

Annabelle Tenenbaum

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

Résumé

INTRODUCTION

1/ Recours aux soins bucco-dentaires

Dans l'Enquête Santé et Protection Sociale réalisée en 2000, 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. Le recours aux soins dentaires est un très bon marqueur des inégalités sociales de santé. Ces inégalités peuvent relever d'obstacles financiers mais elles relèvent également de facteurs comportementaux.

Dans une étude réalisée en 2001 dans cinq Zones Urbaines Sensibles situées à Paris et en région parisienne, 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'apparaissant 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.

Il existe donc des obstacles dans l'accès aux soins, 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. 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, alternant périodes de déminéralisation et 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. 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.

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 peuvent être modifiés, d'autres lui sont extérieurs et 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 et à des consultations préventives.

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

L'évolution des maladies parodontales non prise en charge 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.

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

Des études récentes travaillent sur des liens entre infections orales et pathologies générales / maladies systémiques. A l'heure actuelle, la plupart des études décrivent des liens statistiquement confirmés entre maladies parodontales et maladies coronariennes, accidents cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète, prématurés hypotrophes. Toutefois, plusieurs études font état d'une association seulement faible à modérée et certaines récentes n'ont même établi aucune corrélation et jugent la théorie sur les infections focales, à ce jour, insuffisamment démontrée.

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. 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.

Il est également relaté l'importance de l'état bucco-dentaire dans la qualité de vie : 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. La présence de fonctions orales perturbées peut entraîner une dévalorisation de l'estime de soi et est perçue 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 (modification du débit ou de la qualité du flux salivaire, de la flore buccale...) peuvent induire des pathologies bucco-dentaires. 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.

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

Des études réalisées en France et à l'étranger sur des patients nécessitant des soins dentaires arrivent à des conclusions similaires sur la nécessité d'instaurer des précautions et des mesures préventives spécifiques en raison de pathologies ou de prise de médicaments susceptibles d'interférer lors de traitement dentaire. Ces résultats ont confirmé l'utilité d'une anamnèse médicale complète lors de l'élaboration du dossier odontologique.

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 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.

PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, 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.

- 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 ; 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 entrevues :

Les praticiens ont été contactés par téléphone et les rendez-vous fixés après une brève présentation du sujet de recherche. Les entrevues se sont déroulées dans les cabinets des praticiens. Le questionnaire a été posé oralement à tous les praticiens. Chaque entrevue a été enregistrée après recueil du consentement et avec l'assurance pour le praticien du respect de l'anonymat et de la confidentialité des réponses.

3.3 Outils :

Il s'agit de questionnaires semi-dirigés avec des questions ouvertes et fermées. 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.

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.

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.

La troisième partie (questions 17 à 24), concerne la nature de l'organisation entre ces praticiens et est constituée de questions sur leur attente dans l'évolution de cette relation

DISCUSSION

1/ Sur les résultats

1.1 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 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. 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 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, l'état bucco-dentaire pouvant être une des causes, mais pour un patient étant en surpoids, ils ne jugent pas cela nécessaire.

1.2 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 est 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.

1.3 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, 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'assistanat 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'assistanat 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" ».

Comme le dit 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'assistanat...les gens savent qu'il faut aller chez le dentiste, c'est de leur responsabilité personnelle, pas de la mienne, je suis contre l'assistanat ».

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* 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-t-ils à la vue de leur pratique, une conscience éthique, une visée éthique comme le définit Ricœur dans *Soi-même comme un autre* « 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.

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*. 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*.

1.4 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 ait 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 et 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 plus structurée entre les professionnels:

- 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 réalisé par les chirurgiens-dentistes et l'examen buccal réalisé par les 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.

2 / 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 ?

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

2.1.1 Code de déontologie des médecins :

Dans le titre III, l'article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique) traite des rapports des médecins entre eux et avec les autres professions de santé dans la prise en charge des patients. La démarche de soins, nécessite 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. 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 contribue à la qualité des soins.

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.

2.1.2 Code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Dans la sous-section 6 : Devoirs des chirurgiens-dentistes envers les membres des professions de santé, l'article R. 4127-282 mentionne les rapports des chirurgiens-dentistes avec les autres membres des professions de santé.

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.

2.1.3 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.

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

2.2.1 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.

2.2.1.1 Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap : SBDH

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.

2.2.1.2 Réseau Santé Oncodent.

Le Réseau Santé Oncodent a été initié en 2001 en Lorraine. Les chirurgiens-dentistes 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.

2.2.1.3 Réseau GIPS : Groupement Innovation Prévention Santé

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

2.2.1.4 Réseau ARÈS 92

Le réseau ARÈS 92 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, sache femmes, psychologues de la ville et de l'hôpital Louis Mourier, soucieux d'améliorer la coordination des soins.

2.2.2. Un réseau mixte : le Réseau Social dentaire

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.

2.3/ Chirugiens-dentistes, dossier médical et partage des informations.

2.3.1 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.

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 », 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.

2.3.2 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.

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.

La profession s'interroge 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.

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.

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.

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 comme le dossier médical personnel soulèvent la question de la place des chirurgiens-dentistes au sein d'une équipe pluridisciplinaire. 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.

Intégrer 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. Organiser des formations continues et la sensibilisation des médecins généralistes à l'odontologie permettrait une prise en charge plus 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 et sur les évolutions nécessaires à apporter dans les cursus.