

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

---

ANNEE 2017

2017 TOU3 3046

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Cindy TEILLET MANEL**

le 20 avril 2017

**GESTION DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES AU  
CABINET DENTAIRE**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noel VERGNES

**JURY**

Président :	Pr Cathy NABET
1er assesseur :	Dr Pierre-Pascal POULET
2ème assesseur :	Dr Jean-Noel VERGNES
3ème assesseur :	Dr Christelle DUBOSC



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

---

ANNEE 2017

2017 TOU3 3046

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Cindy TEILLET MANEL**

le 20 avril 2017

**GESTION DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES AU  
CABINET DENTAIRE**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noel VERGNES

**JURY**

Président :	Pr Cathy NABET
1er assesseur :	Dr Pierre-Pascal POULET
2ème assesseur :	Dr Jean-Noel VERGNES
3ème assesseur :	Dr Christelle DUBOSC





## Faculté de Chirurgie Dentaire

### ➔ DIRECTION

#### DOYEN

Mr Philippe POMAR

#### ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

#### CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

#### PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

#### RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

### ➔ 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 :

Adjoint d'Enseignement :

##### *Mme BAILLEUL-FORESTIER*

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY,

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN,

#### **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, Mr. ROSENZWEIG

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

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE, Mme KADDECH, Mme VINEL

**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 COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT,

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,

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

**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. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

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

**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 CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

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

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR

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

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

-----

*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 17 Mars 2017*

***Merci...***

A Nicolas, mon mari, mon amour, Darkmiu (en public ☺ ) Merci d'être tous les jours à mes côtés. Ton sourire et tes mots doux m'accompagnent à chaque instant. Tu m'as toujours soutenue dans mes différents projets, surtout quand je n'y croyais plus ! (Saperlipopette ^^) Je ne pourrais être aussi épanouie sans toi. Je suis heureuse de tout ce temps passé à deux, que notre musique ne s'arrête jamais ! Je t'aime !

À ma sœur, Alice, la meilleure sœur du monde ! Parce que tout ça n'aurait jamais pu avoir lieu sans toi. Merci de m'avoir guidée et protégée. Merci de m'avoir toujours encouragée et d'avoir cru en moi, pour tout ce que tu as fait pour moi puis pour nous ! Tu as toujours été mon modèle et visiblement ce n'est pas près de changer ! et puis notre petite famille s'agrandit ☺ !

To Jason, thank-you for all the great times we had and for being so good with my niece and my sister !

A ma belle-famille, Danièle et Jacques, merci de m'avoir toujours accueillie depuis le début, d'être toujours là pour nous, de nous soutenir dans tous nos projets. Promîmes-nous ne nous remarierons pas bientôt !

A ma belle-sœur, Claire, je suis ravie de t'avoir dans ma vie ! Ta douceur, ta gentillesse et ton courage font de toi une personne admirable ! A tous ces plages et petits canards en confetti, et à tes merveilleuses pâtisseries !

À mon beau-frère Camille, merci pour toutes ces soirées et tous ces moments passés ensemble, et d'avoir été "the best Best man ever"

À Elina, ma super témoin ! Merci pour tous ces beaux moments passés avec toi, et pour tout ce que tu as fait pour nous !

Merci à ma binôme Claire, nous avons appris à nous connaître en clinique et ça n'aurait pas pu être aussi chouette sans toi ! Je suis ravie de compter parmi mes amis ! Merci pour tous ces bons moments passés ensemble !

A tous mes amis, merci pour tous ces bons moments !

Merci au Dr Agnès DARDENNES, de m'avoir offert l'opportunité de te remplacer ! C'est une expérience que j'ai adorée, c'est avec plaisir que je reviendrais !

Merci aux Dr Sophie CHATAINIER, Dr Jacques AZUELOS et Dr REMONDET Nicolas pour avoir partagé vos connaissances avec moi.

Merci au Dr Philippe BOGHANIM pour m'avoir acceptée pendant le stage actif, de m'avoir fait découvrir l'implantologie sous une autre forme et m'avoir donné l'essence de ce sujet.

Merci au Dr Florent GRAGLIA, d'être un peu mon mentor, de m'avoir poussée dans des voies que je n'aurais peut-être pas choisies sans toi !

Merci à tous les praticiens qui ont pris le temps de me répondre, malgré votre surcharge de travail !

**A notre président du jury de thèse,**

**Madame le Professeur NABET Cathy**

- 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

*C'est avec beaucoup d'honneur que nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté la présidence de ce jury.*

*Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance pour votre enseignement et votre accompagnement tout au long de ses années, votre engagement, votre implication dans notre cursus.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre respect.*

A notre jury de thèse.

**Monsieur le Docteur POULET Pierre-Pascal**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en participant à notre jury de thèse.*

*Pour votre gentillesse et les conseils que vous nous avez accordés nous vous prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

Au directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur VERGNES Jean-Noel**

- 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.

*Nous vous remercions vivement  
d'avoir accepté la direction de ce travail.*

*Pour votre gentillesse, disponibilité et  
l'attention que vous nous avez accordées  
, veuillez trouver à travers ce travail  
l'expression de la profonde gratitude et de  
l'estime que nous vous témoignons.*

A notre jury de thèse.

**Madame le Docteur DUBOSC Christelle**

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise Sciences, Technologies, Santé mention : Bio Santé

*Nous vous remercions sincèrement  
de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir  
juger cette thèse.*

*Vos conseils nous ont été précieux  
durant nos études.*

*Nous vous prions de trouver dans ce  
travail toute l'expression de notre gratitude  
et de notre profonde estime.*

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>1 DEFINITIONS .....</b>	<b>14</b>
1.1 CONSULTATION .....	14
1.2 L'URGENCE ET LES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES.....	14
<b>2 LE CADRE MEDICO-LEGAL.....</b>	<b>15</b>
2.1 OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE .....	16
2.2 UN DENTISTE PEUT-IL REFUSER UNE URGENCE ? .....	17
2.3 RESPECT DE LA CONFRATERNITE .....	18
2.4 CONSENTEMENT ECLAIRE ET INFORMATION DU PATIENT.....	18
<b>3 NATURE DE L'URGENCE.....</b>	<b>20</b>
3.1 L'URGENCE MEDICALE EN CABINET DENTAIRE .....	20
3.2 CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES ET CLASSIFICATION.....	21
3.3 MOTIFS DE CONSULTATION NON PROGRAMMEE.....	22
3.3.1 Urgence « vraie » ou « réelle ».....	22
3.3.2 Les urgences de « confort ».....	24
<b>4 REGULATION DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES.....</b>	<b>26</b>
4.1 OBJECTIFS DE LA REGULATION.....	26
4.2 OUTILS D'AIDE A LA REGULATION : .....	27
4.2.1 Le questionnaire .....	27
4.2.2 Algorithme de gestion de l'urgence par téléphone .....	29
4.3 ATTITUDE DE L'EQUIPE SOIGNANTE A L'EGARD DU PATIENT .....	30
<b>5 PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES.....</b>	<b>33</b>
5.1 DIFFERENTES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE : RECOMMANDATIONS.....	33
5.1.1 Soins extrêmement urgents.....	33
5.1.2 Soins urgents.....	34
5.1.3 Conseils et autogestion.....	35
5.1.4 Liste de conseils en cas de saignements, de traumatisme ou de douleur. ....	35

5.2	DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION NON PROGRAMMEE .....	39
<b>6</b>	<b>ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE LIBERALE.....</b>	<b>42</b>
6.1	CRENEAUX RESERVES .....	43
6.2	REGROUPER LES ACTES SOUS FORME DE RENDEZ-VOUS LONG. ....	44
6.3	SUPPRIMER LES RENDEZ-VOUS D'AVANCE.....	46
6.4	IMPACT DE LA DEMOGRAPHIE .....	46
<b>7</b>	<b>ETUDE QUALITATIVE PILOTE SUR L'ORGANISATION DES RENDEZ-VOUS NON</b>	
	<b>PROGRAMMES EN PRATIQUE LIBERALE .....</b>	<b>48</b>
7.1	INTRODUCTION.....	48
7.2	MATERIEL ET METHODES .....	49
7.3	RESULTATS ET DISCUSSION .....	52
	<i>7.3.1 Délai d'attente pour les consultations non programmées et notion de tri .....</i>	<i>52</i>
	<i>7.3.2 Durée d'une consultation non programmée et régulation.....</i>	<i>53</i>
	<i>7.3.3 Utilisation de créneaux réservés.....</i>	<i>55</i>
	<i>7.3.4 Regroupement des actes, planification des rendez-vous et délai d'attente. ....</i>	<i>56</i>
	<i>7.3.5 Démographie médicale et nombre de patients.....</i>	<i>58</i>
	<i>7.3.6 Problèmes que rencontrent les praticiens, ce qu'ils aimeraient changer et ce qui les en empêchent.....</i>	<i>59</i>
	<i>7.3.7 Les limites de cette étude pilote .....</i>	<i>60</i>
	<i>7.3.8 Mon expérience .....</i>	<i>62</i>
7.4	CONCLUSION DE L'ENQUETE .....	63
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>73</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>77</b>

## Introduction

La société actuelle évolue et les attentes des patients vis-à-vis du corps médical se modifient. Le patient attend aujourd'hui davantage de transparence, de service, de compréhension par rapport aux soins délivrés. Glissant peu à peu vers une attitude de consommateur, le patient exige des soins non seulement de qualité mais aussi conformes à des attentes de confiance et de disponibilité. Les patients évaluent ce paramètre en fonction de l'attitude de l'équipe soignante, de son écoute, de l'apparence du cabinet, de la composition du plateau technique, des horaires de rendez-vous et des jours d'ouverture, etc.

La demande de consultations non programmée est une réalité quotidienne pour le chirurgien-dentiste. Ces requêtes ne concernent pas toujours des soins urgents mais requièrent tout de même l'attention des chirurgiens-dentistes.

Il est évident que cette prise en charge ne peut être assurée uniquement par les services hospitaliers (qui disposent généralement d'une Permanence de soins), mais il n'est pas toujours aisé de proposer ce type de consultation en cabinet privé. Le chirurgien-dentiste qui choisit d'exercer en libéral est en priorité un soignant, mais a aussi les responsabilités d'un chef d'entreprise qui organise son temps de travail.

A la sortie de la faculté, un jeune diplômé est généralement peu informé sur la gestion des rendez-vous non programmés. Il doit apprendre sur le terrain à s'organiser en réponse plus ou moins complète à la demande de sa patientèle. Il en est de même pour les praticiens exerçant depuis plusieurs années, qui s'aperçoivent que le comportement de leur patientèle a changé et ne savent pas toujours comment s'y adapter.

Le but de cette thèse est de s'interroger sur les différentes organisations possibles pour la prise en charge des consultations non programmées en pratique libéral.

Nous évoquerons d'abord quelques définitions afin de comprendre le terme de « consultation non programmée », le cadre légal qui entoure ce type de prise en charge, puis la nature de ces demandes.

Nous nous intéresserons à la régulation de ces sollicitations, décrivons différents outils, et diverses modalités pour les prendre en charge. Ensuite, nous décrivons les différentes pistes d'organisation que l'on retrouve dans la bibliographie.

Enfin, nous consacrerons la dernière partie à l'étude de différents entretiens réalisés auprès d'omnipraticiens. Ils ont accepté de décrire leur organisation des consultations non programmées et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer en pratique libérale.

Une perspective de ce travail est de montrer aux chirurgiens-dentistes qui souhaitent changer leur organisation qu'il existe certainement d'autres méthodes à adapter selon leurs besoins.

# 1 Définitions

## 1.1 Consultation

Le terme consultation est issu du latin *consultatio* et signifie conseil.

Consulter s'est prendre avis auprès de quelqu'un. Lorsqu'un praticien réalise une consultation, il examine le patient, l'informe et le conseille. Il y a donc dans le domaine médical, une dimension médicoteknique à travers l'examen mais aussi une dimension médico-psychologique à ne pas négliger (1).

C'est donc un entretien où il s'effectue un échange de paroles entre patient et praticien, afin de construire une relation de confiance. On observe un déséquilibre entre le soigné, demandeur de soins et le soignant. La discussion et le contrat de soin permettent de le compenser et d'obtenir une meilleure observance du patient pour qu'il soit acteur de sa santé.

Cependant, dans le cadre d'une consultation non programmée, quelles sont les possibilités de pouvoir établir ces échanges ? Dispose-t-on d'assez de temps pour bâtir une relation de soin ?

## 1.2 L'urgence et les consultations non programmées

Le mot « urgence » vient du latin *urgere* et signifie presser. Selon le dictionnaire Larousse (2) « est urgent ce qui ne souffre aucun retard », cela implique la nécessité d'agir vite. Elle concerne différents domaines : administratif, juridique mais aussi celui de la santé.

L'urgence médicale est définie comme « une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » mais aussi comme une situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin, seul compétent pour administrer les soins ou prescrire les médicaments nécessaires.

Or, l'urgence du cardiologue est rarement la même que celui du chirurgien-dentiste, elles nécessitent des prises en charge différentes. Il est nécessaire d'apprécier le caractère urgent de chaque situation (3).

Ce qui est urgent pour l'un ne le sera pas forcément, ou au même degré, pour un autre. Cela dépend de facteurs personnels : le caractère, l'histoire personnelle, les antécédents médicaux, ou encore l'anxiété qu'un patient ressent envers la maladie et envers le chirurgien-dentiste. Cette perception de l'urgence est aussi influencée par des facteurs externes tels que le milieu social et l'environnement professionnel. Par exemple, un patient qui se fracture une incisive centrale le vivra différemment le jour d'un entretien d'embauche en comparaison d'un jour ordinaire.

Les consultations non programmées correspondent à des demandes de prise en charge rapide, voire immédiate, certaines pouvant correspondre à l'urgence telle qu'elle est définie ci-dessus.

## **2 Le cadre médico-légal**

En tant que professionnel de santé, le chirurgien-dentiste doit respecter le Code de la Santé Publique (4). Plusieurs articles encadrent notre profession concernant les consultations non programmées. En France, cette prise en charge est un impératif éthique et légal qui se fait, à 95 % par les chirurgiens-dentistes libéraux (90 % des praticiens), 5 % par les services hospitaliers et les structures mutualistes (3).

## **2.1 Obligation de prise en charge**

Tous les praticiens libéraux et salariés ont le devoir de prendre en charge les consultations non programmées selon l'article R4127-202 « Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé. » ainsi que l'article R4127-245 « 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. Sa participation au service de garde est obligatoire. »

La plupart des dentistes libéraux assurent l'urgence de leurs propres patients pendant les horaires d'ouverture du cabinet, mais ont plus de difficultés à participer aux service de permanence de soins (5). Suite au Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 paru au Journal Officiel, la gestion de la permanence des soins est confiée au directeur général de chaque Agence Régionale de Santé (ARS), aux côtés du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes. En pratique, le directeur général de chaque ARS détermine « le périmètre des secteurs, les horaires sur lesquels s'exerce la permanence des soins, en tenant compte de l'offre de soins dentaires existante, et les modalités d'accès de la population au praticien de permanence ». Elle se déroule uniquement en journée, le dimanche et les jours fériés, contrairement aux médecins, qui assurent également une permanence de nuit.

## 2.2 Un dentiste peut-il refuser une urgence ?

Le planning d'un chirurgien-dentiste est souvent chargé. La demande de consultation non programmée est souvent perçue comme un élément perturbateur et pose des problèmes d'organisation. Le praticien peut être tenté de repousser ces demandes, voire de ne pas les prendre et laisser un autre y répondre.

A-t-il le droit de refuser légalement une urgence ?

La réponse est non, selon l'article R4127-232 « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles à condition :

1. De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
2. De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211. »

La dernière phrase renvoie à cet article « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » Il est nécessaire de rappeler qu'il faut lutter contre les discriminations et les exclusions, notamment dans le cadre des consultations non programmées. En effet, une population fragilisée peut être plus souvent amenée à consulter en urgence (5).

En pratique, il n'est pas toujours possible d'accepter une urgence. Comme indiqué plus haut, le n°2 de l'article R4127-232, le praticien doit assurer la continuité

des soins, et orienter le patient vers un confrère qui pourra assurer sa prise en charge.

### **2.3 Respect de la confraternité**

Le code de santé publique nous rappelle dans l'Article R4127-262 « Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit », notamment dans les territoires sur-dotés où la concurrence est forte.

Cette idée est précisée dans les articles suivants :

- Article R4127-265 « 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 le retour de celui-ci, et en accord avec le patient, toutes informations qu'il juge utiles »
- Article R4127-267 « Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas, sauf à la demande expresse du patient, poursuivre les soins exigés par l'état de ce dernier lorsque ces soins sont de la compétence du chirurgien-dentiste traitant. »

### **2.4 Consentement éclairé et information du patient**

L'article L. 1111-4 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle qu' « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » (6).

Ceci est précisé dans le code de santé publique dans l'article R4127-233

« Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

1. A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ;
2. A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui »

Une consultation non programmée est souvent de courte durée, entre 15 et 30 minutes. Il est important de toujours informer son patient et d'obtenir son consentement éclairé, y compris dans ce contexte. Il faut évoquer les limites des soins administrés en urgence et leurs conséquences. Par exemple, le praticien doit expliquer qu'une bio-pulpectomie entraîne une fragilisation de la dent.

Il existe cependant une exception, comme le stipule l'article R4127-236 « Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires. »

Il est important de renseigner tous ces éléments dans le dossier médical du patient (7).

En résumé, le chirurgien-dentiste doit respecter le code de la Santé Publique. Il prend en charge les consultations non programmées et ne peut les refuser légalement. Lorsqu'il est dans l'incapacité de le faire, il oriente le patient et assure son suivi et la continuité des soins. Le détournement de patientèle est également proscrit. Lors de ces consultations non programmées, il est essentiel d'informer le patient et d'obtenir son consentement éclairé.

### **3 Nature de l'urgence**

Le praticien qui travaille en cabinet libéral est amené à rencontrer deux situations d'urgence :

- L'accident au cours d'une séance de soin : il correspond le plus souvent à une urgence médicale telle que l'allergie, le malaise ou encore l'hémorragie ;
- La demande de prise en charge rapide d'un patient qui contacte le cabinet. Dans ce cas, nous utiliserons le terme de « consultation non programmée » comme expliqué au chapitre 2.1.

#### **3.1 L'urgence médicale en cabinet dentaire**

Nous l'évoquons dans ce chapitre, car si elle ne correspond pas à la définition de la consultation non programmée, elle est au même titre, susceptible de perturber l'organisation du planning.

Un praticien libéral est confronté en moyenne à deux ou trois urgences médicales par an. Elles sont le plus souvent liées (8) :

- À l'utilisation de produits comme par exemple, les produits anesthésiques susceptibles de provoquer des réactions secondaires,
- À l'état de santé générale du patient et/ou à des traitements médicamenteux qu'il suit,
- À l'acte pratiqué, notamment l'apparition de complications hémorragiques lors de chirurgie,
- À l'anxiété générée par les soins dentaires, la bouche étant une partie intime du corps humain.

Dans la plupart des cas, le questionnaire médical permet de prévenir ces évènements imprévus. Cependant, lorsque la situation se présente, la prise en charge peut se faire à l'aide d'une trousse d'urgence. Le praticien doit vérifier régulièrement son contenu et les dates de péremption. Il peut également utiliser si nécessaire, du matériel de Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP).

### **3.2 Consultations non programmées et classification**

Lorsqu'un patient contacte le cabinet, comment évaluer le caractère urgent de sa demande ?

Dans un premier temps, le praticien respectera l'ordre de priorité (9) :

- D'abord les urgences vitales, notamment lors de difficultés respiratoires suite à un phénomène infectieux d'origine dentaire,
- Puis la prise en charge des risques infectieux non vital et/ou de douleur aiguë par exemple lors de pulpite ou d'abcès,
- Enfin, il recevra les patients souffrant de douleur chronique, ou exprimant des inquiétudes ou préoccupations sur leur état de santé bucco-dentaire.

Afin d'orienter les soignants, il a été proposé diverses classifications telle que celle-ci (5) :

- Les traumatismes bucco-dentaires,
- Les pathologies infectieuses,
- Les hémorragies,
- Les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire,
- Les pathologies de la muqueuse buccale,
- La perception d'une douleur plus ou moins intense et les urgences dites de confort.

La douleur est fréquemment associée à une des catégories ci-dessus mais représente le motif de consultation le plus important.

### **3.3 Motifs de consultation non programmée**

#### **3.3.1 Urgence « vraie » ou « réelle »**

- La douleur

Selon Ambroise Paré (10), la douleur dentaire serait « la plus grande et la plus cruelle des douleurs n'entraînant pas la mort ». Elle est le principal motif de consultation non programmée. La douleur définie par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. »

Cette définition explique clairement que chacun vit sa propre expérience individuelle de la douleur avec toute la difficulté de partager cette expérience avec les autres. Cela signifie que les pensées, les réactions et les comportements vis-à-vis de la douleur sont propres à chacun. Comme elle touche à la fois le corps et les émotions, elle est d'autant plus difficile à décrire. Du point de vue du ressenti, nous sommes donc tous différents.

Il existe deux types de douleurs en fonction du mécanisme physiopathologique : les douleurs neuropathiques et celles par excès de nociception.

Les douleurs neuropathiques sont liées à un mécanisme de sensibilisation centrale qui transforme progressivement la douleur aiguë en douleur chronique. Elles sont plus rarement à l'origine de consultation non programmée que les secondes.

Les douleurs par excès de nociception surviennent suite à l'augmentation des messages nociceptifs générés par les nocicepteurs périphériques au sein des tissus lésés. Cela entraîne le plus souvent une réaction inflammatoire se manifestant par les signes cardinaux de l'inflammation (douleur, chaleur, rougeur, œdème). Elles sont utiles et représentent le système d'alerte du corps humain.

Bien souvent, les douleurs violentes sont précédées par des épisodes douloureux d'intensité modérée, pour lesquelles le besoin de traitement n'est pas perçu par le patient comme indispensable. Par exemple, dans le cas d'une pulpite liée à une attaque carieuse, le patient aura pu ressentir des sensibilités au froid et au sucré d'intensité croissante durant les mois précédents.

On peut noter qu'une fois la douleur installée et le besoin de traitement perçu comme majeur, le patient subit une modification de son comportement. En fonction de sa personnalité, la douleur entraînera colère, agressivité, politesse extrême, apitoiement, etc. Le patient pourra aussi avoir tendance à minimiser ses problèmes de santé de peur de se voir refuser les soins (3). Par exemple, un patient pourra préférer ne pas mentionner la prise d'anticoagulants, de peur que le praticien refuse de réaliser l'extraction d'une dent en parodontite terminale.

- L'infection

La prise en charge doit être rapide pour enrayer le processus infectieux et permettre la diminution des symptômes locaux et généraux associés (5). On retrouve les cellulites d'origine dentaire, les abcès apicaux suite à la nécrose d'une dent, mais aussi les abcès parodontaux.

- Les traumatismes

Les lésions consécutives aux traumatismes se retrouvent à la fois en denture temporaire et en denture définitive. Les traumatismes concernent les tissus dentaires mais aussi les tissus de soutien ainsi que les tissus mous. Plusieurs étiologies sont possibles : sport, bagarre, chute, accident de la voie publique, etc.

Dans de nombreuses situations, la prise en charge doit être rapide, par exemple lors d'avulsion traumatique, car le temps qui s'écoule avant la réimplantation immédiate de la dent met en péril le pronostic.

- Les hémorragies

Elles peuvent survenir en cours de soins mais aussi faire l'objet de consultation non programmée, suite à un traumatisme, à une avulsion dentaire ou autres chirurgies réalisées quelques heures voire quelques jours avant. Le patient inquiet se présente seul ou accompagné, avec une serviette imprégnée de sang et de salive dans laquelle il crache depuis des heures. La prise en charge immédiate est nécessaire, il faut chercher les retentissements de l'hémorragie sur l'état général du patient.

### **3.3.2 Les urgences de « confort »**

Il n'y a pas de définition précise, cependant cela concerne les situations où la prise en charge peut être décalée dans le temps, sans forcément porter préjudice au patient (3). Le praticien apprécie chaque demande au cas par cas.

- Les urgences fonctionnelles

Elles correspondent à une gêne à la mastication, sans nécessairement être associées à une sensation douloureuse.

Dans le domaine prothétique, le descellement d'une couronne définitive ou provisoire, une suroccclusion, la fracture d'une prothèse amovible ou encore une irritation provoquée par celle-ci peuvent importuner le patient (11).

La perte d'un soin conservateur peut également être source de désagréments, notamment lorsque cela entraîne un bourrage alimentaire contraignant souvent le patient à mastiquer de l'autre côté de la bouche.

De plus, le praticien peut être sollicité pour des urgences orthodontiques comme le décollement d'un bracket, car le délai d'attente avant un rendez-vous est souvent moins important que chez l'orthodontiste.

- Les urgences esthétiques

Dans la mesure où l'état de santé se définit sur les plans biologique, psychologique et social, une urgence de nature « esthétique » peut avoir un impact non négligeable sur la vie du patient, notamment dans le cadre professionnel ou familial. Le praticien s'adapte en fonction de la situation car une disgrâce esthétique qui empêche une personne de parler, de sourire ou de sortir, doit être prise en charge rapidement (7).

- Les urgences psychologiques

Les problèmes des patients ne sont jamais purement physiques, psychologiques ou sociaux mais appartiennent aux trois domaines en même temps. Ces demandes sont moins souvent considérées mais méritent toute l'attention de l'équipe soignante. Prendre le temps d'écouter et de rassurer le patient permet la plupart du temps, de décaler le rendez-vous à un moment où le planning est plus

favorable. Cette réponse a un impact non négligeable pour la suite des soins sur la relation patient-praticien (11).

Les urgences médicales et les différents types de consultations non programmées, qu'elles correspondent à des urgences dites « vraies » telles que la douleur, l'infection, le traumatisme, l'hémorragie ou dites de « confort », demandent une prise en charge spécifique. De plus, leur survenue est également aléatoire. Afin d'y répondre dans les meilleures conditions, le praticien est souvent amené à modifier le cours du programme de sa journée.

## **4 Régulation des consultations non programmées**

### **4.1 Objectifs de la régulation**

Le terme de « régulation » désigne « le fait d'assurer un fonctionnement correct, un rythme régulier » selon le dictionnaire Larousse (12). C'est un élément essentiel qui améliore l'organisation du cabinet.

Le patient prend contact en se présentant directement au cabinet ou le plus souvent en téléphonant.

La plupart du temps, l'assistante du chirurgien-dentiste, grâce à sa formation, gère ces échanges dont les différents objectifs sont :

- Identifier la demande afin d'orienter correctement le patient,
- Essayer d'anticiper le temps nécessaire à la prise en charge,
- Informer, rassurer et donner des conseils au patient, cela ne remplace pas la consultation elle-même. Le but est aussi de montrer qu'on lui porte de l'intérêt.
- Insister sur le fait qu'il ne doit pas hésiter à rappeler si la douleur s'amplifie.

## **4.2 Outils d'aide à la régulation :**

### **4.2.1 Le questionnaire**

Ce questionnaire correspond à une fiche d'examen préliminaire (Annexe). De nombreux auteurs s'accordent à dire que son utilisation augmente l'efficacité de la régulation (3,5,11,13,14).

L'objectif est de simplifier cette tâche pour l'assistante, elle pourra poser les bonnes questions en s'appuyant sur cet outil afin de répondre au mieux à la demande du patient.

De nombreux exemplaires existent déjà, l'important étant d'y faire apparaître les éléments suivants :

- Les coordonnées du patient
- Le motif de l'appel,
- La symptomatologie, notamment la localisation, le facteur déclenchant, le moment d'apparition, ainsi que l'évolution,
- Le degré de stress du patient,
- Son état de santé général.

Dans certains documents, on retrouve la notion d'urgence interne ou externe permettant de faire la distinction entre les patients suivis par le cabinet et les autres. Pour Bonnafous (11), un patient suivi par le cabinet doit être pris en charge rapidement car il peut le percevoir comme un échec de soin.

**Exemple :** script d' E.BINHAS (15) : lorsqu'un patient habituel appel pour une urgence douloureuse

L'assistante : « Bonjour, cabinet du Dr X, que puis-je faire pour vous ? »

La patiente : « Bonjour, Caroline Martin à l'appareil. »

L'assistante : « Bonjour, madame Martin, c'est Monique à l'appareil, comment allez-vous ? »

La patiente : « Oh, pas très fort aujourd'hui, j'ai un terrible mal de dents et j'aimerais venir le plus vite possible. »

L'assistante : « Je suis vraiment navrée d'entendre que cela ne va pas, madame Martin. Vous savez, nous faisons toujours au mieux en cas d'urgence. Décrivez-moi à quel niveau se situe la douleur ? »

La patiente : « C'est une dent du fond, en haut, à droite. »

L'assistante : « Pour vous soigner au mieux, j'ai besoin de quelques renseignements complémentaires. »

*A l'aide du questionnaire, l'assistante recueille les informations.*

L'assistante : « Avez-vous mal au chaud madame Martin ? »

La patiente : « Oui, absolument, je n'ai pas pu prendre mon café ce matin. »

L'assistante : « Avez-vous des sensibilités au froid ? »

La patiente : « ... »

L'assistante poursuit le questionnaire en remplissant la fiche de régulation et finit par : « Y a-t'il d'autres éléments qui pourraient nous aider à mieux vous soigner ? »

La patiente : « ... »

L'assistante : « Je suis sûre que le Dr X fera tout son possible pour vous prendre très rapidement. Nous pouvons vous proposer un créneau à 10h, cela vous conviendrait-il ? »

La patiente : « Je serai à votre cabinet à 10h, merci de me prendre aussi rapidement. »

#### 4.2.2 Algorithme de gestion de l'urgence par téléphone

Présenté par Y. BOUCHER (3) et issu des recommandations du département exécutif de santé écossais publié en 2003, cet algorithme permet d'orienter les patients en rationalisant la conduite à tenir. Le principe est de poser des questions précises et courtes auxquelles le patient devra répondre par « oui », « non » ou une réponse simple.

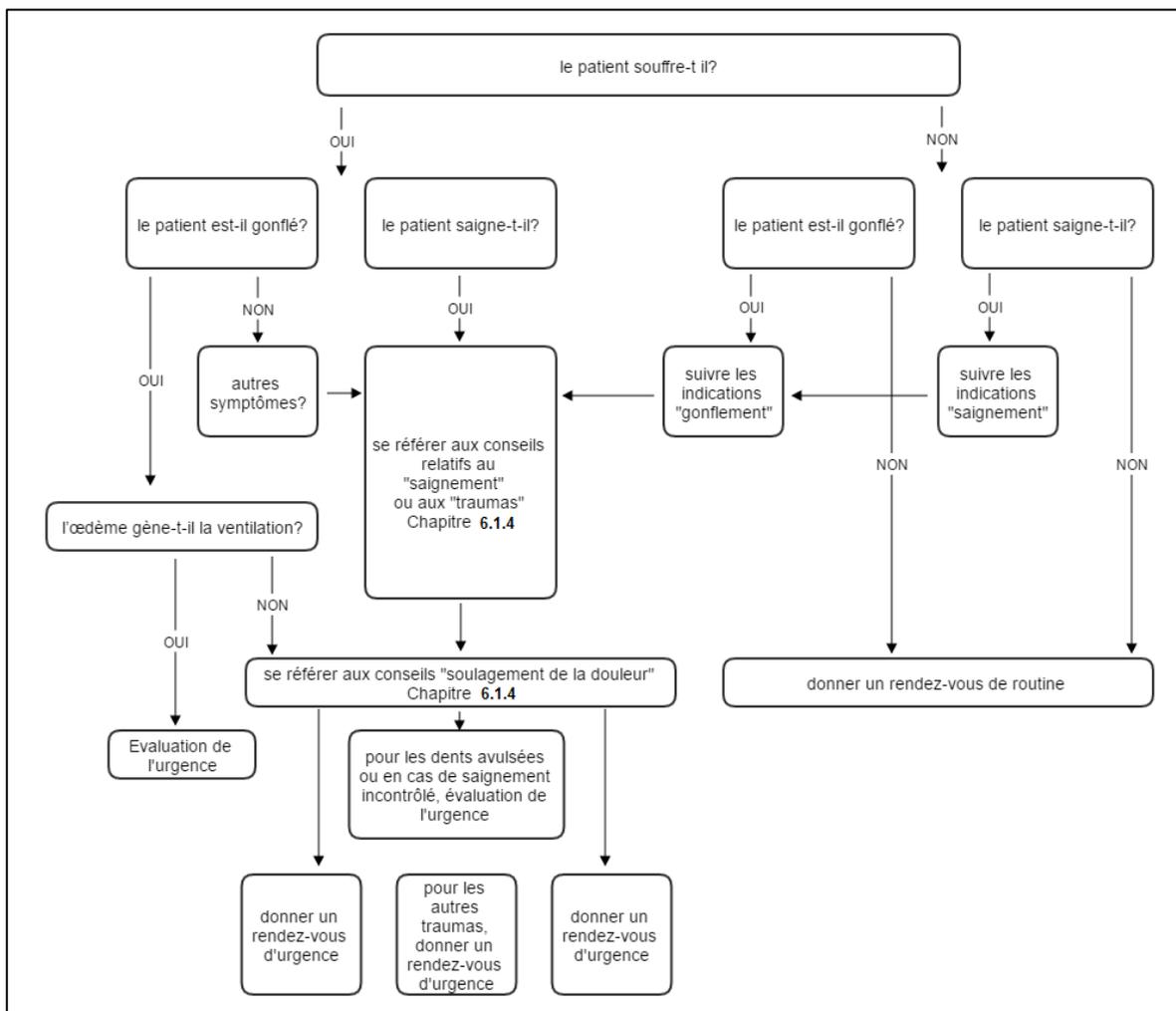


Figure 1: Algorithme de l'urgence par téléphone Y. BOUCHER (3)

On observe la nécessité de conseiller le patient selon la situation que nous évoquerons au chapitre 6.1

### 4.3 Attitude de l'équipe soignante à l'égard du patient



*Figure 2: Illustration d'une secrétaire souriante, disponible et à l'écoute du patient*

Bien entendu, le soigné attend de l'équipe soignante un comportement exemplaire dans toutes les situations, mais en particulier lorsqu'il contacte le cabinet en urgence.

En effet, le patient peut être angoissé car les soins dentaires ne sont pas très agréables. Pour un simple contrôle, il peut se sentir mal à l'aise. Il aura tendance à repousser les soins, de crainte qu'ils soient conséquents, notamment lorsque la date du contrôle est dépassée. Cette négligence l'amène le plus souvent à culpabiliser.

Dans le cadre de la régulation, l'assistante doit respecter plusieurs principes qui conditionnent la future relation entre l'équipe soignante et le soigné :

- Laisser le patient exprimer clairement ses attentes, l'écouter sans lui couper la parole,
- Ne pas minimiser ses plaintes, et prendre en considération même les petits problèmes,
- Ne pas juger et éviter de renforcer son sentiment de culpabilité,

- sourire (7), cela s'entend au téléphone et contribue à diminuer l'anxiété du patient. Bien sûr, la gaieté initiale de la conversation ne devra pas se prolonger automatiquement et prendre le dessus sur le sérieux de la situation, notamment en cas d'urgence induisant douleur ou inquiétude.

A la fin de l'échange, deux solutions sont possibles (13), donner un rendez-vous ou orienter le patient, soit vers un confrère en cas d'indisponibilité, soit vers un médecin si l'emploi d'un analgésique majeur est nécessaire.

**Exemple** : deux scénarii de régulation téléphonique (11)

**1<sup>ère</sup> situation :**

Patient : On va appeler le Dr X au 0797130908.

*Après une troisième tentative, il arrive enfin à obtenir la ligne. Le téléphone sonne sept à huit fois puis, enfin, quelqu'un décroche.*

Secrétaire : « Bonjour, ne quittez pas ! »

Patient : « ... »

*A ce moment-là le patient entend un bruit de fond, des voix et des rires...*

Patient : « ...Allô ?...Allô... Il y a quelqu'un ? »

*Après un long moment.*

Secrétaire : « Allô, oui ! »

Patient : « ...Ah...Enfin ! C'est vraiment très difficile de vous joindre, madame ! »

Secrétaire : « Eh oui, on est très occupé ici monsieur ! » (Ton relativement sec et montrant son étonnement au sujet de cette remarque)

Patient : « Pourrais-je avoir un rendez-vous le plus rapidement possible, s'il vous plaît madame ? » (Un petit peu d'anxiété perce dans la voix)

Secrétaire : « Oh là ! ... Cela va être très difficile, nous n'avons plus de place disponible avant trois semaines ! »

Patient : « Pas plus tôt ? » (Grand étonnement et agacement)

Secrétaire : « Non ! » (Ton toujours aussi sec)

Patient : « Mais madame, comment je fais ? Je souffre énormément depuis une semaine ! »

Secrétaire : « Mais monsieur, je n'y suis pour rien. Il fallait venir plus tôt ! »

Patient : « Je ne peux pas rester comme cela ! »

Secrétaire : « Je n'y peux rien, voyez avec un de nos confrères. »

Patient : « Alors au revoir madame. »

**2<sup>ème</sup> situation :**

Patient : On va appeler le Dr X au 0797130908.

*Après la quatrième sonnerie, la secrétaire décroche.*

Secrétaire : « Bonjour, bienvenu au cabinet du Dr X, mon nom est Vanessa, que puis-je faire pour vous ? » (Ton calme et voix douce)

Patient : « Je souhaiterais avoir un rendez-vous le plus rapidement possible s'il vous plaît. »  
(Demande faite très poliment mais avec quelques notes d'anxiété dans la voix)

Secrétaire : « Entendu, monsieur, quels sont vos jours et heures de préférences ? »

Patient : « Demain, à n'importe quelle heure, j'ai très mal ! »

Secrétaire : « Hélas, monsieur, le premier rendez-vous de libre n'est pas avant trois semaines ! » (La secrétaire est alors désolée et cela s'entend) « Mais ne vous inquiétez pas, je peux tout de même prendre vos coordonnées et si le moindre rendez-vous se libère nous vous rappellerons immédiatement. »

Patient : « Voici, alors je suis Henri Dupont et je suis joignable au 0967676767. »

Secrétaire : « Entendu monsieur Dupont, c'est bien noté et je prévient immédiatement le Dr X qu'il s'agit d'une urgence. »

Patient : « Merci beaucoup mademoiselle ! Cela fait quatre jours que je souffre... »

Secrétaire : « J'ai bien compris monsieur Dupont, nous vous rappellerons dans la journée. »

Patient : « Au revoir et merci encore, mademoiselle. »

Secrétaire : « Au revoir monsieur Dupont et à bientôt. »

On observe dans la première situation que le patient est agacé ce qui accroît son anxiété. Il y a peu de chance qu'il s'adresse de nouveau à ce cabinet, contrairement au cas suivant, où le patient se sent écouté et rassuré. Il est impératif de rester calme et courtois.

Dans la deuxième situation, on remarque l'intérêt de présenter la structure et de se présenter lorsqu'on accueille le patient. De même, on personnalisera la conversation en s'adressant au patient par son nom de famille dès qu'il est connu.

La régulation des consultations non programmées permet de prendre en charge le patient dès qu'il contacte le cabinet, le plus souvent par téléphone. La personne chargée de la régulation identifie la demande et peut s'aider d'un questionnaire pour accomplir cette tâche. De même, l'algorithme de gestion des urgences par Y.BOUCHER est un outil simple d'utilisation afin d'orienter les patients correctement. Lors de cet échange avec le patient, le personnel soignant doit être aimable, courtois et formé pour être à l'écoute et savoir le rassurer.

## **5 Prise en charge des consultations non programmées**

Lorsque le patient formule une demande de consultation non programmée, il existe différentes possibilités de prise en charge, allant du simple conseil par téléphone à la nécessité d'ausculter le patient dans les plus brefs délais.

### **5.1 Différentes possibilités de prise en charge : recommandations**

Ces recommandations sont celles évoquées au chapitre 4.2.2 du département exécutif de santé écossais relayées par Y.BOUCHER en 2007 (3). Elles permettent de faire la distinction entre les soins extrêmement urgents, les soins urgents, et ceux qui peuvent être pris en charge par des conseils.

#### **5.1.1 Soins extrêmement urgents**

Ils nécessitent l'intervention du chirurgien-dentiste dans les plus brefs délais mais correspondent à moins de 1 % des appels. Dans quelques cas, il sera peut-être nécessaire d'adresser le patient à un service hospitalier (par exemple en cas de cellulite diffuse).

La prise en charge doit se faire dans les quelques heures qui suivent l'appel pour les situations suivantes :

- Traumatismes entraînant des blessures et lacérations oro-faciales importantes et les dommages alvéolo-dentaires,
- Tuméfactions oro-faciales importantes et s'aggravant,
- Saignements post-chirurgicaux que le patient ne peut gérer lui-même,
- Conditions dentaires qui ont des répercussions sur l'état de santé général (apparition d'un état fébrile...),
- Apparition d'un trismus sévère,
- Conditions médicales aggravées par des problèmes dentaires comme par exemple le diabète.

### **5.1.2 Soins urgents**

Ils correspondent à 75 % des appels. La prise en charge se fait par le chirurgien-dentiste dans un délai de 24 heures pour les situations pathologiques suivantes :

- Infections dentaires et des tissus mous sans répercussions sur l'état de santé général,
- Douleurs dentaires et oro-faciales non contrôlées par des conseils et non soulagées par des antalgiques de palier I.

### **5.1.3 Conseils et autogestion**

Ils représentent 25 % des appels et permettent une prise en charge immédiate du patient. Le fait de le rassurer et l'informer est toujours bénéfique, peu importe la situation. Il peut contrôler lui-même le problème à l'aide de nos conseils dans les situations suivantes :

- Saignements post-extractionnels ou post-chirurgicaux,
- Traumas dentaires mineurs,
- Douleurs dentaires ne requérant pas une intervention immédiate grâce aux antalgiques de palier I,
- Perte ou descellement de couronnes ou d'élément prothétique, fracture ou perte d'appareils amovibles,
- Tenons fracturés,
- Fracture ou perte d'obturation,
- Traitements habituellement réalisés dans le cadre d'un soin dentaire de routine.

Si besoin, un rendez-vous est fixé sous 7 jours en cabinet dentaire.

### **5.1.4 Liste de conseils en cas de saignements, de traumatisme ou de douleur.**

- Les saignements post-opératoires :

Dans la semaine qui suit une chirurgie buccale, le patient peut se plaindre de saignements. Dans les cas où la coagulation n'est pas altérée par une médication ou une pathologie, des mesures locales peuvent suffire à contrôler le saignement.

Après l'intervention ou par téléphone si nécessaire, nous pouvons indiquer au patient les conseils suivants :

- La présence de sang dans la salive après l'opération est normale,
- Humidifier une compresse, la placer sur l'alvéole et serrer fortement pendant 20 minutes et renouveler si nécessaire (en cas d'absence des dents antagonistes serrer à la main),
- Rester calme et en position verticale autant que possible,
- Ne pas fumer, ni boire d'alcool,
- Ne pas toucher l'alvéole, ne pas cracher pour maintenir le caillot en place et favoriser la cicatrisation,
- Si le saignement persiste, recontacter le cabinet dentaire.

- Les traumatismes faciaux et dentaires :

En fonction du choc subit, les patients peuvent avoir des dents cassées ou expulsées nécessitant quelques conseils pour une bonne prise en charge :

- Pour une dent fracturée sans exposition dentinaire, il n'y a pas de réelle urgence mais un rendez-vous doit être donné pour réhabiliter l'esthétique et la gêne fonctionnelle,
- S'il y a exposition dentinaire, un rendez-vous urgent doit-être donné pour éviter une agression pulpaire supplémentaire,
- Si une dent temporaire est expulsée, elle ne doit pas être repositionnée, un rendez-vous dans la semaine est nécessaire pour estimer les conséquences potentielles sur les dents définitives ; en attendant, un traitement antalgique est mis en place si besoin,

- Si une dent permanente est expulsée, le patient doit voir un dentiste immédiatement ; le succès de la réimplantation dépend du temps que la dent passe hors de l'alvéole et dans quelles conditions (résultat optimum pour un temps inférieur à 30 minutes),
- Si la dent permanente ne peut être réimplantée dans les plus bref délais, elle sera conservée dans du lait ou du sérum physiologique pour être réimplantée dans les 24 heures ; la racine ne doit pas être touchée lorsque la dent est manipulée, pour préserver les cellules desmodontales et augmenter les chances de succès.

- La douleur

Les patients en attente de soins urgents ou très urgents ont souvent besoin de recommandations pour gérer leur douleur. Il est important de rappeler que, seul un professionnel de santé peut donner ses informations, notamment concernant la posologie à respecter.

Pour évaluer la douleur, on peut s'aider de l'échelle numérique (E.N) qui s'étend de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable).

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

*Figure 3: Echelle Numérique E.N (16)*

C'est un outil d'auto-évaluation. On utilisera plus facilement cette échelle par téléphone, le patient évaluant lui-même la douleur au moment où il appelle mais également au cours des dernières 24 heures.

Pour guider le prescripteur, l'Organisation Mondiale de la Santé a classé les antalgiques selon une échelle hiérarchisée en trois paliers successifs. Il est admis que l'on change de palier lorsqu'une antalgie suffisante n'a pas été obtenue.

Les analgésiques du palier I, parfois appelés « analgésiques périphériques » ou « non opioïdes », ont la puissance antalgique la plus faible. Sont concernées les douleurs de faible intensité (douleurs légères à modérées : échelle numérique de la douleur de 1 à 3). Les principales molécules prescrites sont le Paracétamol et un Anti Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS), l'Ibuprofène. Bien que ces molécules soient accessibles par le patient sans prescription, il conviendra de les conseiller avec discernement en respectant les indications. En particulier, il est important d'éviter la prescription d'AINS chez les patients présentant des signes d'infection aigue.

Les analgésiques du palier II sont dits « centraux » ou « opioïdes faibles », car ils sont actifs sur la perception de la douleur au niveau cérébral. Ces antalgiques sont utilisés en seconde intention, pour traiter des douleurs persistantes, intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau I (douleurs modérées à sévères : échelle numérique de la douleur de 4 à 7). Ils sont utilisés seuls (par exemple le Tramadol), ou en association avec les analgésiques de palier I (par exemple Codéine-Paracétamol ou Tramadol-Paracétamol).

Les analgésiques du palier III correspondent « aux opioïdes forts ». Ils sont utilisés en troisième intention (douleurs intenses : échelle numérique de la douleur égale ou supérieure à 7). En odontologie, l'emploi de ces molécules reste limité en pratique quotidienne et sont prescrites uniquement sur ordonnance sécurisée.

palier OMS	Traitement	posologie chez l'adulte
I (antalgiques non opioïdes)	Paracétamol	1g toutes les 6 heures, max 4g/jour
	Ibuprofène (AINS)	400mg 3 fois par jour, au cours des repas, max 1,2g/jour
II (opioïdes faibles associés ou non à des antalgiques de palier I)	Paracétamol + Codéine	1g Paracétamol + 60mg Codéine toutes les 6 heures
	Paracétamol+ Tramadol	1g Paracétamol + 50-100mg Tramadol, toutes les 6 heures
III (opioïdes forts associés ou non à des co-antalgiques)	Morphiniques	Buprénorphine 0,2mg en sublingual 3fois/jour max

*Figure 4 : Analgésiques les plus utilisés en odontologie selon les paliers définis par l'OMS.(17)*

Lorsqu'un chirurgien-dentiste réalise une prescription, il est essentiel de vérifier l'absence de contre-indication liée à l'état de santé général du patient et aux traitements médicamenteux qu'il suit.

## **5.2 Déroulement d'une consultation non programmée**

Lorsque cela est nécessaire, l'assistante donne un rendez-vous au patient afin qu'il soit reçu en consultation par le chirurgien-dentiste.

Cette consultation débute toujours par une anamnèse. Le praticien questionne le patient sur son état de santé général et complète le dossier médical afin de connaître ses antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que ses traitements médicamenteux. Le patient expose librement le ou les motifs qui l'amènent à consulter de cette façon.

Le chirurgien-dentiste pratique ensuite un examen exobuccal puis endobuccal comprenant les muqueuses et les dents. Il peut être amené à utiliser des examens complémentaires tels qu'une radiographie rétro alvéolaire ou un orthopantomogramme, afin de poser un diagnostic positif, étiologique et différentiel précis.

Le praticien expose ces résultats au patient, lui explique les pronostics possibles et le traitement qu'il peut lui proposer dans l'immédiat afin de répondre au(x) motif(s) de la consultation et obtenir son consentement éclairé. Bien souvent le traitement réalisé est provisoire et nécessite une autre séance afin de répondre définitivement à la demande du patient.

La douleur étant l'une des principales raisons amenant le patient à consulter, il est impératif de tout faire pour la soulager. Dans un premier temps, le soignant lui proposera d'évaluer l'intensité de la douleur à l'aide de L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) (16) à l'aide d'une réglette double face, une pour le patient l'autre pour le praticien. Contrairement à l'échelle numérique, le patient n'est pas influencé par les chiffres. Il indique sur une ligne continue à l'aide du curseur à quel niveau se situe sa douleur. A chaque extrémité est écrit quelle douleur cela représente, au début "absence de douleur", à la fin "douleur maximale imaginable". En fonction de la position du curseur, le praticien peut lire à quelle valeur numérique cela correspond sur l'autre face de la réglette, afin d'adapter sa thérapeutique.

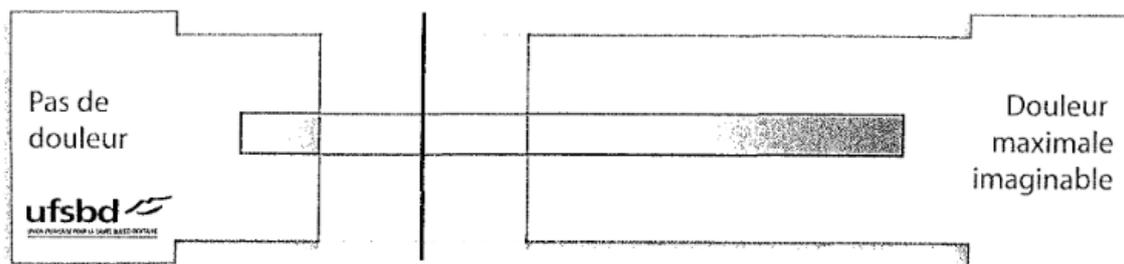


Figure 5: Face d'une Echelle Visuelle Analogique présentée au patient. (16)

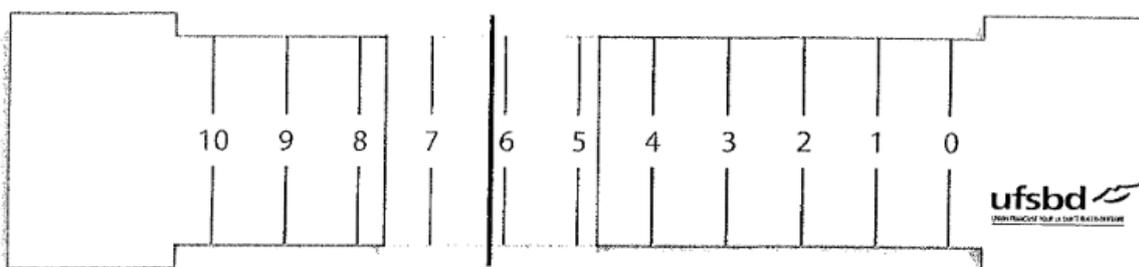


Figure 6: Face d'une Echelle Visuelle Analogique réservée au praticien. (16)

Pour pouvoir soulager le patient dans un premier temps, après diagnostic, le chirurgien-dentiste peut être amené à réaliser une anesthésie locale ou loco-régionale (18). Cependant, la crainte de la piqûre peut constituer un frein au déroulement des soins chez certaines personnes. Le praticien peut utiliser un anesthésique de contact de type Xilocaïne® visqueuse afin d'abaisser la sensation algique lors de l'infiltration. Le praticien réalise l'infiltration de manière douce, délicate et techniquement maîtrisée, afin de diminuer au maximum la sensation douloureuse et de ne pas augmenter l'anxiété du patient.

Lorsque l'analgésie est efficace, le soignant réalise le traitement temporaire, afin de soulager le patient jusqu'à la séance suivante où un traitement définitif sera mis en œuvre. Si le patient reçu en consultation non programmée est suivi habituellement par un confrère, le praticien doit assurer son suivi en lui transmettant les examens et soins réalisés.

Les actes réalisés peuvent être complétés si besoin d'une prescription médicamenteuse.

La prise en charge des consultations non programmées est spécifique à chaque demande. Les patients nécessitant des soins « extrêmement urgents » doivent être vus en quelques heures, tandis qu'ils peuvent être reçus dans la journée pour des soins « urgents ».

Cependant ces consultations étant non programmées, cela s'effectue dans un temps très limité, pouvant impacter l'organisation du cabinet.

## **6 Organisation de la prise en charge en pratique libérale**

En pratique libérale, le dentiste n'est pas seulement soignant, il est aussi responsable d'une structure dont la gestion des finances et du personnel l'apparente à un chef d'entreprise.

Un cabinet dentaire fonctionne la plupart du temps selon un agenda de rendez-vous. Les consultations sont majoritairement programmées à l'avance selon les disponibilités du praticien et du patient. Améliorer leur agencement doit permettre de répondre favorablement aux demandes de consultations non programmées dans les meilleurs délais, sans pénaliser les patients ayant pris rendez-vous. (11,14,15)

Plusieurs livres et formations en gestion existent : Pierre BRASSARD avec IDO-Santé, Edmond BINHAS, Robert MACCARIO avec efficience-dentaire, ou d'autres professionnels indépendants appelés « coach ». Certains éléments s'avèrent utiles à la gestion du cabinet. Cependant, il est important de toujours garder un œil critique : notre devoir d'humanité doit rester la priorité.

## **6.1 Créneaux réservés**

Selon E.BINHAS, « il y a toujours des urgences, une bonne planification doit les prévoir ». Pour éviter de mettre en péril le planning, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il est impératif de prévoir des créneaux journaliers. (3,11,14,15) En effet, les consultations non programmées font parties de la vie quotidienne du cabinet dentaire. Certains proposent de prévoir une plage horaire en fin de matinée et une en fin de journée. D'autres conseillent d'organiser une rotation de ces créneaux entre les différents praticiens d'un cabinet de groupe afin d'augmenter leurs disponibilités. Les créneaux réservés doivent être disponibles le jour même afin de maximiser leur utilité.

De plus, le nombre de ces demandes varient en fonction des jours de la semaine, on constate souvent qu'elles sont plus nombreuses le lundi matin et le vendredi après-midi, que le reste de la semaine. Il peut être judicieux d'y prévoir une plage supplémentaire (3).

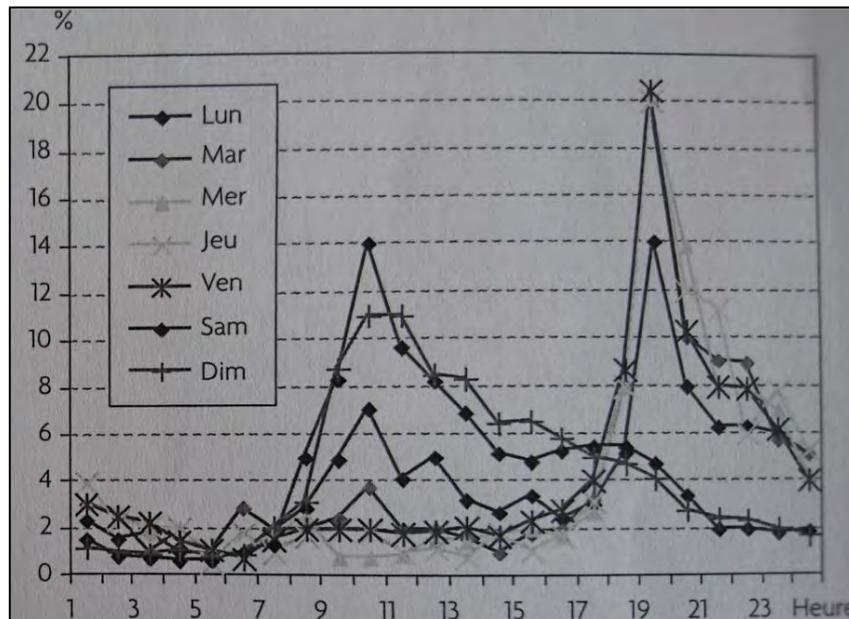


Figure 7: Nombres d'appels par tranche horaire (3)

Lorsque ces créneaux sont occupés ou que le patient est indisponible aux horaires proposés, d'autres solutions permettent de libérer de l'espace dans l'agenda.

## 6.2 Regrouper les actes sous forme de rendez-vous long.

Augmenter la durée des rendez-vous permet de regrouper des actes qui seraient classiquement réalisés en plusieurs séances tout en ayant une approche globale du patient. Un rendez-vous est dit "long" lorsqu'il dure plus de 90 minutes, "court" lorsqu'il dure moins de 30 minutes, et "moyen" entre 30 et 90 minutes. Outre les intérêts sur le plan clinique, économique, et social (19) qui ne sont pas l'objet de cette thèse, l'emploi des rendez-vous longs permet de diminuer le nombre de rendez-vous et le temps consacré à un même plan de traitement, par conséquent de libérer de l'espace dans l'agenda.

En effet, pour chaque patient que l'on reçoit et à chaque rendez-vous, il faut préparer le fauteuil, accueillir le patient, se laver les mains, poser le champ,

anesthésier ; puis à la fin du rendez-vous, il faut ranger les instruments, nettoyer le fauteuil, remplir le dossier, et fixer le prochain rendez-vous. En tout, 10 à 15 minutes par rendez-vous sont consacrées à l'accueil du patient. Elles sont incontournables, personne n'apprécierait d'être accueilli en 30 secondes et d'être précipité sur le fauteuil afin d'être soigné. Ces 15 minutes correspondent à la moitié d'un rendez-vous de 30 minutes, il ne reste donc que la moitié du temps au praticien pour réaliser le soin. Pour un rendez-vous de 90 minutes, qui correspondrait classiquement à trois rendez-vous de 30 minutes, ce n'est pas 45 minutes consacrées à l'accueil du patient mais seulement 15. Cela représente donc un intérêt considérable.

Pour insérer facilement ces rendez-vous longs dans le planning, il suffit de comprendre la métaphore du seau de cailloux : dans un seau, si nous commençons par le remplir avec des petits cailloux puis des moyens, les gros ne pourront pas rentrer. Or, si nous commençons d'abord par les gros, les moyens se glisseront entre, puis les petits. De la même façon, les "longs" rendez-vous seront insérés en premier dans l'agenda, en tenant compte du biorythme de chaque praticien, puis les rendez-vous plus courts seront ajoutés.

La durée des plans de traitement étant théoriquement raccourcie, cela diminue le nombre d'urgence interne, notamment pour des pathologies qui n'auraient pas encore été traitées. De plus, on peut facilement comprendre qu'il est plus aisé de raccourcir d'une dizaine de minutes un rendez-vous de 90 minutes qu'un rendez-vous de 30 minutes. Cette modularité permet si besoin d'augmenter ponctuellement la disponibilité du praticien afin de répondre à une demande de consultation non programmée.

### **6.3 Supprimer les rendez-vous d'avance**

Comment pronostiquer le temps nécessaire à un rendez-vous tant que l'on n'a pas terminé le précédent ?

Plusieurs séances données à l'avance pour un même patient contribuent à saturer l'agenda (14). En n'en programmant qu'une seule à la fois, le praticien peut s'adapter. S'il n'a pas le temps de faire ce qu'il souhaitait (dépose d'un inlay-core plus longue que prévue, empreinte à refaire...), il lui suffit d'ajuster la durée du prochain rendez-vous à programmer, en fonction de ce qu'il lui reste à faire. Ceci est difficilement réalisable lorsque tout est déjà inscrit dans le planning.

Ne programmer qu'un seul rendez-vous à la fois ne peut se faire dans de bonnes conditions que si le praticien a pris le temps d'établir un plan de traitement initial. En effet, cette feuille de route qui peut être modifiée, sert de guide à chaque rendez-vous et facilite la programmation du suivant.

Certains praticiens auront crainte du "Syndrome du carnet vide" car il sera facile de convenir d'un rendez-vous à 10 jours. Cependant, ils pourront expérimenter la diminution du stress engendrée par une meilleure disponibilité tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

### **6.4 Impact de la démographie**

Malgré une bonne gestion de l'agenda et un travail efficace, certains cabinets sont confrontés à des problèmes de disponibilité. Lorsque le nombre de patients à gérer est trop important, augmenter les délais contribue à accroître le nombre d'urgences et le taux d'absentéisme.

Le praticien se résoudra peut-être à augmenter son nombre d'heures de travail, pouvant entraîner une fatigue chronique. Cela pourra mener à des dégâts tant au niveau professionnel que personnel et conduire à un burn-out.

Certains auteurs recommandent de limiter le nombre de patients « entrants » (14,15), c'est-à-dire refuser des nouveaux patients lorsque la capacité du cabinet à les prendre en charge est dépassée, et de laisser au Ministère de la Santé la responsabilité de la bonne répartition territoriale des chirurgiens-dentistes. Néanmoins, il est difficile de mettre cette pratique en œuvre sans se poser des questions d'un point de vue éthique et légal lorsque l'on travaille « au service de l'individu » et que l'on se doit « d'assurer la continuité des soins » (4).

En réalité, ce surplus de patient ne doit être géré qu'en améliorant la démographie médicale. A son échelle, le chirurgien-dentiste peut tenter de développer son cabinet et recruter de nouveaux confrères. Cependant, certains territoires sont souvent considérés par les jeunes générations comme peu attrayants.

Le problème de la répartition territoriale des professionnels de santé y compris des chirurgiens-dentistes est un enjeu essentiel de santé publique comme le démontre l'état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes publié en décembre 2013 par l'ONDPS (Observatoire Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé) (20). De plus, ce document met en valeur qu'il n'existe pas d'études révélant les besoins en soins bucco-dentaires. Il n'est pas possible de dire qu'actuellement l'offre de soins n'est pas en adéquation avec les besoins en soins (non pas qu'elle ne le soit pas, mais qu'il est impossible de le dire par manque de données).

## **7 Etude qualitative pilote sur l'organisation des rendez-vous non programmés en pratique libérale**

### **7.1 Introduction**

95% des praticiens en chirurgie dentaire exercent en statut libéral. Ce statut de professionnel indépendant associe couramment le cabinet dentaire à une entreprise. Pour mener à bien ces tâches, le chirurgien-dentiste organise le fonctionnement de son cabinet en fonction des objectifs qu'il se fixe, tout en respectant le code de la Santé Publique.

Généralement, la journée type du praticien est inscrite dans un planning. Elle est rythmée par une succession de consultations programmées à l'avance en fonction de ses disponibilités et de celles de ses patients.

Néanmoins, comme tous professionnels de santé, le chirurgien-dentiste est confronté quotidiennement à des demandes de consultations non programmées, par des patients qui souhaitent être reçus dans les meilleurs délais. Ces requêtes peuvent être considérées comme des éléments perturbateurs visant à désorganiser le planning.

L'objectif de ce travail est de répertorier les différentes organisations possibles pour la prise en charge des consultations non programmées, sans prétendre cependant à l'exhaustivité dans le cadre de cette exploration pilote.

## 7.2 Matériel et méthodes

Cette étude qualitative concerne uniquement les chirurgiens-dentistes ayant une pratique libérale, les autres praticiens étant exclus de la population étudiée. Nous avons choisi de contacter seulement les omnipraticiens.

La méthodologie s'appuie sur différents critères :

- L'entretien se fait individuellement avec chaque dentiste de visu ou par téléphone,
- La première approche consiste à demander au praticien "quelle est votre organisation actuelle pour la prise en charge des rendez-vous non programmés au sein de votre cabinet libéral ?"
- L'objectif principal est de laisser le praticien s'exprimer pour obtenir une réponse la plus libre possible,
- Si le praticien s'éloigne du sujet, quelques orientations lui seront données pour connaître :
  - o La présence d'un système de régulation,
  - o S'il fait une distinction entre une urgence « vraie » ou « de confort », et sur quelles bases réalise-t-il cette distinction,
  - o Quels sont les problèmes qu'il rencontre dans son organisation actuelle,
  - o Ce qu'il aimerait changer,
  - o Et quelles sont les raisons qui l'empêchent de réaliser ces changements.

Pour cette thèse, nous avons aussi choisi de nous concentrer uniquement sur la Haute-Garonne. Il est essentiel de remarquer que l'état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes publié en décembre 2013 par l'ONDPS



La Haute-Garonne est considérée comme un département fortement doté en chirurgiens-dentistes. Certaines zones du département, notamment les grandes villes comme Toulouse, Muret, Saint Gaudens ont une forte densité de praticiens. Le nombre d'habitants par soignant y est compris entre 600 et 1000. A l'opposé, certains secteurs plus isolés, en milieu rural principalement, sont marqués par une mauvaise couverture des besoins en soin. Le nombre d'habitants par praticien y est supérieur à 2000, voire 2500 dans certains territoires.

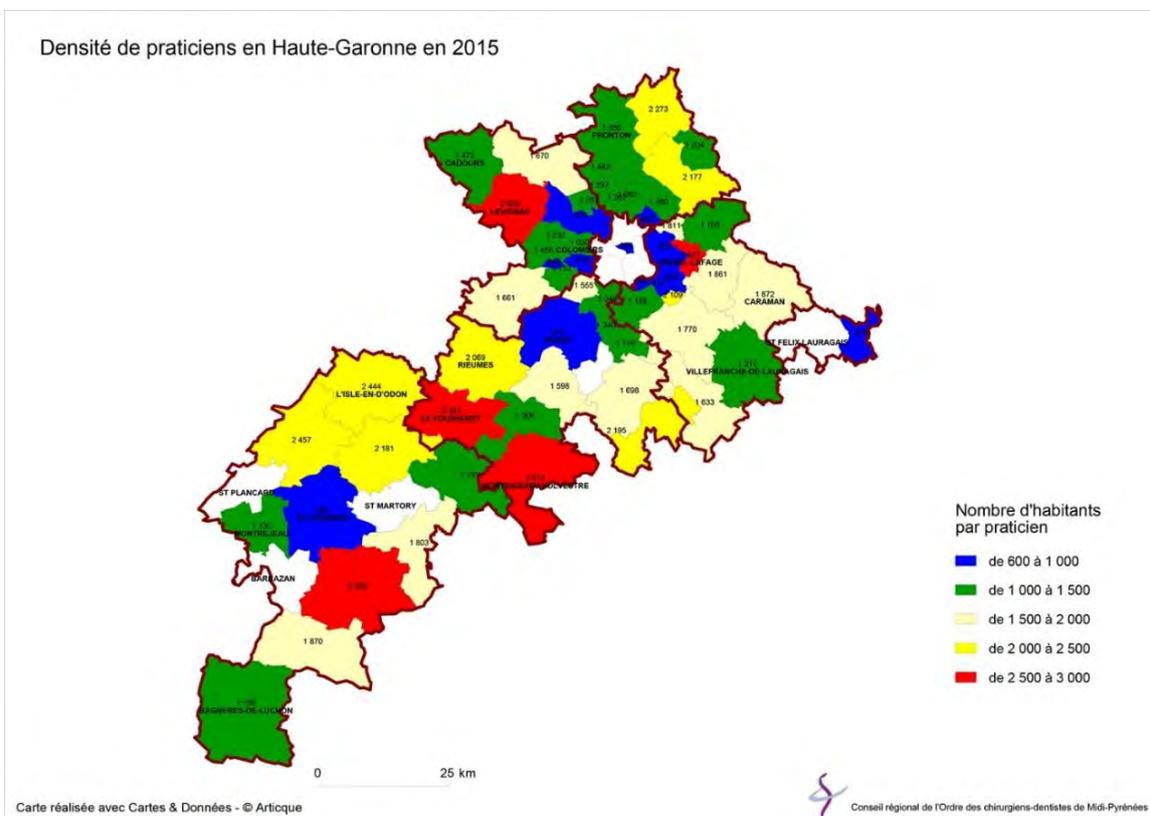


Figure 9: Densité des praticiens en Haute-Garonne en 2015 (22)

Dans cette étude, nous avons principalement contacté les praticiens des zones faiblement dotées, pour prendre en compte l'impact lié à la démographie sur l'organisation du cabinet dentaire et la prise en charge des consultations non programmées.

## **7.3 Résultats et discussion**

Au cours de cette étude pilote, 12 chirurgiens-dentistes ont accepté de décrire leur organisation des consultations non programmées. La moitié travaille seul, l'autre moitié dans un cabinet de groupe. 10 de ces praticiens emploient une secrétaire ou une assistante.

### **7.3.1 Délai d'attente pour les consultations non programmées et notion de tri**

Le délai d'attente varie en fonction de la demande. Pour l'ensemble des praticiens, lorsqu'il s'agit d'une urgence douloureuse ou d'un abcès, le patient est reçu dans la journée, qu'un créneau soit disponible ou non. On observe deux comportements différents en cas d'incapacité à libérer du temps dans le planning initial :

- Soit le praticien augmente la durée de sa journée de travail, en commençant par diminuer voire supprimer sa pause déjeuner, puis en repoussant la fin de sa journée,
- Soit il oriente le patient vers un confrère.

La deuxième solution peut être envisagée si le praticien est entouré de confrères à proximité. Dans les zones de désert médical, c'est la première qui s'applique le plus souvent.

Pour les urgences dites esthétiques, elles sont également considérées en priorité et prise en charge dans la journée, au plus tard le lendemain. Les autres urgences dites de « confort » ne sont pas reçues de la même façon par l'ensemble des praticiens :

- La majorité des soignants programme le rendez-vous à la semaine suivante voire deux semaines après,
- Quelques-uns donnent un rendez-vous le lendemain voire dans les 2 ou 3 jours maximum.

Certains utilisent une liste d'attente lorsque les délais sont trop importants, et contacte le patient dès qu'une annulation se présente. L'inconvénient majeur de cette liste est le risque que les demandes de rendez-vous non programmées s'accumulent, sans possibilité rapide de prise en charge.

Certains praticiens font également une distinction entre les urgences « internes » correspondant aux patients suivis par le cabinet et les autres dites « externes ». Les premières sont souvent vues en priorité, les autres peuvent être soit vues dans les semaines suivant la demande, soit orientées vers un confrère quand cela est possible.

Concernant les patients reçus en urgence mais qui ne viendraient pas au rendez-vous suivant, l'ensemble des praticiens accordent une « seconde chance ». La plupart donneront un autre rendez-vous non programmé. Un des praticiens préfère programmer un autre rendez-vous, car pour lui ce n'est plus une situation urgente mais une « négligence » du patient. La majorité des praticiens refusent ces demandes si elles se présentent une troisième fois.

Le tri s'effectue donc principalement vis-à-vis des patients qui ne sont pas respectueux du contrat de soin.

### **7.3.2 Durée d'une consultation non programmée et régulation**

La durée d'une consultation non programmée varie. Lorsqu'une dent ébréchée blesse les muqueuses ou qu'un appareil amovible gêne le patient, 10

minutes peuvent suffire à réaliser un simple polissage, alors que 25 à 30 minutes seront nécessaires lorsqu'il s'agit par exemple de resceller une couronne. La plupart du temps, le temps consacré à ces rendez-vous est de 15 minutes. Dans ces délais, seul un soin temporaire est réalisé, ce qui nécessite un autre rendez-vous afin d'envisager un traitement définitif.

Nous pouvons par exemple citer le cas de la pulpite nécessitant une biopulpectomie, le plus souvent seule la pulpotomie est réalisée. Néanmoins, dans ce genre de situation, un des praticiens interrogés a souligné le fait qu'il préférerait réaliser le traitement complet. En effet, le délai d'attente étant supérieur à deux mois dans son cabinet, il ne préfère pas le reporter.

Dans la plupart des cabinets sondés, on note la présence d'une assistante, voire d'une secrétaire dans certains cas. Elles sont généralement chargées de la gestion de l'agenda et de la régulation des consultations non programmées. Elles ne s'aident pas d'un questionnaire écrit lorsque le patient téléphone mais ont l'habitude de le faire oralement. Elles peuvent également écrire quelques notes sous l'intitulé du rendez-vous pour le praticien. Si besoin, elles informent le chirurgien-dentiste de la demande de consultation non programmée afin de vérifier avec lui les conditions de prise en charge. Un des praticiens souhaite être sollicité à chaque demande par sa secrétaire. L'ensemble des assistantes et secrétaires sont formées afin de rassurer le patient dès qu'il contacte le cabinet et sont capables de fournir quelques conseils.

Lorsque le praticien travaille seul, il assure lui-même la régulation des urgences.

### 7.3.3 Utilisation de créneaux réservés

Concernant l'utilisation de créneaux réservés, la réponse est variable. Quelques praticiens préfèrent ne pas planifier de créneaux, et insèrent les consultations non programmées entre deux rendez-vous. Ceci est facilité dans la majorité de ces cabinets par l'utilisation de rendez-vous longs. En effet, cela permet aisément de raccourcir de quelques minutes le rendez-vous précédent et le suivant sans en altérer leur bon déroulement. L'un des praticiens souhaite souligner que les demandes de consultations non programmées sont aléatoires, et qu'il ne peut se permettre de bloquer des créneaux qui ne seraient pas utilisés.

D'autres praticiens essayent de réserver des créneaux mais rencontrent le problème inverse, la plupart des créneaux ne sont pas respectés et sont soit utilisés pour des rendez-vous programmés, soit réservés plusieurs jours avant, et non utilisables le jour-même. Ils sont donc contraints d'insérer ces patients entre deux rendez-vous programmés

Enfin, le reste des chirurgiens-dentistes interrogés préfèrent réserver des créneaux à cet effet. Si la totalité des créneaux est indisponible, ils intercalent également ces demandes entre deux consultations. La durée et le nombre de ces créneaux varient entre les cabinets :

- 45 minutes en fin de matinée, cette plage étant modulable selon la demande car elle précède la pause déjeuner,
- 45 minutes le matin et 45 minutes l'après-midi, pouvant être divisés en 6 créneaux de 15 minutes si besoin,
- 30 minutes le matin et 30 minutes l'après-midi, pouvant être divisés en 4 créneaux de 15 minutes si nécessaire,
- 15 à 20 minutes le matin et 15 à 20 minutes l'après-midi.

Insérer des patients entre deux consultations peut contraindre le praticien à accumuler du retard, et dans certains cas, à devoir reporter des rendez-vous programmés. Cependant, dans un planning aéré, ces conséquences sont minimales.

#### **7.3.4 Regroupement des actes, planification des rendez-vous et délai d'attente.**

Lors de la réalisation du plan de traitement, l'ensemble des praticiens pensent regrouper les actes. Cependant, la majorité d'entre eux programment des rendez-vous inférieurs à une heure, peu travaillent réellement en rendez-vous longs.

La différence majeure que l'on peut observer et qui impacterait le délai d'attente concerne la gestion de l'agenda, et plus précisément la façon dont sont organisés les plans de traitements.

Lorsque le praticien ne planifie qu'un seul rendez-vous à la fois, il décide à la fin de celui-ci quand aura lieu la prochaine consultation et ce qu'il sera fait, selon le plan de traitement établi initialement. Les praticiens qui mettent ceci en pratique ont un agenda aéré, où il est possible de prévoir un rendez-vous dans les deux ou trois semaines à venir.

Lorsque le praticien décide de programmer tous les rendez-vous de plan de traitement à l'avance, l'agenda est dans la majorité des cas saturé. En effet, on observe lors des entretiens que ces praticiens ont un délai d'attente majoritairement supérieur à un mois et très souvent compris entre 2 et 3 mois. Ceci s'explique par plusieurs phénomènes :

- Chaque plan de traitement planifié en intégralité pour chaque patient augmente indéniablement de manière virtuelle les délais d'attente. En

effet on s'aperçoit que si l'on supprime toutes ces consultations d'avance, on peut réduire considérablement ce délai de plusieurs semaines.

- Plus on s'éloigne du présent, plus il est difficile de prévoir exactement la durée de chaque acte, c'est pourquoi le praticien ajoute le plus souvent des séances supplémentaires au plan de traitement initial. Ceci contribue également à saturer l'agenda de la même façon que le point précédent.
- Les patients ayant plusieurs rendez-vous de prévus, peuvent être tentés d'en manquer quelques-uns car ils savent que d'autres sont programmés. Dans d'autres situations, le patient est amené à modifier ces rendez-vous qui ont été prévues plusieurs semaines voire mois auparavant, en fonction de son calendrier personnel. Ceci est difficilement réalisable lorsque l'agenda est encombré.

Quelques praticiens choisissent une méthode mixte, c'est-à-dire qu'il planifie qu'une seule consultation à la fois pour les soins, mais préfèrent programmer tous les rendez-vous lorsqu'il s'agit de prothèse. En effet, ils leur semblent plus simple de n'avoir qu'une semaine de délai entre les différentes étapes prothétiques. Cela faciliterait aussi le travail du prothésiste et les échanges avec celui-ci.

Par exemple, pour une même ville, nous avons rencontrés deux cas opposés où l'on observe une différence notable entre les délais d'attentes :

- Dans le premier, le délai d'attente est supérieur à 2 mois. Les praticiens programment l'ensemble des rendez-vous car ils n'acceptent pas de les espacer de plusieurs semaines pour poursuivre les soins. Ils estiment qu'ils ont trop de patients, qu'il devient difficile de soigner correctement dans ces conditions et cherchent à développer leur activité.

- Dans le second, le praticien a suivi une formation au sujet de l'organisation du cabinet, il pratique le regroupement des actes et ne planifie qu'un seul rendez-vous à la fois. Son délai d'attente est de 15 jours. Il juge correct le nombre de patients qu'il suit. Néanmoins, il remarque que le fait d'avoir pris un collaborateur ne l'a pas soulagé, et qu'il soigne autant de patients qu'avant. Il apprécie particulièrement la flexibilité de sa gestion ce qui lui permet d'avoir plus de temps pour lui et pour suivre des formations.

### **7.3.5 Démographie médicale et nombre de patients**

Comme expliqué dans la partie matériel et méthodes, nous avons majoritairement contacté les praticiens des secteurs moins dotés de la Haute-Garonne.

Deux phénomènes ont pu être observés en fonction de l'éloignement d'un cabinet par rapport à ses confrères.

Nous avons pu remarquer que si un cabinet est installé seul dans un territoire, et relativement éloigné d'autres confrères, il ne limite pas le nombre d'entrée. En effet, il continue d'accepter des nouveaux patients malgré l'encombrement très important de son agenda. La plupart du temps, ces praticiens estiment qu'ils ont trop de patients à gérer, mais qu'ils n'ont pas le choix. Ils refusent de laisser ces patients qui ne peuvent se faire soigner ailleurs. Ils cherchent donc à développer leur activité en prenant un collaborateur ou un associé. Certains praticiens ne limitent pas le nombre d'entrée, dans le sens où ils ne refusent pas de nouveaux patients, mais les étalent dans le temps, pour les gérer plus facilement.

Au contraire, nous avons pu remarquer dans des zones un peu moins sous-dotées où plusieurs cabinets sont présents, que les praticiens peuvent se permettre de « refuser » les nouveaux patients, en dehors des urgences douloureuses ou infectieuses.

Cette pratique est encore plus répandue dans les secteurs correctement dotés, où le praticien peut accepter de nouveaux patients s'il ressent le besoin de développer sa patientèle. A l'inverse, il peut limiter le nombre d'entrée pour faciliter la gestion de son agenda. Cependant, ceci n'est évidemment pas le cas de tous les praticiens. Certains accueillent les patients refusés par d'autres cabinets et peuvent également se retrouver submergés.

#### **7.3.6 Problèmes que rencontrent les praticiens, ce qu'ils aimeraient changer et ce qui les en empêche.**

La réponse la plus fréquente concerne le manque de temps. Les praticiens évoquent les raisons suivantes :

- Dans les zones où la démographie médicale est faible, la plupart des praticiens estiment qu'ils ont trop de patients.
- Certains dénoncent le temps qu'ils doivent consacrer aux tâches administratives, et estiment que celui-ci s'est considérablement accru par rapport au début de leur carrière.
- D'autres ont observé que la demande en soin bucco-dentaire avait évolué. Actuellement, les patients seraient plus sensibilisés à leur santé bucco-dentaire, la demande de soins aurait notablement augmenté. De plus, la population vieillissante nécessiterait plus de soins, et souvent plus de temps pendant les consultations.

- Peu de praticiens remettent en cause leur organisation, quelques-uns aimeraient tout de même que la prise en charge des consultations non programmées soit plus simple.

Concernant ce que les praticiens aimeraient changer, nombre d'entre eux cherchent à développer leur activité en recrutant un collaborateur ou souhaiteraient qu'il y ait plus de praticiens dans leur secteur. Néanmoins, ils sont souvent confrontés à la difficulté de recruter, de même lorsqu'ils voudraient être remplacés. Ils déplorent le fait que ces zones soient délaissées par les jeunes générations.

Certains praticiens ne cherchent pas à modifier leur organisation, même s'ils la considèrent perfectible, soit parce qu'ils sont submergés et ne voient pas d'autres issues possibles que de recruter, soit par routine. D'autres aimeraient pouvoir mieux anticiper les demandes et améliorer également l'ergonomie de leur cabinet.

### **7.3.7 Les limites de cette étude pilote**

Cette étude qualitative essaie d'analyser les pratiques de différents chirurgiens-dentistes. L'objectif était d'observer de quelle manière ils s'organisent pour prendre en charge les consultations non programmées. Cette analyse s'appuie sur des témoignages subjectifs. Le ressenti des praticiens peut être différent pour une situation qui semble similaire. Cela dépend donc des objectifs qu'ils se fixent, ce qui n'a pas été abordé dans nos entretiens.

De plus, certains dentistes étant débordés, la qualité et le temps qu'ils ont consacré à l'entretien ont pu en être affecté.

La population étudiée est relativement restreinte, et pas forcément représentative de l'ensemble de la profession (remarquons que cette limite est inhérente à toutes les études qualitatives qui n'ont pas comme objectif la

représentativité de l'échantillon, mais juste la transférabilité des résultats). On observe tout de même que se sont souvent les mêmes réponses qui reviennent et nous avons d'ailleurs assez rapidement atteint une certaine forme de saturation des données.

Nous avons fait le choix d'interroger prioritairement les praticiens exerçant dans des territoires où le nombre d'habitants par professionnel est relativement élevé. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire dans des zones où la densité de praticien est importante. Cependant, les quelques témoignages recueillis montrent que ces praticiens auraient moins de patients à suivre, donc moins de demande de consultations non programmées à gérer. Il est fort probable qu'ils offriraient par conséquent une meilleure disponibilité et des délais d'attentes relativement courts. Les inconvénients liés à leur organisation sur la prise en charge des rendez-vous non programmés seraient moindre que dans les zones sous-dotées.

De plus, nous avons également choisis de contacter seulement les omnipraticiens. Il serait judicieux de réaliser une enquête similaire auprès de praticiens spécialisés. Il est fort probable que les résultats diffèrent.

Cette étude s'intéresse principalement à la gestion du temps et de l'agenda, problème majeur dans la prise en charge des consultations non programmées. D'autres améliorations dans la gestion du cabinet peuvent être mise en place afin de diminuer la pénibilité de notre profession telles que l'ergonomie, l'utilisation de bacs et cassettes, la mise en place de protocoles. Ces sujets ne sont pas abordés ici car ils ont déjà fait l'objet de nombreuses thèses. (19,23–25)

### 7.3.8 Mon expérience

Jeune praticienne, j'ai eu l'expérience de travailler en tant que remplaçante longue durée, dans un cabinet où exerçaient deux chirurgiens-dentistes associés, accompagnés de deux assistantes. Il se situait dans un « désert médical », le nombre d'habitant par praticien étant de 2800. A mon arrivée, la praticienne que je remplaçais avait un délai d'attente supérieur à deux mois. Elle planifiait tous les rendez-vous à l'avance, et regroupait peu les actes. Pour la gestion des consultations non programmées, elle prévoyait quelques créneaux, et avait une liste d'attente pour les demandes qu'elle ne pouvait recevoir rapidement, faute de disponibilités. Les nouveaux patients étaient programmés successivement.

Cette expérience s'est avérée très enrichissante, et m'a plongé au cœur du problème qu'était la gestion des consultations non programmées.

Soucieuse de son organisation, de son manque de disponibilité et de flexibilité de son agenda, la praticienne a choisi d'améliorer petit à petit la gestion de son planning :

- Augmenter la durée des rendez-vous et regrouper au maximum les actes,
- Ne donner qu'un seul rendez-vous à la fois concernant les soins, mais programmer plusieurs rendez-vous lorsqu'il s'agit de soins prothétiques, pour faciliter le travail avec les prothésistes.
- Conserver des créneaux pour recevoir les demandes de consultations non programmées,
- Limiter le nombre de nouveaux patients dans le temps, en n'acceptant d'en voir qu'un certain nombre par semaine.

Depuis, le délai d'attente est inférieur à un mois, son agenda est plus flexible. Elle peut se permettre de libérer quelques journées pour faire des formations, ce qu'elle arrivait difficilement à faire auparavant. La gestion des consultations non programmées n'est pas toujours évidente car il y a de nombreux patients à soigner, mais la modularité de son agenda lui permet de les prendre en charge plus rapidement.

Elle s'estime relativement satisfaite de cette évolution et cherche par ailleurs à améliorer l'ergonomie de son cabinet afin d'éviter les pertes de temps inutiles.

#### **7.4 Conclusion de l'enquête**

La prise en charge des consultations non programmées est assurée par l'ensemble des praticiens. En fonction de leur organisation, cela affecte plus ou moins leur quotidien.

L'utilisation de créneaux réservés à cet effet ne permet pas toujours de répondre facilement à ces demandes. Cela dépend surtout de la gestion de l'agenda au-delà des consultations non programmées. Un planning aéré, avec des délais d'attentes de quelques semaines, permet une prise en charge rapide de ces consultations et évitent leur accumulation sur une liste d'attente.

Afin de réduire ces délais, le regroupement des actes sous forme de rendez-vous long permet de diminuer considérablement le temps consacré à chaque plan de traitement sans affecter la qualité des soins.

La planification des plans de traitement dans le temps se révèle être un élément essentiel conditionnant le délai d'attente. La suppression des rendez-vous d'avance permet au praticien de le réduire considérablement. Néanmoins, il est important d'avoir pris le temps d'établir un plan de traitement initial.

L'utilisation de ces quelques principes permettrait donc d'améliorer l'organisation du cabinet, ainsi que la prise en charge des consultations non programmées. Ceci serait d'autant plus valable dans les territoires où la densité de praticien est faible. Cependant, cela est indissociable de la gestion du nombre d'entrée. Or, dans ces secteurs, il est difficile de le limiter, voire impossible de refuser ces nouveaux patients. Une des pistes possibles serait de les limiter dans le temps, par exemple, n'accepter qu'un certain nombre de nouveaux patients par semaine. Ceci permettrait d'équilibrer le nombre de patients sortant (ayant finis le plan de traitement) et le nombre de patients entrants. Une des solutions plus favorables à long terme, serait de développer son activité en recrutant un collaborateur ou un associé. Le manque d'attrait pour ces territoires par les jeunes praticiens rend cette tâche difficile et constitue le principal problème, contre lequel des décisions politiques efficaces n'ont pas encore été adoptées.

Les différents points évoqués ci-dessus seraient en partie responsables du manque de temps dénoncé par la majorité des praticiens. Selon eux, le temps consacré aux tâches administratives serait également trop important. De plus, ils estiment que la demande de soins a évolué, par le vieillissement de la population, mais aussi parce que les patients seraient plus sensibles à leur santé bucco-dentaire.

## Conclusion

Ce travail nous a permis d'expliquer ce que sont les consultations non programmées en odontologie, et de rappeler quelles sont les obligations du chirurgien-dentiste face à ces demandes en France.

Nous avons ensuite détaillé les différents motifs de consultation à l'aide de classifications et différencié les urgences « vraies » des urgences de « confort ». La prise en charge de ces requêtes passe avant tout par une régulation efficace. Généralement, l'assistante ou la secrétaire est chargée de cette tâche qui s'effectue le plus souvent par téléphone. Il peut arriver que le praticien lui-même s'en occupe. Cette étape permet donc d'évaluer le degré d'urgence et d'adapter la réponse à apporter, du simple conseil lorsque le patient peut gérer lui-même à la consultation dans l'immédiat pour les situations les plus urgentes, en passant par la programmation d'un rendez-vous pour les demandes intermédiaires.

Par définition, la consultation non programmée est aléatoire et vient souvent perturber un agenda qui lui est planifié à l'avance. En effet, le chirurgien-dentiste est avant tout un soignant mais a aussi, le plus souvent, les responsabilités d'un chef d'entreprise. L'organisation de son cabinet et notamment la prise en charge des consultations non programmées impacte le niveau du service qu'il fournit à ses patients. Cela touche aussi la qualité de l'environnement professionnel dans lequel lui et son personnel évoluent.

Quelques pistes pour améliorer son organisation sont fournies par la littérature et quelques organismes de « coaching » en gestion de cabinet dentaire. Chaque praticien peut donc les mettre en œuvre et les adapter selon ses besoins afin d'améliorer son organisation. Ce travail démontre l'importance d'un agenda

aéré pour une meilleure flexibilité et tranquillité d'esprit. Les délais d'attentes peuvent être réduits considérablement en évitant de programmer plusieurs consultations pour un même patient, ainsi qu'en planifiant des rendez-vous longs. Il ressort finalement que l'important est de « programmer l'improgrammable » en adoptant une organisation flexible.

Cependant, l'impact de la désertification médicale des chirurgiens-dentistes en France reste un problème majeur et croissant. Cela peut limiter la capacité à prendre en charge de nombreux patients dans ces zones géographiques. Certains praticiens n'ont pas le choix et laissent au Ministère de la Santé la responsabilité d'une bonne répartition de la profession sur le territoire.

La prise en charge des consultations non programmées est perfectible. En pratique libérale, l'organisation du cabinet et particulièrement celle de l'agenda, est une des pistes permettant de l'optimiser. Les autres améliorations ne seront possibles qu'avec une action conjointe de la part des pouvoirs publics et de l'ensemble des chirurgiens-dentistes.

Vu, le 03/04/2017

Le directeur de thèse, JN Vergnes

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'JN Vergnes', with a long horizontal stroke extending to the right.

La présidente du jury, Pr C. Nabet

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Pr C. Nabet', with a circular loop at the beginning and a long horizontal stroke extending to the right.

**ANNEXES****Questionnaire pour une demande rendez-vous non programmé**

Date et heure de l'appel : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Patient habituel du cabinet : OUI  NON 

Motif d'urgence annoncé : .....

**Douleur**

Depuis quand la douleur est-elle apparue ? .....

Situation : Face  Dents Arcade : Supérieure  Inférieure 

Echelle de la douleur (de 1 à 10) : .....

La douleur survient-elle au : Froid ?  Spontanément ? Chaud ?  A la pression ? Avez-vous pris des antidouleurs ?  Lesquels ? .....

Combien ? .....

Depuis quand ? .....

Comment agissent-ils ? .....

Sommeil perturbé ? **Œdème**

Situation.....

Evolution.....

**Accident**

Dent fracturée.....

Appareil défectueux.....

Autres motifs : .....

Contexte médical particulier : .....

**Réponse donnée**Rendez-vous accordé  Date: .....Solliciter un autre confrère Le cabinet rappellera si défection Consulter votre médecin traitant pour antalgiques majeurs

## Récapitulatifs des différents entretiens réalisés

### Entretien n°1 :

Ce praticien bloque un créneau de 11H45 à 12H30 pour recevoir uniquement les urgences. Il préfère les rendez-vous longs, supérieurs à 45 minutes. L'assistante gère la régulation des urgences. La notation « incompressible » sur certains rendez-vous, permet à l'assistante de savoir qu'elle ne peut le raccourcir, sur d'autres, elle peut en diminuer la longueur pour ajouter une urgence. Il apprécie d'avoir 45 minutes par rendez-vous, cela lui permet de réaliser plusieurs soins dans la même séance, de finir un petit peu plus tôt et d'avoir du temps disponible pour souffler, ou pour communiquer avec son assistante, chose primordiale pour lui.

La plupart des urgences téléphone avant de se rendre au cabinet. Pour lui, les vraies urgences sont la douleur type pulpite ou abcès : il les reçoit dans la journée. Les autres urgences sont pour lui, des urgences qui en réalité peuvent attendre et sont des inquiétudes avant tout. C'est pourquoi l'assistante est formée pour rassurer le patient, et libérer un créneau dans les jours suivants.

Le délai d'attente entre la première consultation et la réalisation du plan de traitement est de 3 mois. Il s'estime satisfait de son organisation, mais il cherche à mettre en place une prise de rendez-vous par bloc pour optimiser son organisation.

### Entretien n°2 :

Ce praticien tient son organisation actuelle de son prédécesseur. Ses rendez-vous durent en moyenne entre 30 minutes et une heure. Sur le planning, chaque rendez-vous est décrit, et l'assistante sait si elle peut le réduire pour mettre une urgence. Il reçoit en moyenne 80% des urgences qui le contactent dans la journée. Il a un délai d'attente d'une semaine. Pour chaque patient, il ne programme qu'un seul rendez-vous à la fois. Pour lui, cette méthode lui permet beaucoup de flexibilité et engendre moins de stress.

Pour améliorer son organisation, il souhaite prendre un collaborateur, qui accepte cette organisation. De cette façon, le collaborateur pourrait recevoir les urgences durant son absence, ainsi que les quelques-unes qu'il n'a pas le temps de traiter.

Pour lui, l'organisation des rendez-vous non programmés dépend du service que l'on souhaite apporter à son patient. Lorsque les patients le contactent en urgence, il ne fait pas de « tri ». Il pense que considérer toutes les urgences de la même façon permet de mieux les prendre en compte et de respecter chaque patient. Il constate que selon la classification, il ne reçoit qu'une vraie urgence par semaine. Pour lui, le « tri » se fait vis à vis des patients qui en contrepartie ne sont pas respectueux par leur manque de sérieux.

A ses débuts, il était stressé de ne pas voir son agenda plein, mais maintenant qu'il a vu que cela fonctionnait, il l'est beaucoup moins, et a du temps pour lui et pour communiquer avec son équipe.

### Entretien n°3 :

Ce praticien travaille globalement en rendez-vous de 45 minutes voire plus pour la prothèse. Il voit en moyenne 15 patients par jour. Il a un délai d'attente de 2 mois et demi. Pour les rendez-vous non programmés, il bloque une plage horaire de 45 minutes le matin et une l'après-midi, divisée en plusieurs créneaux de 15 minutes ou un seul créneau de 45 minutes si besoin. Il essaie de voir les urgences dans la semaine. Lorsqu'une urgence vraiment douloureuse ou un abcès se

présente, alors que les créneaux sont déjà occupés, il la voit entre deux patients et prend du retard, ou reporte un rendez-vous programmé si besoin.

L'assistante s'occupe de la régulation. Globalement, les demandes de rendez-vous non programmés se font par téléphone. Elle s'aide d'un petit questionnaire afin de déterminer la nature de l'urgence. En priorité, elle programme les urgences type douleurs, abcès, ou esthétiques. Pour les autres demandes, elle reporte sur les créneaux de la semaine suivante, tout en veillant à conseiller et rassurer le patient. De ce fait, les créneaux sont souvent indisponibles le jour même, mais elle profite des désistements pour réorganiser le planning. Lorsque le praticien voit une urgence type pulpite, il préfère réaliser la bio-pulpectomie directement.

Il estime que les urgences ont un coût en temps et en matériel élevé, et qu'il est du devoir du chirurgien-dentiste d'accepter les urgences, par respect pour les patients. Il trouve qu'il y a un problème d'éthique à refuser des urgences qui ne seraient pas patient du cabinet.

A 56 ans, il s'estime déçu de l'évolution de la profession, notamment vis à vis de la sécurité sociale. Pour lui la rémunération à l'acte ne favorise pas la qualité des soins, et aurait préféré bénéficier d'une rémunération horaire.

Il cherche continuellement à améliorer son organisation pour avoir plus de temps, notamment en améliorant l'ergonomie de son cabinet et en essayant d'anticiper.

#### Entretien n°4 :

Ce praticien voit les urgences douloureuses et infectieuses dans la journée, ou les oriente vers un autre praticien quand il n'est vraiment pas disponible. En cas d'absence de douleur, il les programme 2 semaines plus tard. La durée de ses consultations en urgence varie de 5 à 25 minutes. Il prévoit 2 créneaux de 20 minutes par jour et évalue au cas par cas. L'assistante ou la secrétaire s'occupe de la régulation. Pour les patients qui auraient manqué le rendez-vous de suite d'urgence, le cabinet offre une seconde chance.

Concernant les rendez-vous de plan de traitement, le délai d'attente est de 2 mois. Ils sont tous programmés à l'avance. Le praticien essaie de regrouper les actes mais trouve cela difficile à mettre en place quand il est submergé.

Il trouve que son organisation est perfectible, et aimerait avoir plus de temps. Pour lui cela vient surtout des tâches administratives, mais aussi de l'évolution des demandes de soins. En effet, il constate après 40 ans d'exercice que la population a augmenté, mais qu'elle a aussi vieilli, et qu'il faut plus de temps pour soigner ses patients âgés.

Il ne cherche pas forcément à améliorer son organisation mais souhaiterait être plus rigoureux avec les patients qu'il ne considère pas sérieux.

#### Entretien n°5 :

Ce praticien voit les urgences douloureuses et infectieuses dans la matinée, voire dans la journée. Pour les autres demandes, elles sont programmées dans la semaine. Il y consacre 15 minutes en général. Ces requêtes étant aléatoires, il les insère entre deux consultations programmées car il estime qu'il ne peut se permettre de bloquer des créneaux qui ne seraient pas utilisés. L'assistante s'occupe de la régulation et à l'habitude de poser les mêmes questions.

Pour les patients qui ne viendrait pas au rendez-vous de suivi, il ne donne pas de deuxième rendez-vous en urgence, mais programme un rendez-vous dans les jours qui viennent. Il considère que ces patients ont été négligents et ne peuvent plus être considérés comme des urgences.

Concernant les rendez-vous de plan de traitement, son délai d'attente est de 15 jours, il programme un seul rendez-vous à la fois et regroupe les actes sous forme de rendez-vous supérieur à 45 minutes.

Il a suivi une formation privée mais rencontre tout de même des problèmes avec son organisation actuelle. Il a pris un collaborateur pensant que cela allait le soulager, mais se rend compte qu'il suit autant de patients qu'avant. Il aimerait tout de même pouvoir travailler un peu moins.

#### Entretien n°6 :

Ce praticien travaille seul et n'emploie pas d'assistante. Il gère donc lui-même la régulation de ses urgences. Il reçoit en priorité les patients souffrants dans la journée, car selon ses propos, il est très facile de gérer la douleur en quelques minutes. Il ne réserve pas de créneaux pour les recevoir et les insère entre deux rendez-vous. Il y consacre en moyenne 10 à 15 minutes. Il voit également rapidement les urgences esthétiques.

Son délai d'attente pour les consultations de plan de traitement est d'une semaine. Après avoir lu les conseils de gestion de la revue *l'Indépendante*, il ne programme qu'un seul rendez-vous à la fois car pour lui, cela évite d'encombrer son agenda. Il travaille en rendez-vous long et préfère regrouper les actes, pour une meilleure ergonomie.

Il ne souffre pas de manque de temps, aimerait au contraire augmenter le nombre de patients qu'il suit et développer un peu son activité.

#### Entretien n°7 :

Ce praticien essaie de réserver un ou deux créneaux de 15 minutes pour les consultations non programmées. S'ils sont indisponibles, les patients seront reçus entre deux consultations programmées. Le dentiste voit les urgences infectieuses et douloureuses dans la journée, les autres le lendemain voire dans la semaine. Pour les urgences externes non douloureuses, elles sont souvent programmées la semaine suivante.

L'assistante est chargée de la régulation mais confirme avec le praticien si besoin. Les patients qui ne viendraient pas au rendez-vous de suivi seront reçus une deuxième fois, rarement une troisième.

Son délai d'attente est de 3 semaines. Il programme plusieurs rendez-vous à la fois, d'une durée souvent égale à une heure.

Il souhaiterait améliorer la prise en charge des consultations non programmées. Il réserve des créneaux mais trouve difficile de s'y tenir et a tendance à les utiliser pour autre chose avant.

Il estime qu'il a suffisamment de patients, et est satisfait d'avoir un collaborateur depuis longtemps. Il limite le nombre d'entrées dans le temps en étalant les rendez-vous pour les nouveaux patients, mais en assurant ensuite leur prise en charge complète.

#### Entretien n°8 :

Ce praticien reçoit les personnes souffrantes dans la journée même. Les autres seront programmées dans la semaine. Il y consacre en général 10 à 20 minutes entre deux rendez-vous et ne réserve pas de créneaux. En effet, après avoir essayé, il se sentait submergé.

La secrétaire gère la régulation des demandes mais confirme toujours avec le praticien.

Son délai d'attente est de 1 mois et demi pour les consultations de plan de traitement. Il programme d'abord 2 ou 3 rendez-vous pour les soins, puis à la fin de ces séances, programme les consultations pour la réalisation de travaux prothétiques.

Les problèmes qu'il constate avec son organisation actuelle sont liés au manque de temps. Il fait souvent des journées continues de 8h à 20h. Ce praticien, installé dans un désert médical, regrette que ce secteur soit délaissé. Il cherche à recruter un collaborateur, mais espère aussi que la création d'un cabinet dentaire dans la maison de santé se situant à proximité va diminuer le nombre de patients qu'il a à suivre.

Il remarque aussi que les patients ne sont pas toujours sérieux et respectueux.

#### Entretien n°9 :

Ce praticien réserve quelques créneaux pour les urgences mais ne les respecte pas, et les reçoit entre deux consultations programmées. Il y consacre environ 15 minutes. Il voit les urgences douloureuses et infectieuses dans la journée, voire le lendemain. De même pour les demandes esthétiques, les autres seront reçues dans la semaine voire la semaine suivante. Ils n'acceptent plus de nouveaux patients. L'assistante ou la secrétaire s'occupe de la régulation. Il arrive qu'elles inscrivent les demandes de consultations non programmées sur une liste d'attente si elles ne trouvent pas de disponibilités dans l'immédiat. Cependant, elles évitent de le faire car les requêtes ont tendances à s'accumuler sans que le praticien puisse les prendre en charge.

Pour les patients qui auraient manqué le rendez-vous de suite d'urgence, le cabinet offre une seconde chance, mais pas obligatoirement une troisième.

Le délai d'attente pour les consultations de plan de traitement est de 2 mois. Tous les rendez-vous sont programmés à la fois. Il sait que la plupart des livres de gestion recommandent de ne donner qu'un seul rendez-vous à la fois. Cependant, il refuse que deux consultations soient espacées de plusieurs semaines.

Au départ, il ne traitait que 13 patients par jour, aujourd'hui 19, et remarque qu'il devient difficile de soigner dans de bonnes conditions. Il constate également que la gestion des consultations non programmées est difficile et que cela peut anéantir une journée.

Il cherche à développer son activité en engageant un nouveau praticien mais constate que ce secteur est délaissé, et qu'il n'arrive même pas à recruter un remplaçant.

#### Entretien n°10 :

Ce praticien travaille seul et n'emploie pas d'assistante. Il gère lui-même la régulation des consultations non programmées. Il y consacre en moyenne 15 minutes et les reçoit entre deux consultations programmées, dans la journée ou le lendemain pour les personnes souffrantes, dans la semaine suivante pour les autres demandes. Il favorise d'abord les urgences internes.

Son délai d'attente pour les consultations de plan de traitement varie de 10 à 15 jours. Il programme plusieurs rendez-vous à la fois d'une durée comprise entre 30 et 60 minutes.

Il ne souffre pas particulièrement du manque de temps, et ne cherche pas à améliorer son organisation, sauf peut-être celle des consultations non

programmées. Cependant, ce praticien, en fin de carrière, considère que la routine et les habitudes des gens l'en empêchent.

#### Entretien n°11 :

Ce praticien reçoit les urgences douloureuses, infectieuses et esthétiques dans la journée, et les autres demandes la semaine suivante voire celle d'après.

Il y consacre en général 15 minutes et prévoit un créneau de 30 minutes le matin et un l'après-midi. Si cela n'est pas suffisant, il les insère entre deux consultations programmées. L'assistante s'occupe de réguler ces requêtes.

Pour les patients qui auraient manqué le rendez-vous de suite d'urgence, le cabinet offre une seconde chance, mais rarement une troisième.

Son délai d'attente est de 3 mois pour les consultations de plan de traitement. Il programme tous les rendez-vous à l'avance, la durée variant de 45 à 75 minutes.

Pour lui, la gestion des consultations non programmées est difficile, il aimerait améliorer leur prise en charge.

Il estime qu'il a trop de patients et souhaiterait qu'il y ait plus de praticiens dans le secteur. Dans ce cabinet de 3 praticiens, ils éprouvent des difficultés à recruter notamment lorsqu'ils recherchent des remplaçants.

#### Entretien n°12 :

Ce praticien accepte toutes les demandes de consultations non programmées et essaie de les recevoir dans la journée notamment pour les personnes qui souffrent, les autres sont vues le lendemain. La durée moyenne qu'il y consacre est de 15 minutes. Il réserve un créneau de 15 minutes le matin et un le soir, et insère les autres requêtes entre deux consultations programmées, sur sa pause déjeuner, voire à la fin de la journée. L'assistante s'occupe de la régulation.

Le délai d'attente pour les consultations de plan de traitement est de 3 semaines. Le praticien préfère regrouper les actes sous forme de rendez-vous dont la durée varie de 30 à 60 minutes.

Il souffre particulièrement du manque de temps, il ne prend plus de pause déjeuner, et travaille toute la journée en continu. Il estime qu'il reçoit trop de patients et cherche à développer son activité mais éprouve des difficultés à recruter un collaborateur. Il constate également que le temps consacré aux tâches administratives est conséquent et a considérablement augmenté ces dernières années.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. *Consulter en odontologie: la relation praticien patient*. Rueil-Malmaison: Editions Cdp, 2006.
2. *Définitions : urgence* - Dictionnaire de français Larousse. Consulté en ligne le 22 février 2017.  
Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
3. Boucher Y, Cohen É. *Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir, prévention chez les patients à risque*. Rueil-Malmaison: Éd. CdP, 2007.
4. *Code de la santé publique. Sect. Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes*. Consulté en ligne le 22 février 2017.  
Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006912997&idSectionTA=LEGISCTA000006196413&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170327>
5. Perrin D. *L'urgence en odontologie*. Rueil-Malmaison: Éditions CDP, 2005.
6. *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Art. L. 1111-4. Consulté en ligne le 22 février 2017.  
Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=760492DE2238DBA7DD0B86C67D78FE53.tpdila17v\\_1?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=760492DE2238DBA7DD0B86C67D78FE53.tpdila17v_1?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=)
7. Amzalag A, Dardenne P, Eurin B. *Codes de la relation dentiste-patient*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2007.

8. Charpiot E. Thèse: *Urgences médicales au cabinet dentaire: données actuelles et enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Doubs*. 128p. Nancy; 2013.  
Disponible sur:  
[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2013\\_CHARPIOT\\_EMILIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_CHARPIOT_EMILIE.pdf)
9. Vergnes J-N. *Organisation de la permanence de soins du service d'odontologie (Pôle CVR) CHU de Toulouse*. 2015.
10. Ruel-Kellermann M. *Douleurs dentaires aux XVIe et XVIIe siècles. Témoignages*. Société française de l'art dentaire; 2013 . p. 40-45.  
Disponible sur: [http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/vol18/2013\\_10.pdf](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/vol18/2013_10.pdf)
11. Bonnafous F, Dietchi D, Veyrat M. *Bien organiser son cabinet dentaire*. Paris; Berlin; Chicago...: Quintessence international, 2014.
12. *Définitions : régulation* - Dictionnaire de français Larousse. Consulté en ligne le 22 février 2017.  
Disponible sur:  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9gulation/67711>
13. Rozencweig D, Rozencweig G, Rozencweig S, Knellesen C, Dubois C. *Les mots pour réussir au cabinet dentaire: conseils pratiques pour aider le praticien et l'assistante à améliorer la communication et l'organisation*. Paris; Berlin; Chicago...: Quintessence international, 2014.
14. Maccario R. *L'organisation du cabinet dentaire*. Les Ulis (Essonne): EDP sciences, 2014.
15. Binhas E, Ginisty J, Sigismond P. *La gestion globale du cabinet dentaire. Volume 2*. Paris: Éd. CdP, 2013.

16. Kammerer B. Thèse: *Valeur diagnostique de la perception douloureuse dans les manifestations dentaires*. 114p . Nancy. 2007.  
Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA\\_TD\\_2007\\_KAMMERER\\_BENJAMIN.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2007_KAMMERER_BENJAMIN.pdf)
17. Davido N, Yasukawa K. *Médecine orale et chirurgie orale, parodontologie*. Paris: Maloine, 2016.
18. Vellin J-P. Thèse : *La douleur en odontologie : de son analyse neurophysiologique, cognitive et comportementale à sa prise en charge*. 144p. Nancy. 2012.  
Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2013\\_VELLIN\\_JEAN-PAUL.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_VELLIN_JEAN-PAUL.pdf)
19. Brun J. Thèse : *Les rendez-vous longs au cabinet dentaire : intérêts et mise en place*. 50p. Lyon. 2013.  
Disponible sur: [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c2a7087b-737c-4d8a-b900-34d74b563541/blobholder:0/THod\\_2013\\_BRUN\\_Jeremy.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c2a7087b-737c-4d8a-b900-34d74b563541/blobholder:0/THod_2013_BRUN_Jeremy.pdf)
20. *Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*. ONDPS (Observatoire National de la démographie des Professions de Santé); 2013. p. 41.  
Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat\\_des\\_lieux\\_de\\_la\\_demographie\\_des\\_chirurgiens\\_dentistes\\_decembre\\_2013.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf)
21. *ONDPS (Observatoire Nationales de la Démographie des Professions de Santé) Rapport 2013-2014*. 2013 2014.  
Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS\\_2013\\_2014-compressed\\_couv\\_incluses.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_incluses.pdf)
22. *Densité de praticiens chirurgiens-dentistes* Ordre régional de Midi-Pyrénées. Disponible sur : <http://www.orcdmp.org/cartographie-demographie.aspx>

23. Bourdaud'hui R. Thèse : *Comment et pourquoi réaliser les soins en un minimum de séances de traitement ?* 155p. Nancy. 2015.

Disponible sur : <http://docnum.univ->

[lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2015\\_BOURDAUD\\_HUI\\_REMI.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2015_BOURDAUD_HUI_REMI.pdf)

24. Jacquot J-P. Thèse : *Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.* 198p. Nancy. 2007.

Disponible sur: <http://docnum.univ->

[lorraine.fr/public/SCDPHA\\_TD\\_2007\\_JACQUOT\\_JEAN\\_PHILIPPE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2007_JACQUOT_JEAN_PHILIPPE.pdf)

25. Venisse T. Thèse : *Organisation du cabinet dentaire et optimisation des locaux au service de l'hygiène et de la productivité.* 143p. Nancy. 2014.

Disponible sur: <http://docnum.univ->

[lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2014\\_VENISSE\\_THIBAULT.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2014_VENISSE_THIBAULT.pdf)

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

<i>Figure 1: Algorithme de l'urgence par téléphone Y.BOUCHER (3)</i> -----	29
<i>Figure 2: Illustration d'une secrétaire souriante, disponible et à l'écoute du patient</i> -----	30
<i>Figure 3: Echelle Numérique E.N (16)</i> -----	37
<i>Figure 4 : Analgésiques les plus utilisés en odontologie selon les paliers définis par l'OMS (17)</i> ----	39
<i>Figure 5: Face d'une Echelle Visuelle Analogique présentée au patient (16)</i> -----	41
<i>Figure 6: Face d'une Echelle Visuelle Analogique réservée au praticien (16)</i> -----	41
<i>Figure 7: Nombres d'appels par tranche horaire (3)</i> -----	44
<i>Figure 8: Densité de chirurgiens-dentistes par région au 1er janvier 2013 (21)</i> -----	50
<i>Figure 9: Densité des praticiens en Haute-Garonne en 2015 (22)</i> -----	51

**GESTION DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES AU CABINET  
DENTAIRE.**

---

**RESUME EN FRANÇAIS :**

En odontologie, la prise en charge des consultations non programmées est un enjeu de Santé Publique majeur qui concerne l'ensemble des praticiens. Elle se fait majoritairement par des chirurgiens-dentistes libéraux, dans le respect du code de la Santé Publique. Ce travail a permis d'identifier la nature des consultations non programmées, l'importance de leur régulation, ainsi que les différentes possibilités de prise en charge. Le chirurgien-dentiste est avant tout un soignant mais a aussi, le plus souvent, les responsabilités d'un chef d'entreprise. Une étude qualitative pilote auprès d'omnipraticiens installés en Haute-Garonne a permis de mettre en évidence que l'organisation du cabinet et particulièrement celle de l'agenda, est une des pistes permettant d'optimiser la prise en charge des consultations non programmées, malgré une démographie médicale défavorable.

.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Management of unsheduled care in dental practice

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Chirurgie dentaire

---

**MOTS-CLES :** Santé Publique, Odontologie, Consultation non programmée, Urgences, Agenda, Gestion, Rendez-vous.

---

**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 thèse : Dr Jean-Noel VERGNES