ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Prise en charge de l'urgence odontologique : enquête nationale auprès des CSERD

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 25 juin 2019

par

AVON-MARTINEZ Jérémy
né le 7 novembre 1993
à MANOSQUE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	F. BUKIET
Assesseurs	: Madame le Professeur	A. RASKIN
	Monsieur le Professeur	M. RUQUET
	Madame le Docteur	M. GUIVARC'H
Invitée	: Madame le Docteur	A. VIALE

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Prise en charge de l'urgence odontologique : enquête nationale auprès des CSERD

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 25 juin 2019

par

AVON-MARTINEZ Jérémy
né le 7 novembre 1993
à MANOSQUE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	F. BUKIET
Assesseurs	: Madame le Professeur	A. RASKIN
	Monsieur le Professeur	M. RUQUET
	Madame le Docteur	M. GUIVARC'H
Invitée	: Madame le Docteur	A. VIALE

Faculté d'Odontologie
Aix*Marseille Université

ADMINISTRATION

Mise à jour : février2019

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO†
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGES DE MISSION RELATIONS INTERNATIONALES	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI

LISTE DES ENSEIGNANTS

56ème SECTION :
DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Professeur	C. TARDIEU *	*Assistant*	H. AL AZAWI
Maître de Conférences	D. BANDON	*Assistant*	E. CASAZZA
Maître de Conférences	A. CAMOIN		
Maître de Conférences	A. CHAFAIE		
Maître de Conférences associé	I. BLANCHET		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maître de Conférences	M. LE GALL *	*Assistant*	M. BARBERO
Maître de Conférences	J. BOHAR	*Assistant*	I. CAMBON
Maître de Conférences	J. GAUBERT	*Assistant*	D. DORISON-BACHET
Maître de Conférences	C. PHILIP-ALLIEZ	*Assistant*	L. LEVY
		Assistant	R. MATTERA
		Assistant	M. VINAÏ

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur	B. FOTI *	*Assistant*	T. DRAUSSIN
Professeur	D. TARDIVO		

57ème SECTION :
CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

CHIRURGIE ORALE

Maître de Conférences	P. ROCHE-POGGI*	*Assistant*	R. CASTRO
Maître de Conférences	J. H. CATHERINE	*Assistant*	M. HADJ-SAID
Maître de Conférences	D. BELLONI	*Assistant*	Y. ROMANET
Maître de Conférences	F. CAMPANA		
Maître de Conférences associé	R. LAN		

PARODONTOLOGIE

Professeur	V. MONNET-CORTI *	*Assistant*	A. BOYER
		Assistant	C. DUMAS
		Assistant	S. MELLOUL
		Assistant	L. THOLOZAN

BIOLOGIE ORALE (Responsable Pr. Imad ABOUT)

Maître de Conférences	P. LAURENT	*Assistant*	C. LE FOURNIS

58ème SECTION :
REHABILITATION ORALE

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur	F. BUKIET *	*Assistant*	B. BALLESTER
Professeur	H. TASSERY	*Assistant*	H. DE BELENET
Maître de Conférences	G. ABOUDHARAM	*Assistant*	A. DEVICTOR
Maître de Conférences	M. GUIVARC'H	*Assistant*	S. MANSOUR
Maître de Conférences	C. PIGNOLY	*Assistant*	L. MICHEL-ROLLET
Maître de Conférences	L. POMMEL	*Assistant*	V. PILLIOL
Maître de Conférences	E. TERRER		

PROTHÈSE

Professeur	M. RUQUET *	*Assistant*	N. CHAUDESAYGUES
Maître de Conférences	G. LABORDE	*Assistant*	M. DODDS
Maître de Conférences	M. LAURENT	*Assistant*	C. MANSUY-DALMAS
Maître de Conférences	G. MAILLE	*Assistant*	C. MENSE
Maître de Conférences	B.E. PRECKEL	*Assistant*	A. REPETTO
Maître de Conférences	G. STEPHAN	*Assistant*	A. SETTE
Maître de Conférences	P. TAVITIAN	*Assistant*	F. SILVESTRI
Maître de Conférences	A. TOSELLO		

FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

Professeur	J. DEJOU	*Assistant*	M. JEANY
Professeur	J. D. ORTHLIEB *		
Professeur	A. RASKIN		
Maître de Conférences	T. GIRAUD		
Maître de Conférences	A. GIRAUDEAU		
Maître de Conférences	B. JACQUOT		
Maître de Conférences	J. P. RÉ		

65ème SECTION :
BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEUR	I. ABOUT	RESPONSABLE PROFIL BIOLOGIE ORALE

***** Responsable Profile

À NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur Frédéric BUKIET

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements au long de ces études universitaires.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE

Madame la Professeur Anne RASKIN

Vous nous faites l'honneur et la gentillesse de siéger dans ce jury**.**

Travailler dans votre service a été très enrichissant. Votre bienveillance et la confiance dont vous savez faire preuve à notre égard nous a permis de murir professionnellement.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre plus grande estime.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Michel RUQUET

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger parmi les membres du Jury.

Votre implication professionnelle auprès des patients et votre pédagogie sont un modèle. Nous sommes heureux d'avoir pu travailler avec vous.

Veuillez croire en l'expression de notre sincère et profonde gratitude.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur Maud GUIVARC'H

Nous souhaitons vous remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci pour la confiance que vous nous avez accordée. Nous vous sommes reconnaissants pour votre implication et votre disponibilité.

Soyez assurée de notre gratitude et de notre respect.

À NOTRE INVITÉ

Madame le Docteur Audrey VIALE

Vous nous avez fait l'honneur de votre présence dans ce jury.

Nous vous remercions pour vos qualités professionnelles et votre bonne humeur. Travailler avec vous est un plaisir.

Veuillez trouvez ici un témoignage de notre plus profonde gratitude.

À Ma Famille

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 1
2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION 2
2.1. L'Urgence Odontologique (UO) 2
2.2. Aspect déontologique et juridique 4
2.3. Modalités actuelles de prise en charge de l'UO en France 4
2.3.1. Prise en charge de l'UO au sein de structures privées 5
2.3.2 Prise en charge de l'UO au sein de structures hospitalières 6
2.4. Permanence des soins (PDS) 9
3. MATERIEL ET METHODE 10
3.1. Méthodologie 10
3.2. Analyses statistiques 10
4. RESULTATS 11
4.1 – Caractéristiques générales des SO 11
4.2 – Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine 12
4.3 – Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient 15
4.4 – La question de la permanence des soins (PDS) 19
5. DISCUSSION 21
5.2. Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine 22
5.2.1 Discussion autour d'un ressenti de « saturation » par les SO 23
5.3. La permanence des soins (PDS) au sein des CSERD 30
6. CONCLUSION 33

1. INTRODUCTION

Malgré des avancées thérapeutiques majeures, la santé bucco-dentaire reste encore aujourd'hui une importante problématique de santé publique en France, mais aussi au niveau mondial[1]. Les maladies orales sont parmi les problèmes de santé les plus répandus chez les adultes en France. Elles occasionnent des dommages physiques mais également psychiques[2] et elles sont désormais reconnues comme un véritable enjeu de santé publique[3]. Un rapport récent basé sur le Sondage Baromètre Santé 2014 et portant sur la santé bucco-dentaire des Français a établi que seulement un peu plus de la moitié des patients adoptent vis-à-vis des soins dentaires un comportement préventif. Pour près d'un tiers d'entre eux la consultation chez un chirurgien-dentiste résulte d'une gêne ou d'une douleur pouvant alors conduire à une demande de consultation en urgence[4].

Désormais, la possibilité de recourir aux soins de manière autonome et l'adéquation de l'offre de soins avec leurs besoins constituent de fortes demandes des malades[5]. Dans cette optique, la disponibilité d'une offre de soins d'urgence est perçue comme indispensable et gage d'un système de soins de qualité : on doit pouvoir compter sur les professionnels de santé pour l'imprévu. Par ailleurs, chez des patients désormais plus informés sur les risques liés à leur santé, la consultation en urgence pourra être le moyen de satisfaire une demande de soins mais également de conseils[6]. Que l'on parle d'urgence dentaire, d'urgence odontologique (UO) ou de soins odontologiques d'urgence, pour les patients tant que pour les CD cette demande d'immédiateté de prise en charge est une réalité quotidienne. En France, la gestion des UO est régulièrement décrite comme insuffisante et un rapport de 2003 intitulé « Mission Odontologie » et commandé par le Ministère de la Santé considérait déjà les possibilités de recours aux soins dans un contexte d'UO comme un « problème crucial dans de nombreuses villes ». Il faisait état de la nécessité de permettre à l'hôpital de remplir son rôle dans la prise en charge des UO en développant l'odontologie hospitalière[7].

Ce travail a pour objectifs (i) dans un premier temps d'apporter des éléments de contextualisation relatifs à la notion d'urgence en odontologie et aux possibilités actuelles de prise en charge pour les patients (ii) dans un second temps d'analyser l'offre de soins d'urgence existant au sein des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire (CSERD) et d'identifier les difficultés relatives à la gestion hospitalière de l'UO.

2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION

2.1. L'Urgence Odontologique (UO)

La notion d'urgence (d'après la racine latine *urgentia*)[8] se définit comme une nécessité pressante d'agir immédiatement ou dans un temps réduit. Dans le domaine médical, le soin d'urgence est un soin non programmé pour laquelle le patient exprime une demande une prise en charge immédiate. En médecine, cette notion d'urgence est le plus souvent évaluée par rapport à l'existence d'un risque vital pour le patient. On peut pour exemple citer la Classification Commune des Malades aux Urgences (CCMU) dont le point culminant est le pronostic vital engagé (Tableau 1).

CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Tableau 1 : Classification Commune des Malades aux Urgences

Le risque vital n'est pas absent en odontologie, la littérature rapporte des cas de décès et d'hospitalisations consécutifs à des affections odonto-stomatologiques[9,10]. Cependant, l'urgence vitale ne constitue pas le quotidien des situations rencontrées par les chirurgiens-dentistes au quotidien et une classification telle que la CCMU parait peu adaptée à l'exercice odontologique.

La littérature rapporte différentes classifications de l'UO qui font écho à une vision très clinique de celle-ci sans qu'un consensus soit réellement établi sur ce qui relève de l'urgence ou non[11,12]. Dans un ouvrage de 2007 portant sur les situations d'urgence en odontologie, Boucher et al. définissent les catégories cliniques d'UO suivantes[13] :

- La douleur
- Les pathologies infectieuses
- Les traumatismes bucco-dentaires
- Les pathologies de l'articulation temporo mandibulaire
- Les hémorragies
- Les pathologies de la muqueuse buccales

La majorité des situations d'UO ont ainsi pour dénominateur commun la douleur des patients[14], qui peut être d'origine inflammatoire, infectieuse ou traumatique. Certains auteurs à l'exemple de Perrin D. reconnaissent également une urgence dite « de confort »[12] telles que l'urgence esthétique ou le descellement de prothèses fixées, situations pouvant générer un inconfort majeur pour les patients. Cette notion permet de considérer dans le cadre de l'urgence des situations non douloureuses mais engendrant pour les patients une souffrance psychique face à une perte d'intégrité corporelle.

Donner un cadre précis à l'UO reste difficile car la notion même d'urgence est soumise à la subjectivité des patients mais également des praticiens. En tant qu'initiateur de la demande de soins d'urgence, le patient est la première personne à caractériser l'urgence. Certains auteurs utilisent la notion d'urgence « ressentie » qui adopte le point de vue du patient et peut être définie comme la survenue d'une « manifestation somatique éprouvée anormale en comparaison du fonctionnement physiologique habituel »[15].

L'UO est ainsi une notion qui parle aux soignants comme aux patients et qui pourtant ne connaît pas de définition exhaustive et consensuelle. Malgré cette absence de cadre formel, l'UO existe dans le code de Déontologie des chirurgiens-dentistes elle et apparaît soumise à un cadre de prise en charge strict.

2.2. Aspect déontologique et juridique

Le Code de la Santé Publique règlemente le droit des personnes en matière de santé, le droit des professions de santé, les produits de santé et les établissements de santé.

Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes règlemente l'ensemble des droits et des devoirs des praticiens et des étudiants en chirurgie dentaire avec les patients et le public. Il est inscrit au sein du Code de la Santé Publique.

Les articles faisant références à la gestion des situations d'urgence sont les suivants :

- Article R4127-232 du Code de Déontologie et article R4127-47 du Code de la Santé Publique :

Le chirurgien-dentiste a le devoir de prendre en charge un patient dans un contexte d'urgence. Il ne peut refuser les soins, que cela soit pour des raisons personnelles ou professionnelles. Dans le cas contraire il manque à ses devoirs d'humanité et encourt des sanctions disciplinaires ainsi que des sanctions judiciaires en cas de dommages.

- Article R4127-245 du Code de la Santé Publique

Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire.

L'UO ayant un cadre règlementaire on peut se questionner sur l'organisation actuelle de l'offre de soins d'urgence en France.

2.3. Modalités actuelles de prise en charge de l'UO en France

La circulaire DGOS/R2 n° 2012-73 du 13 février 2012 relative à l'amélioration de l'organisation de la réponse aux besoins urgents en soins dentaires conclue à une organisation hétérogène et peu lisible de l'offre de soins d'UO, relevant les disparités qui existent sur le territoire français. Actuellement, la prise en charge de l'UO repose sur deux types de structures : privées (cabinets libéraux et centres de santé) et publiques.

2.3.1. Prise en charge de l'UO au sein de structures privées

La pratique odontologique est historiquement, et encore majoritairement aujourd'hui, une pratique libérale. Au 1er janvier 2017, sur 42 076 chirurgiens-dentistes inscrit au Tableau du Conseil de l'Ordre, près de 87,2 % exercent leur métier en exercice libéral, 8,6 % dans un centre de santé, 2,18 % dans un établissement de santé publique et 0,1 % dans un établissement privé[16]. Contrairement à ce qu'on peut observer chez les médecins[17], on constate donc que la pratique hospitalière de l'odontologie reste anecdotique, restreinte à une proportion très minoritaire de la profession. Par ailleurs, même si l'exercice salarié au sein de structures privées (communément appelées « centres de santé » ou « mutuelles ») tend à prendre de l'ampleur ces dernières années, une étude menée auprès de CD français en 2007 conclut à l'existence d'une véritable « identité libérale » extrêmement ancrée dans les mentalités : les CD salariés se sentent malgré tout libéraux et il s'opère une réelle distinction entre des obligations contractuelles (temps de présence, congés...) et la liberté de pratique de la dentisterie et donc le rapport aux patients. Le rapport rapporte « qu'être dentiste c'est être libéral » et ce indépendamment du mode d'exercice choisi[18].

Conséquence de ce schéma de pratique professionnelle, la prise en charge des UO est actuellement majoritairement assurée au sein de structures privées (cabinets libéraux et centres de santé). Cet état de fait peut constituer un frein majeur à l'accès aux soins en urgence des patients, qui devient un accès sous conditions :

- De la concordance des points de vue entre patients et praticiens sur ce qui doit caractériser l'urgence, le CD étant contraint par le Code de Déontologie mais exerçant néanmoins avec un grand degré de liberté,
- De la possibilité pour les praticiens de répondre à la demande sans mettre en péril la qualité des soins programmés, et particulièrement dans les zones sous-dotées,
- De l'adhésion des patients au concept d'urgence sur rendez-vous quand l'accès aux services d'urgence médicaux se fait principalement sur libre venue des patients,
- De la concordance temporelle entre offre et demande du fait que cette offre de soin reste majoritairement diurne[19].

2.3.2 Prise en charge de l'UO au sein de structures hospitalières

Actuellement peu répandue, la prise en charge des urgences odontologiques au sein de structures hospitalières est pourtant inscrite dans la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière.

> Art. L.711-2. Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser avec ou sans hébergement des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie [...]

Cette loi intègre l'odontologie dans les activités des établissements publique de santé. Cependant les services odontologiques hospitaliers restent rares et sont souvent mal intégrés aux services hospitaliers dont ils dépendent[18].

Les services odontologiques publics sont majoritairement représentés par les CSERD. Depuis les années 70, les CSERD sont pleinement intégrés aux centres hospitalo-universitaires (CHU) et sont des services hospitaliers à part entière. En France, les CSERD sont au nombre de 16 correspondants à 20 structures de soins odontologiques :

- Nice
- Reims
- Paris
    - Hôpital Universitaire Henri Mondor (Créteil)
    - Hôpital Pitié Salpêtrière (Paris 13)
    - Hôpital Charles Foix (Ivry)
    - Hôpital Louis Mourier (Colombes)
    - Hôpital Rothschild (Paris 12)
    - Hôpital Bretonneau (Paris 18)
- Toulouse
- Rennes
- Brest
- Montpellier
- Strasbourg
- Nancy
- Lille
- Clermont-Ferrand

- Marseille
- Bordeaux
- Nantes
- Lyon

L'organisation et le fonctionnement des CERSD sont prévus dans les articles L. 6142-1, L. 6142-3 à L. 6142-6, L. 6142-11, L. 6142-13 et L. 6142-17 du code de la santé publique. Leur activité est soumise à un référentiel d'évaluation émis par la Haute Autorité de Santé au sujet des projets, de la gestion et de la prise en charge du patient[20]. Ces structures ont trois missions :

- La recherche
- La formation des étudiants et des internes en odontologie
- L'activité de soins (prévention, diagnostic et traitement des maladies buccodentaires)

La prise en charge de l'UO rentre donc dans le cadre de l'activité de soins. Cette dernière repose essentiellement sur les étudiants externes (de la 4ème à la 6ème année d'études) et internes en odontologie. Les étudiants sont en permanence sous la responsabilité de praticiens seniors, qui supervisent la réalisation des soins. Ces praticiens seniors comprennent* :

- Des agents titulaires : Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH) et Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH), Praticiens Hospitaliers (PH)
- Des agents non titulaires : praticiens attachés.

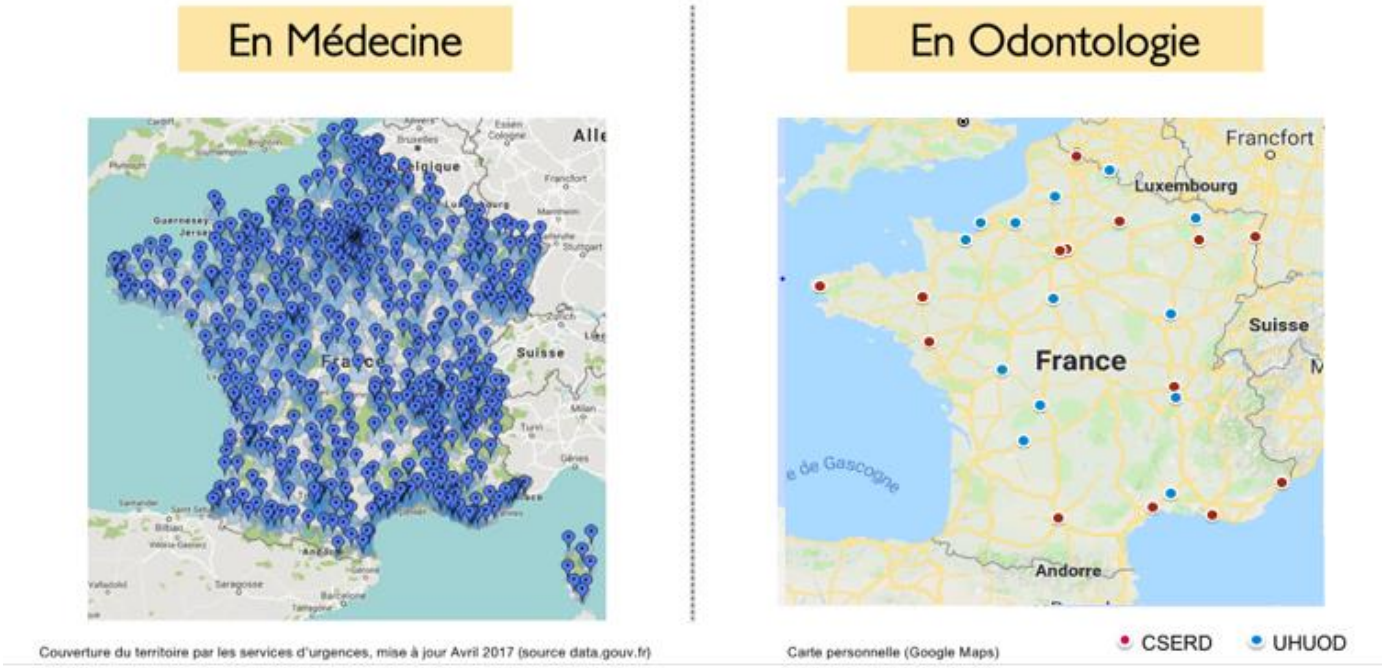
Différents rapports font état de l'hétérogénéité du fonctionnement de ces services. La gestion du personnel, l'organisation du temps médical hospitalier, la transmission des actes effectués à la sécurité sociale et la gestion des rendez-vous font partie des facteurs d'hétérogénéité[21,22].
Il existe également des Unités Hospitalo-Universitaires d'odontologie délocalisées (UHUOD), qui sont des structures associant une faculté d'odontologie et un établissement public de santé[23]. Ces structures sont implantées dans des villes dépourvues de facultés de chirurgie dentaire et ont pour objectif de répondre à des besoins de santé, le plus souvent dans des zones sous-dotées en CD. Elles ont également pour objectif d'augmenter l'attractivité de ces zones auprès des étudiants en chirurgie dentaire[24].

* *http://www.cofemer.fr/rubrique.php?id_rubrique=147*

La première UHUOD a vu le jour à Dijon en 2007 (rattachement faculté de Lyon) et actuellement le nombre d'UHUOD s'élève à 14. Des étudiants de cinquième et sixième année y dispensent des soins sous la responsabilité de praticiens seniors et une offre de soins d'UO peut être disponible. Le nombre de fauteuils de soins au sein de ces structures mais également le nombre de soignants reste cependant limité par rapport aux CSERD.

Si l'on considère les CSERD et UHUOD, on arrive à environ une quarantaine de services odontologiques (SO) susceptibles de proposer du soin d'urgence. Comparé aux quelques 655 services d'urgence généralistes assurant la prise en charge 24heures/24 et 7jours/7 de soins urgents et non programmés et dont plus de 80% appartiennent au service public hospitalier (chiffres 2014), les possibilités de prise en charge hospitalière de l'UO apparaissent bien dérisoires[6] (Figure 1). La conclusion du rapport de la Mission Odontologie commandé en 2003 par le Ministère de la Santé est sans appel : « mis à part quelques rares centres hospitaliers organisés pour la prise en charge des urgences odontologiques, l'hôpital n'assure pas totalement son rôle dans ce domaine »[7]. L'une des pistes évoquées pour améliorer l'accès aux soins d'UO des patients est le développement d'une offre de soins hospitalière qui pourrait suppléer l'offre de soins privée[25–28].

Figure 1. Comparatif entre l'offre de soins d'urgence hospitalière en médecine (chiffres 2014) et en Odontologie (année 2017) en France



2.4. Permanence des soins (PDS)

La PDS est une mission de service public inscrite dans la loi[29,30]. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés – la nuit, les week-ends et les jours fériés. Traditionnellement assurée par les médecins généralistes libéraux, elle recourt parfois à des mutualisations avec le secteur public[†]. La PDS, initialement définie pour les médecins, existe également pour les CD mais dans une version « édulcorée ». En dehors des horaires d'ouverture des cabinets dentaires et centres de santé, une permanence des soins (PDS) libérale a été fixée par un décret paru dans le Journal Officiel le 27 janvier 2015 (décret n°2015/75) :

> Art. R. 6315-7.- Une permanence des soins dentaires, assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé, est organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés. Les chirurgiens-dentistes y participent dans le cadre de leurs obligations déontologiques prévues à l'article R. 4127-245.

L'organisation de la PDS odontologique dans chaque région fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) qui précise le périmètre des secteurs et les horaires sur lesquels elle s'exerce en tenant compte de l'offre de soins dentaires existante, notamment hospitalière, et prévoit les modalités d'accès de la population au praticien de permanence. Cela signifie qu'aucun système type n'est préconisé et on observe une grande hétérogénéité des horaires de réception des patients selon les départements. À titre d'exemple, dans les Alpes Maritimes les gardes s'effectuent les dimanches et jours fériés de 9h à 12h et de 14h à 18h[‡] tandis que dans le Gard le créneau couvert s'étend de 9h à 13h[§]. Le fonctionnement est celui de tours de garde nominatifs mis en place par les Conseils Départementaux de l'Ordre, pour une mobilisation qui n'excède en général pas 2 jours par praticien et par an.

Les difficultés d'accès aux soins d'urgence entraînent un report des consultations sur les services d'urgence généralistes[31–33] qui se retrouvent les plus souvent démunis face à des situations qu'ils sont dans l'incapacité de résoudre de manière satisfaisante[34]. Une PDS odontologiques plus étendue et plus efficace pourrait pallier ce problème qui participe à l'engorgement des SU généralistes.

[†] Source de la définition de la permanence des soins

[‡] http://www.ordre-chirurgiens-dentistes-06.com/

[§] http://www.ordrecd30.fr/urgences.php

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. Méthodologie

L'étude a été conduite sous la forme d'un questionnaire d'enquête destiné à 20 SO rattachés à un CERSD. Il a été créé via Google Form® et le lien permettant un remplissage en ligne a été transmis par mail à la personne en charge de l'organisation des soins d'urgence, à défaut au chef de service. Un premier envoi a été effectué le 11 juin 2018 permettant de recueillir 13 réponses, puis une relance a été transmise aux structures n'ayant pas répondu le 25 juillet 2018 permettant de recueillir 3 réponses supplémentaires.

Le questionnaire se présentait sous la forme de 47 questions réparties en 4 catégories (Annexe) :

- Renseignements généraux sur le service d'odontologie [Question 1 à 9],
- Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine [Question 10 à 25],
- Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient [Question 26 à 37],
- La Permanence Des Soins (PDS) [Question 38 à 47].

Les questions étaient pour la plupart fermées avec une liste de propositions de réponses. Une rubrique réponse « autre » permettait cependant au répondant de donner des réponses alternatives en les explicitant. Enfin des questions ouvertes était proposées en fin des 3 dernières catégories [Questions 25, 37 et 47] pour donner la liberté à l'interlocuteur d'ajouter des informations complémentaires ou de nuancer les réponses apportées.

3.2. Analyses statistiques

Des statistiques descriptives sont présentées sous formes d'effectifs et de pourcentages.

4. RESULTATS

Sur les 20 SO sollicités dans le cadre de cette étude et tous rattachés à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), 16 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 80 %.

4.1 – Caractéristiques générales des SO

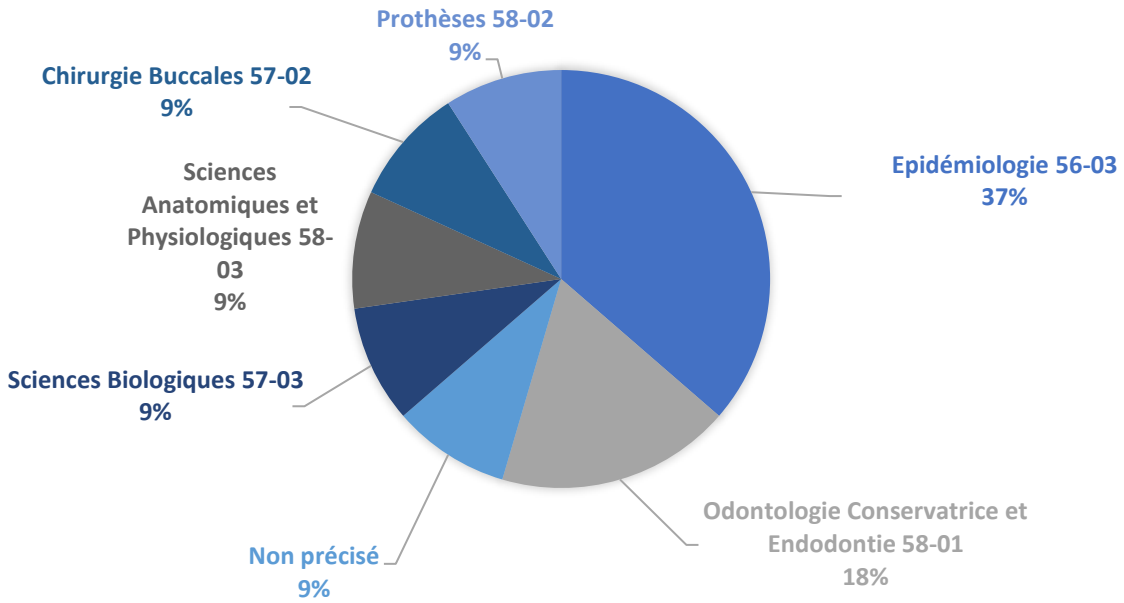
L'ensemble des SO interrogés traite les UO et 87,5 % d'entre eux (14/16) possèdent une unité fonctionnelle spécifiquement dédiée aux urgences.

Dans 68,8 % des services (11/16), l'organisation de la prise en charge des urgences est sous la responsabilité d'une personne spécifique. Les grades des responsables sont :

- MCU-PH à 54,5 % (6/11)
- Praticien Hospitalier sans fonction universitaire à 27,3 % (3/11)
- PU-PH à 18,2 % (2/11)

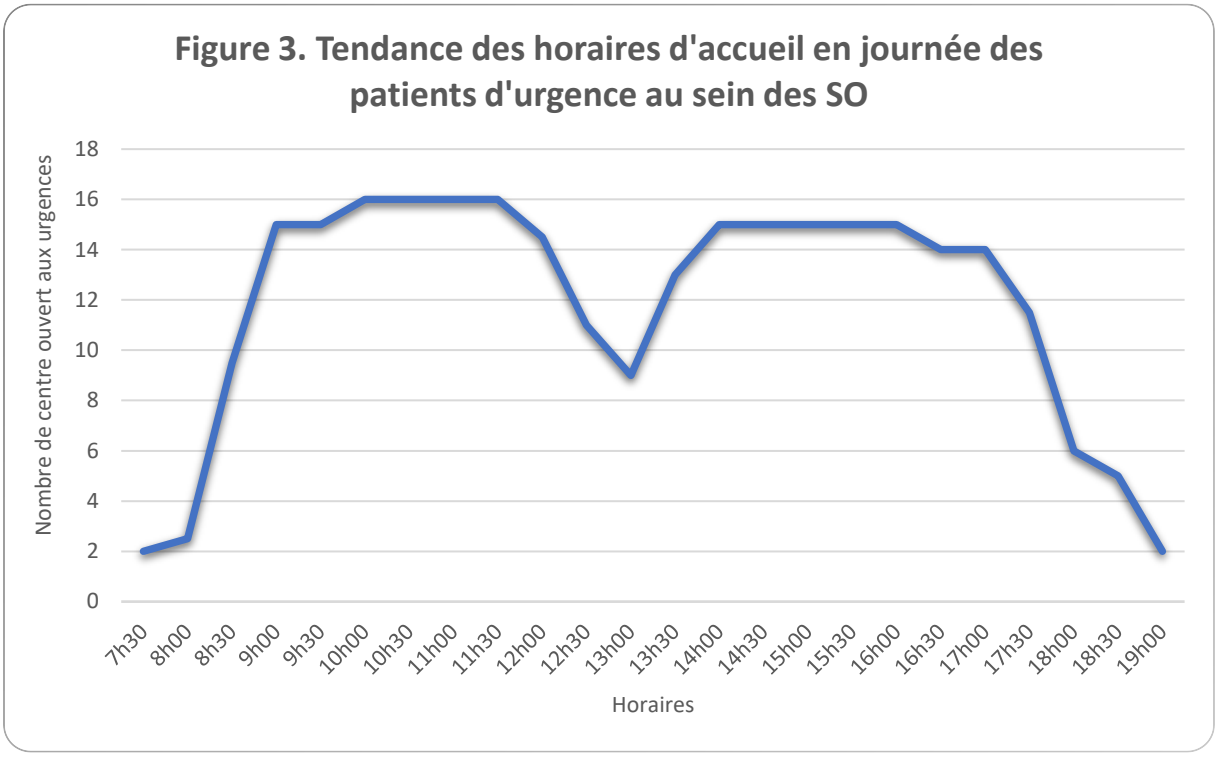
Les deux disciplines les plus représentées parmi les responsables des urgences sont l'Epidémiologie 56-03 (36,4 % soit 4/11) et l'Odontologie Conservatrice et Endodontie 58-01 (OCE) (18,2 % soit 2/11) (figure 2).

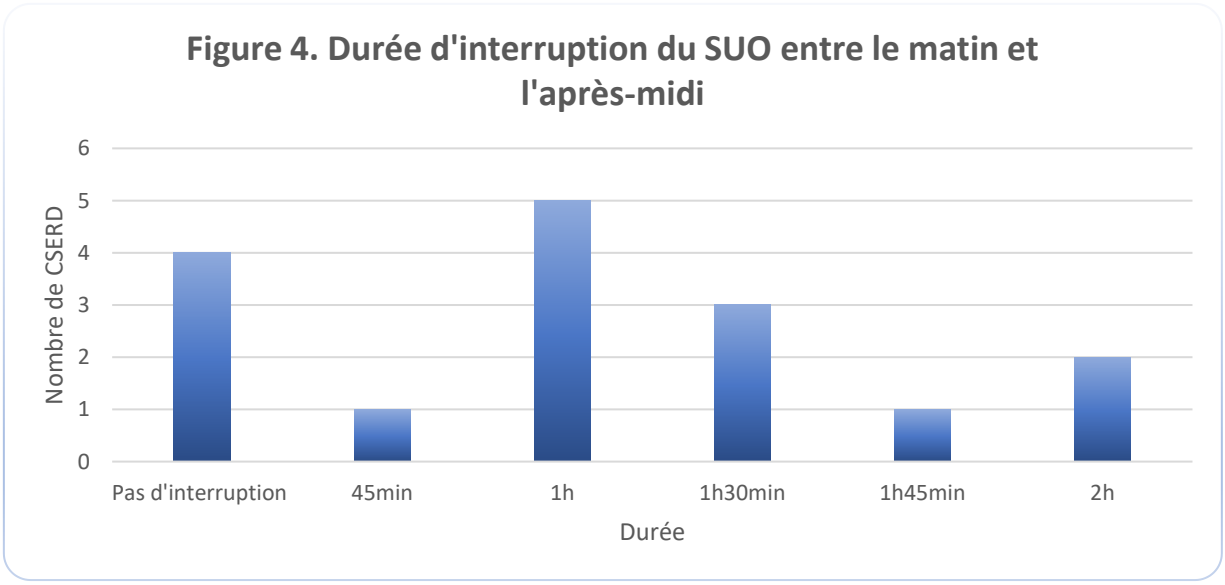
Figure 2. Discipline dont dépend la personne responsable des urgences

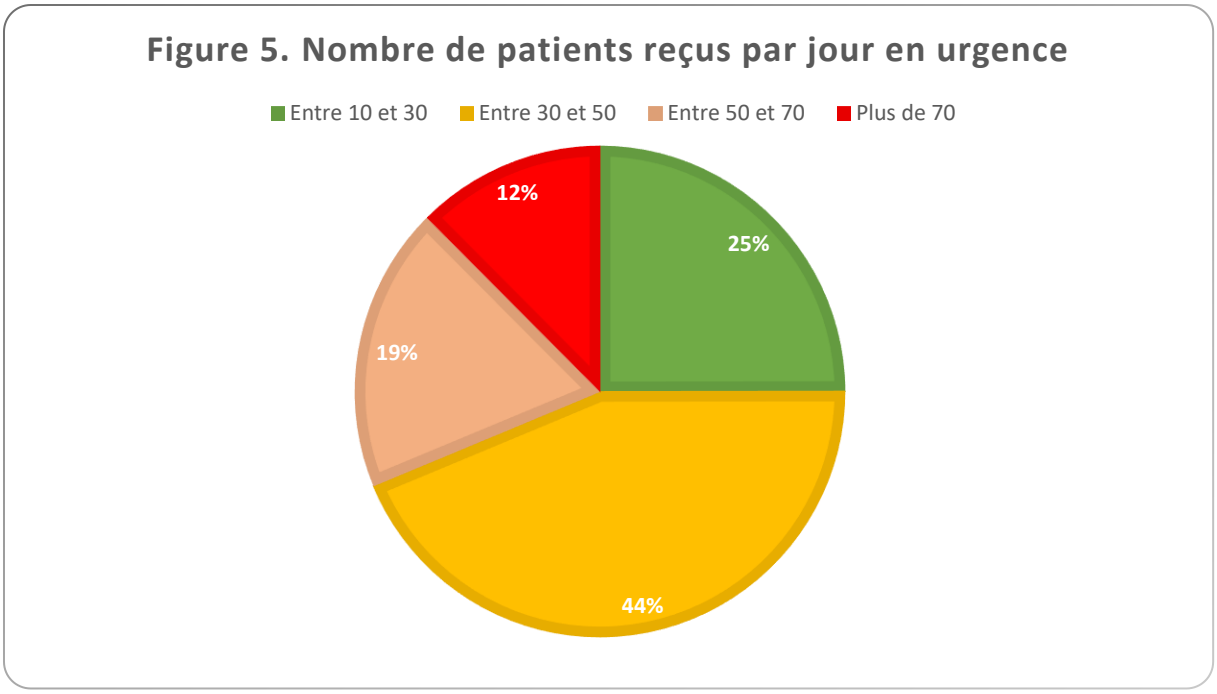


4.2 – Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

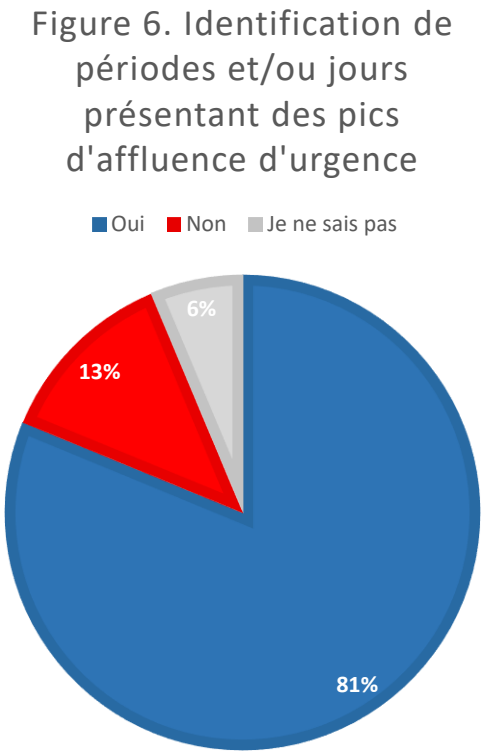
En moyenne, l'accueil en urgence des patients dans les SO commence à 8h45 et se termine à 17h15. L'amplitude de l'activité de soins d'urgence journalière est évaluée aux alentours de 8h (figure 3). Une interruption entre la vacation du matin et de l'après-midi variant entre 45 minutes et 2 heures est observée dans 81,25 % des SO (13/16) (figure 4). Le nombre de patients reçus varie de 10 à plus de 70 patients par jour (figure 5).

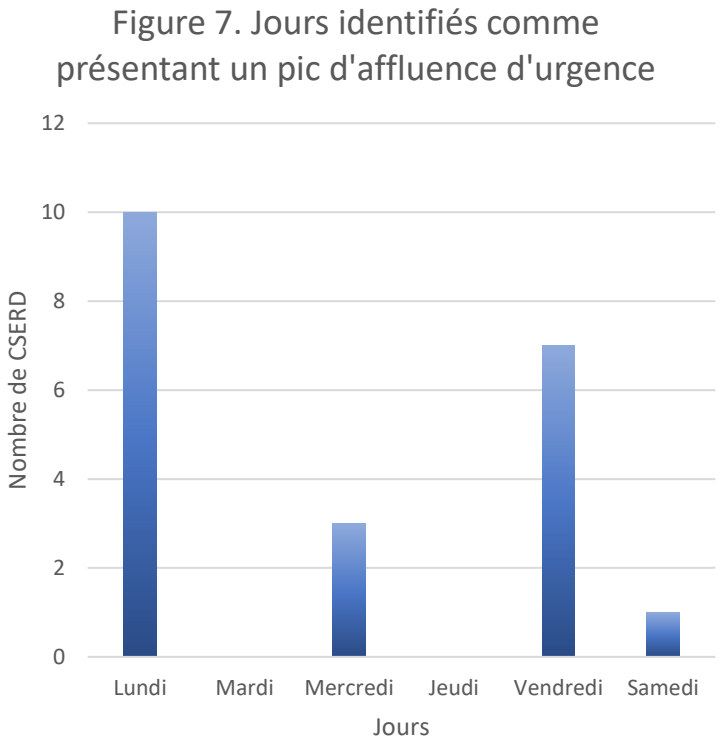




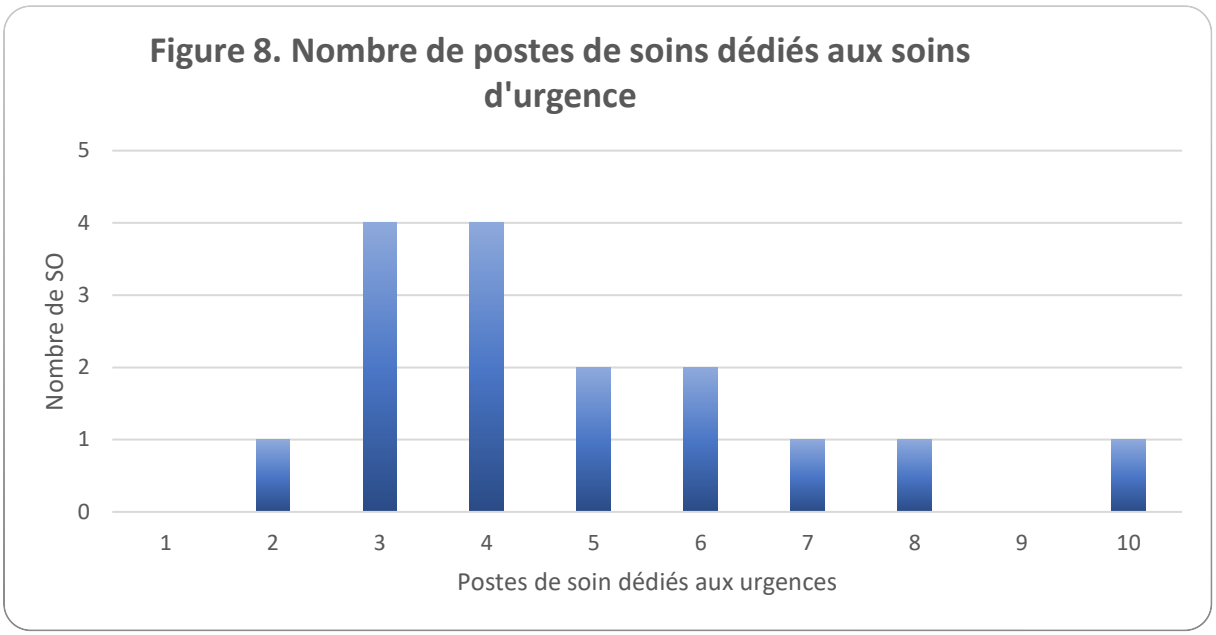


Des pics d'affluence pour des consultations d'urgence sont relevés pour 81,3 % des SO (13/16) (figure 6). Il apparait que le lundi et le vendredi, soit les jours bordant le week-end sont les plus concernés (figure 7).





On dénombre pour la plupart des SO entre trois et six postes de soins dédiés aux soins d'urgence (figure 8).



Pour une vacation d'urgence, le nombre d'étudiants en charge des soins est inférieur à cinq dans 25 % des cas (4/16), entre cinq et dix à 43,8 % (7/16) et plus de dix étudiants à 31,3 % (5/16). Concernant les années d'étude des étudiants réalisant les soins d'urgence :

- 12 SO impliquent des étudiants de 4ème, 5ème et 6ème année,
- 2 SO impliquent uniquement des étudiants de 5ème et 6ème année,
- 1 SO implique uniquement des étudiants de 4ème et 6ème année,
- 1 SO implique exclusivement des étudiants de 6ème année.

Pour 68,8 % des SO (11/16), les internes sont impliqués dans les urgences. Toutes les spécialités sont représentées : la Chirurgie orale à 100 % (11/11), la Médecine Bucco-Dentaire à 100 % (11/11) et l'Orthopédie Dento-Faciale à 90,9 % (10/1). Leur fonction principale est d'aider les étudiants dans les actes diagnostiques et thérapeutiques (90,9 % soit 10/11). Dans 45,5 % des SO (5/11) impliquant des internes, ces derniers prennent en plus personnellement en charge des patients requérant des soins d'urgence.

Concernant l'encadrement des vacations de soins d'urgence, des seniors sont nominativement responsables dans 87,5 % des SO (14/16). Les disciplines majoritairement représentées sont par ordre décroissant :

- la Chirurgie Buccale 57-02 à 75% (12/16),
- l'OCE 58-01 à 68,8 % (11/16),
- la Pédodontie 56-01 à 62,5 % (10/16),
- la Prothèse 58-02 à 62 % (10/16).

Certains SO ont apporté les précisions suivantes :

- L'encadrement des étudiants est aussi assuré par des grades AHU de sciences fondamentales (sciences biologiques, sciences anatomiques et biomatériaux) à Toulouse et Lille
- Dans le SO de Nantes, le fonctionnement s'effectue en binômes d'étudiants encadrés par des seniors gradés AHU, MCU ou PU pendant les vacations du matin et de l'après-midi. L'encadrement des vacations en soirée est assuré par les internes.
- Dans le SO de Reims, seuls les internes sont présents dans le secteur urgences. Lorsque l'avis d'un senior est nécessaire, les étudiants se déplacent dans les unités fonctionnelles des autres disciplines.

4.3 – Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

Les patients peuvent accéder librement aux urgences dans tous les SO et dans 56,3 % de ceux-ci (9/16), les patients peuvent également contacter au préalable le service par téléphone. Les personnes prenant en charge ces appels téléphoniques font partie du personnel non soignant (agents administratifs) dans 55,6 % des cas (5/9), du personnel soignant (externes, internes ou seniors) dans 22,2 % des cas (2/9) et de la collaboration des deux dans 22,2 % des cas (2/9).
À l'arrivée des patients la prise en charge se fait à 43,75 % (7/16) par ordre d'arrivée exclusivement et à 56,25 % (9/16) par ordre de priorité selon évaluation du caractère d'urgence. Parmi les structures ayant mis en place un parcours de soin prioritaire, l'évaluation d'un caractère d'urgence particulier est toujours soumise à l'appréciation du personnel soignant. Elle peut également résulter d'un avis préalable du personnel non-soignant dans 33,3 % des cas (2/6).

Concernant les actes réalisés en urgence :

- 43,8 % des SO (7/16) déclarent ne jamais réaliser de traitement endodontique complet en urgence, même si les conditions s'y prêtent. 56,3 % (9/16) en réalisent parfois (figure 9).

- les extractions sont réalisées en urgence : « jamais » à 12,5 % (2/16), « parfois » à 37,5 % (6/16), « souvent » à 37,5 % (6/16) et « toujours » à 12,5 % (2/16) (figure 10).

Figure 9. Des traitements endodontiques complets sont-ils réalisés dans le cadre de la consultation d'urgence :

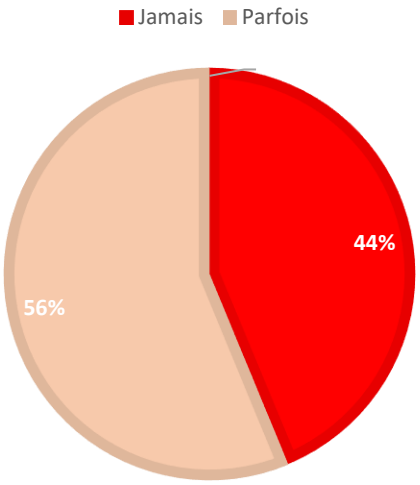
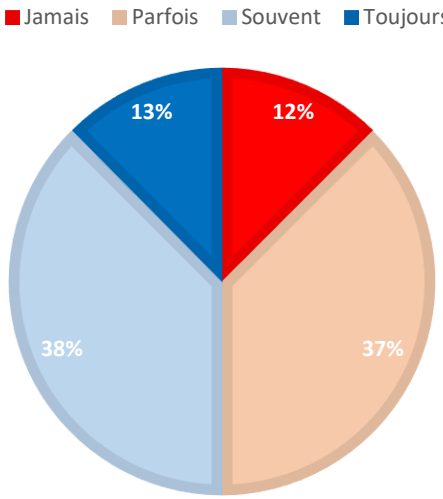


Figure 10. Des extractions sont-elles réalisées dans le cadre de la consultation d'urgence :



Lorsque le soin d'urgence est un soin partiel (ex : pulpotomie ou prescription devant être suivie d'un acte), la programmation du rendez-vous de suite :

- est à l'initiative de l'équipe soignante dans 62,5 % des cas (10/16),
- est laissée à la responsabilité du patient invité à recontacter la structure dans 18,8 % des cas (3/16),
- l'une ou l'autre des solutions en fonction de la situation clinique dans 18,8% des cas (3/16).

Les patients peuvent accéder à une prise en charge globale dans tous les SO par une prise de rendez-vous et/ou par inscription sur liste d'attente. Dans 50 % des centres (8/16), l'accès à une prise en charge globale peut se faire aussi par le biais des urgences.

Devant la demande de consultation en urgence des patients, une sensation de saturation est ressentie par les SO : « jamais » à 6,3 % (1/16), « parfois » à 37,5 % (6/16), « souvent » à 43,8 % (7/16) et « toujours » à 12,5 % (2/16).

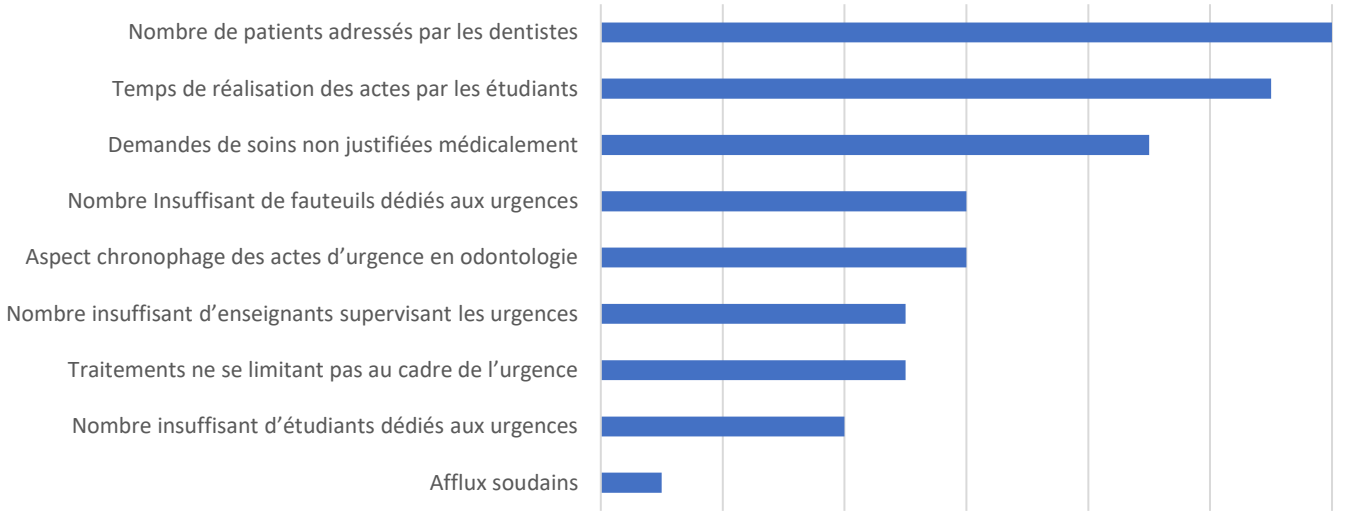
D'après les personnes ayant répondu à l'étude, les trois principaux facteurs favorisant ce phénomène de saturation sont : le nombre de patients adressés par les dentistes (80 % soit

12/15), le temps de réalisation des actes par les étudiants (73,3 % soit 11/15) et l'importance des demandes de soins en urgence non justifiées médicalement (60 % soit 9/15).

Les autres facteurs évoqués, par ordre décroissant, sont (figure 11) :

- Le nombre insuffisant de fauteuils disponibles dédiés à la gestion des urgences (40 % soit 6/15),
- L'aspect chronophage des actes d'urgence en odontologie (40 % soit 6/15),
- Le nombre insuffisant d'enseignants dédiés à la supervision des urgences (33,3 % soit 5/15),
- Les traitements effectués ne se limitant pas au cadre de l'urgence (33,3 % soit 5/15),
- Le nombre insuffisant d'étudiants dédiés à la gestion des urgences (26,7 % soit 4/15),
- Les afflux soudains (6,7 % soit 1/15).

Figure 11. Facteurs ressentis comme favorisant la saturation du service des urgences



Afin d'avoir une vision plus synthétique, quelques-unes des données exposées plus haut ont été regroupées sous forme d'un tableau en y incluant les éléments suivants : la densité de chirurgiens-dentistes par habitant (ordonnée en ordre décroissant) et l'estimation du nombre d'étudiants par promotions (figure 12).

Figure 12. Présentation des SO en fonction des réponses données

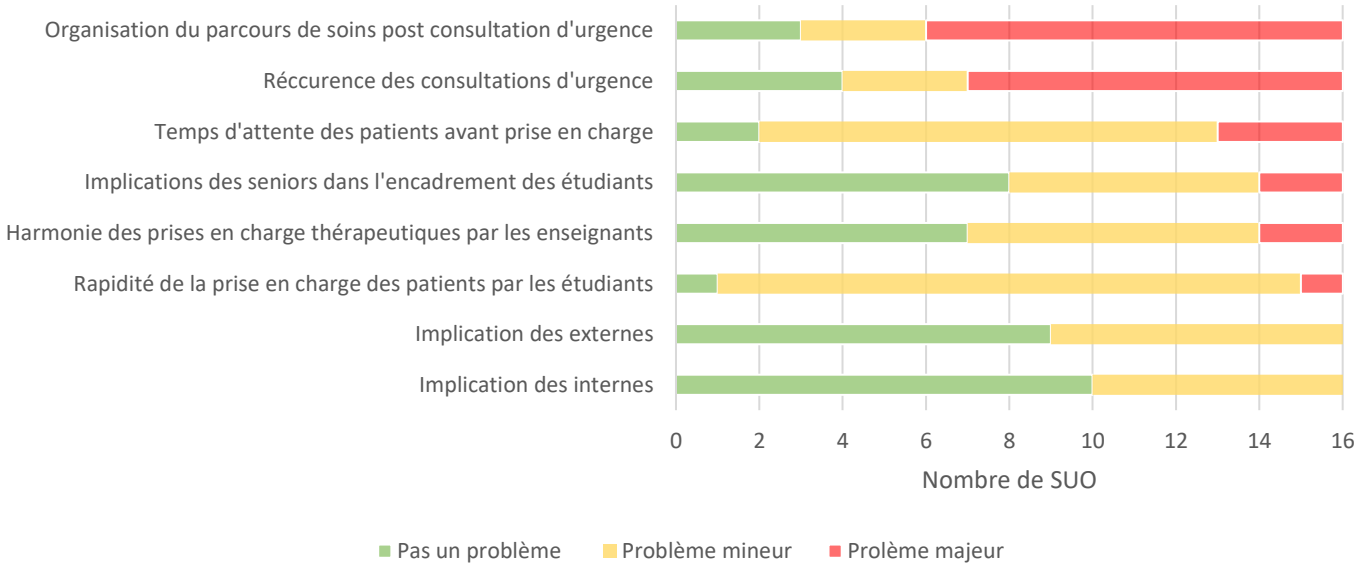
SO	Densité de chirurgiens-dentistes (/100000 habitants)	Nombre de patients par journée	Nombre de fauteuils	Nombre d'étudiants	Sensation de saturation	Estimation d'étudiants par promotion*
Paris 18ème	139,83/100000 : THD	> 10 et < 30	4 à 5	> 5 et < 10	Souvent	≥ 60 et < 90
Paris 13ème	139,83/100000 : THD	> 70	8	> 5 et < 10	Toujours	≥ 60 et < 90
Toulouse	99,11/100000 : THD	> 30 et < 50	6	>10 et < 15	Souvent	≥ 60 et < 90
Montpellier	93,08/100000 : THD	> 70	2	< 5	Souvent	≥ 30 et < 60
Marseille	91,09/100000 : THD	> 50 et < 70	10	> 10 et < 15	Parfois	≥ 60 et < 90
Nice	81,04/100000 : HD	> 30 et < 50	4	> 5 et < 10	Souvent	≥ 30 et < 60
Bordeau	81,22/100000 : HD	> 30 et < 50	2 à 4	< 5	Toujours	≥ 30 et < 60
Clermont-Ferrand	77,89/100000 : HD	> 50 et < 70	5	> 10 et < 15	Souvent	≥ 60 et < 90
Lyon	77,60/100000 : HD	> 30 et < 50	6	> 5 et < 10	Parfois	≥ 60 et < 90
Nantes	72,49/100000 : MD	> 50 et < 70	5	> 5 et < 10	Souvent	≥ 90
Nancy	71,87/100000 : MD	> 10 et < 30	3	> 5 et < 10	Parfois	≥ 90
Créteil	67,89/100000 : MD	> 10 et < 30	4	> 5 et < 10	Parfois	<30
Reims	66,46/100000 : MD	> 30 et < 50	4	> 10 et < 15	Parfois	≥ 30 et < 60
Brest	64,24/100000 : MD	> 30 et < 50	3	< 5	Parfois	≥ 30 et < 60
Lille	56,16/100000 : MD	> 30 et < 50	7	> 10 et < 15	Souvent	≥ 90
Colombes	51,86/100000 : MD	> 10 et < 30	3	< 5	Jamais	<30

THD : Très haute densité - HD : Haute densité - MD : Moyenne densité

*Estimation basée sur le numerus clausus en odontologie de 2014

Différents items ont été proposés concernant les problèmes éventuellement rencontrés dans la prise en charge des patients au sein des SO. Les répondants pouvaient les qualifier de problèmes majeurs, mineurs ou les considérer comme n'étant pas un problème rencontré (figure 13).

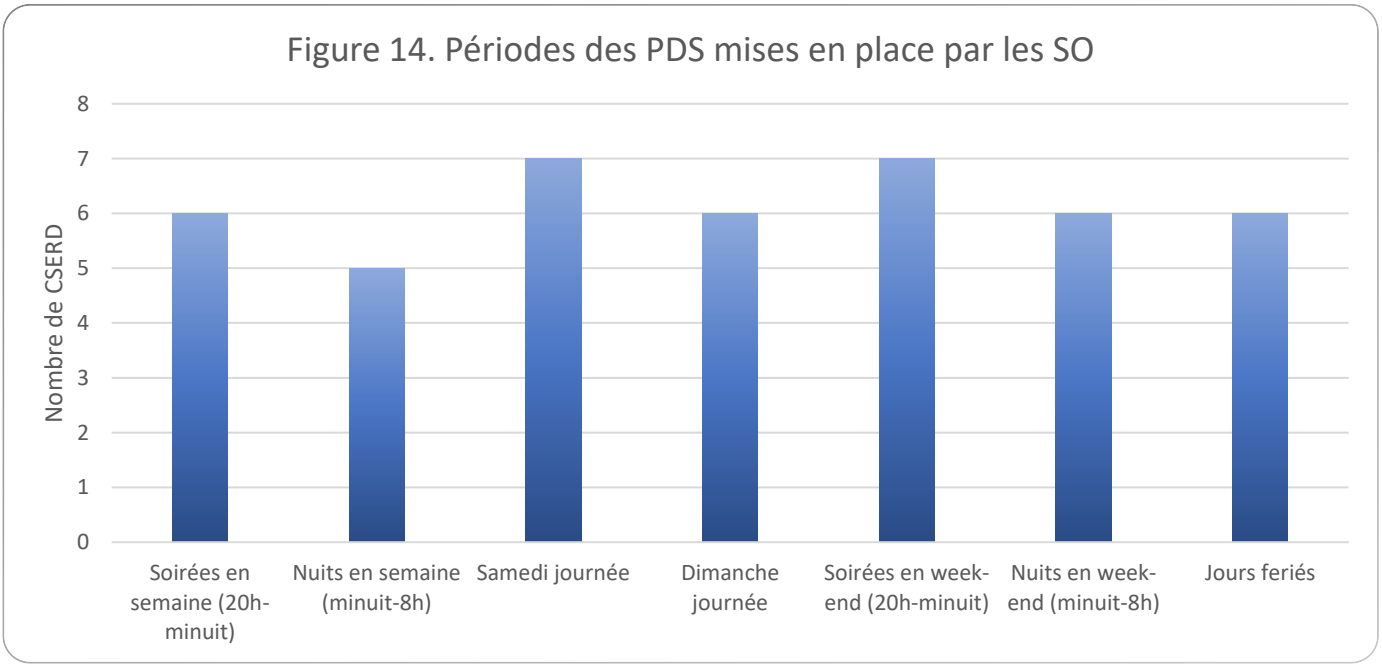
Figure 13. Problématiques rencontrées au sein des services d'UO



4.4 – La question de la permanence des soins (PDS)

Il existe une PDS dans 50 % des SO (8/16) et elle est envisagée dans 25 % des centres n'en possédant pas (2/8, Marseille et Nancy). Les périodes couvertes par la PDS dans les différents SO sont détaillées dans la Figure 14.

Figure 14. Périodes des PDS mises en place par les SO



50 % SO (4/8) ayant une PDS ont une prise en charge qui couvre toutes ces périodes, assurant ainsi une prise en charge d'urgence 24h/24 et 7j/7, ce qui représente 25 % (4/16) de l'ensemble des SO.

Cette PDS est organisée dans les urgences générales pour 62,5 % (5/8) et dans les services d'urgence odontologique pour 37,5 % (3/8). Concernant les deux SO assurant une PDS 24h/24 et 7j/7, celle-ci est assurée dans les urgences générales dans un cas et dans les services d'urgence odontologique dans le deuxième SO.

L'accès des patients à la PDS se fait librement dans 50 % des SO (4/8), uniquement par appel téléphonique pour 25 % des SO (2/8) et les deux modalités sont possibles pour 25 des % SO (2/8). Lorsque l'accès se fait par appel téléphonique un numéro spécifique aux UO est disponible pour 75 % des SO (3/4). L'accès peut se faire aussi en contactant le SAMU pour 25 % des SO (1/4).

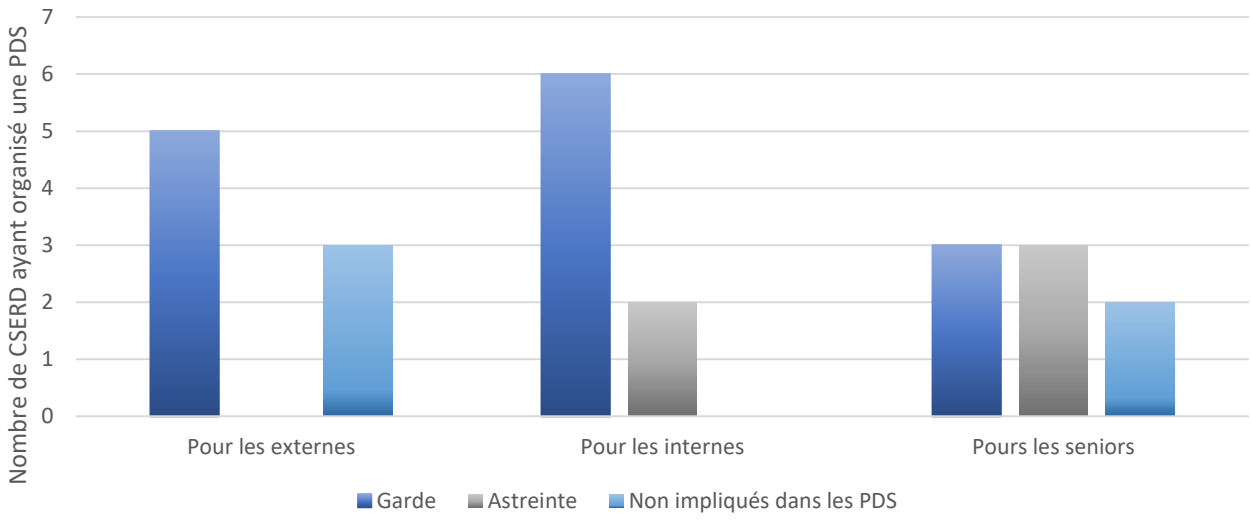
Cet appel téléphonique est réceptionné par :

- le personnel non-soignant pour 50 % des SO (2/4),
- le personnel soignant odontologiste pour 25 % des SO (1/4),
- les deux types d'interlocuteurs pour 25 % des SO (1/4).

Concernant les praticiens impliqués dans la PDS, il s'agit d'internes pour 87,5 % des SO (7/8), d'externes pour 62,5 % (5/8) et de seniors pour 62,5 % (5/8).

La PDS peut être sous forme de garde ou d'astreinte. Ceci varie selon les SO et le statut des praticiens impliqués (figure 15).

Figure 15. Forme de la PDS



5. DISCUSSION

Ce travail avait pour objectif d'analyser l'offre de soins au sein des CSERD et d'identifier les difficultés relatives à la gestion hospitalière de l'UO. Il a permis de mettre en évidence que les SO souffrent de problématiques communes en matière d'organisation des soins d'urgence en journée. Il a également souligné la disparité existante concernant la PDS, tant sur l'existence même du dispositif que sur les modalités de mise en œuvre.

En France, l'offre de soins publique en odontologie est assurée par les CSERD mais également les UHUOD. Certaines de ces structures proposent des soins d'urgence et nous avions réfléchi à la possibilité de les inclure dans cette étude. Cependant, les UHUOD présentent des caractéristiques et des modes de fonctionnement trop éloignés des CSERD, ce qui n'aurait pas permis de proposer un questionnaire unique et donc d'obtenir des éléments de réponse autorisant la comparaison. C'est pour cette raison que nous avons choisi de centrer cette enquête sur les CSERD. Sur les 20 questionnaires envoyés, 16 structures ont participé, soit un taux de réponse de 80 % semblable à ce qui était retrouvé dans une étude comparable[35]. Cette discussion a également été enrichie à l'aide d'un document qui nous a été gracieusement fourni par le Dr Vergnes et qui détaille la prise en charge des urgences au sein du SO de Toulouse.

5.1. Caractéristiques générales des SO

Tous les SO interrogés proposent un accueil des patients pour des soins d'urgence et la majorité d'entre eux (14/16) disposent d'une unité fonctionnelle (UF) spécifiquement dédiée aux urgences. Créées et définies par le décret n°83-744 du 11 août 1983, les UF sont des « structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médicotechnique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation ». Elles sont la plus petite unité de production identifiée dans un établissement de santé[36].

L'existence d'une « UF urgence » peut permettre une meilleure quantification de l'activité relative aux soins d'urgence mais également d'identifier de manière officielle la personne qui sera en charge de la bonne marche de cette UF. Pour les deux SO ne disposant pas D'UF spécifique (Paris 18° et Bordeaux), il n'est pas non plus déclaré de personne nominativement responsable de l'organisation des soins d'urgence. Cependant, il en est de même pour les SO de Brest et Colombes (92) disposant pourtant d'une UF urgence. Notre enquête ne nous permet

pas de dire si ces 4 SO connaissent plus de difficultés que les autres pour organiser les soins d'urgence.

Les deux disciplines majoritaires auxquelles appartiennent les responsables des soins d'urgence sont l'Épidémiologie 56-03 (37 %) et l'OCE 58-01 (18 %). La prédominance de l'Épidémiologie 56-03 peut s'expliquer par les enjeux de santé publique que représentent les urgences odontologiques mais également du fait des questions d'éthique et de droit qui peuvent se poser pendant la prise en charge des urgences. Par ailleurs, les consultations ont pour motif majoritaire les pathologies endodontiques[37,38], ce qui peut expliquer que l'OCE 58-01 soit la seconde discipline la plus représentée parmi les responsables d'urgence. Le fait de ne pas avoir de senior présent en permanence dans le secteur urgences a été pointé par un SO comme source de manque de contrôle sur la présence et l'activité des externes.

5.2. Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

Tous les SO interrogés dédient quotidiennement un certain nombre de postes de soins à l'accueil des patients d'urgence ainsi qu'un pool d'étudiants chargés de ces soins. Cela montre une volonté d'intégration pérenne de l'UO dans l'activité de soins ainsi qu'une reconnaissance de sa spécificité. L'amplitude des horaires de prise en charge des urgences en semaine est apparue relativement homogène entre les CSERD. La très grande majorité des SO reçoivent les patients sur les plages horaires 9h-12h et 14h-17h, limite au-delà de laquelle on note une forte diminution de l'offre de soins d'urgence. Il est intéressant de noter que contrairement à un service d'urgence généraliste, il existe de manière fréquente une interruption de la prise en charge des patients entre la vacation du matin et de l'après-midi allant de 45 minutes à 2h (13 SO/16). Il serait utile de s'interroger sur la perte de chance que cette interruption de soin peut constituer en particulier dans les situations de traumatismes dentaires où le pronostic devient dans certains cas moins favorable après 1 heure[39].

Au vu de la fréquentation de ces services d'urgence par les patients, il semble que le service médical rendu soit important. Ainsi, le SO de Marseille reçoit quotidiennement entre 50 et 70 patients d'urgence tandis que dans le même temps les services d'urgence généralistes de la ville traitent environ 230 patients par jour[40]. Des pics de fréquentation sont identifiés par les SO essentiellement les lundis et les vendredis. Ces périodes de forte affluence des patients qui bordent en général les week-ends et jour fériés sont décrites dans les services d'urgence généralistes[41] mais également dentaires[37,42,43]. Notre enquête n'interroge pas les SO quant à

l'existence éventuelle d'aménagements dans l'organisation du service sur ces jours précis. Le SO de Toulouse a mis en place un « code rouge » déclenché par le praticien encadrant lorsque l'afflux des patients en urgence est important »[44]. Il s'agit de réquisitionner tout fauteuil non occupé ainsi qu'étudiants et encadrants non occupés à une activité de soins pour prêter main forte. Il pourrait cependant également être pertinent d'anticiper ces afflux et d'envisager une organisation « à géométrie variable » en fonction de ces périodes identifiées à risque de forte affluence. Cela pourrait prendre la forme d'une augmentation systématique du nombre de soignants et des fauteuils de soins disponibles pour les urgences, mais également d'un renforcement de l'équipe encadrante tout en gardant à l'esprit la nécessité (et la difficulté) de ne pas nuire à l'activité de soins programmés.

5.2.1 Discussion autour d'un ressenti de « saturation » par les SO

Dans l'hypothèse où la prise en charge hospitalière de l'UO pourrait se généraliser, il nous paraissait intéressant d'interroger les SO sur le ressenti ou non d'un phénomène de saturation. Tous les SO interrogés sauf un évoquent un sentiment de saturation récurrent vis-à-vis des demandes de soins d'urgence. Or, nous pouvons nous attendre à ce que dans le temps, et comme c'est le cas pour les urgences généralistes, cette fréquentation augmente. En effet, il existe ces dernières années, un net accroissement du recours aux services d'urgence généralistes doublé d'une augmentation des admissions pour des motifs de soins considérés comme « non-urgents »[14,45,46]. La fréquentation des services d'urgence hospitaliers est favorisée par la facilité d'accès aux soins que représentent ces services, mais également par la difficulté que les patients peuvent rencontrer pour bénéficier d'une prise en charge en secteur privé[45,47].

Dans notre enquête, le premier facteur de saturation des SO ressenti est **le fait que des CD du secteur privé adressent leurs patients à l'hôpital pour les soins d'urgence**. Le même facteur de saturation a été identifié au sein des SU généralistes[14] et un possible désengagement des médecins de ville vis-à-vis des urgences a été pointé du doigt dans un rapport du Sénat datant de 2018[48]. Il est d'ailleurs intéressant de noter que parmi les 5 SO déclarant la plus forte fréquentation journalière (plus de 50 patients par jour), 4 se situent dans des zones présentant une densité professionnelle extrêmement favorable[49]. Cette constatation n'est pas sans soulever des questions : un transfert de la responsabilité de l'urgence du secteur privé vers le secteur public serait-il à craindre en cas d'extension massive de l'offre de soins d'UO en milieu hospitalier ? L'accueil des patients en urgence est une contrainte pour les praticiens exerçant en

structure privée dans le sens où elle est un facteur de désorganisation de l'activité de soins programmés. Face à cette problématique, les services d'urgence des SO représentent une solution d'orientation facile des patients.

Au-delà du risque évident de saturation des SO qui peuvent nuire à la qualité des soins, il est essentiel de poser la question du temps de la post-urgence. En effet, les soins d'urgence sont le plus souvent des traitements de temporisation et la fréquence à laquelle les patients accèdent par la suite à des traitements plus complets est une question non résolue[27,50,51]. Les conséquences de ces traitements partiels peuvent être plus ou moins sérieuses, allant d'une nouvelle consultation en urgence à des complications nécessitant une hospitalisation[52] voire conduisant dans un nombre de cas (heureusement faible mais cependant bien réel) au décès[9,10,53]. Ce parcours de soins post-urgence est apparu comme une préoccupation majeure des SO (10/16). Dans les circonstances actuelles, aucun SO en France n'est capable d'assurer un suivi à l'ensemble des patients reçus dans le cadre de l'urgence. Le premier facteur limitant est humain : si l'on considère l'exemple du SO de Marseille, entre 50 et 70 patients sont reçus par jour en urgence dont la plupart nécessiteront d'être revus ne serait-ce que pour terminer les soins d'urgence tandis que moins de 350 étudiants en odontologie et praticiens hospitaliers sont en capacité de leur proposer une suite de soins. Le suivi hospitalier ne pourra donc être réservé qu'à une poignée de patients du fait du peu de moyens humains disponibles. La question de la possible mise en relation des patients avec des praticiens exerçant dans le privé reste posée, et la difficulté d'assurer une continuité des soins nous semble devoir être mis en questionnement lorsqu'on envisage l'extension de l'offre des soins d'UO. Celle-ci ne doit en aucun cas conduire à une généralisation de la prise en charge des UO en milieu hospitalier qui verrait un désengagement de l'offre de soins privée, mais au contraire, la renforcer et la suppléer. La prise en charge des patients en secteur privé peut être un premier pas vers l'établissement d'une relation de soins durable avec un CD. C'est au moment de la formation des étudiants qu'il est indispensable de les sensibiliser à cette problématique et à l'aspect déontologique de la prise en charge du patient en urgence. Il est à ce titre intéressant de constater que la majorité des SO (12/16) impliquent les étudiants dès le début de leur activité clinique.

Le second facteur de saturation décrit au sein des SO est lié au **temps de réalisation des soins d'urgence par les étudiants**. Il est cependant nécessaire que les étudiants fassent leur apprentissage à un rythme qui ne risque pas d'influer négativement sur la qualité des soins prodigués et leur permette de relier l'aspect théorique et pratique de l'urgence. Sur ce point, des

études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent un besoin de renforcer l'enseignement de la gestion des urgences, et plus particulièrement l'urgence pédiatrique[35,37,54]. Par ailleurs, les actes d'urgence sont reconnus intrinsèquement chronophages par 40% des SO interrogés. Certains moyens pourraient cependant être envisagés pour optimiser le timing de prise en charge des patients :

- Renforcer l'encadrement des étudiants afin de guider au mieux la prise en charge des patients : un nombre insuffisant d'enseignants encadrant les soins d'urgence était pointé par 5 SO sur les 15 déclarant une sensation de saturation. Or, la présence d'un senior qui servira de référent peut se révéler précieuse lors des étapes de diagnostic et traitement mais également pour gérer le flux des patients au fil de l'eau. Par ailleurs, la participation des internes aux soins d'urgence peut être considérée comme une ressource humaine importante. Sur l'ensemble des SO interrogés, 5 n'impliquent pas les internes dans ces vacations.
- Recourir à des protocoles de prise en charge standardisés dans la mesure où il existe une certaine récurrence dans le type d'actes réalisés en urgence. Ces protocoles de prise en charge sont déjà présent pour les infirmiers[55], pour la prise en charge de la douleur[56], en pédiatrie[57]... Notre étude n'interroge pas les SO sur la mise en place de protocoles thérapeutiques.
- Envisager des thérapeutiques se limitant strictement au geste d'urgence : le fait que les soins entrepris auraient pu être différés est cité comme facteur de saturation par 5 SO/15. Il s'agit de revenir à l'objectif de la prise en charge en urgence qui n'est pas forcément d'apporter au patient une solution thérapeutique pérenne mais d'assurer la résolution de symptômes douloureux et/ou infectieux majeurs. Dès lors que la symptomatologie n'est pas spontanée, il parait possible de programmer les soins nécessaires sur une séance ultérieure. Par ailleurs, les patients eux-mêmes ne sont pas toujours demandeurs d'une intervention immédiate, être rassuré par un professionnel de santé peut être tout aussi satisfaisant dans un premier temps[58–60]. Alors comment expliquer qu'il soit parfois choisi de réaliser en urgences des actes auxquels il serait possible de surseoir ? Mener à bien des actes complets dans le contexte de l'urgence est un service rendu important pour le patient et permet également de limiter les consultations pour le même motif[51]. Cela pourrait être ainsi en partie motivé par la difficulté d'organiser le parcours de soins des patients suite à la première consultation et par la question des urgences dites récurrentes. En effet, ces éléments sont cités comme une problématique majeure de l'organisation des soins d'urgence par presque 2/3 des SO interrogés. La moitié des SO

ont déclaré réaliser fréquemment les extractions le jour de la consultation d'urgence. La réalisation de traitements endodontiques complets est beaucoup plus anecdotique (53,3 % parfois et 46,7 % jamais), en adéquation avec ce qui est rapporté dans une étude similaire[35]. Ce différentiel de traitement entre les actes d'avulsion et d'endodontie peut trouver son explication dans le temps nécessaire à ces thérapeutiques, et ce d'autant plus lorsque les soins sont réalisés par des étudiants[61,62].

Autre facteur de saturation fréquemment cité (plus de la moitié des SO interrogés) : **l'importance des demandes de soins en urgence jugées « non médicalement justifiées »**. On se heurte ici à la difficile définition de l'urgence et à la confrontation de l'objectivité du soignant face à la subjectivité du soigné. Malgré tout, un triage en amont de la consultation pourrait permettre aux praticiens d'orienter les patients en fonction de la nature et du degré estimé de l'urgence pour limiter la saturation des SO. Le triage ne doit pas être considéré comme un filtre qui contreviendrait aux principes éthiques de bonne prise en charge des patients, mais comme une orientation initiale permettant de fournir à ces derniers les soins les plus en adéquation avec leurs demandes et leurs pathologies. Lorsque les douleurs ne sont pas paroxystiques, il a été montré que la demande principale des patients peut être d'être rassurés quant cause de leurs douleurs et à l'absence de gravité de la situation[58]. Une étude de 2005 a conclu qu'un quart des patients consultant en urgence se seraient satisfaits d'un conseil téléphonique assorti d'une proposition de rendez-vous programmé[58]. Ce triage peut être envisagé en deux étapes : un triage ex situ, c.à.d. en amont de la venue des patients et un triage in situ c.à.d. au moment de leur arrivée.

Le triage ex situ peut prendre la forme d'une permanence téléphonique qui permet de renseigner et d'orienter le patient à distance. Le triage téléphonique est parfaitement bien intégré à l'exercice de la médecine d'urgence au niveau international[63,64]. Ce triage ne pouvant se faire subjectivement, des échelles d'évaluations sont nécessaires pour un jugement efficient et objectif. Actuellement en urgence générale, aucun outil de triage n'est validé de façon consensuel au niveau international[65]. Cependant certains pays possèdent des outils validés au niveau national[66–70] accompagnés de formation et protocoles stricts[63,64]. Si le triage n'est pas nécessairement sa fonction première, un accueil téléphonique des urgences est présent dans 9 SO/16. L'existence d'une régulation ex situ pourrait ainsi permettre une meilleure gestion de la venue des patients et il a été montré que le triage téléphonique peut être réalisé par des personnels non odontologistes avec efficacité et satisfaction pour les patients[71], comportant néanmoins un risque d'erreurs par sous ou sur évaluation des situations.[72]

Le triage in situ peut être envisagé en complément du triage en amont de la consultation et il permet à l'arrivée des patients d'évaluer la gravité de l'urgence, d'établir une priorité au niveau du traitement et d'éventuellement modifier le parcours patient pour éviter l'encombrement du service. Dans notre enquête, 9 SO/16 évoquent la possibilité d'un passage prioritaire de certains patients sans savoir quels sont les éléments pris en compte : simple anamnèse du patient ? Examen clinique ? Autres critères ? Le SO de Montpellier évoque l'existence d'une régulation suite à un entretien individuel entre patient et étudiant, sans examen clinique. Le SO de Toulouse a quant à lui établi 4 degrés de priorité définis comme suit :

- Priorité 1 : urgence vitale (exemple : difficultés respiratoires consécutives à un phénomène infectieux d'origine dentaire)
- Priorité 2 : risque infectieux non vital et/ou douleur aiguë (exemple : douleur dentaire de type pulpite)
- Priorité 3 : douleur chronique, inquiétude, préoccupations.
- Priorité 4 : demande de prévention, d'information.

Ce triage in situ présente les avantages suivants :

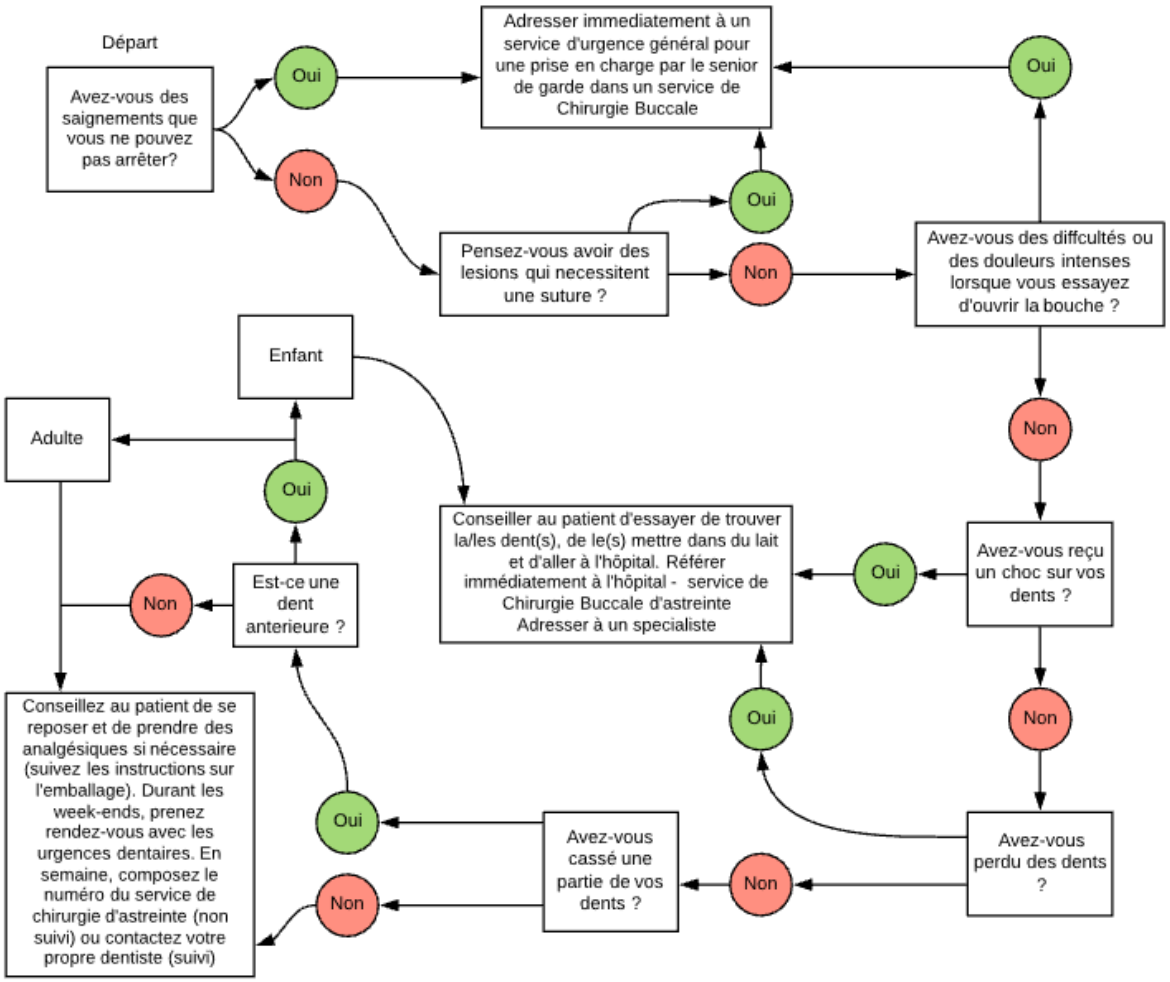
- Une prise en charge prioritaire pour les cas les plus graves[70]
- Un gain de temps dans les prises en charge diminuant ainsi l'anxiété d'attente pour les patients[73].

Il présente également des inconvénients :

- Le temps de formation et d'apprentissage du personnel impliqué dans le triage, et surtout lorsque celui-ci repose sur du personnel non soignant,
- Le cadre protocolaire à mettre en place.

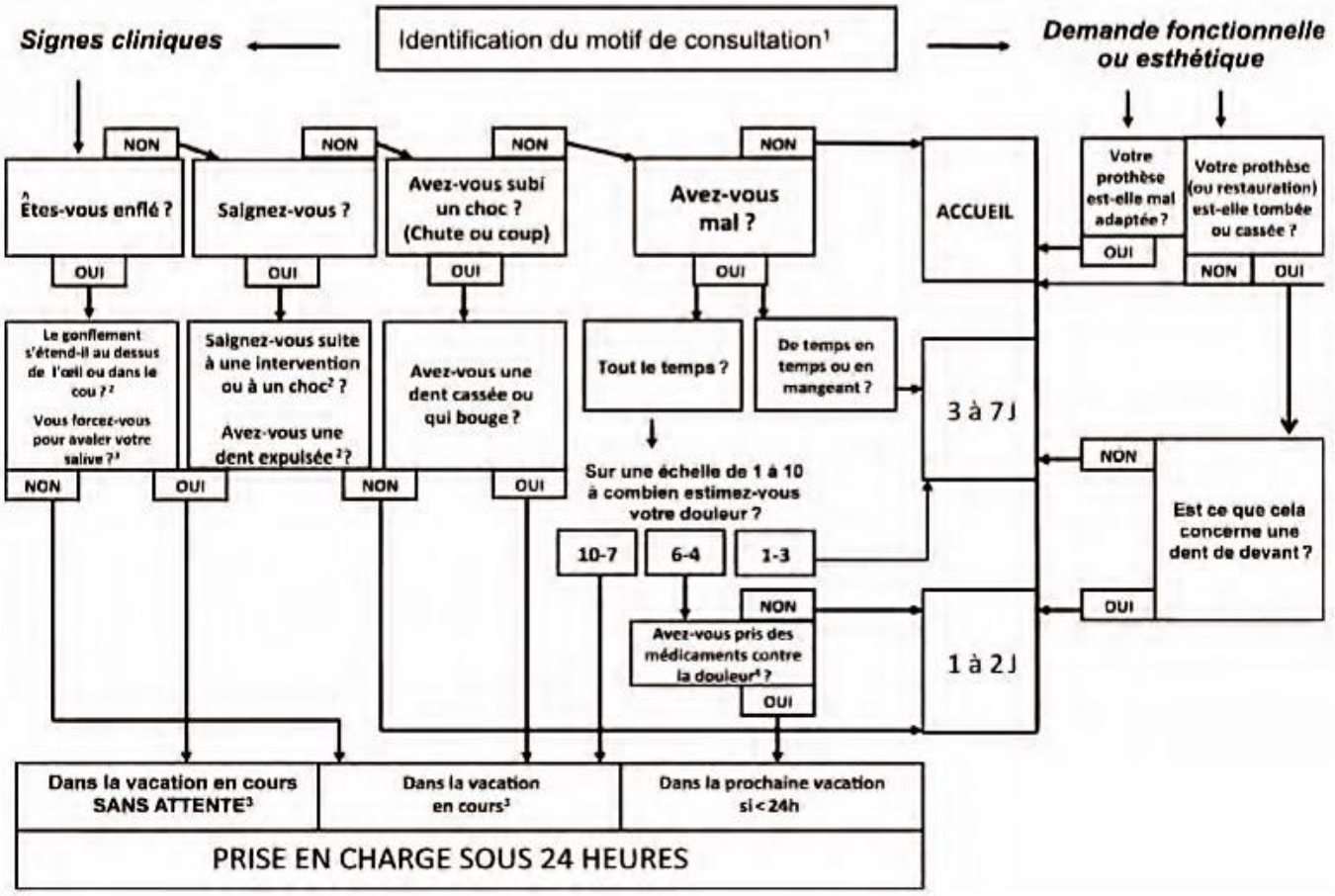
Le triage et les outils de triage ayant prouvé leur efficacité en urgence générale, il pourrait être souhaitable que de ce point de vue le fonctionnement des départements d'urgence au sein des SO soit harmonisé au niveau national. Nous avons trouvé dans la littérature deux outils qui nous semblent intéressants et qui peuvent être mis en œuvre à la fois ex situ et in situ. Topping propose ainsi en 2005 un outil de triage adapté à l'exercice dentaire dont la traduction est présentée ci-dessous[74] (figure 16). En plus de la définition d'un caractère d'urgence, l'objectif de cet outil est également d'éviter la venue des patients dans les services d'urgence générale.

Figure 16. Outil de triage selon Topping et al.



Dans le SO de Clermont-Ferrand un outil d'orientation a été élaboré et testé pour 300 patients[75]. Cet outil est axé sur la définition d'un délai de prise en charge (figure 17). Les résultats montrent un manque de sensibilité dans la définition des délais les plus long mais une spécificité satisfaisante dans tous les cas.

Figure 17. Outil de Régulation des Urgences Odontologique (ORUO Version 1) selon Pegon-Machat et al (72).



[1] Si le motif est une altération de l'état général et/ou un trismus sévère : orienter le patient dans la vacation en cours sans attente.
[2] Si le patient répond oui à l'une des deux questions : orienter le patient dans la vacation en cours sans attente.
[3] En dehors des horaires d'ouverture de l'UF : sollicitation d'un interne.
[4] En cas d'automédication, il est considéré qu'il s'agit d'un antalgique pris à dose efficace.

Enfin, parmi les facteurs de saturation, certains SO déclarent un **nombre de fauteuils et/ou d'étudiants insuffisants dédiés aux soins d'urgences**. Ces SO déclarant un nombre insuffisant d'étudiant possèdent généralement un faible nombre d'étudiant par promotion. Ce dernier paramètre peut être plus difficile à contrôler dans la mesure où les SO doivent maintenir une juste répartition des ressources entre l'activité de soins programmés et non programmés tout en tenant compte des contraintes propres à chaque structure.

5.3. La permanence des soins (PDS) au sein des CSERD

Nous l'avons évoqué au début de ce travail, la PDS en odontologie est actuellement majoritairement libérale et extrêmement limitée en termes de plage horaire. Il est attendu que comme c'est déjà le cas en médecine la PDS pourrait s'organiser sur la base d'une coordination efficace entre secteur public et secteur privé. C'est pourquoi nous avons voulu réaliser un état des lieux de la PDS actuelle au sein des CSERDS.

Notre enquête a permis d'établir que la tendance est à la généralisation de la PDS au sein des SO : sur les 16 services interrogés, une PDS est déjà organisée dans 8 SO et elle est envisagée à Nancy et Marseille. Parmi les CERSD n'ayant pas encore mis en place de PDS, certains ont évoqué en commentaire les raisons suivantes : les difficultés voire l'impossibilité d'organiser la PDS au sein du service dentaire, le refus du CHU d'organiser la PDS odontologique ou encore le fait qu'elle n'est pas considérée comme nécessaire car il n'y a pas d'urgence vitale. Ces éléments pointent deux éléments : les contraintes organisationnelles majeures liées à la spécificité de ces soins mais également la relativité de l'UO par rapport à l'urgence médicale qui peut conduire à sa déconsidération.

Pourtant, l'UO constitue un véritable problème de santé publique et dans la dynamique actuelle de médicalisation de l'odontologie, il semble nécessaire d'envisager une extension de la PDS odontologique pour toutes les raisons suivantes :

- l'absence de PDS conduit les patients à consulter dans les services d'urgence généralistes qui se trouvent impuissants devant ces situations nécessitant savoir et instrumentation spécifique[51,76].
- le risque vital n'est pas exclu en odontologie : l'absence de prise en charge adéquate peut engendrer des complications graves conduisant à l'hospitalisation des patients[77] voire à un décès[9].
- les pathologies dentaires occasionnent pour les patients des douleurs paroxystique pouvant conduire à des manœuvres d'auto soin[77] et d'auto médication[78,79] aux conséquences parfois graves. Une étude menée dans un service d'urgence généraliste de Sheffiel a établi en 2015 que 41% des overdoses non-intentionnelles de paracétamol étaient dues à des douleurs dentaires[80].
- les situations de traumatisme nécessitent une prise en charge la plus rapide possible pour limiter la perte de chance des patients qui peut aller de la perte de la vitalité pulpaire à la perte de l'organe dentaire[39].

Ce travail a également permis de mettre en évidence que lorsqu'une PDS existe les modalités d'organisation sont propres à chaque SO. Ainsi, nous avons pu noter des disparités concernant :

- Les créneaux horaires couverts par la permanence (24h/24 et 7jour/7 ? week-end uniquement ? samedi uniquement en complément de la PDS libérale du dimanche ?)
- Le lieu de prise en charge des patients (urgences généralistes ? SO ?)
- L'accès des patients aux soins d'urgence (accès libre ? filtre téléphonique ?)
- Le numéro téléphonique pour accéder à la PDS (spécifique aux UO ? centre 15 ?)
- L'équipe médicale impliquée dans les soins (externes ? internes ? seniors ?)

Cette hétérogénéité est susceptible de compliquer l'accès aux soins des patients en rendant l'offre de soins d'urgence peu lisible. Ainsi, dans un souci d'harmonisation des pratiques et d'égalité d'accès aux soins des patients une réflexion sur la pertinence des horaires de couverture (petite nuit ou nuit profonde) s'avère nécessaire au niveau national. Cette réflexion pourrait être menée en parallèle d'une reconsidération de l'organisation de la PDS assurée par les praticiens libéraux (par exemple sur une extension de celle-ci au samedi journée).

Par ailleurs, il pourrait être utile d'harmoniser les conditions d'accès aux soins des patients. Les études ont montré que le libre accès aux soins en dehors des horaires d'ouverture des structures privées tendait à favoriser le recours aux soins d'urgence pour la simplicité et la rapidité de prise en charge en lieu et place de soins de suivi[47]. Sur les horaires de PDS, un accès téléphonique semble préférable pour permettre un triage et éviter un afflux massif de patients dans des conditions d'équipe soignante restreinte. Un projet pilote a été mené sur cette thématique en Ecosse en 2005. Les résultats montrent une satisfaction des patients ainsi qu'une amélioration de l'efficience du service[74].

Concernant le lieu de prise en charge effective, le développement de départements d'UO indépendants ou leur intégration aux services d'urgence généralistes sont tous deux évoqués dans la littérature. Ces deux modes d'organisation présentent des avantages et des inconvénients qui leurs sont propres.

- Une PDS se déroulant dans un SO peut présenter comme points positifs : une disponibilité du matériel technique et du consommable, un personnel non-soignant et soignant strictement formé pour traiter les demandes odontologiques, la possibilité d'envisager une continuité de soin dans le même service. Elle peut en revanche présenter comme point négatif un manque de visibilité pour les patients.
- Une PDS intégrée à un service d'urgence généraliste peut présenter comme points positifs : une facilité d'accès pour les patients, une structure déjà formée à assurer une

PDS générale et multidisciplinaire. Elle peut cependant présenter comme points négatifs : la nécessité d'organiser la disponibilité du matériel pour les soins et un risque d'aggraver la situation de saturation des urgences générales. Il parait compliqué d'envisager une harmonisation de ce paramètre tant il dépend des structures existantes.

Enfin, il semble que les internes et les seniors jouent un rôle important dans cette PDS. Si l'offre de soins d'UO en secteur hospitalier venait à se généraliser, le problème des effectifs soignants resterait posé dans la mesure où contrairement à ce qui existe en médecine, il y a peu de postes de praticien hospitaliers en odontologie à ce jour.

6. CONCLUSION

Un rapport de 2003 commandé par le ministère de la santé décrivait la possibilité d'accès aux soins d'UO comme un « problème crucial dans de nombreuses villes ». Ce rapport mettait l'accent sur la nécessité de permettre à l'hôpital de remplir son rôle dans la prise en charge des UO en développant l'odontologie hospitalière et c'est ce qui nous a mené à évaluer l'offre de soins d'UO publique telle qu'elle existe aujourd'hui, c'est-à-dire majoritairement assurée par les SO dépendant des CSERD. Ce travail a permis de mettre en évidence que ces services souffrent de problématiques communes en matière d'organisation des soins d'urgence en journée, notamment concernant la gestion du flux patients et le parcours de soins post-urgence. Ces limitations devront être prises en considération dans l'hypothèse d'un développement des services hospitaliers d'UO. C'est dans un rôle de suppléance à l'exercice privé et non comme substitution à ce dernier qu'une généralisation des structures publiques d'accueil des urgences odontologiques doit ainsi être envisagée. Cette enquête a également souligné la disparité existante concernant la PDS, tant sur l'existence même du dispositif que sur les modalités de mise en œuvre. Une réflexion globale sur la nécessité d'organiser cette PDS et sur une harmonisation de cette dernière est apparue souhaitable.

ANNEXE

Questionnaire transmis au 20 services odontologiques :

Renseignements généraux sur le service d'odontologie

1. **Pouvez-vous indiquer le nom et la localisation (ville/arrondissement) du service d'odontologie dans lequel vous occupez vos fonctions ?** *

2. **Pouvez-vous indiquer le nom de la Faculté d'Odontologie (UFR) à laquelle est rattaché ce service d'odontologie ?** *

3. **Ce service d'odontologie se trouve-t-il rattaché à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Oui
   - ◯ Non *Passez à la question 5.*

Renseignements généraux sur le service d'odontologie

4. **Pouvez-vous indiquer le nom du CHU auquel est rattaché le service d'odontologie ?** *

Renseignements généraux sur le service d'odontologie

5. **Au sein de ce service d'odontologie, des soins d'urgence sont-ils proposés aux patients ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Oui
   - ◯ Non *Passez à "Fin du questionnaire".*

Renseignements généraux sur le service d'odontologie

6. **Parmi les unités fonctionnelles de ce service d'odontologie, existe-t-il une unité fonctionnelle spécifiquement dédiée aux soins d'urgence ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Oui
   - ◯ Non
   - ◯ Je ne sais pas

7. **Y a-t-il une personne spécifiquement désignée comme ayant la responsabilité d'une unité fonctionnelle Urgences ou à défaut de l'organisation des soins d'urgence au sein de votre service ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 10.*
- ◯ Je ne sais pas *Passez à la question 10.*
- ◯ Autre : _____

Renseignements généraux sur le service d'odontologie

8. **Quel est le grade de cette personne ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ MCU-PH
- ◯ PU-PH
- ◯ Praticien Hospitalier sans fonction universitaire
- ◯ Autre : _____

9. **De quelle discipline dépend-elle ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Chirurgie Orale
- ◯ Dentisterie Restauratrice -Endodontie
- ◯ Parodontologie
- ◯ Pédodontie
- ◯ Prothèse
- ◯ Santé publique
- ◯ Autre : _____

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

10. **Pouvez-vous renseigner les jours d'accueil des patients venant consulter dans le cadre de l'urgence en journée ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Lundi
- ☐ Mardi
- ☐ Mercredi
- ☐ Jeudi
- ☐ Vendredi

11. **Pouvez-vous renseigner les horaires d'accueil des patients venant consulter dans le cadre de l'urgence en journée ? (ex : de 8h à 17h)** *

12. **Y'a-t-il une période d'interruption des soins d'urgence entre les vacations du matin et de l'après-midi ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 14.*

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

13. **Si oui, pendant combien de temps ?** *

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

14. **Pouvez-vous fournir une estimation du nombre de patients reçus en moyenne par jour ouvré en semaine ? (sur une journée complète matin/après-midi)** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 10
- ◯ > 10 et < 30
- ◯ > 30 et < 50
- ◯ > 50 et < 70
- ◯ > 70
- ◯ Autre : _____

15. **Avez-vous identifié des périodes/jours de la semaine correspondant à des "pics d'affluence" des demandes de consultation en urgence ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 17.*
- ◯ Je ne sais pas *Passez à la question 17.*

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

16. **Sur quelles périodes/jours ces pics d'affluence se font-ils ?** *

_____

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

17. **Combien de fauteuils de soins sont habituellement dédiés à la prise en charge des urgences (hors périodes pouvant requérir une organisation spéciale de type jours fériés, vacances, etc…)? (possibilité de donner un ordre de grandeur)** *

_____

18. **Combien d'étudiants sont habituellement dédiés aux soins d'urgence lors d'une vacation ? (le terme « vacation » désigne ici une tranche horaire de 4 à 5 heures)** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 5
- ◯ Entre 5 et 10
- ◯ Entre 10 et 15
- ◯ Plus de 15

19. **Quelles années d'étude sont impliquées dans les vacations d'urgence ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Étudiants de 4ème année
- ☐ Étudiants de 5ème année
- ☐ Étudiants de 6ème année

20. **Les internes sont-ils impliqués dans les vacations d'urgence ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non *Passez à la question 23.*

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

21. **Quel est le rôle des internes aux urgences ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Encadrement des étudiants et aide au diagnostic exclusivement
- ◯ Soins aux patients exclusivement
- ◯ Les deux missions citées ci-dessus leurs sont confiées
- ◯ Autre : _____

22. **Parmi les internes impliqués dans la gestion des urgences, quelles sont les filières DES représentées ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] DESCO
- [ ] DESMBD
- [ ] DESODF

Organisation de la prise en charge des urgences en journée et en semaine

23. **Concernant l'encadrement des étudiants au cours de la réalisation des soins d'urgence, y a-t-il pour chaque vacation un ou plusieurs seniors désigné(s) responsable(s) (praticiens chargés de l'encadrement des étudiants) ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Autre : _____

24. **Quelles sont les disciplines actuellement représentées dans l'encadrement des étudiants en urgence ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Chirurgie Orale
- [ ] Odontologie-Conservatrice-Endodontie
- [ ] Parodontologie
- [ ] Pédodontie
- [ ] Prothèse
- [ ] Santé publique

25. **Vous pouvez apporter ici si vous le souhaitez des précisions sur l'organisation de l'encadrement des étudiants durant la prise en charge des patients aux urgences.**

_____

_____

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

26. **En journée, l'accès aux soins des patients à une prise en charge en urgence se fait :** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Uniquement en accès libre *Passez à la question 28.*
- ◯ Uniquement sur appel téléphonique
- ◯ Les deux modes d'accès sont possibles

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

27. **Lors de l'appel téléphonique, avec qui les patients sont-ils mis en contact pour décider de leur proposer une prise en charge en urgence ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Du personnel non-soignant
- ◯ Du personnel soignant
- ◯ Les deux

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

28. **À l'arrivée des patients pour une demande de soins d'urgence, comment s'organise leur prise en charge ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Par ordre d'arrivée uniquement *Passez à la question 30.*
- ◯ Par ordre de priorité de prise en charge selon appréciation du caractère d'urgence
- ◯ Autre : _____ *Passez à la question 30.*

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

29. **L'établissement d'un caractère de priorité de prise en charge est à l'appréciation :** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Du personnel non-soignant
- ◯ Du personnel soignant
- ◯ Les deux

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

30. **Si le contexte médical le permet, des traitements endodontiques complets (c.-à-d. jusqu'à l'obturation canalaire) sont-ils réalisés dans le cadre de la consultation d'urgence :** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Jamais
- ◯ Parfois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

31. **Si le contexte médical le permet, des extractions sont-elles réalisées dans le cadre de la consultation d'urgence :** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Jamais
- ◯ Parfois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

32. **Si le traitement entrepris en urgence est partiel et nécessite un acte complémentaire (ex : prescription avec nécessité d'extraction future/soin de temporisation/soin endodontique incomplet…) comment sont préférentiellement programmés ces actes de « suite d'urgence » ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ La proposition d'un rendez-vous de « suite d'urgence » est laissée à l'initiative de l'équipe soignante (étudiants/praticiens)
- ◯ La prise d'un rendez-vous de « suite d'urgence » est laissée à la responsabilité du patient qui devra contacter le service d'odontologie
- ◯ Autre : _____

33. **Au sein de ce service d'odontologie, par quelle(s) voie(s) les patients peuvent-ils accéder à une prise en charge globale ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Uniquement par le biais des urgences
- ◯ Uniquement par le biais d'une prise de rendez-vous et/ou inscription sur liste d'attente
- ◯ Les deux modes d'accès sont possibles

34. **Avez-vous la sensation que le service d'odontologie dont vous dépendez est saturé par la demande de consultation en urgence des patients ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Jamais *Passez à la question 36.*
- ◯ Parfois
- ◯ Souvent
- ◯ Toujours

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

35. **Selon vous, quels sont les facteurs pouvant favoriser cette saturation ? (cochez les affirmations avec lesquelles vous êtes en accord, plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Un nombre insuffisant de fauteuils disponibles pour la gestion des urgences
- ☐ Un nombre insuffisant d'étudiants dédiés à la gestion des urgences
- ☐ Un nombre insuffisant d'enseignants dédiés à la supervision des urgences
- ☐ Trop de demandes de soins en urgence non justifiées médicalement
- ☐ L'aspect chronophage des actes d'urgence en odontologie
- ☐ Le temps nécessaire aux étudiants pour gérer ces situations
- ☐ Trop de traitements effectués ne se limitant pas au cadre de l'urgence
- ☐ Trop de patients adressés par des dentistes exerçant dans le privé
- ☐ Autre : _____

Déroulement des soins d'urgence et organisation du parcours patient

36. **Pouvez-vous indiquer parmi les différents items proposés ci-dessous ce qui constitue à votre sens un problème lors de la prise en charge des patients en urgence au sein du service :** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas un problème	Problème mineur	Problème majeur
Temps d'attente des patients avant prise en charge	◯	◯	◯
Efficacité des étudiants dans la prise en charge des patients (rapidité de la prise en charge)	◯	◯	◯
Récurrence des consultations d'urgence (patients venant consulter pour un même motif)	◯	◯	◯
Harmonie des prises en charge thérapeutiques par les enseignants	◯	◯	◯
Implications des seniors dans l'encadrement des étudiants	◯	◯	◯
Implication des internes	◯	◯	◯
Implication des externes	◯	◯	◯
Organisation du parcours de soins post consultation d'urgence	◯	◯	◯

37. **Vous pouvez apporter ici si vous le souhaitez des précisions sur des problématiques identifiées au sein de votre service d'odontologie concernant la prise en charge des patients en urgence :**

Permanence des soins (PDS)

La permanence des soins est un dispositif de prise en charge, des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir et la nuit (20h-8h), les week-end et les jours fériés) (Source : solidarites-sante.gouv.fr)

38. **Au sein de votre service d'odontologie, une permanence des soins a-t-elle été mise en place :** *

Une seule réponse possible.

◯ Oui *Passez à la question 40.*

◯ Non *Passez à la question 39.*

Permanence des soins (PDS)

39. **Est-il envisagé dans le futur d'organiser une permanence des soins ?** *

Une seule réponse possible.

◯ Oui *Passez à la question 47.*

◯ Non *Passez à la question 47.*

◯ Je ne sais pas *Passez à la question 47.*

Permanence des soins (PDS)

La permanence des soins est un dispositif de prise en charge, des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir et la nuit (20h-8h), les week-end et les jours fériés) (Source : solidarites-sante.gouv.fr)

40. **Pouvez-vous indiquer ci-dessous quels sont les créneaux sont couverts par la permanence des soins ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Les soirées en semaine (approximativement créneau 20h-minuit)
- [ ] Les nuits en semaine (approximativement créneau minuit-8h)
- [ ] Les soirées en week-end (approximativement créneau 20h-minuit)
- [ ] Les nuits en week-end (approximativement créneau minuit-8h)
- [ ] Samedi en journée
- [ ] Dimanche en journée
- [ ] Jours fériés
- [ ] Autre : _____

41. **Où est assurée cette permanence des soins ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Au sein du service d'urgence du service odontologie
- ◯ Au sein d'un service d'urgences généralistes

42. **Comment se fait l'accès aux soins d'urgence des patients sur les horaires de permanence des soins ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ Uniquement en accès libre *Passez à la question 45.*
- ◯ Uniquement sur appel téléphonique
- ◯ Les deux modes d'accès sont possibles

Permanence des soins (PDS)

43. **À quel(s) numéro(s) de téléphone les patients peuvent-ils joindre la permanence des soins ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Centre 15
- [ ] Numéro spécifique urgences odontologiques
- [ ] Autre : _____

44. **Lors de l'appel téléphonique dans le cadre de la permanence des soins, avec quel type d'interlocuteur le patient est-il mis en contact ? (plusieurs réponses possibles)** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Personnel non soignant
- [ ] Personnel soignant non odontologiste
- [ ] Personnel soignant odontologiste

Permanence des soins (PDS)

45. **Par qui est assurée la permanence des soins ? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Des externes
- [ ] Des internes
- [ ] Des seniors

46. **Quelle forme prend cette permanence des soins ?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Garde (présence physique sur le lieu de la PDS)	Astreinte (appel et déplacement du praticien sur le lieu de la PDS en cas de besoin)	Sans objet (non impliqué dans la PDS)	Je ne sais pas
Pour les externes	◯	◯	◯	◯
Pour les internes	◯	◯	◯	◯
Pour les seniors	◯	◯	◯	◯

Permanence des soins (PDS)

47. **Vous pouvez laisser ici si vous le souhaitez toute remarque relative à la permanence des soins.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century, the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Health. juin 2005;22(2):71-4.

2. Leao A, Sheiham A. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. Journal of Dental Research. juill 1995;74(7):1408-13.

3. DREES. L'état de santé de la population en France. 2017 p. 436.

4. Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. mars 2016;(35):10.

5. Boitte P, Cobbaut J-P. Les défis d'une éthique de l'accès aux soins. Revue d'ethique et de theologie morale. 2006;241(HS):9-40.

6. SAMU. Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Livre Blanc. 2015. 48 p.

7. Bois D, Massonnaud J, Melet J. Mission Odontologie. 2003 p. 140.

8. Gaffiot F. Dictionnaire Latin-Français. 1934. 1440 p.

9. Wong TY. A nationwide survey of deaths from oral and maxillofacial infections: the Taiwanese experience. J Oral Maxillofac Surg. nov 1999;57(11):1297-9.

10. Green AW, Flower EA, New NE. Mortality associated with odontogenic infection! Br Dent J. 26 mai 2001;190(10):529-30.

11. Moutarde DA. Référentiel métiers et compétences du chirurgien dentiste. 2010;26.

12. PERRIN D, AHOSSI V, LARRAS P, PARIS M. Perrin - L'urgence en odontologie. CDP; 2005. 143 p.

13. BOUCHER Y, COHEN E. Urgences dentaires et médicales : conduites à tenir. Prévention chez le patient à risque. CDP; 2007. 380 p.

14. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. 2013 juin p. 18.

15. CAVAILLON J-P, GIRARD P, NOTO R, JOLIS P. Manuel des urgences en pratique odonto-stomatologique. Masson; 1988. 410 p.

16. DREES. Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge. 2017.

17. DREES. 10 000 médceins de plus depuis 2012. 2018 p. 4.

18. ONDPS. Le metier de chirurgien dentiste caracteristiques actuelles et evolutions. 2007;

19. Guivarc'h M, Maille G, Bukiet F, Coz PL. Prise en charge des urgences en odontologie : de la nécessité d'une réflexion éthique. 15 août 2017;

20. HAS. Référentiel d'évaluation des centres de santé. 2007 p. 71.

21. Inspection générale des affaires sociales. Rapport Evaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux CSERD de l'APHP. 2013 p. 119.

22. Delahaye-Guillocheau V, Dizambourg B, Bonaccorsi F. Audit de l'appareil de formation odontologique. 2006;119.

23. Guillamo F. Les unités hospitalo-universitaires d'odontologie délocalisées : génèse et proposition d'un modèle organisationnel. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2016.

24. Chalmel A. Une unité hospitalo-universitaire de chirurgie-dentaire contre la désertification médicale. 2013;1.

25. DeLuke DJ. Emergency dental care for the community: what is the responsibility of the hospital? J Hosp Dent Pract. avr 1976;10(2):43-5.

26. Hendler BH. Dentistry in the emergency room. Special Care in Dentistry. 1988;8(3):99-99.

27. Sonis ST, Valachovic RW. An analysis of dental services based in the emergency room. Spec Care Dentist. mai 1988;8(3):106-8.

28. Nalliah RP, Allareddy V, Allareddy V. Dentists in the US should be integrated into the hospital team. Br Dent J. avr 2014;216(7):391-2.

29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. mars 4, 2002.

30. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

31. Verma S, Chambers I. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. Aust Dent J. sept 2014;59(3):329-33.

32. Koziol-McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA (Tracy), Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. Journal of Emergency Nursing. 1 déc 2000;26(6):554-63.

33. Lee HH, Lewis CW, Saltzman B, Starks H. Visiting the Emergency Department for Dental Problems: Trends in Utilization, 2001 to 2008. Am J Public Health. 20 sept 2012;102(11):e77-83.

34. Cohen LA, Manski RJ, Magder LS, Mullins CD. Dental visits to hospital emergency departments by adults receiving Medicaid: Assessing their use. The Journal of the American Dental Association. 1 juin 2002;133(6):715-24.

35. Tiwana KK, Hammersmith KJ, Murrah VA. Urgent care in the dental school setting: analysis of current environment and future challenges in emergency dental education. J Dent Educ. mars 2007;71(3):331-8.

36. HAS. Unité Fonctionnelle (UF) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1011366/fr/unite-fonctionnelle-uf

37. Farmakis E-TR, Palamidakis FD, Skondra FG, Nikoloudaki G, Pantazis N. Emergency care provided in a Greek dental school and analysis of the patients' demographic characteristics: a prospective study. International Dental Journal. oct 2016;66(5):280-6.

38. Popescu L-D, Aga I, Popescu M-A. La prise en charge des urgences odontologiques dans le centre hospitalier Métropole Savoie après un an de fonctionnement d'une ligne d'astreinte. Med Buccale Chir Buccale. 1 oct 2015;21(4):211-8.

39. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, DiAngelis AJ, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. Pediatr Dent. 15 sept 2017;39(6):412-9.

40. Fayn M-G, Mamane B. L'Express enquête sur les Urgences. 2011;1.

41. DREES. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le dévut des soins. 2015 août. Report No.: 0929.

42. Gibson GB, Blasberg B, Hill SJ. A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies Part 1: Patient and emergency characteristics. Special Care in Dentistry. 1993;13(2):61-5.

43. Bae J-H, Young-Kyun Kim, Yong-Hoon Choi. Clinical characteristics of dental emergencies and prevalence of dental trauma at a university hospital emergency center in Korea. Dental Traumatology. oct 2011;27(5):374-8.

44. Hôpitaux de Toulouse. Organisation de la permanence de soins du service d'odontologie et traitement dentaire - CHU de Toulouse. 2017. p. 18.

45. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique. 2004;Vol. 16(1):63-74.

46. Institute Of Medicine null. IOM report: the future of emergency care in the United States health system. Acad Emerg Med. oct 2006;13(10):1081-5.

47. Austin R, Jones K, Wright D, Donaldson N, Gallagher JE. Use of the out-of-hours emergency dental service at two south-east London hospitals. BMC Oral Health. 25 juill 2009;9(1):19.

48. COHEN L, GENISSON C, SAVARY R-P. Rapport d'information - Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2016.

49. Ordre des Chirurgiens Dentises. Répartition de la population des Chirurgiens-Dentistes [Internet]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/

50. Singhal A, Momany ET, Jones MP, Caplan DJ, Kuthy RA, Buresh CT, et al. Dental care after an emergency department visit for dental problems among adults enrolled in Medicaid. J Am Dent Assoc. Fev 2016;147(2):111-9.

51. Davis EE, Deinard AS, Maïga EWH. Doctor, my tooth hurts: the costs of incomplete dental care in the emergency room. J Public Health Dent. 2010;70(3):205-10.

52. Grönholm L, Lemberg KK, Tjäderhane L, Lauhio A, Lindqvist C, Rautemaa-Richardson R. The role of unfinished root canal treatment in odontogenic maxillofacial infections requiring hospital care. Clin Oral Investig. janv 2013;17(1):113-21.

53. Allareddy V, Kim MK, Kim S, Allareddy V, Gajendrareddy P, Karimbux NY, et al. Hospitalizations primarily attributed to dental conditions in the United States in 2008. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. sept 2012;114(3):333-7.

54. Anderson S, Nunn J, Stassen LFA, McLoughlin J. A survey of dental school's emergency departments in Ireland and the UK: provision of undergraduate teaching and emergency care. BDJ. 12 juin 2015;218(12):E17-E17.

55. Pateron D. Protocoles Infermiers de soins d'urgence. 2015;15.

56. Auclair DS, Benistand DG, Berlhe DB, Blenet DJC, Chataoui DA, Duchateau DND, et al. Comité rédactionnel OMEDIT-LR : 2014;19.

57. OMS. Mémento de soins Hospitaliers pédiatriques. 2e éd. 2015. 504 p.

58. Anderson R. Patient expectations of emergency dental services: a qualitative interview study. Br Dent J. 25 sept 2004;197(6):331-4.

59. Halling A, Ordell S. Emergency dental service is still needed also for regular attenders within a comprehensive insurance system. Swed Dent J. 2000;24(5-6):173-81.

60. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. Soc Sci Med. 1991;33(6):707-16.

61. Wong AW, Zhu X, Zhang S, Li SK, Zhang C, Chu C-H. Treatment time for non-surgical endodontic therapy with or without a magnifying loupe. BMC Oral Health. 20 mars 2015;15:40.

62. Grock CH, Luz LB, Oliveira VF, Ardenghi TM, Bizarro L, Ferreira MBC, et al. Experiences during the execution of emergency endodontic treatment and levels of anxiety in dental students. European Journal of Dental Education. 5 août 2018;

63. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments. Br J Gen Pract. mai 2002;52(478):390-1.

64. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. BMJ. 17 oct 1998;317(7165):1054-9.

65. SFMU. Le triage en structure des urgences. In 2013. p. 22.

66. Australasian College For Emergency Medecine. Triage [Internet]. Disponible sur: https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage

67. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, Manchester Triage Group. Emergency triage. 2ème édition. 2006. 206 p.

68. Durand S, Paquet M-J, Brodeur J, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le triage à l'urgence: lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence. Westmount, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007.

69. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department [Internet]. 2011. Disponible sur: /professionals/systems/hospital/esi/esi1.html

70. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine J-P, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. Eur J Emerg Med. avr 2009;16(2):61-7.

71. Evans D j., Smith M p., Grant S m. b., Crawford M a., Bond J. Out-of-hours emergency dental services--development of one possible local solution. British Dental Journal. 24 nov 2001;191(10):550.

72. Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Fam Pract. oct 2012;29(5):547-52.

73. Cheung WWH, Heeney L, Pound JL. An advance triage system. Accid Emerg Nurs. janv 2002;10(1):10-6.

74. Topping GVA. Out-of-hours emergency dental services--evaluation of the first year of a pilot project in Fife. Br Dent J. 26 févr 2005;198(4):193-7.

75. Pegon-Machat E, Decerle N, Tubert-Jeannin S. Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique. Sante Publique. 25 mars 2015;Vol. 27(1):79-88.

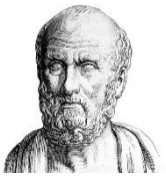
76. Tulip DE, Palmer NOA. A retrospective investigation of the clinical management of patients attending an out of hours dental clinic in Merseyside under the new NHS dental contract. Br Dent J. 20 déc 2008;205(12):659-64.

77. Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Colemard F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU : mise en place et résultats préliminaires d'activité. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 juin 2010;58(3):217-24.

78. Martenot N. Les urgences odontologiques algiques en officine de pharmacie. 2015;90.

79. Collin C, Javot L, Pape E, Scala-Bertola J, Petitpain N, Puskarczyk E, et al. Paracetamol et algie dentaire : Mésusage et Intoxication. 2011.

80. Siddique I, Mahmood H, Mohammed-Ali R. Paracetamol overdose secondary to dental pain: a case series. British Dental Journal. 25 sept 2015;219(6):E6-E6.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

AVON-MARTINEZ Jérémy - Prise en charge de l'urgence odontologique : enquête nationale auprès des CSERD

Th. : Chir. Dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Santé Publique

Résumé :
Malgré des avancées thérapeutiques majeures, la santé bucco-dentaire reste encore aujourd'hui une importante problématique de santé publique en France et pour un grand nombre de patients, le recours aux soins dentaires se fait dans un contexte d'urgence. La possibilité de recourir aux soins de manière autonome et l'adéquation de l'offre de soins avec leurs besoins constituent de fortes demandes des patients. Dans cette optique, la disponibilité d'une offre de soins d'urgence est perçue comme indispensable et gage d'un système de soins de qualité. Si la gestion des Urgences Odontologiques (UO) est actuellement très majoritairement assurée au sein de structures privées, il existe cependant une offre de soins d'urgence hospitalière au sein des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire (CSERD). Ce travail a pour objectif d'analyser l'organisation de l'accueil des patients en urgence et d'identifier les difficultés relatives à la gestion hospitalière de ces soins non programmés. L'étude a été conduite sous la forme d'un questionnaire d'enquête adressé à 20 services odontologiques rattachés à un CERSD. Elle a permis de mettre en évidence que ces services souffrent de problématiques communes en matière d'organisation des soins d'UO qui devraient être prises en considération s'il était envisagé de développer cette offre de soins en milieu hospitalier. Elle a également mis en lumière des disparités concernant la permanence de soin, tant sur l'existence même du dispositif que sur les modalités de mise en œuvre. De ce point de vue, envisager une harmonisation est apparue souhaitable pour améliorer la lisibilité de l'offre de soin d'UO par les patients.

Mots clés :
Étudiants en odontologie ; Odontologie ; Traitement d'urgence ; Douleur ; Permanence de soin

AVON-MARTINEZ Jérémy: Urgent Care in the Dental School Setting: a French national survey

Abstract:
Despite major therapeutic advances, oral health still remains an important public health issue in France and many patients access dental care through emergency treatments. Autonomy in accessing care and adequacy between care needs and care offer are strong demands from patients. As a consequence, availability of emergency healthcare services appears essential as well as the guarantee of a good health care system. Currently in France, Dental Emergencies (DE) management mainly relies on dentists in private practice. However, some hospital-based dental services dependent on dental schools (CSERD) also provide DE care. This work aims to analyze the organization such services regarding DE management and to identify the difficulties related to the hospital management of these unscheduled treatments. The present study relied on a survey questionnaire sent to 20 hospital-based dental services. It highlighted that these structures face common problems in the organization of DE care which should be taken into consideration if hospital DE care came to be generalized. It also highlighted disparities concerning the existence and organization of after-hours dental care. Consequently, harmonization appeared desirable to give patients a clearer view of the DE care supply.

Mots MeSH:
Students, Dental; Dentistry; Emergency treatment; Pain; After-hours care

Adresse de l'auteur :
5 Cours des Carmes
04100 MANOSQUE