

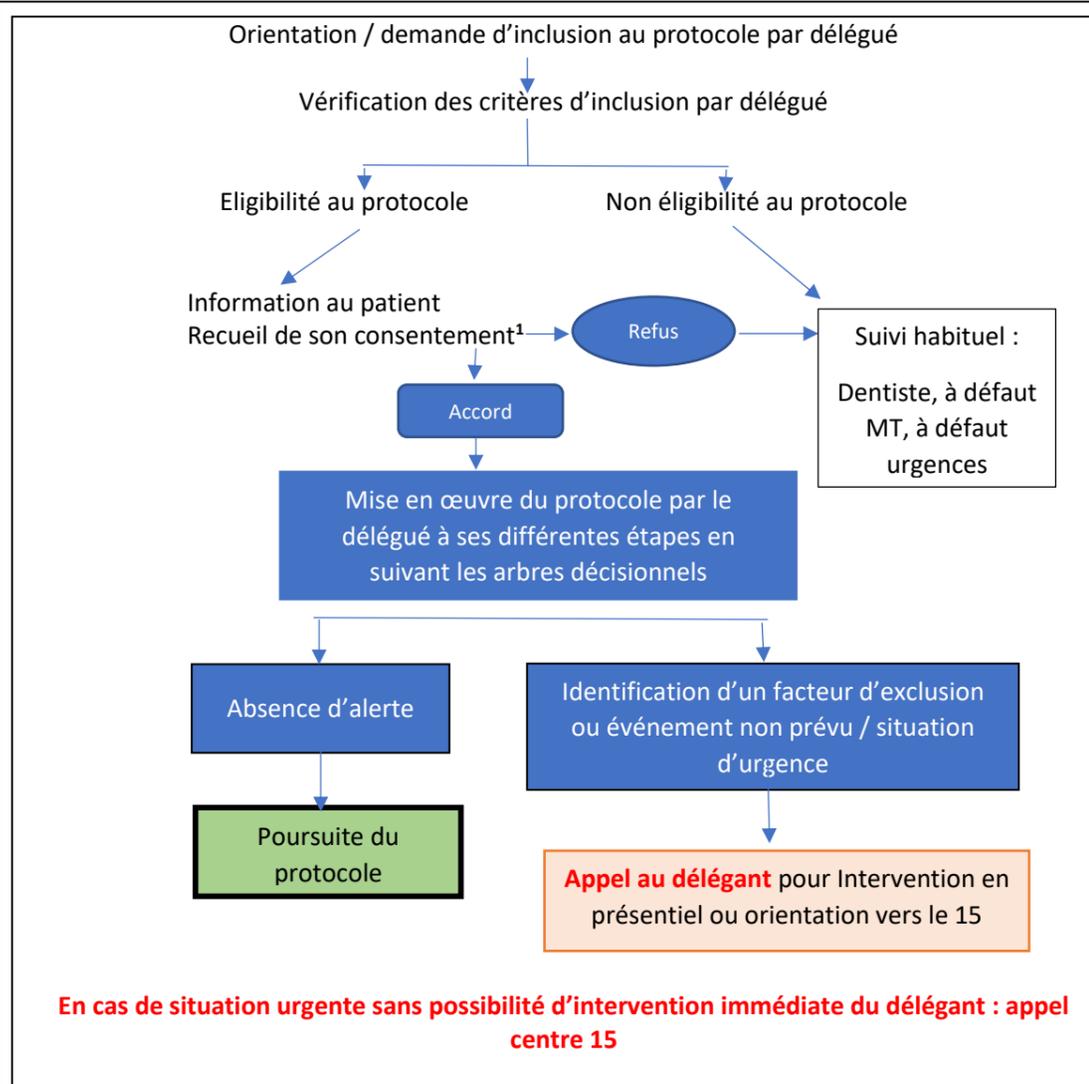
<h1>Protocole local de coopération inter professionnelle – V1 du 27/11/2024</h1> <p>PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEURS PAR LE PHARMACIEN ET L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE</p>		<h2>Indexation des annexes</h2> <p>Certaines annexes sont obligatoires, cf. tableau récapitulatif infra</p>
<p><b>1. Intitulé du protocole</b></p>	<p>PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEURS PAR LE PHARMACIEN ET L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE</p>	
<p><b>2. Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur lesquelles est fondé le protocole - Autres recommandations professionnelles et textes réglementaires</b></p>	<p><u>Recommandations professionnelles HAS :</u>  Guide pour la prise en charge téléphonique d'une demande de soins dentaires urgents dans le cadre du stade 3 de l'épidémie de COVID-19 Critères de gravité - Choix d'orientation Aide à la prescription à distance. Ordre National des Chirurgiens-dentistes 2020.  ANSM prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire.  Recommandations 20.09.2011 HAS Prévention et traitement de la douleur post opératoire en chirurgie buccale. 2005</p> <p>Antibiocliv : Abscess apical – Traitement conseillé (MAJ 18/10/2019) :  <a href="https://antibiocliv.com/strategie/448/2677">https://antibiocliv.com/strategie/448/2677</a></p> <p><u>Textes réglementaires (inclure références réglementaires de l'activité habituelle de la structure, du délégué...):</u>  Article L5125-1-1 A</p> <p><u>Autres références bibliographiques (expériences françaises ou étrangères, etc.) :</u>  Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte.  Recommandations de la SFMBCB. Med.Buccale Chir. Buccale. 2008 ;14(3) :129-159</p> <p>SFCO : Recommandations – Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires, Med Buccale Chir Buccale 2012 ; 18 :251-314</p> <p>Blanchet A. Camoin A. Tardieu C. Aborder les situations douloureuses chez l'enfant au cabinet dentaire. Info Dent. 2018. 25. 20-23</p> <p>Lugol M. Devoize L. Melin C. Les douleurs dento alvéolaires persistantes. Info Dent 2018 25. 26-27</p> <p>D'incau E. Cazals G. Pitz M. Fleiter B. Prise en charge des dysfonctionnements temporo-mandibulaires algiques. Info Dent 2018 25. 32-44</p> <p>Cousty S. Les médicaments de la douleur. Info Dent 2018 25. 74-82</p> <p>Boyer A. Monnet-Corti V. La prise en charge en urgence des maladies parodontales ulcéro-nécrotiques. Info Dent 2018 7/8. 26-27</p> <p>Mc Neill C. Guidelines for classification, assessment and management of TMJ disorders. Quintessence Edit 1993</p>	

	<p>Antézak A. Gosset M. Colombier M.L. Monnet-Corti V. La prise en charge en urgence de l'abcès parodontal. Info.Dent 2018,19 :30-31</p> <p>Marquillier T. Trentesaux T. Dehaynin-Toulet E. Boquet M. Delfosse C. La carie précoce du jeune enfant. Info.Dent 2017,22 :60-68</p> <p>Marchi V. Simon S. La pulpite irréversible. Info.Dent 2017,13 :14-23</p> <p>Okesson J. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management. Quintessence Edit 1996</p> <p>Trocmé C. Abdel Aziz Z. Konti C. Thomas J. Simon S. Expulsion de la dent permanente : traitement d'urgence, prévention et gestion des complications associées. Info.Dent 2016,40/41: 44-54</p> <p>Woda A. Pionchon P. Classification des douleurs orofaciales. Réal.Clin 2007,18, 347-354</p> <p>Goulet J.P. Pionchon P. Palla S. L'évaluation du patient souffrant de douleur orofaciale. Réal.Clin 2007,18, 355-362</p> <p>Boucher Y. Cohen E. Urgences dentaires et médicales. Cdp Edit 2007</p> <p>Sanders JL, Houck RC. Dental Abscess. [Updated 2021 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-</p>	
<p><b>3. Présentation générale du protocole et de son contexte de mise en œuvre</b></p>	<p><u>Objectifs de mise en œuvre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les délais de prise en charge d'une symptomatologie courante avec diminution du risque de complication du fait de cette prise en charge précoce, dans un contexte de démographie médicale déficitaire.</li> <li>• Favoriser un accès aux soins égal pour tous, lutter contre les inégalités territoriales de santé et améliorer le parcours de soins dans un contexte de démographie médicale déficitaire</li> <li>• Diminuer le recours à la permanence des soins (urgences et organismes de permanence de soins ambulatoires - PDSA), notamment en horaires de garde, en s'appuyant sur les compétences d'autres professionnels de santé.</li> <li>• Permettre aux professionnels de santé habilités d'avoir une réponse adéquate à une demande fréquente et de prendre en charge cette symptomatologie.</li> <li>• Améliorer la sécurité de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En favorisant une prise en charge par un professionnel de santé formé</li> <li>- En utilisant des algorithmes décisionnels simples issus de référentiels validés.</li> <li>- En améliorant la traçabilité des prises en charge grâce à un échange sécurisé des informations</li> </ul> </li> <li>• Optimiser la dépense de santé via les leviers décrits sur les points précédents</li> </ul> <p><u>Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :</u> Enfants à partir de 10 ans et adultes, sans signe de gravité qui implique une hospitalisation.</p> <p><u>Professionnels concernés</u> Délégués : Chirurgiens-dentistes de la CPTS Délégués : - Docteurs en pharmacie, titulaires ou adjoints exerçant dans une officine de pharmacie membres de la même CPTS que le délégué -Infirmiers Diplômés d'Etat membres de la même CPTS que le délégué</p>	

	<p><u>Le cas échéant, expérience professionnelle (durée et lieu d'expérience) requise des délégués :</u></p> <p><u>Lieu de mise en œuvre :</u> CPTS sud Deux-Sèvres</p>	
<p><b>4. Critères d'inclusion des patients</b> (définir précisément tous les critères sans oublier ceux liés à l'âge)</p>	<p><u>Critère 1</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte</p> <p><u>Critère 2</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte consultant pour une douleur au froid lors du brossage</p> <p><u>Critère 3</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte consultant pour douleur au froid et au sucre lors des repas</p> <p><u>Critère 4</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte consultant pour douleur au chaud avec sensation de dent plus longue ou douloureuse à la pression (douleur au niveau de la racine à la palpation)</p> <p><u>Critère 5</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte consultant pour un abcès dentaire</p> <p><u>Critère 6</u> : Adulte consultant pour une inflammation au niveau de la dent de sagesse</p> <p><u>Critère 7</u> : Adulte consultant pour une dent mobile</p> <p><u>Critère 8</u> : Enfant à partir de 10 ans et adulte consultant pour cellulite</p>	
<p><b>5. Critères de non-inclusion des patients</b> (ces critères peuvent être liés à la présence de complications de la pathologie concernée ou à d'autres facteurs)</p>	<p><u>Critère 1</u> : Enfant de moins de 10 ans</p> <p><u>Critère 2</u> : Erythème ou tuméfaction extensive au niveau de l'œil (cellulite maxillaire avec atteinte du plancher orbital)</p> <p><u>Critère 3</u> : Cellulite mandibulaire (gonflement) avec atteinte du plancher buccal</p> <p><u>Critère 4</u> : Dysphagie, trismus</p> <p><u>Critère 5</u> : Signes généraux marqués : fièvre élevée (<math>\geq 38.5^\circ</math>)</p> <p><u>Critère 6</u> : Prise d'antitumoraux, immunosuppresseurs et biphosphonates</p> <p><u>Critère 7</u> : Allergie ou contre-indication aux antibiotiques recommandés</p> <p><u>Critère 8</u> : Abcès au niveau de l'aile du nez</p> <p><u>Critère 9</u> : Chute avec multiples contusions faciales et/ou expulsion des dents définitives</p> <p><u>Critère 10</u> : Hémorragie</p> <p><u>Critère 11</u> : Risque d'endocardite infectieuse</p> <p><u>Critère 12</u> : Radiothérapie de la face</p> <p><u>Critère 13</u> : Prise d'antibiotiques en cours</p> <p><u>Critère 14</u> : Insuffisance rénale sévère (clairance <math>&lt; 30</math> ml / min)</p> <p><u>Critère 15</u> : Douleur permanente d'intensité <math>\geq 7</math></p> <p><u>Critère 16</u> : Personne (enfant ou adulte) consultant pour problème rencontré avec son dentier (dentier cassé, douleur, morsure, ne tient plus, pivot perdu)</p>	

**6. Description synthétique par un algorithme de l'inclusion et du parcours du patient dans le cadre du protocole**

Compléter l'algorithme ci-contre en ajoutant si besoin les spécificités propres au projet de protocole  
Le consentement écrit du patient n'est pas obligatoire, sous réserve que l'accord oral soit tracé dans le dossier médical



**Annexe 1, obligatoire :** Formulaire de vérification des critères d'éligibilité du patient, d'information du patient et de recueil de son consentement au protocole  
**Annexe 1bis :** recueil des données de santé significatives.

**7. Liste de toutes les dérogations envisagées :** lister tous les actes et activités dérogatoires aux décrets de compétences des délégués nécessaires à la mise en œuvre du protocole, de préférence selon un déroulé chronologique. Pour chaque dérogation, rédiger une annexe comprenant l'arbre décisionnel associés aux documentations et outils nécessaires : ordonnances préétablies, fiches d'information ou de conseils, programme de formation si le choix est fait de segmenter la formation dérogation par dérogation

*Nb : les dérogations peuvent porter sur la réalisation d'exams cliniques ou complémentaires, la réalisation de tests, la prescription d'exams complémentaires ou de traitements hors compétences des délégués, sans oublier celles relatives aux entretiens avec les patients*

**Dérogation 1 :** Prescription du traitement : antalgiques de paliers 1 ou 2, d'antiseptique pour traitement oral local et d'antibiothérapie conformément aux recommandations en vigueur.

**Annexe 2 :** arbre décisionnel guidant pas à pas l'intervention des délégués en associant une action à chaque situation identifiée sans que les délégués puissent effectuer un diagnostic ou un choix thérapeutique non prévus dans le protocole

**Annexe 3 :** Ordonnances type de prescription des examens complémentaires et traitements envisagés, fiches de conseils pour les patients

<sup>1</sup> Dans le respect des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515027/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/)

**8. Formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués pour exercer ces nouvelles compétences dérogatoires**

Le programme de formation doit être validé par le délégué avant la mise en œuvre du protocole

Le programme de formation peut

- Soit être décrit ici pour l'ensemble du protocole : à prioriser si le protocole ne prévoit qu'une dérogation ou un petit nombre de dérogations liées entre elles
- Soit être décrit de façon spécifique à chaque dérogation dans les annexes relatives aux arbres décisionnels : à prioriser si le protocole comprend plusieurs dérogations d'application relativement indépendante.

Compétences à acquérir :

- Identifier les critères/symptômes pour lesquels la réponse doit être médicale et ne peut être déléguée,
- Mettre en œuvre un raisonnement clinique adapté à une situation décrite
- Capacité à identifier la molécule à prescrire et sa posologie, à rechercher les allergies et contre-indications
- Prescrire le traitement pertinent

Objectifs pédagogiques :

à la fin de la formation le délégué sera capable de :

- Repérer une urgence dentaire et établir la liste des critères nécessitant la ré orientation
- Identifier des traitements immunosuppresseurs pris par la patiente (sur présentation d'ordonnance ou à l'interrogatoire)
- Identifier la pertinence et prescrire les traitements antibiotiques et antidouleurs conformes aux recommandations

Programme et modalités d'apprentissage :

Séquence 1 : rappels anatomiques

Séquence 2 : identification des causes de la douleur

- Pathologies à traiter par le protocole et pathologies à déléguer au délégant ou aux urgences
- Présentation de l'arbre décisionnel du protocole en insistant sur les facteurs d'exclusion et les situations nécessitant une ré orientation médicale en urgence
- Rappel de la responsabilité partagée entre délégants et délégués dans le cadre des protocoles de coopération interprofessionnelle

Séquence 3 : prescription

- Présentation des molécules, des allergies et contre-indications à rechercher, des effets indésirables et des précautions d'emploi (cf. Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) des produits)
- Adaptation posologiques cliniques
- L'insuffisance rénale devra être intégrée à la séquence de formation.
- Rappel des principes de la prescription sous protocole de coopération dans la chaîne de soins
- Explication au patient de l'intérêt de prendre le traitement antibiotique selon la durée de la prescription (antibiorésistance)
- Prescription d'un arrêt de travail si nécessaire

Modalités de validation : Les délégués complèteront un QCM de 10 items portant sur les compétences acquises au cours de la formation dont les critères d'exclusion et la prescription.

Critères de validation :

- Réussite à 8 items sur 10.
- En cas de réponse incorrecte, le formateur apportera au délégué une information complémentaire et répondra à ses questions

Formation pratique :

Formation en présentiel, délivrée par le délégant et/ou l'URPS chirurgiens-dentistes pour la clinique et par un pharmacien pour les molécules, d'une durée d'au moins 2h, validée par le succès à la réalisation d'une évaluation finale.

Maintien des compétences :

- Nombre minimal de patients (ou d'actes) devant être pris en charge sur une période à définir pour le maintien des compétences :  $\geq 5/\text{an}$

	<p>- Modalité de formation continue : Formation continue et maintien des compétences : Evaluation et maintien des compétences au cours des réunions du groupe de travail et en cas d'évolution des pratiques : <math>\geq 1</math>/semestre</p>									
<p><b>9. Organisation de l'équipe pour la mise en œuvre du protocole.</b></p>	<p>• <b>Modes de collecte, de traçabilité et de partage des données de santé entre délégants et délégués</b>  <input type="checkbox"/> Recueil par le délégué auprès du patient des données pertinentes pour la mise en œuvre du protocole parmi celles que l'HAS recommande d'inclure dans le VSM [cf. modèle de questionnaire en annexe 1].  <input type="checkbox"/> Autre : ?</p> <p>• <b>Mode de mise à disposition de la grille d'éligibilité au protocole, des arbres décisionnels et des documents annexes</b>  <input type="checkbox"/> Intégration au logiciel partagé par délégants et délégués : CITANA (ex INZEE CARE)  <input type="checkbox"/> Version papier</p> <p>• <b>Mode de transmission du CR de prise en charge au délégant, au médecin traitant s'il n'est pas le délégant et aux autres professionnels de santé</b>  <input type="checkbox"/> Intégration du compte rendu dans le dossier du patient  <input type="checkbox"/> Implémentation du compte-rendu de prise en charge dans l'Espace de Santé Numérique du patient  <input type="checkbox"/> Transmission du compte-rendu de prise en charge par messagerie Sécurisée  <input type="checkbox"/> Autre modalité : remise du courrier papier en main propre au patient pour remise à son MT</p> <p>Si utilisation d'un logiciel informatique, Identifiant et mots de passe personnels : <input type="checkbox"/> oui</p> <p>• <b>Disponibilité et interventions requises du professionnel délégant</b>  <u>Mode d'organisation en équipe pour assurer la disponibilité d'un nombre suffisant de délégants eu égard aux délégués et prendre en charge les patients ré orientés vers un dentiste :</u>  Messagerie sécurisée pour prise en charge non urgente  Appel téléphonique pour prise en charge urgente  Whatsapp pour un conseil dans la prise en charge d'un patient anonymisé  <u>Mode d'organisation en cas d'absence programmée et non programmée du délégant :</u>  Orientation vers un délégant selon les modes d'organisation en équipe définis ci-dessus. A défaut de délégant disponible, orientation vers une structure d'urgence.  <u>Modalités de gestion des urgences :</u>  En cas de critère d'urgence, le patient est orienté vers une structure d'urgence.</p>	<p><b>Annexe 4</b> : Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au médecin délégant, au médecin traitant ou à un autre professionnel de santé</p>								
<p><b>10. Principaux risques liés à la mise en œuvre du protocole. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques.</b>  <i>Prioriser une organisation en équipe</i></p>	<table border="1" data-bbox="1071 1394 2228 1629"> <thead> <tr> <th data-bbox="1071 1394 1650 1478">Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)</th> <th data-bbox="1650 1394 2228 1478">Mesures de prévention</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1071 1478 1650 1530">Refus du patient</td> <td data-bbox="1650 1478 2228 1530">Information et répondre aux questions</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 1530 1650 1583">Erreur de diagnostic</td> <td data-bbox="1650 1530 2228 1583">Formation et arbre décisionnel</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1071 1583 1650 1629">Erreur de prescription</td> <td data-bbox="1650 1583 2228 1629">Formation et arbre décisionnel</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Modalités de recueil des évènements indésirables par les délégants et les délégués</u>  Recueil déclaratif patient auprès du délégant ou du délégué.  Les évènements identifiés sont reportés dans l'outil informatique dédié (cf. V.9) comprenant : Nom, prénom, date de naissance du patient, ville - Nom du délégué</p> <p><u>Modalités d'analyse et de traitement des évènements indésirables</u>  Discussion en présentiel ou par visio-conférence au moins une fois par semestre (docteurs en chirurgie dentaire, en médecine générale et en pharmacie, infirmiers DE libéraux et coordinatrice de la CPTS</p>	Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention	Refus du patient	Information et répondre aux questions	Erreur de diagnostic	Formation et arbre décisionnel	Erreur de prescription	Formation et arbre décisionnel	
Evénements indésirables potentiels liés à la mise en œuvre du protocole (liste indicative)	Mesures de prévention									
Refus du patient	Information et répondre aux questions									
Erreur de diagnostic	Formation et arbre décisionnel									
Erreur de prescription	Formation et arbre décisionnel									

	éventuellement)  Périodicité des réunions de coordination et d'analyse de pratiques délégants/délegués Au moins une fois par semestre.	
<p>11. Indicateurs de suivi. Seuls les cinq indicateurs signalés par une étoile* sont obligatoires (articles D. 4011-4-1 et D. 4011-4-2 du CSP). Le cas échéant, préciser les valeurs attendues et ajouter des indicateurs spécifiques au protocole.</p> <p><i>Nb : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.</i></p> <p><i>Un événement indésirable est dit grave s'il provoque un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès (source HAS)</i></p>	<p><u>Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole*</u> :</p>	<p><b>Annexe 5</b> Questionnaire pour le recueil de satisfaction délégants / délégués</p>
	<p><u>Taux de reprise par le délégant*</u> :</p> <p>Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué/nombre d'actes réalisés par le délégué</p>	
	<p><u>Taux d'EI déclarés*</u> :</p> <p>Nombre d'événements indésirables déclarés/nombre d'actes réalisés par le délégué</p>	
	<p><u>Nombre d'EIG déclarés*</u> (suspension ou arrêt du protocole si &gt;0) :</p> <p>Suspension ou arrêt du protocole si EIG déclarés <math>\geq 1</math></p>	
	<p><u>Taux de satisfaction des professionnels de santé*</u> :</p> <p>Nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié</p> <p>Nombre de professionnels ayant répondu « satisfait » ou « très satisfait » au questionnaire/nombre de professionnels ayant exprimé leur niveau de satisfaction au moyen d'un questionnaire dédié</p>	
<p><u>Autres indicateurs optionnels :</u></p> <p>Nombre de recours au protocole par patient pour le même problème</p>		

#### Récapitulatif des annexes obligatoires

<b>Annexe 1</b>	Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient
<b>Annexe 1 bis</b>	Prise de connaissance ou recueil des données de santé significatives
<b>Annexe 2</b>	Arbre décisionnel des délégations
<b>Annexe 2 bis</b>	Arbre décisionnel pour une adaptation facilitée des prescriptions d'antibiotiques
<b>Annexe 3</b>	Ordonnances pré établies
<b>Annexe 4</b>	Modèle type de compte-rendu de prise en charge par le délégué au délégant, et au médecin traitant
<b>Annexe 5</b>	Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé : enquête délégant et délégué

### Annexe 1. Formulaire de vérification des critères d'éligibilité au protocole et de recueil du consentement du patient

Grille de vérification de l'éligibilité au protocole établie d'après la liste des critères d'inclusion et d'exclusion au protocole. L'inclusion peut être réalisée soit par le délégué, soit par le délégué, soit par les deux, au choix de l'équipe promotrice.

Critères d'exclusion	Délégué	
	OUI	NON
Patient de moins de 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erythème ou tuméfaction extensive au niveau de l'œil (cellulite maxillaire avec atteinte du plancher orbital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cellulite mandibulaire (gonflement) avec atteinte du plancher buccal		
Dysphagie, trismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes généraux marqués : fièvre élevée ( $\geq 38.5^\circ$ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise d'antitumoraux, immunosuppresseurs et biphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie ou contre-indication aux antibiotiques recommandés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abcès au niveau de l'aile du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chute avec multiples contusions faciales et/ou expulsion des dents définitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut risque d'endocardite infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie de la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise d'antibiotique en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale sévère (clairance $< 30$ ml/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur permanente d'intensité $\geq 7/10$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si une seule croix est dans les colonnes OUI, le patient n'est pas éligible au protocole

#### Fiche d'information et de recueil du consentement du patient

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'équipe constituée autour de votre chirurgien-dentiste, il vous est proposé d'être pris en charge par un pharmacien ou un infirmier spécifiquement formé dans le cadre d'un protocole de coopération « PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEUR PAR LE MEDECIN GENERALISTE ET LE PHARMACIEN EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ». Cette prise en charge a pour but d'assurer une réponse adaptée à vos besoins de santé.

Ce protocole de coopération a été spécifiquement inscrit au projet de santé de la CPTS et il a été déclaré auprès du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Son détail peut vous être remis sur simple demande.

Dans le cadre de cette prise en charge le pharmacien ou l'infirmier pourra réaliser en lien avec le dentiste les actes et activités suivants :

- Prescription d'antibiotiques
- Prescription d'antidouleurs
- Délivrance de conseils

Il contactera le chirurgien-dentiste chaque fois que nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Celui-ci le conseillera et interviendra auprès de vous s'il le juge nécessaire.

En signant ce document ou en approuvant ses termes vous donnez votre consentement pour être pris en charge dans le cadre du protocole. Ce consentement sera consigné dans votre dossier médical. Il vous sera bien entendu possible de revenir à tout moment sur ce consentement. Si vous refusez, cela ne modifiera pas vos relations avec votre chirurgien-dentiste.

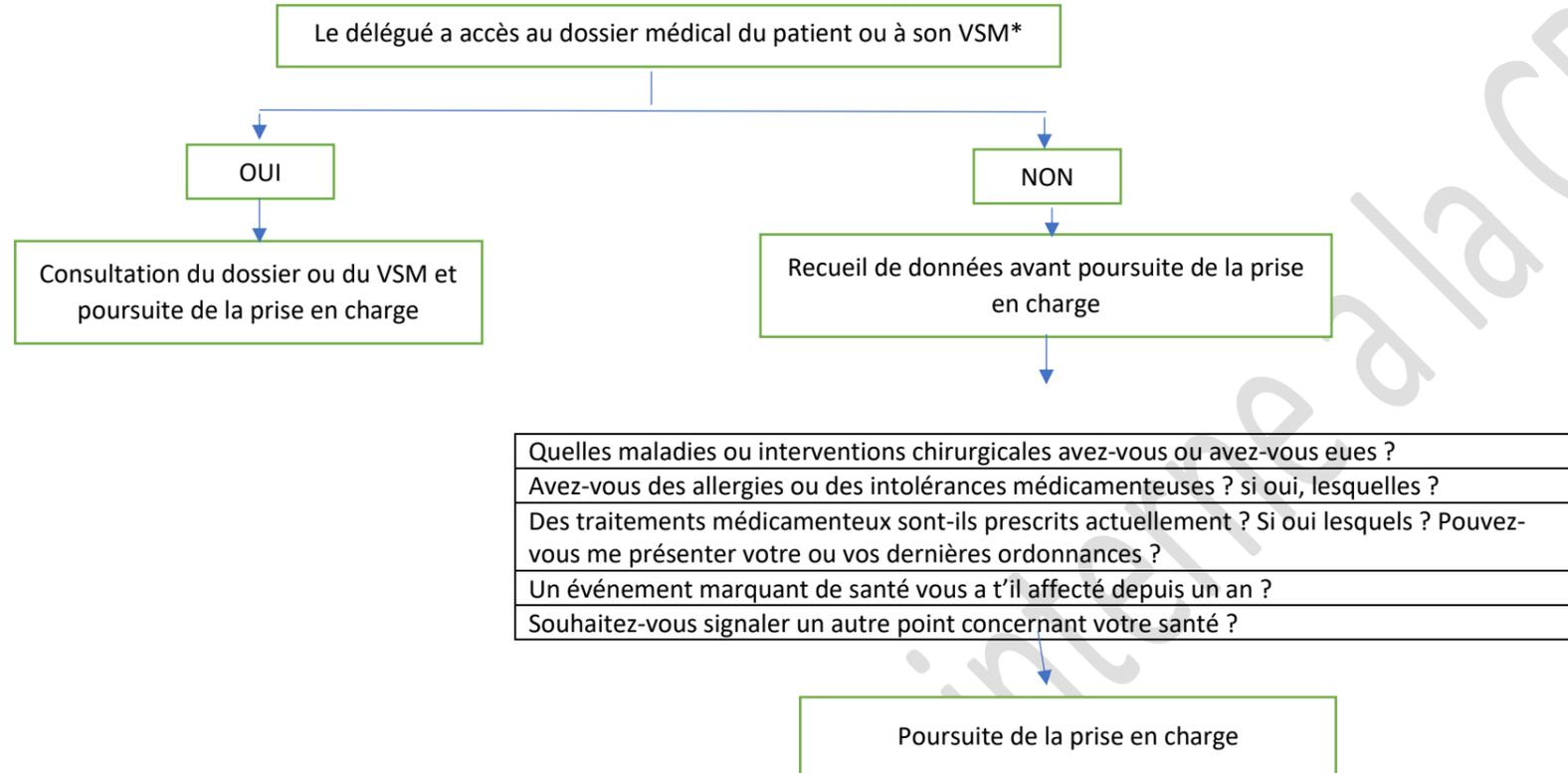
Accord du patient :  oui

Signature du patient ou de son représentant légal :

- Nom de la personne qui a informé le patient et recueilli son consentement :
- Qualité :
- Signature :

Pour tout complément d'information, coordonnées du chirurgien-dentiste :

Annexe 1bis : prise de connaissance ou recueil des données de santé significatives

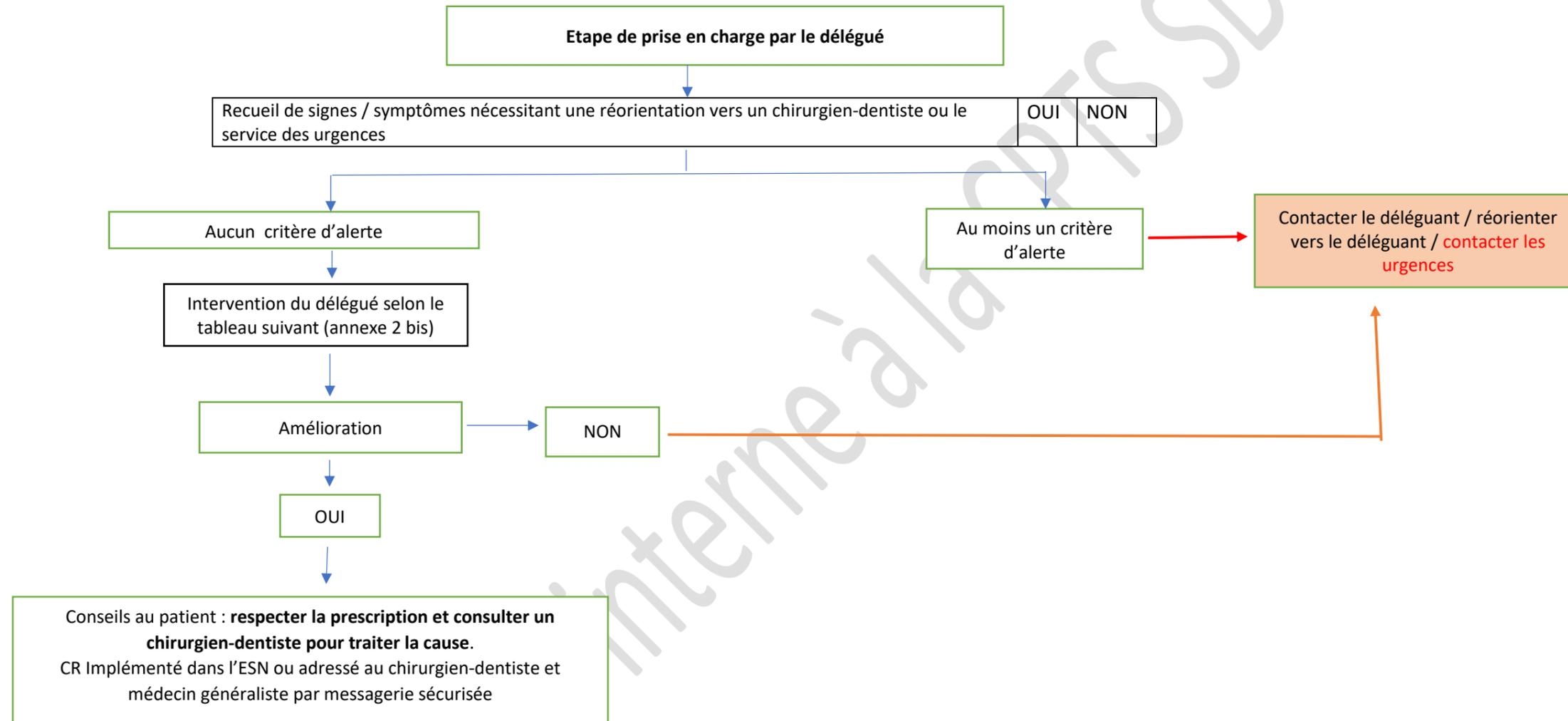


- Volet de synthèse médicale : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2608066/fr/volet-de-synthese-medicale-vsm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608066/fr/volet-de-synthese-medicale-vsm)

## Annexe 2. Arbre décisionnel des délégations

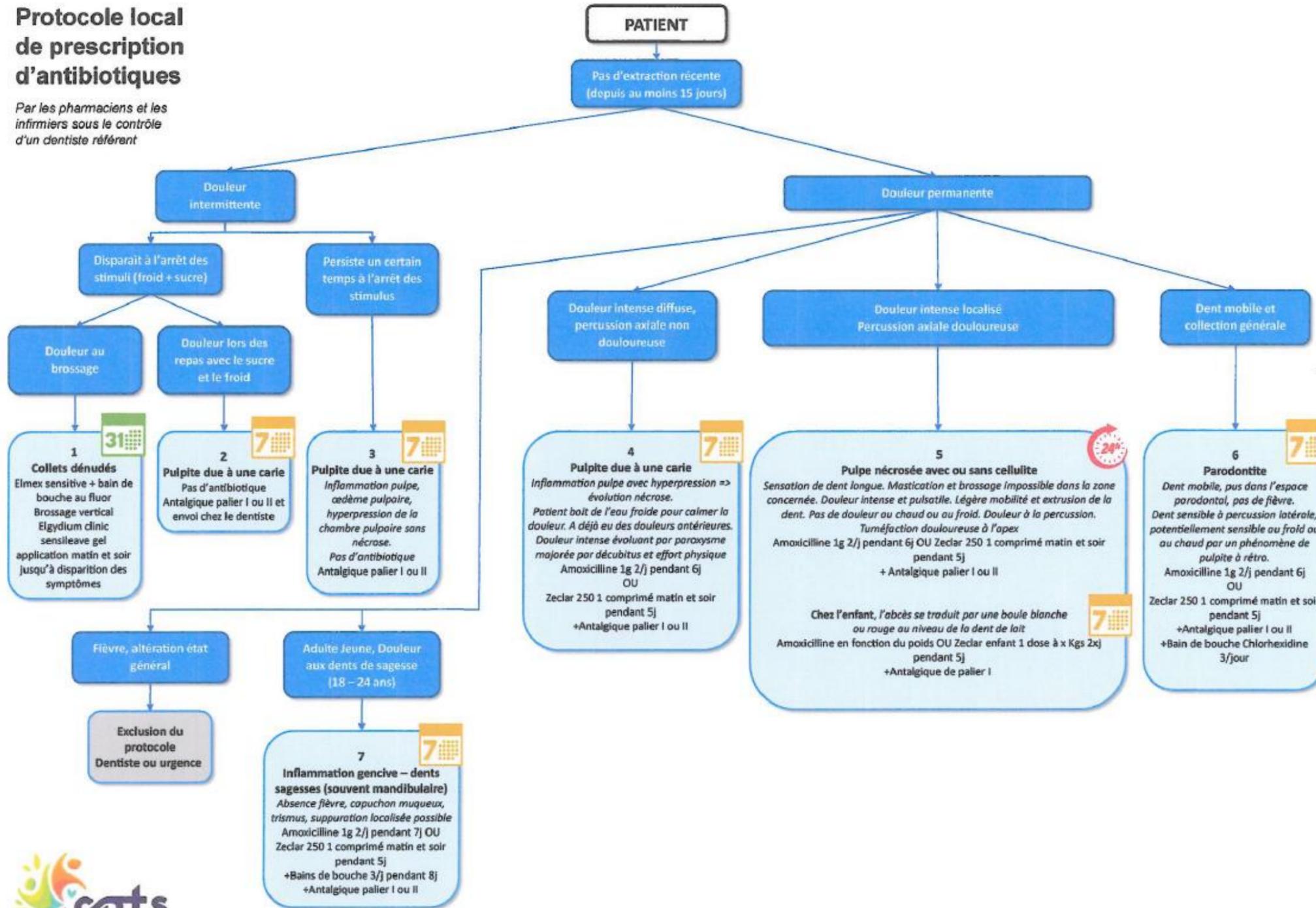
### Arbre décisionnel

Méthode : suivre « pas à pas » l'algorithme suivant pour prendre en charge le patient, repérer les critères justifiant de prendre l'avis du déléguant ou de le réorienter vers le déléguant. En l'absence de ces critères, prendre en charge le patient aux différentes étapes prévues jusqu'à la finalisation de la prise en charge prévue par le protocole.



## Protocole local de prescription d'antibiotiques

Par les pharmaciens et les infirmiers sous le contrôle d'un dentiste référent



### Annexe 3. Ordonnances pré établies et fiches conseils

Identification du délégant (RPPS) et du  
délégué (RPPS ou ADELI)

Nom, Prénom du patient :

Date :

Nom et signature du prescripteur et du délégué

-

#### **ORDONNANCES PRE ETABLIES POUR L'ENFANT**

##### **Ordonnance pour abcès**

##### **Boules blanches ou rouges au niveau d'une dent de lait avec douleur**

- Amoxicilline en fonction du poids : 60 mg /kg /jour pendant 6 jours, à répartir en 2 prises par jour
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours)  
ou
- Zeclar\* enfant 1 dose à X kg 2 fois par jour pendant 5 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours)

#### **ORDONNANCES PRE ETABLIES POUR L'ENFANT ET L'ADULTE**

##### **Ordonnance pré établie à utiliser pour Pulpite due à une carie**

##### **Douleurs dentaires au froid lors des repas avec le sucre et le froid**

- Pas d'antibiotique
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)
- Orientation vers un dentiste

##### **Ordonnance pré établie à utiliser pour Pulpite due à une carie**

##### **Douleur persistant un certain temps au froid et au chaud au moment des repas, mais finissant par disparaître**

- Pas d'antibiotique
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)
- Orientation vers un dentiste

## **ORDONNANCES PRE ETABLIES POUR L'ADULTE**

### **Ordonnance pré établie à utiliser pour Pulpite due à une carie**

**Douleur intense au chaud, majorée par le décubitus et l'effort physique. Patient boit de l'eau froide pour calmer la douleur**

- Amoxicilline 1g 2/jour pendant 6 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)  
ou
- Zeclar\* 250 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)

### **Ordonnance pré établie à utiliser pour pompe nécrosée avec ou sans cellulite**

**Sensation de dent longue, légère mobilité et extrusion de la dent, mastication et brossage impossible dans la zone concernée, douleur intense et pulsatile. Douleur à la percussion et tuméfaction douloureuse à l'apex**

- Amoxicilline 1g 2/jour pendant 6 jour
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)  
ou
- Zeclar\* 250 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)

### **Ordonnance pré établie à utiliser pour parodontite**

**Dent mobile, pus dans l'espace parodontal, dent sensible à percussion latérale, potentiellement sensible au froid ou au chaud par un phénomène de pulpite à rétro**

- Amoxicilline 1g 2/jour pendant 6 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)
- Bain de bouche Chlorhexidine 3/jour  
ou
- Zeclar\* 250 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)
- Bain de bouche Chlorhexidine 3/jour

### **Ordonnance pré établie à utiliser pour inflammation gencive - dents sagesse**

**Absence de fièvre, capuchon muqueux trimus, suppuration localisée possible**

- Amoxicilline 1g 2/jour pendant 6 jours
- Bains de bouche 3/jour pendant 8 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)  
OU
- Zeclar\* 250 1 comprimé le matin et soir pendant 5 jours
- Bains de bouche 3/jour pendant 8 jours
- Antalgique palier 1 (paracétamol 15 ml / kg / prise, 3 fois par jour pendant 4 jours) ou 2 (paracétamol codéiné 500/30 pour l'adulte, 2 comprimés 3 fois par jours pendant 4 jours)

\*Zeclar substituable par Azithromycine (=Zithromax) en cas de rupture d'approvisionnement.

**Fiches conseils**

SYMPTOME (S) / DIAGNOSTIC	PRESCRIPTION / ACTION (S) A MENER	DEGRE D'URGENCE
Dentier cassé	Ne pas le recoller : les bords se soudent mal et la résine se dilue. On ne peut plus remettre les morceaux en place	Consulter un dentiste dans la semaine
Douleurs	Arthrodont : pâte gingivale Pansoral Hyalugel	Consulter un dentiste dans la semaine
Morsures	Pyralvex gel	Consulter un dentiste dans la semaine
Ne tient plus	Fixodent Polident corega	Consulter un dentiste dans la semaine
Pivot perdu	Ne rien faire	Consulter un dentiste dans la semaine

SYMPTOME (S) / QUESTIONS	DIAGNOSTIC	PRESCRIPTION / ACTION (S) A MENER
Mauvaise haleine	Halitose	Méridol halitosis CB12
Brosse à dent		Brosse MERIDOL souple Brosse INAVA
Ulcération douloureuse – point blanc au centre d'une lésion rouge	Aphte	Pansoral Hyalugel Urgoaphtes
Lésion labiale vésiculeuse	Herpes	Huile essentielle de Niaouli Antiviral
Gencive rouge qui saigne facilement	Gingivite	Bain de bouche Chlorhexidine Brosse MERIDOL souple Conseiller brossage + fil dentaire
Lésion de la commissure labiale	Perleche	Anti mycosique
Douleurs au froid lors du brossage	Collets dénudés	Elmex sensitive Bain de bouche au fluor Brossage vertical Elgydium clinic sensileave gel application matin et soir jusqu'à disparition des symptômes

**Références bibliographiques** (recommandations de bonnes pratiques et références réglementaires)

#### Annexe 4. Modèle type de compte-rendu du délégué au médecin traitant et au chirurgien-dentiste

Docteur,

Madame, Mademoiselle, Monsieur « nom prénom » a été pris en charge le mm/jj/aaaa pour des [symptômes] dans le cadre du protocole de coopération : PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEURS PAR LE PHARMACIEN ET L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE mis en œuvre au sein de la CPTS sud Deux-Sèvres.

- Je l'ai directement réorienté vers votre consultation en raison de l'identification d'un [critère d'exclusion] ne permettant pas sa prise en charge dans le cadre du protocole
- Je l'ai adressé en urgence au médecin de garde / aux urgences en raison de symptômes nécessitant une prise en charge médicale immédiate
- Je lui ai prescrit un traitement [type du traitement] prévu par le protocole et je lui ai conseillé de vous consulter en cas de persistance des symptômes, d'aggravation des symptômes ou d'apparition de nouveaux symptômes.
- Je lui ai conseillé de vous consulter suite à l'identification d'une situation non prévue au protocole

Bien cordialement

Le délégué, profession

## Annexe 5. Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

### Enquête de satisfaction du délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEUR PAR LE PHARMACIEN ET L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE. Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération.

Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

#### Date :

- 1- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués  
 Très Rarement     Rarement     Fréquemment     Très fréquemment
- 2- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 3- Pensez-vous que ce protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 4- Ce protocole contribue t'il à faciliter votre exercice professionnel  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?  
 Satisfait     Non satisfait

### Enquête de satisfaction du délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES ET D'ANTIDOULEUR PAR LE PHARMACIEN ET L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT EN CAS DE DOULEUR DENTAIRE CHEZ L'ENFANT A PARTIR DE 10 ANS ET L'ADULTE, DANS LE CADRE D'UNE COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE. Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole et nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

#### Date :

- 1- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 2- La qualité des échanges entre vous et les délégants vous satisfait-elle ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 3- Pensez-vous que le protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 4- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?  
 Oui     Plutôt oui     Plutôt non     Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?  
 Satisfait     Non satisfait