

**Université René Descartes  
Faculté de Médecine, Paris 5  
Président : Pr. Jean-François DHAINAUT**

**Master 2 Recherche en Ethique**

Directeur : Pr. Christian HERVE

Année 2004-2005

**La relation médecin chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient : les évolutions nécessaires.  
Analyse dans le cadre d'un réseau de santé.**

Présenté par Annabelle TENENBAUM

**Directeurs de mémoire  
Dr. Grégoire Moutel et Dr. Marysette Folliguet**

## Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu le Professeur Christian HERVE pour m'avoir offert l'opportunité de participer à cette formation qui m'a permis d'approfondir des sujets qui me tiennent particulièrement à coeur.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur Grégoire MOUTEL pour m'avoir aidée à réaliser ce travail, pour ses convictions, son énergie, et sa vision de la Médecine.

Je tiens à remercier tous les enseignants du Master pour la richesse de leurs interventions et la qualité des enseignements qui m'ont particulièrement intéressés.

A Madame le Docteur Marysette FOLLIGUET, j'adresse des remerciements très respectueux, pour son approche de la santé publique, ses conseils et son précieux soutien tout au long de l'année.

Je tiens à remercier, avec une attention particulière, Mr. le Professeur Jean REY, qui de son encre violette m'a soutenue au cours de mes études et m'a guidée sur cette voie.

Je tiens à remercier les chirurgiens-dentistes de la ville de Nanterre et médecins du réseau ASDES pour m'avoir accueillie et enrichie de leurs réflexions. Un grand merci à l'équipe de la polyclinique de Nanterre, pour m'avoir donné l'opportunité de découvrir sur le terrain, la réelle mise en application d'idéaux.

Je remercie particulièrement l'équipe du support technique© Mme Edna Babasse.

A Cocotte Magique et Chelem 78, pour avoir répondu avec humour à ma question de début d'année sur la « bibliographie éthique » !

A Brice, parce que son travail fut un exemple pour moi, pour ses précieux conseils et le temps qu'il m'a consacré.

A tous mes camarades du Master et particulièrement Yves, Aliya, Juliette, Sarah, Constance, Philippe, Vanessa, Jean-Baptiste.... pour la richesse de nos échanges et parce que cette année fut également un plaisir grâce à vous !

Et, tout spécialement, à Alex Six,  
Pour sa rigueur à toute épreuve, pour m'avoir guidée dans ce travail.  
Et pour avoir, le temps d'un regard, créé un mouton !

A mon Papi et ma Mamie, parce ce que vous êtes un exemple dans la vie, et pour ce coup de téléphone du dimanche matin pour vérifier si on travaille bien!

A Mamichou, pour la réalisation d'un de ses rêves.

« Parce qu'il paraît que je suis tombée dedans à la naissance.  
Merci, à mes parents, de leur aide et soutien inestimable à ce travail! »

A mon Papichou,

|                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>I INTRODUCTION</b> .....                                                                                                                       | 5  |
| <b>1 / Recours aux soins bucco-dentaires : une culture à développer</b> .....                                                                     | 5  |
| <b>2/ Interactions entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires</b> .....                                                           | 6  |
| 2.1 La maladie carieuse.....                                                                                                                      | 6  |
| 2.2 Les maladies parodontales : gingivites et parodontites.....                                                                                   | 7  |
| 2.3 Répercussions et interactions entre pathologies bucco-dentaires et pathologies générales                                                      | 9  |
| 2.4 Manifestations et complications bucco-dentaires d'origine thérapeutique.....                                                                  | 11 |
| 2.5 Patients dits «à risque » de développer des pathologies bucco-dentaires.....                                                                  | 12 |
| <b>3/ Le volet médical du dossier odontologique : une action à renforcer</b> .....                                                                | 15 |
| 3.1 En France.....                                                                                                                                | 15 |
| 3.2 Au Royaume-Uni.....                                                                                                                           | 15 |
| 3.3 Aux Etats-Unis.....                                                                                                                           | 15 |
| <b>4/ Expériences de collaboration entre médecins et chirurgiens-dentistes à l'étranger</b> .....                                                 | 16 |
| <b>5/ En France, les réseaux de santé ville-hôpital : une nouvelle organisation de la santé incitant aux collaborations entre professionnels.</b> |    |
| <b>Historique des réseaux de soins aux réseaux de santé</b> .....                                                                                 | 16 |
| 5.1 Les ordonnances du 24 Avril 1996.....                                                                                                         | 16 |
| 5.2 La loi du 4 mars 2002.....                                                                                                                    | 17 |
| 5.3 Exemple d'un réseau de prise en charge médico-social le réseau ASDES : Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé.....           | 18 |
| <b>II PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, METHODOLOGIE</b> .....                                                                                            | 20 |
| <b>1/ Problématique</b> .....                                                                                                                     | 20 |
| <b>2/ Objectifs</b> .....                                                                                                                         | 21 |
| <b>3/ Méthodologie</b> .....                                                                                                                      | 21 |
| 3.1 Champ d'étude.....                                                                                                                            | 21 |
| 3.2 Modalités et durée des entrevues.....                                                                                                         | 22 |
| 3.3 Outils.....                                                                                                                                   | 23 |
| 3.4 Présentation des questionnaires.....                                                                                                          | 23 |
| <b>III RESULTATS</b> .....                                                                                                                        | 25 |
| <b>IV DISCUSSION</b> .....                                                                                                                        | 55 |
| <b>1/ Sur la méthodologie</b> .....                                                                                                               | 55 |
| <b>2/ Sur les résultats</b> .....                                                                                                                 | 56 |
| 2.1 La relation existante entre santé générale et santé bucco-dentaire est - elle intégrée dans la pratique des professionnels ?.....             | 56 |
| 2.2 Médecins et chirurgiens-dentistes : un décalage dans la perception de leur relation.....                                                      | 58 |
| 2.3 Représentation de la personne, du système de soins et conscience éthique.....                                                                 | 60 |
| 2.4 Evolution de l'organisation : un souhait des professionnels ?.....                                                                            | 63 |

|                                                                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3/ Confrontation de la pratique aux cadres déontologiques et législatifs.....</b>                                                                          | <b>66</b> |
| <b>3.1/ Exercice libéral est-il synonyme d'exercice isolé : les codes de déontologie incitent-ils au travail en équipe ? .....</b>                            | <b>66</b> |
| 3.1.1 Code de déontologie des médecins.....                                                                                                                   | 66        |
| 3.1.2 Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.....                                                                                                      | 67        |
| 3.1.3 Vers une évolution des codes ?.....                                                                                                                     | 68        |
| <b>3.2/ La législation comme incitation au partenariat : les chirurgiens-dentistes et les réseaux de santé : une opportunité pour la prise en charge.....</b> | <b>68</b> |
| 3.2.1 Quelques exemples de réseaux médicaux.....                                                                                                              | 68        |
| 3.2.1.1 Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap : SBDH.....                                                                                                   | 69        |
| 3.2.1.2 Réseau Santé Oncodent.....                                                                                                                            | 70        |
| 3.2.1.3 Réseau GIPS : Groupement Innovation Prévention Santé.....                                                                                             | 71        |
| 3.2.1.4 Réseau ARèS 92.....                                                                                                                                   | 71        |
| 3.2.2 Un réseau mixte : le Réseau Social dentaire.....                                                                                                        | 72        |
| <b>3.3 / Chirurgiens-dentistes, dossier médical et partage des informations.....</b>                                                                          | <b>73</b> |
| 3.3.1 Le dossier odontologique.....                                                                                                                           | 73        |
| 3.3.2 La loi du 13 août 2004 : le Dossier Médical Personnel ou Partagé : la place des chirurgiens-dentistes.....                                              | 74        |
| <br>                                                                                                                                                          |           |
| <b>V CONCLUSIONS.....</b>                                                                                                                                     | <b>77</b> |
| <br>                                                                                                                                                          |           |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                                                                                                                     | <b>78</b> |
| <br>                                                                                                                                                          |           |
| <b>ANNEXES.....</b>                                                                                                                                           | <b>81</b> |
| Questionnaire posé aux médecins.....                                                                                                                          | 82        |
| Questionnaire posé aux chirurgiens-dentistes.....                                                                                                             | 85        |

# I INTRODUCTION

## 1/ Recours aux soins bucco-dentaires

Dans l'Enquête Santé et Protection Sociale réalisée en 2000<sup>1</sup>, 36% des individus de l'échantillon déclarent au moins une dent manquante et 25% un état de santé bucco-dentaire mauvais ou très mauvais. La santé bucco-dentaire peut être préservée par des gestes préventifs simples. Malgré une forte amélioration de l'état de santé bucco-dentaire depuis les années 1970, les inégalités sociales persistent<sup>2</sup>.

Le recours aux soins dentaires est un très bon marqueur des inégalités sociales de santé<sup>3</sup>. Ces inégalités peuvent relever d'obstacles financiers (avec un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et son niveau de remboursement dans un contexte de soins mal pris en charge par l'Assurance Maladie) mais elles relèvent également de facteurs comportementaux.

Selon une étude canadienne<sup>4</sup>, les personnes malades (qui prennent des médicaments ou qui ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes) et les femmes enceintes sont les plus enclines à consulter un médecin de famille, tandis que ce sont le plus souvent les personnes jeunes, en bonne santé, aisées et très instruites qui consultent un chirurgien-dentiste.

En effet dans une étude réalisée en 2001 dans cinq Zones Urbaines Sensibles situées à Paris et en région parisienne<sup>5</sup>, près de la moitié de la population enquêtée mentionnant avoir des dents à traiter, n'a pas consulté depuis plus d'un an. Les motifs retrouvés dans ce non-recours aux soins sont : une conception de la visite annuelle chez le chirurgien-dentiste, à titre préventif n'apparaît pas indispensable pour la moitié des non-consultants, une considération des soins bucco-dentaires ne faisant pas partie des préoccupations premières des individus et des réticences à consulter non négligeables. Certains facteurs jouent également sur le comportement des individus dans leur recours aux soins comme la représentation qu'ils se font de leur santé bucco-dentaire celle-ci pouvant être corrélée avec le niveau d'éducation. Un grand nombre d'enquêtes épidémiologiques ont montré le rôle non négligeable des facteurs sociologiques ainsi que ceux liés au comportement et à l'environnement, dans les pathologies et la santé bucco-dentaires.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> IRDES, *Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*, rapport 1364.

<sup>2</sup> HASSOUN D. *Précarité et état de santé bucco-dentaire*, Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, 1998, n°16

<sup>3</sup> AZOGUY-LEVY S, ROCHEREAU T, *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire*, Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES, 2005.

<sup>4</sup> SABBAH W, LEAKE J, Comparaison des caractéristiques des canadiens ayant consulté des dentistes et des médecins en 1993-1994 : une analyse secondaire, *J Can Dent Assoc*, 2000, 66 :90-95

<sup>5</sup> PARIZOT I, BAZIN F, RENAHY E, CHAUVIN P, *Santé, Inégalités et ruptures aux soins, Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés d'Ile-de-France*, INSERM, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, 2004

<sup>6</sup> OMS, *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI siècle- l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, 2003

Il existe donc des obstacles dans l'accès aux soins qui interviennent en amont et/ou en complément des barrières financières; obstacles sur lesquels des professionnels de santé peuvent avoir une influence.

## **2/ Interactions entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires.**

Caries et maladies parodontales sont les maladies microbiennes les plus communes de la cavité buccale.

Environ 300 espèces de germes colonisent la cavité buccale formant ainsi une flore bactérienne commensale. La distribution des bactéries au sein de cette flore permet un équilibre entre germes protecteurs et germes pathogènes. Le risque carieux et le risque parodontal varient d'un individu à l'autre.

### 2.1 La maladie carieuse

La carie dentaire est une déminéralisation localisée et progressive des tissus durs des surfaces coronaires et/ou radiculaires des dents, provoquée par les acides produits par des bactéries. La carie est un processus dynamique, les périodes de déminéralisation alternant avec des phases de reminéralisation.

Si le processus de réparation ne suffit pas à compenser la destruction, d'une simple déminéralisation localisée de l'émail, la carie évolue vers la destruction progressive de la dentine sous-jacente<sup>7</sup>. La lésion dentaire peut se propager depuis les tissus durs jusqu'à la pulpe de la dent, (la pulpe comprenant les nerfs et vaisseaux) créant ainsi une plaie pulpaire. Cette plaie pulpaire ouverte met en communication le milieu buccal et sa charge microbienne avec la voie générale et le reste de l'organisme. C'est une porte d'entrée à la diffusion microbienne.

Certains facteurs de risque accompagnent et influencent le processus carieux.<sup>8</sup> La détermination des facteurs de risque et du risque carieux permet de cibler les besoins de prise en charge individuelle de chaque patient pour en accroître la pertinence et l'efficacité. Les facteurs sont multiples : l'âge, la salive, la plaque dentaire (agrégat bactérien adhérent à la dent) et l'hygiène bucco-dentaire, les habitudes alimentaires, la consommation de fluor<sup>9</sup>, le comportement de l'individu.

---

<sup>7</sup> BELTRAN-AGUILAR E, BERTAN-NEIRA R, *Oral diseases and conditions throughout the lifespan.I. Diseases and conditions directly associated with tooth loss*, Gen Dent, 2004, 21-26.

<sup>8</sup> BOURGEOIS D, CHEDID N, *Intérêt de la prédiction des facteurs de risque carieux dans la pratique dentaire*, Réalités Cliniques 2004 ;15 :215-226

<sup>9</sup> FEJERSKOV O. *Changing paradigms in concepts on dental caries : consequences for oral health care*, Caries Res, 2004 ;38 :182-191

Le risque de développer des caries est fonction de l'âge ; à certaines tranches d'âges bien déterminés (5-7, 12, 35-44, 65-74 ans) correspondent des schémas de localisation des pathologies carieuses.

La salive protège les surfaces dentaires de la déminéralisation par son taux de sécrétion, son contenu minéral et son pouvoir tampon. Les facteurs immunitaires salivaires sont également impliqués dans le développement des lésions carieuses. La plaque dentaire et l'hygiène jouent un rôle primordial. La plaque dentaire représente un substrat permettant aux bactéries de se développer. Les habitudes alimentaires ont un rôle prépondérant : type d'alimentation, fréquence d'ingestion, contenu en glucides fermentescibles. La consommation de fluor en tant qu'agent cariostatique est un moyen de lutte contre la carie.

Le risque carieux individuel est fondé sur les interactions entre les facteurs étiologiques et les facteurs de risques. Certains de ces facteurs sont intrinsèques au patient et d'autres lui sont extérieurs, certains peuvent être modifiés alors que pour d'autres aucune intervention n'est actuellement possible, tels les facteurs génétiques. Un rôle important est attribué à la perception qu'a l'individu de sa santé et à ses comportements: coopération, recours aux soins, recours à des consultations préventives.

## 2.2 Les maladies parodontales : gingivites et parodontites

La gingivite est un état inflammatoire des tissus mous entourant les dents<sup>10</sup>, c'est une réponse inflammatoire directe à la plaque dentaire microbienne.

L'état gingival est, de plus, influencé par différents facteurs tels le tabagisme, certains traitements médicamenteux entraînant une hyperplasie gingivale (la nifédipine utilisée dans les traitements d'hypertension artérielle, la phénytoïne employée pour traiter l'épilepsie, et la cyclosporine médicament immunosuppresseur), et par les modifications hormonales (puberté, grossesse).

Les lésions intéressent d'abord la gencive provoquant des gingivites (stade réversible). En l'absence de traitement, elles évoluent vers des parodontites signant des atteintes progressives et irréversibles des tissus de soutien de la dent.

---

<sup>10</sup> JENKINS W, KINANE D, *Epidémiologie des maladies parodontales*, Real Clin. 2003;14 :253-256

La parodontite est caractérisée par une destruction inflammatoire des tissus de soutien de la dent c'est-à-dire destruction des fibres attachées à la dent et de l'os dans lequel elles sont insérées. La parodontite également initiée par la plaque microbienne, pourrait faire suite à une période prolongée de gingivite. Son risque d'apparition est influencé par la réponse immunitaire et inflammatoire individuelle, en effet l'initiation de la parodontite ne nécessiterait que peu de plaque chez les patients susceptibles, et une fois initiée la destruction progressive serait indépendante de l'hygiène buccale du patient<sup>11</sup>. Bien que les bactéries soient essentielles pour l'initiation et la progression de la maladie, elles ne sont probablement pas suffisantes, la maladie se développant chez un hôte susceptible. A ce jour, plusieurs facteurs sont associés à une susceptibilité accrue tels que : âge, insuffisance d'hygiène buccale et faible fréquentation du cabinet dentaire, tabagisme, stress, diabète, ostéoporose, ethnie, prédispositions génétiques, immunodépression et certaines bactéries pathogènes. Aucun de ces facteurs n'est suffisant à lui seul pour induire la maladie : il semble que plusieurs facteurs de risque soient nécessaires pour initier puis déterminer la vitesse de progression de la maladie. Pour cette raison, la parodontite est considérée comme une maladie multifactorielle.

L'évolution des maladies parodontales peut conduire à la perte de l'organe dentaire. La présence de poches parodontales entre la gencive et la dent, véritable réservoir de bactéries et le risque de saignement favoriseraient la diffusion bactérienne dans l'organisme et constitueraient un facteur de risque de contamination non négligeable.

---

<sup>11</sup> WINKELHOFF A, *Diagnostic microbiologique en parodontologie*, Real Clin. 2003;14:267-277



## 2.3 Répercussions et interactions entre pathologies bucco-dentaires et pathologies générales.

La possibilité qu'une infection localisée, ou focale, telle que la maladie parodontale ait des répercussions systémiques était une idée en vogue à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle<sup>12/13</sup>. Une infection focale<sup>14</sup> est une infection localisée qui peut disséminer des micro-organismes ou des produits toxiques aux tissus contigus ou éloignés. Depuis les années 50, l'hypothèse de l'infection focale a été relativement oubliée faute d'études et de preuves fiables.

Au cours de ces dernières années, des preuves sont venues supporter l'idée que des infections localisées, telle que la maladie parodontale, pouvaient effectivement influencer un certain nombre de maladies systémiques. Les bactéries de la plaque dentaire pouvant pénétrer dans le flot sanguin en passant à travers les tissus oraux (épithélium sulculaire, canaux radiculaires) et causer l'infection d'un site éloigné. Il est également possible que des bactéries de la maladie parodontale stimulent la libération de cytokines pro inflammatoires ou des protéines de la phase aiguë de l'inflammation à un site distant (foie, pancréas, squelette ou artères par exemple).

Ces produits pourraient également initier ou intensifier un processus morbide comme l'athérosclérose ou le diabète. Les bactéries pourraient également voyager de sites oraux vers d'autres surfaces muqueuses (poumon, intestin) et y causer inflammation et infection (pneumonie, ulcère gastrique<sup>15</sup>).

Des études récentes travaillent sur des liens entre infections orales et pathologies générales / maladies systémiques. Citons comme exemple les répercussions<sup>16</sup>

- cardio-vasculaires : des études relatent une association positive entre une mauvaise santé buccale et la prévalence d'événements cardiovasculaires. Les données disponibles suggèrent que la maladie parodontale pourrait être associée aux maladies induites par l'athérosclérose telles que la maladie cardiovasculaire, l'infarctus et la maladie vasculaire périphérique.

- pulmonaires : les résultats de certaines études suggèrent que la cavité buccale servirait de réservoir à l'infection des voies aériennes supérieures. Cette observation suggère que l'hygiène buccale améliorerait ou éliminerait les microbes pathogènes respiratoires de la bouche et empêcherait ainsi le développement d'une infection respiratoire sérieuse chez les sujets vulnérables, et particulièrement chez les sujets en institution.

---

<sup>12</sup> SCANNAPIECO F, *Relations entre maladie parodontale et maladies systémiques*, Real Clin. 2003;14 : 303-316

<sup>13</sup> GILON Y, BRANDT L, LAHAYE T, HEYMANS O, *Infections hématogènes d'origine dentaire*, Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac, 2002;103:26-29.

<sup>14</sup> EJEIL AL, DRIDI M, WIERZBA C, *Le risque d'infection focale*, Real Clin. 2004 ;15:351-360.

<sup>15</sup> YOSHIO M, JIRO N, YOKO E, *Dental Diseases and Gastroenterology*. Bull.Tokyo.dent.Coll, 1997; 38: 261-267

<sup>16</sup> BELTRAN-AGUILAR E, BERTAN-NEIRA R, *Oral diseases and conditions throughout the lifespan.II. Systemic Diseases*, Gen Dent, 2004, 52: 107-114.

- sur la grossesse : dans certaines études, il est constaté que la maladie parodontale et la naissance prématurée seraient significativement corrélées. L'état de la cavité buccale influencerait le déroulement de la grossesse et un état défectueux augmenterait le risque d'accouchement prématuré ou d'enfants ayant un faible poids à la naissance.
- sur le diabète : des études récentes relèvent la présence de signes selon lesquels il existerait un rapport bidirectionnel défavorable entre le diabète et la maladie parodontale<sup>17</sup>. Un mauvais contrôle glycémique contribuerait à une mauvaise santé parodontale, et un état parodontal perturbé aurait des effets néfastes sur la stabilisation du diabète.
- articulaires : les germes provenant de foyers dentaires pourraient pénétrer dans les structures articulaires. Lorsque les articulations sont saines, ils pourraient provoquer des arthrites ou rhumatisme ; en cas de port de prothèses, ils pourraient prédisposer au développement de processus infectieux, surtout dans le cas de prothèse de hanche.

A l'heure actuelle, la plupart des études décrivent des liens statistiquement confirmés entre maladies parodontales et maladies coronariennes, accidents cardiovasculaires, maladies respiratoires et prématurés hypotrophes<sup>18</sup>. Toutefois, plusieurs études font état d'une association seulement faible à modérée et certaines récentes n'ont même établi aucune corrélation. Quelques auteurs s'inquiètent de cette théorie sur les infections focales qu'ils jugent, à ce jour, insuffisamment démontrée<sup>19</sup>.

Un consensus pourrait être réalisé sur l'importance du mode et de la qualité de vie et leurs impacts sur l'état de santé générale et par conséquent sur l'état de santé parodontale.

Les maladies parodontales sont révélatrices non seulement d'un état bucco-dentaire altéré mais également d'une qualité de prise en charge générale et d'une certaine notion d'hygiène corporelle. Il est difficile, compte tenu des multiples facteurs de risque, de démontrer les éléments en cause. Même si une relation peut être vérifiée entre les maladies parodontales et des maladies systémiques, celle-ci semble être concomitante d'autres facteurs et non la cause en elle-même.

Caries et maladies parodontales induisent la destruction progressive des tissus buccaux, pouvant avoir des répercussions non seulement sur l'intégrité de ses fonctions : phonation, mastication, déglutition, mais aussi sur l'esthétique et les capacités relationnelles de l'individu.

---

<sup>17</sup> TENG Y, TAYLOR G, SCANNAPIECO F, KINANE D, CURTIS M, BECK J, KOGON S, *Santé parodontale et troubles systémiques*, J Can Dent Assoc, 2002 ;68 : 188-92

<sup>18</sup> SLOTS J, KAMMA J, *General health risk of periodontal disease*, Int Dent J., 2001; 51: 417-427

<sup>19</sup> PALLASCH T, WAHL M, *The focal infection theory: appraisal and reappraisal* CDA. Journal. 2000; 28: 194-199

Des études concluent à une relation entre perte de dents, régime alimentaire, et apport nutritionnel ayant pour conséquence un risque majoré de maladie systémique<sup>20</sup>.

Chez les personnes âgées, un état bucco-dentaire altéré (glossite atrophique, diminution du flux salivaire, troubles masticatoires, en particulier la disparition de dents naturelles non remplacées par une prothèse) est un facteur de dénutrition<sup>21</sup>.

Il est également relaté l'importance de l'état bucco-dentaire dans la qualité de vie<sup>22</sup> : des fonctions orales perturbées entraînent une dévalorisation de l'estime de soi et sont perçues par les patients comme un handicap dans la société et dans les activités quotidiennes.

#### 2.4 Manifestations et complications bucco-dentaires d'origine thérapeutique

Les effets secondaires de certains traitements médicamenteux peuvent induire des pathologies bucco-dentaires (voir tableaux page : 13-14)

Les réactions le plus souvent rencontrées sont :

- une action sur les glandes salivaires entraînant une modification du débit ou de la qualité du flux salivaire avec risque de difficulté à la mastication, phonation, déglutition, des sensations d'inconfort et surtout une augmentation du risque carieux et parodontal.
- une modification de la flore buccale à l'origine de pathologies des muqueuses comme des candidoses, et également de perturbations de l'état parodontal.
- une répercussion directe ou indirecte sur la qualité des muqueuses buccales, leur résistance et leur capacité à cicatriser.

Du fait de ces effets secondaires, la prise en charge des patients soumis ou devant être soumis à ce type de traitements sera double : traiter les manifestations buccales déclarées et/ou leur apparition et leurs complications. La collaboration du médecin traitant est alors primordiale pour garantir le suivi du traitement et la prévention bucco-dentaire.

---

<sup>20</sup> RITCHIE C, JOSHIPURA K, HUNG H, DOUGLASS C, *Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease : associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes*, Crit Rev Oral Biol Med. 2002; 13 :291-300

<sup>21</sup> ANAES, *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*, Service des recommandations professionnelles, 2003

<sup>22</sup> HOLLISTER M, WEINTRAUB J, *The association of oral status with systemic health, quality o life and economic productivity*, J Dent Educ, 1993 ; 57: 901-912

## 2.5 Patients dits à risque de développer des pathologies bucco-dentaires.

Certains patients sont susceptibles de développer plus particulièrement des pathologies bucco-dentaires (voir tableaux p. 13-14)

- patients présentant une pathologie générale ayant des manifestations buccales (exemple : diabète, VIH),
- patients dont le traitement médical induit une sensibilité accrue à la carie et/ou aux maladies parodontales,
- patients avec des comportements à risque pour la santé bucco-dentaire (exemple : alcool, tabac, usage de drogue, trouble du comportement alimentaire).

# Inter-causalités pathologies générales et pathologies bucco-dentaires

## Inter-relations médecins et chirurgiens-dentistes<sup>23</sup>

**Principales pathologies générales pouvant être d'origine dentaire ou aggravées par des caries dentaires**

|                                |                                                                                                                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cardio-vasculaire</b>       | Endocardite d'Osler<br>Septicémie                                                                                                  |
| <b>Dermatologie</b>            | Thrombophlébite crânio-faciale<br>Pelade<br>Herpès<br>Sycosis<br>Urticaire<br>OEdème de Quincke<br>Erythème noueux<br>Acné rosacée |
| <b>Gastro-entérologie</b>      | Gastrite septique<br>Ulcère                                                                                                        |
| <b>Gynécologie-Obstétrique</b> | Infection puerpérale<br>Avortement                                                                                                 |
| <b>Néphrologie</b>             | Néphrite<br>Néphrose                                                                                                               |
| <b>Neurologie</b>              | Algie faciale                                                                                                                      |
| <b>Ophtalmologie</b>           | Phlegmon de l'orbite<br>Kérato-conjonctivite<br>Névrite optique<br>Blépharospasme                                                  |
| <b>ORL</b>                     | Ostéite<br>Sinusite<br>Cellulite<br>Adénite<br>Oralgie<br>Vertiges<br>Dysfonction ou hypertrophie des glandes salivaires           |
| <b>Pneumologie</b>             | Abcès du poumon                                                                                                                    |
| <b>Rhumatologie</b>            | Arthrose<br>Cervicalgie<br>Arthrite<br>Tendinite<br>Myosite<br>RAA<br>Rhumatisme subaigu chronique                                 |
| <b>Autres</b>                  | Hyperthermie inexplicquée au long cours<br>Dénutrition<br>Asthénie<br>Troubles relationnels -<br>Désordres psychiques              |

### Médicaments et traitements ayant des répercussions sur la santé bucco-dentaire

| MECANISMES                                                                                 | MEDICAMENTS                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Action sur les glandes salivaires :</b><br>Diminution du débit salivaire, voire asialie | Radiothérapie<br>Antidépresseurs<br>Antipsychotiques<br>Tranquillisants<br>Hypnotiques<br>Antihistaminiques<br>Anti-hypertenseurs<br>Diurétiques<br>Anti-parkinsoniens dont anti-cholinergiques<br>Coupe-faim |
| <b>Modification de la flore buccale</b>                                                    | Antibiotiques<br>Anti-inflammatoires dont corticoïdes en aérosol (asthme) si utilisation prolongée<br>Antiseptiques<br>Antifongiques<br>Immunodépresseurs                                                     |
| <b>Fragilité des muqueuses</b>                                                             | Anti-hypertenseurs<br>Anti-cholinergiques (Parkinson, ulcères gastro-duodénaux)<br>Anti-convulsivants : phénytoïne, acide valproïque (épilepsie)                                                              |

<sup>23</sup> UFSBD URCAM Champagne-Ardenne, Inter-causalités pathologies générales et pathologies bucco-dentaires. Inter-relations médecins et chirurgiens-dentistes, 2002

## Patients dits « à risques » dans la pratique quotidienne de la dentisterie

(patients nécessitant des précautions lors de la  
réalisation des soins)

### Pathologies favorisant le développement de pathologies bucco-dentaires

d'une façon générale, toute pathologie induisant  
des modifications du milieu buccal et/ou  
déficience de l'hygiène bucco-dentaire

|                                                             |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Désordres endocriniens</b>                               | Diabète<br>Désordre thyroïdien notamment hypothyroïdie<br>Désordre surrénalien : maladie d'Addison, maladie de Cushing<br>Ménopause                                               |
| <b>Troubles hématologiques</b>                              | Anémies<br>Aplnaosmaatliiqesu<br>epslaquettaires,<br>Coagulopathie<br>Leucémie                                                                                                    |
| <b>Infection VIH Affections sexuellement transmissibles</b> | Infection VIH – SIDA<br>Gonorrhée<br>Herpès                                                                                                                                       |
| <b>Affections respiratoires</b>                             | Toute pathologie induisant une ventilation orale prolongée, voire chronique                                                                                                       |
| <b>Affections articulaires</b>                              | Polyarthrite rhumatoïdale                                                                                                                                                         |
| <b>Pathologie rénale</b>                                    | Insuffisance rénale chronique                                                                                                                                                     |
| <b>Troubles neurologiques et psychiques</b>                 | Epilepsie (risque accru de fracture - choc)<br>Toute pathologie induisant des modifications de la motricité (déficience de l'hygiène dentaire)<br>Dépression – Stress – Angoisses |
| <b>Pathologies digestives</b>                               | Ulcères                                                                                                                                                                           |
| <b>Pneumologie</b>                                          | Abcès du poumon                                                                                                                                                                   |
| <b>Autres</b>                                               | Pathologie hépatique et pancréatique<br>Syndrome de Gougerot-Sjögren<br>Grossesse<br>Sénescence<br>Lupus érythémateux                                                             |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Affections cardiovasculaires</b>                       | Athérosclérose<br>Hypertension artérielle<br>Cardiopathies ischémiques symptomatiques<br>Angine de poitrine<br>Infarctus du myocarde<br>Insuffisance cardiaque<br>Troubles du rythme<br>Bradycardies<br>Valvulopathies rhumatismales<br>Valvulopathies non rhumatismales<br>Souffles cardiaques<br>Cardiopathies congénitales<br>Endocardite bactérienne<br>Lésions cardiovasculaires devant être opérées<br>Cardiomyopathie |
| <b>Maladies endocriniennes</b>                            | Diabète<br>Désordres surrénaliens et corticothérapie<br>Désordres thyroïdiens                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Grossesse - Allaitement - Contraception</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Affections respiratoires</b>                           | Affections pulmonaires obstructives chroniques<br>Asthme<br>Tuberculose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Affections gastro-duodénales</b>                       | Ulcères<br>Cirrhose hépatique<br>Hépatites virales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Affections hématologiques</b>                          | Troubles de la coagulation et de l'hémostase<br>Anémies<br>Désordres leucocytaires non prolifératifs<br>Affections hématologiques malignes<br>Leucémies<br>Affections hématologiques malignes<br>Lymphomes et myélomes multiples                                                                                                                                                                                             |
| <b>Affections articulaires</b>                            | Polyarthrite rhumatoïde et arthrose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Affections génito-urinaires</b>                        | MST<br>Insuffisance rénale chronique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Allergies</b>                                          | Allergies médicamenteuses<br>Allergies aux métaux                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Infections V.I.H. et SIDA Affections neurologiques</b> | Epilepsie<br>Accidents cérébro-vasculaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Radiothérapie chimiothérapie cancéreuse</b> ou         | Principalement si localisation crânio-faciale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Comportements à risque</b> à                           | Toxicomanie<br>Tabac<br>Alcool...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

### **3/ Le volet médical du dossier odontologique : une action à renforcer.**

3.1 En France : une étude menée par Siano et coll.<sup>24</sup> à l'hôpital de Reims sur 619 interrogatoires médicaux a mis en évidence que 35 % des patients nécessitaient des mesures préventives spécifiques et des précautions lors de leur traitement en raison de pathologies ou de prise de médicaments susceptibles d'interférer lors de traitement dentaire. Ce questionnaire permet en théorie de déterminer le risque de complications opératoires selon la classification ASA<sup>25</sup>. Les pathologies cardiocirculatoires étaient la première cause de morbidité et les antécédents d'allergie étaient présents dans 20 % de l'échantillon.

Ces résultats ont confirmé l'utilité d'une anamnèse médicale complète pour la prise en charge optimale du patient.

3.2 Aux Etats-Unis : une étude portant sur 11 500 patients fréquentant des cliniques de New York a montré que seulement 288 patients avaient signalé un problème médical. En effet, Picozzi et Neidle<sup>26</sup> ont observé que les patients omettaient de signaler leurs problèmes médicaux au chirurgien-dentiste. Une des explications serait que les patients craignaient de ne pas être soignés s'ils signalaient un éventuel problème. Les auteurs ont suggéré également qu'il était possible que les chirurgiens-dentistes ne posaient pas les bonnes questions, n'écoutaient pas les réponses ou n'avaient pas une expérience suffisante en médecine et en pharmacologie pour identifier l'information pertinente révélatrice de l'état du patient.

3.3 Au Royaume-Uni : une étude rétrospective sur 13 ans a été entreprise par Martin et coll.<sup>27</sup> sur la recherche des causes d'endocardites infectieuses. 53 ont été causées par une intervention dentaire. Pour 10 patients, aucune anamnèse médicale n'avait été effectuée, 31 dossiers avaient un compte rendu inadéquat ou trop ancien, 48 chirurgiens-dentistes n'avaient pas prescrit d'antibiothérapie, 2 avaient prescrit des antibiotiques inadéquats et 2 les avaient prescrits au mauvais moment. Un seul cas d'échec a été constaté malgré une antibiothérapie adéquate.

Cette étude a montré l'importance de constituer, mais aussi de mettre régulièrement à jour l'histoire médicale du patient.

---

<sup>24</sup> SIANO H, FRANCOIS C, BRISSET L, LEFEVRE B, Medical profile of 591 consulting patients in the dental hospital in Reims. A retrospective and transversal study [ in press]

<sup>25</sup> MALAMED S, Physical and Psychological evaluation. Handbook of local anesthesia. Mosby Year Book; 1990: 115-29

<sup>26</sup> PICOZZI A, NEIDLE EA, Medical status of adult dental patients: implication for the dental curriculum. J Am Dent Ass, 1973; 86:858-62

<sup>27</sup> MARTIN MV, BUTTERWORTH ML, LONGMAN LP, Infective endocarditis and the dental practitioner: a review of 53 cases involving litigation. Br Dent J 1997; 182:465-8

#### **4/ Expériences de collaboration entre médecins et chirurgiens-dentistes à l'étranger.**

La coordination entre médecins et chirurgiens-dentistes évite les contradictions et/ou les informations incomplètes dans les dossiers médicaux. Deux études anglaises<sup>28/29</sup> ont montré une nette amélioration de la prise en charge des patients lorsque les activités d'un cabinet médical et celles d'un cabinet dentaire étaient coordonnées. Une consultation médicale préalable à la prise en charge bucco-dentaire est indiquée pour les patients dont l'anamnèse présente des incertitudes ou quand l'examen du patient fait suspecter un problème médical non traité. Une étude sur 1800 patients de Jainkittivong et coll.<sup>30</sup> dans une clinique universitaire américaine de juillet 1989 à octobre 1992 a montré que 147 (8.2%) nécessitaient un examen médical complet. Le motif de consultation était pour 51.5% un bilan cardio-vasculaire et pour 12.6% un bilan diabétique. La difficulté rencontrée par le chirurgien-dentiste était la prescription d'antibiotiques et l'utilisation d'anesthésiques avec vaso-constricteurs. Pour 32.1% des consultations médicales, le plan de traitement bucco-dentaire du patient a été modifié et 8% des patients adressés au médecin ont entrepris un traitement médical.

#### **5/ En France, les réseaux de santé ville-hôpital : une nouvelle organisation de la santé incitant aux collaborations entre professionnels.**

##### **Historique des réseaux de soins aux réseaux de santé.**

##### 5.1 Les ordonnances du 24 Avril 1996

Les ordonnances du 24 Avril 1996 définissent les filières et réseaux de soins dans le chapitre III traitant de la coordination des soins.

L'article L.712-3-2 du code de la santé publique caractérise les réseaux de soins :

- A l'initiative des seuls établissements de santé, ils ne peuvent concerner que certaines installations et activités de soins spécifiques à certaines pathologies,
- Agréés par l'ARH et financés par les COM. \*

L'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale définit les filières et réseaux de soins expérimentaux :

- Les filières de soins élaborées à partir des généralistes « chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ».

---

<sup>28</sup> HAUGHNEY MG, DEVENNIE JC, MACPHERSON LM, MASON DK. Integration of primary care dental and medical services : a three-year study, Br Dent J. 1998; 184: 343-7

<sup>29</sup> MASON DK, GIBSON J, DEVENNIE JC, HAUGHNEY MG, MACPHERSON LM. Integration of primary care dental and medical services : a pilot investigation. Br Dent J. 1994; 177:238-6

<sup>30</sup>JAINKITTIVONG A, YEH CK, GUEST GF, COTTONE JA. Evaluations of medical consultations in a predoctoral dental clinic. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80: 409-413

\*ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation, COM Contrat d'Objectifs et de Moyens



- Les réseaux permettent « la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ».
- Agréés par le ministre après délibération de la commission Soubie et l'Assurance Maladie, la prise en charge et le financement sont planifiés par dérogation au code de la Sécurité Sociale (tarifs, rémunération, paiement direct ...)

### 5.2 La loi du 4 mars 2002

Les réseaux de santé sont définis dans les articles L.1110-1 et L.6321-1 comme une modalité d'organisation de la santé.

Par cette loi, les réseaux de santé sont reconnus comme des acteurs du système :

« Art. L. 1110-1 [...] Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

« Art. L. 6321-1 : Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Les réseaux de santé :

- sont composés de professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, Groupements de Coopération Sanitaire, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales, organisations à vocation sanitaire ou sociale, représentants des usagers.
- ont pour vocation l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic, les soins, la participation à des actions de santé publique.
- ont comme objectif l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.
- leur financement provient de la dotation nationale de développement des réseaux déclinée par région DRDR, de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.

Il existe plusieurs catégories de réseaux<sup>31</sup> :

- des réseaux de prise en charge globale qui s'adressent à une catégorie de la population (femmes enceintes, handicapés, personnes en situation de précarité ou réseau de prévention pour la population globale d'un bassin de vie).
- des réseaux centrés sur une pathologie (SIDA, diabète, cancer, toxicomanie).
- des réseaux hautement spécialisés (chirurgie cardiaque, maladie rare, génétique).

On peut distinguer différents types de prise en charge au sein des réseaux :

- soit purement médical,
- soit purement social,
- soit mixte assurant une prise en charge globale des patients sur le plan médical et social.

La composition des réseaux varie et donne lieu soit à des réseaux inter-hospitaliers soit à des réseaux ville-hôpital comprenant des personnes ou institutions du domaine privé et public.

### 5.3 Exemple d'un réseau de prise en charge médico-sociale : le réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé)

Le réseau ASDES a été créé en 2001 dans les Hauts-de-Seine. Il se déploie pour sa partie nord dans le bassin de vie de Nanterre et pour sa partie sud dans le bassin de vie d'Issy-les-Moulineaux. ASDES est un réseau ville-hôpital : la partie libérale regroupe des médecins libéraux de ces bassins de vie, la partie hospitalière est composée de l'hôpital Max Fourestier (Nanterre) et de l'hôpital Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux). C'est un réseau mixte alliant le médical et le social, destiné à toute personne présentant un retard ou un déficit de prise en charge.

Premier constat : le bassin de vie concerné par le réseau de soins ASDES rassemble, comme dans de nombreux bassins de vie périurbains français, une population dans laquelle on constate des déterminants de santé fréquents (pathologies et comportements) comme le diabète, les troubles de l'alimentation et des rythmes alimentaires, les risques cardiovasculaires, les pathologies liées à l'alcool, au tabac, des cancers de diagnostics tardifs, des IST\*, des risques suicidaires, des violences familiales, des névroses.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> MOUTEL G, HERVE C, *Les réseaux de soins ville-hôpital : une approche de médecine globale*. Le Courrier de l'éthique médicale 2001, 1 : 27-29

\* IST : Infections Sexuellement Transmissibles

<sup>32</sup> MOUTEL G, HERVE C, *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients (Analyse de l'expérience pilote d'un département de consultations hospitalières couplées à un réseau ville hôpital)* www.inserm.fr/ethique.

Deuxième constat : le déficit de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé est une constante des enquêtes dans ce bassin de vie, expliquant la prévalence des pathologies quelque soit le niveau socio-économique des personnes concernées.

Forts de ces constats, des professionnels de santé décident de créer le réseau ASDES avec pour mission la prise en charge globale des patients incluant des actions de prévention, d'éducation et de dépistage précoce des facteurs de risque de santé publique (médicaux et sociaux).

Ils abordent dans leurs consultations des éléments purement médicaux et des éléments sociaux ou médico-juridiques ; une partie de la consultation est consacrée au dépistage des facteurs de risque, à la prévention et à l'éducation à la santé.

Il est proposé aux patients un repérage des facteurs de risque et des comportements à risque, un repérage précoce des maladies dépistables, une prévention primaire ou secondaire ciblée, une prise en compte des éléments sociaux participant aux grands équilibres ( emploi, logement, vie en couple, sexualité, handicap, prise en charge sociale ... ). Cette prise en charge personnalisée repose sur un dossier médical unique partagé entre les différents professionnels.

Les professionnels de santé participant au réseau sont médecins hospitaliers, médecins de ville, psychologues, psychiatres, assistantes sociales, diététiciennes.

## **II PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE**

### **1 / Problématique**

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle et à part entière de la santé ; elle est partie intégrante de l'état de santé et est un facteur déterminant de la qualité de vie. La sphère oro-faciale, par ses fonctions (parler, sourire, manger, respirer, embrasser...), joue un rôle essentiel dans la vie sociale et relationnelle, dans la vie quotidienne de chaque individu, dans l'insertion et la relation avec l'Autre.

La relation entre l'état bucco-dentaire et la santé a été étudiée : un état buccal perturbé est susceptible d'avoir des répercussions au niveau cardio-vasculaire et pulmonaire ; des formes de maladies parodontales pourraient interagir avec le diabète et être responsables de naissances prématurées. L'interaction entre maladies bucco-dentaires et pathologies systémiques est principalement due à des facteurs de risque communs (mode de vie, tabac, alcool, habitude alimentaire, hygiène, médicaments...).

Cette conception élargie de la santé bucco-dentaire ne diminue en rien l'importance des deux principales pathologies bucco-dentaires : la carie dentaire et les maladies parodontales, qu'il est possible de prévenir, de stabiliser et de guérir.

Le dépistage de pathologies bucco-dentaires et la présence de facteurs de risques sont sous le contrôle certes de chirurgiens-dentistes mais également à portée de praticiens, en particulier les médecins généralistes qui voient régulièrement les patients en consultation et les observent dans leur globalité. En pratique, médecins et chirurgiens-dentistes sont peu amenés à se rencontrer. La démarche de soins des pathologies bucco-dentaires est souvent à l'initiative des patients, elle est également la résultante d'une relation entre médecins et chirurgiens-dentistes.

Evoluer d'un cloisonnement des professionnels vers une responsabilité commune, collégiale et partagée du patient implique de considérer celui-ci comme étant au centre du dispositif de santé. Il incombe alors, aux professionnels de santé de s'articuler, ensemble, afin de travailler en commun. Les réseaux de santé ont pour mission une prise en charge adaptée de la personne par une coordination des acteurs de santé. Nous avons voulu étudier l'application de ce concept de prise en charge globale et pluridisciplinaire au domaine bucco-dentaire dans le cadre d'un réseau de santé.

## 2/ Objectifs

Les objectifs de ce travail sont :

- de réaliser un état des lieux de la relation entre médecins et chirurgiens-dentistes dans la prise en charge du patient.
- d'apprécier l'attitude des praticiens dans leur manière d'appréhender leur patient et la place qui lui est accordée dans leur relation.
- de caractériser, par l'analyse de leur pratique, l'implication de chaque professionnel : la perception des médecins de la santé bucco-dentaire? La perception des chirurgiens-dentistes de l'état de santé de leur patient?
- de connaître, à travers la proposition d'un nouveau cadre : un réseau de santé ville hôpital et d'un nouvel outil : le dossier médical personnel, la motivation des professionnels à modifier leur mode de fonctionnement, et les évolutions qu'ils souhaiteraient instaurer. Deux professionnels de santé traitant des patients en commun ne trouveraient-ils pas un intérêt à partager leurs connaissances et leurs données afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients ?

## 3/ Méthodologie

### 3.1 Champ d'étude

Il s'agit d'une enquête auprès de chirurgiens-dentistes de Nanterre et des médecins généralistes du réseau ASDES.

Caractéristiques des populations cibles :

- Les médecins du réseau ASDES.

Le réseau compte environ 70 médecins.

Dix-sept médecins généralistes libéraux exerçant dans les villes de Gennevilliers, Nanterre, et Villeneuve-la-Garenne (département des Hauts-de-Seine) et appartenant au réseau ville hôpital ASDES ont été contactés.

**Dix-sept médecins ont été sollicités, douze ont accepté l'entretien**, et ont consenti à être enregistrés. **Cinq médecins** ont refusé l'entretien par manque de temps.

**Douze entretiens avec des médecins ont été exploités.**

- Les chirurgiens-dentistes de Nanterre :

Il y a trente-trois chirurgiens-dentistes libéraux et deux établissements de santé à Nanterre.

Tous les chirurgiens-dentistes inscrits au Conseil de l'Ordre ont été contactés, à l'exception de ceux travaillant à l'hôpital ou dans des centres de santé.

Douze chirurgiens-dentistes travaillent avec un collaborateur dans le même cabinet ; lorsque plusieurs chirurgiens-dentistes exercent dans le même cabinet, un seul a été interrogé.

**Vingt-sept chirurgiens-dentistes ont été sollicités ; treize ont accepté l'entretien** et tous consenti à être enregistrés.

**Quatorze chirurgiens-dentistes ont refusé soit par manque de temps (12), soit pour cause de vacances (1) ou congé maternité (1).**

**Treize entretiens avec des chirurgiens-dentistes ont été exploités.**

### 3. 2 Modalités et durée des entretiens :

Les praticiens ont été contactés par téléphone et les rendez-vous fixés après une brève présentation du sujet de recherche.

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des praticiens. Le questionnaire a été posé oralement à tous les praticiens. Chaque entretien a été enregistré après recueil du consentement et avec l'assurance pour le praticien du respect de l'anonymat et de la confidentialité des réponses.

La durée des entretiens a été variable :

- une moyenne de 27 minutes avec les chirurgiens-dentistes avec des extrêmes allant de 14 minutes à 1 heure.

- une moyenne de 25 minutes avec les médecins avec des extrêmes allant de 14 minutes à 45 minutes.

Les trajets pour se rendre dans les cabinets ont eu lieu soit en transport public soit à pied permettant ainsi d'apprécier le quartier et l'environnement des cabinets.

### 3.3 Outils :

Il s'agit de questionnaires semi-dirigés avec des questions ouvertes et fermées<sup>33</sup>. Le questionnaire ouvert ou semi-directif a été retenu car il permet de laisser beaucoup de place à la description, la personne interrogée étant ainsi plus libre de s'exprimer<sup>34</sup>.

Les questionnaires ont été réalisés de manière analogue pour les médecins et les chirurgiens-dentistes afin de comparer les réponses. Pour chaque question, les résultats des chirurgiens-dentistes et des médecins sont exposés et analysés en parallèle.

Le questionnaire permet, par une trame préétablie, de récolter des données quantifiables et comparables.

Grâce à l'enquête par questionnaire nous sommes en mesure d'établir des fréquences, de réaliser des comparaisons et d'observer les relations entre les variables. Le caractère semi-directif du questionnaire permet de vérifier certaines réponses et de les approfondir.

Les questions ouvertes donnent des informations riches et diversifiées<sup>35</sup> par exemple des renseignements sur le niveau d'implications, d'informations des répondants sur le sujet et leur compréhension des questions.

Les questions fermées plus simples à traiter ont l'avantage de permettre des comparaisons. Les questions fermées du questionnaire sont soit à choix binaire (oui/non) soit à choix multiples : elles sont la plupart du temps suivies d'une demande de justification.

### 3.4 Présentation des questionnaires.

Les questionnaires sont composés de trois parties.

La première partie (questions 1 à 9), traite de la nature de la relation entre les professionnels à proprement parler; nous cherchons à quantifier et qualifier cette relation, à apprécier les comportements de ces professionnels de santé dans leur relation entre eux et avec le patient.

Les parties suivantes sont un approfondissement avec une approche de cette thématique par d'autres points de vue.

---

<sup>33</sup> BERTHIER Nicolas. *Les techniques d'enquêtes*, Sociologie, Ed. Armand Collin, Paris, 2004, 243p.

<sup>34</sup> DE SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, Sociologie 128, Ed. Nathan Université, Paris, 1992, 127p.

<sup>35</sup> BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Sociologie 128, Ed. Nathan Université, Paris, 1992, 127p.

La deuxième partie (questions 10 à 16), concerne la nature de la prise en charge des patients. Ce thème est abordé par l'analyse de la pratique des professionnels. Des notions théoriques sont confrontées à leur mise en pratique.

La troisième partie (questions 17 à 24), concerne la nature de l'organisation entre ces praticiens. Elle est surtout constituée de questions sur les intentions et les attentes de ces praticiens par rapport à l'évolution de leur relation.

Après les deux premiers entretiens, il est apparu nécessaire de modifier légèrement la structure du questionnaire.



### III Analyse des résultats

#### 1. NATURE DE LA RELATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

- Question 1 :

- posée aux chirurgiens-dentistes : Etes-vous parfois sollicités par des médecins à propos de patients?

| OUI  | NON  |
|------|------|
| 8/13 | 5/13 |

| combien par an? | <10 | 10  | >10 |
|-----------------|-----|-----|-----|
|                 | 5/8 | 2/8 | 1/8 |

| Pourquoi? | ne répond pas                             | 1/8 |                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | recherche préventive de foyers infectieux | 5/8 | dont BBD cardiaque 4/5, prothèse de hanche 3/5, traitement lourd 2/5, anti-coagulant 1/5, ophtalmologie 1/5 |
|           | présence de foyers infectieux             | 5/8 |                                                                                                             |
|           | difficulté diagnostique                   | 2/8 | dont ORL 2/8                                                                                                |
|           | problème de salive                        | 1/8 |                                                                                                             |

- posée aux médecins : Etes-vous parfois sollicités par des chirurgiens-dentistes à propos de patients ?

| OUI   | NON  |
|-------|------|
| 10/12 | 2/12 |

| combien par an? | <10  | >10  |
|-----------------|------|------|
|                 | 9/10 | 1/10 |

| Pourquoi? | faisabilité des soins            | 9/10 | dont anesthésie 3/9, anticoagulant 4/9, extraction soin 4/9, entente préalable en cas de pathologies 4/9, cardiaque 2/9, diabète 1/9, femme enceinte 1/9. |
|-----------|----------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | suspicion de pathologie générale | 1/10 |                                                                                                                                                           |

Les chirurgiens-dentistes (8/13) et les médecins (10/12) sont très rarement sollicités, **pour plus de 90% des praticiens, cela arrive moins de 10 fois par an.**

Selon les chirurgiens-dentistes, les médecins les sollicitent une fois sur deux dans le cadre d'une pathologie systémique où l'infection bucco-dentaire est un facteur de risque et d'aggravation. Les

situations les plus fréquentes intéressent une recherche de foyers infectieux dans les pathologies cardiaques, en particulier valvulaires, ou orthopédique, en particulier prothèse de hanche. Sont cités également les contextes de traitements lourds. Dans l'autre moitié des cas, le médecin sollicite le chirurgien-dentiste après avoir repéré des foyers infectieux ou une anomalie de la cavité buccale.

Deux chirurgiens-dentistes ont déjà été consultés par le médecin pour une difficulté de diagnostic.

Selon les médecins, les chirurgiens-dentistes les sollicitent pour connaître certaines données médicales préalables à la réalisation de leurs soins (9/10) et pour avoir leur accord avant d'entreprendre les actes.

Un médecin a déjà été sollicité par un chirurgien-dentiste suspectant une pathologie.

Les deux réponses négatives des médecins correspondent au motif suivant : c'est le chirurgien-dentiste qui les sollicite et non l'inverse.

- **Question 2 :**

*- posée aux chirurgiens-dentistes :* **Vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter un médecin ?**

| jamais | rarement | quelquefois | souvent | Systématiquement |
|--------|----------|-------------|---------|------------------|
| 1/13   | 3/13     | <b>8/13</b> | 1/13    | 0/13             |

*- posée aux médecins :* **Vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter un chirurgien-dentiste ?**

| jamais | rarement | quelquefois | souvent     | Systématiquement |
|--------|----------|-------------|-------------|------------------|
| 4/12   | 0/12     | 1/12        | <b>6/12</b> | 1/12             |

Les chirurgiens-dentistes répondent, pour la plupart, qu'il leur arrive « quelquefois » de conseiller à leurs patients d'aller chez le médecin. Deux d'entre eux précisent que c'est en cas de suspicion de pathologie ORL, et quatre répondent lorsqu'ils suspectent une pathologie générale.

Les médecins conseillent plus fréquemment à leurs patients de consulter un chirurgien-dentiste, souvent et systématiquement 7/12 pour les médecins contre 1/13 pour les chirurgiens-dentistes.

Quatre médecins répondent négativement et deux conseillent éventuellement « quand je vois des bouches déplorables, mais je n'examine pas systématiquement » ou « quand état dentaire très délabré », un médecin précise qu'il le fait davantage depuis son intégration au réseau ASDES.

• **Question 3 :**

*- posée aux chirurgiens-dentistes : Demandez-vous à vos patients s'ils ont un médecin ?*

|            |                   |                                          |             |                                                                                                                        |
|------------|-------------------|------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>11/13 dont</b> | <b>systématiquement?</b>                 | <b>1/11</b> | médecin traitant                                                                                                       |
|            |                   | <b>en fonction de certains critères?</b> | <b>9/11</b> | après questionnaire si présence de pathologie 6/9, si besoin de contacter les médecins ou d'adresser les patients 3/9, |
|            |                   | <b>NR</b>                                | 1/11        |                                                                                                                        |
| <b>NON</b> | <b>2/13</b>       | <b>pourquoi?</b>                         | 1/13        | je suppose qu'ils en ont un                                                                                            |
|            |                   | <b>NR</b>                                | 1/13        |                                                                                                                        |

*- posée aux médecins : Demandez-vous à vos patients s'ils ont un chirurgien-dentiste ?*

|            |                  |                                          |            |                                                                                                                                                  |
|------------|------------------|------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>4/12 dont</b> | <b>systématiquement?</b>                 | <b>2/4</b> | à chaque visite de prévention 1/4, je conseille systématiquement une fois par an 1/4, dossier ASDES ¼                                            |
|            |                  | <b>en fonction de certains critères?</b> | 3/4        | au détour d'une consultation ORL 1/3, en fonction de pathologies de l'appareil dentaire 1/3, s'ils ont des problèmes dentaires ou cardiaques 1/3 |
| <b>NON</b> | <b>8/12</b>      | <b>pourquoi?</b>                         |            | c'est de leur responsabilité personnelle 1/8, je leur demande s'ils font des soins 1/8, je leur dis d'y aller 2/8                                |
| <b>NR</b>  | 4/8              |                                          |            |                                                                                                                                                  |

11 chirurgiens-dentistes sur 13 répondent positivement : **1 demande systématiquement** et **9 selon certains critères** :

- si patient porteur d'une pathologie générale : 6/11 chirurgiens-dentistes souhaitent savoir s'il est suivi par un médecin ; « si le patient est porteur d'une pathologie je vais alors lui demander s'il est suivi régulièrement ou non, autrement je ne demande pas », « si pas de pathologies, c'est pas la peine de demander ».

- si besoin de contacter le médecin ou d'adresser (3/11).

L'un des chirurgiens-dentistes ayant répondu négativement précise qu'il ne leur pose pas la question « spontanément et qu'il suppose qu'ils en ont un ».

Sur les 12 médecins, 4 ont répondu positivement et 8 négativement. Un des médecins ayant répondu par la négative s'exprime en ces termes « Je ne vois pas ce que ça vient faire dans mon travail, **je ne voudrais pas que la médecine préventive se détourne vers une forme d'assistanat** : que l'on rappelle aux gens, « faites attention à vos vaccins », c'est une chose parce qu'on ne connaît pas bien les dates. Les gens savent qu'il faut aller voir le dentiste, c'est un peu de leur **responsabilité personnelle** ».

- **Question 4 :**

*- posée aux chirurgiens-dentistes :* **Avez-vous des correspondants médecins ?**

|            |             |                                                  |
|------------|-------------|--------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>6/13</b> | il a été cité comme type de correspondant :      |
|            |             | Généraliste 4                                    |
|            |             | Spécialiste : ORL 2, Ophtalmo 1, non spécifié 2, |
|            |             | NR2                                              |
| <b>NON</b> | <b>7/13</b> |                                                  |

*- posée aux médecins :* **Avez-vous des correspondants chirurgiens-dentistes ?**

|            |             |                                             |
|------------|-------------|---------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>7/12</b> | il a été cité comme type de correspondant : |
|            |             | Omnipraticien 7                             |
|            |             | ODF 2                                       |
|            |             | Pédodontiste 1                              |
|            |             | service Hospitalier 1                       |
| <b>NON</b> | <b>5/12</b> |                                             |

Parmi les répondants chirurgiens-dentistes, on relève en majorité deux à trois correspondants médecins avec un maximum de cinq.

Parmi les médecins, on relève en majorité deux à trois correspondants chirurgiens-dentistes avec un maximum allant de cinq à huit. Un tiers des médecins ont des correspondants chirurgiens-dentistes exerçant à Nanterre.

**La moitié des chirurgiens-dentistes n'ont pas de correspondants médecins, et un peu moins de la moitié des médecins n'ont pas de correspondants chirurgiens-dentistes.**

- **Question 5 :**

*- posée uniquement aux médecins :* **Combien de patients recevez-vous pour des douleurs dentaires chaque mois ?**

La majorité des médecins reçoivent en moyenne entre 1 à 5 patients consultant pour des douleurs dentaires par mois. En général, les patients viennent en cas de douleurs aiguës, type abcès. Les médecins prescrivent pour la plupart des antibiotiques et des antalgiques ou anti-inflammatoires. 4 médecins vont accompagner leur prescription de recommandations et d'un courrier afin que le patient consulte un chirurgien-dentiste. Les médecins expliquent que les patients viennent directement les voir au lieu d'aller chez le chirurgien-dentiste parce qu'ils n'obtiennent pas de rendez-vous rapidement. Ils évoquent également la peur du chirurgien-dentiste et des difficultés financières.

• **Question 6 :**

*- posée aux chirurgiens-dentistes :* **Vous arrive-t-il d'adresser des patients chez le médecin ?**

|            |              |                                      |                                                                                                                                                            |
|------------|--------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>13/13</b> | <b>chez qui?</b>                     | chez celui du patient 5/13,<br>chez celui du patient et s'ils n'en ont pas chez un de leurs correspondants 4/13,<br>ne donne pas de nom 2/13, NR 2/13      |
|            |              | <b>Fréquence ?</b>                   | 5/an:5, 10/an: 4, +20/an: 3, NR 1                                                                                                                          |
|            |              | <b>motifs (nombre de fois cité):</b> | signe clinique révélateur pathologie générale 5, ORL 4, faisabilité du soin et précautions à prendre : (extr, anest, ANTG, CI) 3, motif psychiatre 1, NR 1 |
|            |              | <b>comment?</b>                      | Courrier 10, courrier et téléphone 1, téléphone 1, NR1                                                                                                     |
|            |              | <b>Recevez-vous des réponses ?</b>   | jamais 5, rarement 1, quelquefois 0, souvent 2, systématiquement 2, NR 2                                                                                   |
| <b>NON</b> | <b>0/13</b>  |                                      |                                                                                                                                                            |

*- posée aux médecins :* **Vous arrive-t-il d'adresser des patients chez le chirurgien-dentiste ?**

|            |             |                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | <b>6/12</b> | <b>chez qui ?</b>                      | Chez celui du patient 2/6,<br>chez celui du patient et s'ils n'en ont pas, chez un de leurs correspondants 4/6,                                                                                                                 |
|            |             | <b>Fréquence ?</b>                     | ≤ 5 /an : 3, 40-50/an :1, NR 2                                                                                                                                                                                                  |
|            |             | <b>motifs (nombre de fois cités) :</b> | motif médical nécessitant une prise en charge particulière (ANTG) 1/6,<br>relation dentaire et sinusite 1/6, BBD 1/6<br>pour 2 <sup>ème</sup> avis (implant) 1/6, dossier ASDES 1/6,<br>radiothérapie 1/6, besoin de soins 1/6. |
|            |             | <b>Comment ?</b>                       | Courrier 3, téléphone 1, NR 2                                                                                                                                                                                                   |
|            |             | <b>Recevez-vous des réponses ?</b>     | jamais 3/6, rarement 1/6 quelquefois 1/6, NR 1                                                                                                                                                                                  |
| <b>NON</b> | <b>6/12</b> | <b>pourquoi ?</b>                      | Je n'ai pas la compétence 1, ils en ont forcément un 2,<br>pas de correspondants 1. NR 2                                                                                                                                        |

**Tous les chirurgiens-dentistes ont déjà adressé des patients chez le médecin, tandis que la moitié des médecins n'adresse pas chez les chirurgiens-dentistes.**

4 chirurgiens-dentistes et 4 médecins adressent chez un de leurs correspondants si le patient n'a pas de praticien.

Les médecins qui n'ont jamais adressé des patients chez le chirurgien-dentiste estiment qu'ils n'en ont pas la « compétence » et que, de toute façon, le patient en a sûrement un.

Un médecin explique qu'il lui est difficile d'adresser puisqu'il n'a pas de correspondant.

**Quant à la fréquence, les chirurgiens-dentistes et médecins adressent en moyenne 10 patients par an.**

10 chirurgiens-dentistes affirment écrire des courriers aux médecins, 3 médecins communiquent par courrier avec les chirurgiens-dentistes.

**Plus de la moitié des praticiens confondus disent ne jamais recevoir de réponse de leurs confrères.**

Plusieurs médecins estiment qu'il y a une différence entre adresser un patient chez un spécialiste et adresser chez un chirurgien-dentiste et s'expriment ainsi : « Pour l'ORL et le stomatologue j'adresse avec un courrier, parce que j'attends un courrier, j'attends une réponse. Parce qu'autant quand quelqu'un vient me voir pour un problème dentaire je ne me sens pas concerné dans la prise en charge, je lui dis c'est votre problème, allez voir votre dentiste et je n'attends pas de réponse, et je n'attends pas de suivi, je ne vais pas contrôler l'évolution par rapport au traitement qu'aura fait le dentiste. Quand j'envoie un patient pour une langue noire à un ORL ou à un stomatologue, j'attends un résultat, parce que derrière ça je vais me coltiner le patient tout du long si ça marche pas, il va revenir me voir ».

Et un deuxième d'expliquer que, si besoin, il conseille au patient de se rendre chez le dentiste mais pour autant n'adresse jamais : « C'est pas comme si on allait chez l'ORL et que je leur conseille un ORL particulier, normalement les patients ils ont déjà leurs dentistes, c'est comme l'ophtalmo, (sauf que pour l'ophtalmo, elle adresse) c'est une spécialité un peu à part. Les gens peuvent y aller sans passer par nous. »

- **Question 7 :**

**-posée aux chirurgiens-dentistes : Avez-vous déjà été en relation régulière avec un médecin pour le suivi d'un patient ?**

|            |      |          |                                              |           |                                                                                                                                                                                                             |
|------------|------|----------|----------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> | 6/13 | combien? | > 20/an:1,<br>5-6/an:1,<br>1-2/an:3,<br>NR 1 | pourquoi? | Problème cardiaque <sup>2</sup> ,<br>cancer(ORL) <sup>2</sup> , HIV <sup>1</sup> ,<br>anévrisme <sup>1</sup> , compression nerf<br>auditif <sup>1</sup> , allergie titane <sup>1</sup> ,<br>psychosomatique |
| <b>NON</b> | 7/13 |          |                                              |           |                                                                                                                                                                                                             |

**- posée aux médecins : Avez-vous déjà été en relation régulière avec un chirurgien-dentiste pour le suivi d'un patient ?**

|            |      |            |       |
|------------|------|------------|-------|
| <b>OUI</b> | 1/12 | <b>NON</b> | 11/12 |
|------------|------|------------|-------|

**La moitié des chirurgiens-dentistes et quasiment l'intégralité des médecins répondent négativement à cette question.**

Néanmoins, il est déjà arrivé à 7 chirurgiens-dentistes d'effectuer le suivi d'un patient en collaboration avec un médecin. En moyenne, cet évènement ne se répète pas plus de 5 fois par an, et se présente soit dans des cas de pathologies complexes : cardiopathie, cancer, allergie ou dans des situations exceptionnelles tel un anévrisme.

Le médecin ayant répondu positivement relate un cas de cancer ORL.

- **Question 8 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir des renseignements auprès d'un médecin à propos d'un patient commun ?**

|            |      |            |              |
|------------|------|------------|--------------|
| <b>OUI</b> | 0/13 | <b>NON</b> | <b>13/13</b> |
|------------|------|------------|--------------|

*-posée aux médecins :* **Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir des renseignements auprès d'un chirurgien-dentiste à propos d'un patient commun ?**

|            |      |            |              |
|------------|------|------------|--------------|
| <b>OUI</b> | 0/12 | <b>NON</b> | <b>12/12</b> |
|------------|------|------------|--------------|

Tous les interlocuteurs ont répondu négativement. Huit médecins ont précisé qu'ils n'avaient jamais eu de difficulté à obtenir des renseignements parce qu'ils n'avaient pas cherché à en avoir ou qu'ils n'en n'avaient jamais eu l'occasion.

- **Question 9 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins ?**

|             |             |
|-------------|-------------|
| excellente  | <b>5/13</b> |
| bonne       | <b>6/13</b> |
| inexistante | 1/13        |
| NR          | 1/13        |

*- posée aux médecins :* **Comment qualifieriez-vous votre relation avec les chirurgiens-dentistes ?**

|               |             |
|---------------|-------------|
| bonne         | 1/12        |
| occasionnelle | 2/12        |
| inexistante   | <b>9/12</b> |

Les chirurgiens-dentistes **sont satisfaits de la relation avec les médecins**, deux, la trouvent tout de même **très occasionnelle**, contrairement aux médecins qui jugent la relation avec les chirurgiens-dentistes **inexistante**.

→ **Souhaitez-vous la modifier ?**

Chirurgiens-dentistes

|            |             |
|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | 1/13        |
| <b>NON</b> | <b>9/13</b> |
| <b>NR</b>  | 3/13        |

Médecins

|            |             |
|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>7/12</b> |
| <b>NON</b> | 3/12        |
| <b>NR</b>  | 2/12        |

**Neuf chirurgiens-dentistes considèrent que la relation avec les médecins leur convient, qu' « elle est bien comme ça », et ne souhaitent pas la modifier.** Néanmoins un chirurgien-dentiste répond positivement et propose de créer un lien par un courrier d'information.

**Plus de la moitié des médecins souhaitent modifier la relation actuelle.** Ce serait l'occasion pour eux de discuter plus souvent avec des chirurgiens-dentistes. Ils pourraient ainsi :

- **améliorer leurs connaissances**, par exemple sur des thèmes abordant la prise en charge bucco-dentaire des enfants pour lesquels ils « ne savent pas répondre aux parents ».
- **mieux suivre leurs patients et adresser plus facilement.** Plusieurs médecins déclarent qu'ils ne savent jamais si leurs patients sont vraiment allés chez le chirurgien-dentiste après le leur avoir conseillé.

**Néanmoins, trois médecins ne souhaitent pas modifier cette relation**, parce qu' « elle est bien comme ça », et également parce qu'ils **n'en voient pas l'intérêt**. A ce propos, un des médecins ajoute « je ne vois pas quel retour peut m'apporter un dentiste dans ce qu'il fait... Est ce que l'avis d'un dentiste sur l'état bucco-dentaire d'un patient peut modifier quelque chose à ma prise en charge, à ma pratique, à mes diagnostics ? ». Un second praticien indique qu' « il ne voit pas ce qu'il pourrait faire de plus » et un troisième qu'il ne saurait pas juger si le traitement réalisé « est bien ou mal » et estime donc qu'il « n'y a pas de relation possible ».

### → A quoi est due cette relation?

- Trois chirurgiens-dentistes ont répondu à cette question, ils relatent :

1/ **Un exercice individuel et isolé** : « chacun est dans son coin ». L'un d'eux pense que « les chirurgiens-dentistes sont individualistes » et que « c'est assez spécifique à notre profession », il pense également que cela doit être dû au type d'exercice principalement solitaire.

2/ **Un manque d'intérêt des médecins pour la santé bucco-dentaire.** L'un d'eux exprime ainsi son désarroi « Pour les médecins les dents, c'est quelque chose d'accessoire, c'est même pas de la médecine, ni des soins, c'est du bricolage. Regardez la bouche d'un médecin et vous verrez que même pour eux-mêmes, ils n'ont même pas l'hygiène minimum. J'ai été étonné par l'état dentaire moyen des médecins. A 90% ils ne sont pas suivis. Tout ça changera si à la fac, ça change, mais dans leur formation il y'a un tel mépris de la quenotte ! »



- Huit médecins se sont prononcés sur ce qu'ils pensent être les causes de cette relation qu'ils jugent quasiment inexistante. Différents thèmes reviennent particulièrement souvent :

#### 1/ **la formation** :

Les médecins ne s'estiment pas suffisamment compétents pour évaluer les problèmes bucco-dentaires, et expliquent cela par un « manque de formation initiale et d'information sur le rôle du dentiste et l'importance de l'hygiène bucco-dentaire », et « pratiquement aucune formation continue sur l'état bucco-dentaire et le suivi du dentiste ». Un médecin explique que cette situation est en partie imputable à leur incompétence sur ce thème, ce qui implique qu'ils n'aient pas envie de s'y intéresser et qu'ils ne savent pas comment se positionner par rapport aux chirurgiens-dentistes.

#### 2/ **la méconnaissance de la profession de chirurgien-dentiste** :

A plusieurs reprises, des praticiens ont déclaré qu'ils connaissaient peu cette profession et son fonctionnement. Pour certains « le rôle du dentiste, c'est le soigneur ou l'arracheur de dents mais ça s'arrête un peu là » et « eux ils s'occupent de quelque chose qui n'a rien à voir avec de la médecine »

#### 3/ **la raison financière**

« Ils gagnent tellement d'argent ces dentistes »

#### 4/ **l'attitude des médecins par rapport à la santé bucco-dentaire** :

Ils ne se sentent pas tous concernés par la problématique dentaire, et pour certains estiment que :

##### 4.1/ Ce n'est pas leur rôle.

« C'est vrai, je ne pense pas qu'il soit de mon rôle de faire de l'hygiène bucco-dentaire puisqu'il y a les dentistes qui sont là, mais je ne pense pas, non plus, à articuler mon action vers des dentistes... », « je ne me sens pas concerné dans la prise en charge ».

L'**accès libre** aux chirurgiens-dentistes crée un contexte qui ne mobilise pas le médecin traitant, « les dents se font soigner à part, les patients ne nous en parlent pas, comme quand ils vont chez le podologue, ou le pédicure ».

Certains médecins expliquent qu'en tant que généraliste, une part importante est certes de leur ressort mais qu'il y a tout de même des limites. Par rapport aux pathologies bucco-dentaires, ils se dégagent un peu et se positionnent plutôt en **solution de dépannage**. « Dans la mesure où il y a un spécialiste avec qui on ne communique pas, on va dire allez voir votre dentiste ! Pas pour se

décharger mais on a beaucoup de choses à faire, il faut bien se donner une limite, ça **c'est pas de mon ressort** allez voir le dentiste ! »

#### 4.2/ Ils n'auront pas de suivi à faire sur l'évolution du traitement réalisé par le chirurgien-dentiste.

« Quand quelqu'un vient me voir pour un problème dentaire **je ne me sens pas concerné dans la prise en charge**, je lui dis c'est votre problème, allez voir votre dentiste et je n'attends pas de réponse, et je n'attends pas de suivi, je ne vais pas contrôler l'évolution par rapport au traitement qu'aura fait le dentiste ». Un des médecins se questionne sur l'action du chirurgien-dentiste, dans tous les cas, le chirurgien-dentiste ne compte pas sur lui pour effectuer un suivi.

### **5/ la vision des médecins sur leur relation avec les chirurgiens-dentistes**

5.1 Un médecin cite comme premier biais dans cette relation le « **non choix** » de la majorité des praticiens à exercer cette profession, dû aux aléas du concours commun en première année. Ainsi il ressent « une certaine aigreur chez ces dentistes qui ne le sont pas par choix, ce qui est extrêmement difficile et dommageable à la relation globale ».

5.2 Des médecins ont répondu à plusieurs reprises qu'ils considéraient **les deux professions comme étant des métiers réellement différents ; que les praticiens vivaient dans deux mondes différents et qu'ils n'avaient pas la même personnalité ni le même mode de fonctionnement.**

Un médecin explique qu'entre collègues ils vont facilement et régulièrement s'échanger des informations médicales, ce qui n'arrive pas avec le chirurgien-dentiste. Ce médecin considère que le chirurgien-dentiste « a l'impression de travailler mécaniquement au niveau de sa dent et que c'est son problème et pas un problème de santé générale ».

Après avoir mis en exergue le fait que les deux professions vivaient dans deux mondes différents isolés l'un de l'autre, « chacun travaillant dans son coin », deux praticiens expliquent qu'**ils ne voyaient pas « la nécessité de communiquer avec un dentiste »**, et que « les dentistes, je ne les ai jamais vus, j'en connais aucun, ... **On n'a pas besoin de se voir** ».

5.3 De plus, le chirurgien-dentiste **n'est pas l'interlocuteur privilégié car « dès qu'il y un problème un peu important qui dépasse le problème dentaire, on passe dans le cadre de la stomatologie et là on re-rentre dans une relation médecin - médecin ».**

5.4 Pour un des praticiens, **la relation se détériore de plus en plus et ceci est du au décalage croissant entre l'attitude des chirurgiens-dentistes et celle des médecins par rapport aux**

**patients bénéficiant de la CMU :** « ils n'acceptent pas les CMU, on sait pas quoi faire. La plupart des médecins ne sont pas contents parce que nous on les reçoit les CMU, on les traite comme les autres, alors que les dentistes donnent des RDV très très tardifs, ils les voient pas, ils ne sont pas traités, donc c'est un peu gênant ».

#### **6/ une relation éventuelle ?**

La relation, envisagée par certains, serait articulée autour d'un objectif de dépistage, tout particulièrement dans le cadre du réseau ASDES. Il deviendrait ainsi possible de conseiller aux patients de consulter un chirurgien-dentiste.

## 2. NATURE DE LA PRISE EN CHARGE

- Question 10 :

-posée aux chirurgiens-dentistes : **Avez-vous une fiche particulière pour le questionnaire médical ?**

|     |      |     |      |
|-----|------|-----|------|
| OUI | 6/13 | NON | 7/13 |
|-----|------|-----|------|

- posée aux médecins : **Avez-vous une fiche particulière pour l'examen buccal ?**

|     |      |     |       |
|-----|------|-----|-------|
| OUI | 0/12 | NON | 12/12 |
|-----|------|-----|-------|

**7 chirurgiens-dentistes n'ont pas de fiche particulière pour le questionnaire médical dans leurs dossiers, et aucun médecin n'a de fiche particulière pour l'examen buccal.**

Parmi les chirurgiens-dentistes ayant répondu oui, quatre sont informatisés et font signer le questionnaire médical aux patients. Parmi ceux ayant répondu non, trois possèdent un questionnaire médical mais ne l'utilisent pas.

Deux médecins ont une fiche pour l'examen buccal dans leur dossier mais ne la remplissent pas.

- Question 11 :

-posée aux chirurgiens-dentistes : **Le questionnaire médical c'est :**

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Simple                 | 11/13 |
| difficile à faire      |       |
| ni simple ni difficile | 2/13  |

|                    |       |
|--------------------|-------|
| rapide             | 10/13 |
| nécessite du temps | 3/13  |

|                                                        |      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>doit être fait systématiquement</b>                 | 8/13 | 3 ont précisés:  | A tout nouveau patient <sup>1</sup> , ceux non vu depuis 2-3 ans <sup>1</sup> , à toute consultation reposer rapidement <sup>1</sup> .                                                                                                                     |
| <b>doit être fait en fonction de certains critères</b> | 5/13 | <b>lesquels?</b> | âge-cardiovasculaire-infectieux-hépatite-traitement interférent <sup>1*</sup> , traitement au long cours-patient un peu dégradé <sup>1</sup> , faciès <sup>1</sup> , suspicion d'un problème <sup>1</sup> , pas besoin pour des soins normaux <sup>1</sup> |

\*Les thèmes séparés par des tirets ont tous été cité par le même praticien.

Pour 11 chirurgiens-dentistes, le questionnaire médical est simple à réaliser et pour 10 d'entre eux considéré comme rapide. A l'item suivant, les réponses se répartissent de manière moins homogène, sur les 13 chirurgiens-dentistes, **8 pensent que le questionnaire médical doit être fait systématiquement contre 5 pour lesquels, celui-ci doit être fait en fonction de certains critères.** Un chirurgien-dentiste affirme qu'il n'est pas nécessaire de le réaliser pour des « soins normaux ».

Dans les critères préférentiellement énumérés qui incitent à réaliser un questionnaire approfondi, on trouve : âge du patient, pathologie dont le patient est atteint, traitement médicamenteux, suspicion de pathologie non déclarée.

**Un chirurgien-dentiste insiste sur l'importance de ce questionnaire**, « il faut savoir sur quel sujet on travaille, il ne faut pas se simplifier la vie, même un pansement ou une ordonnance. Il faut toujours poser les questions rapidement aux patients à chaque consultation, c'est indispensable ».

- posée aux médecins : L'examen buccal c'est :

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <b>simple</b>            | <b>10/12</b> |
| <b>difficile à faire</b> | <b>2/12</b>  |

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| <b>rapide</b>             | <b>11/12</b> |
| <b>nécessite du temps</b> | <b>1/12</b>  |
| NR                        | 2/11         |

|                                                        |      |                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>doit être fait systématiquement</b>                 | 4/12 |                                                                                                                                                       |
| <b>doit être fait en fonction de certains critères</b> | 8/12 | Tabac, alcool, si facteurs de risques, âge, trouble alimentaire, gênes, lors d'un examen buccal, ça dépend de la pathologie pour lequel ils viennent. |

Dix médecins trouvent que l'examen buccal est simple à faire, et tous qu'il est rapide à réaliser.

**Ils sont 4 à juger qu'il doit être fait systématiquement et 8 qu'il doit être fait en fonction de certains critères.**

Le critère principal est la présence de facteurs de risque: âge, alcool, tabac, trouble alimentaire. La réalisation de l'examen buccal dépend en grande partie de la pathologie pour laquelle vient le patient, du temps dont dispose le praticien, et pour certains « Faire tout systématiquement c'est pas gérable, s'ils viennent pour un cor au pied je ne regarde pas l'état des dents » et «Je ne peux pas à une consultation à 20 euros faire un examen des pieds à la tête d'une personne qui vient parce qu'elle a un panaris à la main droite. Je me cantonne à l'examen des gens pour la pathologie pour laquelle ils viennent ».

Un médecin pour qui l'examen doit être systématique l'explique ainsi : « Dans ce quartier, ils ne font pas attention à leur hygiène bucco-dentaire donc on est obligé de le faire systématiquement, ils négligent encore plus qu'autres choses ».

- **Question 12 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Quand réalisez-vous un questionnaire médical ?**

|                                                    |      |                                                                                |
|----------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Systématiquement                                   | 1/13 |                                                                                |
| à la 1ère consultation                             | 8/13 |                                                                                |
| ....et lors du suivi d'un patient depuis longtemps | 4/13 |                                                                                |
| quand présence d'une pathologie générale           | 4/13 |                                                                                |
| .....et suivant évolution de la pathologie         | 1/13 |                                                                                |
| avant un acte particulier, état du patient         | 9/13 | Anesthésie1, chirurgie 6, prescription 1: allergie, infection, grossesses, NR1 |

*-posée aux médecins :* **Quand réalisez-vous un examen buccal complet ?**

|                                                                                    |       |                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| systematiquement consultation ASDES                                                | 1/12  |                                                                                                                                                                                          |
| à chaque consultation de prévention                                                | 2/12  |                                                                                                                                                                                          |
| 1ère consultation                                                                  | 2/12  |                                                                                                                                                                                          |
| une fois par an chez les patients suivis régulièrement                             | 1/12  |                                                                                                                                                                                          |
| lors d'un examen ORL                                                               | 12/12 |                                                                                                                                                                                          |
| si patient atteint d'une pathologie générale ou si présence de facteurs de risques | 8/12  | diabète2, tumeur2, fatigue1, femme enceinte1, fumeur1, mycose1, cardiopathie-sinus-infection1, plainte digestive-polyadénopathies1, mycoses digestives rectocolites hémorragiques-Cröhn1 |

**Sur la totalité des chirurgiens-dentistes, un seul réalise systématiquement un questionnaire médical, 8 l'effectuent à la première consultation et 9 avant un acte particulier (anesthésie, chirurgie). Le questionnaire médical sera rempli dans les cas de pathologies générales par 4 chirurgiens-dentistes. Pour des patients suivis, 4 chirurgiens-dentistes réitèrent le questionnaire régulièrement et 1 précise qu'il le renouvelle en fonction de l'évolution de la pathologie du patient.**

**Seul un médecin réalise l'examen buccal à la première consultation** et spécifie qu'il le fait de manière systématique pour les enfants mais de façon plus aléatoire pour les adultes.

Quatre médecins ont répondu qu'ils effectuaient l'examen buccal complet lors des consultations de prévention dont un lors d'une consultation ASDES.

Un médecin réitère l'examen buccal de manière systématique une fois par an, pour les patients qu'il suit depuis longtemps.

Les médecins répondent tous que lors d'un examen ORL, ils observent la cavité buccale en y incluant l'examen des dents.

Huit médecins s'intéressent particulièrement à l'état de la cavité buccale si le patient est atteint d'une pathologie générale (cardiopathie, diabète, tumeur, mycose digestive), ou s'ils repèrent la présence de facteurs de risque (alcool, tabac, grossesse).

Un médecin ne réalisant l'examen buccal que lors d'une pathologie ORL et « je n'irai pas voir les dents de quelqu'un qui ne vient pas me voir pour ça ».

- **Question 13 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Que souhaitez-vous savoir lors du questionnaire médical ?**

Les réponses à cette question peuvent être classées en deux parties :

- **Les contre-indications à la prescription.** Le praticien cherche à savoir si le patient prend des médicaments, si lui-même peut en prescrire, ou s'il risque d'être limité dans son ordonnance : allergie, interactions médicamenteuses, grossesse, pathologie digestive. Il souhaite également s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à l'anesthésie.
- **Les contre-indications au traitement et précautions à prendre.** Certaines pathologies ou contextes cliniques vont influencer l'acte à réaliser et son déroulement tels : pathologies cardiovasculaires et risques hémorragiques, diabète, hypertension artérielle, insuffisance respiratoire, problèmes psychologiques, grossesse. Il est important pour le chirurgien-dentiste de maîtriser tous les éléments de diagnostic pouvant interférer sur son traitement et inversement.

*-posée aux médecins :* **Que souhaitez-vous savoir lors de l'examen buccal ?**

Lors de l'examen buccal, l'observation des médecins est orientée sur :

- l'état dentaire (8/12) dont aspect des dents(2), couleur (1), recherche de dents abîmées (5)
- les pathologies des muqueuses (9/12) dont
  - \* pathologies microbiennes : candidose buccale (2) dont une en rapport avec infection VIH, mycose (2), lichen (1),
  - \* répercussions de troubles hématologiques et de déficiences immunitaires (2) : leucémie(1), anémie(1), tumeur (2), langue dépapillée(1)
  - \* également irritation(1), érosion : dépistage d'une plaie chronique(1), aphtes (2)
- la gencive (4/12) dont gingivite(1), déchaussement(1), inflammation (1), abcès(1).
- le degré d'hygiène, présence de tartre (2/12)
- l'écoute des doléances buccales du patient (2/12) dont sensibilité froid/chaud(1), haleine et goût métallique(1)
- l'état des glandes annexes (1/12)
- bilan ORL (1)

- **Question 14 : Concernant les interactions entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :*

- a) Pensez-vous que certaines pathologies générales peuvent influencer la santé bucco-dentaire ?**

|            |       |            |      |
|------------|-------|------------|------|
| <b>OUI</b> | 13/13 | <b>NON</b> | 0/13 |
|------------|-------|------------|------|

Les chirurgiens-dentistes ont cité:

- maladie systémique : diabète (10)
- maladie entraînant une immunodéficience : HIV (5)
- pathologie gastrique (1)
- allergie (1)

Et également d'autres facteurs :

- répercussions buccales de médicaments : antidépresseurs et neuroleptiques (4), radiothérapie et chimiothérapie (4), médicaments induisant des gingivites hypertrophiques (2) dont traitement de l'épilepsie (1).
- état physiologique : personnes âgées (1), grossesse (2)

- b) Pensez-vous que certaines pathologies bucco-dentaires peuvent influencer la santé générale ?**

|            |       |                    |      |
|------------|-------|--------------------|------|
| <b>OUI</b> | 12/13 | <b>Ne sait pas</b> | 1/13 |
|------------|-------|--------------------|------|

Les chirurgiens-dentistes ont cités comme pathologies:

- phénomènes infectieux (13) dont : infections apicales (2) maladies parodontales (4), gingivite (1)

Et également d'autres facteurs

- hygiène insuffisante (3)
- édentation (2)
- douleur (1)

Les pathologies bucco-dentaires auraient des répercussions :

- infections focales (12) : répercussions cardiaques (8) néphrite (2) sinus(1), greffe bactérienne(1) problèmes articulaires(1) prothèse de hanche(1) chirurgie orthopédique(1)
- diabète (2)
- édentation et répercussion sur la digestion (2)



-posée aux médecins :

**a) Pensez-vous que certaines pathologies générales peuvent influencer la santé bucco-dentaire ?**

|            |       |                    |      |
|------------|-------|--------------------|------|
| <b>OUI</b> | 11/12 | <b>Ne sait pas</b> | 1/12 |
|------------|-------|--------------------|------|

Les médecins ont cité :

- maladies systémiques : diabète (5), maladie inflammatoire des intestins (2) cancer (3)
- maladies entraînant une immunodéficience (5) dont leucémie (2), HIV (1)
- pathologies infectieuses : mycose digestive et buccale (3)
- troubles hématologiques (3)
- problème digestif (1), reflux (1)

Et également d'autres facteurs :

- carence alimentaire (2)
- état physiologique : grossesse (1)
- hygiène insuffisante (1)
- comportements : alcool (2), tabac (1), drogues (1), boulimie anorexie (1).

**b) Pensez-vous que certaines pathologies bucco-dentaires peuvent influencer la santé générale ?**

|            |       |            |      |
|------------|-------|------------|------|
| <b>OUI</b> | 12/12 | <b>NON</b> | 0/12 |
|------------|-------|------------|------|

Les médecins ont cité :

- pathologies infectieuses (5)
- altérations des muqueuses : aphtose (1) ulcération (1) lichen (1)

et également :

- douleur intense (3)
- édentation (4)
- prothèses mal supportées (3)

les pathologies bucco-dentaires auraient des répercussions :

- Infections focales (9) dont répercussions cardiaques (6), septicémies (4) RAA (1), néphrite (1), sinusite (1), pulmonaire (1), urinaire (1) (les exemples d'infections focales ont été cités par seulement deux praticiens)
- ORL (2)
- diabète (1)
- problème digestif (1)
- état de santé générale (1)

- **Question 15**

*-posée aux chirurgiens-dentistes* : **Parlez-vous avec vos patients des effets secondaires de certains médicaments sur l'état bucco-dentaire.**

|     |      |     |      |
|-----|------|-----|------|
| OUI | 7/13 | NON | 4/13 |
|-----|------|-----|------|

7 chirurgiens-dentistes qui abordent cette problématique avec leurs patients le font :

→ **soit pour des traitements prescrits par le médecin** (6). Ils avertissent leurs patients des effets secondaires des médicaments sialoprives (5) tel les anti-dépresseurs, des effets des antibiotiques (pénicilline) (1), des épileptiques (1), de la cortisone (1), et des traitements contre le cancer (2) (chimiothérapie, irradiation)

→ **soit pour des traitements qu'ils prescrivent** (7). Leurs discours s'orientent alors sur les effets des antibiotiques (5), des médicaments contre la douleur (5) : AINS et paracétamol, des bains de bouche (2), du fluor (1), sur les effets indésirables de certains médicaments comme la somnolence (1), et enfin sur les interactions entre leur traitement et celui du médecin (1).

*-posée aux médecins* : **Parlez-vous avec vos patients des effets secondaires de certains médicaments sur l'état bucco-dentaire.**

|     |      |     |      |
|-----|------|-----|------|
| OUI | 7/12 | NON | 5/12 |
|-----|------|-----|------|

7 médecins abordent cette problématique avec leurs patients et le font

**pour des traitements qu'ils prescrivent.** Les médecins avertissent leurs patients des effets secondaires tels : coloration des dents par les cyclines (4), sécheresse buccale (2) due aux anti-dépresseurs et médicaments contre l'instabilité vésicale chez la femme et énurésie nocturne chez enfant (1)), mycoses (1), fluor (1), anti épileptiques (1)

- **Question 16**

*-posée aux chirurgiens-dentistes* : **Vous arrive-t-il d'aborder le sujet de la nutrition avec certains de vos patients ?**

|     |       |     |      |
|-----|-------|-----|------|
| OUI | 11/13 | NON | 2/13 |
|-----|-------|-----|------|

**Vous arrive-t-il de conseiller à certains de vos patients de consulter à ce sujet?**

|     |      |     |      |    |      |
|-----|------|-----|------|----|------|
| OUI | 4/13 | NON | 8/13 | NR | 1/13 |
|-----|------|-----|------|----|------|

**Alors que 11 chirurgiens-dentistes abordent le sujet de la nutrition avec leurs patients, 4 conseillent à leurs patients de consulter un spécialiste.**

Un des 8 chirurgiens-dentistes ayant répondu négativement argumente que ce sujet appartient à la sphère privée qu'il n'a pas à investir.

Parmi les 4 chirurgiens-dentistes, l'un conseille souvent à ses patients de consulter, que ce soit pour des personnes âgées dénutries ou des jeunes femmes en surpoids à qui il explique les conséquences à long terme. Deux d'entre eux conseillent plus facilement à des patients dénutris qu'à des personnes en surpoids pour lesquelles ils trouvent que c'est « délicat » et « vexant » de se prononcer.

*-posée aux médecins* : **Vous arrive-t-il d'aborder le sujet de la nutrition avec certains de vos patients ?**

|     |       |     |      |
|-----|-------|-----|------|
| OUI | 12/12 | NON | 0/12 |
|-----|-------|-----|------|

**Lorsque vous entreprenez un suivi diététique, envisagez-vous également de l'adresser chez le chirurgien-dentiste?**

|     |      |     |       |
|-----|------|-----|-------|
| OUI | 2/12 | NON | 10/12 |
|-----|------|-----|-------|

Tous les médecins abordent le sujet de la nutrition avec leurs patients.

Deux médecins adressent à cette occasion chez le chirurgien-dentiste, l'un en cas de dénutrition, l'autre en cas de surcharge pondérale ; un troisième médecin l'envisagerait, peut-être, pour que celui-ci « m'appuie sur mon discours sur le régime alimentaire ».

Deux praticiens semblent étonner de cette question et « ne vois pas le rapport » ou « la nécessité ».

**Une distinction est nettement faite entre les personnes dénutries et celles en surpoids dans l'attitude des praticiens** : « Un patient dénutri : je l'envoie directement chez le dentiste.

Quelqu'un qui est en surpoids je ne l'enverrai peut-être pas chez le dentiste, ça veut dire qu'il arrive à manger » ou « J'y pense pas parce que j'ai plus de problème de diététique en surpoids et ce n'est donc pas trop le problème dentaire qui est principal, je l'adresserais plus facilement si c'est un problème d'amaigrissement, d'anorexie ».

### **3. NATURE DE L'ORGANISATION**

- **Question 17 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à adresser vos patients chez un médecin ?**

|            |      |            |       |
|------------|------|------------|-------|
| <b>OUI</b> | 1/13 | <b>NON</b> | 12/13 |
|------------|------|------------|-------|

*-posée aux médecins :* **Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à adresser vos patients chez un chirurgien-dentiste ?**

|            |      |            |      |                      |      |
|------------|------|------------|------|----------------------|------|
| <b>OUI</b> | 5/12 | <b>NON</b> | 3/12 | <b>n'adresse pas</b> | 4/12 |
|------------|------|------------|------|----------------------|------|

Si 12 chirurgiens-dentistes n'ont jamais de difficultés à adresser des patients chez le médecin, 2 d'entre eux avouent ne pas savoir s'ils y sont allés, et l'un dit « Comme je n'ai pas de retour je sais jamais s'ils y sont allés ou pas, c'est difficile à savoir. Je leur donne une indication mais après je ne les suis pas, ce n'est pas notre rôle au dentiste, c'est au médecin, chacun son rôle ». Un chirurgien-dentiste est systématiquement tenu au courant de la visite de ses patients chez le médecin par un courrier de celui-ci, un autre profite d'être à proximité d'un centre médical pluridisciplinaire pour y adresser ses patients.

Un des chirurgiens-dentistes se rappelle avoir eu une fois des difficultés pour trouver une consultation spécialisée pour jeunes drogués, il souligne également d'une manière générale les délais pour l'obtention d'un rendez-vous chez le médecin.

Dans le groupe des médecins, 5 ont des difficultés à adresser, 3 n'en ont pas tandis que 4 déclarent ne pas adresser. Parmi ces 4 médecins, l'un pense que « ce n'est pas une pathologie qu'on peut adresser, et de toute façon, j'ai jamais eu l'occasion de demander, je ne sais pas comment ça marche ». Deux médecins n'adressent pas « de manière formelle », afin de laisser la liberté aux patients du choix du praticien.

Les difficultés rencontrées par les médecins sont diverses. Les réponses les plus fréquentes sont le coût des traitements (7) et l'anxiété exprimée par le patient (6), puis les délais et difficulté pour obtenir un rendez-vous (1) et enfin l'absence de correspondant (1).

- **Question 18**

*-posée aux chirurgiens-dentistes:* **Vous arrive-t-il d'être limité dans la prise en charge d'un patient ?**

|     |       |     |      |
|-----|-------|-----|------|
| OUI | 11/13 | NON | 2/13 |
|-----|-------|-----|------|

**Onze chirurgiens-dentistes ont déjà été limités dans la prise en charge d'un patient.**

- **6 citent des contextes médicaux complexes** pour lesquels « ils ne préfèrent pas réaliser l'acte seul » et adressent à un stomatologue ou à un service hospitalier de chirurgie buccale et dans certains cas à des professionnels spécialisés : endodontie, parodontologie.

- 4 déclarent que pour des **patients à mobilité réduite**, il leur arrive de se déplacer au domicile du patient afin de réaliser les soins ; « Pour les handicapés, je me déplace discrètement chez eux, même les handicapés très lourds, même alités comme dans un service de soins intensifs, sous assistance respiratoire. Ce sont des personnes à qui on doit donner un minimum de soins pour soulager la douleur. Je ne suis pas spécialiste dans ça, c'est une question de relation humaine, d'habitude....Je me sens très favorisé par rapport à sa situation et je me dis que je dois participer quelque part pour le soulager en dehors du système de santé, en dehors du système financier, de la feuille de soins, de la mutuelle qui nous mènent comme des machines...Il faut soigner les gens avant tout en faisant attention à leur dignité »

- **9 relatent être limités pour des raisons financières et de couverture sociale du patient**, particulièrement pour les patients ayant la Couverture Maladie Universelle ou l'Aide Médicale d'Etat.

Tous les praticiens se sont largement exprimés sur cette question et pour n'en citer que quelques uns, considèrent que « AME, CMU je suis bénévole pour faire les soins mais pas la prothèse : problèmes pour se faire rembourser », « Ca arrive souvent d'être limité pour des raisons financières, les cotisations j'y connais rien, CMU je ne fais pas de prothèse, je n'arrive pas à gérer, je ne sais pas, je cherche pas à savoir. » et « les patients qui n'ont pas assez de revenus ou qui ont la CMU, pour la prothèse, je les envoie à l'hôpital ».

- **4 praticiens prennent en charge les CMU** et ont différentes attitudes face à cette problématique. L'un d'entre eux a l'impression d'être l'unique chirurgien-dentiste dans son quartier à accepter les CMU qui constituent une part importante de sa patientèle, « je prends en charge complètement les CMU si non je fermerais boutique, il y en a tellement, je suis otage des

CMU ». Un chirurgien-dentiste prend en compte les problèmes financiers du patient et « ça peut aller suivant mes capacités de complètement gratuit, à ce que le patient peut payer, à ce que la sécurité sociale et la mutuelle remboursent ».

- **Question 19**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Adressez-vous certains de vos patients directement à un service hospitalier ou à un dispensaire ?**

|                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI 13/13</b> | 9/13 | <b>Hôpital:</b><br>PEDODONTIE 7 (Louis Mourier 2, Saint Vincent de Paul4, Nanterre 2, Robert Debré1)<br>STOMATOLOGIE 7 (Nanterre 4, Louis Mourier 2, Ambroise Paré implant 1)<br>LIMITATION FINANCIERE DU PATIENT 2 (Louis Mourier 1, Nanterre1)<br>HANDICAPES 2 :( Louis Mourier 1, Nanterre1) |
|                  | 1/13 | <b>Centre de santé:</b> synergie avec le centre de santé quand débordé mais pas pour un type de patient en particulier,                                                                                                                                                                         |
|                  | 3/13 | <b>Dispensaire:</b> pour de l'ODF1, pour les CMU1, si patient pas assidu1                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>NON 0/13</b>  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

*-posée aux médecins :*

|                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oui 11/12</b> | 7/12 | <b>Hôpital:</b><br>PEDODONTIE1 (Louis Mourier1)<br>STOMATOLOGIE 4: (Beaujon 1, Foch1, Louis Mourier, Salpêtrière 1),<br>LIMITATION FINANCIERE DU PATIENT4 (Louis Mourier 2)<br>EXAMEN COMPLEMENTAIRE RAPIDE 1 (Nanterre1)<br>URGENCE1: (Beaujon1) |
|                  | 3/12 | <b>Centre de santé :</b><br>Maurice Thorez si problème de rendez-vous en libéral1<br>limitation financière 3                                                                                                                                      |
|                  | 2/12 | <b>Dispensaire:</b> difficulté financière 2                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Non 1/12</b>  |      |                                                                                                                                                                                                                                                   |

- **Question 20**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Pensez-vous qu'il serait envisageable de réaliser des actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires avec des médecins ?**

|            |             |
|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>8/13</b> |
| <b>NON</b> | <b>5/13</b> |

**Y participeriez-vous ?**

|            |            |
|------------|------------|
| <b>OUI</b> | <b>4/8</b> |
| <b>NON</b> | <b>3/8</b> |
| <b>NR</b>  | <b>1/8</b> |

*-posée aux médecins :* **Pensez-vous qu'il serait envisageable de réaliser des actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires avec des chirurgiens-dentistes?**

|            |             |
|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>9/12</b> |
| <b>NON</b> | <b>3/12</b> |

**Y participeriez-vous ?**

|            |            |
|------------|------------|
| <b>OUI</b> | <b>6/9</b> |
| <b>NON</b> | <b>3/9</b> |

**- 8 chirurgiens-dentistes répondent favorablement, et 4 sont prêts à y participés.**

Les 5 chirurgiens-dentistes pour qui, il paraît difficile d'imaginer des actions avec les médecins, ne voient pas quelle pourrait être la place des médecins : «Je ne vois pas ce qu'un médecin peut faire dans une action de prévention bucco-dentaire, si encore on avait des pédiatres en villes mais un médecin il n'a pas la formation et je ne pense pas qu'il aura le temps et la patience, mais ce serait une bonne chose avec des pédiatres ». Ils ne voient pas non plus la pertinence de telles actions « je ne suis pas certain de l'intérêt, ils n'ont ni le temps ni la motivation, il faudrait déjà le faire entre dentistes ».

**A la question : y participeriez-vous ?**

- 4 chirurgiens-dentistes répondent positivement « si bonne volonté des deux côtés...les médecins pourraient rappeler le brossage des dents 2 fois par jour », et d'ajouter « c'est éventuellement faisable mais dans quel cadre ? »

- 3 chirurgiens-dentistes ne sont pas prêts à participer à ce type de projet, ils ne sont pas convaincus de l'intérêt, manquent de temps ou estiment que cela concerne davantage les praticiens plus jeunes.

**Les trois-quarts des médecins pensent qu'il serait envisageable de réaliser des actions de prévention avec des chirurgiens-dentistes, la moitié éventuellement y participerait.**

Certains médecins imaginent une campagne de dépistage avec des affiches dans leur salle d'attente, l'organisation d'une semaine de soins dentaires.

- Les deux médecins pour qui il serait inenvisageable d'organiser de telles actions estiment « que ça ferait double emploi » et « qu'on n'a pas du tout le même mode de fonctionnement, le dentiste court après les actes de prothèses, les soins ça ne l'intéresse pas ».

A la question : **y participeriez-vous ? :**

- 3 médecins ne participeraient pas à ces actions tout en pensant qu'elles seraient envisageables.

Ce problème n'est « pas au centre de leurs préoccupations », et ils affichent leur perplexité, « Je ne sais pas, on est déjà tellement surchargés. Qu'est ce qu'on ne sait pas ? On ne peut pas non plus chercher à dépister pour tout le monde, parce que c'est vrai qu'on voit les gens, alors évidemment s'il faut regarder l'anus des gens pour le proctologue, le cœur pour le cardiologue, la bouche pour le dentiste, oui c'est bien, mais à un moment donné, il faut demander à chacun de faire son propre travail et de ne pas compter sur les autres. Il vaut mieux stimuler les gens à aller voir leur dentiste par des campagnes nationales que de forcément rajouter aux généralistes. »

Un des médecins **perçoit avec difficulté la place que pourrait être la sienne dans cette prévention** « Je vois pas ce que je peux faire, je suis pas dentiste moi, ...éventuellement, mais les dentistes seraient plus amène de faire un protocole que moi. Ça serait intéressant pour les patients. Quand on voit l'état bucco-dentaire des patients ce n'est pas terrible. Dans l'immédiat l'action du médecin ne changerait pas grand chose mais à long terme, oui, on l'espère. »

**Au total, 4 chirurgiens-dentistes sur 13 et 6 médecins sur 12 s'investiraient dans des actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires.**



- **Question 21 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Seriez-vous intéressé par une organisation plus structurée avec des médecins ?**

|            |             |            |             |           |             |
|------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>6/13</b> | <b>NON</b> | <b>5/13</b> | <b>NR</b> | <b>2/13</b> |
|------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|

*-posée aux médecins :* **Seriez-vous intéressé par une organisation plus structurée avec des chirurgiens-dentistes ?**

|            |              |            |             |
|------------|--------------|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>10/12</b> | <b>NON</b> | <b>2/12</b> |
|------------|--------------|------------|-------------|

**La moitié des chirurgiens-dentistes seraient intéressés par une organisation plus structurée avec des médecins.** Une coopération médecin – chirurgien-dentiste serait « sûrement intéressante parce que c'est toujours difficile d'avoir des renseignements par l'intermédiaire des patients sur certaines pathologies »

5 préfèrent ne pas modifier la situation, en invoquant des craintes face à des organisations trop structurées et des formulaires. Selon ces chirurgiens-dentistes, il est important que cette relation avec le médecin traitant reste spontanée.

**10 médecins seraient intéressés par une organisation plus structurée avec des chirurgiens-dentistes.**

- **Question 22 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Serait-il intéressant dans votre exercice d'avoir des contacts facilités avec des professionnels tels que :**

|                               | <b>OUI</b>  | <b>NON</b>  |             |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| psychiatres, psychologues     | 5/13        | <b>8/13</b> |             |
| diététiciens, nutritionnistes | <b>8/13</b> | 4/13        | peut-être 1 |
| assistantes sociales          | 5/13        | <b>8/13</b> |             |

**- Les diététiciens ou nutritionnistes sont les professionnels avec qui les chirurgiens-dentistes désireraient être le plus en relation.** Les praticiens ont conscience d'un tournant dans ce domaine, « les gens ont tendance à prendre du poids, je n'y connais rien, c'est pas mon domaine, mais c'est sûrement bien, l'état dentaire est fonction de la façon dont la personne vit ».

- 5 trouvent que de se rapprocher de psychiatres ou psychologues serait bénéfique dans leurs pratiques, dans la manière d'aborder et d'expliquer les traitements aux patients.

-5 chirurgiens-dentistes trouvent un intérêt à travailler avec des assistantes sociales. Ils ne sont pas souvent en contact avec ces professionnels mais imaginent que certaines situations pourraient ainsi être débloquées. « Ce serait l'occasion de pouvoir argumenter de la nécessité de ce genre de traitement, pour que des gens puissent être appareillés et vivre normalement. »

**- 8 chirurgiens-dentistes n'éprouvent pas le besoin d'avoir des contacts facilités avec des assistantes sociales.**

- Certains parce qu'ils se mettent directement en contact avec celles-ci.

- D'autres estiment que les patients bénéficiant de la CMU sont déjà en contact avec les assistantes sociales, et si besoin les envoient à la mairie.

- Un chirurgien-dentiste ne se sent pas impliqué par la couverture sociale de ses patients « Je m'en fous un peu dans la mesure où je considère que c'est leur problème et pas le mien, c'est une question de principe de ma part, je considère toujours la sécurité sociale comme une assurance, il y en a qui veulent se faire assurer et d'autres pas, ou qui s'assurent tout seul, après tout c'est leur problème, moi j'ai jamais mis un numéro de sécurité sociale sur une feuille je considère que c'est pas mon travail, ça ne me regarde pas. »

• **Question 23 :**

*-posée aux chirurgiens-dentistes :* **Connaissez-vous les réseaux de santé ?**

| OUI  | NON   |
|------|-------|
| 1/13 | 12/13 |

**Seriez-vous favorable à y participer ?**

| OUI  | NON  |     |
|------|------|-----|
| 5/13 | 5/13 | NR3 |

La quasi-totalité des chirurgiens-dentistes ne connaît pas les réseaux de santé, 3 affirment en avoir déjà entendu parler.

Après une brève information sur les réseaux de santé, les chirurgiens-dentistes sont mitigés, 3 ne répondent pas, 5 seraient tentés par une expérience de ce type, et 5 préféreraient ne pas y participer.

- Les réponses positives sont justifiées par l'attrait d'une équipe pluridisciplinaire, la coordination et la complémentarité des professionnels.

**Un seul praticien s'exprime avec intérêt sur l'aspect social du réseau.**

- Les chirurgiens-dentistes non favorables évoquent le facteur temps et l'incompatibilité de ce type d'exercice avec la vie d'un cabinet libéral, « sauf à considérer cela comme du bénévolat et de prévoir une tranche horaire dans laquelle sont soignés uniquement les patients du réseau ».

3 ne croient pas à la pérennité de ce genre de structure et ont une aversion pour les structures administratives et la « paperasse ».

Bien que d'une manière générale les chirurgiens-dentistes souffrent d'isolement « je souffre d'être isolé, j'aimerais me rapprocher soit de dentistes soit d'une équipe médicale, ça met égal, mais l'important c'est de ne plus être isolé » ; il est évoquée à deux reprises la mentalité individualiste des chirurgiens-dentistes et la difficulté qui en découlerait de réaliser de tel projet.

- Un praticien ayant déjà participé à une organisation de ce type exprime sa déception sur ce genre de projet de prise en charge médicale et sociale. Il était motivé pour « Assurer une qualité de soins pour ceux qui ne peuvent pas, mais ça ne les intéresse pas ! Population d'immigrés qui veulent des prothèses à bon marché ! ». De plus il estime que, de fait, ce système entraîne une concurrence dans l'offre de soins, « si on admet les CMU dans les cabinets ce n'est pas pour le faire à titre gracieux dans un réseau. On veut bien faire du bénévolat, le problème c'est le coût de la prothèse ».

Il est demandé ensuite aux chirurgiens-dentistes quelles seraient leurs attentes d'un réseau de santé. Les points cités sont :

- la formation médicale continue afin d'approfondir leurs connaissances.
- une coordination entre les professionnels, les structures libérales et hospitalières par la mise en place d'un dossier médical partagé.
- une cohérence entre les différents traitements afin d'éviter des actes iatrogènes.
- une meilleure prise en charge des patients, évitant ainsi les co-morbidités, exprimée surtout par les praticiens isolés.

-posée aux médecins: **Etes-vous favorables à l'entrée des chirurgiens-dentistes dans le réseau ?**

|            |              |            |             |
|------------|--------------|------------|-------------|
| <b>OUI</b> | <b>10/12</b> | <b>NON</b> | <b>2/12</b> |
|------------|--------------|------------|-------------|

En répondant négativement les 2 médecins expliquent qu'ils ont déjà des correspondants, et ne voient aucun intérêt si ce n'est « des tarifs spéciaux réseaux dans les conditions du privé ».

Selon quelles modalités ?

- aucune
- de la bonne volonté
- proposer des séances de formations sur des thèmes de chirurgie dentaire
- proximité
- fiche de suivi permettant un suivi et une bonne relation entre médecins et chirurgiens-dentistes et qui pourrait s'inscrire dans le cadre d'un dossier médical partagé.
- praticiens conventionnés et tarifs préétablis
- action de prévention.

• **Question 24** :

-posée aux chirurgiens-dentistes: **Que pensez-vous d'un dossier médical partagé entre chirurgiens-dentistes et médecins ?**

|             |                               |             |             |
|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| <b>OUI</b>  | <b>OUI mais partiellement</b> | <b>NON</b>  | <b>NR</b>   |
| <b>8/13</b> | <b>1/13</b>                   | <b>3/13</b> | <b>1/13</b> |

-posée aux médecins: **Que pensez-vous d'un dossier médical partagé entre chirurgiens-dentistes et médecins ?**

|             |                               |             |                    |
|-------------|-------------------------------|-------------|--------------------|
| <b>OUI</b>  | <b>OUI mais partiellement</b> | <b>NON</b>  | <b>Ne sait pas</b> |
| <b>5/12</b> | <b>5/12</b>                   | <b>1/12</b> | <b>1/12</b>        |

Pour les chirurgiens-dentistes, le dossier médical partagé :

- serait intéressant sur le plan médical, médicamenteux et pathologie générale.
- éviterait la surconsommation, en permettant d'avoir accès à certains examens et bilans déjà réalisés.
- serait possible à condition que le médecin fasse le lien entre les professionnels.
- devrait leur être accessible en tant que profession médicale tenue au secret médical.
- nécessiterait que le praticien sache lire le dossier et le comprendre.

1 chirurgien-dentiste estimerait suffisant d'avoir accès uniquement aux rubriques traitant de pathologies en rapport avec les soins qu'il va réaliser et propose que le dossier soit simplifié pour les pathologies communes.

Les 3 ayant répondu négativement évoquent :

- la difficile compréhension du dossier médical.
- l'intérêt très limité voire inexistant pour les médecins d'interpréter le dossier odontologique.
- un double emploi avec leur pratique actuelle.

Les médecins sont en moyenne moins enthousiastes que les chirurgiens-dentistes et

- considèrent le chirurgien-dentiste comme acteur dans le parcours de soins et dans l'équipe médicale et, à ce titre, trouvent légitime de partager avec eux les données du dossier médical.

Ils modulent toutefois leurs réponses, et

- certains ne savent pas s'ils iraient regarder le chapitre chirurgie dentaire, et d'autres bien que ne voyant pas réellement l'utilité avec les chirurgiens dentistes comprennent l'intérêt de partager le dossier entre tous les professionnels ayant à charge le patient.
- 4 médecins émettent une limitation à l'accès au dossier par les chirurgiens-dentistes, « dans le temps et à certaines parties (à la dernière année ou deux dernières années de soins), il faudrait que j'en discute avec des dentistes et qu'on me démontre que le dentiste a un intérêt à avoir des données sur les 20, 30 dernières années. ».
- l'un d'entre eux s'interroge sur l'obligation au secret médical des chirurgiens-dentistes et la confidentialité des données.

La problématique du dossier médical partagé est soulevée d'une manière générale.

3 médecins réagissent fortement à cette proposition, ils sont

- soit totalement contre cette procédure.
- soit estiment que l'accès au dossier doit être limité pour tout corps médical en fonction de sa spécialité. « Il y a des choses qu'ils ont à savoir et des choses qu'ils n'ont pas à savoir comme avec tous les autres praticiens » « Clairement tout notre dossier y'a pas de raison que ce soit ouvert en totalité au dentiste ».

Un médecin annonce qu'il ne s'intéressera pas aux traitements réalisés chez le chirurgien-dentiste mais trouve des avantages à connaître les avertissements ou les informations détenus par le chirurgien-dentiste.

Un médecin est contre et « ne voit pas les liens entre pathologies dentaires et pathologies générales ». Il considère que

- le partage des données n'est pas équilibré : ce serait sûrement intéressant pour le chirurgien-dentiste d'avoir accès à son dossier mais d'un intérêt limité pour lui, à moins que « le dentiste fasse des diagnostics de stomatologie et pas que de dentisterie, à ce moment là, je veux bien, et au contraire ».

## IV DISCUSSION

### 1/ Sur la méthodologie

#### Remarques sur les limites de la méthodologie.

- La première critique que l'on peut apporter à ce travail est le choix des deux populations. En effet les médecins, appartenant au réseau ASDES, sont formés à une prise en charge particulière des patients, ce qui n'est pas le cas des chirurgiens-dentistes. Ce biais se retrouve dans l'analyse des données et dans le net décalage entre les réponses des médecins et des chirurgiens-dentistes sur certains points. Il aurait certes été intéressant d'enquêter auprès de deux populations ayant des caractéristiques communes : des médecins et des chirurgiens-dentistes pratiquant tous un exercice « classique », (non affiliés à un réseau). Ceci aurait évité un certain déséquilibre des réponses entre les deux populations. Toutefois, l'opportunité d'enquêter auprès de médecins adhérant à un réseau existant a permis d'objectiver leur attente dans ce domaine.

- La construction du questionnaire en trois parties, de 24 questions, se révèle à posteriori trop long. Les nombreux thèmes ont été parfois trop vite abordés avec les praticiens.

- Un nombre plus important de répondants aurait permis une analyse statistique.

- La concordance dans la méthodologie de l'enquête prévoyant la comparaison des réponses entre chirurgiens-dentistes et médecins et le souhait réitéré de ceux-ci de voir leurs réponses confrontées et comparées.

- Le statut, à la fois, d'étudiante en chirurgie dentaire et en éthique médicale et médecine légale, a certainement joué dans l'attitude des praticiens, dans leur capacité à se confier et à accorder leur confiance, plus spontanément.

## 2 / Sur les résultats

### **2.1 La relation existante entre santé générale et santé bucco-dentaire est-elle intégrée dans la pratique des professionnels ?**

Les médecins jugent la relation avec les chirurgiens-dentistes inexistante mais leurs pratiques ne reflètent pas un intérêt particulier pour les besoins bucco-dentaires de leurs patients : la moitié d'entre eux n'adressent jamais chez les chirurgiens-dentistes, 8 sur 12 ne demandent pas à leur patient s'ils ont un chirurgien-dentiste, 11 n'ont jamais été en relation régulière avec un chirurgien-dentiste pour le suivi d'un patient, la moitié seulement conseille de consulter.

La pratique des chirurgiens-dentistes reflète, par certains aspects, une préoccupation plus accrue de la santé du patient : 11 chirurgiens-dentistes demandent systématiquement à leurs patients s'ils ont un médecin, ils ont tous déjà adressé des patients chez le médecin, et la moitié d'entre eux a déjà été en relation régulière avec un médecin pour le suivi d'un patient. Cette préoccupation est, dans la majorité des cas, le résultat d'un besoin d'information complémentaire avant la réalisation d'un soin.

L'analyse des connaissances des professionnels et de certaines de leurs pratiques met en exergue la place accordée, respectivement, par chaque professionnel, à la santé bucco-dentaire et à la santé dans sa globalité.

- Dossier médical et odontologique

La composition et la tenue des dossiers médical et odontologique diffèrent d'un praticien à l'autre. Il n'y a aucune uniformisation des données. La moitié des chirurgiens-dentistes ne possèdent pas de fiche particulière pour le questionnaire médical, et procèdent de manière informelle. Aucun médecin ne dispose dans son dossier médical d'un volet spécifique à l'examen buccal.

- Examen bucco-dentaire et questionnaire médical

Bien que la majorité des praticiens jugent l'examen bucco-dentaire ou le questionnaire médical simple et rapide à réaliser, en pratique leur attitude est très hétérogène. En théorie 2/3 des chirurgiens-dentistes estiment que le questionnaire médical doit être effectué de manière systématique tandis que 2/3 des médecins pensent que l'examen buccal doit être réalisé en fonction de certains critères. Dans leur pratique, on ne retrouve qu'un chirurgien-dentiste et un



médecin qui les réalisent de manière systématique. Le décalage entre la théorie et la pratique est saisissant.

Que ce soit pour le chirurgien-dentiste ou le médecin, le suivi régulier d'un patient n'implique pas la mise à jour régulière du questionnaire médical ou de l'examen buccal.

- Interactions entre pathologies bucco-dentaires, pathologies générales et médicaments.

Les praticiens ont tous des notions des interactions éventuelles entre santé bucco-dentaire et santé générale. Les réponses très diversifiées, reflètent des connaissances partielles et floues sur ce thème.

Prenons comme exemple le diabète, 10 chirurgiens-dentistes et 5 médecins pensent que cette pathologie influence la santé bucco-dentaire, et dans le sens inverse, il ne reste plus que 2 chirurgiens-dentistes et 1 médecin pour qui la santé bucco-dentaire influence le diabète.

- Médicaments

Autant de chirurgiens-dentistes (7) que de médecins (7) exposent les effets secondaires de certains médicaments sur l'état bucco-dentaire; mais ce ne sont pas les mêmes types de médicaments qui sont en cause. Les chirurgiens-dentistes énumèrent davantage de médicaments puisqu'ils abordent avec leur patient les effets secondaires des médicaments qu'ils prescrivent mais également de ceux prescrits par le médecin. Les médecins, pour leur part, se préoccupent des effets des médicaments qu'ils prescrivent.

- Nutrition

Le thème de la nutrition reflète bien un positionnement difficile des professionnels. En effet la majorité des médecins et des chirurgiens-dentistes abordent le sujet de la nutrition avec leur patient. Pour autant, seulement 4 chirurgiens-dentistes conseilleront à leur patient de consulter un professionnel à ce sujet et uniquement 2 médecins envisagent d'adresser chez les chirurgien-dentiste lorsqu'ils entreprennent un suivi diététique de leur patient.

Les chirurgiens-dentistes évoquent un sujet délicat à aborder. Un chirurgien-dentiste estime que cela fait partie intégrante de son rôle, tandis qu'un autre ne se sent pas concerné et pense que cela fait partie de la sphère privée qu'il n'a pas à investir.

Les médecins ont une attitude qui diffère selon l'état du patient. Ils auront tendance à adresser chez le chirurgien-dentiste un patient dénutri<sup>36</sup>, l'état bucco-dentaire pouvant être une des causes, mais pour un patient étant en surpoids, ils ne jugent pas cela nécessaire.

---

<sup>36</sup> JOSHIPURA K, WILLET W, DOUGLASS C; *The impact of Edentulousness on food and nutrient intake*. J. Am.Den.Ass, 1996; 127: 459-467

## **2.2 Médecins et chirurgiens-dentistes : un décalage dans la perception de leur relation.**

### **Une relation sporadique qui répond plus à un principe de précaution qu'à une démarche de prévention.**

Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont très rarement en contact, avec une fréquence moyenne inférieure à 10 par an.

Cette relation est déséquilibrée et le plus souvent à l'initiative des chirurgiens-dentistes. La prise de contact répond à un besoin du chirurgien-dentiste d'obtenir des informations médicales précises concernant un patient avant de réaliser le soin, ce qui n'est pas le cas pour les médecins. En général, les deux professionnels se consultent lors d'un phénomène aigu, d'une pathologie précise, d'un contexte particulier, par besoin des compétences de l'autre à un moment précis du traitement. Cette situation est plus rare pour le médecin. Leur relation ne s'intègre pas dans un cadre préventif, de suivi ou de prise en charge globale.

### **Un décalage dans la perception de leur relation**

La majorité des chirurgiens-dentistes apprécie la relation qu'ils entretiennent avec les médecins, alors que ces derniers la jugent inexistante.

### **Une relation rendue difficile par de nombreux obstacles**

- Du point de vue culturel : une relation dépendante de la perception respective des professionnels entre eux.
- Le chirurgien-dentiste : un professionnel qui a parfois la sensation d'être physiquement et moralement isolé.

Les chirurgiens-dentistes ont, pour certains, la sensation d'être dans une profession à caractère individualiste, et imputent ceci à un type d'exercice en solitaire.

Ce sentiment d'isolement est également accentué par la perception qu'ont les médecins des chirurgiens-dentistes. Plus de la moitié des médecins ne considèrent pas les chirurgiens-dentistes comme des professionnels de santé au même titre qu'eux. Ils leur attribuent un caractère et un mode de fonctionnement différents. La médecine et la chirurgie dentaire évoluent, selon eux, dans deux mondes distincts avec une séparation nette des activités.

Les chirurgiens-dentistes ressentent, pour certains, cette vision dépréciative qui les freine dans leur relation avec les médecins.

- L'image du chirurgien-dentiste : un professionnel de santé tirant parti d'une nomenclature plus souple que celle des médecins. La nomenclature des actes en chirurgie dentaire comprend des secteurs pour lesquels des références tarifaires sont édictées tout en laissant une liberté de tarifs aux praticiens. La relation entre médecins et chirurgiens-dentistes est entravée d'une certaine notion d'injustice et d'aigreur face à une profession dont le niveau de revenu et de qualité de vie leur semble meilleur.

- Du point de vue de la formation :

Des médecins insuffisamment sensibilisés à la sphère bucco-dentaire.

Les médecins expriment leur manque de formation dans ce domaine que ce soit dans le cursus initial ou en formation médicale continue. Ils jugent leurs connaissances trop floues sur les pathologies bucco-dentaires et l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Conscients de leurs lacunes, les médecins s'estiment incompetents et ne se sentent pas concernés dans la démarche de soins des pathologies bucco-dentaires. De plus, ils ne savent pas quel type de relation établir avec les chirurgiens-dentistes. Il en découle, dès lors, une non implication des médecins dans la santé bucco-dentaire. La moitié des médecins estiment ne pas avoir les compétences pour adresser chez le chirurgien-dentiste et que n'est pas leur rôle.

- Du point vu de la connaissance de la profession de chirurgien-dentiste :

- Dans cette enquête apparaît une certaine ignorance de la profession de chirurgien-dentiste par les médecins. Il en ressort un positionnement difficile de leur part car ils ne savent pas ce qu'ils peuvent attendre des chirurgiens dentistes et connaissent mal leur domaine de compétence. Préférant être en relation avec un collègue médecin pour le suivi d'un patient, les médecins prendront plutôt contact avec un stomatologue en cas de nécessité. La distinction est nette pour les médecins : le stomatologue est un médecin à qui ils vont adresser des patients tandis que le chirurgien dentiste est un professionnel en accès libre chez qui le patient se rend par lui-même.

- Ignorance du vécu quotidien du chirurgien-dentiste par les médecins et de la problématique d'une nomenclature obsolète face à la prise en charge de patients ayant une couverture sociale permettant l'accès à un panier de soin très limité.

### **2.3 Représentation de la personne, du système de soins et conscience éthique.**

Telle qu'elle apparaît à travers cette recherche, la relation de soin répond à une organisation du travail dans laquelle l'acte de soigner est la référence essentielle. Cet acte technique est le support exclusif de la relation entre médecins et chirurgiens-dentistes. Ainsi se révèle une vision mécaniste de l'Homme<sup>37</sup>, réduit à un assemblage d'organes.

Les médecins et les chirurgiens-dentistes ont chacun, à leur manière, une vision partielle du patient.

#### **Libre choix du patient et refus d'assister comme arguments de certains médecins pour ne pas prendre de responsabilité en matière dentaire.**

Les médecins, qui n'adressent jamais de patient chez le chirurgien-dentiste, évoquent plusieurs raisons dont leur attachement à laisser le patient libre du choix de son praticien et leur souhait de ne pas s'immiscer dans un domaine qu'ils jugent ne pas être de leur responsabilité, refusant par ailleurs de cautionner une forme d'assistantat du patient. Le champ bucco-dentaire trop rarement investi par les médecins, soucieux de se dégager d'une certaine responsabilité, confronte le patient à une solitude qui le conduit à assumer, par lui seul, la démarche de soin : prévention, dépistage et soin. En effet pour certains médecins « quand quelqu'un vient me voir pour un problème dentaire, je ne me sens pas concerné par la prise en charge, je lui dis "c'est votre problème" ».

Pour nous et comme le dit si bien Hannah Arendt : « Le mal, c'est de ne pas dans une action, envisager les conséquences pour l'autre ».

La prise en charge globale d'un patient comprend, entre autre, le dépistage de facteurs de risque permettant ainsi d'éviter l'apparition de pathologies, d'anticiper leurs évolutions et d'en planifier les traitements. Dans le domaine de la prévention et du dépistage, conduisant, par la suite, si nécessaire, à des traitements, la place du médecin est primordiale. Le médecin généraliste doit, par son statut, être garant d'une prise en charge optimale et globale de son patient.

Le droit du patient à une prise en charge globale implique certes une responsabilité de tous les professionnels de santé et spécifiquement une implication du médecin généraliste. Dès lors comment interpréter la parole de certains médecins qui s'expriment ainsi « je ne voudrais pas que la médecine préventive se détourne vers une forme d'assistantat...les gens savent qu'il faut aller chez le dentiste, c'est de leur responsabilité personnelle, pas de la mienne, je suis contre l'assistantat ».

---

<sup>37</sup> HERVE C, Ethique, politique et santé, Médecine et société, Puf, Paris 2000, 126p.

La limite entre le principe d'autonomie et celui du respect des personnes est délicate et doit répondre à une vision intègre de la personne. Emmanuel Levinas dans *Ethique et Infini*<sup>38</sup> estime que, dans la relation avec l'Autre, « je suis responsable d'une responsabilité totale qui répond de tous les autres et de tout chez les autres, même de leur responsabilité ».

Le statut du chirurgien-dentiste, praticien en accès libre, implique-t-il que le généraliste n'ait pas un rôle de détecteur des pathologies bucco-dentaires ou des facteurs de risques associés aux pathologies bucco-dentaires ? Certains médecins ne se reconnaissent apparemment pas dans ce rôle d'ingérence qu'ils attribuent aux seuls chirurgiens-dentistes.

#### L'acte dentaire libéral isolé dans le système de protection sociale et de solidarité nationale :

Les réponses des chirurgiens-dentistes reflètent un intérêt assez limité pour le champ social de la santé. Ils ont certes, à gérer, une nomenclature obsolète ainsi que l'émergence de patients n'ayant accès qu'à un panier de soins limité, mais pour autant ils ne considèrent pas devoir investir ce champ social.

Quelle est alors la représentation que se fait le chirurgien-dentiste de la personne, de ses droits et de sa dignité ? Les chirurgiens-dentistes de cette enquête, montrent-ils à la vue de leur pratique, une conscience éthique, une visée éthique comme le définit Ricœur dans *Soi-même comme un autre*<sup>39</sup> « une vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes » ? En effet, c'est dans la manière d'agir et de traiter l'autre que se vérifient les valeurs véhiculées par le praticien.

Des chirurgiens-dentistes se sentent acculés par cette nomenclature, ils la contournent en refusant, souvent, de prendre en charge des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Certains praticiens affirment ne pas connaître les systèmes de cotisations et de prévoyances, et ne souhaitent pas s'informer davantage à ce sujet, « les cotisations : j'y connais rien et je ne cherche pas à savoir » et « je m'en fous un peu dans la mesure où je considère que c'est leur problème et pas le mien » !

Notre système de santé est fondé sur un principe de solidarité et d'implication de tous pour l'autre. C'est en réponse au souci de l'autre et dans le respect de l'autre que l'institution intervient en cas de défaillance. Elle nécessite l'implication de chacun et l'adhésion des professionnels de santé. Selon Ricœur dans *Soi-même comme un autre* « Une institution juste comme règle de distribution n'existe que pour autant que les individus y prennent part ». Le chirurgien-dentiste est un acteur de santé, son rôle ne peut se réduire à des actes techniques, celui-ci doit prendre conscience de l'Autre, de ses droits, et, par là même, investir le champ social de la santé.

---

<sup>38</sup> Emmanuel LEVINAS, *Ethique et Infini*, Le Livre de Poche, 1982, 121p.

<sup>39</sup> Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Ed. du Seuil, 1990, 420p.

Un chirurgien-dentiste rencontré partage ces notions : « je me dis que je dois participer quelque part pour soulager le patient en dehors du système financier, de la feuille de soins, de la mutuelle qui nous mènent comme des machines...c'est une question de relation humaine...il ne faut pas lui soigner la bouche et le blesser dans sa dignité !»

#### Une coordination insuffisante entre les professionnels.

Les obstacles à une relation de qualité entre les chirurgiens-dentistes et les médecins, les plus fréquemment cités sont de d'ordre culturel et en rapport avec la formation. Néanmoins, le cloisonnement des professionnels est également responsable de cette communication difficile.

« Or la communicabilité suppose très clairement une communauté d'hommes à qui s'adresser, qui écoutent et qu'on peut écouter » Hannah Arendt, *Juger*<sup>40</sup>. A travers l'analyse des entretiens, la moitié des médecins et des chirurgiens-dentistes n'ont pas de correspondants, respectivement, chirurgiens-dentistes ou médecins. Il devient alors compliqué pour ces praticiens, de conseiller, d'adresser ou même de suivre l'évolution de traitement.

Le praticien de santé est responsable de la bonne prise en charge de son patient, et celle-ci implique de connaître d'autres professionnels à qui il peut être nécessaire d'adresser. Le fait de ne pas se préoccuper du besoin de son patient dans le domaine bucco-dentaire, par exemple, a une implication en termes de responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient.

Les réseaux de santé ont, en outre, pour vocation de mettre fin à ce cloisonnement des professionnels. Le développement et la structure des réseaux facilitent donc cette communication entre les professionnels sans pour autant négliger la responsabilité individuelle de chacun, dans ses actes et dans ses prises en charge. Le rapprochement des professionnels améliore la qualité et la quantité des échanges par une réflexion commune intensifiée. Et ainsi « nous sommes entourés d'êtres et de choses avec lesquels nous entretenons des relations. Par la vue, par le toucher, par la sympathie, par le travail en commun, nous sommes avec les autres » LEVINAS, *Ethique et Infini*<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Hannah ARENDT, *Juger*, Ed du Seuil, 1991, 245p.

<sup>41</sup> Emmanuel LEVINAS, *Ethique et Infini*, Le Livre de Poche, 1982, 121p.

## **2.4 Evolution de l'organisation : un souhait des professionnels ?**

- Facteurs influençant les praticiens dans leur démarche pour adresser des patients.

Les chirurgiens-dentistes n'ont pas de difficulté à adresser chez le médecin mais regrettent le peu de retour de renseignements sur le suivi de leur patient. Un praticien estime tout de même que ce n'est pas son rôle de s'assurer que le patient a bien consulté un médecin après le lui avoir recommandé, et du suivi effectué.

Parmi les 6 médecins qui adressent chez le chirurgien-dentiste, 5 sont confrontés à des difficultés dues aux appréhensions du patient et aux coûts des traitements mais dans une moindre mesure aussi à l'obtention difficile d'un rendez-vous et au manque de correspondants. La moitié des médecins n'a pas de correspondants chirurgiens-dentistes. Les médecins qui adressent sont d'une manière évidente ceux qui ont des correspondants ; les difficultés rencontrées, alors, dans le processus sont ceux incombant aux patients (anxiété, coûts, prise de décision...). Une part importante des médecins répond ne pas avoir de difficultés à adresser. De fait, la moitié des médecins n'adressent pas, et ce pour différentes raisons : ils estiment que ce n'est pas leur rôle, ne se sentent pas compétents, et insistent sur la liberté laissée aux patients sur le choix du praticien.

- Réaction des professionnels face à différentes propositions d'évolution de leur exercice.

La majorité des chirurgiens-dentistes apprécie la relation qu'ils entretiennent avec les médecins, alors que ces derniers la jugent inexistante.

Ceci explique, en partie, que la majorité des chirurgiens-dentistes (9/13) ne souhaitent pas la modifier alors que les médecins aimeraient, pour la moitié d'entre eux (7/12), la voir évoluer.

Différentes propositions ont été faites aux praticiens :

- concernant la réalisation d'actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires :

Il y a autant de chirurgiens-dentistes que de médecins qui pensent cela envisageable, mais dans la pratique, on dénombre moins de chirurgiens-dentistes que de médecins prêts s'investir dans ces actions de prévention. Seulement 4 chirurgiens-dentistes et 6 médecins seraient susceptibles de participer à des actions communes.

- concernant l'intérêt d'une organisation entre les professionnels plus structurée :

- Les médecins (10/12) sont davantage intéressés que les chirurgiens-dentistes (6/13) par l'évolution de leur mode de fonctionnement. Les chirurgiens-dentistes (5/13) sont particulièrement soucieux de préserver leur liberté et ne voudraient pas se voir imposer un cadre trop structuré avec des formalités à respecter. Toutefois les chirurgiens-dentistes motivés (6/13) voient en cette évolution un bénéfice certain dans la composition du dossier de leur patient par l'obtention de données plus précises.

Les médecins, plus nombreux à souhaiter modifier leur mode de fonctionnement, espéreraient ainsi améliorer leurs connaissances, mieux suivre les patients et afin pouvoir adresser plus facilement.

Les chirurgiens-dentistes trouvent plus d'intérêt à faciliter et améliorer leurs contacts avec des spécialistes en nutrition (8/13) qu'avec des psychiatres, psychologues (5/13) ou des assistantes sociales (5/13).

- concernant les réseaux de santé

Les médecins du réseau ASDES sont tous favorables à l'entrée des chirurgiens-dentistes dans le réseau. Les chirurgiens-dentistes ne connaissent pas les réseaux de santé. Après une rapide présentation des réseaux de santé et particulièrement ASDES, seulement 5 chirurgiens-dentistes seraient tentés d'y participer. Ils sont particulièrement sensibles au caractère pluridisciplinaire des réseaux et à la complémentarité des professionnels. La particularité sociale du réseau n'est accueillie positivement que par 1 chirurgien-dentiste ; ce qui vient conforter la faible proportion de chirurgiens-dentistes intéressés par un exercice en collaboration avec des assistantes sociales (5/12). Outre le facteur de temps et des doutes sur la pérennité de ce type d'organisation, les chirurgiens-dentistes préféreraient planifier des plages horaires de bénévolat plutôt que de cautionner une nomenclature et des modes de prises en charge instaurés par l'assurance maladie qu'ils jugent insatisfaisants et non viables.

- concernant le dossier médical personnel :

9 chirurgiens-dentistes et 10 médecins apprécient l'idée d'un tel dossier mais si les chirurgiens-dentistes sont persuadés que l'intégralité des données du dossier doit leur être communiquée la moitié des médecins n'est pas de cet avis. Tous soulèvent la problématique de la confidentialité des données et l'un de s'interroger sur la tenue au secret médical du chirurgien-dentiste. Au vue de l'analyse de la pratique des



professionnels sur le questionnaire médical des chirurgiens-dentistes et l'examen buccal des médecins, il semblerait qu'un dossier médical personnel, partagé, après consentement du patient, puisse combler des lacunes dans les informations détenues par chaque praticien sur le patient.

### **3 / Confrontation de la pratique aux cadres déontologiques et législatifs.**

Les résultats de cette enquête révèlent le fonctionnement des professionnels entre eux et également la façon dont ils prennent en charge leur patient. La pratique des professionnels est encadrée par les codes de déontologie et des lois. Les normes édictées répondent-elles aux besoins de la pratique ? Les pratiques des professionnels sont-elles en accord avec ces normes ? Les professionnels sont amenés à collaborer de plus en plus pour le bien de leur patient autant d'un point de vue médico-scientifique et préventif mais également d'un point de vue social. L'évolution des relations interprofessionnelles et des modes de prise en charge des patients est-elle inscrite, visible dans les cadres législatifs ?

#### **3.1 Exercice libéral rime t'il avec exercice isolé : les codes de déontologie incitent-ils au travail en équipe ?**

##### 3.1.1 Code de déontologie des médecins<sup>42</sup> :

Titre III : Rapport des médecins entre eux et avec les autres professions de santé.

Article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

La démarche de soins, implique de plus en plus l'intervention de plusieurs professionnels de santé dont les compétences diversifiées sont requises pour une prise en charge optimale d'un patient.

Selon HOERNI<sup>43</sup>

« Dans les circonstances où cette prise en charge multidisciplinaire n'est pas orchestrée par l'un des médecins et requiert le concours et l'alliance du savoir de tous les professionnels concernés, chacun des médecins doit aussi être soucieux du résultat final et veiller pour cela, avec l'accord du patient, à informer de ses observations, au-delà de ses interlocuteurs naturels, tous ceux qui, dans le réseau formel ou informel, sont susceptibles de bénéficier de ses observations ou ceux que ses observations sont susceptibles d'éclairer dans le cadre de leur propre intervention. »

<sup>42</sup> Code de déontologie des médecins [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

<sup>43</sup> HOERNI Bernard. *Pratique médicale en réseau et déontologie*, Bulletin de l'Ordre des médecins, 1997;12:437-438.

Les notions d'équipe médicale et de collaboration sont abordées dans le code de déontologie des médecins mais aucun cadre n'est précisé. Par ailleurs aucun financement n'y est dévolu.

Cet article souligne l'importance de la communication entre les médecins dans la prise en charge d'un patient commun.

Chaque professionnel intervient dans son champ de compétence, la mise en commun des points de vue respectifs contribuerait à la qualité des soins.

### 3.1.2 Code de déontologie des chirurgiens-dentistes<sup>44</sup>

Sous-section 6 : Devoirs des chirurgiens-dentistes envers les membres des professions de santé.

Article R. 4127-282

Les chirurgiens-dentistes, dans leurs rapports professionnels avec les membres des autres professions médicales ou paramédicales, doivent respecter l'indépendance de ces derniers.

Le code des chirurgiens-dentistes n'aborde pas la notion de prise en charge multidisciplinaire, contrairement au code de déontologie des médecins, à la même section.

Un thème avoisinant est abordé dans la section sur les devoirs de confraternité, et évoque la possible réalisation d'une consultation avec un autre professionnel de santé « tout autre chirurgien-dentiste ou médecin ». Mais cette consultation « multiprofessionnelle » répond à une demande des patients, que le chirurgien-dentiste doit accepter, et non à un devoir du chirurgien-dentiste de tenir informer les autres professionnels de santé prenant en charge le patient de l'avancée des traitements.

Sous-section 4 : Devoirs de confraternité

Article R. 4127-266

Le chirurgien-dentiste doit en principe accepter de rencontrer en consultation tout autre chirurgien-dentiste ou médecin quand cette consultation lui est demandée par le patient ou sa famille.

Lorsqu'une consultation est demandée par la famille ou le chirurgien-dentiste traitant, ce dernier peut indiquer le consultant qu'il préfère, mais il doit laisser la plus grande liberté à la famille et accepter le consultant qu'elle désire, en s'inspirant avant tout de l'intérêt de son patient.

Le chirurgien-dentiste traitant peut se retirer si on veut lui imposer un consultant qu'il refuse ; il ne doit à personne l'explication de son refus.

---

<sup>44</sup> VASSAL Jean Paul, *Code déontologie des chirurgiens-dentistes commentés*, Concepts Juridiques, Ed. SNPMD, 2003, 104p.

### 3.1.3 Vers une évolution des codes ?

Les professionnels de santé ont, tous, pour objectif commun la santé du patient. Bien que les prises en charge diffèrent selon les disciplines, la considération de la personne doit être la même pour chaque praticien. Ce socle commun, « cette conscience au service d'une confiance », se retrouve chez tous les praticiens de santé et fait partie intégrante de leur pratique.

Pour autant, les codes de déontologie qui donnent un cadre à l'exercice des professionnels de santé diffèrent dans leur contenu. Ces professionnels partagent des valeurs communes ; celles-ci ne se reflètent pas lisiblement à la lecture comparée des codes.

On peut alors se questionner sur la légitimité d'un socle commun, à toutes les professions de santé dans les codes de déontologies. Les codes de déontologies ont l'intérêt d'être évolutifs et réalisés en commun : évolutifs par rapport à l'avancée de la science, des contextes médicaux et culturels ; réalisés en commun c'est-à-dire au sein d'une profession pour cette profession. Les prises en charge de plus en plus multidisciplinaires, autour du patient, suscitent-elles de nouvelles règles de déontologie ? L'éthique des codes doit pouvoir s'appliquer dans la pratique. Les modifications de l'organisation de la santé et de la prise en charge des patients tendent à faire évoluer les valeurs communes et à repenser les codes de déontologies.

## **3.2/ La législation comme incitation au partenariat : les chirurgiens-dentistes et les réseaux de santé, une opportunité pour la prise en charge.**

### 3.2.1 Quelques exemples de réseaux médicaux.

La création de réseaux ville-hôpital permet d'intégrer l'odontologie dans des équipes pluridisciplinaires. Une nouvelle forme de prise en charge qui offre une solution à des situations médicales particulières<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> *Questions autour de nouvelles formes de prises en charge* La Lettre, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003 ;15 : 33

### 3.2.1.1 Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap : SBDH

Le réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap a été initié dans la région Rhône-Alpes en 2001. En 2004 le projet a été accepté par le comité régional des réseaux, et va être mis en œuvre courant 2005<sup>46</sup>

Dans le numéro 1 de La Lettre du Réseau<sup>47</sup> est abordée une problématique spécifique de cette région : 233 000 personnes sont handicapées, âgées et dépendantes, soit 5% de la population. Les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes présentent un risque élevé de pathologies bucco-dentaires qui peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé générale, le comportement, le confort et la qualité de vie. Ces personnes ont des besoins spécifiques qui nécessitent une organisation des soins afin de répondre aux objectifs de santé publique.

L'objectif du réseau est de promouvoir la complémentarité entre différents praticiens pour participer à une prise en charge globale de la personne handicapée ou dépendante, favoriser l'accès aux soins et apporter une qualité de soins.

L'organisation du réseau s'articule autour de trois types de structures :

- les cabinets de ville adhérant au réseau SBDH,
- les centres de santé orale (CSO) : participation d'une équipe reconnue dans le domaine de soins spécifiques et de praticiens libéraux.
- les centres ressources de santé orale (CRSO) font partie d'un centre hospitalier possédant un plateau technique performant : participation des praticiens du CSO et des praticiens libéraux.

Selon la difficulté du geste, la coopération du patient, le choix du patient ou de son entourage, la prise en charge est orientée dans une de ces structures.

Le réseau est bénéfique pour les praticiens, et permet de rompre l'isolement professionnel, de travailler en équipe, d'améliorer les pratiques professionnelles, de réaliser une meilleure coordination des soins et une démarche qualité, de participer à des réunions pluridisciplinaires de concertation, de suivre des formations.

---

<sup>46</sup> La Lettre du Réseau « *Santé Bucco-Dentaire et Handicap* » 2005 ; 2 : 1-4

<sup>47</sup> La Lettre du Réseau « *Santé Bucco-Dentaire et Handicap* » 2004 ; 1 : 1-4

### 3.2.1.2 Réseau Santé Oncodent.

Le Réseau Santé Oncodent<sup>48</sup> a été initié en 2001 en Lorraine.

Dans cette région, le cancer est la deuxième cause de mortalité (28%) après les maladies cardio-vasculaires.<sup>49</sup>

Premier constat : en Lorraine, il n'existe que 4 structures hospitalières qui ont un cabinet dentaire intégré et qui sont susceptibles de traiter des patients atteints de cancers.

Second constat : certains patients en traitement de type radiothérapie échappent totalement à une prise en charge bucco-dentaire préliminaire. En ce qui concerne les patients sous chimiothérapie, leur traitement est encore trop souvent découvert par le chirurgien-dentiste une fois la cure terminée. Or une dentition non traitée peut-être source d'infections dans ces traitements lourds avec affaiblissement des défenses immunitaires.

Les chirurgiens-dentistes confrontés à ces situations ont créé un réseau ville-hôpital dans la région dont l'objectif est de faciliter la communication entre professionnels de santé et patients atteints de cancer.

Une fiche de liaison patient, interactive entre le médecin oncologue et le chirurgien-dentiste remplie dès le début de son traitement, fournit les données utiles à une meilleure coordination des soins. Le transfert rapide et efficace d'informations médicales est permis via internet par un portail sécurisé. Cette fiche permet au médecin oncologue de connaître en temps réel l'état bucco-dentaire de son patient et de demander des soins à réaliser dès le début de la prise en charge. De la même manière, à l'issue d'une cure, le chirurgien-dentiste connaît le traitement exact de son patient et les suites éventuelles.

Ce réseau est avantageux :

- pour le patient : des soins dentaires optimisés, un chirurgien-dentiste de proximité, la facilité d'accès aux soins, l'assurance de la sécurité et de la confidentialité quant au transfert des informations médicales.
- pour le chirurgien-dentiste : des informations médicales complètes rapidement accessibles et utilisables, une information permanente sur les nouvelles thérapies, une formation régulière, une meilleure intégration au processus thérapeutique.
- pour le médecin oncologue : une meilleure connaissance du bilan bucco-dentaire de son patient qui permet une réelle synergie dans la prise en charge, une coopération accrue, un gain de temps et une efficacité dans l'organisation du traitement.

---

<sup>48</sup> [www.oncodent.org](http://www.oncodent.org)

<sup>49</sup> *Cancer et traitement bucco-dentaires, Le réseau Oncodent porté sur les fonds baptismaux.* La Lettre, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. 2004 ;30 : 13

### 3.2.1.3 Réseau GIPS : Groupement Innovation Prévention Santé

Le réseau GIPS crée en 2001, en Ile-de-France, est axé sur la prévention des maladies parodontales.

Premier constat<sup>50</sup> : selon les chirurgiens-dentistes à l'origine du réseau, plus de la moitié des adultes français sont touchés à des degrés divers par ces maladies, qui sont également la première cause de perte des dents chez les plus de 35 ans.

Deuxième constat : les maladies parodontales sont souvent méconnues et mal prises en compte.

Quelques chirurgiens-dentistes décident de briser l'isolement dans lequel ils se trouvent et d'innover dans les stratégies de prise en charge<sup>51</sup>.

Le réseau comprend des laboratoires d'analyses médicales, des pharmaciens, des diabétologues, des cardiologues et des spécialistes du sevrage tabagique.

L'objectif de ce réseau est de regrouper de façon transversale et de coordonner les professionnels concernés dans une démarche de prévention<sup>52</sup>, le patient pouvant être ainsi appréhendé dans sa globalité.

L'action du réseau se concentre sur la mise en place de procédures et de suivi des patients en matière de maintenance parodontale, ainsi que des procédures d'éducation et de motivation de ces patients.

Le GIPS entre aussi dans une logique d'éducation thérapeutique : le patient doit devenir lui-même acteur de sa prévention.

### 3.2.1.4 Réseau ARÈS 92

Le réseau Arès 92<sup>53</sup> a été créé pour favoriser l'accès aux soins des personnes porteuses du virus de SIDA, des usagers de drogues et des personnes en difficultés sociales et/ou psychologiques, dans le Nord des Hauts-de-Seine.

Il réunit depuis 10 ans des médecins, pharmaciens, biologistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, psychologues de la ville et de l'hôpital Louis Mourier, soucieux d'améliorer la coordination des soins. Ce travail en réseau facilite la communication entre les différents acteurs de santé pour coordonner au mieux leurs interventions et ainsi répondre aux besoins et souhaits des patients.

---

<sup>50</sup> *Un réseau de santé axé sur la prévention des maladies parodontales expérimenté en Ile de France*, Aventis Pharma APM, article du 18 mars 2005.

<sup>51</sup> BOHIN F, *Naissance d'un réseau...le GIPS*, Inf Dent, 2001 ; 83 :1627

<sup>52</sup> *Les dentistes font de la prévention*, Article L'Humanité 14 mai 2005.

<sup>53</sup> Arès 92. La Lettre Juin 2001

### 3.2.2 Un réseau mixte : le Réseau Social dentaire<sup>54</sup>

Objectif : mettre en œuvre des actions coordonnées associant des structures sociales et des structures d'offre de soins (structures hospitalières, libérales ou centres de santé), en liaison avec les réseaux médicaux, dans le but de favoriser des personnes en situation de renoncement aux soins à une démarche de soins bucco dentaires.

La personne en demande de soins est accueillie dans l'une des structures sociales du réseau dont le rôle est de lui ouvrir et/ou de lui faire recouvrer l'accès à ses droits à l'assurance maladie. Cette structure adresse le patient, muni d'une fiche sociale (le situant notamment en matière d'ouverture des droits sociaux), et d'un cliché panoramique dentaire, vers une Permanence du Réseau. Cette permanence sera pour cette personne l'occasion d'avoir, au cours d'un entretien avec un chirurgien-dentiste, un bilan bucco-dentaire complet, un diagnostic et des informations sur ses besoins en matière de soins, éventuellement des soins de première nécessité, et enfin, une orientation vers la structure de soins la plus appropriée à sa situation sanitaire et sociale.

Si l'orientation vers un cabinet libéral est retenue, le praticien libéral conformément à une charte qualité du réseau auquel il doit adhérer s'engage à mener à bien, selon le dispositif de protection sociale de la personne, une réhabilitation orale complète ; il bénéficie d'un accompagnement administratif et social par le réseau. Ainsi toute difficulté en cours de route sera prise en charge par le réseau. Il en est de même pour le secteur hospitalier et les centres de santé avec des passerelles possibles entre les différentes offres de soins bucco-dentaires et les réseaux médicaux.

---

<sup>54</sup>EMMANUELLI Sophie. *Contribution à la construction d'un réseau de santé et de soins bucco-dentaires en faveur des personnes en état de vulnérabilité*, Doctorat d'Université, Ethique Médicale et Biologique, Université Paris 5, 2002.



### **3.3/ Chirurgiens-dentistes, dossier médical et partage des informations.**

#### 3.3.1 Le dossier odontologique

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne mentionne pas l'obligation de tenir un dossier du patient. Aucune règle ne décrit par ailleurs le contenu du dossier. Toutefois la responsabilité médicale pouvant être engagée pendant 30 ans, le praticien doit obligatoirement archiver ses dossiers.

La seule obligation écrite que l'on retrouve dans le code est celle d'établir un devis en cas de traitement d'un coût élevé.

Toutefois en cas de changement de praticien, il faut transmettre les informations nécessaires.

Le chapitre des devoirs généraux des chirurgiens-dentistes, à propos du secret professionnel, évoque la protection des dossiers, papier ou informatique.

**Avant l'élaboration de la loi du 4 mars 2002, chaque chirurgien-dentiste était libre de constituer ou non un dossier patient, pourvu qu'il le protège de toute indiscretion, qu'il ait établi un devis et qu'il puisse donner des informations nécessaires au suivi des soins.**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades prévoit que tout patient peut, désormais, accéder directement à son dossier médical.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Cette disposition implique que le praticien dispose d'un dossier médical du patient, ce qui n'était pas obligatoire jusqu'à présent puisque seuls, les médecins des centres hospitaliers publics ou privés, ainsi que les médecins référents y étaient tenus par le Code de la Santé Publique. Le code de déontologie des médecins stipule tout de même à l'article 45 (article R.4127-45 du code de la santé publique) que « le médecin doit tenir une fiche d'observation qui lui est personnelle, cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés aux décisions diagnostiques et thérapeutiques ». Cette notion de fiche d'observation n'apparaît pas dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

On ne dispose pas de données sur la façon dont les chirurgiens-dentistes tiennent leurs dossiers patients en France, la pratique est jusqu'à présent très diverse allant de la simple fiche cartonnée au dossier informatisé. Depuis l'apparition des logiciels dentaires et leur diffusion croissante, les dossiers informatiques se généralisent dans les cabinets.

L'Agence Nationale d'Analyse et d'Evaluation en Santé devenue Haute Autorité en Santé a édité en 2000 un document sur « Le dossier du patient en odontologie<sup>55</sup> », premier pas vers l'élaboration d'un canevas de dossier odontologique. Un cadre général et des recommandations sur le contenu et la façon de tenir le dossier ont été élaborés.

### 3.3.2 La loi du 13 août 2004 : le Dossier Médical Personnel ou Partagé : la place des chirurgiens-dentistes.

Le dossier médical personnel a pour objet de :

- favoriser la communication, la qualité et la continuité des soins (loi du 13 août 2004)
- améliorer la communication des informations en santé, sous le contrôle du patient notamment pour ce qui concerne la confidentialité et conformément aux droits des patients dans le domaine des données personnelles de santé (loi du 4 mars 2002)
- réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants, diminuer les coûts inutiles par l'implication dans cette démarche des acteurs de soins.

« Art. L. 161-36-2. - Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du même code, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

A travers le dossier médical personnel, les professionnels de santé sont appelés à travailler davantage dans une logique de partenariat et de réseau.

Le Dossier Médical Partagé soulève une problématique au sein de la profession des chirurgiens-dentistes.

Selon l'article L 161-36-4, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL et des conseils nationaux de l'Ordre des professions de santé, fixera les conditions d'application, et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel.

---

<sup>55</sup> ANAES, Le dossier du patient en odontologie, Service des recommandations et références professionnelles, 2000.

La profession s'interroge<sup>56</sup> sur les informations auxquelles elle aura accès. « En pratique pour les chirurgiens-dentistes qui réalisent un grand nombre d'actes invasifs, et de plus en plus souvent chez des patients porteurs de pathologies lourdes et multiples, il semble évident que l'accès aux données médicales doit être large. Et cela afin d'éviter, par exemple, de réaliser des soins qui puissent s'avérer dangereux ou contre-indiqués pour le patient ».

Le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes estime donc que le chirurgien-dentiste doit bénéficier de l'accès exhaustif aux traitements prescrits à ses patients par les autres professionnels de santé.

Le chirurgien-dentiste peut, par la transmission des données de ses consultations, apporter des informations intéressantes pour d'autres professionnels de santé telles que les complications buccales, les prescriptions médicamenteuses, la nature des biomatériaux utilisés. Le chirurgien-dentiste a également un rôle de dépistage de foyers infectieux susceptibles de déclencher des pathologies à distance.

A l'heure actuelle aucune décision n'a encore été prise sur le type d'accès qu'aurait le chirurgien-dentiste.

### **Chirurgiens-dentistes et secret professionnel**

Le chirurgien-dentiste est tenu au secret professionnel par l'article 5 du code de déontologie.

La version ancienne de l'article 5 imposait en une phrase au chirurgien-dentiste le respect du secret professionnel sauf dérogations prévues par la loi. Le décret de 1994 a repris la définition donnée par le code de déontologie des médecins.

#### Article 5

Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste sauf dérogations établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Le secret professionnel est désormais réglementé par le code de la Sécurité Sociale (loi du 13 Août 2004 L.161-36-1 A)

L'enjeu du dossier médical partagé se situe dans le partage de l'information et sera donc la résultante d'interactions entre les professionnels, unis autour de valeurs communes.

Le dossier médical personnel n'a un intérêt que s'il est complet, permettant ainsi à chaque professionnel de santé de s'y référer et également de l'alimenter.

<sup>56</sup> *Le Chantier du dossier médical personnel, Quel accès au DMP*, La Lettre, Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2005 ; 37 :19-27.

Quels arguments pourraient être avancés pour restreindre les données du dossier aux chirurgiens-dentistes si ce n'est une méconnaissance des informations nécessaires à celui-ci pour traiter ou une forme de protectionnisme de la part des médecins ? De même, l'intérêt pour les médecins d'accéder aux données du chirurgien-dentiste, répond à une réelle prise en charge globale du patient. Le dossier du chirurgien-dentiste représente une source de données permettant le suivi et l'évolution de pathologies générales.

## V CONCLUSION

Ce travail constitue un état des lieux de la relation entre médecins et chirurgiens-dentistes. Par des enquêtes de terrain nous avons confronté nos hypothèses de départ à la pratique des professionnels et ainsi objectivé au mieux cette relation.

La communication entre médecins et chirurgiens-dentistes est entravée par de nombreux obstacles : culturels, méconnaissance des professions, formations inadéquates, types d'exercices, modes de prise en charge... Ces professionnels de santé sont rarement en contact. La relation entre médecins et chirurgiens-dentistes s'est organisée autour du soin et l'acte technique en est le support exclusif. La coordination entre les professionnels est insuffisante et leurs pratiques respectives reflètent davantage une attitude de prudence vis-à-vis de risques de complications qu'une attitude de prévention. Certains praticiens, médecins et chirurgiens-dentistes, évoquent la liberté du patient et le refus d'assistanat de celui-ci comme arguments pour ne pas s'immiscer dans la démarche de soin du patient. Le droit du patient à une prise en charge globale, à la considération de ses besoins, tant médicaux que sociaux, n'est pas encore une notion partagée et reconnue par tous les praticiens comme faisant partie de leurs rôles de professionnels de santé.

La profession de chirurgie dentaire est certes, le plus souvent, une profession en exercice à majorité libéral, mais sa place n'est plus à démontrer dans le corps médical. De nouvelles organisations telles que les réseaux de santé ou de nouveaux outils tels que le dossier médical personnel soulèvent la question de la place des chirurgiens-dentistes au sein d'équipes pluridisciplinaires. Bien que ces innovations ne soient pas encore connues de tous, il apparaît nécessaire de sensibiliser au mieux les professionnels de santé à ces évolutions dans le système de santé, afin d'offrir au patient l'opportunité d'une prise en charge optimale.

Imaginer de nouveaux outils ne pourra être bénéfique que, si en amont, lors de la formation des futurs praticiens, les notions de démarche de soin et de prévention sont réfléchies, en commun, avec les autres disciplines de santé. La mise en pratique de ces conceptions requiert également que les formations cliniques ne soient pas isolées les unes des autres. La santé bucco-dentaire est partie intégrante de la santé, la formation des professionnels de santé, doit pouvoir en être le reflet. Les stages hospitaliers en service de médecine ont une part importante dans le cursus des étudiants en chirurgie dentaire, ce n'est pas le cas pour les étudiants en médecine qui sont rarement en contact avec les services d'odontologie<sup>57</sup>. Organiser des formations continues et la sensibilisation des médecins généralistes à l'odontologie permettrait une prise en charge plus

---

<sup>57</sup> BOIS D, MASSONNAUD J, MELET J, Mission Odontologie, Rapport Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003

efficace de certaines pathologies. Rapprocher les professionnels dans leur pratique implique certainement de les rapprocher lors de leurs formations. Des universités se penchent actuellement sur cette question<sup>58/59</sup> et sur les évolutions nécessaires à apporter dans les cursus.

---

<sup>58</sup> Association Report Written Statement of the American association of Dental Schools to the Institute of Medicine Committee on the Future of Dental Education. J Dent Educ 1994, 58 :26-37

<sup>59</sup> CHEN Y, *The Surgeon General's Report on Oral Health: Implications for Research and Education* NYSDJ, 2000 38-42

## BIBLIOGRAPHIE par ordre de citation

1. IRDES, *Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000*, rapport 1364.
2. HASSOUN D. *Précarité et état de santé bucco-dentaire*, Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, 1998, n°16
3. AZOGUY-LEVY S, ROCHEREAU T, *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire*, Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES, 2005.
4. SABBAAH W, LEAKE J, Comparaison des caractéristiques des canadiens ayant consulté des dentistes et des médecins en 1993-1994 : une analyse secondaire, *J Can Dent Assoc*, 2000, 66 :90-95
5. PARIZOT I, BAZIN F, RENAHY E, CHAUVIN P, *Santé, Inégalités et ruptures aux soins, Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés d'Ile-de-France*, INSERM, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, 2004
6. OMS, *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI siècle- l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, 2003
7. BELTRAN-AGUILAR E, BERTAN-NEIRA R, *Oral diseases and conditions throughout the lifespan.I. Diseases and conditions directly associated with tooth loss*, *Gen Dent*, 2004, 21-26.
8. BOURGEOIS D, CHEDID N, *Intérêt de la prédiction des facteurs de risque carieux dans la pratique dentaire*, *Réalités Cliniques* 2004;15 :215-226
9. FEJERSKOV O. *Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care*, *Caries Res*, 2004 ;38 :182-191
10. JENKINS W, KINANE D, *Epidémiologie des maladies parodontales*, *Real Clin.* 2003;14 :253-256
11. WINKELHOFF A, *Diagnostic microbiologique en parodontologie*, *Real Clin.* 2003;14:267-277
12. SCANNAPIECO F, *Relations entre maladie parodontale et maladies systémiques*, *Real Clin.* 2003;14 : 303-316
13. GILON Y, BRANDT L, LAHAYE T, HEYMANS O, *Infections hématogènes d'origine dentaire*, *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*, 2002;103:26-29.
14. EJEIL AL, DRIDI M, WIERZBA C, *Le risque d'infection focale*, *Real Clin.* 2004 ;15:351-360.
15. YOSHIO M, JIRO N, YOKO E, *Dental Diseases and Gastroenterology*. *Bull.Tokyo.dent.Coll*, 1997; 38: 261-267
16. BELTRAN-AGUILAR E, BERTAN-NEIRA R, *Oral diseases and conditions throughout the lifespan.II. Systemic Diseases*, *Gen Dent*, 2004, 52: 107-114.
17. TENG Y, TAYLOR G, SCANNAPIECO F, KINANE D, CURTIS M, BECK J, KOGON S, *Santé parodontale et troubles systémiques*, *J Can Dent Assoc*, 2002 ; 68 : 188-92
18. SLOTS J, KAMMA J, *General health risk of periodontal disease*, *Int Dent J.*, 2001; 51: 417-427
19. PALLASCH T, WAHL M, *The focal infection theory: appraisal and reappraisal* *CDA. Journal.* 2000; 28: 194-199
20. RITCHIE C, JOSHIPURA K, HUNG H, DOUGLASS C, *Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease : associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes*, *Crit Rev Oral Biol Med.* 2002; 13 : 291-300

21. ANAES, *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*, Service des recommandations professionnelles, 2003
22. HOLLISTER M, WEINTRAUB J, *The association of oral status with systemic health, quality o life and economic productivity*, J Dent Educ, 1993 ; 57: 901-912
23. UFSBD URCAM Champagne-Ardenne, *Inter-causalités pathologies générales et pathologies bucco-dentaires. Inter-relations médecins et chirurgiens-dentistes*, 2002
24. SIANO H, FRANCOIS C, BRISSET L, LEFEVRE B, *Medical profile of 591 consulting patients in the dental hospital in Reims. A retrospective and transversal study [ in press]*
25. MALAMED S, *Physical and Psychological evaluation. Handbook of local anesthesia. Mosby Year Book;199:115-29*
26. PICOZZI A, NEIDLE EA, *Medical status of adult dental patients: implication for the dental curriculum. J Am Dent Ass, 1973; 86:858-62*
27. MARTIN MV, BUTTERWORH ML, LONGMAN LP, *Infective endocarditis and the dental practitioner: a review of 53 cases involving litigation. Br Dent J 1997; 182:465-8*
28. HAUGHNEY MG, DEVENNIE JC, MACPHERSON LM, MASON DK. *Integration of primary care dental and medical services : a three-year study, Br Dent J. 1998; 184: 343-7*
29. MASON DK, GIBSON J, DEVENNIE JC, HAUGHNEY MG, MACPHERSON LM. *Integration of primary care dental and medical services : a pilot investigation. Br Dent J. 1994; 177:238-6*
30. JAINKITTIVONG A, YEH CK, GUEST GF, COTTONE JA. *Evaluations of medical consultations in a predoctoral dental clinic. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80: 409-413*
31. MOUTEL G, HERVE C, *Les réseaux de soins ville-hôpital : une approche de médecine globale. Le Courrier de l'éthique médicale 2001, 1 : 27-29*
32. MOUTEL G, HERVE C, *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients (Analyse de l'expérience pilote d'un département de consultations hospitalières couplées à un réseau ville hôpital) www.inserm.fr/ethique.*
33. BERTHIER Nicolas. *Les techniques d'enquêtes*, Sociologie, Ed. Armand Collin, Paris, 2004, 243p.
34. DE SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, Sociologie 128, Ed.Nathan Université, Paris, 1992,127p.
35. BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Sociologie 128, Ed.Nathan Université, Paris, 1992, 127p.
36. JOSHIPURA K, WILLET W, DOUGLASS C; *The impact of Edentulousness on food and nutrient intake. J. Am.Den.Ass, 1996; 127: 459-467*
37. HERVE C, *Ethique, politique et santé, Médecine et société*, Puf, Paris 2000, 126p.
38. Emmanuel LEVINAS, *Ethique et Infini*, Le Livre de Poche, 1982, 121p.
39. Paul RICOEUR, *Soi même comme un autre*, Ed. du Seuil, 1990, 420p.
40. Hannah ARENDT, *Juger*, Ed du Seuil, 1991, 245p.
41. Emmanuel LEVINAS, *Ethique et Infini*, Le Livre de Poche, 1982, 121p.
42. *Code de déontologie des médecins www.conseil-national.médecin.fr*
43. HOERNI Bernard. *Pratique médicale en réseau et déontologie*, Bulletin de l'Ordre des médecins, 1997;12:437-438.



44. VASSAL Jean Paul, *Code déontologie des chirurgiens-dentistes commentés*, Concepts Juridiques, Ed. SNPMD, 2003, 104p.
45. *Questions autour de nouvelles formes de prises en charge* La Lettre, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003; 15 : 33
46. La Lettre du Réseau « *Santé Bucco-Dentaire et Handicap* » 2005 ; 2 : 1-4
47. La Lettre du Réseau « *Santé Bucco-Dentaire et Handicap* » 2004 ; 1 : 1-4
48. [www.oncodent.org](http://www.oncodent.org)
49. *Cancer et traitement bucco-dentaires, Le réseau Oncodent porté sur les fonds baptismaux*. La Lettre, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. 2004 ;30 : 13
50. *Un réseau de santé axé sur la prévention des maladies parodontales expérimenté en Ile de France*, Aventis Pharma APM, article du 18 mars 2005.
51. BOHIN F, *Naissance d'un réseau...le GIPS*, Inf Dent, 2001 ; 83 :1627
52. *Les dentistes font de la prévention*, Article L'Humanité 14 mai 2005.
53. Arès 92. La Lettre Juin 2001
54. EMMANUELLI Sophie. *Contribution à la construction d'un réseau de santé et de soins bucco-dentaires en faveur des personnes en état de vulnérabilité*, Doctorat d'Université, Ethique Médicale et Biologique, Université Paris 5, 2002.
55. ANAES, *Le dossier du patient en odontologie*, Service des recommandations et références professionnelles, 2000.
56. *Le Chantier du dossier médical personnel, Quel accès au DMP*, La Lettre, Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2005 ; 37 :19-27.
57. BOIS D, MASSONNAUD J, MELET J, *Mission Odontologie , Rapport Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*, 2003
58. Association Report Written Statement of the American association of Dental Schools to the Institute of Medicine Committee on the Future of Dental Education. J Dent Educ 1994, 58 :26-37
59. CHEN Y, *The Surgeon General's Report on Oral Health: Implications for Research and Education* NYSDJ, 2000 38-42

## **ANNEXES**

Année d'obtention du diplôme :

Tranche d'âge%

**Concernant la nature de la relation entre les professionnels**

**1) Etes-vous parfois sollicité par des chirurgiens-dentistes à propos de patients ?**  oui  non

oui : - combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?
- comment ? (téléphone, courrier)
- comment répondez-vous ?

**2) Conseillez-vous à vos patients de consulter régulièrement un dentiste ?**

jamais  parfois  souvent  systématiquement

**3) Demandez-vous à vos patients s'ils ont un chirurgien-dentiste ?**  oui  non

oui : systématiquement / en fonction de certains critères : lesquels ?

non : pourquoi ?

**4) Avez-vous des correspondants chirurgiens-dentistes ?**  oui  non

oui : combien ?

**5) Question uniquement posée aux médecins :** combien de patient recevez-vous pour des douleurs dentaires chaque mois ?

Que faites-vous ?

Pourquoi ces patients ne vont pas directement chez le chirurgien-dentiste ?

**6) Vous arrive-t-il d'adresser des patients chez un chirurgien-dentiste ?**

oui :-chez : le leur / s'ils n'en ont pas, chez un de vos correspondants ?

toujours chez un de vos correspondants?

**Vous adressez :**

-combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?
- comment ? Téléphone /courrier / autre

Recevez-vous des réponses, des comptes-rendus de consultations ?

jamais  parfois  souvent  systématiquement

si parfois : est-ce toujours de la part des mêmes praticiens

non : - pour quelles raisons?

**7) Etes-vous ou avez-vous déjà été en relation régulière (échange régulier, suivi de l'évolution d'un patient au fil du temps) avec un chirurgien-dentiste pour le suivi d'un patient ?**  oui  non

oui : - pour combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?

8) Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir des renseignements auprès d'un chirurgien-dentiste à propos d'un patient commun ?  oui    pourquoi ?     non

9) A quoi est due cette relation quasi inexistante? Pourquoi la relation est de ce type ?

### Concernant la nature de la prise en charge du patient

10) Avez-vous une fiche particulière dans votre dossier pour l'examen buccal ?  oui  
 non

11) L'examen buccal est : (répondre aux questions a, b, c)

a)  simple     difficile à faire

b)  rapide     qui nécessite du temps

c)  qui doit être fait systématiquement     qui doit être fait en fonction de certains critères

12) Quand réalisez-vous un examen buccal complet (incluant l'examen des dents) ?

Dans les circonstances suivantes, réalisez-vous un examen buccal complet?

- lors de toute première consultation à tout nouveau patient ?     oui     non

- une fois par an chez les patients que vous suivez régulièrement ?     oui     non

- seulement si douleur ou gêne buccale exprimée par le patient ?     oui     non

Lorsque vous faites un examen ORL ?  oui     non

Si votre patient est porteur d'une pathologie générale ?  oui     non

Oui : pour quelles pathologies générales ?

13) Lors de l'examen buccal recherchez-vous :

- des signes de pathologies dentaires ? de pathologies des muqueuses ?

oui : lesquels

non

- des signes de pathologies générales ?

oui : lesquels

non

14) Concernant les interactions entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires :

Pensez-vous que certaines pathologies générales peuvent influencer la santé bucco-dentaire ?

Si oui, lesquelles ?

Pensez-vous que certaines pathologies bucco-dentaires peuvent influencer la santé générale ?

Si oui, lesquelles ?

15) Parlez-vous avec vos patients des effets secondaires de certains médicaments sur l'état bucco-dentaire ?

Oui :- pour les médicaments que vous prescrivez ? lesquels ?

- pour les médicaments prescrits par le dentiste ? lesquels

non

16) Vous arrive-t-il d'aborder le sujet de la nutrition avec certains de vos patients ?

oui     non

**Lorsque vous entreprenez un suivi diététique de votre patient, envisagez vous également de l'adresser chez le chirurgien-dentiste ?** oui    non    parfois : pourquoi ?

### **Concernant la nature de l'organisation**

**17) Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à adresser vos patients chez un chirurgien-dentiste ?**     oui     non

oui : précisez lesquelles,

**18) Question uniquement posée aux chirurgiens-dentistes : vous arrive-t-il d'être limité dans la prise en charge de vos patients ?**

**19) Adressez-vous certains de vos patients (directement) à un service hospitalier odontologique ou à un dispensaire ? Quels type de patients ?**

**20) Pensez-vous qu'il serait envisageable de réaliser des actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires en commun avec les chirurgiens-dentistes ?**

oui : y participeriez-vous ?

*comment l'intégreriez-vous dans votre pratique ?*

non : pourquoi

**21) Seriez-vous intéressé par une organisation plus structurée avec des chirurgiens-dentistes ?** oui : de quel type ?    non

pourquoi ?

**22) Question uniquement posée aux chirurgiens-dentistes :** Serait-il intéressant dans votre exercice d'avoir des contacts facilités avec des professionnels ( diététicienne, psychologue, assistante sociale) ?

**23) Question uniquement posée aux médecins :** êtes-vous favorable à l'entrée de chirurgiens-dentistes dans le réseau ASDES ?

oui : selon quelles modalités ?

non : pourquoi ?

**24) Que pensez-vous d'un dossier médical partagé entre chirurgiens-dentistes et médecins ?**

Sera exploité dans le respect de l'anonymat

Année d'obtention du diplôme

Tranche d'âge

**Concernant la nature de la relation entre les professionnels**

1) Etes-vous parfois sollicité par des médecins à propos de patients ?  oui  non

oui : - combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?
- comment ? (téléphone, courrier)
- comment répondez-vous ?

2) Vous arrive-t-il de conseiller à vos patients de consulter un médecin ?

jamais  quelquefois  souvent  systématiquement

3) Demandez-vous à vos patients s'ils ont un médecin?  oui  non

oui : systématiquement / en fonction de certains critères : lesquels ?  
non : pourquoi ?

4) Avez-vous des correspondants médecins?  oui  non

oui : combien ?

5) Question uniquement posée aux médecins : combien de patient recevez-vous pour des douleurs dentaires chaque mois ?

6) Vous arrive-t-il d'adresser des patients chez un médecin?

oui :-chez :le leur / s'ils n'en ont pas, chez un de vos correspondants/

toujours chez un de vos correspondants?

**Vous adressez :**

-combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?
- comment ? Téléphone /courrier / autre

Recevez-vous des réponses, des comptes-rendus de consultations ?

jamais  parfois  souvent  systématiquement

si parfois : est-ce toujours de la part des mêmes praticiens

non : - pour quelles raisons?

7) Etes-vous ou avez-vous déjà été en relation régulière (échange régulier, suivi de l'évolution d'un patient au fil du temps) avec un médecin pour le suivi d'un patient ?  oui

non

oui : - pour combien de patient par an ?

- pour quels motifs ?

8) Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir des renseignements auprès d'un médecin à propos d'un patient commun ?  oui  non oui pourquoi ?

9) Comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins ?

A quoi est-ce du ? Souhaiteriez-vous la modifier ?

## Concernant la nature de la prise en charge du patient

10) Avez-vous une fiche particulière dans votre dossier pour le questionnaire médical?

oui non

11) Le questionnaire médical est? ( répondre aux questions a, b, c)

a)  simple  difficile à faire

b)  rapide  qui nécessite du temps

c)  qui doit être fait systématiquement  qui doit être fait en fonction de certains critères

12) Quand réalisez-vous un questionnaire médical ?

**Dans les circonstances suivantes, réalisez-vous un questionnaire médical?**

- lors de toute première consultation à tout nouveau patient ? oui non

- une fois par an chez les patients que vous suivez régulièrement ? oui non

-avant un acte particulier ? oui non, précisez

- autre : précisez

13) Que souhaitez-vous savoir lors de ce questionnaire médical ?

14) Concernant les interactions entre pathologies générales et pathologies bucco-dentaires :

Pensez-vous que certaines pathologies générales peuvent influencer la santé bucco-dentaire? o/n

Si oui, lesquelles ?

Pensez-vous que certaines pathologies bucco-dentaires peuvent influencer la santé générale? o/n

Si oui, lesquelles ?

15) Parlez-vous avec vos patients des effets secondaires de certains médicaments sur l'état bucco-dentaires,

Oui :- pour les médicaments que vous prescrivez ? lesquels ?

- pour les médicaments prescrits par le médecin ? lesquels

non

16) Vous arrive-t-il d'aborder le sujet de la nutrition avec certains de vos patients ? oui non

Vous arrive-t-il de conseiller à un patient de consulter pour la question diététique (médecin ou diététicienne) à ce sujet ? oui non parfois, pourquoi ?

## Concernant la nature de l'organisation

17) Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à adresser vos patients chez un médecin ?

oui : précisez lesquelles

non

**18) Question uniquement posée aux chirurgiens-dentistes : vous arrive-t-il d'être limité dans la prise en charge d'un patient ? de ne pouvoir prendre en charge un patient ?** oui  
non

oui : pourquoi, précisez,

**19) Adressez-vous certains de vos patients directement à un service hospitalier ; odonto ou dispensaire ? Lesquels ?**

**20) Pensez-vous qu'il serait envisageable de réaliser des actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires avec les médecins ?**

oui : y participeriez-vous ?

comment l'intégreriez-vous dans votre pratique ?

non : pourquoi ?

**21) Seriez-vous intéressés par une organisation plus structurée avec des médecins ?**

oui : -de quel type ?

-pourquoi ?

non : pourquoi

**22) Question uniquement posée aux chirurgiens-dentistes : serait-il intéressant dans votre exercice d'avoir des contacts facilités avec différents professionnels tels :**

- des psychiatres  oui  non
- psychologues  oui  non
- des diététiciennes  oui  non
- assistantes sociales  oui  non

**23) Question uniquement posée aux chirurgiens-dentistes : connaissez-vous les réseaux de santé?**  oui  non

si non,

définition ASDES :

Sériez-vous favorable à y participer ?

Si on vous proposait de participer à un réseau de santé, quelles en seraient vos attentes ?

**24) Que pensez-vous d'un dossier médical partagé entre chirurgiens-dentistes et médecins ?**