

1^{er} mai 2023 – 30 avril 2024

Rapport d'avancement



FICHE PROJET

Nom du projet	Organiser une soirée pluriprofessionnelle à destination des chirurgiens-dentistes
Noms des référents du projet	<ul style="list-style-type: none">• BARBOU Christophe
Profession des référents du projet	Chirurgien-Dentiste
Professionnels de santé invités	<ul style="list-style-type: none">• Adhérents de la CPTS La Rochelle• Professionnels de santé du territoire

Table des matières

I. Résumé du projet et de son avancement.....	3
A. Constat.....	3
B. Objectifs 2023-2024.....	3
II. Etat d'avancement du projet.....	3
A. Organisation de la soirée.....	3
1. Création et envoi d'une invitation.....	3
B. Communication avant la soirée.....	6
C. Compte-rendu de la soirée d'information pluriprofessionnelle.....	7
III. Planning prévisionnel versus planning réalisé.....	37
A. Planning prévisionnel.....	37
B. Planning réalisé.....	37
IV. Coûts prévus versus coûts réalisés.....	38
A. Coûts prévus.....	38
B. Coûts réalisés.....	38
V. Problème rencontré.....	39
A. Faire venir les professionnels de santé aux soirées d'information pluriprofessionnelles.....	39
VI. Solution proposée.....	39
A. Faire venir les professionnels de santé aux soirées d'information pluriprofessionnelles.....	39
VII. Conclusion.....	40

I. Résumé du projet et de son avancement

A. Constat

La ville de La Rochelle est dotée de 81 chirurgiens-dentistes et seulement 3 d'entre eux sont adhérents à la CPTS La Rochelle. (Au 30 avril 2024)

B. Objectifs 2023-2024

Pour donner suite au constat précédent, la CPTS La Rochelle a souhaité organiser une soirée de formation exclusivement dédiée aux pathologies bucco-dentaires et aux urgences dentaires (prescription d'antibiotiques et d'anticoagulants). Les objectifs étaient multiples :

- Capter l'attention des chirurgiens-dentistes grâce au programme et aux intervenants de la soirée et déclencher leur venue le jour J ;
- Leur donner envie de rejoindre la CPTS La Rochelle en adhérant et en participant à l'animation d'un groupe de travail sur un projet répondant aux problématiques dentaires rencontrées sur le territoire rochelais ;
- Faire venir les médecins généralistes, cette formation pouvant s'avérer utile lorsqu'ils sont confrontés à une problématique liée au dentaire avec un patient.

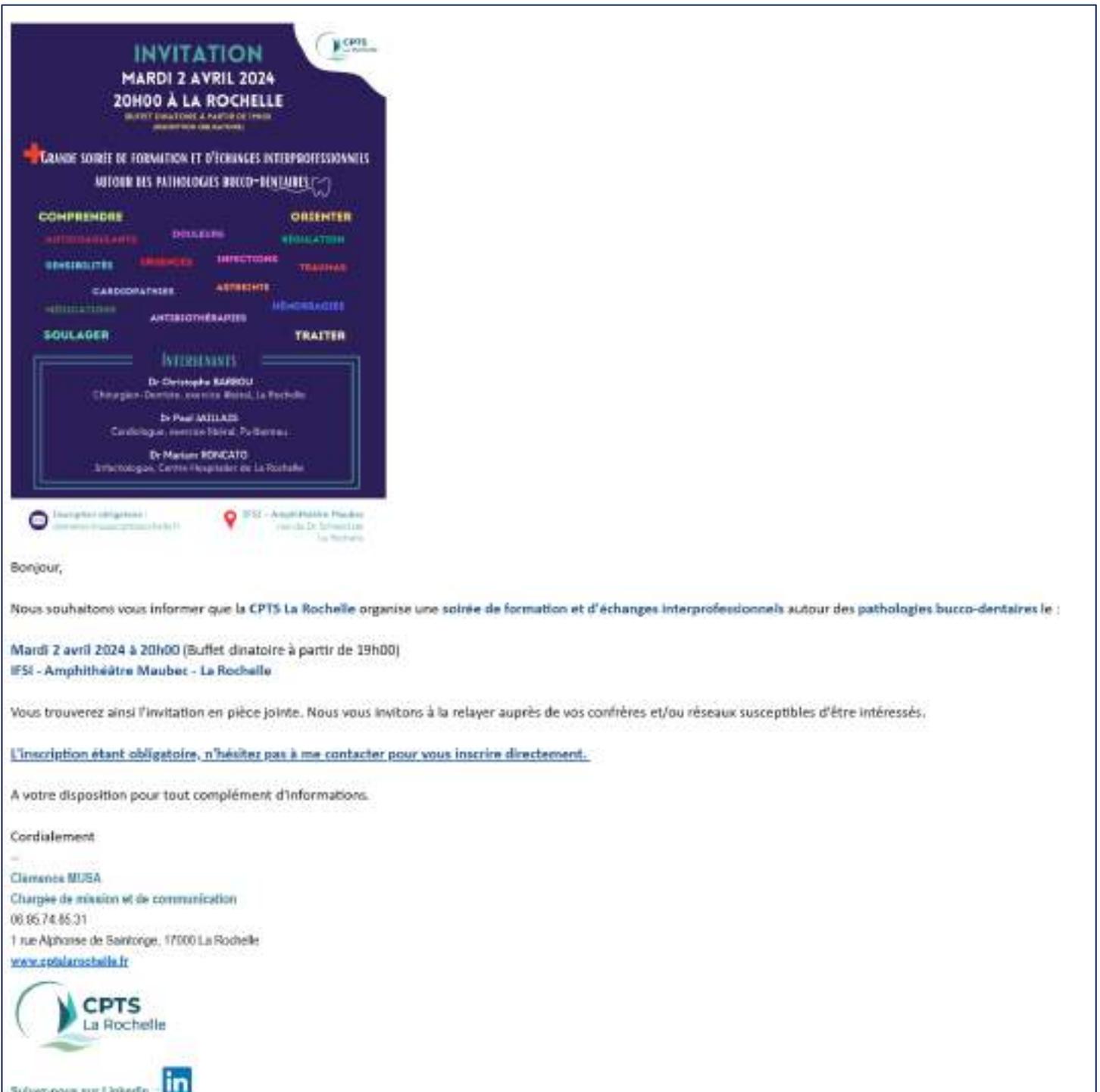
II. Etat d'avancement du projet

A. Organisation de la soirée

1. Création et envoi d'une invitation

Comme convenu avec le référent du projet, une communication a été créée pour informer les professionnels de santé de l'organisation de cette soirée d'information. Une invitation a été réalisée :

Cette invitation a été envoyée par mail aux professionnels de santé du territoire rochelais le 8 mars 2024 et une relance a été effectuée le 20 mars 2024.



INVITATION
MARDI 2 AVRIL 2024
20H00 À LA ROCHELLE
BUFFET DINATOIRE À PARTIR DE 19H00
(PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS)

GRANDE SOIRÉE DE FORMATION ET D'ÉCHANGES INTERPROFESSIONNELS
AUTOUR DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES

COMPRENDRE **ORIENTER**
AUTODIAGNOSTIC DOULEURS RÉGULATION
GÉNÉRALITÉ ÉMERGENCES INFECTIOSES TRAUMAS
CARDIOPATHIES AÉROBICITE
HÉMOGLOBINE ANTIBIOTHÉRAPIES HÉMOGLOBINE
SOULAGER **TRAITER**

INTERVENANTS
Dr Christophe BARROU
Chirurgien-Dentiste, Inserme, Rueil, La Rochelle
Dr Paul MAILLARD
Cardiologue, Inserme Nâtral, Pu-Bonneau
Dr Mathieu BONCATO
Infectiologue, Centre Hospitalier de La Rochelle

Inscription obligatoire | www.cpts-larochelle.fr IFSI - Amphithéâtre Maubert | www.cpts-larochelle.fr

Bonjour,

Nous souhaitons vous informer que la CPTS La Rochelle organise une soirée de formation et d'échanges interprofessionnels autour des pathologies bucco-dentaires le :

Mardi 2 avril 2024 à 20h00 (Buffet dinatoire à partir de 19h00)
IFSI - Amphithéâtre Maubert - La Rochelle

Vous trouverez ainsi l'invitation en pièce jointe. Nous vous invitons à la relayer auprès de vos confrères et/ou réseaux susceptibles d'être intéressés.

L'inscription étant obligatoire, n'hésitez pas à me contacter pour vous inscrire directement.

À votre disposition pour tout complément d'informations.

Cordialement

Clémence MUSA
Chargée de mission et de communication
06.85.74.85.31
1 rue Alphonse de Saintonge, 17000 La Rochelle
www.cpts-larochelle.fr


Suivez-nous sur LinkedIn 

L'assurance Maladie nous a permis d'élargir notre communication en relayant aussi par mail notre invitation (ci-dessous) :



B. Communication avant la soirée

En complément des mailings, il a été décidé d'envoyer l'invitation par courrier postal aux chirurgiens-dentistes non-répondants. Cet envoi a été réalisé le 22 mars 2024.

C. Compte-rendu de la soirée d'information pluriprofessionnelle



Compte-rendu de la soirée de formation

Pathologies bucco-dentaires – Mardi 2 avril 2024

Participants :

- ABBADIE Pierre – Médecin généraliste régulateur
- AUBERGER Philippe – Médecin généraliste régulateur
- BARBOU Christophe – Chirurgien-dentiste – Secrétaire adjoint CPTS La Rochelle
- BERACASSAT Catherine – Médecin généraliste régulateur
- BEZAGU Thierry – Médecin généraliste régulateur
- BLUM Jean-Pierre – Orthophoniste
- BONNA Philippe – Médecin généraliste
- BORJON Vanessa – Chirurgien-dentiste
- CHEMARIN Isabelle – Médecin généraliste
- CHERUBIN Julie – Chirurgien-dentiste
- CHOLET-LE-MOIGNE Marie-Pierre – Chirurgien-dentiste
- COINDREAU Tatiana – Chirurgien-dentiste
- CORSIN Sylvie - Infirmière libérale - Trésorière adjointe CPTS La Rochelle
- COURTY Bertrand – Chirurgien-dentiste
- DEBIEUVRE Brice – Médecin généraliste régulateur
- DELAIRE Caroline – Médecin généraliste régulateur
- DELBANCUT Charlotte – Médecin généraliste
- FARRUGIA Pierre-Yves – Masseur-kinésithérapeute – Président CPTS La Rochelle
- GUEREMY THOMAS - Pharmacien d'officine - Secrétaire général CPTS La Rochelle
- JAILLAIS Paul – Cardiologue
- LAVAUD Marie – Chirurgien-dentiste
- LE COZ Xavier – Chirurgien-dentiste – Président du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes
- LE MOIGNE Erwan – Chirurgien-dentiste
- LEMERCIER Guillaume – Médecin généraliste régulateur
- MORET HENRI – Médecin généraliste régulateur
- MOUHIB Wahid – Médecin généraliste régulateur
- MUSA Clémence - Chargée de mission et de communication - CPTS La Rochelle
- NGUYEN Guillaume – Médecin généraliste régulateur
- PERIE Bruno – Chirurgien-dentiste
- PERROTIN Sophie – Médecin généraliste régulateur
- RICARD Tim – Médecin généraliste
- ROBIN Caroline – Chirurgien-dentiste
- ROBIN Sébastien – Médecin généraliste
- RONCATO-SABERAN Mariam – Infectiologue – Centre hospitalier de La Rochelle
- SALHAB Karim – Chirurgien-dentiste
- SEIGNOT Marie-Christine – Chirurgien-dentiste
- TAMBOURAN Olivier – Médecin généraliste
- PAULY CALLOT Anne – Chirurgien-dentiste
- LOSTIS Ken – Médecin généraliste – Président de SOS Médecins La Rochelle

Excusés :



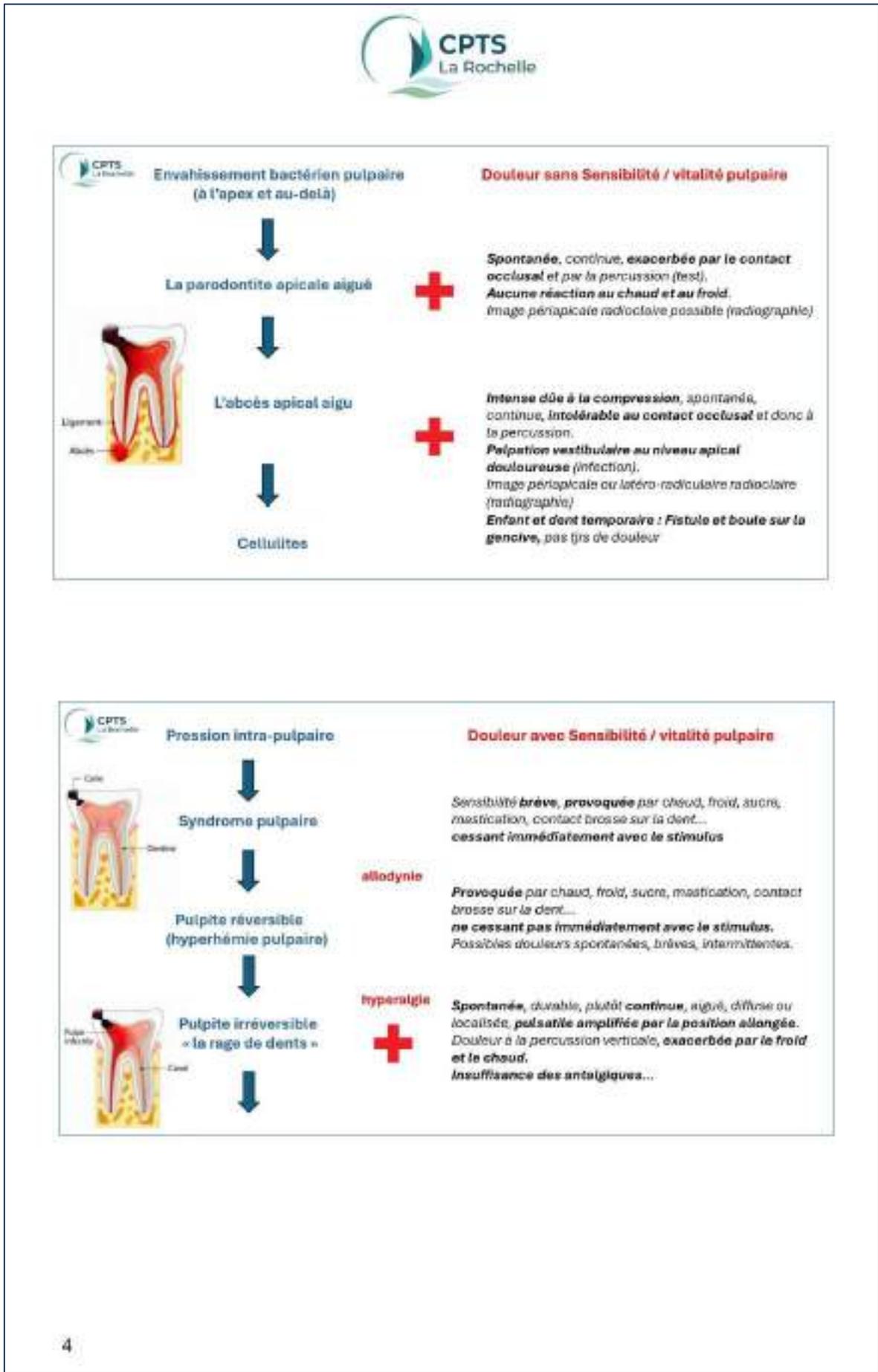
- AMUSSAT Audrey – Médecin généraliste régulateur
- CAILLAUD Amandine – Orthophoniste

Pierre-Yves FARRUGIA ouvre la soirée de formation en remerciant le centre hospitalier de La Rochelle pour le prêt de l'amphithéâtre Maubec, les membres du bureau et les salariés de la CPTS La Rochelle pour leur travail et investissement. Il rappelle brièvement ce qu'est une CPTS : une association régie par décret gouvernemental, subventionnée par l'Assurance Maladie, qui œuvre en fonction de missions-socles demandées par les pouvoirs publics.

Pierre-Yves FARRUGIA est ravi de la présence de nombreux chirurgiens-dentistes à la soirée de formation. Il remercie les 3 intervenants venus partager leur savoir : Dr Mariam RONCATO-SABERAN, infectiologue, Dr Paul JAILLAIS, cardiologue et Dr Christophe BARBOU, chirurgien-dentiste.

Christophe BARBOU introduit le cœur du sujet : les pathologies bucco-dentaires et les urgences dentaires avec cet objectif pour cette soirée de formation, d'échanger en interprofessionnel. Il remercie, lui aussi, les deux professionnels de santé de leur présence, Christophe BARBOU débute sa présentation en présentant des articles de presse illustrant les problématiques d'urgences dentaires très prisées des médias. La première critique le système de santé anglais, le second vient de la presse régionale locale. Médiaquement choquant, ils illustrent cependant des situations personnelles qui ont évoluées sans suivi dentaire.









↓

Cellulites aiguë diffusée

+

+

↓

Cellulite aiguë diffuse

+

+

Douleurs et gonflement

Tuméfaction locale, inflammatoire, mal limitée, et extension sur trois loges anatomiques
 Signes locaux de gravité : érythème extensif, **tuméfaction fermant l'œil**, emphysème sous-cutané, **trismus serré**, douleurs pharyngées...

Inflammation diffuse de tout le tissu cellulaire sans limitation avec nécrose des tissus atteints

SEPTICEMIE (fièvre, frisson et altération de l'état général) pouvant aller jusqu'au choc septique.



↓

Cellulite aiguë circonscrite séreuse



↓

+

↓

Cellulite aiguë circonscrite suppurée

↓

+

Douleurs et gonflement

Spontanée et provoquée par la percussion de la dent causale que les antalgiques ne soulagent pas (palier 1, voire 2)
 Exo-b : **Tuméfaction cutanée**, inflammatoire **mal limitée**, ainsi qu'une **adénopathie cervicale** homolatérale ?
 Endo-b : **Tuméfaction muqueuse**, mal limitée, douloureuse à la palpation, en regard d'une dent ne répondant pas aux tests de vitalité pulpaire.
 Le cliché radio-alvéolaire et/ou le cliché panoramique confirment l'atteinte parodontale et/ou dentaire

Augmentée, lancinante, insomnante. Fébrilité, altération de l'état général
 Exo-b : **Tuméfaction cutanée**, très inflammatoire, **limitée**, pouvant prendre le **signe du godet** ; le patient déclare une **sensation de battement**. Un **trismus** peut exister, d'autant plus que l'infection est postérieure.
 Endo-b : **Tuméfaction muqueuse limitée**, inflammatoire, comblant souvent le vestibule en regard de la dent causale ; **la cellulite est collectée.**

5




Traitement de l'urgence

Diminuer la compression introsseuse par parage, désinfection canalaire (irrigation NaClO et action mécanique), élimination des foyers canés, des matériaux d'obturation endodontique préexistants

Drainage (pus) maîtrisé

Médication interne temporaire (DNCa), obturation provisoire étanche, non compressive.

Prescription antalgiques (AINS, Paracétamol, codéiné), antibiotiques seulement systématiques pour patient à risque ou signes généraux (fièvre, adénopathies, œdème).

Mise en sous-occlusion pour réduire les stimuli aggravants par contact.

Si drainage non obtenu : dent laissée ouverte 48h (solution par nécessité), à revoir.

Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

Stress, douleur contact, anesthésie, état dentaire résiduel (extraction ?), difficultés de diagnostic, drainage, obturations existantes..

Enfant et dent temporaire = extraction **Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)**



Traitement de l'urgence

Diminuer la pression intrapulpaire par une ouverture de la chambre pulpaire et pulpotomie, irrigation NaClO.

Obturation coronaire transitoire étanche, traitement endodontique à suivre, immédiatement ou ultérieurement le plus tôt possible pour éviter l'aggravation.

Prescription antalgique de précaution. Prescription antibiotique aberrante à ce stade uniquement inflammatoire. En aucun cas la prescription peut se substituer au geste technique.

Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

Stress, anesthésie, saignement pulpaire incontrôlable, difficultés de diagnostic précis.

Chez l'enfant, rare et très brève avant 10 ans, éviter les AINS

Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)



Impossibilité d'accès à l'endodonte (canaux et apex) du fait d'une prothèse difficilement démontable...

+ manque de temps
absence de programmation
Suite non maîtrisée

Mise en sous-occlusion
(dépose, fraisage)

Prescription antibiotique
(pénicillines + imidazolés)

++ Cellulite circonscrite
suppurée

Possible drainage par une fistule artificielle, par voie gingivale ou transosseuse (incision lame, fraise boufe).

LCJA003 20,0 €



Cellulite aiguë circonscrite séreuse



+

Traitement de l'urgence

Ouverture de la dent causale (ou du sac paradontal) :
Antibiothérapie par voie orale :
Amoxicilline 2 g/jour pendant 7 jours et Métronidazole 1,5g/jour pendant 7 jours

Ajouter :
- antalgiques de niveau 1 ou 2 ;
- bains de bouche à la Chlorhexidine

Cellulite aiguë circonscrite suppurée

+

Difficulté ouverture buccale

Idem
Incision de la collection au sommet de la tuméfaction muqueuse, avec drainage et lavage de la collection.
Ajouter à la prescription :
- un AIS : Prednisone 1 mg/kg pendant 3 jours, en cas de trismus.

En cas de collection cutanée, le patient devra être dirigé aux urgences maxillo-faciales ou odontologiques.

7





Traitement de l'urgence

~~CABINET DENTAIRE~~

Augmentation de la posologie de l'antibiothérapie
avec une voie parentérale

Hospitalisation

Cellulites aiguë diffusée

Cellulite aiguë diffuse

+ **+**

En dentaire, l'urgence est très rarement résolue définitivement au premier rendez-vous...



Traitement de l'urgence et après ?

Extraction dent causale

Radical, rapide
Solution ultérieure pour traiter ou pas l'édentement

Traitement conservateur dent causale

Traitement endodontique
Ou Reprise de traitement endodontique
Obturation étanche de l'endodonte
Reconstitution / Reconstruction prothétique de la dent

De quelques minutes... à plusieurs heures et rendez-vous pour traitement à suivre...

00



Questions :

Dans quelles situations - état de santé, antécédents, pathologies – faut-il ne pas se lancer dans un traitement conservateur ?

Y a-t-il des patients plus à risque pour certaines dents que pour d'autres ?

Pathologies immuno-dépressives ?

Diabète non équilibré ?

Pathologies cardiaques ?

Autres ?

Où en sommes-nous quant aux prescriptions antibiotiques recommandées aujourd'hui, en curatif, en préventif ?

Serait-il possible, qu'avant d'adresser chez le chirurgien-dentiste effecteur de garde, pour faciliter son geste technique en urgence, diagnostic et prescription soient établis et anticipés ?

Il nous est demandé régulièrement des bilans dentaires infectieux, avant intervention : Mais si une pathologie endodontique ou infectieuse est décelée ou potentiellement prévisible lors d'un examen bucco-dentaire clinique et radiographique, avant une intervention médicale, **combien de temps faut-il prévoir entre la fin du traitement dentaire et l'intervention médico-chirurgicale à risque ?**



Pour illustrer ces questions, Christophe BARBOU présente le cas ci-dessous d'un patient :

Christophe BARBOU laisse la parole à Mariam RONCATO-SABERAN pour répondre aux questions et présenter le cas pratique. Le patient ayant déjà fait une endocardite infectieuse, de fait, il est spécialement à risque. Il sera donné au patient une antibioprophylaxie (ABP) avant certaines interventions bucco-dentaires. Le patient est d'autant plus à risque, s'il porte une valve cardiaque prothétique.

CAS PRATIQUE

Homme 83 ans, sorti d'hôpital, doit se faire soigner « en ville »
Dents 26 et 27 couronnées, avec caries cervicales ;
Dents 24 15 et 16 couronnées, obturations canalaires médiocres ou absentes.

CAS PRATIQUE

Homme 83 ans

Monseigneur A. [nom] a été hospitalisé dans le service de Cardiologie pour bactériémie et discompensations cardiaques.

Antécédents :
- Endocardite infectieuse à streptocoque viridans en 2000 sur valve aortique mécanique (mitre en place en 1994) et sonda de placement, compliquée de multiples AVC cérébraux et embolies septiques.
- Mise en charge par antibiothérapie adaptée et chirurgie à haut débit : Bentall + valve aortique biologique + Mercatorlage Sophie + CD1A3 + Décluseur de l'aorte gauche + Retrait sondes de pacemaker + Fuse de Pacemaker épiscopale entée en épiscopale.

- Cure d'Anévrysme Liforme de l'aorte abdominale sous-rétracté de 50 mm en 2001 par Dr FRANCO
- Valvulopathie mitrale prothétique estimée à plus de 50 % de l'aorte, valve droite
- Thrombose compliquée des artères fémorales superficielles à droite comme à gauche
- ACVD
- Fibrillation atriale
- SAQI opposés
- (Thyroxine régularisée dans bouteille de vin par jour)

ALLERGIES :

MODE DE VIE, FACTEURS DE RISQUES :
Autonomie à domicile (avec son épouse), marche avec une canne

TRAITEMENT HABITUEL :
XARELTO 20mg : 1 comprimé le soir
BUMÉTANDE 5 mg : 0,5 comprimé le matin
ROSUVASTATINE 5mg : 1 comprimé le soir
NADOLOL 80mg : 1 comprimé le matin
RAMPRIL 1,25mg : 1 comprimé le matin
PANTOPRAZOLE
ALLOPURINOL
XANAX

Quelles précautions ?

HISTOIRE DE LA MALADIE :
Patient de 83 ans, connu pour cardiopathie ischémique, pertes, thrombose aortique, fibillation atriale, pacemaker, obturé avec SAQI (valve opposée). Il a présenté de nombreuses insuffisances cardiaques droites avec surco de l'aorte (1) une EVO présente avec 2 séries catholiques. L'absence d'éléments.

Il se présente aux urgences pour un tableau d'insuffisance cardiaque droite avec œdème avec rapidité de surélévation bronchique avec des râles crépitants également une fièvre depuis 48-72h.




Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

- ▶ Population à risque:
 - ▶ Antécédent d'endocardite infectieuse; valve prothétique et matériel intra-cardiaque; cardiopathies congénitales (si opérées); cardiopathie cyanogène; dispositif d'assistance ventriculaire
- ▶ Situation à risque
 - ▶ les extractions dentaires, les interventions de chirurgie buccale (y compris la chirurgie parodontale, la chirurgie implantaire et les biopsies buccales) et les interventions dentaires impliquant une manipulation de la gencive ou de la région périapicale des dents (y compris le détartrage et les interventions sur le canal radiculaire).
- ▶ Traitement: 60 à 30 min avant l'intervention, **AMOXICILLINE 2g**, et si allergie **KEFORAL 2g** ou **DOXYCYCLINE 100mg**

Les doses sont actuellement à 2g en Amoxicilline, 3g pour quel que soit le poids du patient.
Céphalosporines (KEFORAL) = 30% d'allergie croisée avec pénicillines.



Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Beaucoup de NON-INDICATIONS.
- ▶ Si indiqué: **AMOXICILLINE 2g** ou **CLINDAMYCINE 400mg** en 1 seule prise
- ▶ En population générale dans l'heure précédant la chirurgie, les indications sont :
 - ▶ Avulsion de dent de sagesse mandibulaire incluse Avulsion de dent incluse de dent en désincluison, gnectomie, chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées, auto-transplantation dentaire
 - ▶ Chirurgie osseuse
 - ▶ Élévation du plancher sinusien, greffe osseuse, membrane de régénération osseuse et/ou matériau de comblement



Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Chez les immunodéprimés AMOXICILLINE 2g ou CLINDAMYCINE 600mg, les indications sont :
 - ▶ les actes invasifs
 - ▶ Discuté au cas par cas pour
 - ▶ Chirurgie osseuse hors cheville et ORL
 - ▶ Biopsie de tumeur de la muqueuse buccale
 - ▶ Prothèse dentaire, SGSA (Biopsie des glandes salivaires accessoires)



En curatif

- ▶ Très souvent il n'y a pas besoin d'antibiotique.
- ▶ C'est le geste chirurgical qui guérit.
- ▶ Très souvent l'amoxicilline seule suffit (antistreptococque+++)
- ▶ Qui traite-t-on ?
 - ▶ Parodontites agressives localisées ou généralisées
 - ▶ Molaies parodontales nécrosantes
 - ▶ Abscès parodontaux chez immunodéprimé (ID) ou à risque endocardite
 - ▶ Infection relative au protocole de régénération parodontale chez ID
 - ▶ Péri-implantite
 - ▶ Arétoles osseuses
 - ▶ Ostéite



Quel traitement curatif?

	Sans allergie	Allergie pénicilline
Parodontite agressive	Amox + Métronidazole	DOXY + Métronidazole
Les lésions parodontales nécrosantes	Métronidazole	
Abcès parodontaux chez immunodéprimé (D) ou à risque endocardite	Amoxicilline	Clinamycine
Infection réactive du processus de régénération parodontale chez D	Amoxicilline	Clinamycine
Péri-implantite	Amoxicilline	Clinamycine
Allergie suppurée	Amoxicilline	Clinamycine
Oralite	AVI INJECTEUR	

Amox + Acide clavulanique = spectre très large, association plutôt indiquée en ORL pour sinusite aiguë

Des médicaments actuellement en tension d'approvisionnement (pénurie pour certains dosages et formes)
limiter les prescriptions à 6 ou 7 jours selon le conditionnement.

Question d'un participant : Quel dosage et plan de traitement ?

Mariam RONCATO-SABERAN précise que :

- Le dosage de l'amoxicilline indiqué dans les situations dentaires est plutôt en dessous de ce que l'on prescrit habituellement à savoir 2 grammes/jour ;
- Le métronidazole a une dose tout à fait fixe quelle que soit la situation même pour les insuffisants rénaux : 500 mg/3 fois par jour pour une durée de traitement de 7 jours.

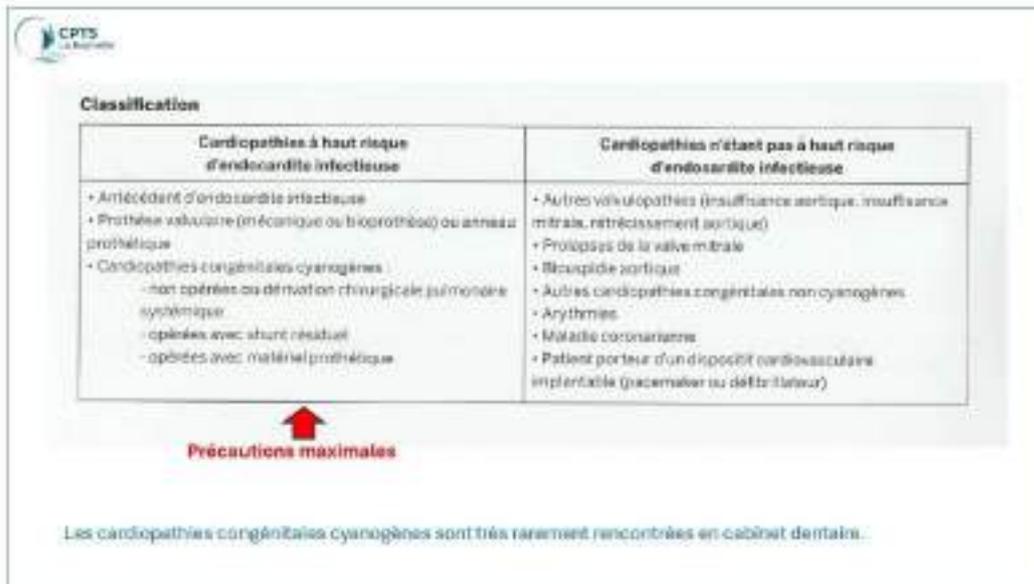
Question : Dans le cadre d'une formation sur l'antibiorésistance il avait été évoqué 3 gr/jour d'amoxicilline et de l'étaler dans la journée ?

Mariam RONCATO-SABERAN confirme qu'étaler le traitement dans la journée est très important. Dans son service, par exemple, les infirmières étalent le dosage en respectant les horaires 7h/15h/22h.

Paul JAILLAIS prend la parole et revient sur le cas du patient ayant eu une endocardite infectieuse qui est une maladie très rare. 30% d'entre elles sont d'origine dentaire. Il est ainsi important d'être scrupuleux sur la prévention et au moindre doute, de contacter le médecin traitant ou le cardiologue.

Concernant l'interrogation qu'il y avait sur l'amoxicilline : lorsqu'il était interne les recommandations étaient de 3 gr/j puis elles sont passées à 2 gr/j.

Il présente la classification ci-dessous :



Classification

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Cardiopathies n'étant pas à haut risque d'endocardite infectieuse
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent d'endocardite infectieuse • Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou anneau prothétique • Cardiopathies congénitales cyanogènes <ul style="list-style-type: none"> - non opérées ou dérivation chirurgicale pulmonaire systémique - opérées avec résidu - opérées avec matériel prothétique 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres valvulopathies (insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique) • Prolapsus de la valve mitrale • Bicuspidie aortique • Autres cardiopathies congénitales non cyanogènes • Arythmies • Maladie coronarienne • Patient porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable (pacemaker ou défibrillateur)

↑
Précautions maximales

Les cardiopathies congénitales cyanogènes sont très rarement rencontrées en cabinet dentaire.

Question à l'attention de Thomas GUEREMY, pharmacien, secrétaire de la CPTS La Rochelle : Qu'en est-il des pénuries sur les antibiotiques cités ?

Thomas GUEREMY prend la parole et précise que la situation est moins catastrophique qu'en décembre 2022 mais la situation est toujours tendue :

- Amoxicilline : Ok en dosage pour adulte
- Amoxicilline : catastrophique pour les dosages enfants
- Metronidazole : gérable

Mais la situation restera instable pendant des mois voire des années. La réponse des pouvoirs publics est de déconditionner pour donner la dose adaptée et garder le reste pour les patients suivants.

Conseils auprès des prescripteurs :

- Pour l'amoxicilline : Si possible la prescrire pour 6 ou 7 jours.

Les dotations de la ville et de l'hôpital étant différentes, les pharmaciens de ville ont tenté de travailler avec les pharmaciens hospitaliers mais malheureusement, réglementairement parlant ça n'a pu aboutir.



Maladies parodontales ulcéro-nécrotiques

GUN & PUN

3 trois signes cliniques pathognomoniques :

- **l'aille gingivale** : motif de la consultation, intense, presque partout, qui restreint hygiène et alimentation.
- **la gingivorragie** : le saignement gingival, non spécifique, important lors du brossage et de la mastication, parfois spontané.
- **la nécrose des papilles gingivales** : papilles décapitées, desquammées, gencive marginale très inflammatoire...



Image Health Cliniques B12 - 2016

Ttt :

Geste technique : déterision douce à l'eau oxygénée et recommander une brosse très douce type Inava 7/100
antibiothérapie à large spectre associée à des antalgiques de niveau II et de la chlorhexidine.
Bilan sanguin, maladie immunodépressive ?

Des maladies systémiques ont des répercussions buccales, elles concernent nombre de professionnels de santé.



Parodontites états des manifestations d'une maladie systémique

Troubles systémiques ayant un impact majeur sur la perte de tissus parodontaux en agissant sur l'inflammation parodontale :

- Les troubles génétiques
 - Maladies associées à des troubles immunologiques (p. ex. syndrome de Wiskott-Aldrich)
 - Maladies touchant la muqueuse buccale et le tissu gingival (p. ex., l'aphtose/bouche à feu)
 - Maladies affectant les tissus conjonctifs (p. ex. les syndromes d'Ehlers-Danlos)
 - Troubles métaboliques et endocriniens (p. ex. l'hyperparathyroïdisme)
 - Maladies d'immunoséquence acquise (p. ex. l'infection par le VIH)
 - Maladies inflammatoires (p. ex. maladie intestinale inflammatoire)

Autres troubles systémiques qui influencent la pathogénèse des maladies parodontales :

- Diabète sucré
- Obésité
- Tabagisme (dépendance à la nicotine)

Maladies ou affections systémiques affectant les tissus de soutien parodontaux

Troubles systémiques pouvant entraîner une perte de tissus parodontaux indépendamment des maladies parodontales :

- Tumeurs (ex. sarcome épithélioïde oral)
- Autres troubles pouvant affecter les tissus parodontaux (ex. leucémie, thalassémie à cellules de Langerhans)

Source : Fiche pratique IFF SPPD



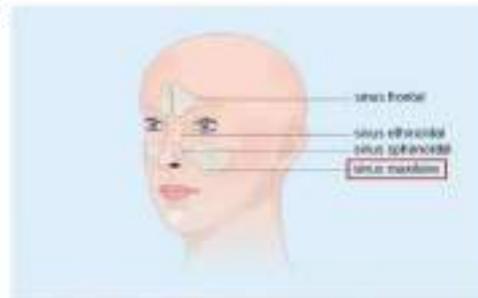
La sinusite aiguë maxillaire

congestion nasale, douleur, une pression dans les sinus, mal de tête, toux, écoulement nasal, goût ou odeur altérés, fièvre, fatigue, pas forcément tous, et... **douleur dentaire !?**

Des douleurs dentaires liées à la pression intra-sinusienne sur les prémolaires et molaires maxillaires

Face à une sinusite aiguë maxillaire unilatérale, une étiologie dentaire est à rechercher et à traiter.

Dans certains cas, une sinusite maxillaire chronique se développe suite à des abcès dentaires.



Examen clinique et radiographique pour faire la différence....

Et référer au médecin traitant.



Complications suite à extraction

Alvéolite sèche

Douleur très vive 2 ou 3 jours après une extraction.
L'alvéole paraît vide, pas eu de formation de caillot
Muqueuse congestive
Pas d'altération de l'état général
Radio ne montre rien.

Traitement :
Geste technique : AI,
Curetage de l'alvéole pour obtenir un caillot stable
Rincer l'alvéole au sérum physiologique, mèche ou matériau à base d'eugénol et d'anesthésique

Prescription antalgique (paracétamol, éventuellement + codéine).



Alvéolite suppurée

Douleur sourde au niveau du site opéré entre 8 et 10 jours après l'extraction.
Muqueuse congestive
Alvéole remplie de tissu de granulation (bourgeon) et pus
Possible signes généraux de fièvre
Radio : possible visibilité d'un sequestre osseux

Traitement :
Geste technique : AI,
Curetage du séquestre osseux, lavage alvéole (bétadine buccale, sérum physiologique, chlorhexidine 0,12%)

Prescription antibiothérapie (amox 1,5 g / j) ou clindamycine 600mg x3 pdt 7 jours
Antalgiques : paracétamol (500mg + 30mg codéine)





Complications suite à extraction ou chirurgie buccale

Les hémorragies +

Anamnèse

Antécédents médico-chirurgicaux, traitement général du patient.
 Date, heure et déroulement, l'évolution de l'hémorragie
 Durée et la difficulté de l'intervention ; une fracture ? Incident ? Déjà pratiquée ?
 Possibilité de joindre le praticien ayant pratiqué l'intervention ?
 Médications en cours (aspirine, anti-vitamine K, anti-inflammatoires non stéroïdiens).
 Terrain particulier du patient (épistaxis ou hématomes fréquents, alcoolisme, HTA, hépatites)

Radiographie (panoramique) : déceler un apex résiduel, une fracture alvéolaire une lésion non curetée.

Question : où en sommes-nous actuellement à propos de la gestion des patients sous médicaments anti-thrombotiques ? Quels sont-ils ?

Paul JAILLAIS commente la liste des médicaments AVK et AOD ci-dessous puis présente la gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale :



Avec la nouvelle **Convention** vous pouvez appliquer un supplément de 20€ sur les actes de chirurgie pour les patients en **ALD** sous **AVK** ou **AOD** YYYY614

Liste des médicaments AVK et AOD

AVK

Code ATC - DCI	Nom commercial	
B01AA2	PHENINDIONE	FINOCHINE
B01AA3	WARFARINE	COUMADINE
B01AA4	INENPROCOUMONE	MARCOUMAR
B01AA7	ACENOCOUMADOL	MINI SINTON, SINTON
B01AA8	ETHYL DISCOUMACETATE	ETILETRINE 500 10 HG SOL INJ
B01AA9	CLORINDIONE	CALOMACINDIONE
B01AB3	DEPRINADIONE	DÉPRANIDE, DÉPÉ MEDROL, DÉPÉTOLIM, DÉPRANOCINE
B01AB7	DOLOMABOL	APÉCHONE
B01ABZ	FLINDICONE	FREVICAR

AOD = Inhibiteurs directs de la thrombine

Code ATC - DCI	Nom commercial	
B01AD1	CELEDOXINE	PRIVASC
B01AD2	LE PIREDOXINE	DELUDON
B01AD3	ABICATROBAN	ABICAVOBA
B01AD6	BIVALIRODINE	ANGCOR
B01AD7	DABIGATRAN ÉTÉROLATE	PRADARA

Inhibiteurs directs de la Factoriel Xa

Code ATC - DCI	Nom commercial	
B01AF01	RIVAROXABAN	XARELTO
B01AF02	APIXIBAN	ELIQUE
B01AF03	EDOXABAN	LOMANA





CAS PRATIQUE



- Homme 76 ans
- Médication :
- ELIQUIS 5mg
- BISOPROLOL 5mg
- ENTRESTO 97/103mg
- FORXIGA 10 mg
- EPLERENONE 25 mg
- EZETIMIDE 10 mg

Pour avulsion dent de sagesse (4.8) sous bridge ?

Le Dr Paul Jaillais nous confirme que les recommandations exposées par la Société Française de Chirurgie Orale en collaboration avec la Société Française de Cardiologie.





Gestion pré-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale



Annexe 1 - Stratégies de risque hémorragique en fonction du type de chirurgie et des actes préventifs

Tous les actes et actes mineurs	
Actes sans risque hémorragique	
<ul style="list-style-type: none"> • Extraction • Forage 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémostase mécanique locale au moment
Chirurgies et actes à faible risque hémorragique	
(chirurgies sans saignement prolongé et/ou saignement localisé par un hémostase mécanique local)	
<ul style="list-style-type: none"> • Extraction • Biopsie • Forage • Forage de cavité pour pose d'implant • Forage de cavité pour pose de couronne • Forage de cavité pour pose de pont • Forage de cavité pour pose de prothèse • Forage de cavité pour pose de prothèse 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure d'urgence locale de saignement • Hémostase locale à la fin de l'intervention • AHA (hémostatique)
Chirurgies et actes associés à risque hémorragique élevé	
(chirurgies avec saignement prolongé et/ou saignement localisé par un hémostase mécanique local et/ou hémostase locale au moment de l'intervention)	
<ul style="list-style-type: none"> • Extraction • Forage de cavité pour pose d'implant • Forage de cavité pour pose de couronne • Forage de cavité pour pose de pont • Forage de cavité pour pose de prothèse 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure d'urgence locale de saignement à la fin de l'intervention • Hémostase locale à la fin de l'intervention • Hémostase locale au moment de l'intervention







Gestion péri-opératoire des patients traités par arthroplasties totales en chirurgie totale

Projet de collaboration CPTS - AMU

AMU

Amiens Université

Objectifs de la collaboration

- Mettre au point des protocoles de soins personnalisés
- Définir les pratiques : (délais de soins, rôle de l'équipe de pré-opératoire, aménagement des salles, protocoles de soins, protocoles de soins)

Objectifs de la collaboration

- Tous les soins sont réalisés en collaboration avec l'équipe de soins de l'AMU
- Tous les soins sont réalisés en collaboration avec l'équipe de soins de l'AMU
- Tous les soins sont réalisés en collaboration avec l'équipe de soins de l'AMU
- Tous les soins sont réalisés en collaboration avec l'équipe de soins de l'AMU







Gestion péri-opératoire des patients traités par arthroplasties totales en chirurgie totale

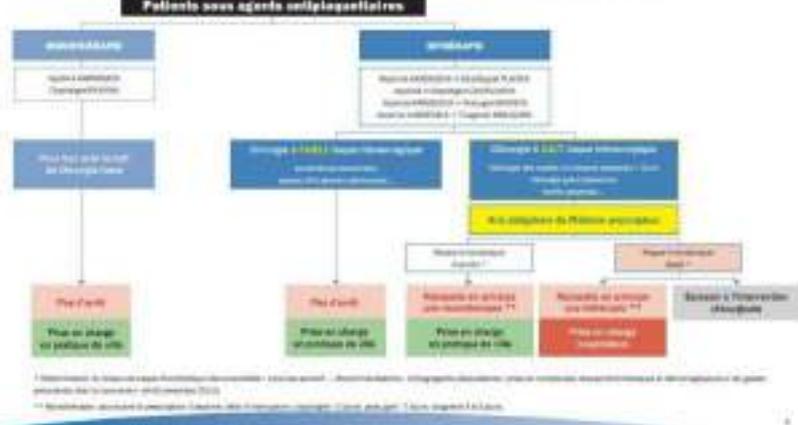
Projet de collaboration CPTS - AMU

AMU

Amiens Université

Annexe 2 : Algorithme de prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires (AAP) en chirurgie totale

Patients sous agents antiplaquettaires







sfco

Société Française de Cardiologie

Question péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie vasculaire

Prévention préopératoire des thromboses et des saignements

ANNEXE 3

Année 2

Annexe 3 – Algorithme décisionnel de prise en charge des patients sous antithrombotiques (AT) en chirurgie vasculaire

Patients sous antithrombotiques X

Anticoagulation intrinsèque (AVI)
Fonction hépatique normale
Médicaments

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer en VTE

AVI < 1

AVI > 1

Pas de AT

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention
antithrombotique

Gérer l'anticoagulation avec le médecin prescripteur

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer l'anticoagulation des patients en VTE

Pas d'anticoagulation

Anticoagulation des patients en VTE

Autre AT < 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention

1) Pour les patients traités par AVI, l'absence de saignement sévère est évaluée en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

2) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

3) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

4) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

INR < 3
Pour plus de sécurité



sfco

Société Française de Cardiologie

Question péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie vasculaire

Prévention préopératoire des thromboses et des saignements

ANNEXE 4

Année 1

Annexe 4 – Algorithme décisionnel de prise en charge des patients sous antithrombotiques vasculaires directs (AVD) en chirurgie vasculaire

Patients sous antithrombotiques vasculaires directs

Anticoagulation intrinsèque (AVI)
Fonction hépatique normale
Médicaments

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer l'anticoagulation des patients en VTE

Pas d'anticoagulation

Anticoagulation des patients en VTE

Pas de AT

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention
antithrombotique

Gérer l'anticoagulation avec le médecin prescripteur

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer l'anticoagulation des patients en VTE

Pas d'anticoagulation

Anticoagulation des patients en VTE

Autre AT < 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention

1) Pour les patients traités par AVI, l'absence de saignement sévère est évaluée en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

2) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

3) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

4) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

INR < 3
Pour plus de sécurité



sfco

Société Française de Cardiologie

Question péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie vasculaire

Prévention préopératoire des thromboses et des saignements

ANNEXE 4

Année 1

Annexe 4 – Algorithme décisionnel de prise en charge des patients sous antithrombotiques vasculaires directs (AVD) en chirurgie vasculaire

Patients sous antithrombotiques vasculaires directs

Anticoagulation intrinsèque (AVI)
Fonction hépatique normale
Médicaments

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer l'anticoagulation des patients en VTE

Pas d'anticoagulation

Anticoagulation des patients en VTE

Pas de AT

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention
antithrombotique

Gérer l'anticoagulation avec le médecin prescripteur

Chirurgie à FAO/02 (faible thrombolytique)
Chirurgie vasculaire et autres chirurgies
Chirurgie orthopédique
Chirurgie générale

Gérer l'anticoagulation des patients en VTE

Pas d'anticoagulation

Anticoagulation des patients en VTE

Autre AT < 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Autre AT > 1

Prise en charge en préopératoire de VTE

Suspendre à l'intervention

1) Pour les patients traités par AVI, l'absence de saignement sévère est évaluée en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

2) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

3) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

4) Les patients traités par AT doivent être évalués en fonction de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS) et de l'absence de saignement sévère (SS).

INR < 3
Pour plus de sécurité



Puis sont exposés les traumatismes dentaires, l'expulsion dentaire, les urgences bucco-dentaires chez les enfants et enfin, à propos d'autres situations « plus ou moins urgentes » (orthodontiques, implantaire, prothétiques) :

Traumas dentaires

Âge
 Santé générale
 Dent temporaire / définitive
 Localisation
 Date et circonstances

Conservation du ou des fragments dentaires

Certificat médical initial



Complications suite à extraction ou chirurgie buccale

Les hémorragies



Le traitement : réalisation d'une hémostase locale

- Rassurer, calmer le patient, l'installer en position semi-assise,
- Pratiquer une anesthésie locale, nettoyer l'alvéole avec de l'eau

Éventuellement :

- Éliminer un apex résiduel ou un fragment osseux ou cureter la lésion alvéolaire
- **Placer dans l'alvéole un hémostatique local** (éponge de collagène, gaze d'oxycellulose) imbibé d'acide Tranexamique
- **Suturer l'alvéole** avec du fil résorbable
- **Compression à l'aide d'une compresse imbibée d'acide Tranexamique** (EXACYL ampoules)

En cas de persistance de l'hémorragie, l'utilisation d'une coiffe biologique est possible ; mais il est préférable de réaliser une gouttière compressible thermoformée, ou une prothèse amovible immédiate...

Une étude récente indique que l'acide tranexamique en dosage local, a peu d'effet sur une hémorragie buccale.

Geste technique : Hémostase gingivo-alvéolaire secondaire à une avulsion dentaire = code CCAM H8SD001 à 22.056





AVULSION – EXPULSION DENTAIRE

Traitement immédiat ou si possible < 60 min



Réimplantation
Dent permanente



Pas de réimplantation
Dent temporaire

- Calmer le patient.
- Trouver la dent et la prendre par sa couronne (la partie blanche). Éviter de toucher la racine.
- Si la dent est souillée, la rincer délicatement avec du lait, du sérum physiologique ou de la salive du patient
- Encourager le patient/les parents à réimplanter la dent dans sa position initiale dans la mâchoire.
- Demander au patient de mordre sur un mouchoir pour faire tenir la dent réimplantée en place.
- Si une réimplantation immédiate n'est pas possible, placer la dent dans un milieu de conservation approprié et disponible sur le lieu de l'accident. Cela doit être fait rapidement afin d'éviter la déshydratation de la surface dentaire. Les milieux de conservation appropriés pour les dents avulsées, sont : le lait, le HBSS, la salive (après l'avoir crachée dans un verre par exemple) ou le sérum physiologique. Bien que l'eau soit un milieu de conservation médiocre, elle est préférable au dessèchement de la dent laissée à l'air libre.
- Chercher immédiatement à obtenir un rdv dentaire d'urgence.
- Si la dent a touché la terre, vérifier vaccination antitétanique.



TRAUMA DENTAIRE

Acte technique minimal : une radiographie

Déplacement complet de la dent hors de son alvéole

pas de déplacement

pas de mobilité

pas de sensibilité à la percussion

pas de fracture postère

supra-gingivale



NON

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

fracture coronaire

infra-gingivale



FRACTURE CORONAIRE

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

fracture coronaro-radulaire

infra-gingivale



FRACTURE CORONAIRE-RADULAIRE

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

CONCLUSION



CONCLUSION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

SUBLUXATION



SUBLUXATION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

INTRUSION

Visible ?



INTRUSION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

protrusion ou rétrusion

laxation latérale



PROTRUSION OU RÉTRUSION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

pour 1 seule dent

vers ligne ax

avec lignes de fracture radiaires

extrusion



EXTRUSION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

pour 1 seule dent

avec lignes de fracture radiaires

fracture radiculaire



FRACTURE RADICULAIRE

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

pour 1 seule dent

avec lignes de fracture radiaires

fracture alvéolaire



FRACTURE ALVÉOLAIRE

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

pour 1 seule dent

avec lignes de fracture radiaires

avulsion



AVULSION

pas de sensibilité à la percussion

pas de mobilité

mobilité accrue

pour 1 seule dent

avec lignes de fracture radiaires

expulsion



EXPULSION

Urgence relative, si la dent n'a pas bougé et qu'elle paraît indemne sans effraction pulpaire





Les Urgences Orthodontiques

Très peu

La plupart des problèmes résolus par le patient

Eviter les AINS
(limitent le déplacement dentaire)



 **Les pathologies / Urgences Bucco-dentaires chez les enfants**

2 motifs principaux pour une mère d'obtenir un rdv en urgence :
la douleur et le traumatisme.

Pas toujours le caractère d'une véritable urgence mais qui demandent néanmoins une prise en charge rapide, permet de prévenir bien des complications.

Consultation d'urgence = souvent premier contact de l'enfant avec le monde dentaire.

Approche psychologique enfant et parents : **rassurer et obtenir leur coopération respective.**

Dents temporaires / dents permanentes immatures



Les rescelllements de prothèses (couronnes, bridges...)

Une urgence très relative et possiblement très compliquée :
celles qui ne tiennent jamais, qui tombent tout le temps...

« urgence esthétique »

Prévenir des honoraires non remboursables





Les urgences implantaies

Habituellement liés aux suites post-opératoires classiques :
oedème, douleur, hémorragie, hématome ou dans de rares cas, diminution ou perte de sensibilité nerveuse.

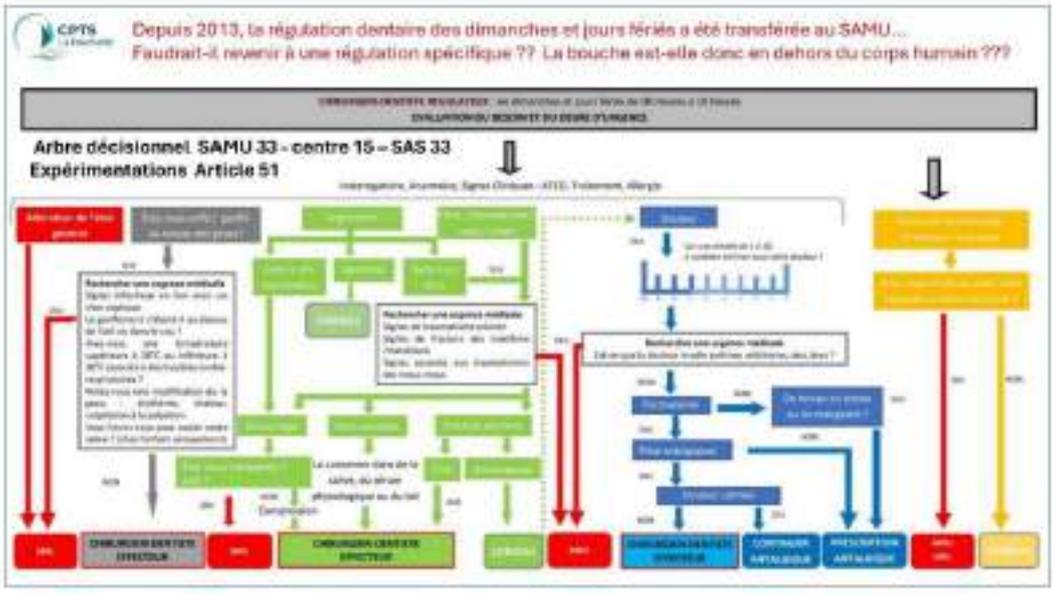
Eviter d'interférer dans le traitement :
 Préférer de pas faire de geste clinique sur le patient.
 Prescription pour le soulagement.

Réadresser au praticien qui a réalisé le traitement implantaire.

Si cette option ne convient pas au patient, un plan de traitement avec un devis dont la signature fait preuve d'acceptation pourra alors lui être proposé.

Honoraires non remboursables

Des chirurgiens-dentistes pour réguler les appels pour motif dentaire les dimanches et jours fériés au Centre 15 à la place ou en plus des médecins généralistes régulateurs ?






Convention dentaire 2023-2028

MESURES APPLICABLES AU 25 FEVRIER 2024

Accès aux soins 

Une mesure pour les Soins Non Programmés (SNP) des médecins, étendue aux CD



Majoration de la Consultation par le Supplément SNP (15 euros) pour urgence orientée par Samu ou SAS, en dehors des astreintes des dimanches et Jours fériés (PDSD)

- quand patient en dehors de la patientèle (valable uniquement pour le « médecin traitant », car pas de « CD traitant »).
- 10 prises en charge maximum par semaine
- Uniquement Majoration avec la consultation et non avec des actes techniques CCAM (idem médecins)

Cd + 15 €

À condition d'avoir été une régulation effective des urgences dentaires par le SAMU dans le département

SAS = Service d'Accès aux Soirs
PDSD = Permanence Des Soins Dentaires (Astreinte des DM et IF)

Cd = 23€

La dernière mesure conventionnelle concernant les Soins non programmés reste très insuffisante et très conditionnée, pour rendre attractive la prise en charge des urgences dentaires et leurs suites... Elle ne permet même pas de réaliser des actes techniques majorés, la majoration étant réservée à la consultation dentaire toujours maintenue à 23 € depuis plusieurs décennies.

La valorisation du travail du chirurgien-dentiste effecteur semble indispensable pour entrevoir un début de solution à la gestion des urgences dentaires.



Pour les chirurgiens-dentistes effecteurs :

Une tarification des actes bucco-dentaires d'urgence, à revoir, à revaloriser, à rendre plus attractive... (plateau technique, temps cabinet, personnel, astreinte...)





Question d'un participant : Dans une des slides, il est précisé le terme de « chirurgien-dentiste régulateur » ?

Christophe BARBOU explique qu'il y a actuellement des expérimentations dans certains départements : des chirurgiens-dentistes viennent réguler les appels pour motif dentaire, dans les SAMU les jours fériés et les dimanches à la place des médecins régulateurs.

Sophie PERROTIN rebondit sur la question pour préciser que cette expérimentation est souhaitée sur La Rochelle. Elle précise que l'ARS accepte de la financer et qu'un arrêté généralise l'expérimentation.

Christophe BARBOU se demande si cela est efficace dans la mesure où elle ne répond que le dimanche et jours fériés à une problématique dans certains territoires, qui se produit toute la semaine, que les patients ne trouvent pas plus ensuite de praticiens les jours suivants pour poursuivre le soin d'urgence, sinon à se déplacer de certains territoires pour venir saturer les zones voisines ou plus lointaines un peu mieux dotées... A La Rochelle, nous recevons des patients de départements voisins (79, 86, 16, 85), dont certains expérimentent cette régulation dentaire, et en Charente-Maritime, des patients vont déjà chercher des solutions de traitements dentaires à Bordeaux.

Xavier LE COZ intervient pour préciser que dans les régions pilotes comme la Bretagne, cela fonctionne très bien et cela soulage les médecins. En effet, les urgences dentaires sont difficiles à gérer pour la régulation médicale. Il pense que l'installation d'une régulation dentaire sera très intéressante. Selon Christophe BARBOU, cela ne fonctionne pas partout, les résultats sont mitigés, en Isère notamment.

Question d'un participant : Quel est le pourcentage d'appels pour les urgences dentaires ?

Sophie PERROTIN précise qu'il y a énormément d'appels pour des urgences dentaires toute la semaine et particulièrement le samedi et le dimanche. Elle est pour une régulation dentaire mais dans le cadre des CPTS, avec des soins non-programmés de soins dentaires pour soulager les week-ends et apporter des réponses aux patients tout au long de la semaine.

Xavier LE COZ, Président départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, évoque le département de la Haute-Vienne, département plus facile à gérer qu'en Charente-Maritime étant donné que Limoges est au centre du département et rassemble 70% de la population. Au sein de l'hôpital, ils ont créé deux fauteuils dentaires et tous les matins, 365 jours de l'année, il y a 1 voire 2 chirurgiens-dentistes qui ne font que des urgences. Cela permet aussi de gérer tous les patients des alentours et répondre d'une certaine manière à la problématique de désertification médicale.

Thomas GUEREMY demande à Xavier LE COZ comment ce service est géré : Accès direct ? Accès régulé ? Ce service étant très récent, Xavier LE COZ n'a pas toutes les informations.

Pierre-Yves FARRUGIA précise que la CPTS La Rochelle a essayé de réfléchir à une solution comme le SAS mais à ce jour, la CPTS La Rochelle a peu de chirurgiens-dentistes. Se pose la question de savoir si les chirurgiens-dentistes seront au rendez-vous. Xavier LE COZ pense que c'est également une question de volonté. Il faut qu'il y ait une certaine énergie pour faire les choses et avancer.

Pierre-Yves FARRUGIA invite les participants chirurgiens-dentistes de l'assemblée à lever la main pour savoir combien d'entre eux pourrait donner des créneaux d'urgences dentaires de 2h par exemple ?



Certains chirurgiens-dentistes présents expliquent qu'ils ont tous des façons différentes de gérer leur planning, beaucoup des présents bloquent, dans leur planning hebdomadaire, des plages horaires dédiées aux urgences chaque semaine.

Pierre-Yves FARRUGIA rappelle que la CPTS La Rochelle souhaite voir ce SAS naître mais pense qu'il y a des difficultés pour dégager des temps dédiés aux urgences dentaires et un manque de « ressources humaines ».

Xavier LE COZ pense que si les chirurgiens-dentistes sont rémunérés comme les médecins généralistes le sont dans les régulations, des volontaires seront trouvés (retraités, actifs, étudiants...). Si les moyens sont là cela pourra voir le jour.

Une chirurgienne-dentiste témoigne qu'elle a fait sa thèse d'exercice sur les urgences dentaires à la faculté de Nantes. Le constat a été fait que beaucoup de chirurgiens-dentistes ne prenaient pas leurs urgences et qu'ils renvoyaient directement au centre hospitalo-universitaire de soins et traitements dentaires de Nantes.

Pierre-Yves FARUGGIA propose à Sophie PERROTIN de se réunir avec Christophe BARBOU, Henri MORET et Xavier LE COZ pour échanger ensemble et voir comment le projet peut avancer. Xavier LE COZ pense que l'exemple de Limoges est à dupliquer en Charente-Maritime et qu'il serait intéressant d'installer un fauteuil sur chaque hôpital (La Rochelle, Saintes, Rochefort).

Christophe BARBOU évoque la période du COVID, les urgences étaient régulées mais non-traitées, avec des situations qui s'aggravaient car il n'y avait pas assez de praticiens qui prenaient en charge les patients. Traiter une urgence dentaire et surtout sa suite peut être chronophage... Cela ne s'arrête que très rarement à une simple prescription. Il y a le ou les premiers gestes techniques mais ensuite il faut finir le soin, restaurer la dent, etc... et le traitement de l'urgence est faiblement valorisé, eu égard au plateau technique nécessaire, voire au personnel à mobiliser aussi.

Si par l'intermédiaire de la CPTS La Rochelle ou de l'ARS, il est possible d'avoir une valorisation certains y trouveront un intérêt mais il faudra aussi qu'ils aient le temps pour intégrer les nouveaux patients dans leurs agendas pour réaliser les actes qui suivent l'urgence, ou alors, qu'ils n'y soient pas déontologiquement tenus.

Henri MORET intervient, pour l'instant, lorsque l'on parle de régulation, c'est en permanence de soins, le dimanche matin, c'est une aide aux dentistes effecteurs. Un dentiste qui est là le matin de 8h à 13h et qui prend les appels d'urgences dentaires, renvoie le patient au chirurgien-dentiste qui est de garde.

Christophe BARBOU conclut la soirée de formation en rappelant qu'il serait intéressant de se réunir comme précédemment évoqué et monter un groupe de travail dédié à un projet sur le dentaire.

III. Planning prévisionnel versus planning réalisé

A. Planning prévisionnel

	Octobre 2023	Novembre 2023	Décembre 2023	Janvier 2024	Février 2024	Mars 2024	Avril 2024	Mai 2024
Création et validation de l'invitation								
Envoi du mail d'invitation et de la relance								
Gestion des inscriptions								
Points téléphoniques réguliers avec les intervenants								
Préparation du diaporama								
Gestion du traiteur								
Evénement réalisé								

B. Planning réalisé

	Octobre 2023	Novembre 2023	Décembre 2023	Janvier 2024	Février 2024	Mars 2024	Avril 2024	Mai 2024
Création et validation de l'invitation								
Envoi du mail d'invitation et de la relance								
Gestion des inscriptions								
Points téléphoniques réguliers avec les intervenants								
Préparation du diaporama								
Gestion du traiteur								
Evénement réalisé								

IV. Coûts prévus versus coûts réalisés

A. Coûts prévus

Pour chaque projet porté par la CPTS La Rochelle, une répartition des coûts avait été réalisée dès le mois de mai 2023 afin que chaque référent puisse s'organiser en tenant compte des budgets. Cette répartition avait alors fait ressortir un budget de 4 375€ pour ce projet.

B. Coûts réalisés

Grâce à la comptabilité analytique mise en place au sein de la CPTS La Rochelle, il a été possible de faire ressortir le coût de ce projet, à savoir 4 708,10€ répartis de la manière suivante :

Compte	Libellé	Débit
602250	Fournitures de bureau	24,30 €
621000	IPG	2 600,00 €
623400	Cadeaux à la clientèle	101,50 €
626100	Frais postaux	123,50 €
641100 & 645000	Salaires & Charges sur salaires	1 858,80 €
TOTAL		4 708,10 €

V. Problème rencontré

A. Faire venir les professionnels de santé aux soirées d'information pluriprofessionnelles

Nous constatons régulièrement une faible participation des médecins généralistes aux soirées pluriprofessionnelles alors que ces soirées peuvent être l'occasion pour eux de s'informer sur des problématiques médicales précises et auxquelles ils peuvent être confrontés à leur cabinet. Ils étaient seulement 7 présents à la soirée de formation sur les pathologies bucco-dentaires. Il en est de même pour d'autres professionnels de santé tels que les pharmaciens et les infirmiers.

VI. Solution proposée

A. Faire venir les professionnels de santé aux soirées d'information pluriprofessionnelles

Certains sujets retiennent plus l'attention des professionnels de santé que d'autres. Nous observons qu'en fonction des soirées organisées et des thématiques choisies, ce ne sont pas les mêmes professionnels de santé qui viennent.

La CPTS La Rochelle réfléchit à une stratégie d'approche pour les impliquer concrètement. Une première étape pourra être la réalisation d'un sondage (via un formulaire ou via l'onglet Boîte à idées de l'espace adhérent) permettant de connaître les sujets qu'ils souhaiteraient voir être abordés dans le cadre de soirées d'information et d'échanges.

VII. Conclusion

Cette soirée de formation a permis de réunir 39 professionnels de santé. Il est à souligner que le nombre de chirurgiens-dentistes présents est un point positif de la soirée puisqu'ils étaient 15 au total. La CPTS La Rochelle va reprendre contact avec eux début mai pour :

- Sonder leur avis sur le déroulement de la soirée en répondant à un court questionnaire ;
- Leur proposer d'adhérer à la CPTS La Rochelle ;
- Leur proposer d'intégrer un groupe de travail dans lequel ils pourraient travailler soit sur :
 - L'intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation du centre 15 ;
 - ou
 - La production d'un document dédié au dentaire et présentant les principales urgences, gestes techniques et qui pourrait être diffusé dans les cabinets médicaux,
- De plus, la CPTS La Rochelle souhaite prochainement programmer une réunion avant l'été 2024 réunissant : la CPTS La Rochelle, la CPAM, l'ARS, les régulateurs et Mme PERROTIN pour échanger sur la régulation au sein du centre 15 par un chirurgien-dentiste.