

Article original

La prise en charge des urgences odontologiques dans le centre hospitalier Métropole Savoie après un an de fonctionnement d'une ligne d'astreinte

Liviu-Dimitrie Popescu^{1,*}, Ionel Aga¹, Mihaela-Anisoara Popescu¹

¹ Service de chirurgie orale et d'odontologie, centre hospitalier Métropole Savoie, France

(Reçu le 19 avril 2015, accepté le 24 août 2015)

Mots clés :
urgences
odontologiques /
astreinte / traitement /
pathologie

Résumé – Introduction : L'objectif de cette étude a été d'analyser la prise en charge des patients lors des astreintes d'odontologie sur l'année 2013 et d'évaluer les résultats obtenus. **Patients et méthodes :** Cette étude rétrospective a été réalisée sur 942 patients dont les variables étudiées étaient : sexe, âge, motif de consultation, affections chroniques, jour de consultation, département du patient, type d'actes réalisés, présence d'un chirurgien-dentiste traitant et orientation après l'urgence. **Résultats :** Dans le groupe d'étude, 432 (45,9 %) étaient des femmes et 510 (54,1 %) des hommes. La tranche d'âge 16-30 ans (32,6 %) était la plus représentée et celle de 46-60 ans (12,1 %) la moins représentée. Selon le motif de consultation, la plupart des patients consultaient en urgence pour des raisons infectieuses (39,2 %) ; des douleurs de cause endodontique (27,2 %) et des traumatismes (18,7 %). Les résultats ont montré que 492 patients (52,2 %) n'avaient pas de chirurgien-dentiste traitant. **Discussion :** Les résultats de cette étude confirment que les patients vus pendant l'astreinte ont présenté diverses pathologies oro-dentaires. Le diagnostic a permis de déterminer le degré de gravité de l'urgence et d'établir un traitement spécifique. **Conclusion :** Cette ligne d'astreinte a permis une prise en charge adaptée et très satisfaisante pour les patients.

Key words:
dental emergencies /
on-call duty /
treatment / pathology

Abstract – Management of dental emergencies in the Centre Hospitalier Métropole Savoie after one year of running an on-call duty line. Introduction: The objective of this study was to analyze the on-call duty management of patients throughout 2013 and the results achieved. **Patients and methods:** This retrospective study had a sample size of 942 patients. The variables used were: gender, age, reason for the visit, chronic diseases, day of visit, French department of origin, types of procedures already performed, treating dentist and redirection of patients after an initial emergency management. **Results:** In the study group, 432 (45.9%) were women and 510 (54.1%) were men. The most represented age group was 16-30 (32.6%) and the least represented age group was 46-60 (12.1%). The reason for the visit showed that most patients were seeking an emergency visit because of an infection (39.2%), pain of an endodontic nature (27.2%) or trauma (18.7%). The data showed that 492 patients (52.2%) did not have a treating dentist. **Discussion:** The results confirmed that patients handled during on-call duty hours suffered from various oro-dental diseases. The diagnosis was helpful to determine the disease severity and initiate a specific treatment. **Conclusion:** This on-duty approach for dental emergencies provided appropriate and very satisfactory management for patients.

Introduction

Le centre hospitalier Métropole Savoie est l'établissement public de santé référent d'un bassin de santé correspondant au département de la Savoie et au secteur de Belley (Ain).

Sur ce site, le service de chirurgie orale et d'odontologie a connu un développement important au cours des trois dernières années grâce à un projet médical porteur. Ce projet a intégré la modernisation de l'infrastructure et le recrutement de personnel qualifié afin de répondre aux défis de l'odontologie

* Correspondance : Liviu.Popescu@ch-metropole-savoie.fr

Tableau I. Répartition des patients en fonction du sexe et du type d'urgence.

Table I. Distribution of patients by sex and type of emergency intervention.

No.	Pathologie:	endodontique		infectieuse		traumatique		muqueuse		d'ATM		iatrogène		lésions carieuses		hémorragie		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Le sexe</i>																			
1.	hommes	134	26,3	206	40,4	105	20,6	13	2,5	5	1,0	1	0,2	38	7,5	8	1,6	510	54,1
2.	femmes	122	28,2	163	37,7	71	16,4	16	3,7	10	2,3	1	0,2	40	9,3	9	2,1	432	45,9
3.	Total	256	27,2	369	39,2	176	18,7	29	3,1	15	1,6	2	0,2	78	8,3	17	1,8	942	100

hospitalière. Depuis janvier 2013, une ligne d'astreinte opérationnelle qui assure la prise en charge pour tout type d'urgences odontologiques a été mise en place. En semaine, le service d'astreinte à domicile se déroule de 18 h 30 à 1 h du matin. En week-end, elle a lieu le samedi entre 13 h et 8 h 30 et le dimanche entre 12 h et 8 h 30 ; pendant les jours fériés, elle commence à 12 h et se termine à 1 h du matin.

Une analyse sur la nécessité de la mise en place de cette astreinte a été réalisée avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) et l'administration hospitalière. Un protocole basé sur l'algorithme décisionnel en fonction de la gravité de l'urgence a été élaboré avec les praticiens urgentistes.

L'objectif de l'étude a été d'analyser la prise en charge des patients lors des astreintes d'odontologie sur l'année 2013 et d'évaluer les résultats obtenus.

Patients et méthodes

Cette étude rétrospective a été menée dans le service de chirurgie orale et d'odontologie du centre hospitalier Métropole Savoie sur un échantillon de 942 patients reçus en urgence de janvier à décembre 2013. Tous les patients pris en charge dans ce service ont contacté directement le service ou ont été adressés, soit par le service d'urgence de l'hôpital, soit par le SAMU.

Pour une bonne gestion des données de la recherche et pour le traitement statistique, une base de données a permis le calcul des indicateurs généraux et spécifiques. En premier lieu, la saisie des données recueillies a été faite à l'aide du logiciel Excel. Puis, pour l'analyse statistique des données, le logiciel SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Science*) a été utilisé.

La classification des urgences odontologiques se répartit de la façon suivante : infections, traumatismes, hémorragies, pathologie endodontique, pathologie de la muqueuse, pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), lésions carieuses/perde d'une reconstitution et pathologie iatrogène (erreurs de prescription médicamenteuse, de diagnostic ou d'actes thérapeutiques).

Les variables suivantes ont été étudiées : le sexe, l'âge, le motif de consultation, les affections chroniques associées, le jour de consultation, le département du patient, le type d'actes

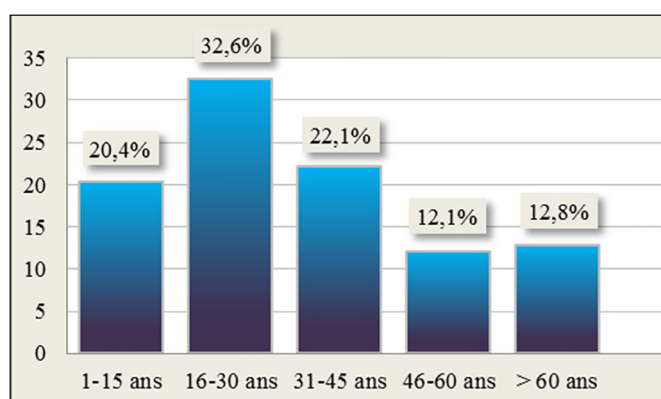
**Fig. 1.** Répartition des patients en fonction de l'âge.

Fig. 1. Distribution of patients by age.

réalisés en urgence, la présence d'un chirurgien-dentiste traitant et l'orientation après la consultation en urgence.

Dans cette étude, la plupart des variables étant qualitatives, la fréquence absolue et relative a donc été calculée.

Pour tester la différence statistiquement significative, on a utilisé le test du χ^2 (Pearson Chi-Square). Le seuil de signification choisi correspond à une valeur de $p \leq 0,05$.

Résultats

Sur les 942 patients du groupe d'étude, 432 (45,9 %) étaient des femmes et 510 (54,1 %) des hommes. La répartition des patients selon le sexe montre une majorité de patients de sexe masculin (54,1 %).

Les résultats indiquaient que l'incidence des urgences infectieuses, endodontiques et traumatiques était élevée pour les deux sexes, ces trois situations représentant la majorité des urgences. Les urgences infectieuses étaient plus fréquentes chez les hommes (40,4 %, soit 206 patients) et les urgences endodontiques plus fréquentes chez les femmes (28,2 %, soit 122 patients) (Tab. I).

La répartition des patients selon l'âge (Fig. 1) a été réalisée en cinq périodes. Les catégories les plus représentées concernaient les 16-30 ans (32,6 %) et les 31-45 ans (22,1 %) ; la

Tableau II. Répartition des patients en fonction de l'âge et du type d'urgence.

Table II. Distribution of patients by age and type of emergency intervention.

No.	Pathologie:	endodontique		infectieuse		traumatique		muqueuse		d'ATM		iatrogène		lésions carieuses		hémorragies		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Classes d'âge</i>																			
1.	1-15 ans	26	13,5	41	21,4	109	56,8	5	2,6	-	-	-	-	10	5,2	1	0,5	192	20,4
2.	16-30 ans	89	29,0	138	45,0	44	14,3	8	2,6	9	2,9	2	0,7	15	4,9	2	0,7	307	32,6
3.	31-45 ans	76	36,5	86	41,3	11	5,3	4	1,9	3	1,4	-	-	28	13,5	-	-	208	22,1
4.	46-60 ans	34	29,8	55	48,2	7	6,1	3	2,6	-	-	-	-	12	10,5	3	2,6	114	12,1
5.	> 61 ans	31	25,6	49	40,5	5	4,1	9	7,4	3	2,5	-	-	13	10,7	11	9,1	121	12,8
6.	Total	256	27,2	369	39,2	176	18,7	29	3,1	15	1,6	2	0,2	78	8,3	17	1,8	942	100

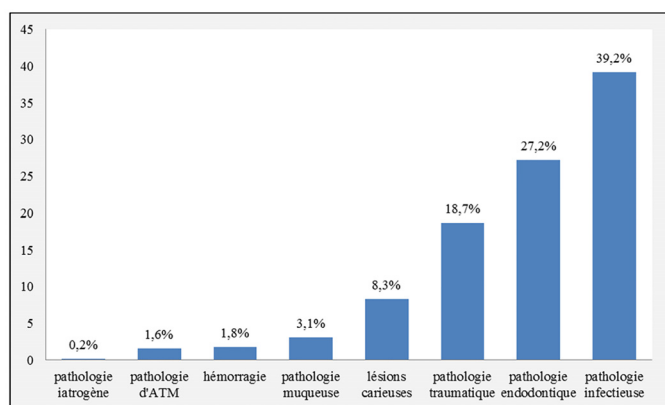


Fig. 2. Répartition des patients en fonction du motif de consultation.
Fig. 2. Distribution of patients by reason for their visit.

catégorie 46-60 ans (12,1 %) représentait l'intervalle d'âge le moins représenté.

Compte tenu des résultats de cette étude, les pourcentages les plus élevés pour la prévalence des urgences odontologiques en fonction de l'âge (Tab. II) étaient les suivants : les urgences traumatiques étaient plus fréquentes pour les patients âgés de 1 à 15 ans (56,8 %) ; les urgences infectieuses étaient plus représentées pour l'intervalle d'âge 46-60 ans (48,2 %) ; la carie dentaire (13,5 %) a été le principal motif de présentation aux urgences pour les patients âgés de 31 à 45 ans ; les hémorragies postopératoires ont été davantage rencontrées chez les patients de plus de 60 ans (9,1 %) et la pathologie de l'ATM pour l'intervalle d'âge 16-30 ans (2,9 %). Les urgences odontologiques d'origine iatrogène ont été rencontrées uniquement chez les patients âgés de 16 à 30 ans (0,7 %).

Le test statistique appliqué pour le type d'urgences odontologiques selon l'âge a été statistiquement significatif ($\chi^2 = 317,453$; $p < 0,0001$).

La répartition des patients en fonction du motif de consultation (Fig. 2) montrait que la plupart des patients s'étaient

présentés aux urgences pour des raisons infectieuses (39,2 %), pour des douleurs de cause endodontique (27,2 %) et d'ordre traumatique (18,7 %). Les urgences les moins fréquentes concernaient la pathologie iatrogène (0,2 %). L'analyse des données révélait que les urgences hémorragiques (1,8 %) et les troubles de l'ATM (1,6 %) étaient rencontrés dans une proportion approximativement égale. Les lésions carieuses/perte d'une reconstitution (8,3 %) représentaient également une part importante de la prise en charge en urgence du fait des conséquences esthétiques et parfois fonctionnelles. Les lésions de la muqueuse orale (3,1 %) chez les patients porteurs d'une prothèse amovible étaient expliquées par le port de prothèses dentaires mal réglées.

Par ailleurs, les patients sans affection chronique associée représentaient la majorité (72,3 %) du groupe étudié (Fig. 3). Les patients avec une ou plusieurs affections chroniques (27,7 %) étaient principalement porteurs de pathologies cardiopulmonaires (8,6 %), polymédiqués (8,2 %), avec des pathologies neuropsychiatriques (7,7 %), des pathologies endocriniennes (1,6 %), des pathologies infectieuses (0,8 %), des pathologies gastro-intestinales (0,3 %) ou d'autres pathologies (0,4 %).

Les résultats du test statistique appliquée révélait une relation statistiquement significative entre la répartition des patients et les affections chroniques associées ($\chi^2 = 368,463$; $p < 0,0001$).

L'analyse de la répartition des patients avec des affections chroniques en fonction de l'âge (Fig. 4) montrait que la pathologie chronique associée (39,7 %) et les affections cardiopulmonaires (28,1 %) étaient plus élevées chez les patients de plus de 60 ans. Par ailleurs, les pathologies neuropsychiatriques touchaient davantage (13,9 %) les patients âgés de 31 à 45 ans.

L'étude du jour de consultation dans le service montrait que la plupart des patients étaient venus en urgence en semaine (78,7 %, soit 741 patients), 186 patients (19,7 %) avaient consulté durant le week-end et 15 patients (1,6 %) les jours fériés.

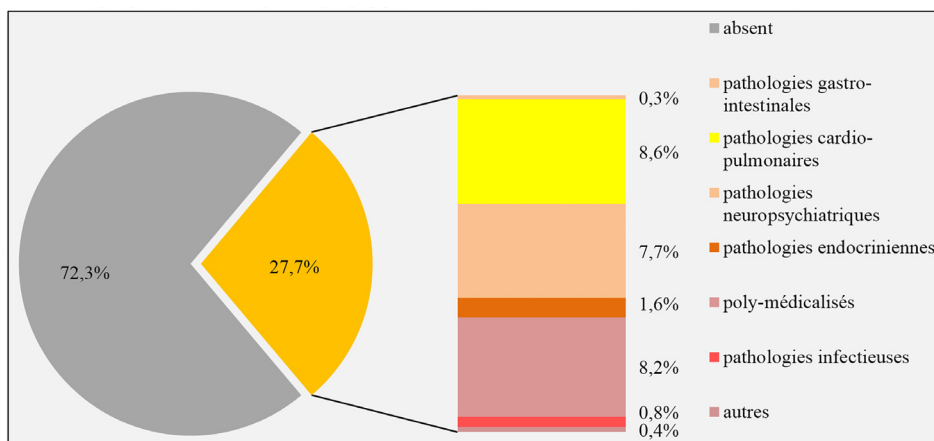


Fig. 3. Répartition des patients en fonction des affections chroniques associées.
Fig. 3. Distribution of patients by associated chronic health conditions.

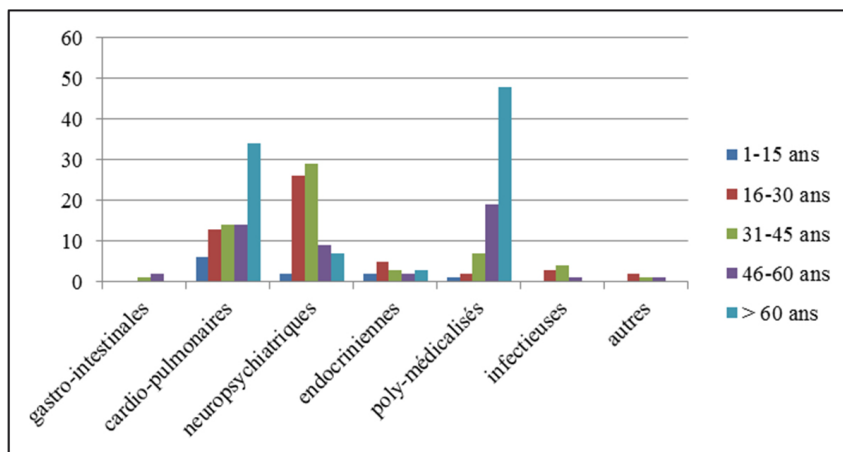


Fig. 4. Répartition des patients en fonction des affections chroniques et de l'âge.
Fig. 4. Distribution of patients by associated chronic health conditions and age.

Les résultats montraient que les urgences infectieuses avaient été plus fréquentes durant la semaine (40,6 %) et les urgences traumatiques (36 %) durant le week-end (Tab. III).

Les résultats du test statistique révélaient une relation statistiquement significative entre la présentation des patients et le type d'urgence ($\chi^2 = 80,077$; $p < 0,0001$).

La comparaison de la distribution des patients en fonction du lieu de résidence montrait que 81 % des urgences concernaient les patients de la Savoie, 17,6 % des étrangers et 1,4 % des patients venant d'un autre département (Tab. IV).

Durant la période d'astreinte, 486 patients (51,6 %) qui s'étaient présentés en urgence ont reçu une consultation et 456 patients (48,4 %) ont reçu des soins. Parmi ces derniers, 374 patients (39,7 %) ont reçu un traitement chirurgical, 40 patients (4,2 %) ont bénéficié de restaurations coronaires,

28 patients (3 %) ont eu un traitement endodontique et 14 patients (1,5 %) exigeaient un traitement plus complexe (Fig. 5). En fonction de la complexité des cas, les patients ont été traités au cabinet (sous anesthésie locale et sédation consciente au protoxyde d'azote) ou au bloc opératoire (sous anesthésie générale ou anesthésie locale avec sédation intraveineuse).

La répartition des patients avait ensuite été faite en fonction du suivi, ou non, par un chirurgien-dentiste. Les résultats démontraient que 492 patients (52,2 %) n'avaient pas de chirurgien-dentiste traitant.

Après la prise en charge de l'urgence, 435 patients (46,2 %) ont été invités à continuer les soins chez leur chirurgien-dentiste traitant. Ceux n'ayant pas de chirurgien-dentiste traitant (43 %, soit 405 patients) ont été dirigés vers un praticien de

Tableau III. Jour de consultation dans le service en fonction du type d'urgence.

Table III. Day of visit to the unit according to type of emergency.

No.	Pathologie:	endodontique		infectieuse		traumatique		muqueuse		de l'ATM		iatrogene		lésions carieuses		hémorragie		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Presentation des patients</i>																			
1.	pendant la semaine	226	30,5	301	40,6	105	14,2	23	3,1	13	1,8	-	-	65	8,8	8	1,1	741	78,7
2.	pendant le week-end	29	15,6	63	33,9	67	36,0	5	2,7	1	0,5	2	1,1	11	5,9	8	4,3	186	19,7
3.	pendant les jours fériés	1	6,7	5	33,3	4	26,7	1	6,7	1	6,7	-	-	2	13,3	1	6,7	15	1,6
4.	Total	256	27,2	369	39,2	176	18,7	29	3,1	15	1,6	2	0,2	78	8,3	17	1,8	942	100

Tableau IV. Département d'origine des patients en fonction du type d'urgence.

Table IV. French department of origin according to type of emergency.

No.	Pathologie:	endodontique		infectieuse		traumatique		muqueuse		de l'ATM		iatrogene		lésions carieuses		hémorragie		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<i>Départements des patients:</i>																			
1.	Savoie	218	28,6	296	38,8	131	17,2	26	3,4	13	1,7	2	0,3	64	8,4	13	1,7	763	81,0
2.	autre	2	15,4	4	30,8	6	46,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,7	13	1,4
3.	étranger	36	21,7	69	41,6	39	23,5	3	1,8	2	1,2	-	-	14	8,4	3	1,8	166	17,6
4.	Total	256	27,2	369	39,2	176	18,7	29	3,1	15	1,6	2	0,2	78	8,3	17	1,8	942	100

ville pour la suite de leur traitement. Les patients porteurs de pathologies sévères (7,5 %, soit 71 patients) ont été pris en charge par le service de chirurgie orale et d'odontologie afin de garantir un traitement adapté aux risques médicaux associés. Certains patients (3,3 %, soit 31 patients) ont été transférés vers une autre unité hospitalière, en particulier le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) pour des pathologies des glandes salivaires (Fig. 6).

Pour les patients traités en urgence, la solution thérapeutique optimale a été dictée par le degré de l'urgence et en fonction du cas clinique.

Discussion

Durant la période d'étude, 942 patients ont été pris en charge pour des urgences oro-dentaires dans le service de chirurgie orale et d'odontologie. Les résultats de cette étude confirment que les patients qui ont bénéficié d'une prise en charge pendant l'astreinte, ont présenté diverses pathologies

oro-dentaires. Le diagnostic a permis de déterminer le degré de gravité de l'urgence et d'établir un traitement spécifique.

Il est à noter qu'actuellement cette ligne d'astreinte prend en charge toutes les urgences odontologiques du département de la Savoie et du bassin de Belley, dans l'Ain.

Après un an de fonctionnement, l'analyse des données met en évidence une majorité de patients de sexe masculin (54,1 %, soit 510 patients) ; la tranche d'âge la plus représentée est celle des 16-30 ans (32,6 %). Ces résultats coïncident avec ceux d'une étude réalisée au CHU de Clermont-Ferrand où 52 % des patients étaient de sexe masculin et où la tranche d'âge la plus représentée était celle des 20-29 ans [1].

L'analyse des données établit que les urgences les plus fréquemment rencontrées sont les urgences infectieuses (39,2 %), les algies dentaires (27,2 %) et les traumatismes oro-dentaires (18,7 %). Selon la littérature de la spécialité, les urgences odontologiques prises en charge en milieu hospitalier sont d'ordre algique, traumatique, infectieux et hémorragique [2].

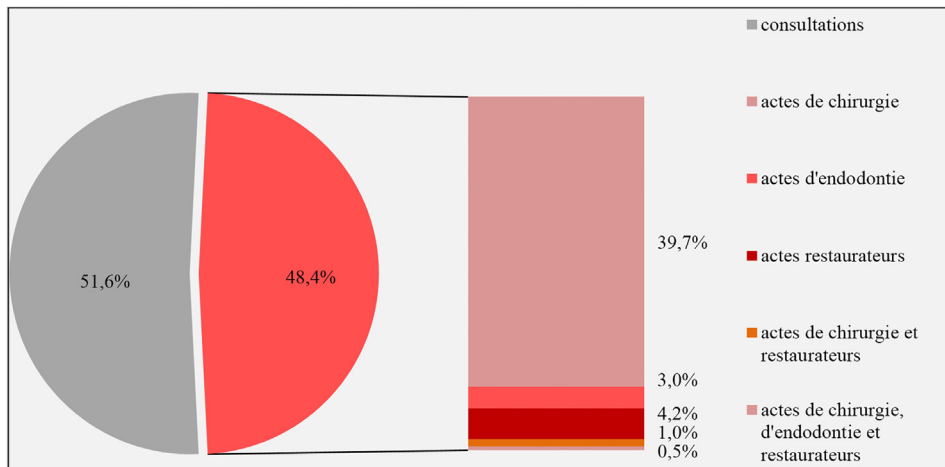


Fig. 5. Répartition des patients en fonction des actes effectués en urgence.
Fig. 5. Distribution of patients according to the emergency intervention received.

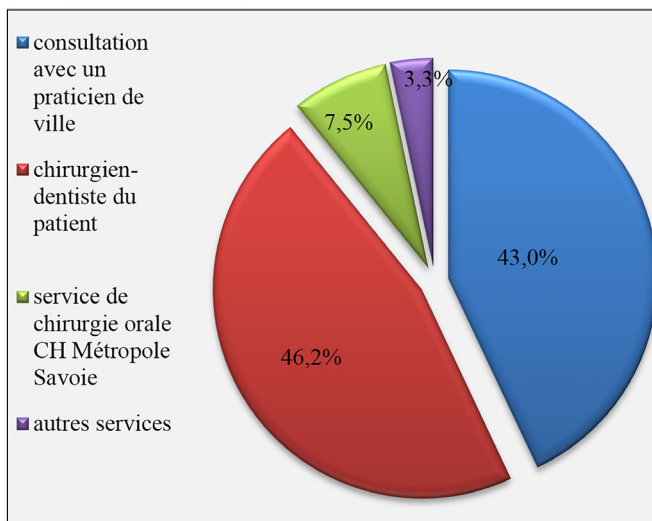


Fig. 6. Orientation des patients après la prise en charge de l'urgence.
Fig. 6. Patient orientation after the emergency treatment.

Les urgences infectieuses nécessitent une prise en charge médico-chirurgicale immédiate, parfois pluridisciplinaire. Il existe deux grandes localisations topographiques de cellulites cervico-faciales : péri-maxillaires et péri-mandibulaires [3].

La prise en charge des cellulites faciales a été établie en fonction du stade de la cellulite. Chez les patients porteurs de pathologies dentaires aiguës, il est primordial de reconnaître les signes et les symptômes cardinaux de propagation de l'infection (cellulite, adénopathies, tuméfaction) et de l'infection systémique (fièvre, malaise). Dans le cas de certaines pathologies générales (diabète, cardiopathie, hémopathie, néphropathie, immunodépression) ou de certains traitements

(corticothérapie au long cours), la prise en charge de la cellulite ne se fera qu'à l'aide d'une antibiothérapie [4].

Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les urgences traumatiques sont plus fréquentes pendant le week-end (36 %) et notamment pour les patients âgés de 1 à 15 ans (56,8 %). Cette variation est comparable à celle retrouvée dans une autre étude réalisée au CHU de Dijon, où la tranche d'âge la plus impliquée dans les traumatismes est celle des moins de 18 ans (64 %) avec un fort pourcentage pour les moins de 12 ans, les patients âgés de 7 à 12 ans occupant 34 % des traumatismes [5].

Les autres études épidémiologiques montrent que près de 30 % des enfants reçoivent un choc sur les dents temporaires avant l'âge de 5 ans et un enfant sur deux subit un traumatisme dentaire entre 8 et 12 ans [6]. Les traumatismes oro-dentaires pris en charge sont survenus principalement suite à la pratique d'une activité sportive, à l'école ou sur les terrains de jeux, suite aux accidents de la voie publique ou à des actes de violence. Concernant les traumatismes oro-dentaires, l'expulsion dentaire représente l'urgence dentaire prioritaire ; son pronostic est dépendant d'une prise en charge rapide et adéquate.

Selon les concepts actuels, l'étude menée a inclus l'évaluation de l'état de santé général. Les patients qui fréquentent les services hospitaliers d'odontologie sont généralement à risque du fait des maladies qu'ils présentent ou des traitements qu'ils suivent [7, 8]. Le plan de traitement en urgence pour les patients polymédicalisés a été adapté en fonction des risques médicaux liés à leur pathologie ou à leur traitement. La conduite thérapeutique a respecté les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Société française de chirurgie orale [4, 9].

Durant les astreintes, le praticien a évalué les risques potentiels liés au traitement de son patient et la prise en

charge en urgence a été adaptée en conséquence. Le clinicien s'est également assuré que le traitement pris dans le cadre d'une pathologie générale a été poursuivi ou adapté à la suite de la consultation en urgence.

Cette étude a permis aussi de mettre en évidence la répartition des patients en fonction du jour des consultations. Les résultats d'analyse montrent qu'on accueille le plus grand nombre d'urgences (78,7 %) pendant la semaine où les urgences infectieuses sont prépondérantes (40,6 %). Les résultats sont en concordance avec la littérature de spécialité où l'incidence des infections odontogènes nécessitant des soins à l'hôpital est passée de 5,3 à 7,2 pour 100 000 habitants [10].

Ce travail a permis de mettre en évidence l'origine géographique des urgences prises en charge pendant cette astreinte. Les données recueillies montrent que la plupart des patients reçus en urgence habitent en Savoie (81 %) et présentent principalement des pathologies infectieuses (38,8 %) et endodontiques (28,6 %). Les résultats sont en accord avec d'autres publications, où la majorité des patients viennent là où se localise le CHU ou de son agglomération [11]. Le tourisme d'hiver et d'été est l'une des principales activités du territoire savoyard. Pour cette raison, ont été reçus en urgence des patients touristes, des étrangers (17,6 %) ou des personnes venant d'autres départements de la France (1,4 %). Il y a une corrélation entre cette catégorie de patients et les urgences traumatiques.

Une autre catégorie de patients reçus en urgence présente des algies dentaires importantes. Les données obtenues montrent que des actes thérapeutiques ont été réalisés pour 82 patients (8,7 %). Une étude nationale réalisée en 1994 dans la région Rhône-Alpes sur 1 000 adultes de 35 à 44 ans montre que 48,8 % avaient besoin d'un traitement conservateur [12].

L'analyse des données a permis de mettre en évidence que 492 patients (52,2 %) ne sont pas suivis régulièrement par un chirurgien-dentiste et 450 patients (47,8 %) ont un chirurgien-dentiste traitant. Cette situation constitue une grande inquiétude pour le service de chirurgie orale et d'odontologie notamment en ce qui concerne le suivi post-urgence des patients n'ayant pas de chirurgien-dentiste traitant. C'est pourquoi il leur est conseillé de chercher un chirurgien-dentiste traitant pour assurer une continuité de prise en charge à long terme.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a souligné que, malgré de grandes améliorations dans l'état de santé oro-dentaire des populations à travers le monde, les problèmes persistent [13].

Un rapport qui présente l'état de santé de la population en France, concernant l'accès aux soins a établi que, en 2008, 11,6 % des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé pour des raisons financières à des traitements dentaires (soins ou prothèses) dans les douze mois précédant l'enquête [14].

Depuis 2002, en Île-de-France, une unité d'odontologie a pour mission d'organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et la prise en charge dentaire de patients avec une situation « précaire » [15]. Ce type de service représente une solution pour améliorer les besoins thérapeutiques des patients en difficulté, avec un statut socioprofessionnel précaire.

Conclusion

Les résultats de cette étude confirment que les patients ayant bénéficié d'une prise en charge pendant l'astreinte d'urgence ont présenté diverses pathologies oro-dentaires.

L'analyse des données établit que les urgences les plus fréquemment rencontrées sont les urgences infectieuses, les algies dentaires et les traumatismes oro-dentaires.

Plus de la moitié des patients vus en urgence n'ayant pas de chirurgien-dentiste traitant représente une catégorie de population à risques au regard de la continuité de soins post-urgence.

Après un an de fonctionnement, les résultats montrent que la création de cette ligne d'astreinte pour les urgences odontologiques au centre hospitalier Métropole Savoie a permis une prise en charge adaptée et très satisfaisante pour les patients et nos collègues urgentistes.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Roger-Leroi V, Laléchère-Lestrade C, Tubert-Jeannin S. Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont-Ferrand (France). *Rev Épidémiol Santé* 2007;55:197-202.
2. Perrin D, Ahoissi V, Larras P, Paris M. L'urgence en odontologie. Éditions CdP, 2010.
3. La Rosa J, Bouvier S, Langeron O. Prise en charge des cellulites maxillofaciales. *Le praticien en anesthésie réanimation* 2008; 12:309-315.
4. Lesclous P. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. *Recommandations de bonne pratique*. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *MBCB* 2011;17:335-346.
5. Ahoissi V, Boisrame-Gastrin S, Gathion S, Tazi M, Larras P, Honnart D, Perrin D. Urgences traumatiques en odontologie : analyse rétrospective de trois années d'activité au CHU de Dijon. *Rev Odont Stomat* 2005;34:39-57.
6. Naulin-Ifi C. Traumatismes dentaires : du diagnostic au traitement. Éditions CdP, 2005.
7. Laurent F, Augustin P, Segal N, Nabet C, Lesclous P, Maman L. Les urgences médicales dans les pôles et services d'odontologie des centres hospitaliers universitaires français. *MBCB* 2009;15: 87-92.

8. Nayyer N V, Byers J, Marney C. Identifying adults at risk of paracetamol toxicity in the acute dental setting: development of a clinical algorithm. *Br Dent J* 2014;216:229-235.
9. Devlin J. Patients with chronic obstructive pulmonary disease : management considerations for the dental team. *Br Dent J* 2014;217:235-237.
10. Sèppänen L, Rautemaa R, Lindqvist C, Lauhio A. Changing clinical features of odontogenic maxillofacial infections. *Clin Oral Investig* 2010;14:459-465.
11. Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Colemard F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU : mise en place et résultats préliminaires d'activité. *Rev Épidémiol Santé* 2010;58:217-224.
12. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral health in 35-44 year old adults in France. *Int Dent J* 1997;47:94-99.
13. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health* 2005;22:71-74.
14. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. <http://www.drees.sante.gouv.fr>. (dernière mise à jour février 2012).
15. Ittah-Desmeulles H, Azoguy-Levy S, Souames M, Azerad J, Bourdillon F. Soins dentaires, précarité et accès aux soins : évaluation d'une consultation buccodentaire hospitalière. *Rev Épidémiol Santé* 2004;52:141.