



HAL
open science

[Improving the physician-dental surgeon relationship to
improve patient care.]

Annabelle Tenenbaum, Marysette Folliguet, Brice Berdougo, Christian Hervé,
Grégoire Moutel

► **To cite this version:**

Annabelle Tenenbaum, Marysette Folliguet, Brice Berdougo, Christian Hervé, Grégoire Moutel. [Improving the physician-dental surgeon relationship to improve patient care.]. *La Presse Médicale*, 2008, 37 (4P1), pp.564-570. 10.1016/j.lpm.2007.06.026 . inserm-00255842

HAL Id: inserm-00255842

<https://inserm.hal.science/inserm-00255842>

Submitted on 18 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients

Enquête au sein d'un réseau de santé

Improving the physician-dental surgeon relationship to improve patient care

A health network survey

Annabelle Tenenbaum^{1,2}, Marysette Folliguet¹, Brice Berdougo², Christian Hervé², Grégoire Moutel²

1. Service de santé publique-prévention, Faculté de chirurgie dentaire, Université René Descartes Paris V, F-92120 Montrouge, France
2. Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale, Faculté de médecine, Université René Descartes Paris V, F-75006 Paris, France ; Réseau de santé Asdes, AP-HP, F-75006 Paris, France

Correspondance :

Annabelle Tenenbaum, 22 bis Passage Dauphine, F-75006 Paris, France.

Tél. : +33 1 56 24 93 01

antenenbaum@yahoo.fr

Résumé

Objectif

Le but de cette étude a été de préciser la relation entre médecins et chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des patients, et d'évaluer l'intérêt de ces professionnels de santé face à une évolution de leur mode d'exercice par les réseaux de santé et le dossier médical personnel.

Méthode

Une enquête a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes du réseau ville-hôpital Asdes (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) qui souhaitent promouvoir un partenariat entre médecins et chirurgiens-dentistes, et 13 chirurgiens-dentistes libéraux exerçant dans le bassin de vie du réseau.

Résultats

La plupart des chirurgiens-dentistes appréciaient leur relation avec les médecins et ne souhaitaient pas la modifier. Les médecins qualifiaient cette relation d'inexistante et souhaitaient la faire évoluer. Certains praticiens seraient favorables à l'échange de données par le biais d'un dossier médical personnel et partagé au sein d'un réseau de santé.

Conclusion

Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à des évolutions du système de santé (travail en réseau, dossier médical partagé et formations communes), afin d'offrir au patient une prise en charge optimisée. Construire ces nouveaux outils ne sera bénéfique que si, en amont, lors de la formation initiale des futurs praticiens, les notions de démarche de soin et de prévention sont réfléchies, en commun, avec les autres disciplines de santé.

Summary

Aims

This study had two aims: to assess the nature of the relationship between general practitioners (GPs) and dental surgeons in relation to patient care and to evaluate qualitatively their interest in the changes that health networks and shared patient medical files could bring.

Methods

Questionnaires were completed by 12 GPs belonging to ASDES, a private practitioner-hospital health network that seeks to promote a partnership between physicians and dental surgeons, and by 13 private dental surgeons in the network catchment area.

Results

The GPs and dentists had quite different perceptions of their relationship. Most dentists rated their relationship with GPs as “good” to “excellent” and did not wish to modify it, while GPs rated their relationship with dentists as nonexistent and expressed a desire to change the situation. Some GPs and some dentists supported data exchange by sharing personal medical files through the network.

Conclusion

Many obstacles hinder communication between GPs and dentists. There is insufficient coordination between professionals. Health professionals must be made aware of how changes in the health care system (health networks, personal medical files, etc) can help to provide patients with optimal care. Technical innovations in medicine will not be beneficial to patients unless medical education and training begins to include interdisciplinary and holistic approaches to health care and preventive care.

Ce qui était connu

- **La nécessité pour tout médecin de se soucier de la problématique buccodentaire** et d'avoir un interlocuteur chirurgien-dentiste.
- **La nécessité pour tout chirurgien-dentiste de se soucier de la problématique médicale** et d'avoir un interlocuteur médical.
- **L'importance du retard** dans l'accès aux soins buccodentaires en France.

Ce qu'apporte l'article

- **La nécessité d'améliorer le partenariat** entre médecins et chirurgiens-dentistes.
- **La prise en compte des différences de cultures professionnelles** qui devrait passer par une nouvelle prise de conscience et une formation commune.
- **Une réflexion sur la place à venir des chirurgiens-dentistes** dans les réseaux de santé, dans la participation aux objectifs de santé publique et dans la mise en place du dossier médical partagé.

La santé buccodentaire, partie intégrante de la santé, est un facteur déterminant de la qualité de vie. Les fonctions de la sphère orofaciale (parler, sourire, manger, respirer) jouent un rôle essentiel dans la vie de chaque individu. La relation entre l'état buccodentaire et l'état général a été l'objet de nombreux travaux : un état buccal altéré aurait des répercussions cardiovasculaires, pulmonaires [1,2], pourrait interagir avec le diabète, être responsable de naissances prématurées et nouveau-nés hypotrophes. Ces interactions sont pour partie liées à des facteurs de risque communs [3,4].

Le dépistage des affections buccodentaires et des facteurs de risque est une mission des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes [5]. Ces derniers sont donc susceptibles, dès lors qu'ils détectent un point d'appel, d'adresser les patients chez le chirurgien-dentiste. Parallèlement, les chirurgiens-dentistes ont un rôle important dans le dépistage de maladies organiques. Chaque professionnel peut en théorie apporter des informations à l'autre afin d'optimiser la prise en charge du patient ; mais, en pratique, médecins généralistes et chirurgiens-dentistes se rencontrent rarement.

Pourquoi la démarche de soins buccodentaires est-elle à la seule initiative des patients [6] et ne devrait-elle pas être la résultante d'une relation bilatérale entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes [3,7] ? Évoluer d'un cloisonnement des professionnels vers une responsabilité commune et partagée implique de mettre le patient au centre du dispositif de santé. Les réseaux de santé ont pour mission une prise en charge adaptée de la personne grâce à la coordination des acteurs et aux procédures de partage de l'information [8]. Comment les rapports entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes doivent-ils évoluer pour optimiser la prise en charge globale des patients ? Nous avons étudié la relation entre ces professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients et évalué leur intérêt face à des propositions d'évolution de leur mode d'exercice par les réseaux de santé [9] et le partage du dossier médical personnel [10,11].

1 Méthodes

Le réseau ville-hôpital alliant le médical et le social Asdes [12,13] (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) est destiné à toute personne ayant un déficit de prise en charge. Il regroupe des praticiens des hôpitaux Max Fourestier (Nanterre) et Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux), des médecins généralistes libéraux, des psychologues, des psychiatres, des assistants sociaux et des diététiciens. Ces professionnels ont pour mission la prise en charge globale des patients, incluant des actions de prévention, éducation et dépistage précoce des facteurs de risque, et reposant sur un dossier médical unique et partagé.

Dans ce cadre, le réseau propose un repérage des besoins bucco-dentaires et souhaite promouvoir un partenariat entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes.

2 Caractéristiques des populations cibles

Nous avons choisi de mener notre enquête dans le département des Hauts-de-Seine, bassin de vie du réseau Asdes. Sur les 70 médecins du réseau, nous avons contacté (au hasard) 17 médecins généralistes libéraux exerçant dans les villes de Gennevilliers, Nanterre, et Villeneuve-la-Garenne. À Nanterre, il y a 33 chirurgiens-dentistes libéraux dont 12 en cabinets de groupe et 2 en établissements de santé. 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. Un seul chirurgien-dentiste par cabinet a été interrogé. Vingt-sept chirurgiens-dentistes ont donc été sollicités.

3 Outil et modalités du recueil des données

Un questionnaire a été élaboré en vue de l'évaluation de la relation entre les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des patients. 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 leur a été soumis oralement après avoir été testé auprès de 3 médecins généralistes et 3 chirurgiens-dentistes, et avec le même investigateur pour tous. 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.

4 Questionnaire

Une enquête a été effectuée à partir de questionnaires en 3 parties :

- 1^{re} partie : relation quantitative et qualitative entre les professionnels ;
- 2^e partie : prise en charge des patients par l'analyse des pratiques des professionnels ;
- 3^e partie : évolution de l'organisation entre les praticiens.

Il s'agissait de questionnaires semi-dirigés avec des questions ouvertes et fermées (voir *complément électronique*). Les questionnaires ont été réalisés de manière analogue pour les médecins et les chirurgiens-dentistes afin de comparer les réponses.

L'analyse des données a été réalisée par l'investigateur, puis revue et discutée par l'ensemble des auteurs. Pour chaque question, les résultats des chirurgiens-dentistes et des médecins ont été analysés en parallèle.

5 Résultats

Parmi les 17 généralistes libéraux du réseau Asdes sollicités, 12 ont accepté l'entretien, 5 ont refusé par manque de temps. Parmi les 27 chirurgiens-dentistes libéraux sollicités, 13 ont accepté, 14 ont refusé par manque de temps (12), vacances (1) ou congé maternité (1). La durée des entretiens a été en moyenne de 25 min.

5.1 Relation entre les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes

Concernant l'aspect qualitatif, 11 chirurgiens-dentistes étaient satisfaits de la relation avec les médecins généralistes, et 9 ne souhaitaient pas la modifier ; 9 médecins généralistes jugeaient cette relation inexistante, 7 souhaitaient la faire évoluer afin d'améliorer leurs connaissances ainsi que le suivi de leurs patients, et afin d'adresser plus facilement si nécessaire.

Concernant l'aspect quantitatif : 8 chirurgiens-dentistes et 10 médecins généralistes ont répondu être parfois sollicités par leurs confrères, avec une fréquence < 10 fois par an. Selon ces 8 chirurgiens-dentistes, les médecins généralistes les sollicitaient 1 fois sur 2 pour une maladie organique (cardiaque ou orthopédique le plus fréquemment) où l'infection buccodentaire est un facteur de risque et d'aggravation. Dans les autres cas, le médecin généraliste les sollicitait après avoir repéré des foyers infectieux ou une anomalie buccale. Selon ces 10 médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes les sollicitaient pour connaître certaines données médicales préalables à la réalisation de soins buccodentaires.

5.2 Prise en charge des patients et analyse de la pratique des professionnels

5.2.1 Interactions entre affections buccodentaires et affections générales

Les réponses diversifiées ont montré des connaissances partielles et floues. Par exemple, 10 chirurgiens-dentistes et 5 médecins généralistes pensaient que le diabète influençait la santé buccodentaire, et 2 chirurgiens-dentistes et 1 médecin généraliste estimaient que la santé buccodentaire influençait le diabète. Les autres professionnels n'évoquaient pas ce lien.

Tous les médecins généralistes et 11 des 13 chirurgiens-dentistes ont abordé le thème de la nutrition : 4 chirurgiens-dentistes conseillaient à leurs patients de consulter un professionnel à ce sujet et 2 médecins généralistes envisageaient de les adresser chez un chirurgien-dentiste lorsqu'ils entreprenaient un suivi diététique. Les chirurgiens-dentistes ont évoqué un sujet délicat à aborder. Un chirurgien-dentiste estimait que cela faisait partie intégrante de son rôle, tandis qu'un autre ne se sentait pas concerné et pensait que cela faisait partie de la sphère privée qu'il n'avait pas à investir. Les médecins généralistes avaient une

attitude qui différait selon l'état du patient. Ils avaient tendance à adresser chez le chirurgien-dentiste un patient dénutri, l'état buccodentaire pouvant être en cause, mais ne jugeaient pas cela nécessaire pour un patient en surpoids.

5.2.2 Informations détenues par les praticiens

Le questionnaire médical a été jugé simple et rapide à réaliser par les chirurgiens-dentistes et l'examen buccodentaire simple et rapide à réaliser par les médecins généralistes. La moitié des chirurgiens-dentistes n'avaient pas de questionnaire médical type. Aucun des médecins généralistes n'avait de fiche d'examen buccodentaire. Le questionnaire médical était réalisé pour 8 chirurgiens-dentistes de façon systématique et pour 5 en fonction de certains critères dont l'âge, les médicaments prescrits, la présence de maladie cardiovasculaire, d'infection, d'hépatite. L'examen buccodentaire devait être réalisé pour 4 médecins généralistes de façon systématique et pour 8 en fonction de certains critères dont la consommation de tabac, d'alcool, l'âge, la présence de troubles alimentaires, une gêne buccale ; en pratique, seuls 2 médecins généralistes le réalisaient à la 1^{re} consultation.

Onze chirurgiens-dentistes demandaient à leurs patients s'ils étaient suivis par un médecin généraliste, en fonction des maladies du patient et de la nécessité de contacter le médecin généraliste ; 8 médecins généralistes ne demandaient pas à leurs patients s'ils avaient un chirurgien-dentiste traitant.

5.3 Évolution de l'organisation et de la relation entre ces praticiens

5.3.1 À propos des relations habituellement mises en œuvre

La moitié des chirurgiens-dentistes n'avait pas de correspondant médecin généraliste, mais ils avaient tous déjà adressé des patients chez un médecin généraliste. La moitié des médecins généralistes n'avait pas de correspondant chirurgien-dentiste et n'avait jamais adressé un patient chez un chirurgien-dentiste. Quatre chirurgiens-dentistes et 4 médecins généralistes adressaient chez l'un de leurs correspondants si le patient n'avait pas de praticien traitant. En fréquence, les chirurgiens-dentistes et médecins généralistes adressaient en moyenne 10 patients/an. Dix chirurgiens-dentistes et 3 médecins généralistes affirmaient communiquer par courrier avec leurs confrères. Plus de la moitié des praticiens (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) disaient ne jamais recevoir de réponse. La moitié des chirurgiens-dentistes et quasiment l'intégralité des médecins généralistes n'avaient jamais été en relation régulière pour le suivi d'un patient.

5.3.2 Dossier médical personnel (DMP) et partagé entre les professionnels

La plupart des chirurgiens-dentistes étaient favorables au dossier médical personnel (DMP), les médecins généralistes étant plus réservés : 8 chirurgiens-dentistes étaient intéressés par le DMP et estimaient que les données devraient leur être accessibles puisqu'ils étaient tenus au secret médical ; 3 chirurgiens-dentistes refusaient le DMP et s'inquiétaient d'une difficulté de compréhension des données, et d'une redondance

entre leur dossier et le DMP. Cinq médecins généralistes étaient prêts à partager leurs dossiers et estimaient légitime l'accès aux données du patient pour tous les acteurs de santé, tout en restant dubitatifs sur l'intérêt pour les chirurgiens-dentistes ; 5 médecins généralistes s'interrogeaient sur l'intérêt pour les chirurgiens-dentistes d'avoir accès à l'intégralité des données, proposaient de restreindre à un accès partiel et s'inquiétaient du respect du secret médical. Les médecins généralistes n'adhérant pas au concept du DMP estimaient que l'accès à un tel dossier devrait être limité pour chaque spécialité, ne voyaient pas les liens entre affections générales et buccodentaires et n'accordaient pas d'intérêt aux traitements réalisés par le chirurgien-dentiste.

5.3.3 Réseaux de santé

Dix médecins généralistes travailleraient volontiers avec des chirurgiens-dentistes au sein du réseau de santé. Deux médecins généralistes étaient défavorables ; ayant déjà des correspondants, ils ne voyaient pas d'intérêt si ce n'est l'obtention de tarifs préférentiels pour leurs patients. Cinq chirurgiens-dentistes étaient tentés par cette organisation et attirés par un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire ; 1 seul soulignait avec intérêt l'aspect social. Cinq autres chirurgiens-dentistes ne souhaitaient pas intégrer un réseau de santé, ils évoquaient le facteur temps, prônaient une incompatibilité avec l'exercice libéral et envisageaient plutôt cela sous forme de bénévolat. Ils exprimaient également une aversion pour les structures administratives et une peur de la concurrence dans l'offre de soin.

6 Discussion

La relation sporadique entre médecins et chirurgiens-dentistes répond plus à un principe de précaution qu'à une démarche de prévention. Les médecins généralistes jugent mineur l'intérêt d'une relation avec les chirurgiens-dentistes et ceci se reflète dans leur pratique. Cette relation est plus souvent à l'initiative des chirurgiens-dentistes qui ont une préoccupation accrue des rôles de chacun. Pour certains, cette démarche répond avant tout à une recherche de précaution dans un objectif médico-légal. Médecins généralistes et chirurgiens-dentistes collaborent peu et sont, en général, en contact par besoin des compétences de l'autre à un moment précis du traitement. Leur rapport au patient s'intègre peu dans le cadre préventif buccodentaire. Plusieurs médecins généralistes évoquent même le respect de la liberté et le refus de basculer dans une forme d'assistanat.

La relation entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes est difficile par les modes de formation et d'exercice. Le chirurgien-dentiste a parfois la sensation d'être physiquement et moralement isolé, d'appartenir à une profession à caractère individualiste, et impute ceci à un type d'exercice solitaire. Ce sentiment est également accentué par la perception qu'en ont les médecins généralistes : plus de la moitié

des médecins généralistes ne considèrent pas les chirurgiens-dentistes comme des professionnels de santé au même titre qu'eux. La médecine et la chirurgie dentaire évoluent, selon eux, dans 2 mondes distincts avec une séparation nette des activités. Les médecins généralistes se disent insuffisamment sensibilisés à la sphère orale et expriment leur manque de formation dans ce domaine, aussi bien dans le cursus initial qu'en formation continue. Conscients de leurs lacunes, ils ne se sentent ni concernés ni impliqués dans la démarche de soins buccodentaires. La moitié d'entre eux estime ne pas avoir les compétences pour adresser chez un chirurgien-dentiste.

Cette enquête a mis évidence un positionnement difficile des médecins généralistes par rapport aux chirurgiens-dentistes, dû entre autres à une méconnaissance de leur domaine de compétence. Préférant être en relation avec un collègue médecin généraliste pour le suivi d'un patient, ils prendront plutôt contact avec un stomatologue. La distinction est nette pour les médecins généralistes : le stomatologue est un médecin spécialiste à qui ils adressent des patients, tandis que le chirurgien-dentiste est un professionnel en "accès libre". Les arguments des médecins généralistes refusant le partage des données reflètent un certain protectionnisme, auquel s'ajoute une méconnaissance des données nécessaires aux chirurgiens-dentistes et des informations détenues par ces derniers pouvant leur être utiles.

Le cloisonnement des professionnels est responsable d'une insuffisance de coordination. La moitié des médecins généralistes et chirurgiens-dentistes n'avaient pas de correspondants dans notre étude. Il était difficile pour eux de conseiller, d'adresser ou même de suivre l'évolution des traitements.

7 Perspectives

La coordination entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes évite les contradictions et/ou les informations incomplètes dans les dossiers médicaux. Deux études anglaises [14,15] 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. Dans une étude américaine portant sur 1 800 patients [16], 8,2 % des patients nécessitaient un examen médical complet ; dans 32,1 % des cas le plan de traitement buccodentaire du patient a été modifié, et 8 % des patients adressés au médecin généraliste ont eu un traitement médical.

Les réseaux de santé ville-hôpital, comme définis dans la loi du 4 mars 2002, sont une nouvelle organisation de la santé incitant aux collaborations entre professionnels. Les réseaux ville-hôpital ont déjà permis d'intégrer l'odontologie dans des équipes pluridisciplinaires et d'offrir une nouvelle forme de prise en charge dans des situations médicales particulières. L'analyse des différents modèles et expériences permet aujourd'hui de proposer des perspectives nouvelles pour l'organisation de l'offre de soins et du parcours du patient.

Le réseau Santé bucco-dentaire et handicap, initié dans la région Rhône-Alpes en 2001, en est un exemple [17]. Dans cette région, 5 % de la population est handicapée, âgée et dépendante, et présente un risque élevé de maladies buccodentaires pouvant avoir des répercussions sur la santé générale. Ces patients ont des besoins spécifiques pour lesquels une coordination des soins particulière est mise en place entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes.

Le réseau santé Oncodent a été initié en 2001 en Lorraine, où le cancer est la 2^e cause de mortalité (28 %) après les maladies cardiovasculaires. Une fiche de liaison interactive entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes permet à l'oncologue de connaître en temps réel l'état buccodentaire du patient et de demander des soins à réaliser dès le début de la prise en charge. De même, à l'issue d'une cure, le chirurgien-dentiste connaît le traitement du patient et les suites éventuelles [18].

Le réseau Arès 92 a été créé pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant le virus du sida, puis étendu aux consommateurs de drogues et aux personnes en difficultés sociales et/ou psychologiques, dans le nord des Hauts-de-Seine. Le réseau structure un parcours fléché pour les patients, incluant selon les besoins médecins, pharmaciens, biologistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, psychologues de la ville et de l'hôpital Louis Mourier (Colombes).

Le Réseau social dentaire [19] est un réseau mixte qui coordonne des structures sociales et d'offre de soins. La personne est accueillie dans une structure sociale qui l'adresse, munie d'une fiche sociale et d'un cliché panoramique, vers une permanence du réseau où elle pourra avoir une consultation avec un chirurgien-dentiste et une orientation vers la structure de soin appropriée à sa situation sanitaire et sociale.

L'objectif commun de ces réseaux est, comme le développe le réseau Asdes, de promouvoir la complémentarité entre les praticiens. Nos résultats ont montré des difficultés pratiques ; pour concourir à une prise en charge globale de la personne à travers une logique de partenariat, l'amélioration du partage de l'information par le dossier médical personnel est une priorité.

Le décloisonnement des formations entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes apparaît nécessaire. L'équilibre de la sphère orale participe à la qualité de vie et à la santé générale. Souvent, la consultation dentaire a lieu en urgence lors d'une manifestation douloureuse. À ce stade, lorsque l'organe dentaire est atteint, le phénomène est souvent irréversible et le traitement ne peut être que palliatif. Les maladies buccodentaires pourraient être anticipées, diagnostiquées et traitées à un stade précoce, améliorant ainsi de façon globale la santé des individus tout au long de leur vie.

Il est nécessaire de sensibiliser les médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, par une évolution des cursus en formation initiale tant que continue, à la problématique des maladies buccodentaires et à ses interactions avec les maladies somatiques, et aux facteurs de risques communs. Des stages en service

d'odontologie et des cours sur la sphère buccale avec des présentations de cas cliniques iconographiés représentant l'évolution et les répercussions des affections buccodentaires à tout âge auraient comme objectif de sensibiliser les médecins généralistes à l'importance du dépistage et à l'incitation des patients à un suivi régulier, même lorsque la situation est asymptomatique. Ainsi, les médecins généralistes en formation pourraient acquérir certains réflexes tels que l'observation des dents lors de tout examen clinique et la réalisation d'un document écrit (fiche ou courrier) permettant de faire le lien avec le chirurgien-dentiste. Des formations communes entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes permettraient, dès le début des études médicales, de renforcer l'interprofessionnalisme avec des savoirs communs.

La coordination entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes est insuffisante, et les pratiques respectives reflètent davantage une attitude de prudence vis-à-vis de risques de complications qu'une attitude de prévention, tournée vers une prise en charge globale des patients. Certains médecins généralistes 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 buccodentaire. 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 comme faisant partie de leurs missions de professionnels de santé. Il est pourtant à la base du travail en réseau et des fondements des lois du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [20], et du 13 août 2004, relative à l'assurance-maladie [21].

Bien que la chirurgie dentaire soit exercée le plus souvent selon un mode libéral, elle doit désormais envisager sa collaboration et son intégration dans les équipes médicales de ville ou de l'hôpital. Le DMP devra faire une place à tous et permettre entre autres les liens entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes. Construire de nouveaux outils ne sera bénéfique que si les notions de démarche de soin et de prévention sont réfléchies, en commun, avec les autres disciplines de santé [22,23].

Conflits d'intérêts : aucun

Encadré

Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale*
(www.masson.fr/revues/pm)

- Le questionnaire de l'étude.

Références

1. Scannapieco F. Relations entre maladies parodontales et maladies systémiques. *Real Clin.* 2003;14:303-16.
2. Gilon Y, Brandt L, Lahaye T, Heymans O. Infections hématogènes d'origine dentaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2002;103:26-9.
3. Valenza J. Coordination of patient care and consultation between the dentist and the physician. *Gen Dent.* 1994;42:79-82.
4. Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization.* 2005;83:711-8.
5. Woosung S, Amid I, Marisol T. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviours: an overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent.* 2004;64:164-72.
6. Azoguy-Levy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. *Bulletin d'information en économie de la santé, Irdes.* 2005;94:5-7.
7. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *B Dent J.* 1998;18:343-7.
8. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Questions autour de nouvelles formes de prises en charge. *La Lettre, Ordre national des chirurgiens-dentistes.* 2003;15:33.
9. Bois D, Massonaud J, Melet J. Mission odontologie. Rapport Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. 2003:99-100.
10. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Le dossier du patient en odontologie. Service des recommandations et références professionnelles, 2000. Accessible sur internet <http://www.anaes.fr/>, consulté le 23 octobre 2006.
11. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Le chantier du dossier médical personnel, quel accès au DMP. *La Lettre, Ordre national des chirurgiens-dentistes.* 2005;37:19-27.
12. Moutel G, Hervé C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients. *Presse Med.* 2001;30:740-4.
13. Moutel G, Hervé C. Les réseaux de soins ville-hôpital : une approche de médecine globale. *Le Courrier de l'éthique médicale.* 2001;1:27-9.
14. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J.* 1998;18:343-7.
15. 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.

16. 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 Endo.* 1995;80:409-13.
17. Réseau SBDH. La Lettre du Réseau "Santé Bucco-Dentaire et Handicap". 2005;2:1-4. <http://recif.univ-lyon1.fr/rsbdh.php>, consulté le 30 mai 2007
18. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Cancer et traitement bucco-dentaires, Le réseau Oncodent porté sur les fonds baptismaux. *La Lettre, Ordre national des chirurgiens-dentistes.* 2004;30:13.
19. Emmanuelli S. 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, Éthique médicale et biologique, Université Paris 5, 2002.
20. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la République Française* 54, 5 mars 2002, articles 3 et 84.
21. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française* 190, 17 août 2004, article 3, section 5.
22. 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.
23. Chen Y. The surgeon general's report on oral health: implications for research and education. *NY State Dent J.* 2000;66:38-42.