

ANNEE 2020 - N° 20 – 185

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE EN URGENCE DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE : UN RECUEIL PROSPECTIF AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCHE-COMTÉ

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le Jeudi 26 Novembre 2020 à 16 h 00
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Geoffrey POLLET

Né le 24 Mars 1989, à Belfort (90)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Christophe MEYER	Professeur
Directeur de la thèse :	Aurélien LOUVRIER	Praticien Hospitalier
Juges :	Jean-Michel PERROT	Professeur
	Benoit DINET	Docteur et Maître de Conférences

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE DE
BESANÇON

DIRECTEUR	PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	DIRECTEUR DES ETUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Gilles CAPELLIER	DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
PROFESSEUR SEBASTIEN AUBRY	COORDINATEUR MEDECINE
PROFESSEUR PATRICK GARBUIO	COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
DOCTEUR LHASSANE ISMAILI (MCF)	DIRECTEUR DES ETUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE-OTTOU	

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)

PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE
-----------------------------	--------------------------

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ELOI MAGNIN (MCU-PH)	

DEPARTEMENT SCIENCES DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTOPHE DINET (KINESITHERAPIE - BESANÇON)	
ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - BELFORT)	

DEPARTEMENT SCIENCES EN SOINS INFIRMIERS

CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR DANIEL WENDLING (PRESIDENT)	ASSESEUR RECHERCHE
PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	CONSEILLERS
PROFESSEUR FREDERIC MAUNY	
PROFESSEUR FRANCINE GARNACHE-OTTOU	

CHARGES DE MISSIONS

*COMUE/ FORMATIONS
PARAMEDICALES /RELATIONS
UFC*

PROFESSEUR BERNARD PARRATTE	CONSEILLER
-----------------------------	------------

FORMATION CONTINUE

PROFESSEUR REGIS AUBRY	COORDINATEURS
MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	

HISTOIRE DE LA MEDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
DOCTEUR PHILIPPE MERCET	

RELATIONS INTERNATIONALES

PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDICINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDICINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE

M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Lionel	VAN MALDERGEM	GÉNÉTIQUE
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE NEUROLOGIE
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	ÉPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION

M.	Paul	KUENTZ	GENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Pascal	JORDAN	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoît	DINET	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme Françoise **BEVALOT** PHARMACOGNOSIE

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M. Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M. Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M. Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M. Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M. Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M. Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M. Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

AUTRES ENSEIGNANTS

M. Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFÉRENCES EN ORTHOPHONIE
Mme Geneviève	MERELLE	ENSEIGNANTE CONTRACTUELLE EN ORTHOPHONIE
Mme Sophie	SALTARELLI	ENSEIGNANTE CONTRACTUELLE EN ORTHOPHONIE
Mme Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

Remerciements

Au Professeur Christophe Meyer, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse,

Au Professeur Jean-Michel Perrot, qui me fait l'honneur d'être membre de mon jury,

Au Docteur Benoit Dinet, mon ancien tuteur qui me suit depuis le début de mon troisième cycle et qui me fait l'honneur de siéger parmi mon jury.

Au Docteur Aurélien Louvrier, qui m'a proposé ce sujet et a dirigé cette thèse, merci pour tes conseils, ta disponibilité et ton implication.

À ceux sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour :

Aux docteurs Talon-Mougin, Dubois-Bouverot, Masson, Truchot, Yve-Jardin, Begey, Paget, Foltete, Rodriguez, Lemsi, à l'équipe de Baume-les-dames et aux autres, qui ont acceptés de participer.

À tous ces malheureux patients et leurs chicots douloureux.

À ceux qui m'ont formé à la médecine générale et accompagné tout au long de mes études :

À tous les médecins dont j'ai pu croiser le chemin lors de mon parcours ou lors de mes remplacements qui m'ont appris à aimer (ou à garder espoir) notre fabuleuse profession. Ce fut et sera toujours un grand plaisir de travailler avec vous.

À tous mes co-internes avec qui j'ai pu partager moult rires, cafés, souvenirs, bières et un peu de médecine.

À mes amis :

À mon meilleur ami, Estéban, avec qui l'expression « faire les cents coups » est devenue un euphémisme. Depuis notre première rencontre il y a bientôt vingt ans, tu as toujours réussi (et c'était pas une mince affaire) à me tirer vers le haut. Dans la chambre d'à côté ou à l'autre bout de la France, je sais que tu seras toujours là s'il le faut. Nous avons toujours notre revanche à prendre sur le Mont-Blanc. « Longue vie au roi... ».

À Aurélien, ce bulldozer aussi bien professionnel, que sur un snow ou encore au beau milieu des fleuristes des Ramblas, un grand merci pour ton soutien et ta motivation sans laquelle j'en serais encore à chercher un sujet.

Ces remerciements n'auraient pas lieu d'être sans citer tous les autres BFF : Lucie, Vinciane, Kramouze, Pauline M., Elsa, Nana, Delpine, Vio, Ban', Beub, Alice, Francis, Ben, Adri, Jéj, Joris, sa maman, Paul, Laurent, Alex, et à tous ceux qui l'agrandissent au fur et à mesure, tout particulièrement à Romy, ma filleule adorée. Chaque retrouvaille avec vous est une bouffée d'air frais. À nos prochaines sessions de ski et aux autres occasions de se retrouver.

Aux russkofs : Esté, Kevin, Basile, Édouard, pour ces années inoubliables passées à vos côtés, agrémentées d'extrêmes rigolades, du lundi soir au Brass jusqu'au fin fond de l'Europe dans un camping-car.

À Thomas, « gros cochon », pour nos Sunday nights avec Jéj à refaire le monde et nos road-trip à moto. À très vite sur ta montagne.

À Bizu, mentor en sensations extrêmes et en rebondissements philosophiques, pour nos moments passés et à venir, à franchir les limites. Bénéfice... ou risque ?

Bien évidemment aussi à Zizi, Benj, entre la passion du tracteur et celle de la fonte (et de l'aquariophilie), pour nos entrevues qui, parfois difficiles à synchroniser, sont toujours excellentes.

À vous trois et également à tous les autres acolytes du monde de la nuit (Pomy, Dédé, So, Percher, Moubard etc..), pour ses intermèdes en musique hors du temps et cette passion commune de croquer la vie par les deux bouts.

À Clément G., pour son amour de la nature qu'il partage toujours avec passion.

À Xavier, futur associé et ami, pour la conquête du Haut-Doubs, « y a fallu que tu comprennes ».

À Greg, juste pour pouvoir placer « COUDEKERQUE-BRAAAANCHE ».

Aux gros marioles : Sacha, Xa, Tony, Martin, Génome, Greg, Clémy, Tonio et Pierrot, de belles rencontres pour de belles embuscades, des week-end « jeunes cadres » aux soirées « Fils de France ». Sans oublier la bande des petits dragons : Merrule, Lulu, Laura, et Aurélie.

À Léa et Marion, pour leur gentillesse et leur bonne humeur (surtout le matin) « merci quand même ».

À mes amis d'enfance, Adrien et Igor, pour nos retrouvailles à chaque fois comme si on ne s'était jamais quittés.

À tous les amis de Besançon et d'ailleurs que j'aurais oublié mais qui comptent tout autant (mais apparemment un petit peu moins que les autres quand même).

À ma famille :

À mon frère Jean-Baptiste, en pensant à nos records de vitesse sur les routes des îles thaïlandaises, encore pleins de souvenirs à créer et à partager, je mets plein d'espoir en toi pour la suite.

À ma sœur, Morgane, pour sa douceur, cette globe-trotteuse inépuisable qui va bientôt parler plus de langues que le pape.

À ma maman, l'image même de la gentillesse, pour son courage et sa force à m'avoir supporté toutes ces années, son sourire indélébile, qui a su me faire partager son amour de la cuisine mais pas sa main verte.

À mon papa, qui m'a transmis son amour du sport, de la moto, du voyage et de l'épicurisme (et j'espère pas trop d'autres vices cachés).

Aux grands-parents les plus gentils de la création, qui ont toujours été présents et m'ont toujours soutenu. Si j'en suis là aujourd'hui c'est sûrement grâce à vous.

À papi, Jean et mamie, Jacqueline, qui doivent être en train de promener le chien et de faire des mots croisés là-haut, je pense à vous, je sais que vous auriez aimé être là et pouvoir dire « aaah v'la l'toubib ! ».

À tous mes cousins, cousines, pour nos vacances et nos souvenirs à Fayence ou à Chalonvillars, aussi à Michèle et à tout le reste de ma famille, merci pour tous ces bons moments passés depuis l'enfance.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

Première partie : Généralités	3
1 L'urgence odontologique	5
1.1 Définition	5
1.2 Les différents types d'urgences odontologiques	5
1.3 Examen clinique de la sphère orale	6
1.4 Classification des différentes urgences odontologiques	9
1.5 Aspect déontologique	23
2 Contexte et justification de l'étude	24
2.1 La pathologie bucco-dentaire.....	24
2.2 La santé bucco-dentaire en France	24
2.3 Les chirurgiens-dentistes en France Métropolitaine et en Franche Comté.....	27
2.4 Le médecin généraliste.....	29
2.5 Intérêt d'une étude en franche comté.....	31
3 Objectifs	32
Deuxième partie : Article scientifique.....	35
1 Introduction :.....	37
2 Matériel et méthode :	38
3 Résultats.....	39
4 Discussion :.....	41
Commentaires	47
Bibliographie	51
Annexes.....	61
TABLES DES ILLUSTRATIONS	67
TABLE DES MATIERES	69

Première partie : Généralités

1 L'urgence odontologique

1.1 Définition

Le terme d'urgence, d'après la racine latine *urgentia*, se définit comme une nécessité pressante d'agir immédiatement ou dans un temps réduit.

Au sens médical, cette notion peut être définie comme un état pathologique aigu qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide et adaptée sans laquelle le pronostic vital et/ou fonctionnel pourrait être engagé [1]. L'Illinois State Dental Society, quant à elle, a défini l'urgence odontologique comme « une condition orale qui provoque soudainement un besoin urgent de consulter ou de se faire soigner par un professionnel de santé » [2].

Dans le cadre des urgences odontologiques, le pronostic vital n'est que rarement engagé. Cependant, le caractère très intense des douleurs dentaires et leurs répercussions fonctionnelles (esthétique, mastication, phonation...) rendent les urgences odontologiques très invalidantes et impliquent la nécessité d'une intervention rapide pour prendre en charge la pathologie du patient [3]. En effet, il est couramment admis que la douleur dentaire est l'une des plus importantes que l'Homme peut ressentir.

« *La douleur des dents est la plus grande et cruelle qui soit entre toutes les douleurs, sans mort* » Ambroise Paré [4].

Le ressenti douloureux est donc prépondérant dans la qualification et la prise en charge de l'urgence odontologique. Hormis la composante algique, il existe différents types d'urgences odontologiques.

1.2 Les différents types d'urgences odontologiques

En 2007, Perrin D. a classé les urgences odontologiques en six catégories cliniques [5]:

- la douleur (45% des consultations lors d'une enquête hospitalière [6]),
- les traumatismes bucco-dentaires (24%),
- les pathologies infectieuses des tissus cellulo-adipeux de la face et du cou (24%),
- les hémorragies (3 à 5%),
- les luxations de l'articulation temporo-mandibulaire,
- les pathologies de la muqueuse buccale.

Une autre étude réalisée en 2002 au centre hospitalier de Dijon par Ahossi *et al.* propose des chiffres comparables avec 46% des motifs d'appel représentés par des algies, 33% par les pathologies infectieuses, 15% les traumatismes, 2% concernaient les hémorragies et 4% des motifs classés « autres » [7].

La douleur dentaire constitue donc le principal motif de consultation en urgence odontologique et, de manière plus générale, la douleur est le premier motif de consultation en médecine générale. Dans l'étude ECOGEN de 2012, 36% des

consultations en médecine générale avaient pour dénominateur commun un motif algique [8]. Afin de caractériser le type d'urgence odontologique et d'établir un diagnostic précis, le praticien se doit de réaliser un examen clinique rigoureux et adapté à la sphère orale.

1.3 Examen clinique de la sphère orale

1.3.1 L'interrogatoire

L'interrogatoire est une phase essentielle de l'examen clinique. Lors d'une première consultation, il est primordial d'interroger le patient de manière générale et approfondie. Le recueil des pathologies générales et des antécédents bucco-dentaires, dont les épisodes douloureux et/ou infectieux, est essentiel pour prendre en charge le patient de manière adaptée. Il consiste également en l'identification du motif de consultation, de la dent causale (si possible) et des signes fonctionnels ressentis. La douleur est le motif de consultation prépondérant. Il convient donc de la caractériser (intensité (échelle analogique EVA) ; spontanée et/ou provoquée ; les facteurs déclenchants (chaud / froid)). Lors de cette phase, il est intéressant de rechercher une automédication et son efficacité, le cas échéant. Le recueil de ces différentes données va permettre d'émettre une hypothèse diagnostique, à confirmer par les signes objectifs.

1.3.2 L'examen physique

Il se décline en plusieurs parties [9,10,11] :

Examen général :

De prime abord, il faut évaluer l'état général du patient, rechercher une fièvre, palper les aires ganglionnaires cervicale à la recherche d'adénopathie.

Un examen des différentes fonctions de la face doit être répété car l'altération de certaines fonctions peut s'installer progressivement.

- L'examen de la manducation va évaluer les mouvements de l'articulation temporo-mandibulaire (ouverture buccale, propulsion et diductions droite et gauche de la mandibule) et les fonctions de mastication et de déglutition. La présence d'un trismus est à rechercher.

- L'examen ophtalmologique consiste à analyser l'acuité visuelle, l'état de la pupille, l'existence d'une dystopie oculaire : (énophtalmie, abaissement du globe, surélévation du globe, exophtalmie...), ou d'une limitation des mouvements oculaires à l'origine d'une diplopie, et la fonction palpébrale.

- Un examen neurologique complet recherche des troubles de la conscience, une asymétrie des pupilles et une anomalie des réflexes pupillaires. En cas de traumatisme crânien, il faudra également éliminer une rhinorrhée cérébro-spinale ou une otorragie.

- L'examen des voies respiratoires hautes va permettre d'objectiver une éventuelle gêne respiratoire par obstruction ou effet de masse sur les voies aérodigestives supérieures.

Examen exobuccal :

- Inspection de la face :

Systématique, symétrique et comparative, elle se fait de face, de profil et en vues plongeantes pour examiner les tiers inférieur, moyen et supérieur. Il convient d'évaluer l'aspect des téguments à la recherche d'une lésion du revêtement cutané (plaie, ecchymose, hématome), des corps étrangers, un œdème (paupières, lèvres, nez,

pommettes), une hémorragie extériorisée par un orifice naturel (stomatorragie, épistaxis, otorragie) ou par une plaie, une rhinorrhée ; noter une asymétrie faciale éventuelle pouvant signer la présence d'une tuméfaction, d'un enfoncement d'un relief du massif facial ou d'une déviation de structure.

- Examen de la motricité faciale (sous la dépendance du nerf facial VII), et de la sensibilité faciale (sous la dépendance du nerf trijumeau V).
- Palpation faciale : la palpation des reliefs osseux doit être systématique (de haut en bas), symétrique et comparative, en finissant par la zone traumatisée. Elle recherche les signes directs (déplacements, mobilités...) ou indirects (œdème sous-cutané) d'une fracture.

Examen endobuccal :

Il regroupe l'examen intra-oral des tissus mous, l'examen dentaire, de l'articulé dentaire et de la cavité buccale [Figure 1] :

- Au niveau des tissus mous (muqueuse, langue, palais, parodonte, gencive et vestibules), l'inspection permet de noter la coloration des tissus, et d'éliminer un hématome, une hémorragie, un état inflammatoire, une plaie. Evaluer un gonflement par la palpation digitale (et par le signe du godet) ; rechercher et sonder un ostium fistulaire ; apprécier un déplacement dentaire, une version coronaire, une mobilité.

- Au niveau dentaire, l'examen objective les différentes lésions (carieuses primaires et secondaires, non carieuses (abrasion-érosion-fractures), les dyschromies) et les restaurations éventuelles (localisation, volume, adaptation marginale, exposition de la dentine). Il convient aussi de rechercher une mobilité, une fracture ou une éventuelle perte dentaire.

- Au niveau de l'articulé dentaire, il convient de rechercher toute modification visuelle (prématurités, diastèmes, béance, perturbation de l'alignement inter-incisif) ou ressentie évocatrice d'une fracture mandibulaire et/ou maxillaire déplacée, associer la palpation endobuccale de la mandibule et des maxillaires pour éliminer une douleur, une déformation ou une mobilité, également en faveur d'une fracture faciale.

- Au niveau de la cavité buccale, l'examen recherche les éventuels écoulements déglutis (épistaxis, stomatorragie, rhinorrhée cérébrospinale) ou des corps étrangers comme une dent luxée ou fracturée, un fragment de prothèse, ou un projectile...

Un examen endobuccal de qualité se réalise à l'aide d'un plateau technique spécifique. Il est recommandé de disposer d'un équipement adapté, à savoir :

- Plateau d'examen : miroir, sonde n°6, sonde n°17, sonde parodontale, précelles, excavateur, spatule de bouche.

- Aides optiques : loupes ($X \geq 2,5$), caméra intrabuccale, microscope opératoire.

- Tests thermiques de sensibilité pulpaire

Au froid : dichlorodifluorométhane en spray et pellets de coton stérile.

Au chaud : bâtonnets de gutta percha et réchauffeur ; digue et seringue d'eau chaude.

- Test électrique de sensibilité pulpaire : pulp-tester avec électrodes stériles.

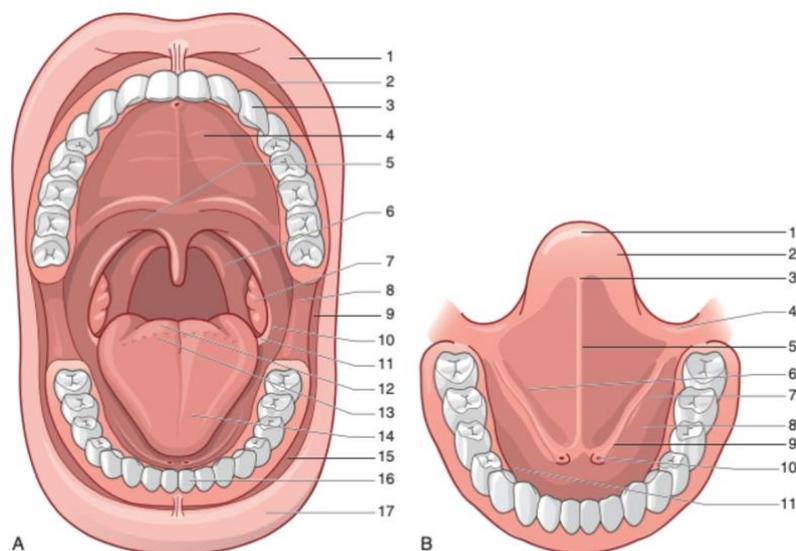


Figure 2.17. Régions à explorer lors de l'examen endobuccal. a. Schéma de la cavité buccale « bouche ouverte » rappelant toutes les régions à explorer de façon systématique et rigoureuse.

1. Lèvre supérieure; 2. vestibule supérieur; 3. arcade dentaire maxillaire; 4. palais; 5. voile du palais et luette médiane; 6. pilier amygdalien postérieur; 7. amygdale dans sa loge; 8. région maxillomandibulaire; 9. commissure labiale; 10. pilier antérieur de l'amygdale; 11. région des trois replis; 12. foramen cæcum; 13. «V» lingual; 14. face dorsale et pointe de la langue; 15. vestibule inférieur; 16. arcade dentaire mandibulaire; 17. lèvre inférieure.

b. Schéma de la cavité buccale « langue relevée » précisant les zones qu'il ne faut pas oublier de déplier et à explorer à la face ventrale de la langue (pointe de la langue au palais).

1. Pointe linguale; 2. bord latéral de la langue; 3. face ventrale de la langue; 4. sillon glosso-amygdalien; 5. frein lingual; 6. sillon pelvilingual; 7. région du nerf lingual; 8. loge glandulaire sublinguale; 9. conduit submandibulaire (ou canal de Wharton); 10. ostium du conduit submandibulaire; 11. sillon pelvimandibulaire.

Figure 1 : Anatomie de la cavité buccale

(Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie 2017)

Des tests appropriés à la situation clinique doivent être réalisés. Les tests thermiques renseignent sur la santé de l'endodonte (tout comme les tests électriques, le test de cavité et le test de l'anesthésie sélective). Le test de percussion renseigne sur l'extension péri-apicale de la lésion (état inflammatoire du ligament parodontal), tandis que le test de palpation indique l'atteinte du périoste. Le test de morsure et le sondage parodontal sont utilisés pour détecter des fêlures / fractures coronoradiculaires et le test de mobilité permet de caractériser l'état du parodonte.

Parfois, l'examen clinique peut être complété par des examens complémentaires tels que les radiographies rétro-alvéolaires et angulateurs.

Il existe également d'autres tests de compléments : turbine, fraises (test de cavité); solution anesthésique, seringues, aiguille (anesthésie sélective); cône de gutta percha fine-medium (cathétérisme d'un ostium fistulaire) ; tests optiques (transillumination, fluorescence) pour la mise en évidence des fractures longitudinales (avec ou sans agent de coloration) ; pratiquer une anesthésie sélective pour identifier une dent douloureuse ; prescrire un examen tomographique volumique à faisceau conique (TVFC) pour évaluer une situation clinique complexe ; réalisation d'une biopsie pour examen anatomopathologique.

1.4 Classification des différentes urgences odontologiques

1.4.1 Les urgences endodontiques

Les urgences d'origine endodontique (pulpaire et péri-apicale) représentent la majorité des consultations douloureuses en urgence au cabinet dentaire (70 - 90%) [1]. Elles apparaissent dans les suites d'une pathologie non traitée ou en post- opératoire (secondaire à un traitement endodontique ou conservateur).

1.4.1.1 Syndrome dentinaire

Le syndrome dentinaire est caractérisé par une douleur provoquée par le froid ou le sucre disparaissant à l'arrêt du stimulus avec présence d'une lésion carieuse [Figure 2].

L'éviction carieuse et la reconstitution provisoire ou définitive constitue la base du traitement. La lésion carieuse va s'aggraver en l'absence de traitement et peut évoluer vers une pulpite.



Figure 2 : lésions carieuses
(Guide clinique d'odontologie 2011 Elsevier Masson)

1.4.1.2 Pulpite

Elle a pour origine soit une lésion carieuse, soit une lésion traumatique (fêlure, fracture) ou une irritation chimique (matériaux de reconstitution apposés à proximité de la chambre pulpaire) [12].

- Réversible ou hyperhémie pulpaire

Elle constitue un état inflammatoire léger, douloureux au froid ou au sucre et persistant à l'arrêt du stimulus. Les tests de sensibilité pulpaire sont positifs et douloureux, la douleur cède à l'arrêt du stimulus. La prise en charge consiste en l'éviction carieuse, un coiffage pulpaire direct ou indirect et l'obturation temporaire, puis l'obturation définitive à la disparition des douleurs. Si les phénomènes dégénératifs n'ont pas compromis la circulation sanguine ainsi que le drainage apical, un retour à la normale est possible. Dans le cas contraire, l'inflammation sera définitive.

- Irréversible

Populairement appelée la « rage de dent », c'est un état inflammatoire sévère de la pulpe dentaire à composante infectieuse. Elle provoque des douleurs spontanées,

intenses, pulsatiles, continues, exacerbées par le froid ou la position allongée et rebelles aux antalgiques. Les tests de sensibilité pulpaire sont positifs et très douloureux (même à l'arrêt du stimulus). Dans un premier temps, il est nécessaire de soulager le patient en réalisant l'éviction carieuse, la pulpectomie et la mise en place d'une obturation temporaire non compressive. Le traitement endodontique définitif sera réalisé dans un deuxième temps. En l'absence de pulpotomie, une antibiothérapie est recommandée [9]. La complication se fera vers la nécrose pulpaire puis vers la parodontopathie.

1.4.1.3 Parodontite apicale aiguë

La parodontite apicale, autrement nommée lésion inflammatoire péri-radicaire d'origine endodontique (LIPOE), est un terme général utilisé pour décrire le processus inflammatoire au niveau des tissus parodontaux profonds consécutif, le plus souvent, à une infection par des micro-organismes pathogènes dans le système endodontique [13].

Il existe deux formes de parodontites apicales aiguës décrites par Nair et reprises ensuite dans la littérature [14]. La première forme, *primaire* est une réaction inflammatoire qui s'observe au sein d'une région apicale initialement exempte de pathologie (due à la propagation de bactéries d'origine endodontiques ou parodontales, d'une irritation mécanique ou chimique consécutive à un traitement endodontique, ou faisant suite à un traumatisme). La seconde forme appelée parodontite apicale aiguë secondaire, résulte de l'exacerbation d'une lésion parodontale chronique.

- Stade inflammatoire

Il est caractérisé par une douleur spontanée, continue, exacerbée par le contact occlusal avec sensation de mobilité de la dent causale. Le test de sensibilité pulpaire est négatif et une percussion positive. Lors de l'interprétation d'un cliché rétro-alvéolaire on observe une radio-clarté péri-apicale (témoin d'une atteinte de l'os alvéolaire) et/ou péri-radicaire (élargissement desmodontal), surtout en cas de parodontite apicale aiguë secondaire.

Le traitement consiste à réaliser une pulpectomie complète avec irrigation à l'hypochlorite de sodium et à refermer la cavité à l'aide d'une obturation provisoire étanche. Un antalgique de palier I est la plupart du temps suffisant. Une prescription antibiotique est parfois nécessaire chez les patients à risque.

En l'absence de prise en charge efficace, deux voies d'évolution sont possibles :

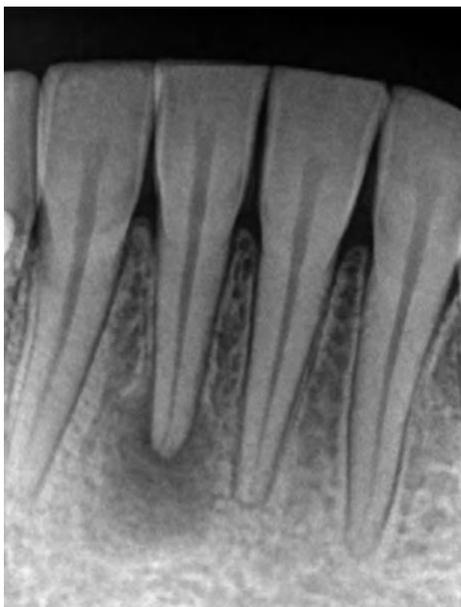
- La chronicisation en parodontite apicale chronique, en abcès apical chronique (granulome) puis en kyste.
- Ou la diffusion de la lésion en abcès apical aigu ou en cellulite.

- Stade abcédé ou abcès apical aigu

La parodontite apicale aiguë abcédée correspond à une suppuration localisée du péri-apex [Figure 3]. Cette complication apparaît très rapidement. Le tableau se caractérise par une exacerbation des signes précédemment évoqués, associés de manière inconstante à la présence de signes généraux (fièvre, adénopathies, asthénie).

Le traitement se fait par drainage intra canalaire ou par incision muqueuse, mise en sous occlusion et par la prescription d'antalgique de palier 2 et d'une antibiothérapie [Annexe : 4]. Un traitement endodontique est à prévoir.

La complication principale de la parodontite apicale abcédée est la cellulite faciale.



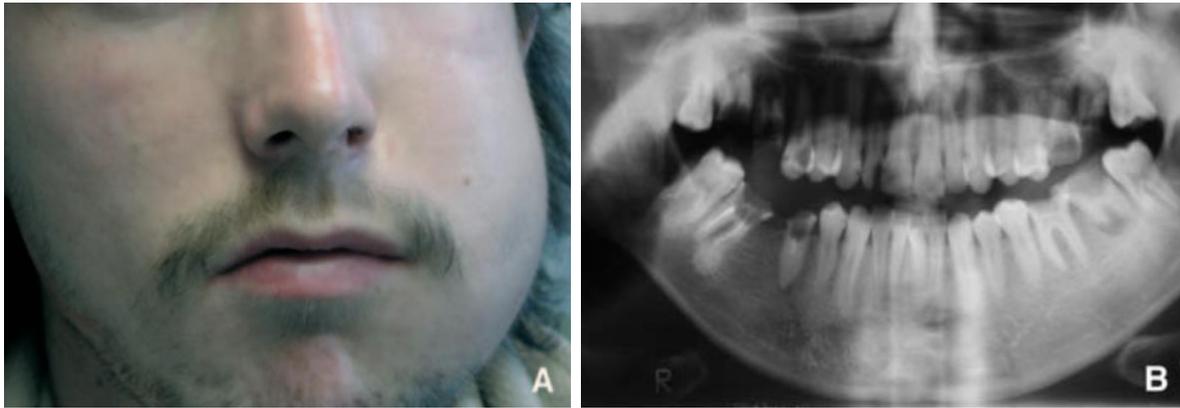
**Figure 3 : Parodontite d'origine endodontique
(Guide clinique d'odontologie 2011 Elsevier Masson)**

1.4.1.4. Cellulite faciale d'origine dentaire

Il s'agit d'une pathologie infectieuse des tissus de remplissage des espaces bucco-cervico-faciaux. Ces espaces sont délimités par les corticales osseuses et les insertions musculo-aponévrotiques. Les infections de la sphère maxillo-faciales sont à 90 % d'origine dentaire. Les causes sont multiples et doivent être systématiquement recherchées. Les cellulites maxillo-faciales se présentent sous plusieurs formes en fonction de leur évolution (aiguë, subaiguë et chronique), leur survenue (progressive ou brutale, inaugurale ou répétitive), leur aspect clinique (localisée ou diffuse), ainsi que leur topographie.

- Stade séreux :

Consécutives à la nécrose pulpaire d'origine carieuse ou traumatique, à une maladie parodontale, à un accident d'éruption dentaire ou à un geste opératoire avec contamination bactérienne, la cellulite séreuse est un stade inflammatoire. Elle est caractérisée par une tuméfaction importante des tissus mous de la face [Figure 4], une sensation d'empâtement et de chaleur diffuse, une douleur spontanée et un trismus. Le test de sensibilité pulpaire est négatif, la percussion très douloureuse, la palpation vestibulaire est positive. Le traitement conservateur consistera à réaliser un parage canalaire accompagné d'une antibiothérapie à large spectre [Annexe : 3] et d'antalgiques de palier 1 et 2.

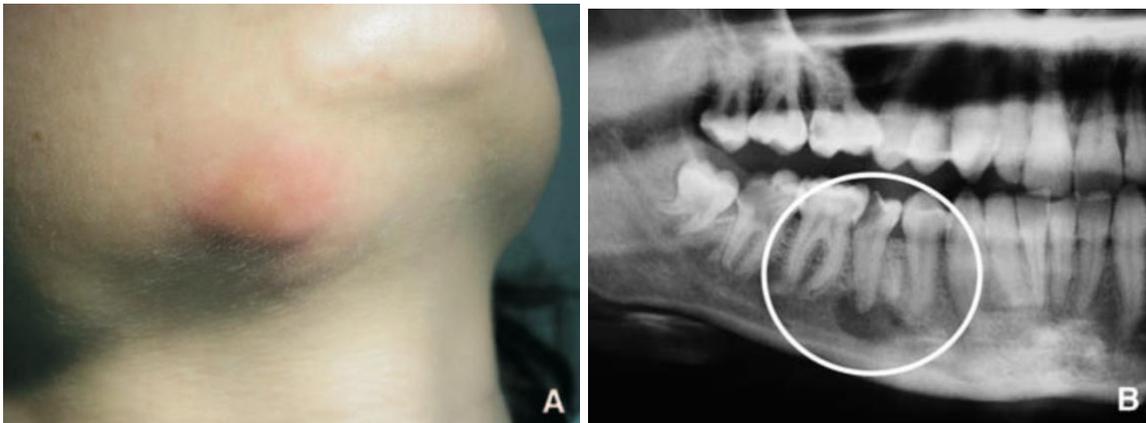


**Figure 4 : Aspect clinique (A) et radiologique (B) d'un patient atteint d'une cellulite séreuse d'origine dentaire mandibulaire gauche.
(Médecine d'urgence 2007 Elsevier Masson)**

- *Stade suppuré (ou abcédé ou collecté) :*

C'est la forme évolutive de la cellulite séreuse en l'absence de traitement.

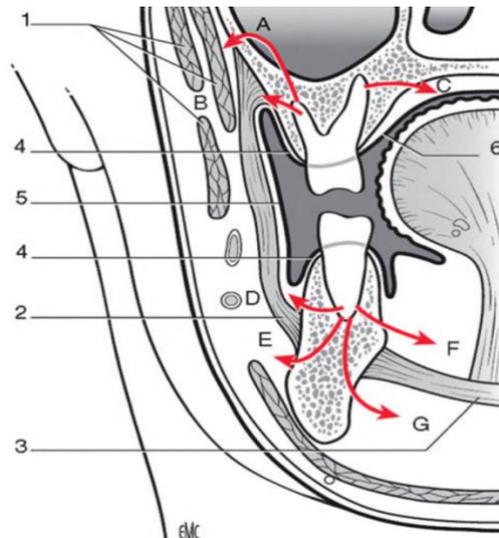
Généralement associée à des signes généraux, la tuméfaction cutanée observée est très inflammatoire et douloureuse à la palpation, bien délimitée, fluctuante. Un trismus est presque toujours présent, gênant l'examen et le traitement. La dent causale est très douloureuse et souvent mobile. La collection peut se fistuliser à la muqueuse buccale ou à la peau [Figure 5].



**Figure 5 : Aspect clinique (A) et radiologique (B) d'un patient atteint d'une cellulite collectée d'origine dentaire mandibulaire droite
(Médecine d'urgence 2007 Elsevier Masson)**

Elle peut aussi diffuser vers les loges anatomiques voisines et engendrer différentes complications [Figure 6]:

- un érythème vers la base du cou, signant une extension cervicale avec risque d'atteinte des voies respiratoires, médiastinite avec risque d'engagement du pronostic vital à court terme ;
- une tuméfaction du plancher buccal, empêchant la déglutition ;
- un emphysème sous-cutané, signant la présence de gaz et donc d'une nécrose : cellulite gangréneuse ;
- une tuméfaction jugale haute évoluant vers la région ophtalmique avec fermeture de l'œil : thrombophlébite facio-ophtalmique avec risque d'extension au sinus caverneux.



Coupe frontale de la face passant par la première molaire, d'après Testut et Jacob :

1. muscles de la face; 2. muscle buccinateur; 3. muscle mylohyoïdien; 4. muqueuse gingivale; 5. muqueuse jugale; 6. muqueuse palatine.

- A. Cellulite périmaxillaire externe à évolution génienne haute.
- B. Cellulite périmaxillaire externe à évolution buccale entre buccinateur et muqueuse.
- C. Il n'y a pas de phlegmon palatin mais des abcès sous-périostés.
- D. Cellulite périmaxillaire externe à évolution buccale entre buccinateur et muqueuse.
- E. Cellulite périmaxillaire externe à évolution génienne basse.
- F. Cellulite périmaxillaire interne à évolution sus-mylohyoïdienne.
- G. Cellulite périmaxillaire interne à évolution sous-mylohyoïdienne, c'est-à-dire sous-maxillaire.

Figure 6 : Voies de diffusion possibles d'une cellulite d'origine dentaire (Guide clinique d'odontologie 2011 Elsevier Masson)

L'urgence thérapeutique réside dans le drainage chirurgical de la collection infectieuse. Le traitement médicamenteux de la forme suppurée non compliquée est identique à celui du stade séreux.

- *Stade nécrotique*

Le stade nécrotique ou gangréneux constitue une forme de cellulite gravissime mais rare de nos jours. L'extension se fait rapidement et peut aboutir à des complications graves qui engagent le pronostic vital à court terme. Le terrain et les circonstances sont les mêmes que pour toutes les autres cellulites maxillo-faciales odontogènes.

Les signes généraux sont importants. L'emphysème sous-cutané objectivé à la palpation est pathognomonique. La prise en charge nécessite une hospitalisation en urgence afin de procéder à des drainages intra- et extra-oraux du foyer infectieux, au nettoyage chirurgical de tous les tissus nécrosés pour l'éradication des foyers infectieux et de prodiguer au patient un traitement médical de soutien (intubation, alimentation parentérale, anticoagulants...).

Une antibiothérapie à large spectre en intraveineux est prescrite [Annexe : 3] associée à une prescription antalgique. Des lavages des drains seront réalisés jusqu'à l'obtention de 3 lavages propres successifs. Un traitement étiologique par éradication de tous les foyers infectieux sera programmé. Le pronostic vital du patient est engagé en fonction du temps entre le diagnostic de la nécrose et le nettoyage chirurgical.

1.4.2 Les urgences parodontales

1.4.2.1 *Syndrome du septum*

Le syndrome du septum est une forme d'ostéite alvéolaire qui touche le septum interdentaire. Le syndrome du septum est la conséquence d'une perte d'un point de contact fonctionnel entre deux dents. Le plus souvent, il signe la présence d'une lésion carieuse, d'une obturation débordante ou d'une prothèse défectueuse. La compression mécanique de la papille gingivale associée au développement bactérien entraîne une inflammation du site. Il donne une douleur importante, pulsatile, lancinante survenant surtout au cours des repas, la pression sur la papille reproduisant la douleur signe le diagnostic. Le principal diagnostic différentiel est la pulpite irréversible.

Le traitement réside dans l'éviction des débris situés au niveau de l'espace interdentaire afin de réaliser le nettoyage de la zone douloureuse aux ultrasons avec irrigation antiseptique pour la reconstitution d'un point de contact [Figure 7].

Le principal risque évolutif est l'aggravation de la lyse osseuse avec apparition d'une poche parodontale.

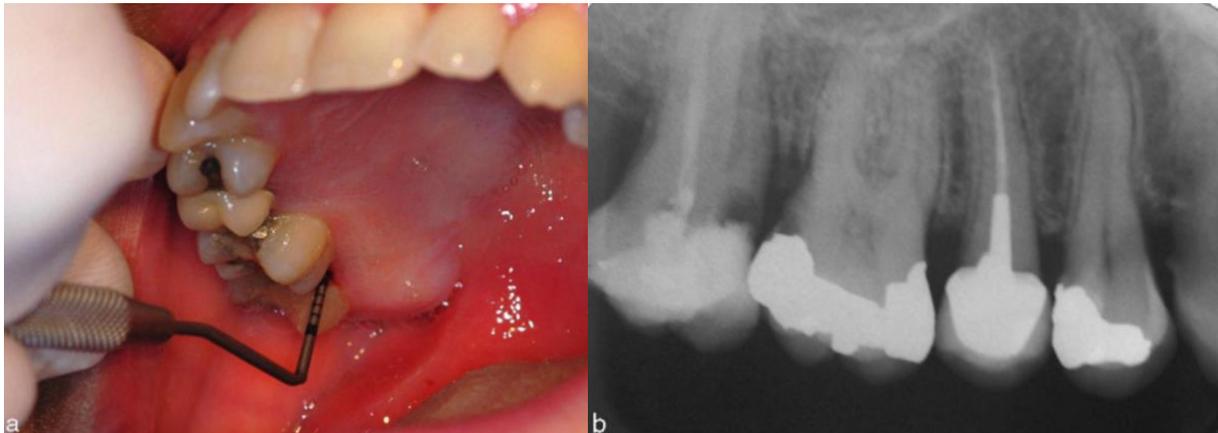


Figure 7 : Syndrome du septum : perte de point de contact, sondage positif et infiltration carieuse sur les deux dents compromises (Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)

1.4.2.2 *Abcès parodontal*

L'abcès parodontal se définit comme une infection localisée, purulente située dans les tissus parodontaux et qui peut mener à la destruction du ligament parodontal et de l'os alvéolaire. Sous le terme général d'abcès parodontal sont regroupés trois diagnostics appartenant à la Classe VI de la classification d'Armitage de 1999 (mise à jour par l'Académie Américaine de Parodontologie en 2002) [15].

- *Abcès gingival :*

Localisé au niveau de la gencive marginale ou de la papille inter-dentaire, il est souvent lié à la présence d'un corps étranger.

- *Abcès péri-coronaire ou péri-coronarite :*

C'est une inflammation du sac péri-coronaire et de la fibro-muqueuse adjacente survenant au cours de l'éruption du germe dentaire. Cette pathologie est l'un des signes cliniques de l'accident d'éruption qui peut toucher la dentition temporaire ou permanente. La péri-coronarite de la troisième molaire enclavée est une cause fréquente de consultation en urgence chez les 18-25 ans [Figure 8].

Le patient décrira une douleur rétromolaire spontanée irradiante et provoquée à la mastication et à la déglutition.

Il consiste à réaliser le nettoyage de la zone aux ultrasons avec irrigation antiseptique et prescription d'antalgiques de palier 1 ou 2 en fonction de l'EVA et de bains de bouche antiseptiques. La régression spontanée est possible avec parfois des récurrences. Dans le cas de récurrences fréquentes et de l'impossibilité d'évolution favorable de la dent sur l'arcade il sera préférable de procéder à l'avulsion de la dent causale. Elle peut aussi suppurer et évoluer vers un abcès péri-coronaire.

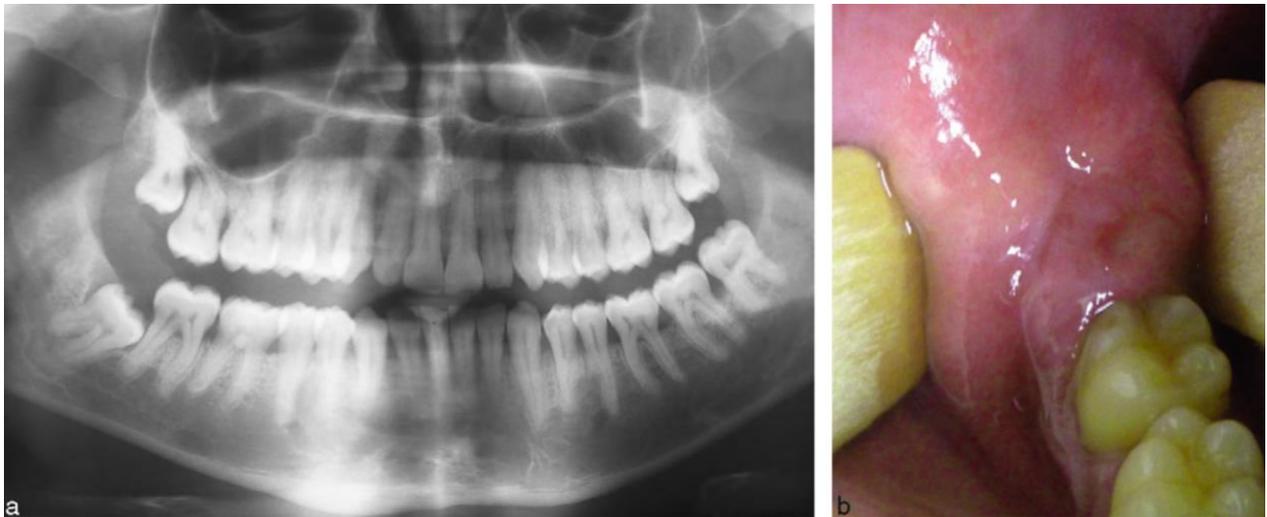


Figure 8 : Aspect clinique (b) et radiologique (a) d'une péri-coronarite aiguë sur inclusion de 48. (Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)

- *Abcès parodontal (proprement dit) :*

L'abcès parodontal est relativement fréquent (14% des urgences dentaire) [16]. Il résulte d'une infection purulente des tissus parodontaux. Survenant généralement sur un terrain de maladie parodontale, il peut être dû à une fermeture de la poche parodontale avec accumulation de débris ou du tartre résiduel. Il peut également être due à une impaction d'un corps étranger au niveau du tissu gingival, à une perforation lors d'un traitement endodontique ou à une fracture radiculaire.

Cliniquement douloureux, on observe aussi un œdème inflammatoire gingival localisé, une poche parodontale profonde, une mobilité dentaire possible, une douleur gingivale pouvant être exacerbée à la percussion et plus ou moins une suppuration, spontanée ou provoquée par la pression et, parfois, des signes généraux [Figure 9].

Cette infection va engendrer une résorption active et rapide au niveau osseux qui va nécessiter une prise en charge la plus rapide possible. Il consiste à réaliser le nettoyage de la zone aux ultrasons avec irrigation sous-gingivale à l'aide d'un antiseptique suivi d'un drainage de l'abcès par voie sulculaire ou par incision muqueuse. L'antibiothérapie est requise pour les patients à risque (diabète, immunodépression, ...) ou en cas de signes généraux [Annexe : 4]. Une prescription d'antalgiques de palier I, de bains de bouche antiseptiques et de brossettes interdentaires est recommandée. Le traitement de la dent causale est associé dans un second temps.



**Figure 9 : Abscès parodontal en regard de la racine palatine de 26
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**

1.4.2.3 Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) ou gingivite nécrosante aigue

La GUN est définie comme une infection caractérisée par une nécrose gingivale. D'origine bactérienne, elle évolue sous l'influence d'un stress récent (fatigue, tabac, épisode dépressif...), d'une mauvaise hygiène orale ou du tabac. L'immunodépression est un terrain très favorisant. Chez les patients porteurs du VIH, son incidence est plus élevée, 11% contre 0.5% dans la population générale [16].

Elle est caractérisée par une ulcération des papilles inter-dentaires avec la présence d'un enduit pseudo-membraneux, une halitose, des douleurs spontanées très intenses, des gingivorragies [Figure 10].

En première intention, un débridement supra-gingival doux est recommandé associé à une prescription antibiotique [Annexe : 4] et antalgique de palier 1 ou 2, et prescription de bains de bouche antiseptiques. Dans les séances suivantes, un détartrage minutieux sera réalisé jusqu'à disparition des lésions gingivales.



**Figure 10 : Gingivite ulcéro-nécrotique
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**

1.4.3 Les urgences post-opératoires

1.4.3.1 *Alvéolite sèche ou suppurée*

C'est la complication post avulsion la plus fréquente. L'incidence est évaluée de 1 à 4% dans les avulsions de dents simples et jusqu'à 30% en cas de molaires mandibulaires incluses. Les facteurs favorisants sont la durée et la difficulté de l'intervention, le tabac et l'utilisation de bains de bouche trop précocement. Elle apparaît dans les 24 à 72 heures après une avulsion, une douleur insomniate, irradiante et résistante aux antalgiques, une halitose, une sensation de mauvais goût dans la bouche, une alvéole dépourvue de caillot. Une suppuration de l'alvéole est possible. Un rinçage abondant de l'alvéole au sérum physiologique et à l'aide d'un antiseptique, est recommandé ainsi que la mise en place de mèches à base d'eugénol et d'oxyde de zinc, une prescription antalgique adaptée à l'intensité de la douleur. Dans le cas d'une alvéolite suppurée, une prescription antibiotique est nécessaire [Annexe : 3]. Le pronostic est généralement favorable en une à deux semaines.

1.4.3.2 *La réaction inflammatoire post-chirurgicale*

La réaction inflammatoire aiguë est un phénomène physiologique nécessaire, elle devient pathologique si elle perdure plus d'une semaine ou qu'elle entrave les activités quotidiennes. Elle succède le plus souvent à une chirurgie lourde et de longue durée. Les trois signes caractéristiques d'une réaction inflammatoire post-opératoire sont un trismus, une tuméfaction importante et une douleur évaluée à plus de 6/10 (EVA). Le traitement de la douleur se fait grâce à une prescription d'antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur, le plus souvent paracétamol 1g + codéine 60 mg toutes les 6 heures ou tramadol 50 mg toutes les 4h. Une prescription de glucocorticoïdes à forte dose peut être utile à raison de 1mg/kg/jour de prednisone. Le pronostic est généralement bon en quelques jours si une complication infectieuse a été écartée.

1.4.3.3 *Hémorragie post-opératoire*

L'hémorragie reste la complication post-opératoire la plus fréquente et est principalement post-avulsionnelle (90%). Elle survient le plus souvent après un geste chirurgical associé à une anomalie de l'hémostase. Elle peut se présenter soit sous forme d'écoulement continu soit en nappe au niveau du site opératoire. Des crachats de sang sont souvent rapportés par le patient.

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

1.4.3.4 *Le flare-up*

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

1.4.4 Les urgences traumatiques

Le type de traumatisme peut être déterminé par la classification de l'OMS modifiée par Andreasen [Figure 11,12]. :

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

Les deux derniers types seront plus largement abordés car ils nécessitent une prise en charge immédiate pour assurer le maintien de la dent.

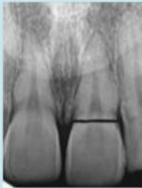
Fracture coronaire		Fracture coronoradiculaire	Fracture radiculaire		Fracture alvéolaire
Sans exposition pulpaire	Avec exposition pulpaire		Fracture radiculaire 1/3 moyen et 1/3 cervical	Fracture radiculaire 1/3 apicale	
					

Figure 11 : Différents types de fractures des dents permanentes (Guide clinique d'odontologie 2011 Elsevier Masson)



Figure 12 (dans l'ordre) : Luxation partielle. Intrusion. Extrusion. Expulsion (Médecine d'urgence 2007 Elsevier Masson)

1.4.4.1 Fracture amélaire simples et amélo-dentinaire

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

Sous anesthésie, on effectue le polissage du bord fracturé et on réalise la reconstitution par composite. Si le fragment a été conservé et que cela est possible, un collage est indiqué à l'aide d'un mordançage préalable et d'un composite fluide. Le risque de nécrose est faible (1 à 8%).

1.4.4.2 Fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire

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

Si le traumatisme date de moins de 24h, on effectue un nettoyage au sérum physiologique, un coiffage pulpaire avec un hydroxyde de calcium et une reconstitution

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

1.4.4.3 Concussion ou subluxation

Il concerne uniquement sur la couronne de la dent et peut atteindre le parodonte et éventuellement la pulpe. Lors de la concussion, il n'existe pas de déplacement de la dent dans son alvéole. A contrario, la subluxation est une luxation incomplète.

Il s'agit d'un coup direct sur la (ou les) dent(s) en cause, surtout chez les enfants et les adultes jeunes. Les signes cliniques sont une légère mobilité dentaire, une douleur à la palpation, un saignement extériorisé au niveau du sulcus, un test de vitalité pulpaire positif. Le cliché rétro-alvéolaire peut révéler un léger épaissement desmodontal mais contribue surtout à éliminer une éventuelle fracture alvéolo-dentaire et pour le suivi postérieur.

La dent causale doit être mise en sous occlusion. Dans le cas d'une subluxation, une contention souple peut être mise en place pour environ deux semaines associée à un régime alimentaire semi-liquide qui sera recommandé pendant 7 jours.

Le suivi consiste à la répétition de tests de vitalité à la recherche d'une nécrose pulpaire ou de complications endo-parodontales.

1.4.4.4 Extrusion

L'extrusion est le résultat d'un traumatisme fronto-latéral (sport de contact ++) qui déplace la dent partiellement hors de son alvéole, mais encore retenue par ses fibres desmodontales. L'atteinte pulpaire et parodontale est sévère. Les signes cliniques sont une dent "plus longue" poussée hors de l'alvéole associée à un saignement et une mobilité importante. Le test de vitalité pulpaire immédiat est négatif. Les clichés rétro-alvéolaire et occlusal permettent d'objectiver le déplacement de la dent et la recherche d'une éventuelle fracture alvéolaire et radiculaire. Le délai de prise en charge déterminera le type d'intervention [Figure 13].

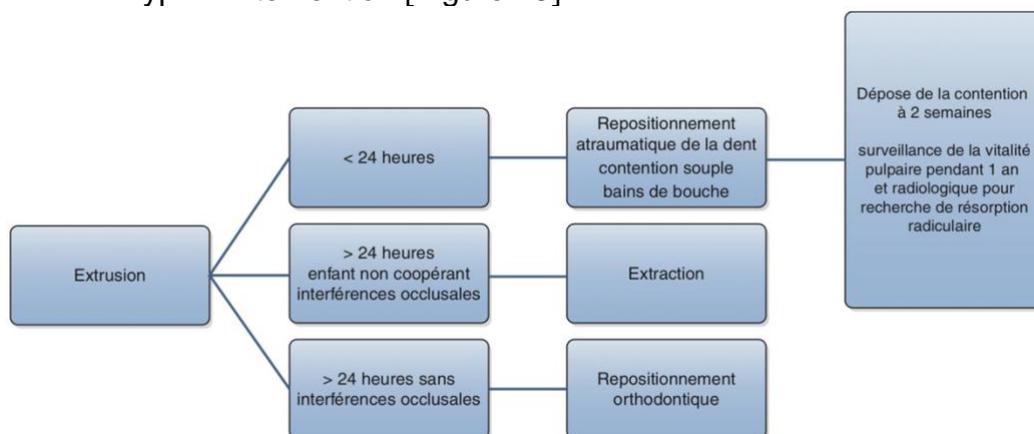


Figure 13 : Conduite à tenir face à une extrusion (Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)

1.4.4.5 Intrusion

L'intrusion fait suite à un choc (sport de contact ++)
dans le sens axial de la dent. Il s'agit de la forme la plus sévère de déplacement dentaire. La dent est alors forcée dans son alvéole et est souvent accompagnée d'une fracture de la paroi alvéolaire.

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

Un suivi clinique et radiologique régulier est nécessaire pour mettre en évidence une nécrose pulpaire ou une résorption radiculaire dans le cas d'une ré-éruption spontanée. Dans les cas de repositionnement chirurgical ou orthodontique, le traitement endodontique doit être réalisé car le risque de nécrose est de 100% sur des dents matures [Figure 14].

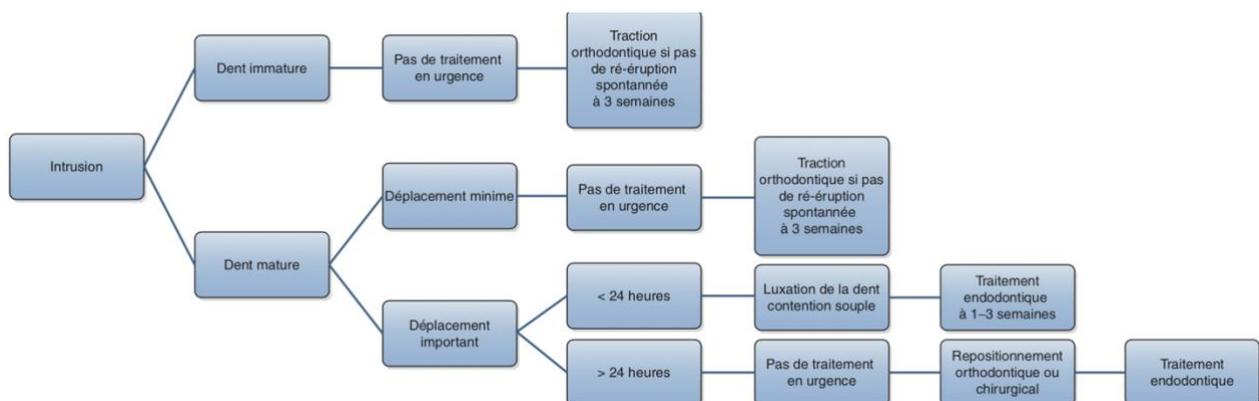


Figure 14 : Conduite à tenir face à une intrusion (Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)

1.4.4.6 Luxation latérale

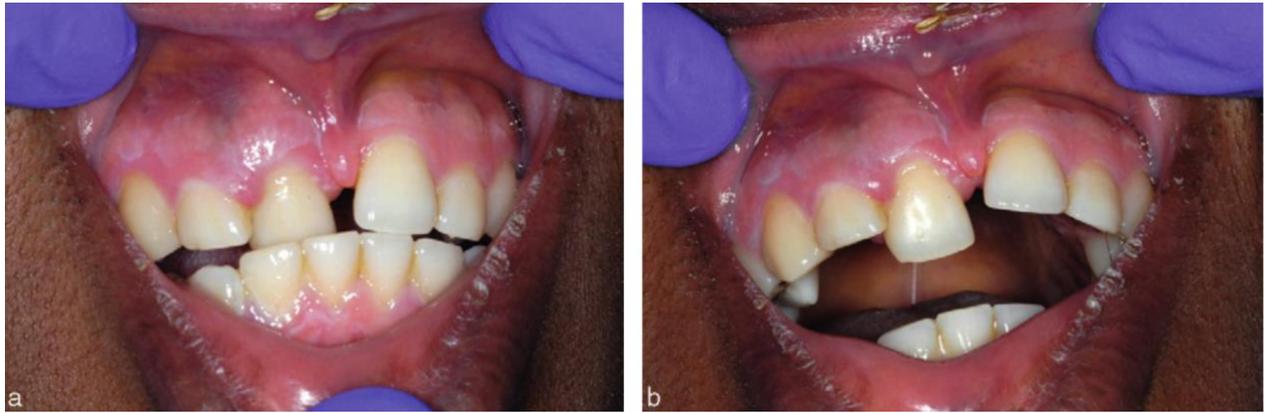
La luxation latérale demeure le traumatisme le plus fréquent, elle représente plus de 60% des traumatismes en denture permanente et temporaire. Elle s'observe lors d'un choc frontal (sport de contact ++)
qui touche le plus souvent le bloc incisivo-canin maxillaire.

La dent est déplacée latéralement et bloquée dans sa nouvelle position [Figure 15]. La couronne est déplacée en position linguale ou palatine et présente des interférences occlusales.

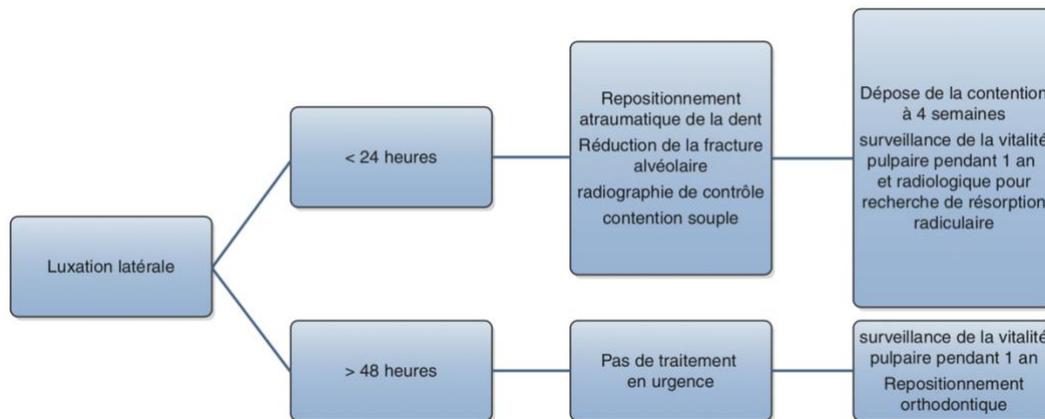
Il existe une fracture alvéolaire mise en évidence par la palpation du vestibule qui permet de sentir l'apex de la dent.

La radiographie rétro-alvéolaire permet d'objectiver le stade d'évolution radiculaire et l'importance du tissu pulpaire. Une incidence occlusale permet d'observer un épaississement du ligament parodontal dans la région apicale.

La cicatrisation est complexe, un suivi radio-clinique est nécessaire pour détecter les complications les plus fréquentes (nécroses pulpaires et les résorptions radiculaires). Le pronostic est plus favorable pour les traumatismes de moins de 24 heures [Figure 16], les dents à apex ouvert et pour les déplacements inférieurs à 2mm.



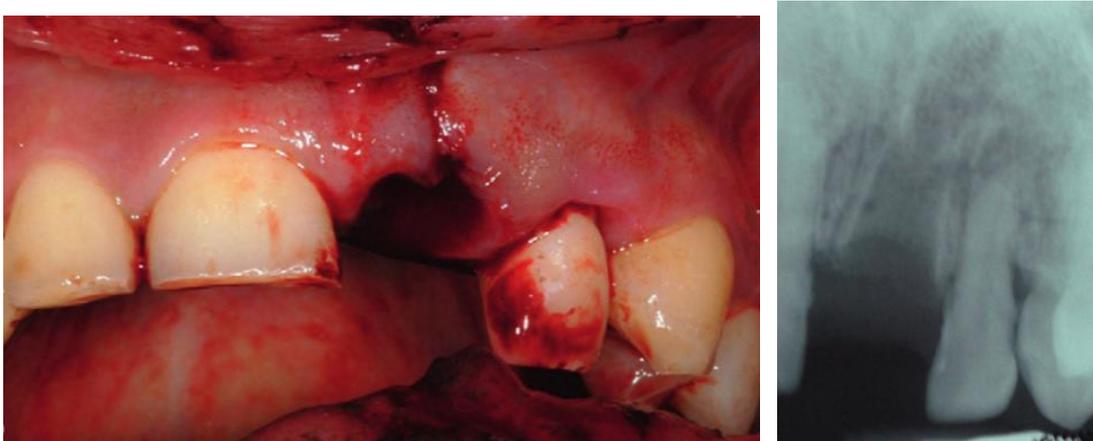
**Figure 15 : Luxation latérale à 48 heures
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**



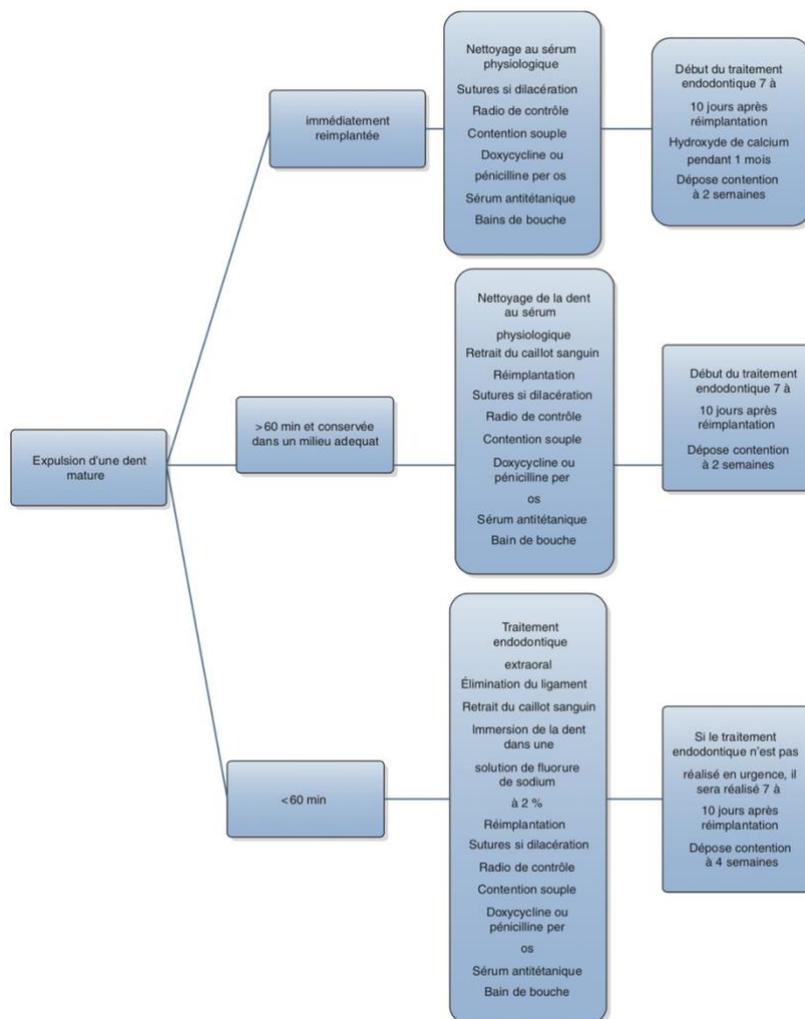
**Figure 16 : Conduite à tenir face à une luxation latérale
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**

1.4.4.7 Expulsion

Il s'agit d'un déplacement total de la dent hors de son alvéole. Souvent liée aux sports de contact et aux accidents de la voie publique, il s'agit d'un choc direct sur les dents et sur leur parodonte. Tous les tissus sont touchés et d'éventuelles fractures alvéolaires sont à rechercher systématiquement. La radiographie montrera l'alvéole vide et assez souvent une fracture alvéolaire [Figure 17]. Le pronostic sera fonction du temps extra-alvéolaire de la dent et du milieu de conservation [Figure 18].



**Figure 17 : Aspect clinique et radiologique d'une expulsion de 21
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**



**Figure 18 : Conduite à tenir face à une expulsion
(Urgences odontologiques 2010 Elsevier Masson)**

1.4.5 Les urgences « esthétiques » ou dites « de confort »

Certains auteurs comme Perrin D. reconnaissent également une urgence dite « de confort » [17] telles que l'urgence esthétique ou le descellement de prothèses fixées. Même si elles sont non douloureuses, le préjudice psychologique suscité par la perte d'intégrité corporelle va être ressenti comme une urgence par le patient.

L'urgence odontologique reste soumise à la subjectivité des patients mais également des praticiens. 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 » [18].

En effet, la santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [19]. Les urgences psychosociales doivent donc être considérées comme des urgences à part entière et nécessitent une prise en charge adaptée en termes de délais et de moyens. Le rôle du soignant est de répondre à la détresse du patient sous toutes ses formes. C'est pourquoi l'urgence est soumise au code de Déontologie.

1.5 Aspect déontologique

L'exercice médical est régi par le code de santé publique. Les devoirs sont les mêmes pour tous les professionnels de santé du corps médical et résultent tout d'abord des termes de l'article L.4121-2 (ex L.382) du code de la santé publique [20]: « *L'Ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L.4127-1* ». Le comportement du médecin face aux urgences, y compris d'origine dentaire, est guidé par les articles suivants.

L'article 7 du code de déontologie médicale (article R.4127-7 du code de la santé publique) [21] insiste sur l'importance de l'écoute du patient et de sa plainte en toute circonstance : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »

L'article 9 du code de déontologie médicale (article R.4127-9 du code de la santé publique) [22] ordonne qu'en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, le médecin se doit de lui porter assistance et s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Cet article est bien sûr l'écho de l'article 223-6 du code pénal.

L'article 47 du code de déontologie médicale (article R.4127-47 du code de la santé publique) [23] stipule que « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades soit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs, d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles...* ».

L'article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique) [24] lui fait obligation de participer aux services de garde de jour et de nuit dans le cadre de la permanence des soins, « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

L'article 78 (article R.4127-78 du code de la santé publique) [25] précise qu'il est nécessaire pour assurer une bonne permanence des soins que le soignant soit joignable et que les informations concernant le patient soient transmises à son successeur : « *Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite. (...) Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59.* »

Chaque praticien est tenu de prendre en charge toute urgence, y compris odontologique, et de respecter la permanence des soins ambulatoires. La gestion de la permanence des soins ambulatoires autour des pathologies dentaires sera ainsi organisée via les centres hospitaliers, les médecins généralistes et bien évidemment par les chirurgiens-dentistes. Ces différents acteurs de la permanence des soins varient en fonction des régions et ont un rôle plus ou moins important en fonction de leur répartition sur le territoire concerné.

2 Contexte et justification de l'étude

2.1 La pathologie bucco-dentaire

Une mauvaise santé bucco-dentaire constitue un véritable problème de santé publique partout dans le monde, dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement. L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son rapport de 2003, classe la carie comme l'une des dix grandes maladies chroniques mondiales en estimant à cinq milliards le nombre des personnes dans le monde présentant des caries dentaires, aussi bien les enfants et leurs dents de lait (60 à 90 % des enfants d'âge scolaire) que les adultes et leurs dents définitives [26]. Elle souligne également que les différentes pathologies bucco-dentaires se placent en troisième position dans le classement des fléaux de santé générale, après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses [26].

En plus de ses propres complications qui peuvent s'avérer graves, les pathologies bucco-dentaires sont étroitement liées à la santé générale d'un individu. Leur intrication avec des pathologies plus « générales » ainsi que leurs facteurs de risques communs (notamment dans la survenue d'endocardite aiguë, d'aggravation de pathologies chroniques, ...) en font un domaine non négligeable dans la prise en charge globale de l'individu.

Par exemple et en se limitant à ses relations avec les pathologies les plus coûteuses en termes de santé publique, on retiendra qu'une parodontite non traitée :

- augmenterait de 14% le risque de cancer chez la femme ménopausée [27],
- augmenterait de 27% le risque de mortalité par cancer sur l'ensemble de la population [28],
- pourrait produire des tumeurs malignes du tube digestif, comme par exemple le cancer du pancréas [29],
- augmenterait de 34% le risque de développer une maladie cardio-vasculaire [30],
- dérégulerait le diabète et augmenterait la résistance à l'insuline [31].

A l'inverse, un détartrage une fois par an diminuerait de 25 % le risque d'accident cardiovasculaire et de 13 % celui d'accident vasculaire cérébral [32]. Le traitement des parodontites aide aussi à l'équilibration du diabète [33].

La méconnaissance de ce lien semble donc avoir un impact direct en termes de santé publique [34].

En France, un des fondements de la politique de santé publique est de garantir l'accessibilité aux différentes composantes du système de santé et l'équité à toute la population. Les données épidémiologiques et démographiques confirment le bien-fondé général de cette politique de santé. La prise en charge des affections aiguës ou chroniques est globalement bien assurée, qu'il s'agisse d'affections somatiques ou psychiques. Un domaine reste néanmoins très en retard en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge, surtout si l'on considère qu'une prise en charge précoce est non seulement bénéfique pour le patient, mais aussi sensiblement moins onéreuse pour la collectivité. Il s'agit de la santé bucco-dentaire.

2.2 La santé bucco-dentaire en France

La santé bucco-dentaire est un des marqueurs sanitaires du système de santé des pays.

C'est également un reflet de l'accès aux soins des populations et de la précarité sociale [35, 36]. Dans le cadre de l'enquête sur la santé et la protection sociale organisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2008,

45,4 % des 2501 personnes interrogées âgées de 40 à 64 ans, ont jugé leur état de santé bucco-dentaire mauvais [36].

2.2.1 Système de santé bucco-dentaire français

Face à ses voisins européens, le système de santé bucco-dentaire français est en retard sur plusieurs tableaux, dont le remboursement social. En prenant l'exemple d'une pathologie dentaire fréquente comme la parodontite, 50% de la population française en est atteinte mais 75% des patients atteints ne sont pas traités [37]. Alors qu'il diminue l'impact de pathologies générales majeures et coûteuses, le traitement de la parodontite n'est pas pris en charge par l'assurance maladie, à l'inverse de l'Allemagne par exemple mais encore de la Belgique, la Suède ou même le Danemark [34].

Les raisons de ce retard par rapport à nos principaux voisins européens sont multiples et s'expliquent par la situation singulière que le système de santé bucco-dentaire français occupe en Europe, caractérisé par [34]:

- . Une faible dépense comparée aux pays de même niveau économique ;
- . Un reste à charge parmi les 4 plus faibles au monde ;
- . Des indicateurs de santé bucco-dentaire se situant en-dessous des pays de l'UE de même niveau et n'ayant pas été évalués de manière fiable depuis 12 à 15 ans ;
- . Une proportion de la population consultant un dentiste une fois par an très faible comparée à l'Allemagne, la Suède ou les Pays-Bas, et une consultation trop souvent motivée par l'urgence ;
- . Un système de prévention très limité et dont l'efficacité est discutable ;
- . Les tarifs de soins conservateurs les plus faibles en Europe ;
- . Le taux d'assistant dentaire par dentiste le plus faible d'Europe, sans la possibilité de déléguer des tâches cliniques.

Une organisation particulière du système de soins vis-à-vis de ses voisins européens qui aggrave son retard avec des dépenses en soins dentaires trop peu élevées.

2.2.2 Les dépenses en soins dentaires

Les retentissements d'une mauvaise santé bucco-dentaire (soins pour douleur, dysfonctionnement et baisse de la qualité de la vie) sont nombreux et coûteux. Le traitement représenterait de 5 à 10 % des dépenses de santé dans les pays industrialisés et n'est pas à la portée de nombreux pays en développement [38, 39]. En France, la Cour des Comptes rapportait en 2011, que le « *montant des dépenses de soins dentaires atteignait en 2008 : 9,65 milliards d'euros. Elles représentaient 5,7 % de la consommation des soins et biens médicaux, mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale* ». Le rapport concluait que cela « *traduit un désengagement financier de l'Assurance Maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé.* » [38].

En 2017, la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) retient un montant de 11,1 milliards d'euros de consommation en soins dentaires en France en 2016 [39]. Mais ce chiffre n'inclut pas les frais indirects estimés à 56,5% des frais directs, soit 6,3 milliards d'euros pour la France.

En plus d'augmenter, l'impact économique d'une mauvaise santé dentaire dépasse largement le montant des dépenses en soins dentaires. Si les dépenses associées aux maladies induites par des pathologies dentaires s'y ajoute, il semble hautement

probable que l'impact économique induit par les pathologies dentaires soit au moins égal au montant des dépenses en soins dentaires.

Ce manque de considération et le remboursement peu important de la sécurité sociale malgré des soins souvent coûteux participent à la difficulté d'accès aux soins dentaires

2.2.3 L'accès aux soins dentaires

Outre des dépenses de santé faibles comparées au niveau économique du pays, l'accessibilité aux soins dentaires en France est de moins en moins aisée.

Cette moindre fréquentation des cabinets dentaires va de pair avec un mécontentement croissant des français à l'égard des conditions d'accès aux soins dentaires en France. Le rapport IFOP en 2018 retrouve qu'un français sur deux (50%) juge « difficile » l'accès aux soins bucco-dentaires (contre 34% en 2012) [40]. Sur les français interrogés en 2018, 55% déclaraient avoir eu une consultation chez un dentiste dans l'année (contre 51% en 2013) mais 23% il y a plus de deux ans (contre 14% en 2013). Deux tiers (62%) déclaraient avoir renoncé au moins une fois à des soins dentaires pour diverses raisons (coût du traitement, phobie du dentiste, difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai rapide). La raison principale reste le coût des traitements (45%) ciblant donc les populations à faibles revenus. Un tiers (31%) d'entre eux ont déjà renoncé une fois aux soins dentaires à cause d'un délai d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous s'est allongé en passant de 27 jours en 2014 à 40 jours en 2018.

L'accès aux soins dentaires en France est en nette dégradation. Ceci va de pair avec un système de santé dentaire en difficulté. L'ajustement de certains points permettrait d'améliorer ce système de soins, notamment en matière de prévention.

2.2.4 Politique de prévention en santé bucco-dentaire

Lorsqu'une pathologie représente un réel problème de santé publique, il convient de le résoudre par plusieurs moyens (dépistage, prévention, prise en charge précoce...) : c'est le cas de la pathologie dentaire.

En 2010, une étude mondiale montre qu'environ 3.9 milliards de personnes sont affectées par des pathologies orales et que la carie non traitée sur les dents permanentes est l'atteinte la plus fréquente (35 % pour tous les âges combinés) [41]. À un stade précoce, on peut prévenir la carie dentaire et même en inverser le processus en respectant simplement une bonne hygiène bucco-dentaire [42].

Une politique de prévention, primaire et secondaire, permettrait de ralentir l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie dentaire, ce qui concourrait à une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire de la population et à une réduction des dépenses de santé. Celle-ci devrait idéalement commencer par l'éducation de la santé dès le plus jeune âge car c'est dès les premiers moments de la vie que les consultations dentaires permettent de mettre en place les conseils de prévention en matière d'alimentation et de brossage des dents.

Au niveau national, l'effort de prévention dentaire se concentre, en 2007, sur le programme M'T Dents. Il consiste en une visite de dépistage chez les femmes enceintes et une visite chez les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Ces visites sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale. Mais n'étant pas obligatoires, ces consultations sont peu observées et le taux de participation n'est que de 35 % [43]. Les populations socio économiquement défavorisées, les plus touchés par les pathologies bucco-dentaires, y participent beaucoup moins que les populations aux

revenus élevés [44]. Enfin, sur le plan collectif, le dispositif M'T dents prévoit une phase de sensibilisation par des dentistes dans les classes de CP, sans dépistage. En 2013, 250 000 enfants ont pu en bénéficier. En 2014 les budgets alloués ont été réduits et seuls 20 000 enfants situés en zone d'éducation prioritaire bénéficient de cette mesure. Enfin, aucune action de dépistage à l'échelon national n'est réalisée en milieu scolaire.

On peut à cet égard relever le faible impact de cette action de prévention, malheureusement inadaptée, en commençant à l'âge tardif de 6 ans.

Le système de santé bucco-dentaire français est en retard à l'échelle européenne, de par des dépenses inférieures à celles de ces voisins, un désinvestissement de la sécurité sociale, sa politique de prévention quasi inexistante et son accès aux soins difficile.

Essentiellement extra-hospitalier et largement libéral, le système de soins bucco-dentaires français est également soumis à l'hétérogénéité de sa démographie des chirurgiens-dentistes, et à sa répartition disparate.

2.3 Les chirurgiens-dentistes en France Métropolitaine et en Franche Comté

Actuellement, en France Métropolitaine on dénombre 42 141 chirurgiens-dentistes soit environ 66,49 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants (contre 62 en 2011) [45,46,47].

En Franche Comté, on compte pour sa part 602 chirurgiens-dentistes soit environ 49,69 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en février 2020 (contre 51,21 en 2011) [45,46,47].

La densité de chirurgiens-dentistes est nettement plus basse en Franche-Comté et l'écart continue de se creuser par rapport à la moyenne nationale [Fig. 19].

La majorité des régions à forte densité de chirurgiens-dentistes se concentre dans la partie sud de la France. Non régulée par la législation, la liberté d'installation est toujours d'actualité chez les chirurgiens-dentistes. L'installation est forcément plus aisée dans une ville de taille moyenne à grande. De plus, les villes disposants de facultés de chirurgie dentaire sont plus propices à l'installation des chirurgiens-dentistes [Figure 20]. Si on superpose la cartographie des facultés de chirurgie dentaire avec celle des densités des chirurgiens dentiste en France métropolitaine, on constate que les départements pourvus de facultés de chirurgie dentaire sont superposables aux zones à forte densités de chirurgiens-dentistes [Figure 21].

À l'échelle du Grand Est, on note une préférence d'installation dans les régions de formation dentaire (à savoir en Lorraine (Nancy), en Champagne (Reims) et en Alsace (Strasbourg)) et une désertification des régions qui en sont dépourvues, comme l'académie de Besançon.



De gauche à droite :

Figure 19 : Cartographie des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France en février 2020 selon le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (la région de Franche-Comté surlignée) [46].

Figure 20 : Cartographie des facultés de chirurgie dentaire en France [46].

Figure 21 : Cartographie des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France en février 2020 (la région de Franche-Comté surlignée) couplée à la cartographie des facultés de chirurgie dentaire par superposition des figures 1 et 2

Au niveau régional, chaque Agence Régionale de Santé (ARS) établit, d'après l'article L.1434-4 du Code de la Santé Publique, un zonage des professionnels de santé afin de déterminer les zones les plus déficitaires. Il existe un zonage pluridisciplinaire selon le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – premier recours (SROS) auquel s'ajoutent des zonages spécifiques par profession, et notamment pour les chirurgiens-dentistes.

Le zonage établi par l'ARS de Bourgogne Franche-Comté fait apparaître l'existence de nombreuses zones dites « sous-dotées » et « très sous-dotées » en chirurgiens-dentistes dans les différents départements de Bourgogne Franche-Comté [Figure 22].

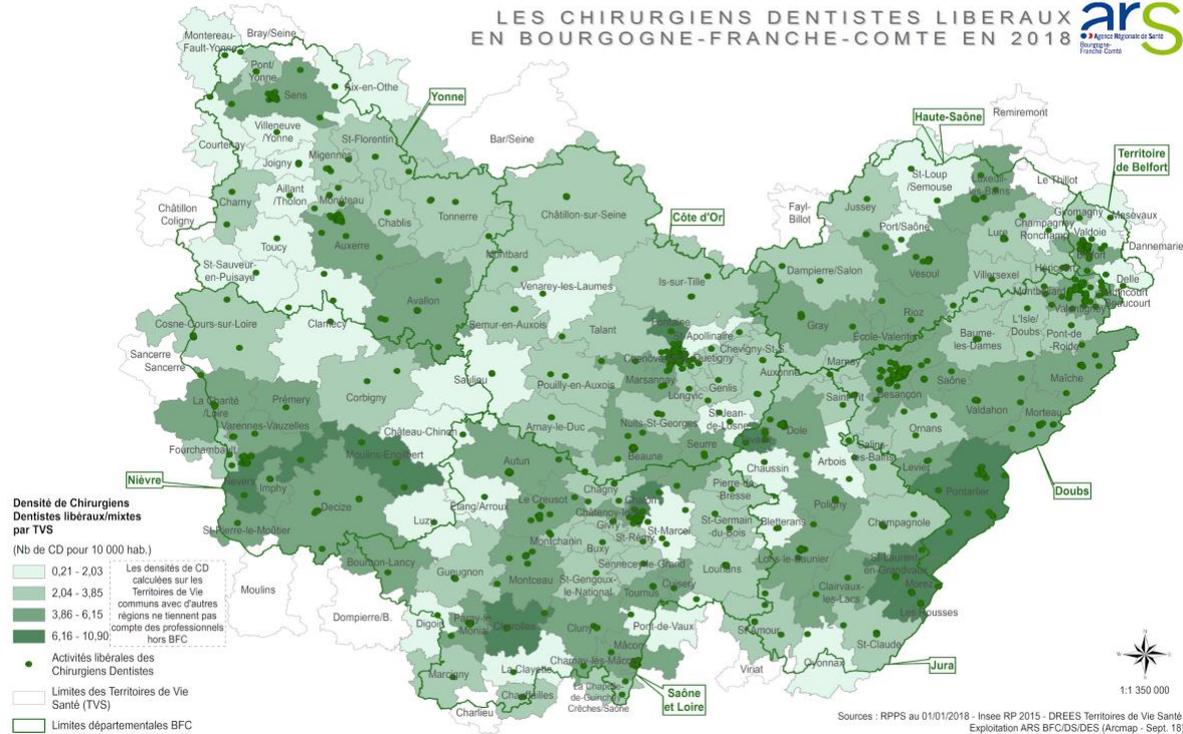


Figure 22 : cartographie de la densité des chirurgiens- dentistes libéraux en Bourgognes Franche-Comté en 2018 selon l'ARS [48]

Les zones « sous dotées » en chirurgiens-dentistes, comme la Franche-Comté, sont probablement plus exposées aux difficultés d'obtention de rendez-vous dans un délai suffisamment rapide et à l'éloignement géographique. Ces deux facteurs concourent à un retard de prise en charge de la pathologie dentaire [40]. Non traitée, la pathologie initiale va s'aggraver et, une fois trop douloureuse, nécessitera de consulter en urgence un professionnel de santé.

Le regard se tourne alors vers la médecine de premier recours et les médecins généralistes.

2.4 Le médecin généraliste

2.4.1 La formation des médecins généralistes

La finalité du deuxième cycle des études de médecine en France, désormais appelé Formation approfondie en Sciences Médicales, est représentée par le concours des Épreuves Nationales Classantes (ECN). Ce concours se déroule, depuis 2016, par voie numérique (ECNi). Il repose principalement sur la connaissance des étudiants d'un programme composé de plusieurs items.

Suite à l'émission du bulletin officiel du 16 mai 2013, les ECN ont été réformés en différentes unités d'enseignement (UE) qui accueillent au total 362 items. On y retrouve cinq items spécifiques à la sphère bucco-dentaire (n°46, n°88, n°152, n°164, n°295). Et également au sein de l'item 136, un point sur la prise en charge de l'inconfort buccal dans les situations palliatives [49]. À noter qu'avant cette réforme, on comptait sept items spécifiques à la sphère orale (n°35, n°84, n°145, n°256, n°270, n°304, n°343) [50]. Hormis les traumatismes crano-faciaux, aucun de ces items ne traite de la douleur dentaire ou des pathologies associées.

« La promotion de la santé bucco-dentaire apparaît de façon marginale (quelques heures) dans les formations initiales médicales et paramédicales. » [51].

Le manque de formation des médecins généralistes dans ce domaine est déploré dans plusieurs travaux. [51-54].

La formation concernant les pathologies de la sphère bucco-dentaire est de plus en plus restreinte et insuffisante pour répondre aux besoins du terrain en médecine générale. Malgré une formation théorique faible, il sera amené à prendre en charge des urgences odontologiques tout au long de son exercice.

2.4.2 Le mode d'exercice

Le médecin généraliste libéral jouit toujours d'une liberté d'installation qui va de pair avec son choix d'exercice. Le mode d'installation peut être seul ou en groupe. L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009 [55]. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe.

Certains de ces regroupements sont des structures pluridisciplinaires et peuvent accueillir plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes...) afin de délivrer une meilleure offre de soins, plus complète, plus continue. Ces maisons de santé, de plus en plus nombreuses, drainent un échantillon marqué du bassin de population.

Elles sont donc un bon reflet de l'exercice libéral de la médecine générale et des pathologies rencontrées.

Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des médecins généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation et aux actions de prévention en santé.

De plus en plus confrontés à un élargissement de leurs champs de compétences, les spécialistes en médecine générale sont fréquemment amenés à prendre en charge des pathologies d'origine dentaire, souvent dans le cadre de l'urgence et ce malgré une formation de plus en plus restreinte et un équipement médical technique peu adapté pour un examen optimale de la cavité orale.

2.4.3 La place du médecin généraliste en santé bucco-dentaire

L'importance de la santé bucco-dentaire, son intrication avec la santé générale, la qualité de vie et l'insertion sociale des individus sont rapportées à de multiples reprises dans la littérature [26,34,56]. La gravité potentielle de certaines pathologies et complications bucco-dentaires en fait un sujet important à maîtriser pour les médecins de premier recours que sont les généralistes.

Selon l'INSEE en 2015, 16 millions de Français avaient 60 ans ou plus [57]. Le vieillissement constitue un facteur de risque de pathologie bucco-dentaire, qui vont malheureusement aggraver, pour les individus fragiles, un état de dénutrition ou de dépendance. La prévalence et l'incidence de ces pathologies et les problèmes qu'elles posent est plus forte chez les patients âgés, souvent polypathologiques, polymédiqués, et les patients institutionnalisés [57,58, 59]. Cette population est le reflet de la patientèle quotidienne du médecin généraliste.

La prévention est un des rôles, voire des devoirs du médecin généraliste. Il occupe une place de choix dans les actions de prévention de santé et de dépistage, y compris dans celles de la santé bucco-dentaire. Pourtant, il ressort que seulement 11% d'entre eux font de la prévention de la santé bucco-dentaire [52].

Ils ont un rôle clé à jouer dans la santé bucco-dentaire, *a fortiori* dans les régions « sous dotées » en chirurgiens-dentistes, comme la Franche-Comté.

2.5 Intérêt d'une étude en franche comté

2.5.1 Impact de santé publique

Il apparaît clairement que les médecins généralistes sont amenés à prendre en charge des urgences odontologiques. C'est d'autant plus vrai dans les zones où le nombre de chirurgiens-dentistes est insuffisant pour pallier la demande des patients et où il n'existe pas de service d'urgences dentaires. Ainsi, on peut imaginer qu'en Franche-Comté le recours aux médecins généralistes pour motif bucco-dentaire est plus fort, puisque la densité de chirurgiens-dentistes se situe en dessous de la moyenne nationale.

De plus, la connaissance de service de garde, pour prendre en charge les urgences dentaires, reste peu répandue parmi la population civile et médicale.

Pour rappel, une permanence des soins dentaires est organisée depuis 2015 par les ARS appuyées par les Conseil Départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Les modalités d'organisation de celle-ci sont fixées juridiquement (avenant n°2 de la Convention Nationale des chirurgiens-dentistes, décret du 27/01/2015, instruction ministérielle du 09/06/2015 et arrêté du 27/08/15). La participation au service de garde est obligatoire, comme le mentionne l'article R. 4127-245 du Code de la Santé Publique.

Cette permanence des soins, organisée les dimanches et jours fériés de 9 à 12 heures est assurée dans chaque département par les chirurgiens-dentistes libéraux, collaborateurs (libéraux et salariés) et par les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé selon un roulement [60].

Durant la nuit, les dimanches après-midi et également pendant les vacances scolaires, la prise en charge des urgences odontologiques en Franche-Comté repose presque entièrement sur les services d'urgences générales et les médecins généralistes de garde.

Le parcours de soins concernant les urgences odontologiques semble peu adapté à la demande et aux pathologies qui lui sont propres en cabinet de médecine générale (formation limitée, plateau technique manquant).

Une évaluation de l'épidémiologie des urgences odontologiques en cabinet et des pratiques des médecins généralistes semble intéressante pour identifier le parcours de soins dentaire des patients franc-comtois, la prévalence de certaines pathologies et de leur prise en charge.

2.5.2 Absence d'étude exploitable

En France, très peu d'études ont été réalisées en matière d'épidémiologie des pathologies bucco-dentaires. Par exemple, il n'y a pas de surveillance régulière du statut dentaire de la population infantile. La dernière étude nationale a été réalisée en 2006. L'indice CAO, mesurant le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, était

de 1,23 à 12 ans avec 56% des enfants sans carie [Tab.1]. La France est donc considérée comme étant dans une situation moyenne en Europe entre les pays du Nord (CAO <1) et les pays de l'Est (CAO > 3). Cependant, ces données ne peuvent être considérées comme fiables, car ces mesures ont été réalisées il y a 14 à 22 ans [61,62].

	1987	1998	2006
Indice CAO à 12 ans	4,2	1,94	1,23
Enfants de 12 ans indemnes de carie	12%	40%	56%

**Tableau 1 : Evolution de l'état de santé dentaire en France depuis 30 ans
(La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique. 2018. Agir pour la santé dentaire)**

Concernant la population édentée totale, il n'existe aucune étude fiable. L'estimation habituellement retenue est que 16,3% des plus de 65 ans sont édentés totalement en France [63].

De même, la dernière enquête menée sur l'état de santé parodontale date de 2003. Elle montrait qu'une part importante de la population nécessitait des soins gingivaux. Une étude de 2018 dirigée par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) en partenariat avec les laboratoires Pierre Fabre Oral Care portait sur l'état de connaissance des Français en matière de santé bucco-dentaire [64]. Il en ressort que d'une manière générale, les Français identifient mal l'impact des maladies parodontales sur leur santé générale et ont une très faible prise de conscience des signaux d'alerte en santé bucco-dentaire.

Quel que soit l'indicateur observé, aucune donnée épidémiologique récente n'est disponible sur l'état de la santé dentaire en France. Il est ainsi impossible d'évaluer l'impact des mesures de santé publique comme le programme M'T dents ou les besoins spécifiques de la population.

3 Objectifs

L'objectif de cette étude prospective observationnelle est de décrire l'épidémiologie des pathologies bucco-dentaires urgentes au cabinet du médecin généraliste en Franche-Comté ainsi que d'évaluer les prises en charges spécifiques réalisées en urgence pour ces pathologies.

Deuxième partie : Article scientifique

Epidémiologie et prise en charge en urgence des pathologies bucco-dentaires au cabinet de médecine générale : Un recueil prospectif auprès des médecins généralistes en Franche-Comté

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : Selon l'OMS, les pathologies bucco-dentaires arrivent en troisième position dans le classement des fléaux de santé générale, après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses. En France, dans des zones « sous dotées » en chirurgiens-dentistes, certains patients s'adressent prioritairement à un médecin généraliste pour la prise en charge d'une pathologie bucco-dentaire urgente. Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'épidémiologie des pathologies bucco-dentaires urgentes au cabinet du médecin généraliste en Franche-Comté ainsi que d'étudier les prises en charge réalisées.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Cette étude prospective observationnelle a été conduite de Février à Aout 2020, auprès de médecins généralistes installés en Franche-Comté. Le recrutement s'intéressait à tout patient consultant en urgence pour une pathologie bucco-dentaire au cabinet de médecine générale et s'opérait via une fiche de recueil sous la forme d'un questionnaire rempli par les praticiens. Il était recherché les caractéristiques du patient, son parcours de soins, la pathologie dentaire actuelle et la prise en charge réalisée.

RÉSULTATS : 89 patients ont été inclus par 53 médecins généralistes. 74% des patients déclaraient avoir un dentiste traitant. Le suivi dentaire datait de moins d'un an pour 48,5%. Sur les 65.1% des patients ayant tenté d'être reçu par un chirurgien-dentiste, 17,2% ont eu un rendez-vous. La douleur dentaire était le motif de consultation le plus fréquent (87,6%) et le délai moyen avant la première consultation était de 8,58 jours. 84,2% des patients ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques, Aucune collection abcédée (n=36) n'a été évacuée. 74,1% d'une antibiothérapie et 15,6% d'anti-inflammatoires. Les patients ont été orientés vers un spécialiste dans 87,6% des cas.

DISCUSSION : La pathologie bucco-dentaire aiguë est un motif de consultation peu fréquent en médecine générale. Le manque d'offre de soins dentaires par pénurie de chirurgiens-dentistes en Franche-Comté conduit certains patients à consulter un médecin généraliste en urgence notamment lorsque la douleur, principal motif de consultation, devient trop intense. La prise en charge réalisée était adaptée et consistait majoritairement en l'instauration d'un traitement antalgique et antibiotique avant orientation vers un praticien spécialiste afin de réaliser le traitement étiologique. L'abstention de geste des médecins généralistes face aux abcès dentaires serait intéressante à explorer.

1 Introduction :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les pathologies de la sphère bucco-dentaire se placent en troisième position dans le classement des fléaux de santé générale, après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses [1]. Une « bouche malade » augmenterait de manière significative le risque de maladies générales, dont les maladies cardiovasculaires, les AVC, le diabète et les cancers [2-8].

La santé bucco-dentaire constitue un des marqueurs du système de santé des pays et, le système de santé bucco-dentaire français semble en retard à l'échelle européenne, de par ses dépenses croissantes, le désinvestissement de la sécurité sociale, sa politique de prévention et sa difficulté d'accès aux soins. Essentiellement extra-hospitalier et largement libéral, il est également soumis à une hétérogénéité de répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire français. Des zones « sous dotées » en chirurgiens-dentistes seraient probablement plus exposées à un retard de prise en charge de la pathologie dentaire urgente ou non (difficultés d'obtention de

rendez-vous rapide, éloignement géographique). En 2018, un Français sur deux jugeait « difficile » l'accès aux soins dentaires [9].

Non prise en charge rapidement, une pathologie dentaire risque de s'aggraver et devenant trop douloureuse, oblige le patient à consulter en urgence. Devant cette difficulté d'accès aux soins dentaires, le patient peut s'orienter vers son médecin généraliste comme premier recours. Malgré un équipement technique souvent insuffisant pour prendre en charge la pathologie dentaire, le praticien de médecine générale est souvent amené à recevoir ce type de consultation dans le cadre de l'urgence. Il a donc un rôle clé dans la prise en charge urgente, dans l'orientation du patient à l'issue de la consultation, mais également de manière plus générale en termes de prévention et de dépistage.

L'objectif de cette étude était de dresser de manière prospective en Franche-Comté l'épidémiologie des patients qui consultent en urgence un médecin généraliste pour une pathologie bucco-dentaire mais également d'analyser la prise en charge initiale réalisée à l'issue de cette consultation.

2 Matériel et méthode :

Une enquête prospective observationnelle a été réalisée auprès de médecins généralistes en Franche-Comté pendant une période de 7 mois (du 1^{er} Février au 31 août 2020). Ces médecins ont été sollicités lors d'un premier recrutement par courriel via la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné (FEMaSCo) concernant les Maisons de santé pluridisciplinaires. Un deuxième recrutement en juin a été effectué pour inclure également les cabinets de groupes ou individuels. Ce recrutement a été effectué par courriel et via les sites de l'ordre des médecins des départements concernés. Une fois la demande de participation acceptée, une fiche de recueil pour chaque patient a été adressée. Pouvait être inclus, tout patient consultant en urgence pour une pathologie bucco-dentaire.

La fiche de recueil transmise aux praticiens pouvait également servir de support à l'observation médicale. Cette fiche de recueil comportait 13 questions réunies en 4 sous-parties dont les données traitant du parcours de soins avant la consultation urgente, l'état de santé du patient, la pathologie dentaire actuelle et la prise en charge réalisée par le praticien [Annexe 1].

Pour chaque patient les données suivantes ont été collectées : âge, genre, le recours au médecin traitant ou à un autre médecin généraliste, la déclaration d'un suivi dentaire régulier, la date de la dernière consultation chez un chirurgien-dentiste, la tentative de prise de rendez-vous avec un chirurgien-dentiste pour la pathologie dentaire urgente qui motive la consultation avec le médecin généraliste, et si oui, a-t-il été reçu en urgence ?, l'état dentaire général du patient, les facteurs de risques de développer une pathologie bucco-dentaire, le motif de consultation, la durée des symptômes, le diagnostic, la recherche d'une complication, le traitement instauré suite à la consultation et si le patient a été adressé en urgence vers un autre praticien.

Les données ont été anonymisées, collectées et analysées avec le logiciel Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA).

3 Résultats

Sur 47 maisons de santé pluridisciplinaires franc-comtoises sollicitées, 8 d'entre elles ont répondu favorablement et accepté de participer à cette étude ainsi que 4 cabinets de groupe soit un total de 52 médecins généralistes participants.

Échantillon de population

89 patients ont été inclus dans l'étude : 56,2% (n=50) étaient de sexe féminin et 43,8% (n=39) de sexe masculin.

L'âge moyen était de 45 ans [6-90]. 76,4% (n=68) avaient entre 20 et 60 ans, 19,1% (n=17) avaient plus de 60 ans et 4,5% (n=4) avaient moins de 20 ans.

Analyse du parcours de soins des patients

42,7% (n=38) des patients ayant consulté en urgence se sont adressés à leur médecin traitant. 74% (n=66) ont déclaré avoir un dentiste traitant. Le suivi dentaire datait de moins de six mois pour 38,2% (n=34), de moins d'un an pour 20,3% (n=18) et 41,5% (n=37) n'avaient pas bénéficié de consultation dentaire depuis plus d'un an.

65,1% (n=58) des patients avaient préalablement pris rendez-vous chez un chirurgien-dentiste ; parmi eux, 17,2% (n=10) ont pu être reçus en consultation en urgence dont 90% (n=9) ayant eu une consultation dans les six derniers mois.

Analyse de l'état de santé général des patients

L'état dentaire des patients était jugé bon dans 35,9% (n=32) des cas, médiocre dans 40,44% (n=36) et mauvais dans 23,6% (n=21).

Des facteurs de risques ont été identifiés chez 59,5% (n=53) des patients, parmi les différents facteurs de risques 6,7% (n=6) étaient atteints de diabète, 35,9% (n=32) déclaraient une intoxication tabagique active et 16,8% (n=15) étaient en situation de précarité socio-économique.

Analyse des pathologies bucco-dentaires rencontrées

Les motifs de consultation par ordre de fréquence, étaient la douleur dentaire dans 87,6% (n=78) des cas, dont 2,2% (n=2) post avulsion, une tuméfaction du visage dans 34,8% (n=31), une douleur gingivale chez 11,2% (n=10), 10,1% (n=9) de traumatismes dentaires, une fièvre chez 3,3% (n=3), la douleur maxillaire dans 2,2% (n=2) et la douleur palatine soit 1,1% (n=1).

Le délai moyen entre l'apparition du premier symptôme et la première consultation auprès d'un professionnel de santé était de 8,58 jours (0-120). 39,3% (n=35) ont consulté dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes, 38,2% (n=34) entre 3 et 7 jours, soit un total de 77,5% (n=69) durant la première semaine. Les patients consultant au-delà de la première semaine représentaient 22,5% (n=20).

À l'issue de la consultation, les diagnostics établis par les médecins généralistes étaient les suivants : 30,3% (n=27) de caries dentaires, des pulpites dans 23,6% (n=21) des cas, 24,7% (n=22) de parodontites, des traumatismes dentaires chez 10,1% (n=9) des patients, 7,8% (n=7) de gingivites, 4,5% (n=4) de récessions gingivales, 3,3% (n=3) de douleurs liées aux dents de sagesse et 2,2% (n=2) d'aphtoses (figure 1). À noter que ces pathologies sont apparues pour 11,2% (n=10) des cas sur des dents ayant bénéficié de soins dentaires antérieurs (couronne

dentaire, amalgame, composite...). Lorsqu'une étiologie dentaire était diagnostiquée, la dent causale n'a pas été identifiée par les praticiens dans 5,6% (n=5) des cas.

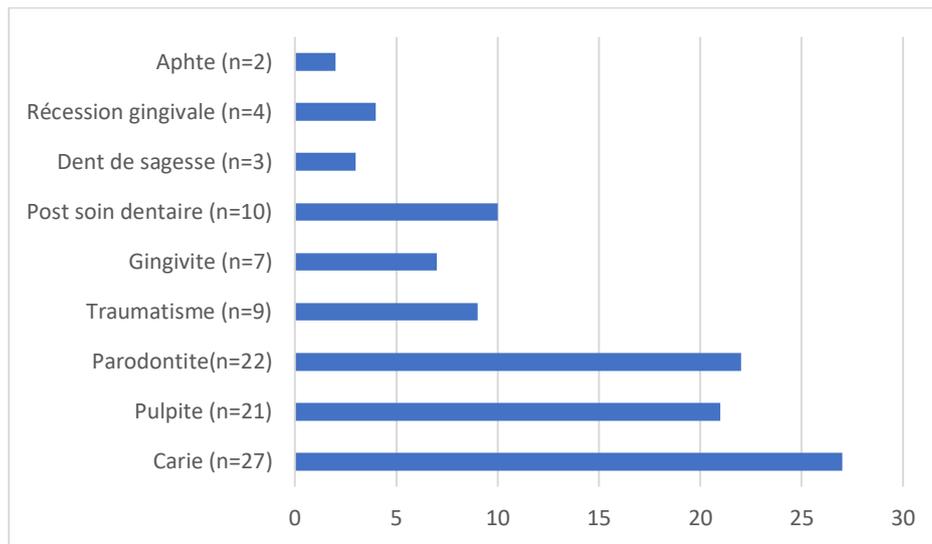


Figure 1 : Diagnostics établis par le médecin généraliste à l'issue de la consultation urgente pour pathologie bucco-dentaire (n).

Parmi les pathologies précédemment évoquées, 46% (n=41) présentaient des complications ou signes de gravité, représentés dans la figure 2.

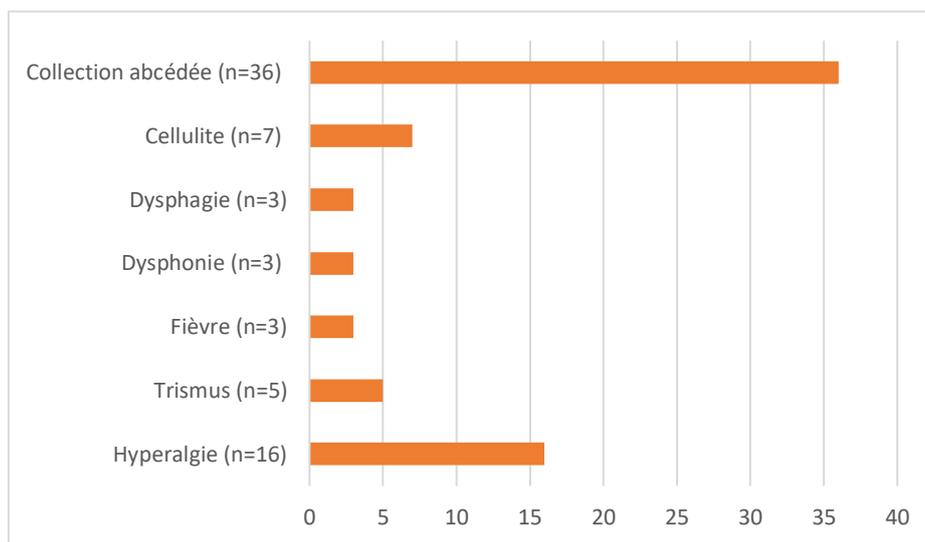


Figure 2 : Complications et signes de gravité retrouvés par le médecin généraliste à l'issue de la consultation urgente pour pathologie bucco-dentaire (n).

Analyse des prises en charge thérapeutiques instaurées

Au niveau des antalgiques prescrits, 84,2% (n=75) des patients ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques de palier I et 43,8% (n=39) de palier II. Une antibiothérapie a été prescrite dans 74,1% (n=66) des cas. Le type d'antibiotique prescrit est présenté dans la figure 3.

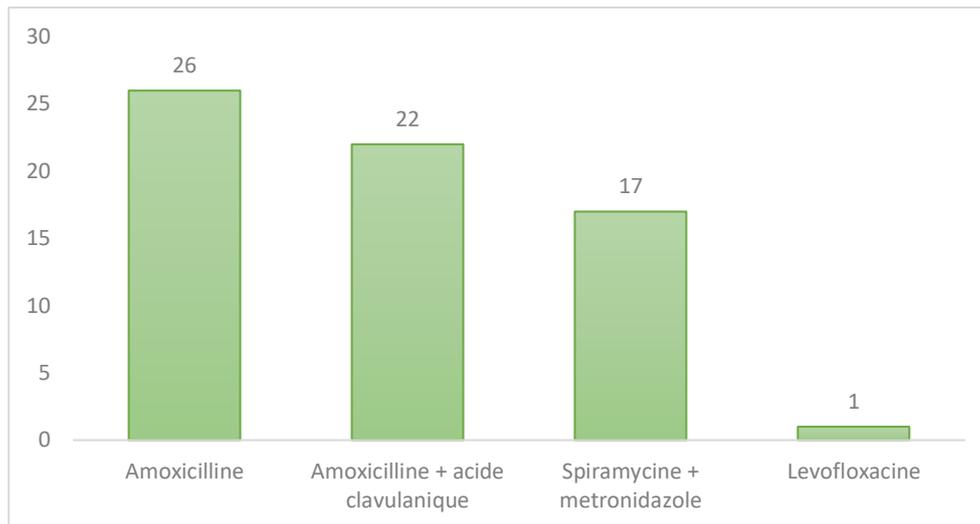


Figure 3 : Type d'antibiothérapie prescrite à l'issue de la consultation (n)

Des anti-inflammatoires ont été prescrits dans 15,6% (n=14) des cas ;12,3% (n=11) de non stéroïdiens (AINS) et 3,3% (n=3) de glucocorticoïdes. 63,6% (n=7) des prescriptions d'AINS étaient en association avec une antibiothérapie. Une sur trois (36,3% n=4) concernait des collections abcédées. 63,6% (n=7) étaient en association avec palier I voire palier II. Les corticothérapies, exclusivement prescrites dans des cas de cellulite faciale, étaient associées à une antibiothérapie.

Les praticiens ont apporté des mesures associées à ces prescriptions telles que les bains de bouches antiseptiques 30,3% (n=27) et des régimes semi-liquides dans 3,3% (n=3) des cas.

À l'issue de la consultation, les patients ont été orientés vers un spécialiste dans 87,6% (n=78) des cas dont 93,5% (n=73) vers un chirurgien-dentiste, 2,5% (n=2) vers un stomatologue, 2,5% (n=2) vers les urgences et 3,8% (n=3) vers un chirurgien maxillo-facial.

4 Discussion :

En décembre 2019, la Franche-Comté comptait, 1063 médecins généralistes libéraux installés [10]. Les données de cette étude ont été recueillies auprès de 8 maisons de santé, soit 16% de la totalité des maisons de santé pluridisciplinaires de la Franche-Comté mais également après de cabinets de groupe. Cela représente au total 53 praticiens soit 5% des médecins généralistes de la région Franche-Comté. La répartition territoriale s'est faite sur les quatre départements francs-comtois, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, et permet d'avoir une bonne représentativité des différents exercices. Au terme des sept mois de recueil, l'effectif final était faible (n=89), les urgences bucco-dentaires ont été un motif de consultation peu fréquent en médecine générale durant la période d'étude. Lors d'une enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale en 2004, les motifs en rapport avec la stomatologie, groupés avec les affections d'origine ORL et ophtalmologiques, représentaient seulement 16% des consultations en médecine générale [11]. Au sein

de cette population, l'âge moyen était de 45 ans. Un travail de 2006 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) soulignait que la majorité des patients ayant recours à un généraliste en urgence avait moins de 45 ans [11]. Cette étude retrouvait que 51,7% (n=46) des patients avaient moins de 45 ans avec un pic des consultations qui se situait dans la population la plus jeune et diminuait de manière inversement proportionnelle à l'âge. Deux études en 2002 et 2003 retrouvaient des résultats similaires [12,13].

Seulement 42% des patients présentant une pathologie bucco-dentaire ont consulté en urgence leur propre médecin traitant, la majorité a dû se tourner, devant l'urgence, vers un autre praticien disponible. Les trois quarts des patients déclaraient avoir un dentiste traitant, et la plupart avaient bénéficié d'une consultation dentaire l'année précédente. En 2018, 55% des français interrogés déclaraient que leur dernière visite chez le dentiste datait de moins d'un an [9]. Un chiffre déjà en baisse par rapport à 2013 qui montrait que le suivi dentaire était de moins en moins régulier en France, en lien avec plusieurs facteurs dont le coût du traitement, le délai d'obtention d'un rendez-vous, la phobie du dentiste et l'éloignement géographique.

De manière similaire au reste de la littérature, le principal motif de consultation était la douleur dentaire, qu'elle soit d'origine infectieuse, inflammatoire ou traumatique [14,15]. La douleur dentaire, paroxystique et intense, motive une demande urgente de prise en charge thérapeutique, au minimum antalgique. Le délai moyen retrouvé entre l'apparition du premier symptôme et la première consultation auprès d'un médecin était légèrement supérieur à huit jours. Ce résultat est concordant avec la littérature, en effet deux études rapportaient un délai moyen de consultation de sept jours après le début des symptômes dans le cas d'une pulpite et de cinq jours dans le cas d'une parodontite apicale [16,17].

Ce retard de prise en charge peut engendrer un risque de complications infectieuses dont notamment la cellulite faciale d'origine dentaire et un risque pharmacologique par automédication inadaptée. Une prise en charge plus rapide apparaît donc nécessaire. Sachant que le délai moyen pour la prise d'un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste était de 14 jours en 2018 [9] et que la grande majorité des patients souffrait d'une pathologie bucco-dentaire apparue il y a moins de 7 jours, il paraît logique que seulement 17,2%, aient pu bénéficier d'une consultation. Cette constatation démontre les difficultés des chirurgiens-dentistes à répondre à la demande de soins dentaires en urgence.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la faible démographie de chirurgiens-dentistes en Franche-Comté, l'absence de service hospitalier d'urgence dentaire non compensée par la seule présence de cabinets de gardes sur le territoire [18,19]. Durant la nuit, les dimanches après-midi et également pendant les vacances scolaires, la prise en charge des urgences odontologiques en Franche-Comté repose presque entièrement sur les services d'urgences générales et les médecins généralistes de garde. Le délai de latence avant une consultation peut se justifier par les facteurs précédemment évoqués comme le coût du traitement, la phobie du dentiste, et la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai rapide. La réforme « 100% santé » dentaire [20], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020, pourrait à l'avenir limiter le facteur financier.

L'état dentaire général n'a pas été jugé bon chez deux tiers des patients, les conseils de prévention et d'information par le médecin généraliste sur l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et d'un suivi dentaire régulier prend toute son importance d'autant plus qu'un patient sur trois était fumeur. Parmi les différentes pathologies bucco-dentaires urgentes diagnostiquées, quatre sur cinq étaient d'ordre endodontique conformément à la littérature qui les estime à 70-90% au cabinet dentaire [21]. Les traumatismes étaient également de proportions semi-équivalentes à hauteur de 10% contre 15% dans la littérature [12]. Plus de trois quarts des patients présentant une complication infectieuse avaient préalablement pris rendez-vous chez leur dentiste traitant mais seulement 13,9% ont été reçus. Ce retard de prise en charge a probablement pu favoriser l'émergence d'une complication infectieuse ou hyperalgique chez ces patients. Parmi les nombreux abcès diagnostiqués, aucune notion d'évacuation ou de drainage de la collection n'a été relevée. Il serait intéressant d'étudier l'abstention d'un geste simple et accessible à la médecine générale comme une incision par voie muqueuse permettant pourtant l'évacuation de la collection abcédée buccale et le soulagement rapide de la douleur, possiblement par manque de moyens ou de savoir-faire (crainte ou méconnaissance du geste).

La douleur dentaire étant le premier motif de consultation dentaire [12], cette étude s'est donc intéressée aux prescriptions de médicaments à but antalgique. La quasi-totalité des patients consultant pour une douleur dentaire a bénéficié d'une prescription d'antalgiques de palier I et la moitié un antalgique de palier II. La prescription d'antalgiques de palier I et II était donc très fréquente mais aucun antalgique de palier III n'a été prescrit.

D'après les recommandations sur la prescription des antibiotiques de l'AFSSAPS de 2011 [Annexes 2 et 3], une antibiothérapie n'est indiquée que dans certaines situations : foyer infectieux identifié (collection abcédée, cellulite) ou présence de signe de gravité (fièvre, trismus, adénopathie, œdème persistant ou progressif). Le Collège de Chirurgie Maxillo-faciale recommande la prescription d'une antibiothérapie dès le stade de pulpite (en l'absence de pulpotomie) [22]. Concernant le choix de l'antibiotique, la monothérapie par amoxicilline est le traitement de première intention. La bi-antibiothérapie (amoxicilline/acide clavulanique ou spiramycine/metronidazole) ne sera envisagée qu'en cas d'échec du traitement de 1^{ère} intention [Annexe 4]. Au sein des différentes antibiothérapies prescrites, seulement 39,4% étaient une monothérapie par amoxicilline et respectaient les recommandations sur le choix de l'antibiotique.

Sur l'ensemble des patients consultant pour une pathologie bucco-dentaire non infectieuse 56,2% ont reçu une prescription antibiotique non indiquée. Un travail de thèse en Ille-et-Vilaine en 2017 recherchait les principaux motifs de prescription d'une antibiothérapie dans la pulpite irréversible en cabinet de médecine générale [23]. Une grande partie (60%) des médecins interrogés déclaraient avoir recours aux antibiotiques à des fins antalgiques, par habitude de prescription pour pathologie dentaire, la conviction qu'une pulpite est forcément infectieuse ou encore à titre préventif. Une étude publiée par le groupe Cochrane Oral Health en 2016 concluait que les antibiotiques ne réduisent pas significativement une douleur dentaire causée par une pulpite irréversible [24]. Rappelons qu'il est essentiel de limiter la prescription antibiotique afin d'éviter l'émergence d'agents bactériens multi-résistants.

Un patient sur six a bénéficié au cours de cette étude d'une prescription d'anti-inflammatoire. Fréquemment prescrits en médecine générale, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent paraître être un atout majeur dans la prise en charge de la douleur dentaire et ainsi justifier leur prescription. Selon les recommandations 2008 de la Société Francophone De Médecine Buccale et Chirurgie Buccale, les AINS ne sont pas utilisés à visée anti-inflammatoire, mais uniquement comme antalgiques. Leurs effets étaient même supérieurs à celui d'un antalgique de palier I et semblables à ceux des paliers II mais ils n'ont pas prouvé leur supériorité au paracétamol face aux manifestations inflammatoires (trismus, œdème) [25]. Dans notre étude, deux prescriptions d'AINS sur trois étaient en association avec antalgique de palier I ou II. En 2014, une étude américaine a démontré qu'une prémédication par Ibuprofène masquait les tests cliniques diagnostics de pulpite irréversible [26]. Devant le manque d'études sur la prise d'AINS en odontologie (en médecine générale), leurs effets indésirables (gastriques/rénaux/obstétricaux) et le risque de masquer des signes cliniques, il convient de ne pas utiliser ce type de molécule en médecine générale dans le cadre des pathologies bucco-dentaires et de préférer un traitement antalgique simple et, dans le cas d'une pathologie bucco-dentaire inflammatoire, d'y associer des glucocorticoïdes à visée co-antalgique [25]. Les corticothérapies prescrites dans des cas de cellulite faciale, associées à une antibiothérapie, sont à privilégier sachant qu'aucune relation de cause à effet entre prise de glucocorticoïdes en cure courte et augmentation du risque infectieux n'est scientifiquement établie en odontologie [25].

Selon AFSSAPS, il est spécifié que l'antibiothérapie ne devra ni retarder, ni se substituer au traitement local adéquat [27]. L'avis spécialisé du chirurgien-dentiste est alors requis. Cette condition a bien été respectée parmi les praticiens puisqu'un avis spécialisé a été préconisé chez plus de 90% des patients.

La pathologie bucco-dentaire aiguë est un motif de consultation peu fréquent en médecine générale. Le manque d'offre de soins dentaires par pénurie de chirurgiens-dentistes en Franche-Comté conduit certains patients à consulter un médecin généraliste en urgence notamment lorsque la douleur, principal motif de consultation, devient trop intense. La prise en charge réalisée était adaptée et consistait majoritairement en l'instauration d'un traitement antalgique et antibiotique avant orientation vers un praticien spécialiste afin de réaliser le traitement étiologique. L'abstention de geste des médecins généralistes face aux abcès dentaires serait intéressante à explorer.

Commentaires

Le recueil des données de ce travail a été réalisé dans une période particulière qu'est la pandémie mondiale de SARS CoV2 [1]. Le nombre de patients inclus est très probablement plus faible que celui que l'on pouvait espérer. Devant la progression exponentielle des cas de COVID-19 (CoronaVirus Disease) [2], l'état d'urgence sanitaire a été déclaré et a nécessité la mise en place d'un confinement total pour limiter la propagation du virus sur une période d'un mois et 25 jours (du 17 mars au 11 mai 2020) [3]. Cette mesure sanitaire eu un impact direct sur le taux de fréquentation des cabinets de médecine générale. En plus d'être confrontés à de lourdes démarches administratives (réorganisation du cabinet, mesures de protection, conversion à la téléconsultation, le dépistage, la gestion de la quarantaine pour les patients infectés ou suspects ou cas contacts) et la crainte d'être eux aussi contaminés, les médecins généralistes ont limité les examens des voies aéro-digestives supérieures car à fort risque de contamination par projection/aérosolisation du virus [4,5]. Les gestes endo-buccaux étaient également craints ou limités pouvant expliquer l'absence d'incision des abcès dentaires dans cette étude. Les médecins généralistes étaient souvent en première ligne face à l'épidémie de COVID-19 qui sévissait. Hormis le faible taux de fréquentation des cabinets de médecine générale, le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes a mis au point un dispositif inédit pour la permanence des soins bucco-dentaires urgents (numéro d'urgence pour réorientation des urgences vers des cabinets de gardes dotés d'équipement de protection adaptés) [6,7]. Les patients qui pouvaient être potentiellement inclus dans l'étude ont été orientés prioritairement vers un chirurgien-dentiste puisque l'offre de soin était dans cette période quasi-réservée aux urgences dentaires. L'intérêt porté pour cette étude et les patients qui pouvait être potentiellement recrutés déclinaient au fur et à mesure du recrutement ce qui a conduit à élargir dans un second temps le recrutement à tous les praticiens franc-comtois (via le site de l'ordre des médecins, et les groupes de formation médicale continue).

Bibliographie

Première partie :

1. Boucher Y, Cohen E. Urgences dentaires et médicales : conduites à tenir, prévention chez le patient à risque. J. parodontol. implantol. orale. 2007. 380 p.
2. Illinois State Dental Society, ISDS. Definition of dental emergency. 1993
3. Ahossi V, Perrot G, Theyry L, Potard G, Perrin D. Urgences odontologiques. EMC - Odontol. 2007 ; Article 25-170-A-10.
4. Paré A. Les œuvres d'Ambroise Paré. In N. Buon. 1628. p.1350.
5. Perrin D. Dossier urgence et permanence des soins. Information dentaire. 2007 – A FAIRE
6. Ahossi V, Delestan C, Gérard E, Lozza J, Michlowsky S, Moizan H, et al. Urgences odontologiques à l'Hôpital. Une inflation de la demande de soins. Lettre de l'ordre national des chirurgiens-dentistes. 2003 ;15:15-7.
7. Ahossi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon. Analyse de 12 mois d'activité. Clinica. 2002 ; Vol.23 (3) :165-170.
8. Maisonneuve M. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. Thèse de médecine. Faculté de Grenoble. 2017. 53p [Internet] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514479>
9. Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : Examen de la face et de la cavité buccale. Elsevier-Masson. 2017. 411p. [Internet] <https://www-elsevierlibrary-fr.scd1.univ-fcomte.fr/pdfreader/chirurgie-maxillofaciale-et-stomatologie15185722>
10. Benslama L. Douleurs buccales. Revue du Praticien. Février 2002. Vol.52(4), pp.400-3
11. Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice. Examen clinique en endodontie. <http://www.cneoc.eu/docs/E1-examen%20clinique%20en%20endo.pdf>
12. Toledo Arenas R, Descroix V. Urgences odontologiques. 2010. 176p.
13. Y. Boucher. Parodontites apicales et mauvais traitements endodontiques : état d'urgence. Rev Odont Stomat. 2005. 34:205-217
14. P. N. Ramachandran Nair. Apical periodontitis: a dynamic encounter between root canal infection and host response. Periodontology 2000. 1997 Feb;13:121-48 [Internet] <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1997.tb00098.x>
15. Duyninh T, Jame O, Bousquet P, Gibert P, Orti V. Classification des maladies parodontales. EMC – Odontol. ; 2005 Vol.1(1), pp.58-66 [Internet] <https://www-sciencedirect-com.scd1.univ-fcomte.fr/science/article/pii/S1769683604001298?via%3Dihub>
16. Lafon A, Larras P, Ahossi V. Urgences odontologiques. EMC-Med. d'urg. 2017.
17. Perrin D, Ahossi V, Larras P, Paris M. Perrin - L'Urgence En Odontologie. Ed. CdP. 2005. 143p.
18. Cavaillon J-P, Girard P, Noto R, Jolis P. Manuel des urgences en pratique odontostomatologique. Paris: Masson. 1988. 410p.
19. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé. New York ;19 juin -22 juillet 1946 [Internet] https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
20. Code de la santé publique. Article L4121-2 [Internet] <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006688697/2001-07-13/>

21. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique) – Non discrimination [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination>
22. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique) – Assistance à personne en danger [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-9-assistance-danger>
23. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique) – Continuité des soins [Internet]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuete-soins>
24. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique) – Permanence des soins [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
25. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 78 (article R.4127-78 du code de la santé publique) – Permanence des soins – Modalités [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-8>
26. OMS, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. [Internet] https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf?ua=1
27. Nwizu NN, Marshall JR, Moysich K, Genco RJ, Hovey KM, Mai X, LaMonte MJ, Freudenheim JL, Wactawski-Wende J. Periodontal Disease and Incident Cancer Risk among Postmenopausal Women: Results from the Women's Health Initiative Observational Cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017 Aug;26(8):1255-1265. [Internet] <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0212>
28. Heikkilä P, But A, Sorsa T, Haukka J. Periodontitis and cancer mortality: Register-based cohort study of 68,273 adults in 10-year follow-up. *International Journal of Cancer.* 2018 Jun 1;142(11):2244-2253. [Internet] <https://doi.org/10.1002/ijc.31254>
29. Nieminen MT, Listyarifah D, Hagström J, Haglund C, Grenier D, Nordstrom D et al. Treponema denticola chymotrypsin-like proteinase may contribute to orodigestive carcinogenesis through immunomodulation. *British Journal of Cancer.* 2018 Feb 7;118(3):428-434. [Internet] <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.409>
30. Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J.* 2009 Aug;59(4):197-209. [Internet] https://doi.org/10.1922/IDJ_2114Sixou13
31. Southerland JH, Taylor GW, Moss K, Beck JD, Offenbacher S. Commonality in chronic inflammatory diseases: periodontitis, diabetes, and coronary artery disease. *Periodontol* 2000. 2006;40:130-43. [Internet] <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00138.x>
32. Chen ZY, Chiang CH, Huang CC, Chung CM, Chan WL, Huang PH, Lin SJ, Chen JW, Leu HB. The association of tooth scaling and decreased cardiovascular disease: a nationwide population-based study. *Am J Med.* 2012 Jun;125(6):568-75. [Internet] <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.10.034>
33. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010 Feb;33(2):421-7. [Internet] <https://doi.org/10.2337/dc09-1378>.
34. ASD, Agir pour la Santé Dentaire. La santé bucco-dentaire un enjeu de santé publique. 2018 [cité 24 sept 2019] [Internet] <https://agirsd.fr/wp-content/uploads/2018/04/180402-La-santé-bucco-dentaire-un-enjeu-de-santé-publique.pdf>

35. Vincelet C, Azogui Levy S, Gremy I. Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003 ; Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Avril 2009, n°. 15, p. 137-41 [Internet] <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/inegalites-en-sante-bucco-dentaire-dans-la-population-francilienne-adulte-2002-2003>
36. DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Juin 2010. Rapport n° 547 (biblio n° 1800) [Internet] <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
37. Bourgeois Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. J Periodontal Res. 2007 Jun;42(3):219-27. [Internet] <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.2006.00936.x>
38. UFSBD, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. La prévention bucco-dentaire en France. Un tournant à prendre. Préconisations de l'UFSBD. Novembre 2012. [Internet] <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Prévention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-à-p-.pdf>
39. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2016 : Résultats des comptes de la santé. [Internet] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf
40. IFOP, Institut français d'opinion publique. Les Français, l'accès aux soins dentaires et la question du reste à charge zéro pour les prothèses dentaires. 2018. [Internet] https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/11/115081_Analyse_20_Dentaly_Ifop-26.11.2018.pdf
41. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Educational interventions in health services and oral health: systematic review. Rev Saude Publica. 2018;52:52. [Internet] <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000109>
42. Cummins D. The development and validation of a new technology, based upon 1.5% arginine, an insoluble calcium compound and fluoride, for everyday use in the prevention and treatment of dental caries. J. Dent. 2013 Aug; 41 (Suppl 2), p. S1-11. [Internet] <https://doi.org/10.1016/j.ident.2010.04.002>
43. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. M'T dents : une progression constante de la participation au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance Maladie. 2013. [Internet] https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/29052013_DP_MT_dents_VDEF.pdf
44. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France : Rapport 2017. [Internet] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
45. IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Démographie des chirurgiens-dentistes en 2011. [Internet] <http://www.ecosante.fr>
46. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Cartographie et données publiques. Répartition de la population des Chirurgiens-Dentistes par Chirurgiens-Dentistes / 100 000 habitant en février 2020. [Internet] <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie>
47. Atlas Santé. Cartosanté : Répartition de la population des Chirurgiens-Dentistes en 2019 [Internet]. https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicateur&i=zonage_conv.z_kine&view=map12
48. Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté. Cartothèque : Les chirurgiens-dentistes libéraux en Bourgogne-Franche-Comté en 2018 [Internet]. <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/cartotheque-bourgogne-franche-comte>
49. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Études médicales : Bulletin Officiel n°20 du 16 mai 2013. [Internet] https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1

50. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Études médicales : Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007. [Internet] <https://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
51. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Promouvoir la santé bucco-dentaire. La Santé de l'homme -Dossier n° 417. 2012 [Internet]. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-janv-fevr-2012-n-417-promouvoir-la-sante-bucco-dentaire>
52. Latil M. Informations de prévention bucco-dentaire délivrées par les médecins et les chirurgiens-dentistes en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine de Toulouse III. 2014
53. Pacorel C. Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité. Thèse de chirurgie-dentaire. Université de Lorraine. 2015.
54. Vuillaume E. Guide pratique d'odontologie pédiatrique à l'usage du médecin généraliste. Thèse de médecine générale. Université de Franche-Comté. 2009. 176p.
55. IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Sep 2010 [Internet]. <https://pdfs.semanticscholar.org/4708/c1b37d7e19487b1d802db8b466a19b33824c.pdf>
56. Bousfiha B, Mtalsi M, Laaroussi N, Elarabi S. La carie de la petite enfance : Aspects cliniques et répercussions. Le courrier du dentiste. Janvier 2014. [Internet]. <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-carie-de-la-petite-enfance-aspects-cliniques-et-repercussions.html>
57. Santé.gouv.fr. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées ; octobre 2006 [Internet]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
58. Thiébaud S, Lupi-Pégurier L, Paraponaris A, Ventelou B. Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France 2008-2009. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 7 ; 5mars2013
59. UFSBD, Union française pour la Santé Bucco-Dentaire. Santé Bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées 2014 ; édition 2017
60. [Legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) : Instruction relative à l'organisation de la permanence des soins dentaires. N° DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS/2015/193 du 9 juin 2015 [Internet] <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?%20action=afficherCirculaire&hit=1&r=39750>
61. Traver 2014, Etat bucco-dentaire des jeunes participants au dispositif de l'examen bucco-dentaire. Santé Publique ; 2014, 26. 481- 490p. [Internet]. <https://doi.org/10.3917/spub.144.0481>
62. Roland 2006. Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé. Inf Dent. 2006, 88 (33). 2011- 2016p
63. HAS, Haute autorité de santé. Pose d'une prothèse amovible définitive complète. Avril 2006 [Internet] https://odonte.com/wp-content/uploads/2016/02/prothese_amovible_defintive_complete_avril_2006.pdf
64. UFSBD, Union française pour la Santé Bucco-Dentaire. La santé bucco-dentaire des Français : Les Français et la santé de leurs gencives. 2018. [Internet] https://static.pierre-fabre.com/sites/default/files/files/document/file/ufsbd_pierre_fabre_cp_les_francais_et_la_sante_de_leurs_gencives.pdf

- Deuxième partie :

1. OMS, Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire. [Internet] https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf?ua=1
2. Nwizu NN, Marshall JR, Moysich K, Genco RJ, Hovey KM, Mai X, LaMonte MJ, Freudenheim JL, Wactawski-Wende J. Periodontal Disease and Incident Cancer Risk among Postmenopausal Women: Results from the Women's Health Initiative Observational Cohort. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017 Aug;26(8):1255-1265. [Internet] <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0212>
3. Heikkilä P, But A, Sorsa T, Haukka J. Periodontitis and cancer mortality: Register-based cohort study of 68,273 adults in 10-year follow-up. *International Journal of Cancer.* 2018 Jun 1;142(11):2244-2253. [Internet] <https://doi.org/10.1002/ijc.31254>
4. Nieminen MT, Listyarifah D, Hagström J, Haglund C, Grenier D, Nordstrom D et al. *Treponema denticola* chymotrypsin-like proteinase may contribute to orodigestive carcinogenesis through immunomodulation. *British Journal of Cancer.* 2018 Feb 7;118(3):428-434. [Internet] <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.409>
5. Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J.* 2009 Aug;59(4):197-209. [Internet] https://doi.org/10.1922/IDJ_2114Sixou13
6. Southerland JH, Taylor GW, Moss K, Beck JD, Offenbacher S. Commonality in chronic inflammatory diseases: periodontitis, diabetes, and coronary artery disease. *Periodontol 2000.* 2006;40:130-43. [Internet] <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00138.x>
7. Chen ZY, Chiang CH, Huang CC, Chung CM, Chan WL, Huang PH, Lin SJ, Chen JW, Leu HB. The association of tooth scaling and decreased cardiovascular disease: a nationwide population-based study. *Am J Med.* 2012 Jun;125(6):568-75. [Internet] <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.10.034>
8. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010 Feb;33(2):421-7. [Internet] <https://doi.org/10.2337/dc09-1378>.
9. IFOP, Institut français d'opinion publique. Les Français, l'accès aux soins dentaires et la question du reste à charge zéro pour les prothèses dentaires. 2018. [Internet] https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/11/115081_Analyse_20_Dentaly_Ifor-26.11.2018.pdf
10. Atlas Santé. Cartosanté : Répartition de la population des Médecins généraliste en Franche-Comté ; décembre 2019 [Internet] https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_kine&view=map12
11. Marie Gouyon. Les urgences en médecine générale. DRESS. n° 94 – avril 2006 [Internet] <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13662/1/seriestat94.pdf>
12. Ahossi V, Delestan C, Gérard E, Lozza J, Michlowsky S, Moizan H, et al. Urgences odontologiques à l'Hôpital. Une inflation de la demande de soins. *Lettre de l'ordre national des chirurgiens-dentistes.* 2003 ;15:15-7.
13. Ahossi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon. *Analyse de 12 mois d'activité. Clinica.* 2002 ; Vol.23 (3) :165-170.
14. DREES. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières ; 2013
15. Le Heron L. Urgences bucco-dentaires en médecine générale. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine Générale. Faculté de médecine de Reims ; 2009
16. J. M. Nusstein et M. Beck, «Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps», *Oral Surg. Oral Med. Oral*

Pathol. Oral Radiol. Endod. août 2003; Vol.96, n°2, p. 207-214.

17. B. Touré, A. W. Kane, A. Diouf, B. Faye, et Y. Boucher, «Preoperative pain and medications used in emergency patients with irreversible acute pulpitis or acute apical periodontitis: a prospective comparative study», J. Orofac. Pain. 2007 ; Vol. 21, n°4, p. 303-308.

18. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Cartographie et données publiques. Répartition de la population des Chirurgiens-Dentistes par Chirurgiens-Dentistes / 100 000 habitant en février 2020. [Internet] <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie>

19. [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr) : Instruction relative à l'organisation de la permanence des soins dentaires. N° DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS/2015/193 du 9 juin 2015 [Internet] <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39750>

20. Ministère des solidarités et de la santé : La réforme « 100% santé » dentaire. Février 2019 [Internet] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/espace-professionnels/les-nouvelles-mesures-dentaire/article/la-reforme-100-sante-dentaire>

21. Boucher Y, Cohen E. Urgences dentaires et médicales : conduites à tenir, prévention chez le patient à risque. J. parodontol. implantol. orale. 2007. 380 p.

22. Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie : Examen de la face et de la cavité buccale. Elsevier-Masson. 2017. 411p. [Internet] <https://www.elsevierlibrary-fr.scd1.univ-fcomte.fr/pdfreader/chirurgie-maxillofaciale-et-stomatologie15185722>

23. Saillard C. Prise en charge des urgences bucco-dentaires en médecine générale : évaluation des pratiques en Ile-et-Vilaine. Thèse de médecine générale. Université de Rennes 1. 2017. [Internet] <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/86899110-b1a0-4df4-bd65-c1aab9d9c95?inline>

24. Agnihotry A, Thompson W, Fedorowicz Z, Van Zuuren EJ and al. Antibiotic use for irreversible pulpitis. Cochrane oral health group; 2016. [Internet] <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004969.pub3>

25. Société Francophone De Médecine Buccale et Chirurgie Buccale. Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. Med Buccale Chir Buccale 2008;14:129-59 [Internet] <https://doi.org/0.1051/mbcb/2009002>

26. Read JK, Mc Clanahan SB, Khan AA, and al. Effect of ibuprofen on masking endodontic diagnosis. J Endod.; 2014

27. AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. 2011

- Commentaires :

1. Santé publique France. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures. January 2020 [Internet]. <https://import/first-cases-of-coronavirus-disease-2019-covid-19-in-france-surveillance-investigations-and-control-measures-january-2020>

2. Santé publique France : COVID-19 - Point épidémiologique hebdomadaire du 24 mars 2020. Mars 2020. [Internet] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-24-mars-2020>

3. Journal officiel de la république française : Décret no 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 ; Mars 2020. [Internet] https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/kdRvwoE6LswOjQsxQYyZiWtc_Fh71x9KoG_z3damff

Y=/JOE TEXTE

4. Lescanne E, van der Mee-Marquet N, Juvanon JM, Abbas A, Morel N, Klein JM, Hanau M, Couloigner V. Conseils de bonnes pratiques : consultation d'ORL en contexte épidémique COVID-19. *Annales Françaises D'Oto-Rhino-Laryngologie et De Pathologie Cervico-Faciale*. 2020 ;137(4):280–5. <https://doi.org/10.1016/j.aforl.2020.05.003>
5. Académie nationale de médecine. Le médecin généraliste face au Covid-19. Communiqué de l'Académie nationale de médecine 11 mai 2020. [Internet] <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/05/Le-m%C3%A9decin-g%C3%A9n%C3%A9raliste-face-au-Covid-19.pdf>
6. Service Public France. Soins d'urgence dentaire : un numéro d'appel dédié à la prise en charge. Mars 2020. [Internet] <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13994>
7. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Communiqué aux chirurgiens-dentistes. Avril 2020 [Internet] <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/files/16%20avril%202020%20COMMUNIQUE%20AUX%20CHIRURGIENS-DENTISTES.pdf>
8. Elodie Weber. Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Nancy. 2017. [Internet] <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932364>

Annexes

Annexe 1 : Fiche de recueil :

FICHE PRATIQUE DENTAIRE

(Etude épidémiologique des patients consultants pour un motif dentaire au cabinet du médecin généraliste)

Patient : Âge :

Cabinet/Maison de Santé :

Sexe : M / F

Concernant le parcours de soins du patient :

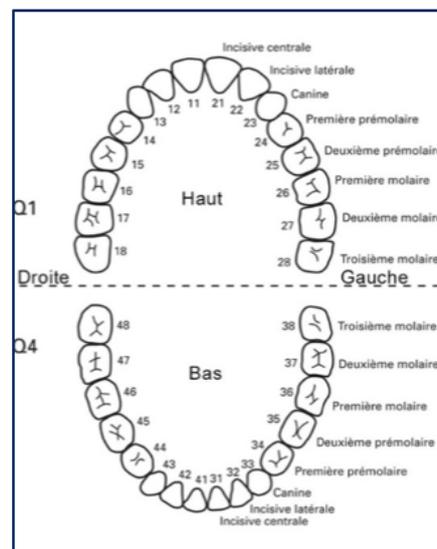
- Êtes-vous le médecin traitant ? Oui Non
- Le patient bénéficie-t-il d'un suivi dentaire régulier par un dentiste traitant ? Oui Non
- À quand remonte la dernière consultation dentaire ? < 6 mois < 12 mois > 12 mois
- A propos du motif de consultation de ce jour, le patient a-t-il tenté de prendre préalablement RDV chez un dentiste ? Oui Non
- Si oui, a-t-il été reçu en consultation par un dentiste ? Oui Non

Concernant le patient :

- De manière générale, comment qualifieriez-vous l'état dentaire du patient ?
 Bon Médiocre Mauvais
- Présente-t-il des facteurs de risque ?
 - Diabète Tabagisme
 - Précarité Antécédent de radiothérapie
 - Risque d'endocardite infectieuse Prise de bisphosphonates

Concernant la pathologie rencontrée ce jour :

- Quel est le motif de consultation ? _____
- À quand remonte le début des symptômes ? _____
- Quel est le diagnostic retenu ?
 - Carie Pulpite
 - Parodontite Fracture dentaire
 - Traumatisme dentaire Autre : _____
- => Dent causale à entourer (cf. schéma)
- Existe-t-il une complication ?
 - Abscess Cellulite faciale Dyspnée
 - Dysphagie Trismus Dysphonie
 - Hyperalgie Fièvre Autre : ...



Concernant la prise en charge : (entourer les réponses)

- Avez-vous débuté un traitement :
 - Antalgique Si oui le(s)quel(s) ? _____
 - Antibiotique ? Si oui le(s)quel(s) ? _____
 - Anti inflammatoire ? Si oui lequel ? _____
 - Autre traitement ? _____
- Avez-vous ré-adressé le patient vers un autre praticien ? Oui Non
 - Dentiste Stomatologue Maxillo-facial
 - Urgentiste Autre _____

Annexe 2 : Indications de l'antibiothérapie curative dans le traitement des caries, pulpopathies et complications péri apicales (Extrait des Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandations. AFFSAPS. 2011)

Pathologies d'origine infectieuse	Patient			Modalités de prescription voir tableaux 12 et 13
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse	
Caries	-	-	-	
Pulpopathies et complications périradiculaires :				
Pulpopathies (pulpites réversibles ou irréversibles)	-	-	- *	
Complications de la pathologie pulpaire	-	-	SO*	

- : prescription non recommandée (Accord professionnel).

SO : sans objet, car l'acte local adapté est contre-indiqué.

* : chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, le traitement endodontique des dents à pulpe non vivante, y compris la reprise de traitement endodontique, et le traitement endodontique des dents à pulpe vivante en plusieurs séances ou sans champ opératoire (digue) sont contre-indiqués (Accord professionnel).

Annexe 3 : Indications de l'antibiothérapie curative dans le traitement des maladies parodontales : (Extrait des Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandations. AFFSAPS. 2011)

Pathologies d'origine infectieuse	Patient			Modalités de prescription voir tableaux 12 et 13
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse	
Accidents d'éruption dentaire :				
Dent temporaire	-	- *	R	I
Dent permanente (péricoronarite)	R	R	R	I
Cellulites :				
Aiguë (circonscrite, diffusée, diffuse)	R	R	R	I
Chronique	-	R	R	†
Actinomyose cervico-faciale	R	R	R	‡
Ostéites :				
Alvéolite suppurée	R	R	R	I**
Ostéite (maxillo-mandibulaire)	R	R	R	I**
Infections bactériennes des glandes salivaires	R	R	R	I
Stomatites bactériennes	R	R	R	I
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	R	R	R	V

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée. En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* : parodontite réfractaire au traitement parodontal correctement conduit (débridement mécanique avec ou sans antibiothérapie curative par voie systémique, puis traitement chirurgical si les résultats du débridement mécanique sont jugés insuffisants lors de la séance de réévaluation). Choix de la molécule antibiotique sur argument bactériologique.

SO : sans objet, car l'acte local adapté est contre-indiqué.

† : chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, en présence d'une lésion endo-parodontale responsable d'une nécrose pulpaire, le traitement consistera en l'avulsion de la dent.

‡ : en l'absence d'argument scientifique, l'utilité de l'antibiothérapie curative n'est pas établie.

** : tenir compte du rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux.

Annexe 4 : Indications de l'antibiothérapie curative dans le traitement des autres infections bucco-dentaires : (Extrait des Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandations. AFFSAPS 2011)

Pathologies d'origine infectieuse	Patient			Modalités de prescription voir tableaux 12 et 13
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse	
Gingivite induite par la plaque dentaire				
Parodontites (débridement mécanique):				
Chronique	-	-	-	
Agressive localisée	R	R	R	III ou IV
Agressive généralisée	R _A	R	R	IV
« Réfractaire au traitement »	R	R	R	*
Maladies parodontales nécrosantes	R	R	R	II
Parodontites (traitement chirurgical)	-	-	SO	
Abcès parodontal	-	R	R	I
Lésion combinée endo-parodontale	-	-	SO†	
Infection locale relative aux protocoles de régénération parodontale	- †	R**	SO	I

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée. En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* : en l'absence d'argument scientifique, l'utilité de l'antibiothérapie curative n'est pas établie.

† : sur argument bactériologique.

‡ : sur arguments bactériologique et anatomo-pathologique.

** : jusqu'à amendement des signes infectieux locaux.

Annexe 5 : Antibiothérapie curative (cas général d'une infection bucco-dentaire) : (Extrait des Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire - Recommandations. AFFSAPS. 2011)

Renvoi vers tableaux 8 à 11	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
I cas général	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline : 2 g/j en 2 prises azithromycine : 500 mg/j en 1 prise* clarithromycine : 1 000 mg/j en 2 prises spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises clindamycine : 1 200 mg/j en 2 prises 	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) amoxicilline : 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises et azithromycine : 500 mg/jour en une prise* ou clarithromycine : 1 000 mg/jour en deux prises ou spiramycine : 9 MUI/jour en trois prises
II maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises 	
III parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> doxycycline : 200 mg/jour en une prise† 	
IV parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline : 1,5 g/jour en trois prises ou 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises en cas d'allergie aux pénicillines : • métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises 	
V sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> pristinamycine : 2 g/jour en deux prises

Durée des traitements : 7 jours, sauf

*, † et ‡ : durée du traitement 3 jours.

† : en une prise, le midi ou le soir, pendant le repas, au plus tard une heure avant le coucher ; en dessous de 60kg, 200g le premier jour puis 100mg les jours suivants. Durée du traitement : 14jours.

‡ : jusqu'à amendement des signes infectieux locaux.

TABLES DES ILLUSTRATIONS

- Première partie :

Figure 1 : Anatomie de la cavité buccale

Figure 2 : Lésions carieuses

Figure 3 : Parodontite d'origine endodontique

Figure 4 : Aspect clinique (A) et radiologique (B) d'un patient atteint d'une cellulite séreuse d'origine dentaire mandibulaire gauche

Figure 5 : Aspect clinique (A) et radiologique (B) d'un patient atteint d'une cellulite collectée d'origine dentaire mandibulaire droite

Figure 6 : Voies de diffusion possibles d'une cellulite d'origine dentaire

Figure 7 : Syndrome du septum : perte de point de contact, sondage positif et infiltration carieuse sur les deux dents compromises

Figure 8 : Aspect clinique (b) et radiologique (a) d'une péri coronarite aiguë sur inclusion de 48

Figure 9 : Abscessus parodontal en regard de la racine palatine de 26

Figure 10 : Gingivite ulcéro-nécrotique

Figure 11 : Différents types de fractures des dents permanentes

Figure 12 : (dans l'ordre) Luxation partielle. Intrusion. Extrusion. Expulsion

Figure 13 : Conduite à tenir face à une extrusion

Figure 14 : Conduite à tenir face à une intrusion

Figure 15 : Luxation latérale à 48 heures

Figure 16 : Conduite à tenir face à une luxation latérale

Figure 17 : Aspect clinique et radiologique d'une expulsion de 21

Figure 18 : Conduite à tenir face à une expulsion

Figure 19 : Cartographie des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France en février 2020 selon le Conseil National de l'ordre des chirurgiens-dentistes (la région de Franche-Comté surlignée)

Figure 20 : Cartographie des facultés de chirurgie-dentaire en France

Figure 21 : Cartographie des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en France en février 2020 selon le Conseil National de l'ordre des chirurgiens-dentistes (la région de Franche-Comté surlignée) couplée à la cartographie des facultés de chirurgie-dentaire en France

Figure 22 : cartographie de la densité des chirurgiens- dentistes libéraux en Bourgognes Franche-Comté en 2018 selon l'ARS

Tableau 1 : Evolution de l'état de santé dentaire en France depuis 30 ans

- Deuxième partie :

Figure 1 : Diagnostics établis par le médecin généraliste à l'issue de la consultation urgente pour pathologie bucco-dentaire (n).

Figure 2 : Complications et signes de gravité retrouvés par le médecin généraliste à l'issue de la consultation urgente pour pathologie bucco-dentaire (n).

Figure 3 : Type d'antibiothérapie prescrite à l'issue de la consultation

TABLE DES MATIERES

Première partie : Généralités	3
1 L'urgence odontologique	5
1.1 Définition	5
1.2 Les différents types d'urgences odontologiques	5
1.3 Examen clinique de la sphère orale	6
1.4 Classification des différentes urgences odontologiques	9
1.5 Aspect déontologique	23
2 Contexte et justification de l'étude	24
2.1 La pathologie bucco-dentaire.....	24
2.2 La santé bucco-dentaire en France	24
2.3 Les chirurgiens-dentistes en France Métropolitaine et en Franche Comté.....	27
2.4 Le médecin généraliste.....	29
2.5 Intérêt d'une étude en franche comté.....	31
3 Objectifs	32
Deuxième partie : Article scientifique.....	35
1 Introduction :.....	37
2 Matériel et méthode :	38
3 Résultats.....	39
4 Discussion :.....	41
Commentaires	47
Bibliographie	51
Annexes.....	61
TABLES DES ILLUSTRATIONS	67
TABLE DES MATIERES	69

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée par :

M. Geoffrey

POLLET

Né(e) le : 24 mars 1989 à : Belfort (90)

Et ayant pour titre :

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE EN URGENCE DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE : UN RECUEIL PROSPECTIF AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCHE-COMTÉ

Vu,

Besançon, le 02/11/2020

Le Président de jury de Thèse,

Centre Hospitalier Universitaire
de Besançon - Jean Minjoz -
Boulevard Fleming

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale,
Stomatologie et
Odontologie Hospitalière
Professeur MEYER

Vu et approuvé,

Besançon, le 4 Novembre 2020

Le Directeur de l'UFR Santé,

Le Professeur Thierry MOULIN



NB : le directeur de l'UFR Santé ne peut être tenu responsable des idées et propos défendus dans ce mémoire de thèse

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : POLLET Geoffrey

Thèse soutenue le : 26 Novembre 2020

Titre de la thèse : **ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE EN URGENCE DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE : UN RECUEIL PROSPECTIF AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCHE-COMTÉ**

Résumé :

INTRODUCTION : Selon l’OMS, les pathologies bucco-dentaires arrivent en troisième position dans le classement des fléaux de santé générale, après les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses. En France, dans des zones « sous dotées » en chirurgiens-dentistes, certains patients s’adressent prioritairement à un médecin généraliste pour la prise en charge d’une pathologie bucco-dentaire urgente. Les objectifs de cette étude étaient de décrire l’épidémiologie des pathologies bucco-dentaires urgentes au cabinet du médecin généralistes en Franche-Comté ainsi que d’étudier les prises en charge réalisées.

MATHÉRIEL ET MÉTHODES : Cette étude prospective observationnelle a été conduite de Février à Aout 2020, auprès de médecins généralistes installés en Franche-Comté. Le recrutement s’intéressait à tous patient consultant en urgence pour une pathologie bucco-dentaire au cabinet de médecine générale et s’opérait via une fiche de recueil sous la forme de questionnaires remplis par les praticiens. Il était recherché les caractéristiques du patient, son parcours de soins, la pathologie dentaire actuelle et la prise en charge réalisée.

RÉSULTATS : 89 patients ont été inclus par 53 médecins généralistes. 74% des patients déclaraient avoir un dentiste traitant. Le suivi dentaire datait de moins d’un an pour 48,5%. Sur les 65.1% des patients ayant tenté d’être reçu par un chirurgien-dentiste, 17,2% ont eu un rendez-vous. La douleur dentaire était le motif de consultation le plus fréquent (87,6%) et le délai moyen avant la première consultation était de 8,58 jours. 84,2%des patients ont bénéficié d’une prescription d’antalgiques, Aucune collection abcédée (n=36) n’a été évacuée. 74,1% d’une antibiothérapie et 15,6% d’anti-inflammatoires. Les patients ont été orientés vers un spécialiste dans 87,6% des cas.

DISCUSSION : La pathologie bucco-dentaire aigue est un motif de consultation peu fréquent en médecine générale. Le manque d’offre de soins dentaires par pénurie de chirurgiens-dentistes en Franche-Comté conduit certains patients à consulter un médecin généraliste en urgence notamment lorsque la douleur, principal motif de consultation, devient trop intense. La prise en charge réalisée était adaptée et consistait majoritairement en l’instauration d’un traitement antalgique et antibiotique avant orientation vers un praticien spécialiste afin de réaliser le traitement étiologique. L’abstention de geste des médecins généralistes face aux abcès dentaires serait intéressante à explorer.

Mots clés : Pathologie bucco-dentaire, médecine générale, urgence, prise en charge, antibiothérapie, anti-inflammatoire.