



a) Pemphigoïde cicatricielle sévère chez un patient âgé de 70 ans avec un retard de diagnostic de 1 an. Examen clinique : gingivite érosive et multiples foyers érosifs au niveau de la gencive marginale, papillaire et attachée du secteur 1 et 4 en particulier. Présence de bulles sous-épithéliales sur la muqueuse gingivale en regard de la 43. Pseudomembrane sur la papille interdentaire entre 33 et 34 et sur la gencive attachée de la 13. Plaque blanche sur la gencive attachée de 44, 45 et 46 (lésion pseudolichénienne) ;
 b) Résultats à 3 mois. Traitement parodontal adapté à la phase évolutive de la maladie et traitement médical à la dapsone (Disulone®). Noter la cicatrisation en cours des lésions érosives ;
 c) Résultats à 1 an. La cicatrisation se fait par une atrophie gingivale qui donne cet aspect de gencive lisse et vernissée. Noter encore la présence de plaque associée à une expression gingivale marquée au niveau du secteur antérieur liée au stress psychologique du patient qui a peur des douleurs au brossage ressenties auparavant.

La gravité de la pemphigoïde cicatricielle est liée à l'atteinte oculaire responsable de cécité et qui survient dans 60 à 70% des cas⁽⁵⁾.

Traitement d'urgence

La prise en charge de ces pathologies repose tout d'abord sur un traitement systémique prescrit par un dermatologue. Par conséquent, en cas de suspicion d'une dermatose bulleuse auto-immune, l'objectif est de diriger le plus précocement possible le patient vers un dermatologue référent, pour une prise en charge médicale efficace afin d'éviter l'extension des lésions. Dès que le traitement médical commence à être efficace avec une diminution des symptômes et des signes cliniques, la prise en charge parodontale est indispensable pour réduire les douleurs gingivales et accélérer la cicatrisation de la gencive^(5,17).

Conclusion

Les urgences en parodontologie sont peut-être peu fréquentes mais sont souvent associées à des processus inflammatoires sévères avec des destructions tissulaires parfois irréversibles. La prise en charge doit alors être rapide et efficace afin de soulager le patient et d'enrayer l'infection. De plus, en cas de manifestations cliniques buccales d'origine systémique, le parodontiste joue un rôle primordial dans le dépistage précoce de ces pathologies. Cette consultation présente donc toute son importance, non seulement sur l'état de santé buccale mais également sur l'état de santé générale de certains patients.

Bibliographie

- Ahl DR, Hilgeman JL, Snyder JD. Periodontal emergencies. *Dent Clin North Am* 1986; 30: 459-472.
- Bouchard P. *Parodontologie Dentisterie implantaire*. 2015 Éditions Lavoisier Paris. Vol 1 : Médecine Parodontale.
- Carranza FA Jr *Clinical diagnosis*. In : Carranza, FA Jr, Newman MG, editors. *Glickman's Clinical Periodontology*, 8th. Philadelphia : WB Saunders Co. 1996 :358-360
- Dridi SM, Ejeil AL, Gaultier F, Meyer J. *La gencive pathologique*. Paris. Ed Espace id. 2013
- Dridi SM, Ejeil AL, Gaultier F. Dépistage des dermatoses bulleuses auto-immunes. Le rôle de l'odontologiste. *Inf Dent* Mai 2013, n.18/19: 65-72
- Dridi SM, Vanderzwalp A, Gaultier F, Ejeil AL. Les maladies parodontales ulcéronécrotiques. *Inf Dent* (2012) n°8:12-23.
- Feller L, Lemmer J. Necrotizing Gingivitis as it Relates to HIV Infection: A Review of the Literature. *Perio* 2005; Vol 2, Issue 1: 31-37.
- Galego-Feal P, Rivas-Lombardero P, Castro-Diaz P, Paz-Pumpido F, Linares-Six-To J, Varela-Patino M, Garcia-Garcia A, Garcia-Bahilo J, Garcia-Quintans A. Urgencias en estomatología. *Medicina Integral* 1995; 26:331-347.
- Gray JL, Flanary DB, Newell DH. The prevalence of periodontal abscess. *J Indiana Dent Assoc* 1994; 73: 18-20, 2-3; quiz 4.
- Helovuo H, Paunio K. Effects of penicillin and erythromycin on the clinical parameters of the periodontium. *J Periodontol* 1989; 60: 467-472.
- Herrera D, Alonso B, Arriba L, Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontology* 2000, Vol. 65, 2014, 149-177
- Herrera D, Roldan S, Gonzalez I, Sanz M. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 387-394.
- Herrera D, Roldan S, O'Connor A, Sanz M. The periodontal abscess (II). Short-term clinical and microbiological efficacy of 2 systemic antibiotic regimens. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 395-404.
- Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 377-386.
- Kareha MJ, Rosenberg ES, DeHaven H. Therapeutic considerations in the management of a periodontal abscess with an intrabony defect. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 375-386.
- McLeod DE, Lanson PA, Spivey JD. Tooth loss due to periodontal abscess: a retrospective study. *J Periodontol* 1997; 68: 963-966.
- Pereira S, Anagnostou F, Dridi SM. Gingivites érosives chroniques acquises : le piège diagnostique. *Inf Dent* (2014) n°41/42: 30-36.
- Schom V, Chacun D, Bayet K, Dridi SM. Les maladies parodontales ulcéronécrotiques. *Réalités Cliniques* 2015. Vol. 27, n° 2 : pp 91-101.
- Smith JS, Robinson NJ. Age-specific prevalence of infection with herpes simplex virus types 2 and 1: A global review. *J Infect Dis* 2002; 186(suppl 1):S3-8
- Topoll HH, Lange DE, Muller RF. Multiple periodontal abscesses after systemic antibiotic therapy. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 268-272.
- Tovaru S, Parlatescu I, Tovaru M, Cionca L. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. *Quintessence International* 2009, vol.40 (2) : 119-124
- Vaillant L, Chauchaix Bathès S, Huttenberger B, Arbeille B, Machet MC, Jan V, Goga D, Lorette G. Le syndrome « gingivite érosive chronique » étude de 33 cas. *Ann Dermatol Venerol* 2000 ; 127 : 381-387

Mickaël ABOULKER - Claude Bernard WIERZBA

Caractéristiques des patients consultant aux urgences odontologiques, motifs de recours et prise en charge

Enquête réalisée dans l'unité d'urgence du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière

Mickaël ABOULKER,
Claude Bernard WIERZBA
Paris

Le terme « urgence » décrit la survenue d'un phénomène aiguë douloureux nécessitant l'établissement d'un diagnostic précis pour la mise en place d'un traitement rapide et adéquat. Ce dernier point est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'une urgence parodontale, où l'algie gingivale est souvent associée à des atteintes tissulaires étendues avec un risque d'aggravation élevé. Parmi les maladies parodontales, l'abcès parodontal et les maladies parodontales nécrotiques constituent les motifs de consultation en urgence les plus fréquents. Néanmoins, même si leur prévalence est faible, certaines maladies gingivales non induites par de la plaque dentaire sont également caractérisées par une douleur intense, qui au-delà des répercussions au

niveau parodontal, peuvent parfois compromettre considérablement l'état de santé général du patient. Les urgences bucco-dentaires représentent une part très importante des consultations des odontologistes. La prise en charge de ces urgences est gérée dans les cabinets dentaires libéraux ou dans des centres de soins ; mais que font les patients lorsque les cabinets dentaires sont fermés ou lorsqu'aucun praticien n'accepte de prendre en charge le patient ?

L'organisation de l'offre de soins d'urgence, libérale et hospitalière a été confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS), chargées de répartir les rôles et les responsabilités entre le Conseil de l'Ordre et le secteur public : ce partage des missions n'est aujourd'hui pas clairement défini et mal coordonné. Les patients ne trouvent pas toujours d'accueil, notamment durant les vacances scolaires, le week-end ou la nuit. Depuis quelques années, les services d'accueil d'urgences odontologiques ont

enregistré une progression significative du nombre de patients (11% d'augmentation entre 2013 et 2014 dans l'unité d'urgence du service d'Odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS)) ; les services d'urgence finissent par être saturés par un flux très important de patients, hétérogènes en nombre et en gravité. **Ainsi, en région parisienne, il n'existe qu'un seul site accueillant 7j/7 les patients « en urgence » : c'est l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière ; depuis 2012, toutes les urgences sont accueillies dans le service d'Odontologie du GHPS, dans le bâtiment de stomatologie.**

Un travail est réalisé dans le cadre de l'évaluation permanente des services d'urgence ayant pour objectifs de décrire la population accueillie, les motifs de consultation des urgences odontologiques, d'évaluer la prise en charge des patients et ainsi, de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients consultant en urgence.

Le but de cette étude était de déterminer plusieurs spécificités des patients consultant « en urgence » ; le lieu choisi est le Service d'Odontologie du GHPS, seule structure hospitalière de l'île de France accueillant les urgences bucco-dentaires 24h / 24 et 7 jours / 7.

Afin d'établir une étude rationnelle, nous avons mis en place une étude d'observation d'une semaine d'activité dans la structure d'accueil des patients en urgence.

Les trois objectifs principaux étaient de : décrire la population accueillie dans le service ; déterminer et classer les différents motifs de consultation ; évaluer la prise en charge des patients des urgences odontologiques.

Définir l'urgence

L'urgence odontologique se définit par une situation brutale, non prévue, représentée par une composante aiguë douloureuse dans la majorité des cas, et pour laquelle le praticien doit agir immédiatement. La douleur reste aujourd'hui la première cause de consultation dans les cabinets dentaires (entre 50 et 75 % selon les études). Les patients consultant en urgence demandent une amélioration immédiate de leur état, mais malheureusement devant le nombre croissant des « urgences », les délais entre leur heure d'arrivée et l'acte thérapeutique sont souvent très longs.

Population et méthode Organisation du Service

Le lieu
L'Hôpital de la Pitié Salpêtrière est le seul établis-



sement de l'île de France à posséder tous les jours une unité fonctionnelle d'urgence odontologique.

Les horaires

Les patients sont reçus 24 h / 24 et 7 jours sur 7. Chaque journée est divisée en 3 tranches horaires : 8h 30 - 18h 30 ; 18h 30 - minuit (garde) ; Minuit - 8h 30 (garde)

Les intervenants

De 8h30 à 18h30 : la prise en charge se fait par des étudiants de 6ème année (T1) encadrés par un interne et un sénior. 22 personnes sont présentes dont 16 étudiants.

De 18h 30 à minuit : un interne, un étudiant de 6ème année et un sénior

De minuit à 8h 30 : un interne et un sénior

L'accueil des patients

Procédure de prise en charge des patients

Chaque patient à son arrivée dans le service retire un ticket déterminant son ordre d'appel. Un dossier administratif est réalisé et une fiche de circulation est créée. Chaque patient (hormis les enfants et les patients ayant subi un traumatisme) est orienté en radiologie pour effectuer une radiographie panoramique.

Le patient est ensuite pris en charge, examiné par un soignant et cette consultation conduit à un diagnostic : véritable urgence ou pas ? Prise en charge immédiate ou différée ?

Ethique

Chaque patient devait donner son accord écrit pour participer à cette étude (consentement éclairé signé par le patient).

Le questionnaire

Chaque patient a reçu un questionnaire qu'il devait remplir, assisté par un étudiant (élaboré à partir des questionnaires de CHICHE1 (2007) et CAS-SAM2 (2010) simplifiés)

Un premier questionnaire (questionnaire-patient (QP)) rend compte des caractéristiques socio démographiques et du motif de consultation. Il comportait 13 questions (réponse à entourer) L'enquêteur ajoutait sur le dossier l'heure d'arrivée du patient et appréciait sa compréhension de la langue française. Un second questionnaire dit questionnaire-dentiste (QD) était rempli lors de la prise en charge du patient par l'odontologiste et comportait le diagnostic et la thérapeutique mise en œuvre.

Enfin « un compte-rendu d'urgence » (CRU), réunissant toutes les données liées à la prise en charge médico-chirurgicale du patient, était édité par le soignant.

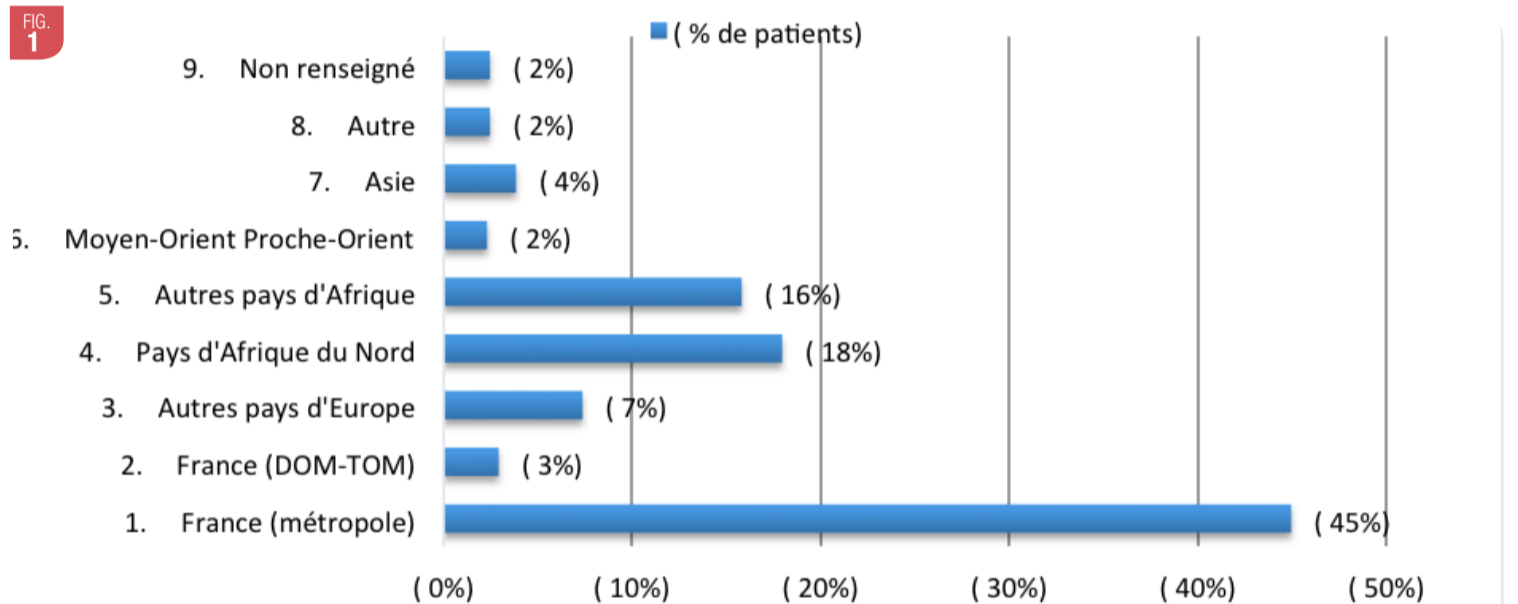
Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée durant une semaine. Cet échantillon devait nous donner des renseignements précis à comparer aux autres études réalisées.

Recueil des données

Tous les questionnaires étaient récoltés par les enquêteurs : une autorisation CNIL a été obtenue.

FIG. 1



Répartition de la population par pays de naissance (N=652)

Analyse des données

Les données ont été saisies par le même opérateur sur le logiciel Excel 2013. Après réalisation de tableaux croisés dynamiques à partir du « questionnaire de saisie » regroupant les questions du QP, QD et du CRU, nettoyage de la base de données, une analyse a pu être réalisée.

Résultats de l'enquête

Résultats descriptifs

791 personnes se sont inscrites aux urgences odontologiques durant notre semaine d'enquête. Aucun patient n'a été exclu même si un questionnaire était manquant ; les deux seuls patients exclus l'ont été car aucun questionnaire n'a été récupéré.

- groupe 1 : 3 formulaires présents soit 614 patients
- groupe 2 : 2 formulaires sur 3 soit 138 patients
- groupe 3 : 1 seul formulaire soit 37 patients

Caractéristiques sociodémographiques

Sexe

- Hommes : N=445 (58%)
- Femmes : N=326 (42%)

L'âge

Division en 6 classes :
- De : 0 à 14 ans : 11% (H 6%, F 5%)
- De : 15 à 25 ans : 51% (H 21%, F 30%)
- De : 26 à 35 ans : 58% (H 31%, F 27%)
- De : 36 à 50 ans : 47% (H 26%, F 21%)
- De : 51 à 65 ans : 23% (H 10%, F 13%)
- Plus de 65 ans : 11% (H 7%, F 4%)

Pays de naissance

La part des patients nés à l'étranger était importante (50%) (Fig.1).

Le niveau d'étude

Les patients qui avaient un niveau bac ou plus représentaient 58% contre 42% dont le niveau

d'étude était inférieur au bac

Degré de compréhension de la langue française

- 79% avaient un bon niveau de compréhension orale
- 13%, niveau moyen
- 5%, des difficultés avec la langue
- 3% ne parlaient pas français

Lieu de résidence

- 34% résident à Paris
- 21%, en Seine saint Denis
- 12%, dans le Val de Marne

Couverture maladie

10% seulement ne présentait aucune couverture maladie (Fig.2).

Profil médico-dentaires de l'échantillon de patients

Critères de prise en charge des patients

- Comment ont-ils connu le service d'urgence odontologique du GHPS?

25% déclaraient être déjà venus
23% avaient connu le service par leur famille ou des amis
12% par leur chirurgien-dentiste
39% par un autre moyen (hôpital ou internet)

- Avez-vous essayé de consulter un praticien de ville avant de vous présenter aux urgences ?

52% ont répondu non
Parmi les 48% qui sont venus après une tentative vaine en ville, les critères qui les ont faits dévier vers le service d'urgence : 50% sont venus car le délai de rendez-vous était trop long et 28% : ont été adressés par leur dentiste.

Enquête sur le suivi dentaire des patients

Plusieurs paramètres ont été analysés.
- A quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? (Fig.3)
- Pour quelle raison n'avez-vous pas vu votre dentiste depuis plus d'un an ? Pour 34%, absence de

besoin ressenti ; pour 20%, raisons financières ; pour 16%, des difficultés pratiques.

- Quel est le motif de la consultation ? (Fig.4)

Le principal motif de consultation invoqué est la douleur dans 71% des cas, suivi de l'abcès dans 11% des cas, les traumatismes ne représentent que 4% des patients.

Diagnosics et prise en charge

Diagnosics établis par les soignants

- parodontites apicales aiguës : 32%
- pulpites irréversibles : 15%
- cellulites maxillo-faciales : 8%
- hyperhémies pulpaire : 8%

Répartition des diagnostics

Selon les patients examinés, 2 types d'urgence ont été établis.

Les urgences infectieuses : cellulites, abcès apicaux, abcès parodontaux, alvéolites, pathologies d'éruption soit 26%

Les urgences inflammatoires : pulpites réversibles et irréversibles, parodontites apicales aiguës, syndromes du septum soit 55%

A noter que dans 71% des cas, les molaires sont les dents concernées par l'urgence

Les différents moyens de prise en charge

3 modalités de prise en charge (prescription sans acte, soins sur place et orientation vers un autre service) ont permis de classer les patients.

- La prescription sans acte : 63%
- Des soins sur place, avec une prescription chez 9 patients sur 10 : 34%
- Actes chirurgicaux : 13%
- Endodontie : 17%
- Prise en charge des traumatismes : 2%
- Autres : 2%
- L'orientation vers un autre service : 3%

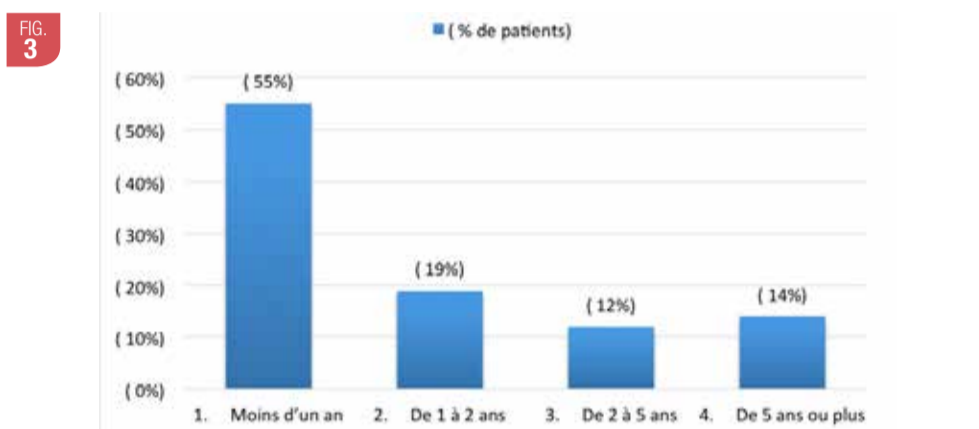
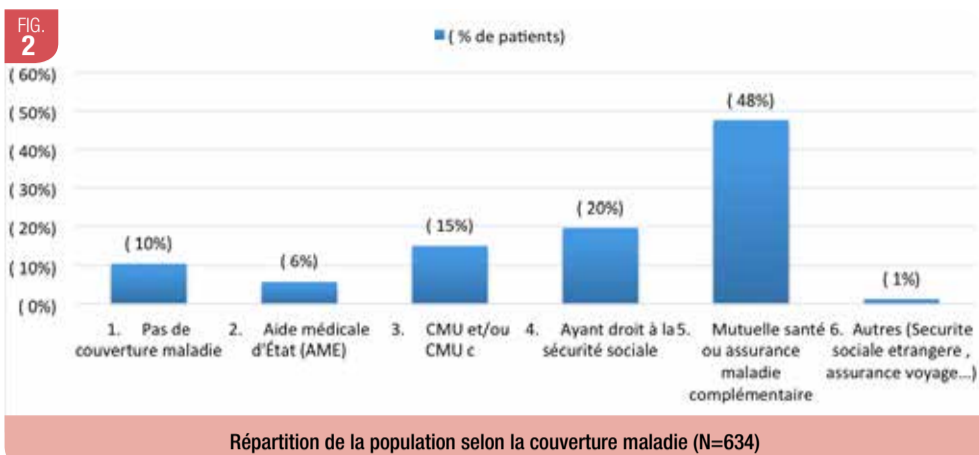


Fig. 3 : répartition du suivi dentaire (N=641). Cela illustre la répartition du nombre d'années écoulées depuis la dernière visite chez le dentiste en dehors de celle d'urgence. Pour 53 % des patients, la dernière visite date de moins d'un an.

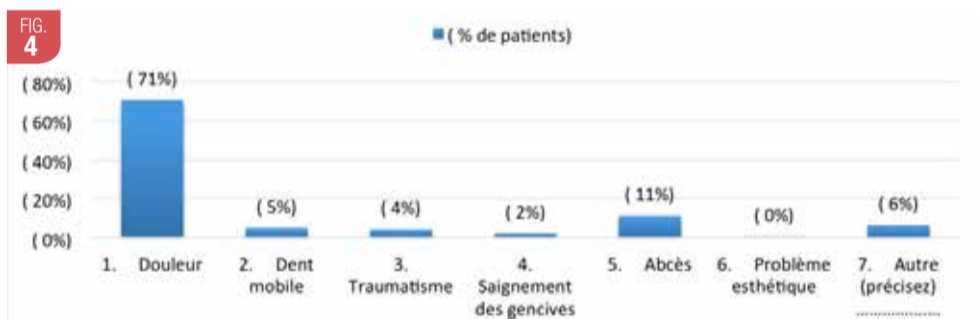


Fig. 4 : motifs de consultation aux urgences évoqués par les patients (N=795, question à réponses multiples, les % sont les pourcentages de réponses)

Gestion du temps d'attente

Afin d'améliorer les délais entre les différentes étapes, nous avons relevé pour chaque patient quatre paramètres : l'heure d'arrivée (affiché sur le ticket d'attente électronique), l'heure d'inscription administrative informatique, l'heure d'appel pour les soins et l'heure du départ effectif du patient. Les délais d'attente ont été étudiés en fonction des tranches horaires de consultation. Journée (8h30 - 18h30) soit 55% des patients, durée moyenne d'attente : 3 h 15 min. Garde soirée (18h30 - minuit), 28% des patients, durée moyenne d'attente : 1 h 33 min. Garde nuit profonde (minuit - 8h30), 16% des pa-

tients, durée moyenne : 1 h 11 min. (Fig.5)

Résultats analytiques

Méthodologie

La méthode statistique utilisée pour tester l'interdépendance entre deux questions est la loi du khi deux qui mesure l'écart type entre les résultats réels obtenus et les résultats théoriques attendus. Nous avons mis en perspective les pourcentages réels et les pourcentages attendus, afin de mettre en évidence les tendances qui se dessinent contre toute attente théorique, et afin de proposer des solutions pour améliorer l'organisation du service d'urgence.

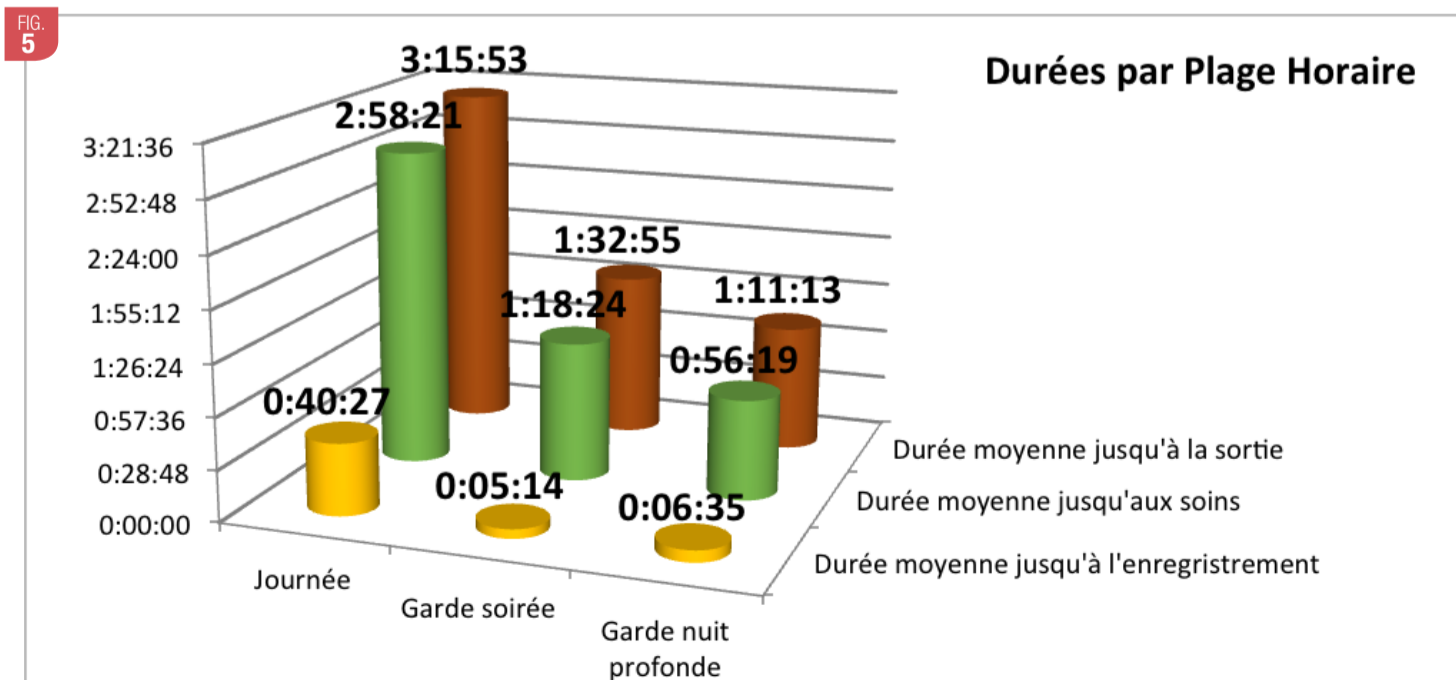


Fig. 5 : durées par plage horaire

Plages horaires de recours au service d'urgence

Une étude comparative permet de cibler les caractéristiques des patients, consultant dans l'une des trois plages horaires.

En journée

Age : 76% des patients entre 51 et 66 ans et 61% de 36 à 50 ans
Dents touchées : 65 % des dents concernées sont des prémolaires
Motifs de consultation : 69% des pulpites irréversibles et 65% des hyperhémies pulpaires
Activités en journée : 85% des actes endodontiques et 78% des actes chirurgicaux

En soirée

Age : 55% des patients entre 0 et 14 ans et 44% de 15 à 25 ans
Dents touchées : 36% des dents les plus concernées sont le groupe incisivo-canin
Motifs de consultation : 57 % des accidents d'évolution de dents de sagesse ; 44% des cellulites cervico-faciales et 38% des fractures coronaires ou traumatismes
Activité en soirée : prescription sans acte, 39%

En garde de nuit

Age : 20% des patients entre 15 et 25 ans et 19% de ceux entre 26 et 35 ans
Dents touchées : 20% des dents concernées sont des molaires ou des dents de sagesse
Motifs de consultation : 27% des abcès apicaux aigus ou des abcès parodontaux
Activité de nuit : 18% des prescriptions sans acte et 19% des actes chirurgicaux (extractions)
En résumé, la répartition par âge des patients est différente selon l'heure : les patients de plus de 36 ans viennent majoritairement en journée. Les patients de 0 à 14 ans viennent majoritairement en soirée. Les patients de 15-25 ans viennent majoritairement en soirée ou en nuit profonde

Synthèse et discussion de quelques résultats

Motifs de consultation et diagnostics établis par le praticien

Le motif de consultation le plus fréquent dans cette étude est la douleur (71 %), chiffre comparable à celui retrouvé en 2007 par Chiche1 et en 2010 par Cassam2 chez les patients des urgences. Cette douleur peut être associée à des pathologies infectieuses, inflammatoires, traumatiques.

Les seconds motifs de consultation de cette étude sont les syndromes infectieux (11 %).

Les urgences traumatiques, représentent 4 % des motifs de venue aux urgences, ce qui ne correspond pas aux chiffres de la littérature : ainsi pour Ahossi3 (2002), les traumatismes représentaient 24% des urgences. Le fait que le taux de pathologies infectieuses soient aussi important (26%) vient certainement d'un recours aux soins tardifs, le sui-

vi bucco-dentaire étant inexistant ou presque.

Nature de la prise en charge du patient

60 % des patients ont quitté le service des urgences avec une prescription médicamenteuse et ont été réorientés vers leur chirurgien-dentiste. 3 % des patients ont été confiés au service de chirurgie maxillo-faciale. Ce pourcentage, certes faible, rappelle que la vraie urgence dentaire, celle qui ne peut être différée, peut mettre en jeu le pronostic vital, et ne doit jamais être sous-estimée. 16 % des patients de l'étude présentée ici ont bénéficié de soins endodontiques (pulpectomie ou pulpotomie) et 12 % d'actes chirurgicaux

Conclusion

Notre étude s'inscrit dans le suivi de l'analyse de la patientèle de la consultation d'urgence hospitalière d'odontologie du GHPS.

Elle permet de rappeler les objectifs d'un traitement d'urgence :

- lutter contre le stress et la douleur du patient,
- stopper l'évolution d'un processus pathologique,
- prévenir les complications potentielles du processus en cours,
- mettre en œuvre un retour le plus proche possible de la normalité et cela le plus rapidement possible,
- ne pas compromettre l'avenir, c'est-à-dire en terme juridique, ne pas entraîner de perte de chance.

Un des intérêts de l'étude a été de quantifier les temps d'attente, heure par heure, et de montrer l'allongement du délai d'attente au fil des années, de ces patients venus en urgence avec souvent des douleurs terribles et irradiantes, les rendant agressifs.

Si la moyenne du temps d'attente entre l'enregistrement du patient et la fin des soins est de 2h35 soit 155 minutes en journée, les délais d'attente varient beaucoup selon les plages horaires. La plupart des patients consultant entre 8h 30 et 18h, le délai d'attente moyen est de 3h 16mn entre l'arrivée et le départ du patient, avec un pic de 4h 12mn en moyenne pour les patients consultant entre 17h et 18 h. Si les délais d'attente diminuent dans les autres plages de consultation, cela est en rapport avec le nombre de patients.

Cette étude permet d'apporter une estimation actualisée des caractéristiques socio démographiques des patients, de leurs besoins en soins et de leurs modalités de prise en charge. Les patients consultant en urgence sont majoritairement des jeunes, de sexe masculin, nés à l'étranger pour la moitié d'entre eux et de situation sociale hétérogène.

Le motif de consultation principal reste la douleur et les diagnostics les plus fréquents sont des syndromes infectieux. La prescription médicamenteuse sans soin dentaire est largement majoritaire devant les traitements endodontiques et chirurgicaux. Le temps d'attente des patients est inacceptable et devant l'augmentation des populations et le refus de soins non programmés par les praticiens libéraux, la gestion des urgences sera bientôt impossible.

Le but est de déterminer une meilleure articulation entre le secteur libéral et hospitalier, afin de faciliter l'accès aux soins d'urgence.

De nouvelles structures d'accueil doivent être créées pour les patients démunis et les praticiens de ville doivent prendre conscience de la nécessité d'aménager des créneaux horaires dédiés aux urgences et d'organiser des « gardes » dans leur cabinet sous l'égide du Conseil de l'Ordre.

Cet article est issu d'une enquête effectuée en juin 2014 au GHPS et dont les résultats ont été présentés en juin 2015 sous la direction des docteurs S. Azogui-Levy et R. Toledo-Arenas.

Références citées dans l'article :

1. Chiche L, Motifs de consultation et prise en charge des patients accueillis en urgence ; enquête dans l'unité fonctionnelle d'urgence du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. 2007, Th : Chir Dent : université Paris 7 – 2007
2. Cassam I, Evaluation de la satisfaction des patients : enquête dans l'unité fonctionnelle d'urgence odontologique du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière. 2010, Th : Chir Dent : université Paris 7 – 2010
3. Ahossi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon, Analyse de 12 mois d'activité. Clin. 2002 ; 23 (3): 165-70.