.



Figure 5: Extrusion de la 61 (Université de Brest)[20]

### 3.4.3. Intrusion

Diagnostic : La dent paraît plus courte que la controlatérale ou peut sembler absente en cas d'intrusion totale. La mobilité dentaire est normale. La percussion est douloureuse et donne un son métallique. Le test de vitalité immédiat est souvent négatif mais peut redevenir positif après quelques semaines.

Traitement : Si le déplacement est inférieur à 1/3 de la couronne, la ré-éruption spontanée est possible dans les 3 premières semaines. Si le déplacement est important et moins de 24h après le traumatisme, on peut tenter un repositionnement digital avec mise en place d'une contention souple. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement chirurgical ou orthodontique doit être fait le plus rapidement possible.

Complications : Un suivi clinique et radiologique régulier est nécessaire pour mettre en évidence une nécrose pulpaire ou une résorption radiculaire dans le cas d'une ré-éruption spontanée. Dans les cas de repositionnement chirurgical ou orthodontique, le traitement endodontique doit être réalisé car le risque de nécrose est de 100% sur des dents matures.



*Figure 6: Intrusion de la 11 avec lacération gingivale [15]*

### 3.4.4. Luxation latérale

Diagnostic : La couronne est déplacée en position linguale ou palatine et présente des interférences occlusales. Une fracture alvéolaire peut être mise en évidence par la palpation du vestibule.

Traitement : Si le traumatisme date de moins de 24h, on peut effectuer un repositionnement digital de la dent et du fragment osseux et une contention souple sera mise en place pendant 4 semaines. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement orthodontique peut

être envisagé en l'absence de complications. Dans les deux cas, une prescription d'antalgiques et de bain de bouche antiseptique est conseillée. Il est nécessaire d'instaurer un régime semi-liquide pendant 2 semaines et d'utiliser une brosse à dents chirurgicale.

Complications : Un suivi clinique et radiologique est nécessaire. Les nécroses pulpaire et les résorptions radiculaires sont des complications fréquentes. Le pronostic est plus favorable pour les dents à apex ouvert et lorsque le déplacement est inférieur à 2mm.

#### 3.4.5. Expulsion

Diagnostic : Il s'agit d'un déplacement total de la dent hors de son alvéole avec atteinte et lacérations des tissus mous le plus souvent, le diagnostic est assez évident. Cependant, il est nécessaire de faire le diagnostic différentiel avec une intrusion totale.

Traitement : Si possible, la dent doit être réimplantée le plus rapidement possible après nettoyage délicat de la dent avec une compresse stérile. La dent doit être mise en sous occlusion et une contention souple sera mise en place. Le nettoyage et la préparation de la dent avant la réimplantation sera fonction du temps extra alvéolaire et de l'état de maturité de la racine. Un régime semi-liquide sera recommandé pendant 7 jours et des antalgiques seront prescrits. Il ne faut jamais réimplanter une dent temporaire sous peine de léser le germe sous-jacent [21].

Complications : Le suivi consiste à réaliser des tests de vitalité réguliers pour mettre en évidence une éventuelle nécrose et des complications endo-parodontales.

#### 3.4.6. Fêlures et fractures amélo-dentinaires

Diagnostic : Les fêlures sont diagnostiquées par transillumination, une hyperalgie au froid peut être ressentie. Les fractures avec perte de substance sont souvent localisées sur les angles incisifs ou peuvent compromettre tout le bord incisif.

Traitement : Sous anesthésie, on effectue le polissage du bord fracturé et on réalise la reconstitution par composite. Si le fragment a été conservé et que cela est possible, un collage est indiqué à l'aide d'un mordantage préalable et d'un composite fluide.

Complications : Le risque de nécrose est faible (1 à 8%).

### 3.4.7. Fractures amélo-dentino-pulpaire

Diagnostic : Il s'agit d'une perte de substance avec exposition du tissu pulpaire.

Traitement : Si le traumatisme date de moins de 24h, on effectue un nettoyage au sérum physiologique, un coiffage pulpaire avec un hydroxyde de calcium et une reconstitution coronaire étanche au composite. Si le traumatisme date de plus de 48h sur une dent mature, on effectue un traitement endodontique complet et une reconstitution coronaire étanche. Entre 24 et 48h après le traumatisme, on peut tenter une pulpotomie partielle avec coiffage pulpaire à l'hydroxyde de calcium et une couche de ciment verre ionomère avant de faire la reconstitution coronaire au composite.

Complications : Le principal risque est la nécrose pulpaire.



*Figure 7: Fracture coronaire de 21 avec exposition pulpaire [15]*

### 3.5. Les urgences « esthétiques » ou dites « de confort »

Le descellement d'une couronne sur une dent antérieure ou le descellement d'un bridge antérieur peuvent être considérés comme des urgences relatives d'un point de vue purement médical. En effet, même s'ils entraînent peu de préjudices immédiats sur la santé du patient et ne causent pas de douleur, ils peuvent être à l'origine d'une gêne sociale et fonctionnelle. Le praticien doit alors assurer une prise en charge rapide pour restaurer la fonction et l'esthétique. En effet, la santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [22]. Les urgences psychosociales doivent donc être considérées comme des urgences à part entière et nécessitent une prise en charge adaptée en termes de délais et de moyens. Le rôle du soignant est de répondre à la détresse du patient sous toutes ces formes.

Le cas fréquemment rencontré peut être celui d'une dent en mobilité de type IV avec un déplacement vertical de la dent et une fonction perturbée dans un contexte de parodontite au stade terminal. Le patient craint alors la perte de sa dent et ressent une gêne lors de la mastication. L'avulsion représente alors une amélioration majeure du confort de la situation du patient.

D'autre part, une prothèse amovible fracturée ou des lésions traumatiques dues à une prothèse inadaptée peuvent aussi être des motifs de consultation en urgences. La prise en charge rapide de ce genre de problèmes permet de rendre la situation plus confortable pour le patient. De même, une perte de composite antérieur, une perte de couronne provisoire, une restauration en suroclusion ou un point de contact insuffisant créant un bourrage alimentaire sont des urgences relatives. Elles peuvent donc être considérées comme des urgences de confort mais nécessitent tout de même une prise en charge adaptée.

## II. LES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ODONTOLOGIQUES

### 1. Les objectifs de la prise en charge de l'urgence dentaire

L'urgence dentaire de par son caractère non programmé ne peut pas bénéficier d'un traitement aussi complet que lors d'une consultation programmée. Néanmoins, le traitement de l'urgence doit répondre à certaines exigences :

- Soulager le patient et prendre en charge sa douleur et sa détresse,
- Mettre fin à l'évolution du processus pathologique,
- Prévenir les complications éventuelles du processus en cours,
- Ne pas entraîner de perte de chance pour le patient,
- Assurer l'obligation de moyens conformes aux données acquises de la science.

### 2. La prise en charge de la douleur

#### 2.1. Définition de la douleur

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante, potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

Il existe 3 composantes de la sensation douloureuse :

- La composante sensori-discriminative : c'est la capacité à analyser la localisation, l'intensité et la durée du stimulus nociceptif.
- La composante émotionnelle : c'est le caractère désagréable du stimulus nociceptif.
- La composante cognitive : c'est la reconnaissance et l'interprétation du stimulus en fonction du vécu de l'individu.

La perception de la douleur est un phénomène complexe imprégné d'une dimension sociale, culturelle et relationnelle. Le ressenti de la douleur est propre à chacun et chacun a un rapport à la douleur qui lui est propre. La cavité buccale est le siège de la nutrition, le lieu de la respiration, une zone à fort potentiel érogène, le lieu de la parole et de la mimique et revêt une grande importance dans les relations sociales. C'est pourquoi la douleur possède au niveau oro-facial une tonalité affective et cognitive particulière [23].

## 2.2. Les douleurs dentaires

La douleur dentaire est reconnue universellement pour être redoutable. Ambroise Paré la définissait comme « la plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort ». La douleur est le principal motif de consultation en urgence au cabinet dentaire. L'objectif thérapeutique de la consultation d'urgence doit être étiologique mais aussi antalgique puisque la douleur est considérée en elle-même comme une urgence qui doit être traitée sans délai. En odontologie, la manifestation douloureuse est l'un des signes cliniques utilisés pour établir le diagnostic. L'analyse de l'intensité, de la fréquence, de la durée, du mode d'apparition, des stimuli déclencheurs permet d'orienter le clinicien dans sa démarche diagnostique. Cependant, la douleur seule est un indicateur peu fiable car il n'y a pas de corrélation entre l'ampleur de la lésion causale et le degré de douleur ressenti par le patient. De plus, souvent, l'incapacité du patient à localiser précisément l'algie requiert la recherche d'autres signes cliniques.

## 2.3. L'évaluation de la douleur

Comme indiqué précédemment, l'évaluation de la douleur est essentielle dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique tant pour traiter la cause de la douleur que dans la prise en charge de cette douleur. Il n'existe pas d'étalon universel de la douleur, c'est pourquoi son évaluation est très complexe. Cependant, il existe des outils spécifiques appelés « échelles de la douleur » qui permettent de mesurer cette subjectivité et qui sont adaptés à l'âge et aux capacités cognitives du patient. Les plus couramment utilisés chez l'adulte sont des techniques d'auto-évaluation dans lesquelles le patient décrit sa douleur en termes d'intensité, de qualité, de retentissement psycho-social à l'aide d'échelles ou de questionnaires.

Les échelles les plus couramment utilisées sont :

- L'échelle visuelle analogique (EVA) à partir de 6 ans
- L'échelle numérique (EN) à partir de 7 ans
- L'échelle des visages ou FPS présentant six visages allant du neutre au plus grimaçant pour les enfants de 4 à 6 ans
- L'échelle verbale simple (EVS) faite de quatre qualificatifs « un peu, moyen, beaucoup, très fort »



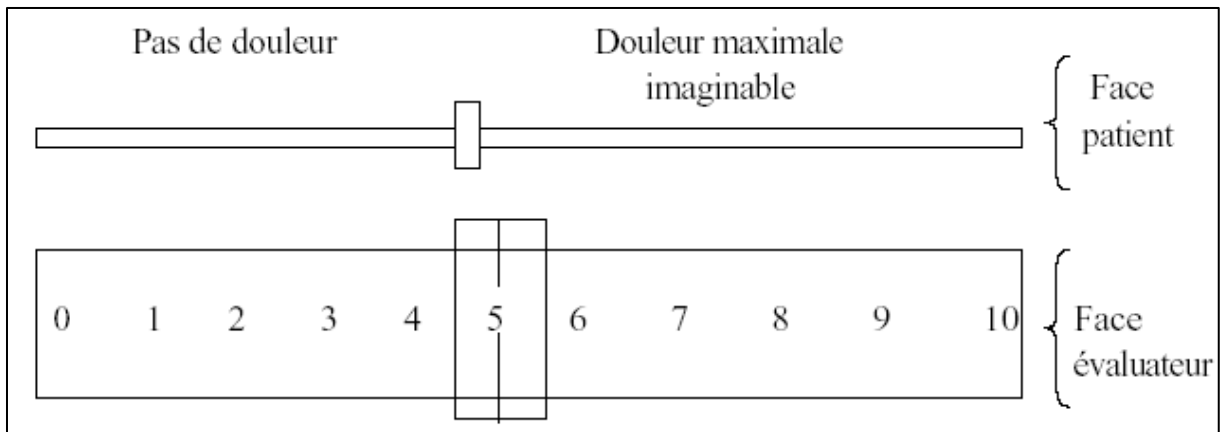


Figure 8: Exemple d'échelle visuelle analogique pour auto-évaluation de la douleur

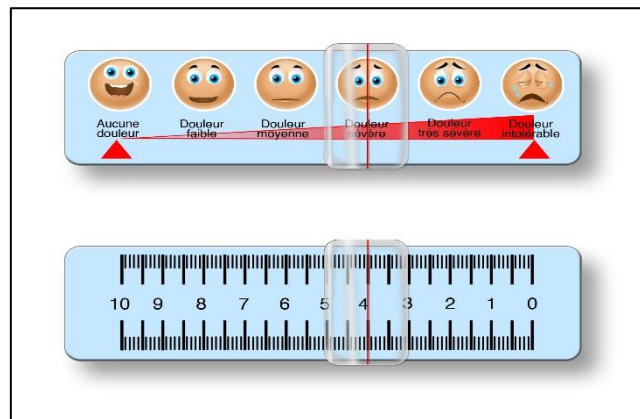


Figure 9: Autre exemple d'échelle visuelle analogique adaptée aux enfants

Pour les personnes âgées, il existe également des échelles spécifiques :

- Les échelles DOLOPLUS
- L'échelle comportementale de la personne âgée ou ECPA

Dans le cadre de l'urgence dentaire, les échelles EVA et EN sont les plus courantes et les plus appropriées à la situation d'urgence.

### 3. Les enjeux de la prise en charge des urgences traumatiques

Les urgences odontologiques traumatologiques ne sont pas rares en pratique quotidienne. Elles nécessitent souvent une prise en charge rapide mais sont délicates à gérer car elles surviennent souvent à des heures où les cabinets libéraux sont peu disponibles (les nuits, les week-ends et les jours fériés).

La plupart des traumatismes dentaires simples (sans traumatisme crânien associé) nécessitent un traitement pouvant être réalisé par tout chirurgien-dentiste. Cependant, il n'est pas rare de voir les patients atteints de ces traumatismes se diriger vers les centres hospitaliers pour les raisons invoquées ci-dessus. Or, les services d'urgence hospitaliers ne possèdent que rarement les moyens de diagnostic appropriés pour faire face à ces urgences dentaires. On observe donc souvent une perte de temps dans le diagnostic des lésions purement dentaires et de ce fait, une perte de chance associée sur le pronostic de la dent lésée.

Les traumatismes dentaires affectent principalement une population jeune (jeunes enfants, adolescents et jeunes adultes). Environ 50% des enfants subissent un traumatisme dentaire avant l'âge de 12 ans [4]. La majorité de ces traumatismes concerne le secteur antérieur et notamment le bloc incisif maxillaire [24]. Les rapports dento-dentaires représentent un facteur prédisposant voire aggravant. En effet, il existe un lien entre les traumatismes dentaires sur les incisives maxillaires et la présence d'un surplomb ; plus il est important, plus le risque est élevé [25].

La prévalence des traumatismes alvéolo-dentaires chez les jeunes est en nette augmentation ces dernières années ; ceci peut être expliqué par l'augmentation des comportements à risque et l'essor de la pratique de sports à risque. On note que les principales étiologies des traumatismes dentaires sont : les accidents de sport, les accidents domestiques, les accidents scolaires, les accidents de la voie publique et les agressions. Selon l'OMS, dans le monde, 16 à 40% des enfants de 6 à 12 ans sont touchés par des traumatismes dentaires dus à des terrains de jeu dangereux, des accidents scolaires, des accidents de la route ou des violences [26].

En denture temporaire, les traumatismes les plus fréquents sont l'intrusion et la concussion alors qu'en denture permanente il semble que la fracture amélo-dentinaire soit le traumatisme le plus recensé [27].

Le pronostic des traumatismes alvéolo-dentaires est lié à la rapidité de prise en charge et de réalisation du geste thérapeutique, ce qui implique la mise en place de structures spécialisées permettant d'assurer la permanence de soins en odontologie en dehors des créneaux horaires habituels, notamment la création d'unités d'urgences odontologiques au sein des services d'accueil des urgences.

Le type de traumatisme peut être déterminé par la classification de l'OMS modifiée par Andreasen [28] :

- Fracture amélaire simple
- Fracture amélo-dentinaire sans exposition pulpaire
- Fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire
- Fracture radiculaire
- Fracture corono-radiculaire
- Lésion des tissus de soutien : concussion, subluxation, luxation latérale, extrusion et intrusion
- Expulsion totale ou avulsion traumatique complète

C'est notamment les 2 derniers types de traumatisme qui nécessitent une prise en charge immédiate pour assurer le maintien de la dent sur l'arcade. L'expulsion d'une dent concerne peu d'individus. Cependant, elle touche particulièrement les jeunes enfants. En effet, les traumatismes en denture temporaire sont plus souvent des luxations que des fractures. Ceci s'explique par la plus grande résilience de l'os alvéolaire chez les jeunes [28]. L'avulsion traumatique représente une urgence odontologique grave nécessitant une prise en charge très rapide (dans les premières heures qui suivent le traumatisme). Le geste thérapeutique approprié est la réimplantation immédiate de la dent. En effet, le pronostic fonctionnel et esthétique de la dent est directement lié au temps extra-alvéolaire. Idéalement, ce temps ne doit pas excéder 60 minutes [29]. Cependant, une réimplantation dans les 2 ou 3 heures permet de conserver une dent non vitale sur l'arcade. Ces délais ne sont pas toujours réalisables lorsque la structure spécialisée se situe loin ou que le traumatisme survient en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets notamment la nuit. La permanence de soins odontologiques revêt donc une importance particulière dans le cadre des urgences traumatiques.

#### 4. Prise en charge des urgences bucco-dentaires et implications sur l'état général

Le lien entre les infections orales et certaines affections chroniques est désormais avéré au sein de la communauté scientifique. En effet, la propagation de l'infection d'origine buccale à d'autres sites due à la bactériémie transitoire ou encore l'inflammation systémique due aux micro-organismes oraux sont des mécanismes proposés pour expliquer cette corrélation entre infections bucco-dentaires et maladies systémiques.

De nombreuses études récentes ont démontré que les affections buccales notamment les parodontopathies peuvent entraîner une inflammation systémique et causer différents désordres de l'état général telles que :

- L'augmentation du risque de survenue d'AVC [30]
- L'augmentation du risque de survenue d'infarctus du myocarde [31]
- L'augmentation du risque de déséquilibre glycémique chez les patients diabétiques [32] [33]
- L'augmentation du risque de naissances prématurées [34]
- L'augmentation du risque d'apparition de pathologies cardio-respiratoires [35]
- L'augmentation du risque d'une dysfonction érectile [36]
- L'augmentation du risque d'aggravation des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde [37]

De ce fait, il apparaît important d'assurer une prise en charge rapide et efficace des urgences bucco-dentaires chez les patients à besoins spécifiques tels que les personnes diabétiques, les femmes enceintes, les patients à haut risque d'endocardite infectieuse, etc. Cela représente un réel enjeu de santé publique puisqu'une mauvaise gestion de leur santé bucco-dentaire peut augmenter le risque de survenue de pathologies ou en aggraver les symptômes pré-existants.

## 5. Les risques du retard de prise en charge des urgences

### 5.1. Le risque pharmacologique

En l'absence de prise en charge rapide de la douleur par un professionnel de santé, les patients se tournent souvent vers la solution de l'automédication. L'automédication est l'utilisation hors prescription médicale par des personnes de leur propre initiative de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens.

D'après l'APNET (Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique) on peut considérer qu'il existe deux types d'automédication [38] :

- Une première concerne les substances de PMF (Prescription Médicale Facultative) qui peuvent être délivrées au patient sans ordonnance (mais peuvent aussi être prescrites et ainsi donner lieu à un remboursement). Ces médicaments représentent environ 20% des ventes totales en France et concernent des molécules qui ne présentent pas de danger si l'utilisateur respecte les indications thérapeutiques, même sans contrôle médical [38]. Sur ce type d'automédication, il y a une intervention du pharmacien qui se retrouve entre le patient et le médicament.

- La deuxième consiste à prélever dans la pharmacie familiale les résidus des médicaments non consommés prescrits antérieurement au malade ou un membre de la famille pour le même symptôme ou un symptôme que le patient considère comme équivalent. Cette deuxième forme d'automédication est plus dangereuse car elle peut concerner des molécules moins anodines et dont l'usage inapproprié peut être dangereux, d'autant plus qu'il n'y a aucune intervention d'un professionnel de santé.

Les pharmaciens sont confrontés à ces deux pratiques en cas d'absence de consultation chez un chirurgien-dentiste puisqu'ils sont à la fois une structure de santé de proximité vers laquelle les patients vont se tourner pour des conseils et le lieu de vente des médicaments à PMF. Ainsi de nombreux patients se présentent directement dans les officines de pharmacie pour des urgences bucco-dentaires douloureuses sans avoir pris (ou sans avoir pu prendre) un avis médical en premier lieu. Il n'est pas rare de constater une aggravation de l'état local ou général d'un patient avec une infection bucco-dentaire provoquée par une prise d'AINS dans

le cadre d'une automédication, ou même parfois d'une prescription par un médecin ou d'une délivrance directe par un pharmacien.

D'autre part, lorsque la prise en charge de l'urgence douloureuse est déficiente, l'autre risque qui se présente est le risque de surdosage en molécules antalgiques. En effet, face à une douleur résistante aux antalgiques de première intention et en l'absence de geste thérapeutique approprié, le patient a tendance à augmenter les doses et les fréquences d'antalgiques ce qui peut conduire à un surdosage. Prenons l'exemple du paracétamol qui est une des molécules la plus vendue dans le monde. Le paracétamol est considéré comme un antalgique et un antipyrétique efficace sans effets secondaires. C'est effectivement le cas lorsqu'il est pris à des doses thérapeutiques. En revanche, à doses supra-thérapeutiques, il peut induire des atteintes hépatiques sévères [39]. La posologie usuelle est de 1g par prise toutes les 6h sans dépasser 4g par 24h pour un adulte sain. Cependant, il n'est pas rare de voir des patients présentant une algie dentaire et ayant largement dépassé cette dose. De plus, le paracétamol est présent en association avec beaucoup d'autres antalgiques en pharmacie pour traiter les douleurs d'intensité modérée à sévère. Ces associations augmentent le risque de surdosage dans le cadre de l'automédication dû à la méconnaissance des patients de la présence du paracétamol dans ces médicaments. Une intoxication aigue au paracétamol peut causer une hépatotoxicité sévère voire le décès. Ces phénomènes de prise massive d'antalgiques à forte dose consécutive à une algie dentaire ne sont donc pas à prendre à la légère et représentent un enjeu de santé publique encore sous-estimé en France. Une permanence des soins en odontologie efficace et organisée permet d'éviter ce genre de phénomènes.

## 5.2. Le risque infectieux

Les cellulites sont des processus infectieux se développant dans les tissus des espaces péri-maxillaires. Cette infection prise en charge précocement présente peu de caractère de gravité. Cependant, dans le cas d'une antibiothérapie insuffisante ou inadaptée ou de la prise d'anti-inflammatoires sans couverture antibiotique ; il existe un risque de survenue de complications graves mettant directement en jeu le pronostic vital par diffusion de l'infection.

La principale complication mettant en jeu le pronostic vital est le choc septique ou septicémie. Le choc septique correspond à une défaillance circulatoire aigue déclenchée par une invasion massive de l'agent infectieux dans l'organisme [40]. Il s'accompagne d'une défaillance multi-

viscérale (syndrome de détresse respiratoire, insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire, nécrose digestive ischémique). Chez les sujets immunodéprimés, le pronostic vital est particulièrement engagé et le caractère de gravité s'accroît.

Il existe également un risque d'atteinte veineuse avec thrombophlébite craniofaciale qui peut conduire à la cécité si elle n'est pas prise en charge à temps [41].

D'autre part, l'angine de Ludwig est un phlegmon diffus dont l'origine est une molaire mandibulaire infectée, qui s'étend vers les loges sus et sous mylohyoïdiennes avant de gagner rapidement la région sous mentale. D'emblée, les signes généraux sont intenses, témoignant d'un syndrome septique grave pouvant conduire à un état de choc. Cette cellulite odontogénique est redoutable et de pronostic grave [42]. L'évolution clinique par extension rapide du processus infectieux à tout le plancher buccal est une caractéristique première. L'apparition d'une dyspnée et la diffusion vers le médiastin peuvent conduire à une issue fatale malgré le traitement dans un tiers des cas.

La prévention de ces types d'infection d'origine dentaire est essentielle, notamment en excluant l'usage des AINS dans le traitement des cellulites débutantes. C'est pourquoi l'automédication, la prescription directe par un pharmacien ou une prescription par un médecin sans diagnostic précis peuvent s'avérer dangereuses. De plus, une négligence dans le diagnostic d'un chirurgien-dentiste avec une prescription antibiotique inadaptée peut également entraîner des complications graves.

Il existe de nombreux cas cliniques dans la littérature qui démontrent l'importance d'une prise en charge rapide et adaptée des urgences bucco-dentaires :

- Le cas d'un patient de 80 ans qui présente une hyperhémie persistante et se retrouve en état de choc septique avec des hémocultures positives pour *Streptococcus oralis* suite à la nécrose d'une 36 mal soignée [43],
- Le cas d'un patient de 44 ans qui présente une dysphagie bilatérale, un état fébrile persistant, un trismus serré, des douleurs mandibulaires gauches diffuses, un œdème de l'épiglotte, une collection sous mentonnière liquidienne dont les symptômes évoquent une angine de Ludwig. Suite à l'évolution du tableau clinique et face à un état dyspnéique, une trachéotomie et un drainage sont réalisés en urgence sous

anesthésie générale. Après antibiothérapie adaptée et avulsion de la dent causale, l'évolution est favorable et il y a résolution des phénomènes infectieux et inflammatoires après un mois d'hospitalisation [44],

- Le cas d'un enfant de 12 ans hospitalisé dont le diagnostic d'ethmoïdite aiguë est posé et le traitement antibiotique par voie intraveineuse est mis en place. Aucune étiologie n'est retrouvée ce qui motive la recherche d'un foyer infectieux dentaire. L'examen exo-buccal révèle une tuméfaction nasogénienne bilatérale, des œdèmes palpébraux supérieurs et inférieurs bilatéraux, un œdème labial supérieur, une exophtalmie droite et des adénopathies sous-mandibulaires volumineuses et douloureuses. A l'examen endo-buccal, une tuméfaction dans le vestibule en regard de 11 et 21 est notée. Les tests de vitalité pulpaire sont négatifs et le test à la percussion très douloureux sur les deux incisives centrales maxillaires. Une image radioclaire péri-apicale et un élargissement desmodontal sur la 21 sont observés sur le cliché rétro-alvéolaire. L'examen tomодensitométrique met en évidence un envahissement des fosses nasales, du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales du côté droit, ainsi qu'un abcès orbitaire sous-périosté du côté droit et la confirmation de l'exophtalmie droite. Lors de la consultation d'urgence, l'ouverture des chambres pulpaires des incisives centrales maxillaires a permis d'obtenir un drainage par voie canalaire et simultanément une diminution des œdèmes palpébraux droits. Les dents sont laissées ouvertes et l'antibiothérapie maintenue. Une régression spectaculaire est notée dans les jours suivants et au 3ème jour un traitement par hydroxyde de calcium a été réalisé. Au 8ème jour, la cellulite a totalement régressé, l'enfant ne présente plus aucune symptomatologie [45].
- Le cas d'un patient de 37 ans qui consulte pour une tuméfaction submandibulaire et latéro-cervicale droite. L'affection a débuté 15 jours auparavant avec des douleurs et une inflammation de la muqueuse recouvrant la 48. Puis elle s'est aggravée progressivement sous traitement (érythromycine 1,5 g/j et bétaméthasone 7 mg/j) instauré par le médecin traitant et modifié par le chirurgien-dentiste du fait de l'apparition d'une tuméfaction submandibulaire droite (augmentation de la dose de bétaméthasone à 70 mg/j, soit 35 fois la dose maximale autorisée).



L'examen clinique a révélé une volumineuse tuméfaction submandibulaire et latéro-cervicale droite collectée ainsi qu'un comblement vestibulaire mandibulaire en regard de la 48 en désinclusion. Les examens clinique et radiologique ont conduit au diagnostic de cellulite diffusée, collectée, d'origine dentaire, chez un patient présentant une immunodépression acquise. Le drainage de la collection par voie cutanée et un prélèvement bactériologique ont été réalisés. Une antibiothérapie associant amoxicilline (2 g/j) et métronidazole (1,5 g/j) a été instaurée ainsi que des soins locaux cutanés (irrigation à la polyvidone iodée). La 48 a été extraite une semaine plus tard. L'évolution a été favorable avec disparition de la tuméfaction et cicatrisation de la fistule cutanée après 15 jours de traitement [46].

### 5.3. Le risque de rupture du contrat de soin

Les rapports entre le praticien et son patient ont toujours été considérés comme étant de nature contractuelle. Ils sont liés par un contrat comportant des obligations réciproques. Il s'agit d'un contrat, c'est-à-dire d'un accord de deux volontés ainsi que l'avait rappelé la Cour de cassation dans son célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936 : « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade (...) du moins de lui donner des soins non pas quelconques, (...) mais consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; (...) la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature également contractuelle (...) ».

Il en résulte qu'un chirurgien-dentiste doit impérativement prodiguer des soins en cas d'urgence. Ainsi, le refus de la prise en charge des urgences bucco-dentaires constitue une rupture du contrat de soin entre le praticien et son patient ; le praticien ne se soumettant pas à une de ces obligations. Néanmoins, la question demeure pour les patients ne faisant pas partie de la patientèle habituelle du praticien. En pratique, il reste compliqué pour les patients n'ayant pas de dentiste traitant de pouvoir obtenir un rendez-vous pour une consultation d'urgence. Le problème existe aussi pour les patients n'ayant pas honoré leur(s) précédent(s) rendez-vous chez leur dentiste et se retrouvant en situation d'urgence, soulevant la question délicate de l'origine de la perte du « contrat de soin ». Les services de soin des structures hospitalières sont souvent leur seul recours.

## 6. La prévention en urgences et la notion de retour aux soins

Il n'est pas rare de retrouver en consultation d'urgence des patients n'ayant pas consulté un chirurgien-dentiste depuis plusieurs années. Les raisons sont multiples : peur du dentiste, mauvaise expérience avec un professionnel de santé, manque de temps, manque de moyen, marginalisation, désintéressement pour la santé, etc. Ainsi ces patients sans suivi régulier, qui sont souvent des patients en situation précaire, se retrouvent avec un état bucco-dentaire défavorable et ne consultent qu'en dernier recours lorsque la douleur devient intolérable ou pour des raisons esthétiques [47].

Il est toujours compliqué dans les consultations d'urgence d'aborder la question du plan de traitement global. En effet, le praticien va avoir tendance à poser un diagnostic général (parodontopathies, lésions carieuses multiples, gestion des édentements, etc.) ; alors que le patient consulte généralement pour une dent en particulier et souhaite seulement qu'on soulage sa douleur ou qu'on rende sa situation plus confortable. Il est difficile dans le contexte de l'urgence de se projeter dans un plan de traitement global. Or, le contexte de la consultation en urgences avec un soulagement de la douleur et l'établissement d'une relation de confiance entre le praticien et le patient peut parfois être propice à une demande de prise en charge globale du patient. Il apparaît alors la notion de « retour aux soins ».

La notion de « retour aux soins » se caractérise par un patient ayant peu recouru aux soins bucco-dentaires et qui, secondairement à une prise en charge en urgence d'un praticien et l'instauration d'une relation de confiance avec ce dernier, va avoir une prise de conscience et émettre la volonté de prendre soin de ses dents. Parfois même, cela peut dépasser le cadre bucco-dentaire et se répercuter sur d'autres dimensions. En effet, la bouche est un organe essentiel tant au niveau physique que psychologique. Elle a une fonction masticatrice et respiratoire mais est aussi le siège de la parole, des échanges, du goût et du plaisir. Les atteintes de la cavité buccale altèrent l'estime de soi et les relations avec les autres [48].

Il faut donc garder en tête lors d'une consultation d'urgence chez un patient sans dentiste traitant que cette visite peut être l'élément déclencheur pour provoquer un retour aux soins et donc savoir informer le patient sur les solutions qui s'offrent à lui s'il le souhaite sans prendre le rôle du « donneur de leçons ».

D'autre part, un des enjeux de la prise en charge des urgences bucco-dentaires est le dépistage précoce d'autres lésions ou pathologies pouvant être prises à temps (signes de parodontopathies, lésions carieuses débutantes non douloureuses, détection de foyers infectieux, lésions suspectes de la muqueuse...). En effet, nous savons que beaucoup de patients ne consultent que lorsqu'ils ont mal ou qu'ils ont une atteinte qui devient handicapante ; la consultation d'urgence peut alors être l'occasion d'informer sur ce qui pourrait être pris en charge précocement et ainsi diminuer la perte de chance pour le patient.

### III. L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS EN FRANCE

#### 1. La permanence de soins en France : généralités

La permanence de soins est une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir à la population l'accès à des soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de santé (la nuit, les week-ends, et les jours fériés). L'objectif de ce dispositif est de répondre aux demandes de soins non programmés sur ces créneaux particuliers, sans diminuer la qualité des soins et tout évitant le recours aux services d'urgence des hôpitaux pour des soins relevant d'une prise en charge ambulatoire.

L'organisation de la permanence de soins a été confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi HPST (loi n°2009-879 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires). A ce titre, les ARS ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux praticiens participant à la permanence de soins ambulatoire.

#### 2. L'organisation de la permanence de soins en médecine générale

##### 2.1. En libéral : la Permanence de Soins Ambulatoire

La mission de permanence de soins ambulatoire est assurée :

- Tous les jours de 20h à 8h du matin (ou de 20h à minuit si la nuit profonde n'est pas couverte dans cette zone)
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h

Les consultations de la permanence de soins sont assurées par le médecin d'astreinte sur des points fixes, cela peut être :

- Le cabinet médical du praticien,
- Une maison médicale de garde (MGG),
- Un centre de consultations de SOS Médecins

L'organisation de cette permanence relève, entre autre, de la compétence du conseil de l'ordre des médecins. Depuis 2002 et le retrait de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale, le concept se repose sur un système collectif fondé sur le volontariat. Cependant, comme le stipule l'article R 4127-7 du Code de la santé publique, la participation du médecin à la permanence de soins reste un devoir sur le plan déontologique. Le principe du volontariat a transféré la responsabilité individuelle du médecin à une responsabilité collective de la profession dont l'ordre départemental est le garant. Les médecins généralistes libéraux s'inscrivent sur la base du volontariat sur le tableau de garde pour la régulation ou l'effectation en fonction des territoires concernés. Si le volontariat ne permet pas de remplir le tableau de garde, le conseil de l'ordre départemental cherche des solutions et signale la situation à l'ARS qui peut réquisitionner des praticiens. Les médecins libéraux peuvent être volontaires pour assurer la régulation téléphonique ou bien pour assurer l'effectation de la garde. Dans les deux cas, la mission est rémunérée par un forfait d'astreinte (en plus de la cotation des consultations majorées pour le médecin de garde).

Le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire repose sur une régulation médicale téléphonique au préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation se fait par un médecin régulateur du SAMU-Centre 15 ou par une plate-forme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU-Centre 15, et est accessible en composant le 15 sur l'ensemble du territoire. Le médecin régulateur dispense des conseils, envoie des moyens sur place ou oriente le patient vers le médecin de garde ou le centre effecteur de PDS. Cependant, l'accès aux MGG dont la localisation est connue de la population est libre et peut se faire en dehors de toute régulation préalable du Centre 15.

La mission de permanence de soins est globalement assurée par les médecins généralistes mais le système atteint ses limites. En effet, on observe une diminution des territoires en PDS en soirée due à une resectorisation et une baisse du volontariat des médecins généralistes. On constate dans un nombre croissant de régions l'apparition de « zones blanches », où la permanence des soins n'est plus assurée. Les causes de l'érosion du système sont une démographie médicale en baisse, un déficit d'installation en secteur libéral, une surcharge de travail en journée avec des tâches administratives de plus en plus lourdes. Pour faire face à ce problème, les tentatives faites pour augmenter le nombre de médecins participants n'ont eu jusqu'ici une efficacité limitée. Le mécanisme principal, mis en place dès la création du

nouveau système basé sur le volontariat, était le droit de réquisition des préfets qui leur permet de désigner d'office un médecin pour assurer la garde. Ce mécanisme s'est avéré inefficace du fait de la lourdeur de la procédure pour son déclenchement. En effet, c'est le conseil de l'ordre départemental qui doit faire le signalement de la situation à l'ARS, après consultation de l'union régionale des professionnels de santé, puis l'ARS qui doit transmettre sa demande au préfet. Cette procédure est bien peu rapide et peu adaptée en cas d'empêchement imprévu d'un médecin. De plus, les préfets n'ont pas utilisé leurs pouvoirs pour compléter des tableaux de garde présentant des manques dès leur constitution initiale. Les nouvelles perspectives ouvertes par l'application de la loi HPST serait l'extension aux remplaçants et aux retraités de la participation à la permanence de soins.

Une des conséquences du remplacement de l'obligation de garde par un système volontaire et rémunéré est la forte augmentation des coûts de la permanence de soins supportés directement ou indirectement par l'Assurance Maladie. Les dépenses liées à la permanence de soins recouvrent celles des services d'urgence et de garde de médecine libérale, celles des pharmacies et des transports sanitaires, mais aussi les frais engagés pour la participation des hôpitaux à la permanence de soins ambulatoire.

La création des maisons médicales de garde semblait apporter une solution pérenne et faciliter la permanence de soins mais là encore le nombre de créations de ces maisons médicales a diminué ces dernières années. Les maisons médicales de garde (MGG) sont « des lieux fixes déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de permanence de soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée » [49]. Cette forme d'organisation présente beaucoup d'avantages par rapport à un système d'astreinte classique : elle permet de mutualiser les infrastructures et les équipements, la localisation fixe permet une meilleure coordination avec les autres maillons du réseau local, elle permet de desservir un territoire plus vaste sans augmenter le temps d'accès (si la MGG se situe à un nœud de communication locale) et elle contribue à créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la permanence des soins. Grâce, notamment, aux incitations des financements publics, leur nombre a augmenté ces dernières années mais certains secteurs restent encore sous-dotés.

Un axe de réflexion intéressant serait le développement d'une professionnalisation de la médecine de garde.

## 2.2. L'association SOS Médecins

L'association SOS Médecins a été créée en 1966 par un médecin généraliste suite au décès d'un de ses patients qui n'avait pas pu avoir accès à un médecin un week-end. SOS Médecins fonctionne sur le mode associatif modèle loi 1901, à but non lucratif. En 1982, toutes les associations ont été regroupées au sein de la même fédération : SOS Médecins France. Les médecins appartenant à ces associations sont des médecins libéraux organisés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1 c'est-à-dire à soumis à honoraires opposables. Cette organisation respecte les règles d'exercice libéral de la profession et chaque médecin est personnellement responsable de ces actes. L'association a une autonomie financière totale, aucune aide publique n'est perçue. Chaque médecin contribue aux frais de fonctionnement globaux par la souscription de charges mensuelles.

L'activité des médecins de SOS Médecins concerne aussi bien l'aide médicale urgente hors urgences vitales que les actes de médecine générale courante nécessités par la permanence de soins. L'activité est également centrée sur la visite à domicile qui est le concept fondateur de SOS Médecins. Leur standard téléphonique est ouvert 24h/24h et 365 jours par an. Les appels reçus donnent lieu à une réponse médicale adaptée (conseil, réorientation ou intervention).

Aujourd'hui la participation de SOS Médecins à la permanence de soins ambulatoire est largement reconnue par les pouvoirs publics. Une convention nationale a été signée entre SOS Médecins et le SAMU qui fixe les modalités de la collaboration entre les deux structures. Cette interconnexion par une ligne dédiée du centre d'appel de SOS Médecins vers le SAMU permet une bascule immédiate de l'appel avec conversation à trois dès l'identification d'un appel susceptible de mettre en jeu le pronostic vital et pouvant nécessiter un SMUR.

## 2.3. La permanence de soins en Etablissement de Santé Publique

Les services d'urgences des hôpitaux participent aujourd'hui à la permanence des soins de deux manières. D'une part, ils remplacent de plus en plus les gardes libérales après minuit, du moins hors des grandes agglomérations. D'autre part, même quand les tours de garde existent, les hôpitaux continuent à accueillir des patients qui se présentent spontanément pour des cas qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence. Cette participation des hôpitaux

publics assure que même en cas de défaillance de la garde libérale, une réponse peut être apportée à la population en demande de soins d'urgence, puisque le réseau des services d'urgence sur le territoire est dense. Cependant, cette solution ne constitue pas toujours un mode de prise en charge adapté et elle contribue à la saturation des services d'urgence hospitaliers en augmentant notamment le temps d'attente.

### 3. La permanence de soins en odontologie

En France, la prise en charge des urgences odontologiques n'est pas toujours optimale et le concept de permanence des soins bucco-dentaires semble compliqué à mettre en place. Cette constatation ne semble pas toujours suffisamment reconnue par l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes, dont l'opinion reflète celle de la communauté professionnelle, essentiellement libérale en France. En effet, la prise en charge des consultations non programmées est perçue par les praticiens comme un risque de désorganisation du planning. Cependant, il ne faut pas oublier que la prise en charge des urgences est une obligation éthique, inscrite dans le Code de Santé Publique.

La prise en charge des soins odontologiques non programmés se fait alors parfois dans les services du réseau hospitalier public mais seules les grandes villes universitaires en sont pourvues. De plus, dans les zones de concentration urbaine, la densité de praticiens devrait permettre la mise en place d'un système de garde efficace. Par ailleurs, le problème reste entier dans les zones rurales malgré la proximité humaine entre praticien et patients.

Il semble aujourd'hui indispensable de trouver des solutions pour répondre aux demandes des patients en quête de soins dentaires d'urgence, d'autant plus que les douleurs dentaires doivent être prises au sérieux au regard du risque infectieux qu'elles représentent. De plus, la prise en charge des urgences traumatologiques dentaires, notamment chez les enfants, doit être rapide et adaptée au risque de diminuer le pronostic des dents en l'absence de prise en charge précoce.

L'amélioration de la permanence des soins en odontologie nécessite la participation de tous les acteurs : instances ordinales, syndicats et représentants des pouvoirs publics pour trouver des solutions adaptées.



### 3.1. L'organisation en CHU

Les services d'odontologie assurent la prise en charge des urgences bucco-dentaires en milieu hospitalier. Cependant, il est à noter que tous les hôpitaux ne possèdent pas de service d'odontologie et que souvent seules les grandes villes universitaires avec une faculté d'odontologie assurent un accueil pour les soins dentaires. De plus, ces services sont le plus souvent fermés la nuit et le week-end, la permanence des soins n'est donc pas assurée.

On peut néanmoins citer, de façon non exhaustive, quelques initiatives locales :

- A ce jour, en Ile-De-France, il ne semble exister qu'une seule permanence des soins odontologiques du secteur public, équipée de deux fauteuils dentaires avec un seul chirurgien-dentiste sénior présent en nuit profonde à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.
- Il faut mentionner le CHR de Villeneuve St Georges qui prend en charge les urgences stomatologiques avec un interne de garde (stomatologiste ou ORL en alternance) et un PH stomatologiste d'astreinte, ainsi que le Centre Hospitalier de Versailles avec un PH stomatologiste d'astreinte.
- Au CHU de Montpellier, les internes assurent la permanence des soins à tour de rôle tous les samedis, les dimanches et jours fériés de 13h30 à 18h30. Après 18h30 les internes réalisent une astreinte et doivent être disponibles jusqu'à 21h. Puis la prise en charge des urgences dentaires est assurée par le service de chirurgie maxillo-facial.

### 3.2. L'organisation en secteur libéral

Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Contrairement au médecin généraliste, 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 (Art. R. 4127-245 CSP).

La permanence des soins des chirurgiens-dentistes libéraux est organisée par le conseil départemental de l'ordre. Elle est assurée le dimanche et les jours fériés, les horaires varient selon les départements. Les départements sont divisés en secteurs, un chirurgien-dentiste est

présent dans chaque secteur. Pour chaque secteur, un tableau de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Il précise le nom, les coordonnées téléphoniques et le lieu de dispensation des actes de chaque chirurgien-dentiste sous réserve des exemptions prévues à l'article R.4127-245 du CSP.

Il est à noter que les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé sont aussi concernés par cette obligation de garde. De plus, le chirurgien-dentiste remplaçant est tenu d'assurer les obligations de permanence dues par le titulaire qu'il remplace selon l'article R.6315-9 du CSP.

L'organisation de la permanence des soins dentaires dans la région fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé qui précise le périmètre des secteurs et les horaires sur lesquels s'exerce cette permanence des soins en tenant compte de l'offre de soins dentaires existante, notamment hospitalière, et prévoit les modalités d'accès de la population au praticien de permanence.

La participation de l'Assurance Maladie au financement de la PDS intervient sous deux formes : une rémunération d'astreinte de 75€ par demi-journée de permanence et une majoration spécifique de 30€ sur les actes effectués codée MCD. Cette majoration s'applique pour chaque patient et non pour chaque acte effectué. Le versement du forfait d'astreinte se fait mensuellement par la CPAM au vu du tableau de garde finalisé transmis par le conseil départemental et du formulaire de demande d'indemnisation transmis par le chirurgien-dentiste.

La mission du chirurgien-dentiste de garde consiste à répondre aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients. Le chirurgien-dentiste assure sa permanence à son cabinet, sauf en cas de dérogation du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, dérogation générale ou personnelle, c'est-à-dire sur demande expresse du praticien de garde, ou bien selon une circulaire ordinale départementale qui le précise. Dans le cas d'une astreinte en dehors de son cabinet, le chirurgien-dentiste de permanence s'engage à être disponible et joignable pendant les heures d'astreinte afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, lorsque l'heure de son appel s'inscrit dans les heures de garde.

Le cadre réglementaire n'impose pas la mise en œuvre d'un système de régulation médicale téléphonique spécifique confié au Centre 15 pour l'accès de la population au praticien de garde. Les modalités d'accès au praticien de garde sont déterminées régionalement par chaque ARS en fonction des spécificités locales. En général, il n'existe pas de régulation téléphonique extérieure au cabinet, c'est le praticien lui-même qui gère les demandes et le flux de patients. Dans certaines régions, la régulation médicale téléphonique existe en composant le 15 ou en passant par le centre médical de régulation régional.

A ce jour, le gros point faible de l'organisation de la permanence de soins en odontologie est qu'il n'existe aucune prise en charge la nuit.

### 3.3. L'association SOS Dentaire

Il existe à Paris un cabinet libéral appelé SOS Dentaire, dédié aux consultations non programmées en odontologie qui est parrainée par SOS Médecins. La structure est ouverte 7/7j et elle travaille en étroite collaboration avec tous les hôpitaux de Paris et d'Ile-de-France. L'objectif de SOS Dentaire est de prendre en charge dans la journée toutes les urgences bucco-dentaires se présentant. Les patients peuvent se présenter sans rendez-vous préalable mais afin de réduire l'attente sur place, il est conseillé d'appeler pour la prise d'un rendez-vous qui sera attribué dans la journée.

SOS Dentaire revendique deux raisons d'être :

- L'arrêt de la douleur
- Le relais ponctuel en l'absence du praticien habituel

SOS Dentaire prend en charge les urgences prothétiques, les urgences douloureuses, les traumatismes de la face et toutes les pathologies bucco-dentaires chez tous les types de patients (adultes, enfants, femmes enceintes, patients souffrant d'un handicap). A la fin de chaque consultation, une lettre de transmission destinée au dentiste traitant est remise au patient pour assurer la suite des soins de manière la plus efficace possible.

SOS Dentaire a été fondé par des médecins stomatologues faisant partie de SOS Médecins. Depuis l'équipe n'a cessé de s'agrandir, elle est aujourd'hui composée de six praticiens dont cinq stomatologues attachés de différents services de Chirurgie Maxillo-faciale des hôpitaux de Paris et un chirurgien-dentiste.

## 4. L'importance de la régulation médicale

### 4.1. Rôle et intervenants

La régulation médicale est un acte médical de télé-médecine pratiqué par téléphone qui donne lieu à une décision du médecin spécialiste de l'urgence en accord avec le besoin de santé du patient en tout lieu et en toute heure [42]. La régulation médicale repose sur un interrogatoire téléphonique du patient qui recherche les éléments de gravité et de délai de traitement afin d'engager les moyens disponibles et appropriés. Cet acte de télé-médecine occupe une place centrale dans le dispositif de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins ambulatoire et de la gestion des crises sanitaires.

La régulation médicale a deux finalités. La finalité individuelle consiste à déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels. La finalité communautaire consiste à optimiser l'usage des ressources par la préservation de la disponibilité des intervenants. En effet, les ressources accessibles en urgence ne sont pas illimitées et il y a un avantage collectif à les utiliser d'une façon adaptée et coordonnée. La bonne gestion du temps reste l'enjeu majeur du médecin régulateur.

Les intervenants de la régulation médicale sont :

- Les assistants de régulation médicale qui ont suivi une formation spécifique,
- Les médecins régulateurs hospitaliers qui peuvent être des urgentistes ou des anesthésistes-réanimateurs ; ils sont praticiens hospitaliers du SAMU,
- Des médecins régulateurs libéraux qui sont généralistes et reçoivent une formation à la régulation médicale ; ils sont praticiens volontaires pour exercer au Centre 15.

Le médecin régulateur décide de la réponse à apporter à l'appel en fonction des éléments qu'il a pu recueillir et en fonction des moyens dont il dispose. Le médecin régulateur doit s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, d'organiser le transport vers cet établissement et de veiller à l'admission du patient.

## 4.2. Traitements des appels par le Centre 15

Les appels qui parviennent au SAMU-Centre 15 sont de 2 types :

- Les appels relevant de l'Aide Médicale Urgente qui constituent les « urgences vraies » ou urgences vitales immédiates, qui doivent être prises en charge sans délai et qui nécessitent l'envoi d'un moyen secouriste sapeurs-pompiers ou l'envoi d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).
- Les appels relevant de la permanence de soins ambulatoire qui sont des urgences relatives et qui peuvent être traitées dans un délai variable. La réponse apportée peut être un conseil médical téléphonique, une télé-prescription vers la pharmacie de garde, l'orientation vers le médecin traitant ou vers un médecin de garde ou l'envoi d'une ambulance privée si l'état du patient le nécessite.

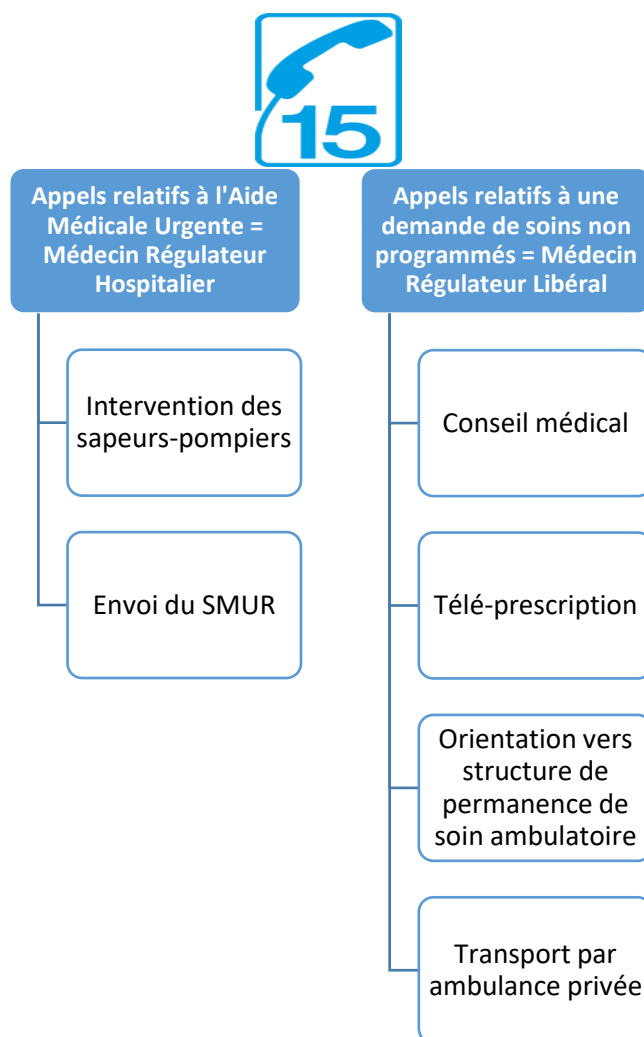


Figure 10: Schéma de la prise en charge d'un appel au Centre15

## 5. Organisation de la permanence de soins odontologiques en Midi-Pyrénées : Enquête régionale auprès des conseils de l'ordre départementaux

### 5.1. Contexte de l'enquête

Avoir accès à des soins dentaires en urgence, tout particulièrement le week-end lorsque les cabinets dentaires sont fermés, apparaît comme un besoin de santé essentiel. Les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes veillent à ce que les chirurgiens-dentistes prêtent leur concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé et assurent donc un service de garde, conformément à leurs obligations déontologiques (art. R. 4127-245 du code de la santé publique). Ils jouent donc un rôle essentiel dans la qualité de la réponse aux besoins urgents de la population en matière de santé bucco-dentaire.

Aujourd'hui, presque tous les départements disposent d'un service de garde dentaire organisant un roulement entre les chirurgiens-dentistes du département. Pour autant, les organisations demeurent hétérogènes et offrent peu de lisibilité aux patients. Des disparités importantes persistent selon les territoires. Certains créneaux sont insuffisamment couverts par rapport aux besoins exprimés. En effet, chaque département gère de manière indépendante l'organisation de ces créneaux d'astreinte en s'appuyant sur les directives de l'ARS. Il arrive aussi que des chirurgiens-dentistes soient mobilisés ou dérangés inutilement. Il apparaît essentiel d'offrir une meilleure réponse aux besoins des patients et mieux adaptée aux différents territoires.

La qualité de cette réponse passe aussi par une régulation médicale préalable de la demande de soins permettant notamment au patient de bénéficier de conseils adaptés dans les cas où l'intervention d'un chirurgien-dentiste n'apparaît pas nécessaire. Dans certains départements, les professionnels se sont d'ores et déjà impliqués dans la recherche d'une plus grande coordination entre libéraux et hospitaliers en matière de réponse à ces besoins. C'est le cas dans le Finistère, qui a mis en place une organisation impliquant de façon coordonnée les chirurgiens-dentistes libéraux, sous l'égide du conseil départemental de l'ordre, et des hospitaliers exerçant au sein du SAMU Centre 15 et des services d'odontologie. La décision d'orientation suite aux appels s'appuie sur des arbres décisionnels spécialisés. Il s'agit d'un

exemple de dispositif efficace, adapté aux réalités locales, impliquant les professionnels de manière ciblée. Les patients bénéficient d'un service de meilleure qualité et les ressources sont mobilisées de façon plus pertinente.

Nous avons voulu connaître de quelle manière s'organise la permanence des soins bucco-dentaires en Midi-Pyrénées en réalisant une enquête auprès des conseils de l'ordre départementaux afin de mieux identifier les éléments qui pourraient améliorer la réponse aux besoins urgents en terme de santé bucco-dentaire. Cette enquête a été réalisée à travers une série d'entretiens téléphoniques avec les présidents des conseils départementaux ou les personnels de secrétariat.

## 5.2. Le questionnaire

### Questionnaire sur l'organisation de la permanence des soins en odontologie auprès des conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes en Midi-Pyrénées

- 1) Combien de dentistes sont en activité et inscrits à l'ordre dans votre département ?
- 2) En combien de secteurs est découpé le département en ce qui concerne la permanence des soins ?
- 3) Quelles sont les horaires des périodes d'astreinte ?
- 4) Quelles sont les modalités de l'organisation de la rotation pour les gardes ?
- 5) Quelle est la rémunération du praticien pour une demi-journée de garde ? Par qui se fait le financement ? Existe-t-il des aides de la région ou du département ?
- 6) Existe-t-il un service hospitalier qui prend en charge les urgences odontologiques dans le département ?
- 7) Existe-t-il une régulation téléphonique pour accéder au dentiste de garde ?

- 8) Par quels moyens l'information du dentiste de garde est-elle donnée au patient ? Internet ? Journaux ? Affichage cabinet ? En composant le 15 ?
- 9) A votre connaissance, existe-il une structure libérale qui fait de la permanence de soin dans le département (prise en charge la nuit, le dimanche) ?
- 10) Quelles sont pour vous les difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence de soin ? Quels sont les points à améliorer ? Jugez-vous utile la création d'une permanence de soins 24h/24 ?

### 5.3. Résultats de l'enquête

Département	Nombre de dentistes en activité en 2016	Nombre de dentiste par demi-journée de garde dans le département	Horaires de l'astreinte des dimanches et jours fériés
<b>Ariège (09)</b>	96	1	9h/13h
<b>Aveyron (12)</b>	170	3	9h/13h
<b>Haute Garonne (31)</b>	1173	2	9h/13h et 15h/19h
<b>Gers (32)</b>	90	1	9h/13h et 15h/19h
<b>Lot (46)</b>	92	1	10h/12h et 15h/17h
<b>Hautes-Pyrénées (65)</b>	198	1	10h/12h et 17h/19h
<b>Tarn (81)</b>	220	2	9h/13h
<b>Tarn et Garonne (82)</b>	140	1	9h/13h

*Tableau 1: Démographie professionnelle, nombre de secteurs et horaires de l'astreinte pour chaque département en Midi-Pyrénées*



Nous pouvons constater que la majorité des départements en Midi-Pyrénées fonctionnent avec un seul dentiste de garde par demi-journée d'astreinte pour tout le département. Ceci pose évidemment des problèmes de temps de trajet pour accéder au seul dentiste de garde, si nous prenons en compte l'étalement géographique de certains départements de Midi-Pyrénées. A l'inverse, le département de l'Aveyron a mis en place un système avec 3 secteurs (secteur Millau et Sud Aveyron, secteur Rodez et périphérie et secteur Villefranche de Rouergue et Nord Aveyron) avec un dentiste de garde par secteur pour chaque demi-journée d'astreinte afin de limiter les temps de trajet au vu de la topographie du département. Dans le Tarn, le même argument a été évoqué pour expliquer la division du département en 2 secteurs (Secteur Nord/Secteur Sud). Il y a donc un dentiste de garde par secteur afin de réduire les distances malgré que le praticien de garde ne voie que 3 patients en moyenne par demi-journée d'astreinte. En Haute-Garonne, il existe également 2 secteurs, un pour le nord du département et un pour le sud avec un dentiste de garde pour chaque secteur.

En ce qui concerne les horaires de l'astreinte, nous pouvons observer les disparités en fonction de ce qui a été décidé en Assemblée Générale de chaque département. La majorité des départements ont fait le choix de mettre en place les 4 heures d'astreinte minimum imposées par la loi. Ces 4 heures peuvent être consécutives ou non, comme c'est le cas dans le Lot et les Hautes Pyrénées qui séparent l'astreinte en 2 périodes de 2 heures afin de couvrir un plus large créneau horaire dans la journée. Le Gers et la Haute-Garonne ont choisi de mettre en place 2 demi-journées de 4 heures d'astreinte de 9h à 13h et de 15h à 19h afin d'absorber un plus grand flux de patients.

<b>Département</b>	<b>Modalités de l'organisation de la rotation des dentistes de garde</b>	<b>Rémunération du praticien</b>	<b>Aides spécifiques de la région ou du département</b>
<b>Ariège (09)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO pour une année	75€/demi-journée	Non
<b>Aveyron (12)</b>	Liste établie par semestre à partir des disponibilités données par chaque praticien (au moins 2/mois)	75€/demi-journée	Non
<b>Haute Garonne (31)</b>	Volontariat Liste de disponibilités à envoyer au CO tous les ans	75€/demi-journée soit 150€	Non
<b>Gers (32)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO pour une année	75€/demi-journée soit 150€	Non
<b>Lot (46)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO tous les 3 mois	75€/demi-journée	Non
<b>Hautes-Pyrénées (65)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO tous les 3 mois	75€/demi-journée	Non
<b>Tarn (81)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO pour une année	75€/demi-journée	Non
<b>Tarn et Garonne (82)</b>	Liste établie par ordre alphabétique par le CO pour une année	75€/demi-journée	Non

*Tableau 2: Modalités de l'organisation de la rotation des gardes et de financement pour chaque département en Midi-Pyrénées*

Au niveau de l'organisation de la rotation des praticiens de garde, pour la majorité des départements, la liste est établie par le conseil de l'ordre en fonction de l'ordre alphabétique et les praticiens sont prévenus au moins 3 mois à l'avance. Dans le cas où le praticien n'est pas disponible à cette date imposée, il a la possibilité de prendre un remplaçant pour assurer son astreinte. Ainsi, tous les praticiens en activité (hors orthodontiste et dentiste exerçant à la CPAM) effectuent chacun leur tour une astreinte. Cela va d'une fois par an environ dans le Lot par exemple à une fois tous les 3 ans dans les Hautes-Pyrénées. Dans le département de l'Aveyron, la liste est établie en fonction des disponibilités communiquées par les praticiens. Le praticien remplit en amont une fiche avec au moins 2 disponibilités par mois. Cela demande plus de travail pour établir la liste mais les praticiens sont plutôt satisfaits de cette initiative selon le conseil de l'ordre de l'Aveyron. En Haute-Garonne, il n'existe pas d'obligation d'astreinte ; les praticiens doivent remplir une fiche en indiquant les jours de garde qu'ils souhaitent effectuer et le tour de garde est établi en fonction de ces disponibilités.

En ce qui concerne la rémunération des chirurgiens-dentistes, dans tous les départements le seul financement est celui de la CPAM à raison de 75€ par demi-journée d'astreinte de 4 heures ajouté à la majoration de 30€ appliquée pour chaque patient. La région ou le département ne semblent fournir aucune aide pour financer la permanence de soin odontologique en Midi-Pyrénées.

Département	Moyens de diffusion de la liste des dentistes de garde	Régulation téléphonique ?	Structures libérales spécialisées dans la PDS ?	CHU qui prend en charge les urgences dentaires ?
<b>Ariège (09)</b>	SAMU/ Journaux locaux/ Répondeur cabinets	Non	Non	Non
<b>Aveyron (12)</b>	Pas de diffusion de la liste	3966	Non	Non
<b>Haute Garonne (31)</b>	SAMU/Site CO	Non	Non	Oui
<b>Gers (32)</b>	SAMU/Journaux/Site CO	Non	Non	Non
<b>Lot (46)</b>	Pas de diffusion de la liste	3966	Non	Non
<b>Hautes-Pyrénées (65)</b>	SAMU/Journaux/ Affichage cabinets	Non	Non	Non
<b>Tarn (81)</b>	Pas de diffusion de la liste	3966	Non	Non
<b>Tarn et Garonne (82)</b>	SAMU/Journaux/Renvoi appel sur répondeur CO	Non	Non	Non

*Tableau 3: Moyens d'accès au dentiste de garde et autres structures assurant la permanence de soins pour chaque département en Midi-Pyrénées*

Nous pouvons également constater des disparités entre les départements en ce qui concerne les modalités d'accès au chirurgien-dentiste de garde. Ainsi, 3 départements ont déjà mis en place un système de régulation téléphonique en amont de la consultation via le numéro d'appel 3966. Ce numéro d'appel n'est pas dédié exclusivement aux urgences bucco-dentaires, c'est le numéro mis en place pour assurer la régulation téléphonique de la

permanence de soins en Midi-Pyrénées la nuit (à partir de 20h), les week-ends et les jours fériés (Annexe 2). La réponse médicale aux appels au 3966 est assurée par des médecins généralistes libéraux en coordination avec les médecins urgentistes du SAMU. En fonction des informations récoltées par le médecin régulateur, il peut donner un conseil médical en attendant une consultation chez le dentiste traitant ou diriger le patient vers le chirurgien-dentiste de garde. Dans ces 3 départements, il n'y a donc plus de diffusion de la liste des chirurgiens-dentistes de garde et de leurs coordonnées. Il faut impérativement passer par la régulation téléphonique du 3966.

Dans les autres départements de Midi-Pyrénées, qui n'ont pas encore mis en place la régulation par le 3966, il existe différents moyens de diffusion de la liste des dentistes de garde : journaux locaux, affichage dans les cabinets, messages vocaux sur les répondeurs des conseils de l'ordre et des cabinets, diffusion au SAMU et à la gendarmerie, site internet du conseil de l'ordre régional... La liste indique le nom du dentiste de garde, ses coordonnées téléphoniques et son adresse. C'est le praticien lui-même qui reçoit et gère les appels des patients.

D'autre part, nous constatons qu'il n'existe aucune structure libérale en Midi-Pyrénées spécialisée dans la permanence de soins telle que SOS Dentaire à Paris. Au niveau du secteur public, seul le CHU de Toulouse en Haute-Garonne assure la prise en charge des urgences bucco-dentaires sur le site de Rangueil et de l'Hôtel Dieu mais seulement la journée et en semaine.

Département	Auto-évaluation de l'efficacité d'organisation de la permanence de soins	Utilité d'une permanence 24/24h ?
<b>Ariège (09)</b>	+++	Non
<b>Aveyron (12)</b>	+++	Non
<b>Haute Garonne (31)</b>	+++	Non
<b>Gers (32)</b>	+++	Non
<b>Lot (46)</b>	+++	Non
<b>Hautes-Pyrénées (65)</b>	++	Non
<b>Tarn (81)</b>	+++	Non
<b>Tarn et Garonne (82)</b>	++	Non

+ : insatisfait / ++ : satisfait avec des points à améliorer / +++ : très satisfait

*Tableau 4: Auto-évaluation de l'efficacité d'organisation pour chaque département et avis sur l'utilité d'une permanence 24/24h en Midi-Pyrénées*

Dans l'ensemble, les conseils de l'ordre départementaux sont globalement satisfaits de l'organisation de la permanence de soins mise en place depuis les nouvelles directives. Selon eux, il n'y a pas de plainte ni de la part des patients ni de la part des praticiens sur le fonctionnement de la permanence de soins. Les départements ayant mis en place la régulation téléphonique par le 3966 en sont très satisfaits. Aucune des personnes interrogées ne juge utile la mise en place d'une permanence des soins 24/24h en Midi-Pyrénées.

Certains admettent quelques améliorations à mettre en place localement et quelques difficultés rencontrées. Dans les Hautes-Pyrénées, il est envisagé d'augmenter le nombre d'heures d'astreinte car parfois le dentiste de garde est surchargé. Dans le Tarn et Garonne, la principale difficulté rencontrée est la distance à parcourir pour avoir accès au dentiste de garde certains dimanches compte tenu de la topographie du département et de la présence d'un seul dentiste de garde. Il apparaît également des critiques vis-à-vis du manque d'uniformité de l'organisation en Midi-Pyrénées et du faible nombre de dentiste d'astreinte en Haute-Garonne comparé au nombre de dentiste en activité dans ce département.

Certains départements comme l'Ariège ont mis en place un système de fiche retour sur les astreintes afin de pouvoir connaître le nombre de patients vus par le praticien et la nature des urgences traitées et ainsi de pouvoir améliorer le fonctionnement de la permanence de soins dans leur département (Annexe 3).

Dans la plupart des départements, il est évoqué le problème du manque de praticiens en zone rurale et par conséquent le manque de prise en charge globale des patients et pas seulement un manque de prise en charge des urgences.

#### 5.4. Conclusion de l'enquête

Cette enquête auprès des conseils départementaux a permis de mettre en évidence des disparités locales dans l'organisation de la permanence de soins en Midi-Pyrénées. Ces disparités résultent de décisions prises localement en assemblée générale de chaque conseil de l'ordre.

On observe notamment des disparités au niveau des horaires de l'astreinte et dans les moyens d'accès au chirurgien-dentiste de garde. En effet, à ce jour, seulement 3 départements ont mis en place un système de régulation téléphonique en amont de la consultation d'urgence. Ce système apparaît pourtant comme un moyen efficace de gérer le flux de patients et d'éviter de saturer l'activité du praticien d'astreinte avec des consultations qui pourraient se résoudre avec un simple conseil médical en attendant le retour du dentiste traitant. De plus, les patients n'ont pas accès aux coordonnées du dentiste ce qui peut constituer une mesure de sécurité dans certaines zones.

En ce qui concerne l'organisation du planning des gardes, le fonctionnement est globalement homogène en Midi-Pyrénées, mis à part la Haute Garonne qui fonctionne toujours sur la base du volontariat pour organiser les astreintes ; ce qui peut poser un problème d'organisation dans le cas où aucun dentiste ne se propose pour un dimanche en particulier. D'autre part, au vu du nombre de dentiste exerçant en Haute Garonne, il apparaît évident que le nombre de dentiste d'astreinte chaque dimanche et jours fériés pourrait être revu à la hausse afin de limiter le temps d'attente des patients nécessitant une consultation en urgence et de réduire les distances à parcourir pour avoir accès au dentiste d'astreinte. De plus, avec ce système tous les chirurgiens-dentistes de la Haute Garonne ne répondent pas à l'obligation de

participation à la permanence de soins comme indiqué dans l'article R. 4127-245 du Code de la Santé Publique [9].

De plus, au vu de l'absence de structures libérales assurant une permanence de soins odontologiques et de l'absence de services hospitaliers assurant les urgences bucco-dentaires la nuit, il apparaît que la permanence de soins n'est pas couverte en soirée et en nuit profonde en Midi-Pyrénées contrairement à d'autres régions. Cela met en avant une faiblesse du système de la permanence de soins en Midi-Pyrénées, bien que la totalité des personnes interrogées ne juge pas nécessaire d'assurer une prise en charge 24/24h.

Cette enquête nous a permis de connaître l'organisation au niveau local de la permanence de soins en odontologie dans la région Midi-Pyrénées et de mettre en évidence les points à améliorer pour augmenter l'offre de soins et parfaire l'efficacité de ce système. Une perspective intéressante serait de comparer la situation en Midi-Pyrénées avec celle des autres régions afin de comprendre dans quelles mesures les directives de l'ARS influencent l'organisation au niveau local.



## IV. DISCUSSION ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION DE LA PERMANENCE DE SOINS

Ce travail nous a permis d'identifier les principales urgences bucco-dentaires, de comprendre l'organisation de la permanence de soins odontologiques en France et de mettre en évidence les enjeux que représente cette prise en charge. L'enquête régionale nous a permis d'étudier la prise en charge des urgences dentaires au niveau local et d'identifier les faiblesses de ce système. Nous pouvons ici proposer des pistes pour tenter d'améliorer la situation tant au plan national que local.

Le « tri » et l'orientation des patients est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la permanence des soins. La régulation des urgences permet d'éliminer les appels inappropriés ne relevant pas d'urgence physiologique, d'identifier les urgences nécessitant une prise en charge immédiate, d'orienter vers les structures appropriées et enfin de rassurer et conseiller les patients. L'utilisation de la régulation téléphonique pour orienter les patients en demande de soins non programmés apparaît donc comme un outil efficace pour gérer les urgences bucco-dentaires.

Le service d'odontologie du CHU de Brest a proposé d'améliorer la régulation des urgences dentaires par téléphone grâce à l'utilisation d'arbres décisionnels. Les urgences dentaires ont été identifiées en 6 situations cliniques : douleur, infection, traumatisme, hémorragie, urgence ODF et urgence prothèse. Il a été déterminé 4 stades permettant de classer chaque urgence en fonction de la rapidité de la prise en charge nécessaire : stade I nécessitant une intervention dans les 2 heures, stade II nécessitant une intervention dans les 24 heures, stade III nécessitant une intervention dans les 24 à 48 heures et stade IV pouvant attendre l'intervention du dentiste traitant. En fonction du type d'urgence, du stade de l'urgence et du jour et de l'heure de l'appel (samedi, dimanche, nuit, jour férié...) le patient est soit orienté vers le dentiste libéral de garde, soit pris en consultation par le praticien d'astreinte du CHU soit invité à prendre rdv avec son dentiste habituel.

Le service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand a également élaboré en 2013 un outil d'orientation des patients vers une unité fonctionnelle d'urgence du service d'odontologie [51]. Cet outil permet de définir un délai de prise en charge en fonction des signes cliniques

décrits par le patient lors de la demande de prise en charge. Les délais définis sont les suivants : sous 24 heures, sous 1 à 2 jours, et sous 3 à 7 jours. L'évaluation du système a permis de mettre en évidence la pertinence de cet outil qui facilite la régulation de l'activité du service puisque 50% des consultations pouvaient être programmées au-delà de 24 heures. Cet outil permet de mieux gérer le flux de patients et d'organiser les soins en donnant la priorité aux patients présentant des signes cliniques aigus ou une altération de l'état général en lien avec une pathologie dentaire.

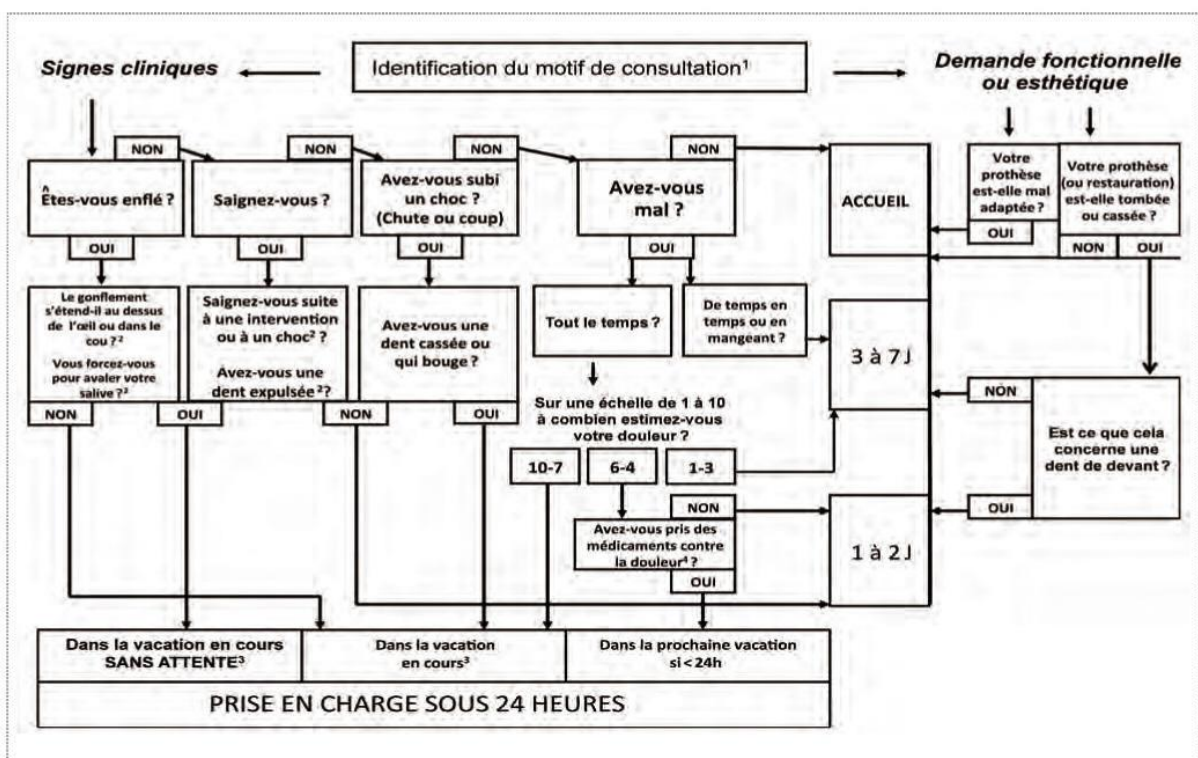


Figure 11: Outil de régulation des urgences odontologiques au CHU de Clermont-Ferrand

L'utilisation d'arbres décisionnels semble être une solution efficace notamment pour guider les médecins régulateurs dans leur rôle. En effet, le tri et l'identification des urgences dentaires n'est pas évidente par téléphone mais d'autant plus que les médecins en charge de la régulation ne sont pas des spécialistes des pathologies bucco-dentaires. Les arbres décisionnels sont basés sur un ensemble de questions permettant rapidement de définir les principaux signes cliniques décrits par le patient et de les associer à un diagnostic le plus probable. La généralisation de l'utilisation de ces arbres décisionnels en pratique courante et

notamment au niveau de l'accueil téléphonique des patients semble être une solution efficace pour trier et prioriser les urgences dentaires.

En Ecosse, un système a été mis en place depuis 2001 qui permet d'aider à la décision clinique de coordination et de gestion des urgences bucco-dentaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets [52]. Ce service national dit Service Dentaire d'Urgence Ecossois (SEDS) intègre un numéro d'appel unique depuis tout le territoire. Le système est basé sur le triage et l'orientation des patients et est assuré par des infirmiers dentaire spécialisés qui évaluent et classent la demande de prise en charge selon des protocoles en 3 classes : Soins d'extrême urgence, soins urgents et soins de routine ou conseils. En fonction de ce classement, le patient reçoit des soins dans l'heure qui suit, dans les 24 heures ou dans la semaine qui suit. Le patient est orienté vers la structure la plus proche de son domicile et la plus adaptée à son problème. Ce système s'avère très efficace puisque les patients sont pris en charge par téléphone dans les 30 minutes à toute heure de la nuit ou le week-end pour des conseils ou bénéficient d'une prise en charge immédiate en cas d'urgence extrême ou le lendemain.

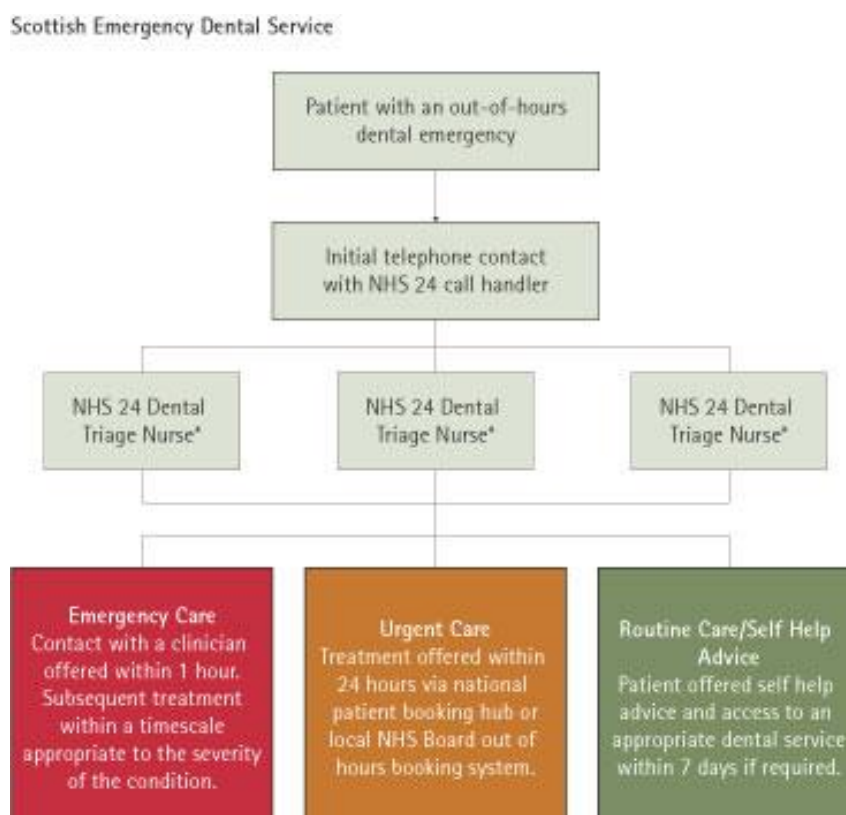


Figure 12: Processus de régulation téléphonique des urgences dentaires en Ecosse

Dans le cadre de la régulation téléphonique par des médecins urgentistes du Centre 15, il semblerait opportun que les régulateurs acquièrent quelques notions d'odontologie pour permettre d'identifier et de prioriser les urgences. Ainsi, une évaluation des connaissances des médecins régulateurs du Centre 15 du Gard a été proposée avant et après une formation sur les urgences dentaires afin d'étudier l'évolution de leurs connaissances [53]. Le questionnaire était composé de 14 questions balayant un ensemble de connaissances odontologiques. Malgré la faible participation des médecins à ce questionnaire, il est à noter une amélioration des réponses après la formation concernant les cas de traumatologie, d'infection dentaire et de nomenclature notamment. Nous pouvons donc conclure que la formation des médecins régulateurs à des notions en odontologie pourrait être utile afin d'améliorer l'orientation des patients dans le cadre de la permanence de soins odontologiques.

En Midi-Pyrénées, la généralisation de la mise en place de la régulation téléphonique par le 3966 à tous les départements pour la prise en charge des urgences bucco-dentaires en cabinet libéral le dimanche et les jours fériés apparaîtrait comme une simplification du système, et un moyen d'information pour les patients en intégrant le volet bucco-dentaire à l'information délivrée.



Figure 13 : Affiche de la campagne « Allo Docteur » pour la mise en place du système de régulation téléphonique par le 3966

Les départements utilisant déjà ce numéro sont très satisfaits. Toutefois, cela soulève encore le problème de la formation des personnes assurant la régulation. D'autre part, une harmonisation des pratiques concernant l'organisation de la permanence de soins éviterait l'apparition de disparités locales.

Il est possible d'envisager également un engagement plus prononcé de la profession avec la mise en place d'une rotation pour effectuer des astreintes en tant que chirurgiens-dentistes régulateurs de la part des praticiens libéraux comme cela est déjà le cas pour les médecins. Si le projet semble difficilement réalisable au niveau local, il est envisageable de créer un centre de régulation régional qui pourrait orienter les patients vers des structures appropriées. La présence d'un chirurgien-dentiste de garde dans les maisons médicales de garde pourrait également être étudiée. Toutefois le financement d'un tel projet peut s'avérer compliqué et la profession reste frileuse sur les astreintes de nuit. En effet, comme le reflète l'enquête auprès des conseils départementaux, beaucoup de praticiens jugent inutile une astreinte de nuit pour la prise en charge des urgences bucco-dentaires. Il est probable que les besoins de la population en matière d'offre de soin nocturne ne soient en effet pas très importants, toutefois il serait utile de mesurer cela au moyen d'enquêtes.

Dans ce travail, nous avons largement démontré l'intérêt d'une prise en charge rapide et efficace des urgences dentaires. En effet, pour de nombreuses raisons qui ont été évoquées cette prise en charge représente un enjeu majeur dans la politique de santé publique. De plus, comme nous l'avons montré, cette prise en charge doit parfois être immédiate et nécessite les moyens adaptés notamment dans le cas d'urgences traumatiques ou d'urgences infectieuses à un stade avancé.

La permanence de soins peut apparaître comme une mission de service public et ainsi, nous pourrions penser que cette mission devrait être assurée en priorité par les services odontologiques des hôpitaux publics. En Midi-Pyrénées, seul le CHU de Toulouse assure la prise en charge des urgences bucco-dentaires mais il n'existe aucun service spécialisé la nuit. Nous pourrions imaginer comme c'est le cas dans d'autres cas villes universitaires, une astreinte de nuit effectuée par les internes ou les étudiants accompagnés d'un senior. Cela pose encore la question du financement d'un tel projet, et l'évaluation des besoins de la population. Toujours concernant l'offre de soin nocturne, un fauteuil dentaire avec un équipement adapté pourrait être utile dans le service des urgences générales des CHU pour

minimiser les coûts de personnel et de matériel notamment ; ceci a déjà été mis en place dans certains hôpitaux français.

Enfin, une piste intéressante pourrait être la professionnalisation de la prise en charge des urgences dentaires avec la création de structures libérales telles que SOS Dentaire en province. Cependant, même si la perspective de ne prendre en charge que des urgences dentaires peut paraître enrichissante, peu de praticiens restent intéressés par cette pratique exclusive et ce, notamment pour des raisons financières. Un concept plus novateur pourrait alors être la solution d'un centre de soins dentaires sans rendez-vous. Cette structure pourrait assurer la prise en charge des urgences d'une part mais aussi certains soins courants. Ce concept permettrait d'offrir une prise en charge à des patients qui ne seraient pas forcément suivis en cabinet libéral classique pour diverses raisons : anxiété face à l'attente du rendez-vous, manque de temps, manque de flexibilité dans l'emploi du temps, etc.

## CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'identifier les principales urgences bucco-dentaires et de différencier les urgences absolues des urgences relatives. Nous avons démontré que ces deux types d'urgences nécessitent une prise en charge spécifique avec néanmoins des délais adaptés à la situation. Nous avons ensuite tenté de comprendre l'organisation de la permanence de soins odontologiques et d'identifier les différents acteurs de ce système. En France, la gestion de la permanence de soins est assurée par l'Agence Régionale de Santé mais nous avons démontré que l'application des directives par les conseils de l'ordre au niveau local varie d'un département à l'autre. Néanmoins, malgré les disparités locales, la participation à la permanence de soins reste un devoir légal et déontologique pour tous les chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers.

Dans ce travail, nous avons largement démontré l'intérêt d'une prise en charge rapide et efficace des urgences dentaires. En effet, nous avons voulu mettre en évidence que cette prise en charge représente un enjeu majeur dans la politique de santé publique. De plus, comme nous l'avons montré, cette prise en charge doit parfois être immédiate et nécessite les moyens adaptés notamment dans le cas d'urgences traumatiques ou d'urgences infectieuses à un stade avancé.

Cependant, il existe en France un défaut de prise en charge des urgences dentaires notamment à cause du désengagement de certains chirurgiens-dentistes dans cette mission de santé publique. De plus, en France, la permanence de soins odontologiques n'est pas assurée de manière continue puisqu'il n'existe que très peu de structures assurant une prise en charge la nuit notamment. Il existe de nombreuses pistes à développer afin d'améliorer cet aspect de la prise en charge de la santé bucco-dentaire. Ces améliorations ne seront possibles qu'avec un engagement total de la part des chirurgiens-dentistes, des instances ordinales et des pouvoirs publics.

Vu, le 18/11/2016, le directeur de thèse

JN Vergnes



Vu le 24/11/2016, le président du jury

Pr. Cathy Nabet



**DOCUMENTS ANNEXES**

Annexe 1 : Liste des conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes de  
la région Midi-Pyrénées

<b>Conseil Départemental</b>	<b>Coordonnées téléphoniques</b>	<b>Président du conseil de l'ordre</b>
<b>Conseil de l'ordre de l'Ariège (09)</b>	05 61 01 30 81	Dr Jérôme SALEFRANQUE
<b>Conseil de l'ordre de l'Aveyron (12)</b>	05 65 60 70 97	Dr Sébastien LAVABRE
<b>Conseil de l'ordre du Gers (32)</b>	05 62 05 57 69	Dr Georges MOUNET
<b>Conseil de l'ordre de la Haute-Garonne (31)</b>	05 61 54 80 80	Dr Alain DURAND
<b>Conseil de l'ordre des Hautes-Pyrénées (65)</b>	05 62 93 09 07	Dr Didier BIARNES
<b>Conseil de l'ordre du Lot (46)</b>	05 65 22 67 27	Dr Sabrina BARBONI
<b>Conseil de l'ordre du Tarn (81)</b>	05 63 54 67 60	Dr Bernard PIOTROWSKI
<b>Conseil de l'ordre du Tarn et Garonne (82)</b>	05 63 63 29 95	Dr Jean-Luc BUENO





Annexe 3 : Exemple de fiche récapitulative de l'astreinte à renvoyer au CDO (document  
fourni par le conseil de l'ordre de l'Ariège)

DOCTEUR .....

**Éléments à recueillir par les praticiens d'astreinte**

LOCALISATION DU CABINET DU PRATICIEN D'ASTREINTE (commune)
PERIODE D'ASTREINTE (Date, Matin/Après-midi)
NOMBRE D'APPELS RECUS
NOMBRE TOTAL DE PATIENT VUS
NOMBRE DE PATIENTS EXTERIEURS AU DEPARTEMENT
PATIENTS MINEURS < 18 ANS
URGENCES INFECTIEUSES/INFLAMMATOIRES
URGENCES TRAUMATIQUES
URGENCES CONCERNANT DES PATIENTS VUS PAR UN AUTRE PRATICIEN
DANS LES JOURS PRECEDENTS
URGENCES SANS SIGNE DE DOULEUR
URGENCES A CARACTERE ESTHETIQUE
ACTES NE PRESENTANT PAS DE CARACTERE D'URGENCE
AUTRES CAS PRIS EN CHARGE

**A adresser impérativement dans les 5 jours suivant la garde  
effectuée au :**

**CDO de l'ARIÈGE**  
**7bis, avenue de Lérida 09000 FOIX**

## Annexe 4 : Modèle d'attestation de participation à l'astreinte à envoyer à la CPAM pour le versement des indemnisations

### Attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires Versement des indemnisations d'astreintes

(Avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes JO du 31/07/2012)

*(Document à envoyer par courrier postal rempli, signé, sans rature ni surcharge à votre caisse de rattachement\*)*

Mois et année de référence (à préciser) :  mois  année

Identification du praticien	Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
Nom, Prénom :	Nom, Prénom	N° identification
Numéro d'identification du praticien :		
Adresse :		
Téléphone :		
Email :		

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence (dimanches et jours fériés) :  
(Veuillez cocher les cases des jours correspondant à vos astreintes)

Jours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Nombre total demi-journée			
Demi-journée (matin)																																			
Demi-journée (après-midi)																																			

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_, déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes, soit la somme de \_\_\_\_\_ €, correspondant à \_\_\_\_\_ demi-journée(s).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature et cachet du Chirurgien-Dentiste

\*coordonnées du service à préciser par la CPAM

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] R. Anderson et D. W. Thomas, « "Toothache stories": a qualitative investigation of why and how people seek emergency dental care », *Community Dent. Health*, vol. 20, n° 2, p. 106-111, juin 2003.
- [2] R. E. Persson, D. J. Stiefel, M. V. Griffith, E. L. Truelove, et M. D. Martin, « Characteristics of dental emergency clinic patients with and without disabilities », *Spec. Care Dent. Off. Publ. Am. Assoc. Hosp. Dent. Acad. Dent. Handicap. Am. Soc. Geriatr. Dent.*, vol. 20, n° 3, p. 114-120, juin 2000.
- [3] « Perrin D. Dossier urgence et permanence des soins. Information dentaire mars 2007; 13:57 ».
- [4] « 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):165-170. »
- [5] J. M. Nusstein et M. Beck, « Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps », *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, vol. 96, n° 2, p. 207-214, août 2003.
- [6] B. Touré, A. W. Kane, A. Diouf, B. Faye, et Y. Boucher, « Preoperative pain and medications used in emergency patients with irreversible acute pulpitis or acute apical periodontitis: a prospective comparative study », *J. Orofac. Pain*, vol. 21, n° 4, p. 303-308, 2007.
- [7] Y. Boucher et P. Pionchon, *Douleurs orofaciales : Diagnostic et traitements*. Paris: Editions CdP, 2006.
- [8] « Code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes ». 2004.
- [9] « Code de la Santé Publique ». 2002.
- [10] A. Béry et L. Delprat, *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Héricy: Éd. du Puits fleuri, 2006.

- [11] Markus JP. *Déontologie professionnelle du chirurgien-dentiste. Encycl Med Chir, Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine buccale, 2008, 28-965-B-10. .*
- [12] Y. Boucher et E. Cohen, « Urgences dentaires et médicales : conduites à tenir et prévention chez le patient à risque », 2007.
- [13] Y. Boucher, « Parodontites apicales et mauvais traitements endodontiques : état d'urgence. », *Rev Odont Stomat*, 2005.
- [14] « [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire\\_Septembre2011-2.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssaps/Prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire_Septembre2011-2.pdf) ». .
- [15] « : Ahoosi V., Perrot G., Thery L., Potard G., Perrin D. Urgences odontologiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-170-A-10, 2007. »
- [16] E. Masson, « Accidents d'évolution des dents de sagesse », *EM-Consulte*. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/15721/accidents-d-evolution-des-dents-de-sagesse>.
- [17] « [parosphere.org](http://parosphere.org), Site d'information sur les maladies parodontales et péri-implantaires ». .
- [18] V. de O. Alves, « Endodontic flare-ups: a prospective study », *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, vol. 110, n° 5, p. e68-72, nov. 2010.
- [19] J. F. Siqueira et F. Barnett, « Interappointment pain: mechanisms, diagnosis, and treatment », *Endod. Top.*, vol. 7, n° 1, p. 93-109, mars 2004.
- [20] M. Guen, « Thèse : Les urgences au service d'odontologie du CHRU de Brest : prise en charge et analyse statistique. » 2012.
- [21] J. O. Andreasen, E. Lauridsen, et J. Dugaard-Jensen, « Dental traumatology: an orphan in pediatric dentistry? », *Pediatr. Dent.*, vol. 31, n° 2, p. 153-156, avr. 2009.
- [22] « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ».

- [23] « Pionchon P., "Manifestations du psychisme dans les douleurs orofaciales", in *Réalités Cliniques, Les douleurs orofaciales*, Paris, Vol. 5 n°2 1994, p.241 ».
- [24] « Alonge O.K., Narendran S., Williamson D.D. Prevalence of fractured incisal teeth among children in Harris Country, Texas. *Dent Traumat* 2001;17(5):218-221. »
- [25] « Caldas A., Burgos M. A retrospective study of dental injuries in a brazilian dental trauma clinic - *Dent Traumat* 2001;17: 250-253. »
- [26] « OMS | Santé bucco-dentaire », WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>.
- [27] « 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. »
- [28] « Armstrong B.D. Lacerations of the mouth – Oral-Facial Emergencies, *Emerg Med Clin N Amer* 2000;18 (3):471-480. »
- [29] « Konis Ab. The treatment of a traumatic fracture of a maxillary central incisor in the pediatric patient. A case report. *N.Y. St Dent J* 1991;57(2):30-31. »
- [30] S.-J. Janket, A. E. Baird, S.-K. Chuang, et J. A. Jones, « Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke », *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, vol. 95, n° 5, p. 559-569, mai 2003.
- [31] A. Blaizot, J.-N. Vergnes, S. Nuwwareh, J. Amar, et M. Sixou, « Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies », *Int. Dent. J.*, vol. 59, n° 4, p. 197-209, août 2009.
- [32] J.-N. Vergnes *et al.*, « Periodontal treatment to improve glycaemic control in diabetic patients: study protocol of the randomized, controlled DIAPERIO trial », *Trials*, vol. 10, p. 65, août 2009.
- [33] L. Darré, J.-N. Vergnes, P. Gourdy, et M. Sixou, « Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: A meta-analysis of interventional studies », *Diabetes Metab.*, vol. 34, n° 5, p. 497-506, nov. 2008.

- [34] J.-N. Vergnes et M. Sixou, « Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 196, n° 2, p. 135.e1-7, févr. 2007.
- [35] A. Azarpazhooh et J. L. Leake, « Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health », *J. Periodontol.*, vol. 77, n° 9, p. 1465-1482, sept. 2006.
- [36] Y. Zadik, R. Bechor, S. Galor, D. Justo, et R. J. Heruti, « Erectile dysfunction might be associated with chronic periodontal disease: two ends of the cardiovascular spectrum », *J. Sex. Med.*, vol. 6, n° 4, p. 1111-1116, avr. 2009.
- [37] P. Monsarrat *et al.*, « Effect of periodontal treatment on the clinical parameters of patients with rheumatoid arthritis: study protocol of the randomized, controlled ESPERA trial », *Trials*, vol. 14, p. 253, août 2013.
- [38] Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique. Colloque, *Automédication, autoprescription, autoconsommation: 2e colloque de l'APNET, Palais du Luxembourg, 17 décembre 1998*. Paris, France, 1999.
- [39] Netgen, « Paracétamol : toxicité hépatique aux doses thérapeutiques et populations à risque », *Revue Médicale Suisse*. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-129/32629>.
- [40] « Physiopathologie du choc septique B. Vallet, B. Tavernier - Consensus d'actualisation SFAR 1999 ».
- [41] D. A. Ogundiya, D. A. Keith, et J. Mirowski, « Cavernous sinus thrombosis and blindness as complications of an odontogenic infection: report of a case and review of literature », *J. Oral Maxillofac. Surg. Off. J. Am. Assoc. Oral Maxillofac. Surg.*, vol. 47, n° 12, p. 1317-1321, déc. 1989.
- [42] V. Pino Rivero, C. G. Pantoja Hernández, A. González Palomino, M. E. Mora Santos, G. Barrantes Celaya, et A. Blasco Huelva, « [Phlegmons and abscesses in the floor of mouth. Report of 10 cases and review of the literature] », *An. Otorrinolaringol. Ibero-Am.*, vol. 33, n° 6, p. 599-606, 2006.
- [43] « Curien R , Bally J , Lafont A , Anastasio D 2007 Choc septique d'origine dentaire : à propos d'un cas 52e Congrès de la SFMBCB ».

- [44] « Hubert A-C , Lorentz C , Moizan H , Gérard E , Stringini R 2007 Pronostic vital engagé suite à une infection d'origine dentaire : l'angine de Ludwig, une réalité en 2007 52e congrès de la SFMBCB ».
- [45] « Baranes M, Radoi L, Vidaud C, Nguyen T, Poidatz E 2007 A propos d'une ethmoïdite aiguë d'origine infectieuse dentaire chez un enfant de 12 ans sur un tableau de cellulite diffuse de la face 52e congrès de la SFMBCB ».
- [46] « Radoi L, Laplane P, Baranes M, Poidatz E, Nguyen T 2007 Comment une mauvaise prise en charge médico-dentaire peut aboutir à une cellulite diffusée cervico-faciale 52e congrès de la SFMBCB ».
- [47] C. Bedos *et al.*, « The dental care pathway of welfare recipients in Quebec », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 57, n° 11, p. 2089-2099, déc. 2003.
- [48] C. Bedos, A. Levine, et J.-M. Brodeur, « How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health », *J. Dent. Res.*, vol. 88, n° 7, p. 653-657, juill. 2009.
- [49] « Circulaire DGOS du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. ».
- [50] « Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires - Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente. ».
- [51] E. Pegon-Machat, N. Decerle, et S. Tubert-Jeannin, « Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique », *Santé Publique*, vol. 27, n° 1, p. 79-88, mars 2015.
- [52] G. E. Ball, « Out-of-hours emergency dental services in Scotland--a national model », *Br. Dent. J.*, vol. 205, n° 9, p. 485-487, nov. 2008.
- [53] S. Sayfulin et J.-C. Chazel, *Aide à la décision dans la prise en charge des urgences dentaires par les médecins régulateurs du Centre 15 du Gard*. France, 2016.



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Abscès apical aigu sur 36 et lésions radioclares sur les racines mésiales et distales (Université de Rennes 1) .....	20
Figure 2: Exemples de cellulites géniennes basses [14].....	21
Figure 3: Critères de décision d'hospitalisation des cellulites d'origine dentaire [14] .....	21
Figure 4 : Lésions caractéristiques de la gingivite ulcéro-nécrotique [16] .....	23
Figure 5: Extrusion de la 61 (Université de Brest).....	27
Figure 6: Intrusion de la 11 avec lacération gingivale [14] .....	28
Figure 7: Fracture coronaire de 21 avec exposition pulpaire [14] .....	30
Figure 8: Exemple d'échelle visuelle analogique pour auto-évaluation de la douleur .....	34
Figure 9: Autre exemple d'échelle visuelle analogique adaptée aux enfants .....	34
Figure 10: Schéma de la prise en charge d'un appel au Centre15.....	54
Figure 11: Outil de régulation des urgences odontologiques au CHU de Clermont-Ferrand..	67
Figure 12: Processus de régulation téléphonique des urgences dentaires en Ecosse .....	68
Figure 13 : Affiche de la campagne « Allo Docteur » pour la mise en place du système de régulation téléphonique par le 3966 .....	69

---

## **ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES BUCCO-DENTAIRES ET PERMANENCE DES SOINS EN ODONTOLOGIE**

---

### **RESUME EN FRANÇAIS :**

La prise en charge des urgences bucco-dentaires représente un enjeu de santé publique majeur en France. Ce travail a permis d'identifier les principales urgences dentaires et de différencier les urgences absolues des urgences de « confort ». Ensuite, nous avons voulu mettre en évidence les enjeux que représente la permanence de soins et nous avons démontré que les urgences dentaires nécessitent le plus souvent une prise en charge rapide et adaptée notamment dans le cas des urgences traumatiques et infectieuses. La participation à la permanence de soins est un devoir légal et déontologique pour tous les chirurgiens-dentistes ; nous avons voulu comprendre l'organisation de la permanence de soins en France afin d'identifier les différents acteurs de ce système. Une enquête auprès des conseils de l'ordre départementaux a permis de mettre en évidence les disparités locales et les points à améliorer dans l'organisation de la permanence de soins afin d'assurer cette mission de santé publique de la manière la plus efficace possible.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** PUBLIC HEALTH ISSUES IN THE MANAGEMENT OF ORAL EMERGENCIES AND CONTINUITY OF CARE IN DENTISTRY

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Chirurgie dentaire

---

**MOTS-CLES :** URGENCES BUCCO-DENTAIRES, PERMANENCE DE SOINS ODONTOLOGIQUES, ASTREINTE, ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.

---

### **INTITULE 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 THESE :** Docteur Jean-Noël VERGNES