

**UNIVERSITE DE LILLE**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2022

N° :

**THESE POUR LE**  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2022

Par Sawsen TIR

Née le 7 octobre 1995 à Seclin, France

**LA COMMUNICATION ENTRE LE CHIRURGIEN-DENTISTE ET LE  
CHIRURGIEN ORAL**

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI  
Monsieur le Docteur Xavier COUTEL  
Madame la Docteure Nejma GHEHIOUECHE

## Présentation de la Faculté Dentaire et de l'Université de Lille

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

### PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
<b>C.DELFOSSE</b>	<b>Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique</b> <b>Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S</b>
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable du Département de <b>Parodontologie</b>
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable du Département d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C.CATTEAU</b>	Responsable du Département de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
X.COUTEL	Biologie Orale
A.de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M.DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M.DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
<b>P. HILDELBERT</b>	Responsable du Département de <b>Dentisterie Restauratrice Endodontie</b>
C.LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M.LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
<b>L.NAWROCKI</b>	Responsable du Département de <b>Chirurgie Orale</b> Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
<b>C.OLEJNIK</b>	Responsable du Département de <b>Biologie Orale</b>
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L.ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
<b>M.SAVIGNAT</b>	Responsable du Département des <b>Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de <b>Prothèses</b>

### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

*Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.*

**Aux membres du jury...**

**Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Réhabilitation Orale*

*Département Sciences Anatomiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Assesseur à la Recherche

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude.*

*Pour vos enseignements et votre sympathie, veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.*

**Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale*

*Département Chirurgie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Secrétaire du Collège National des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale

Chef du Service d'Odontologie du CHU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

*C'est un honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon sujet.*

*J'ai beaucoup apprécié votre rigueur et votre exigence lors de mon parcours en clinique.*

*Soyez assuré de mon plus profond respect.*

**Monsieur le Docteur Xavier COUTEL**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale*

*Département Biologie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire Docteur de l'Université de Lille (Biologie Orale)

Master « Sciences, Technologies, Santé mention « Biologie cellulaire, Physiologie et Pathologies » - Spécialité « Biologie, Biomorphologie, Bio ingénierie du squelette » (Paris Descartes)

*Vous me faites l'honneur d'être présent le jour de ma thèse, je vous en suis extrêmement reconnaissante.*

*Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'ensemble de vos précieux conseils qui ont contribué à la rédaction de cette thèse. C'est un privilège pour moi de vous avoir eu comme enseignant. Soyez assuré de mon plus grand respect.*

**Madame le Docteur Nejma GHEHIOUECHE**

**Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD**

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale*

*Département Chirurgie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale  
– mention Médecine Buccale – Université de Lille

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale – mention Odontologie Chirurgicale – Université de Lille

*Pour avoir porté avec moi ce sujet, je vous témoigne ma gratitude. J'ai beaucoup apprécié votre manière de diriger mon travail ainsi que votre réactivité.*

*Vos conseils et votre rigueur m'ont permis d'avancer sereinement. Veuillez accepter l'expression de ma profonde sympathie.*

## Table des matières

Introduction .....	12
1 Demande de prise en charge ou d'avis du chirurgien-dentiste au chirurgien oral.....	14
1.1 Le patient nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique .....	14
1.1.1 Le patient âgé.....	15
1.1.2 Le patient insuffisant cardiaque .....	17
1.1.3 Le patient arythmique .....	18
1.1.4 Le patient coronarien .....	19
1.1.5 Thrombopénies.....	20
1.1.6 Déficits congénitaux en facteurs de la coagulation.....	22
1.1.7 Le patient insuffisant hépatique .....	23
1.1.8 Les antiplaquettaires.....	26
1.1.9 Les antivitamines K.....	28
1.1.10 Les héparines .....	30
1.1.11 Les nouveaux anticoagulants oraux : anti-facteurs IIa et Xa de la coagulation.....	31
1.1.12 Le risque d'ostéo chimio nécrose (prise d'anti-résorptifs osseux).....	33
1.1.13 L'ostéo radio nécrose.....	36
1.2 Les lésions de la muqueuse buccale .....	38
2 Les moyens de communication du chirurgien-dentiste.....	42
2.1 Le courrier médical .....	42
2.1.1 Définition, intérêt, impact médico-légal .....	42
2.1.2 Modèle de courrier type à remplir.....	43
2.2 Le courriel professionnel.....	52
2.2.1 La transmission de données médicales .....	52
2.2.2 La loi RGPD.....	53
2.2.3 Les messageries sécurisées de santé .....	54
2.3 Le dossier médical partagé ou mon espace santé .....	54
2.3.1 De 2011 à 2021 : Le dossier médical partagé.....	54
2.3.2 A partir de février 2022 : Mon espace santé.....	56
Conclusion.....	57
Bibliographie .....	58
Annexes.....	63
Table des figures .....	68
Tableaux.....	69

## Liste des abréviations et acronymes

---

AAP : agents antiplaquettaires  
AC-FA : arythmie cardiaque par fibrillation atriale  
ADF : association dentaire française  
AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens  
AOD : anticoagulants oraux directs  
ATM : articulation temporo mandibulaire  
AVK : antivitamine K  
CED : certificat d'études spécialisées  
CD : chirurgien-dentiste  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CMF : chirurgie maxillo-faciale  
CO : chirurgie orale  
DAI : défibrillateur automatique implantable  
DES : diplôme d'études spécialisées  
DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires  
DESCB : diplôme d'études supérieures de chirurgie buccale  
DESCO : diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale  
DMP : dossier médical partagé  
ENCD : école nationale de chirurgie dentaire  
FIBD : foyer infectieux bucco-dentaire  
FST : formation spécialisée transversale  
HAS : Haute Autorité de santé  
HBD : hygiène bucco-dentaire  
INR : *International Normalized Ratio*  
IV : intra veineuse  
MTEV : maladie thromboembolique veineuse  
MEOPA : Mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote  
MSS : messagerie sécurisée de santé  
NACO : Nouveaux anticoagulants oraux  
*NYHA : New York heart association*  
NFS : numération formule sanguine  
OCN : ostéo chimio nécrose  
ORN : ostéo radio nécrose  
PPM : partie par million  
RGPD : réglementation générale pour la protection des données  
SFCO : société française de chirurgie orale  
SCA : syndrome coronarien aigu  
UER : unité d'enseignement et de recherche  
UFR : unité de formation et de recherche  
UPA : unité de paquets année

# Introduction

La communication est un élément important de la pratique dentaire, que ce soit pour avoir des informations ou échanger des données à propos d'un patient. Il est essentiel d'avoir des moyens adaptés et pratiques pour avoir la meilleure prise en charge possible.

Cette thèse s'intéresse plus particulièrement à la communication entre le chirurgien-dentiste et le chirurgien oral. Le but de cette thèse est de recenser les différents moyens de communication, après avoir exposé les cas de figure qui amènent le chirurgien-dentiste à adresser son patient chez un spécialiste en chirurgie orale.

La chirurgie orale est une spécialité nouvelle (2012). En effet à l'origine, celle-ci se nommait stomatologie d'après le docteur Edmond Andrieu en 1868 [1]. De nombreux changements législatifs ont eu lieu autour du diplôme de chirurgien oral/stomatologue. En cause, des conflits entre les autorités académiques de médecine et de chirurgie dentaire qui n'eurent de cesse de se concurrencer dans la l'exercice de cette discipline [2]. Les premiers remettant en cause le manque de connaissances médicales des chirurgiens-dentistes, et au contraire les dentistes faisant remarquer l'absence de formation dentaire des médecins [3].



\*Le DES de stomatologie disparaîtra faute de participants en 2003.

\*\*Cette voie est considérée par ses responsables comme « la voie d'excellence » de la stomatologie en effet, elle est de 6 années en tout par rapport au DES de stomatologie qui dure seulement 4 ans. Le DESC étant plus complet au niveau chirurgical, tout en s'éloignant des bases dentaires provoquera la diminution du nombre de candidats au DES de stomatologie.

\*\*\*En 2011, est créé le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Chirurgie Orale (DESCO). Il permet de faire le pont tant souhaité par certains depuis plus d'un siècle entre la médecine et l'odontologie. Il résulte de la fusion entre l'ancien diplôme d'études spécialisées en stomatologie obtenu par la filière médecine, et l'ancien diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale obtenu lui par la filière odontologie.

*Figure 1 : les différents changements législatifs et nominatifs du diplôme de chirurgien oral/stomatologue[2–5]*

Le nombre de chirurgien oraux en France est faible dans le secteur libéral et le départ en retraite de certains (leur âge moyen était de 59 ans en 2013) semble prévoir un besoin important pour cette profession dans les années à venir. [6]

Pour cela, il paraît important de ne pas sur-adresser les patients au chirurgien oral et de pouvoir en toute capacité réaliser des actes possibles au cabinet dentaire. Et le cas échéant, adresser de manière convenable le patient qui nécessiterait des soins plus conséquents et spécifiques à la pratique de la chirurgie orale.

Dans un premier temps nous reverrons les types de situation à risque au cabinet dentaire, avec des arbres décisionnels d'adressage ou non chez le spécialiste. Dans un second temps nous traiterons des différents moyens de communication possibles entre ces deux praticiens.

# 1 Demande de prise en charge ou d'avis du chirurgien-dentiste au chirurgien oral

Dans le cadre du traitement de ses patients, le chirurgien-dentiste peut être amené dans de nombreux cas à s'adresser à un chirurgien oral, que ce soit dans le cadre d'une extraction dentaire sur un terrain médical fragile ou lors de la découverte d'une lésion de la sphère orale.

## 1.1 Le patient nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique

Les patients porteurs de maladies systémiques peuvent impliquer une prise en charge spécifique par le chirurgien oral. On note plusieurs risques lors d'une intervention en chirurgie orale, le premier d'entre eux est le **risque hémorragique** ensuite vient le **risque infectieux** puis le **risque anesthésique** et enfin le **risque médicamenteux**. De plus, les risques médicaux des patients viennent s'ajouter, il faut donc les connaître et contacter le médecin traitant de manière systématique pour pouvoir adapter la prise en charge [7].

Dans certains cas, nous devons faire face à la réalité suivante : le cabinet dentaire ne permet pas d'avoir un plateau technique nécessaire à la réalisation de certains soins chez ces patients. Il paraît essentiel de rappeler les raisons qui pourraient amener un chirurgien-dentiste à solliciter l'aide d'un chirurgien oral. Celles-ci seront étudiées successivement.

### 1.1.1 Le patient âgé

Le chirurgien-dentiste est souvent amené à recevoir des patients âgés au cabinet dentaire. Souvent, pour une éradication des foyers infectieux bucco-dentaires. Il faut savoir poser ses limites, certains de ces patients cumulent les risques et doivent être adressés en milieu hospitalier. Lors du premier contact, pour une **évaluation précise des risques médicaux il est recommandé de contacter le médecin traitant.**

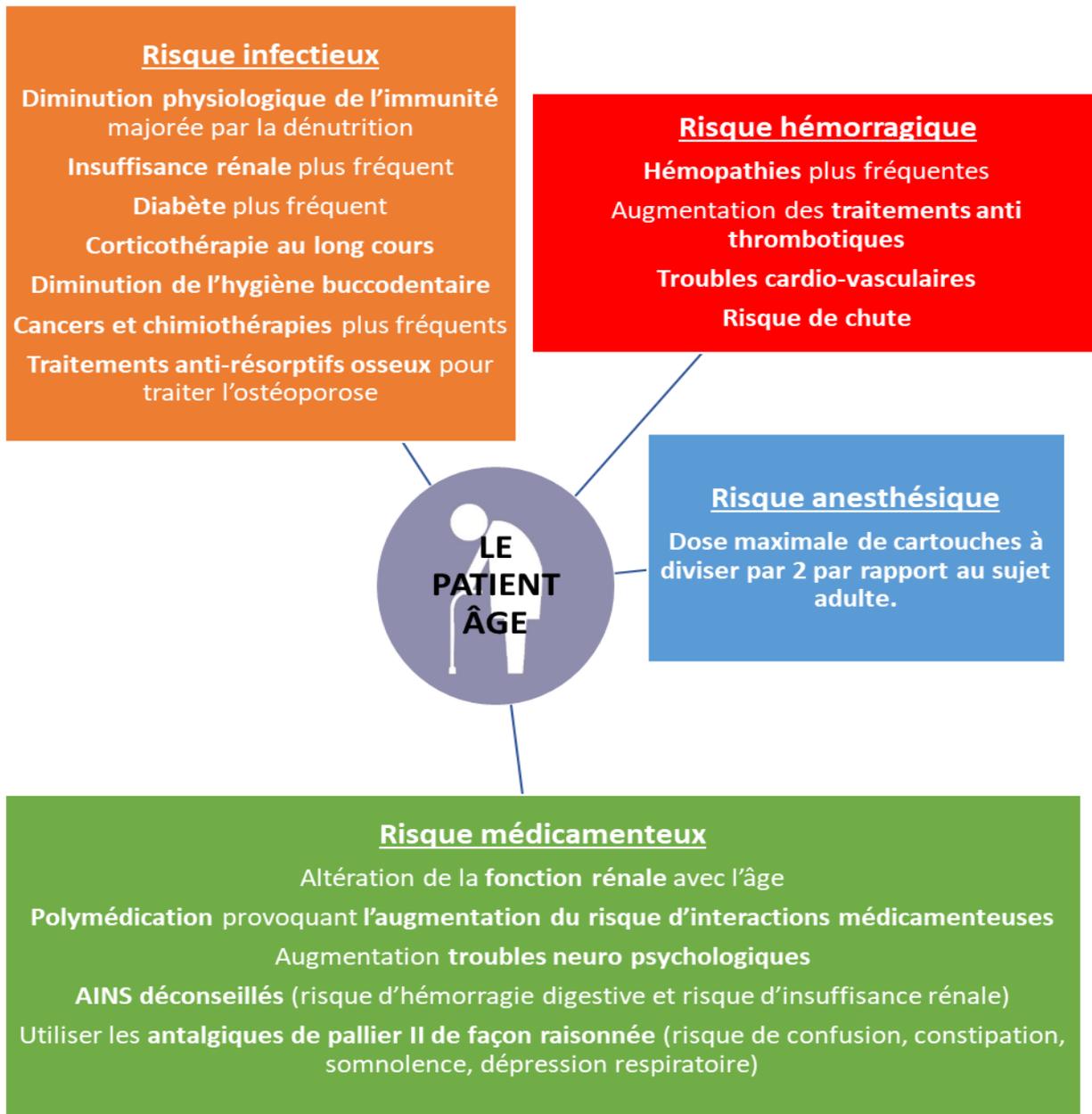


Figure 1 : Les risques médicaux du patient âgé en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [8–10]

Tableau 1 : La prise en charge du patient âgé en chirurgie-dentaire (tableau personnel)  
[9,11–13]

Le patient âgé		
Autonome Coopérant	Dépendant Coopérant Non isolé	Dépendant, Poly pathologique et Poly médiqué, Isolé et /ou non coopérant
		
<p><b>Soins possibles en ville</b></p> <p>Pour tous : Attention au risque de chute au cabinet</p> <p>Prendre en compte la <b>balance bénéfique/risque</b> avant d'effectuer un traitement</p> <p><b>Séances courtes</b></p> <p><b>Relever le patient lentement</b> afin d'éviter une hypotension orthostatique</p>	<p><b>Soins possibles en ville</b></p> <p>Adapter l'HBD à la dextérité du patient voire demander une HBD assistée si nécessaire</p> <p>Demander la présence d'un aidant pour vérifier le respect des consignes post-opératoires et réaliser une surveillance à domicile</p> <p>Diminuer le nombre de séances de soin</p>	<p><b>Soins possibles en ville</b></p> <p>Limitier les soins aux actes indispensables au rétablissement de la santé bucco-dentaire du patient</p> <p>Privilégier si possible le rebasage contre la réfection d'une prothèse</p> <p><b>Prise en charge Spécialisée</b></p> <p><b>Voire prise en charge hospitalière pour les actes chirurgicaux</b></p>

## 1.1.2 Le patient insuffisant cardiaque

L'insuffisance cardiaque est caractérisée par l'impossibilité pour le cœur de fournir une perfusion efficace aux organes périphériques. La *New York Heart Association* a établi une classification en 4 stades en fonction de la limitation de l'activité ordinaire. Il faut systématiquement contacter le médecin traitant pour avoir l'étiologie de l'insuffisance cardiaque (port éventuel d'une valve qui ajoute un surrisque infectieux) et avoir une conduite à tenir adaptée au stade de la maladie.

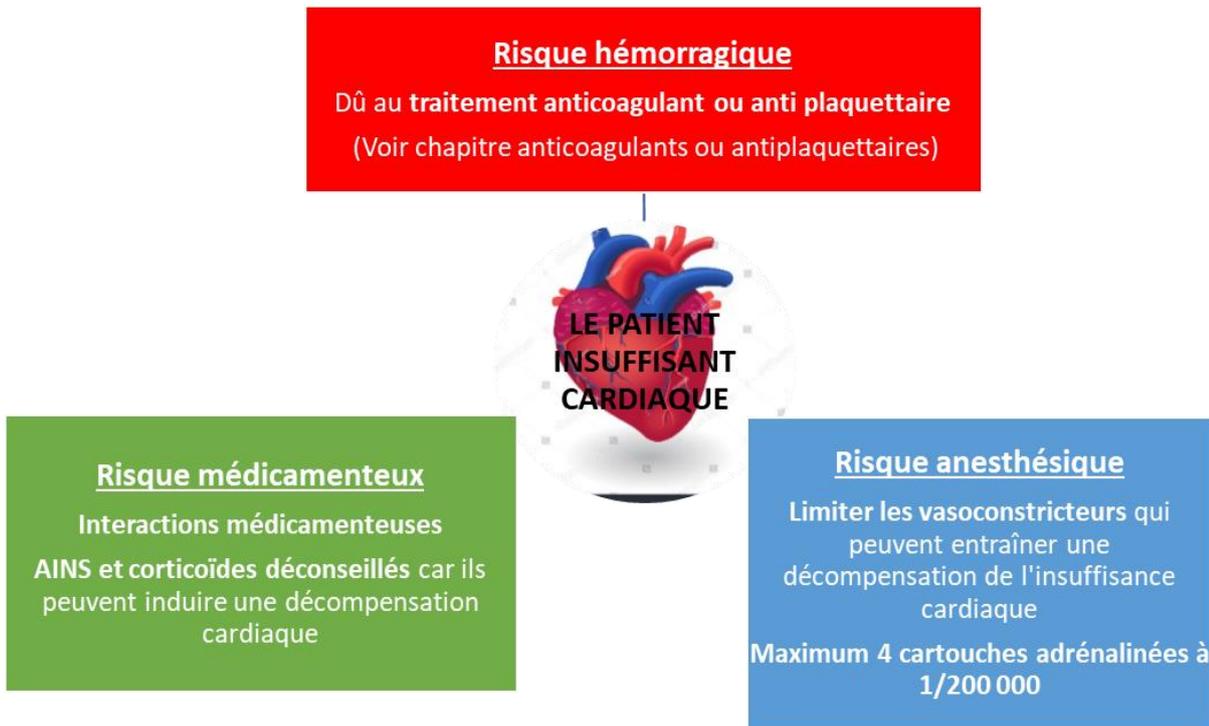


Figure 2 : Les risques médicaux du patient insuffisant cardiaque en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,14–17]

Tableau 2 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient insuffisant cardiaque (tableau personnel) [15,17]

NYHA I : pas de limitation ou NYHA II limitation légère stable	NYHA III Limitation marquée de l'activité	NYHA III Limitation sévère de l'activité	Insuffisance cardiaque instable
Soins possibles en ville*	Demander l'avis du cardiologue traitant  ← Soit →	Prise en charge Hospitalière	Contacteur le cardiologue traitant Prise en charge hospitalière si soins urgents

\*Précautions générales : réduire le stress du patient avec une prémédication d'hydroxyzine ou du MEOPA, commencer les soins lorsqu'une analgésie efficace est obtenue et relever le patient lentement pour éviter l'hypotension orthostatique.

### 1.1.3 Le patient arythmique

L'arythmie cardiaque est définie par un trouble du rythme normal sinusien, la plus fréquente étant la fibrillation atriale (AC-FA), touchant 1% de la population française.

Le patient arythmique peut être porteur d'un pace maker ou un défibrillateur automatique implantable. Le risque majeur lors des soins dentaires est celui d'une décompensation de l'arythmie à cause du stress et de la douleur, de plus il peut exister des interférences électromagnétiques avec le bistouri électrique unipolaire. Il est important contacter le cardiologue traitant pour obtenir des informations sur le traitement pris par le patient et sur caractère stable ou instable de l'arythmie.

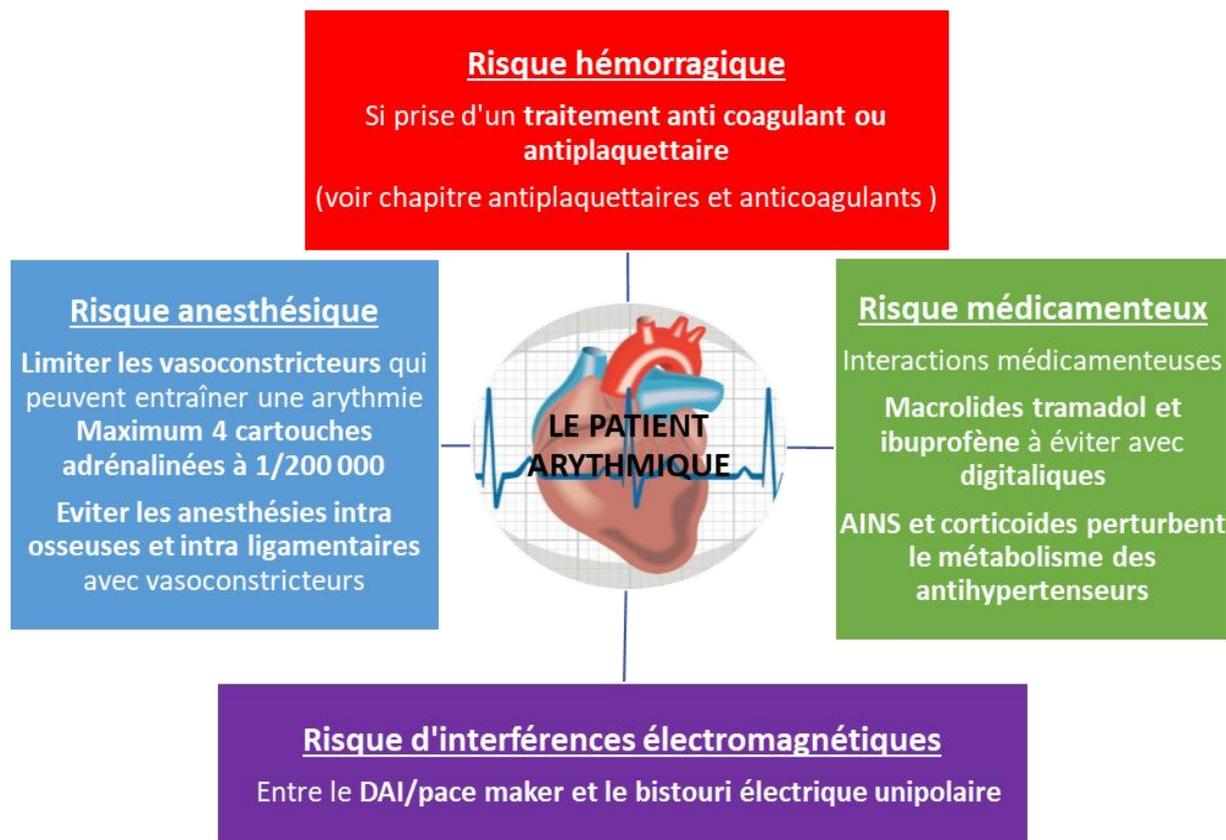


Figure 3 : Les risques médicaux du patient arythmique en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,18–20]

Tableau 3 : la prise en charge en chirurgie dentaire du patient arythmique (tableau personnel) [18,20,21]

Arythmie traitée stable	Arythmie non traitée	Arythmie non stable	Patient porteur d'un pacemaker ou DAI
Soins possibles en ville	Prise en charge hospitalière	Contacteur le cardiologue traitant avant les soins	Soins possibles en ville Contre-indication bistouri électrique unipolaire

\*Précautions Générales : réduire le stress du patient, prévoir prémédication à l'hydroxyzine ou réaliser les soins sous MEOPA.

## 1.1.4 Le patient coronarien

Le patient coronarien que le chirurgien-dentiste rencontre au cabinet est un patient ayant subi un syndrome coronarien aigu (SCA) ou souffrant d'angor à l'effort.

La société canadienne de cardiologie a établi une classification en fonction de la gêne à l'effort (classe I : aucune limitation d'activité à classe IV : douleur à la moindre activité)[22].

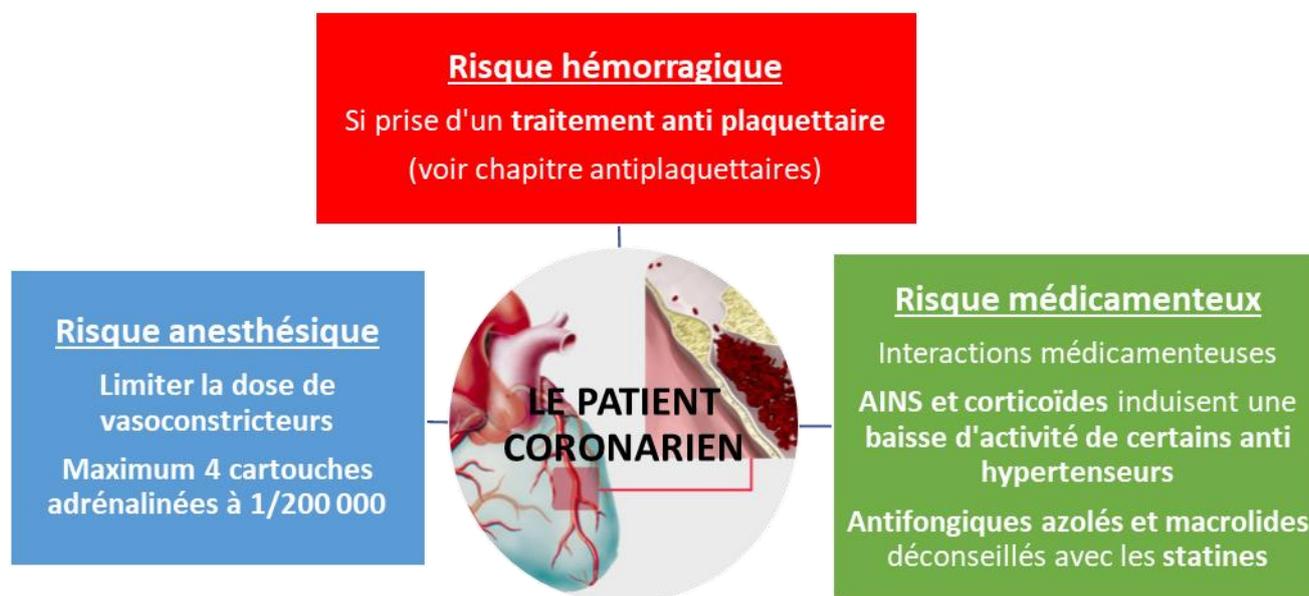


Figure 4 : Les risques médicaux du patient coronarien en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,14,23,24]

**Il est important de demander l'avis du cardiologue traitant** car le délai depuis le dernier syndrome coronarien aigu conditionne la probabilité de survenue d'un nouvel infarctus. C'est pourquoi il est recommandé de retarder au maximum les soins chez les personnes ayant été victimes d'un SCA dans les 30 derniers jours.

Pour l'angor d'effort, le stade de la maladie est à connaître pour adapter la prise en charge.

Tableau 4: La prise en charge en chirurgie dentaire du patient coronarien après un épisode d'infarctus du myocarde (tableau personnel) (14,22–24)

Date de survenue du syndrome coronarien aigu		
<30 jours : risque Important de récurrence	30 jours – 6 mois	>6 mois : risque faible de récurrence
<p>Surseoir à l'intervention si possible</p> <p>Prise en charge hospitalière si urgence</p>	<p>Demander l'avis du cardiologue traitant soit</p> <p>← →</p>	<p>Tous les soins sont possibles en ville</p> <p>Le patient doit apporter de la trinitrine lors des soins</p> <p>En cas de malaise ou douleur thoracique -&gt; composer le 15</p>

Tableau 5: La prise en charge en chirurgie-dentaire du patient atteint d'angor selon les

<b>Angor stable classe I léger ou II modéré</b>	<b>Angor classe III avancé</b>	<b>Angor classe IV sévère</b>
<b>Prise en charge en ville</b>	Décision du cardiologue traitant soit ← →	<b>Prise en charge hospitalière</b>

### 1.1.5 Thrombopénies

Définie par une quantité de plaquettes inférieure à 150 000/ mm<sup>3</sup>, les thrombopénies sont de causes multiples et doivent être investiguées par un hématologue. Le principal risque des thrombopénies est le risque hémorragique [7].

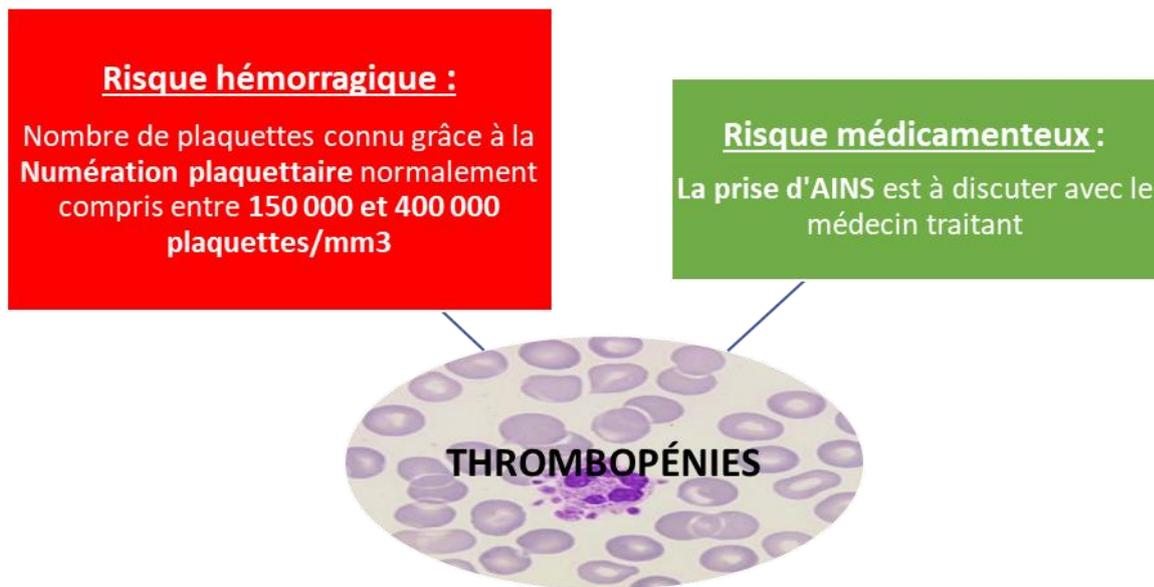


Figure 5 : Les risques médicaux des patients atteints de thrombopénie en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [26–28]

Il faut tout d’abord distinguer les différents niveaux de risque hémorragique en fonction des actes de chirurgie dentaire. Ceux-ci sont résumés dans le tableau de la société française de chirurgie orale disponible en annexe.

Tableau 6 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients thrombopéniques (tableau personnel) [26–28]

<p><b>Plaquettes de 100 à 150 000 /mm<sup>3</sup></b></p>	<p><b>Plaquettes entre 50 et 100 000 /mm<sup>3</sup></b></p>	<p><b>Plaquettes inférieures à 50 000 /mm<sup>3</sup></b></p>
<p><b>Tous les soins sont possibles en ville</b></p>		<p><b>Prise en charge hospitalière pour tout acte</b></p>
<p><b>Acte sans risque hémorragique</b></p>	<p><b>Acte à faible risque hémorragique</b></p>	<p><b>Acte à risque Hémorragique élevé</b></p>
<p><b>Soins réalisables en ville</b></p>	<p>En fonction du plateau technique disponible</p>  <p>OU</p> 	<p><b>Prise en charge spécialisée en cabinet de stomatologie ou chirurgie orale</b></p>

### 1.1.6 Déficiets congénitaux en facteurs de la coagulation

La maladie de Willebrand et l'hémophilie sont des pathologies résultant d'un déficit congénital en facteurs de la coagulation. Leur principal risque est le risque hémorragique, se manifestant par des hémorragies spontanées per et post opératoires [7].

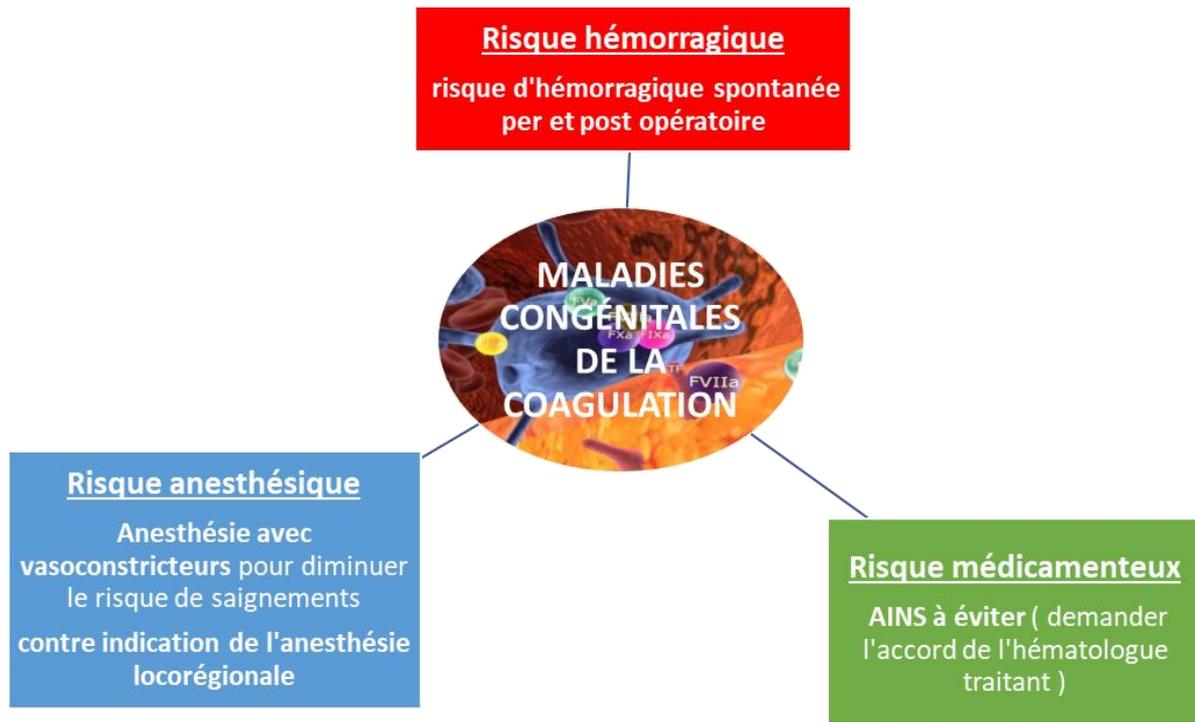


Figure 6 : Les risques médicaux du patient porteur d'une hémophilie ou autre déficit en facteur de la coagulation en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [26,29]

Le point crucial est l'importance du rôle de l'hématologue, il est impossible de réaliser un soin chez le patient porteur de ce type de trouble sans avoir son accord préalable.

Il est important de définir deux types d'actes en chirurgie dentaire pour ces pathologies à risque hémorragique : les actes non invasifs et les actes invasifs.

<b>Actes non-invasifs</b>	<b>Actes invasifs</b>
Actes de prévention Soins conservateurs Soins prothétiques non sanglants Dépose de points de sutures Pose de prothèses amovibles Pose ou ajustement d'appareil orthodontique Prise de radiographies dentaires intrabuccales	Tous les actes impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région périapicale de la dent, ou en cas d'effraction de la muqueuse orale (en dehors des anesthésies locales ou loco-régionales)

Figure 7 : Classement des actes en chirurgie dentaire en fonction de leur caractère invasif ou non invasif d'après l'ADF [7]

Tableau 7 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient hémophile ou porteur d'un autre déficit en facteur de la coagulation (tableau personnel) [26,29]

Acte non invasif	Acte invasif	
<p><b>Soins possibles au cabinet*</b> avec les précautions adaptées au niveau de risque hémorragique du patient :</p> <p>Prendre contact avec l'hématologue traitant</p>  <p>Pour établir des protocoles personnalisés à mettre en place au cabinet de ville</p>	<p>Certains Soins possibles au cabinet</p> <p>Discussion avec l'hématologue traitant</p>	
	<p>Prise en charge en ville avec protocoles personnalisés</p>	<p>Prise en charge spécialisée en cabinet de stomatologie ou chirurgie orale</p>

\*Précautions particulières en ville : pose de digue supra gingivale, radiographie intra buccale non traumatisante, compression hémostatique avec compresses imbibées d'acide tranexamique ou gouttière de compression.

### 1.1.7 Le patient insuffisant hépatique

L'insuffisance hépatique est définie par une altération de la fonction hépatique, ses principales causes sont la cirrhose, les hépatites d'origine virale (VHC, VHB, VH, VHE), toxique, médicamenteuses ou ischémiques. Elle peut se manifester par une asthénie, un ictère, des œdèmes des membres inférieurs, des réactions cutanées, et un risque hémorragique accru et parfois une encéphalopathie pour les stades les plus sévères. [7]

La cirrhose est une affection se traduisant par une désorganisation de la structure lobulaire hépatique. Ses étiologies sont principalement : une intoxication alcoolique ou d'une infection virale (VHC, VHB), exceptionnellement une maladie stéatosique non hépatique ou une cause auto-immune.

On distingue :

- **La cirrhose compensée** : stade A de la classification de Child-Pugh
- **La cirrhose décompensée** qui est caractérisée par la présence d'une ou des complications suivantes : ictère, œdèmes, ascite, un TP<50% ou une encéphalopathie.

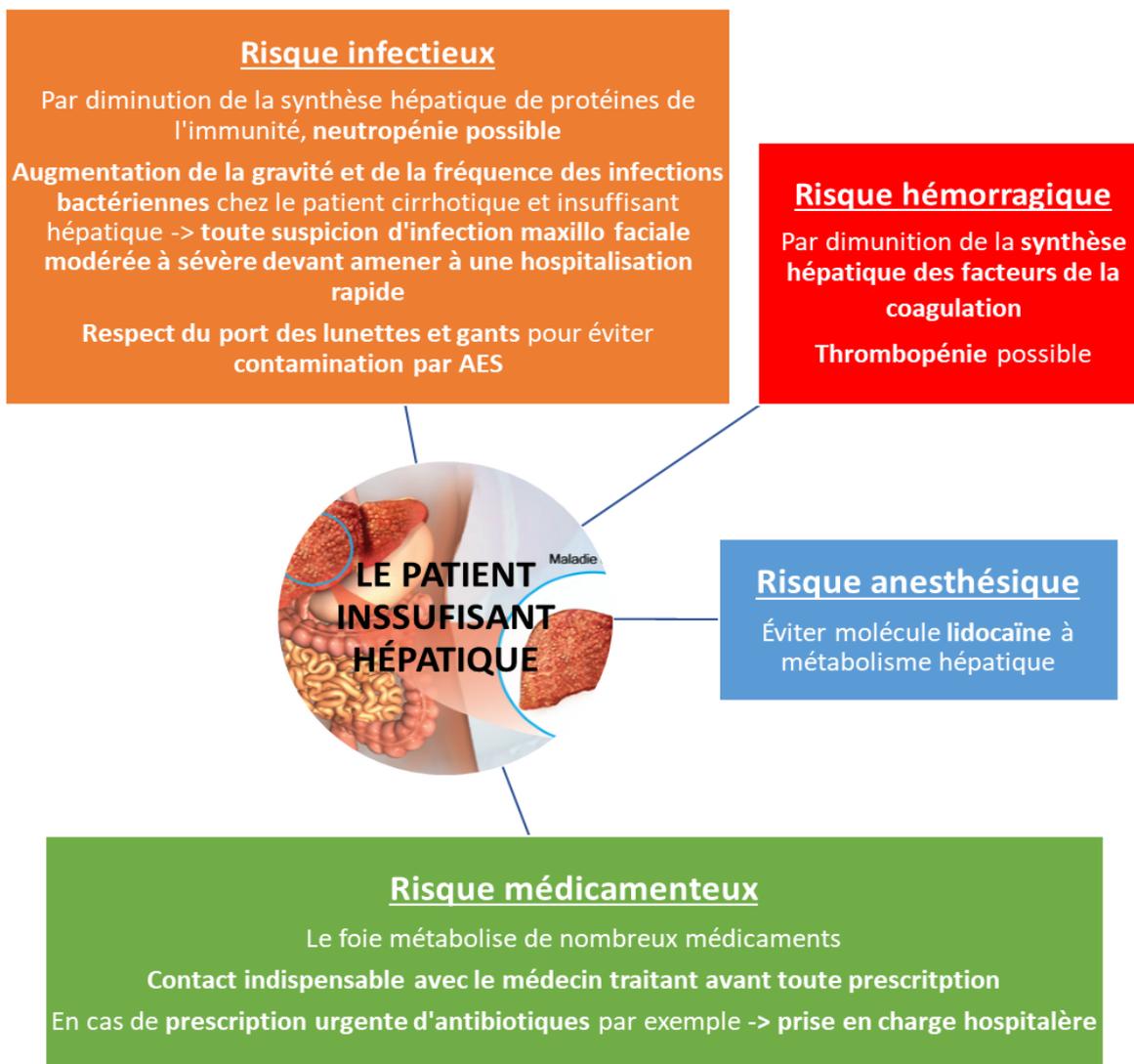


Figure 8 : Les risques médicaux du patient insuffisant hépatique (diagramme personnel) [7,30–32]

Tableau 8 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient cirrhotique (tableau personnel) [31,32]

<b>Cirrhose compensée sans thrombopénie associée</b>		
<b>Acte non invasif</b>	<b>Acte invasif</b>	
<b>Soins réalisables en ville</b>	<b>Discussion avec l'hépatologue traitant</b>	
	<b>Prise en charge en ville</b>	<b>Prise en charge spécialisée en cabinet de stomatologie ou chirurgie orale</b>

Tableau 9 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient cirrhotique et insuffisant hépatique (tableau personnel) [30–32]

<b>Cirrhose compensée avec thrombopénie associée</b>	<b>Cirrhose décompensée ou Insuffisance hépatique de cause autre que cirrhotique</b>
<b>Discussion avec l'hépatologue traitant</b>	
<b>Prise en charge en ville</b>	<b>Prise en charge hospitalière</b>

## 1.1.8 Les antiplaquettaires

Les patients traités par anti-agrégants plaquettaires sont des patients qui présentent plusieurs risques médicaux. En premier plan, le risque hémorragique qui est dû à l'inhibition de l'agrégation plaquettaire lors de l'hémostase primaire.

Le risque engendré par la prise d'anti-agrégant est fonction de :

- **La molécule antiplaquettaire**
- **Du nombre de traitements**
- **La nature de l'acte,**
- Et est à pondérer avec **les cofacteurs de risque hémorragique.**

D'où la **nécessité de contacter le médecin traitant** pour avoir une prise en charge adéquate au profil du patient qui peut cumuler les risques.

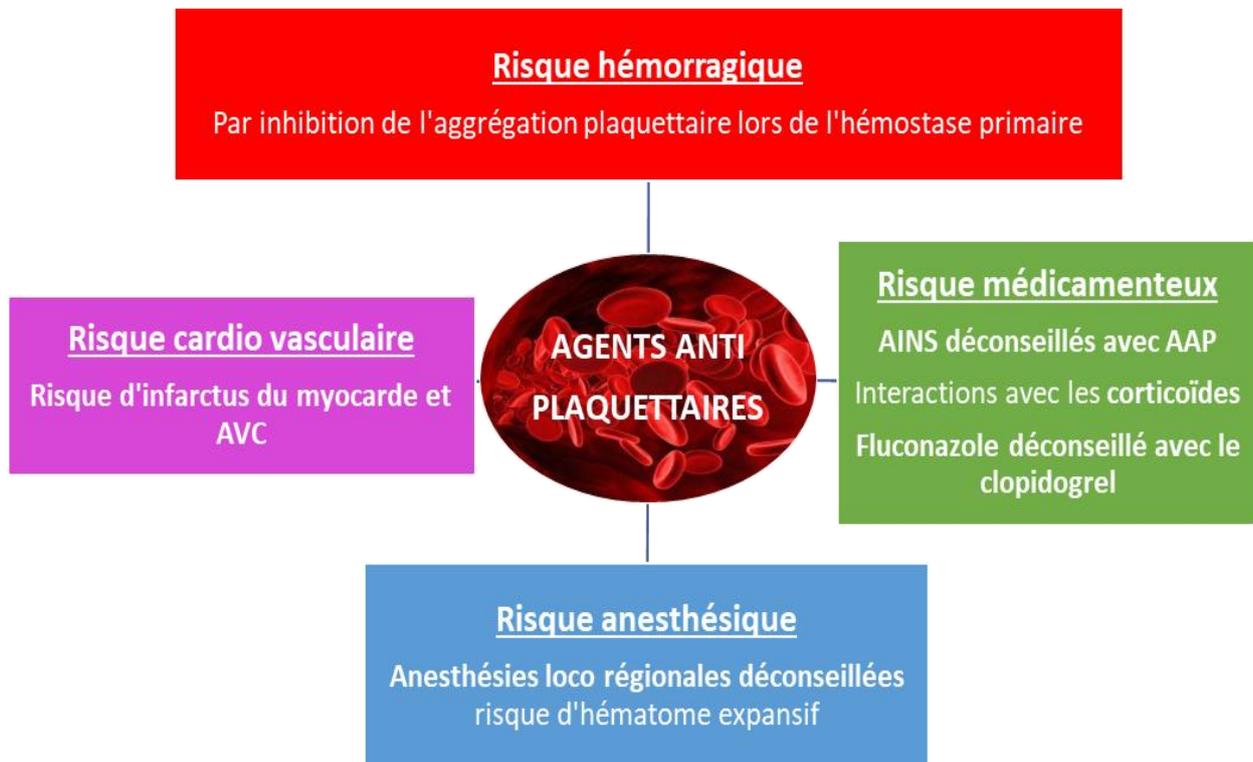


Figure 9 : Les risques médicaux des patients sous anti-agrégants plaquettaires en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [12,33,34]

Tableau 10 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients sous antiagrégants plaquettaire en monothérapie (tableaux personnels) [33,34]

<b>AAP en Monothérapie</b>	<b>Prise en charge en ville</b> Pas d'arrêt (Si aucun cofacteur de risque hémorragique)
----------------------------	--

Tableau 11 : La prise en charge des patients sous antiagrégants plaquettaire en bithérapie en chirurgie dentaire (tableaux personnels) [33,34]

<b>AAP en bithérapie</b> : à la suite de la pose d'un stent Ou dans les 1 an suivant un infarctus du myocarde		
<b>Acte sans risque Hémorragique</b>	<b>Acte à faible risque hémorragique</b>	<b>Acte à risque Hémorragique élevé</b>
<b>Soins réalisables en ville</b>	<b>Réalisable en ville</b> Protocole d'hémostase locale	<b>Prise en charge chirurgicale spécialisée</b>

Tableau 12 : La prise en charge en chirurgie dentaires des patients sous antiagrégant plaquettaire et anticoagulant (tableaux personnels) [33,34]

<b>AAP + anticoagulant</b>		
<b>Acte sans risque Hémorragique</b>	<b>Acte à faible risque hémorragique</b>	<b>Acte à risque Hémorragique élevé</b>
<b>Soins réalisables en ville</b>	<b>Prise en charge chirurgicale spécialisée</b>	

Il existe un cas particulier avec les anti-agrégants plaquettaire, celui de l'**aspirine à dose antalgique** : en cas de **chirurgie à risque hémorragique élevé**, il faut prévoir d'arrêter la prise **5 à 10 jours avant l'intervention**.

### 1.1.9 Les antivitamines K

Les anti-vitamines K sont des molécules prescrites dans le cadre de la prévention des pathologies thrombo-emboliques notamment la fibrillation auriculaire valvulaire et non valvulaire. Ils ont la particularité de pouvoir être monitorés grâce à l'analyse sanguine de l'INR (international normalized ratio) qui évalue son efficacité et donc le risque hémorragique.

Le principal risque de ces traitements est ainsi le risque hémorragique qui est évalué grâce à :

- l'étude de l'INR dans les 24h à 48 heures avant l'intervention,
- la nature de l'acte à réaliser,
- les éventuels cofacteurs de risque hémorragiques. [7]

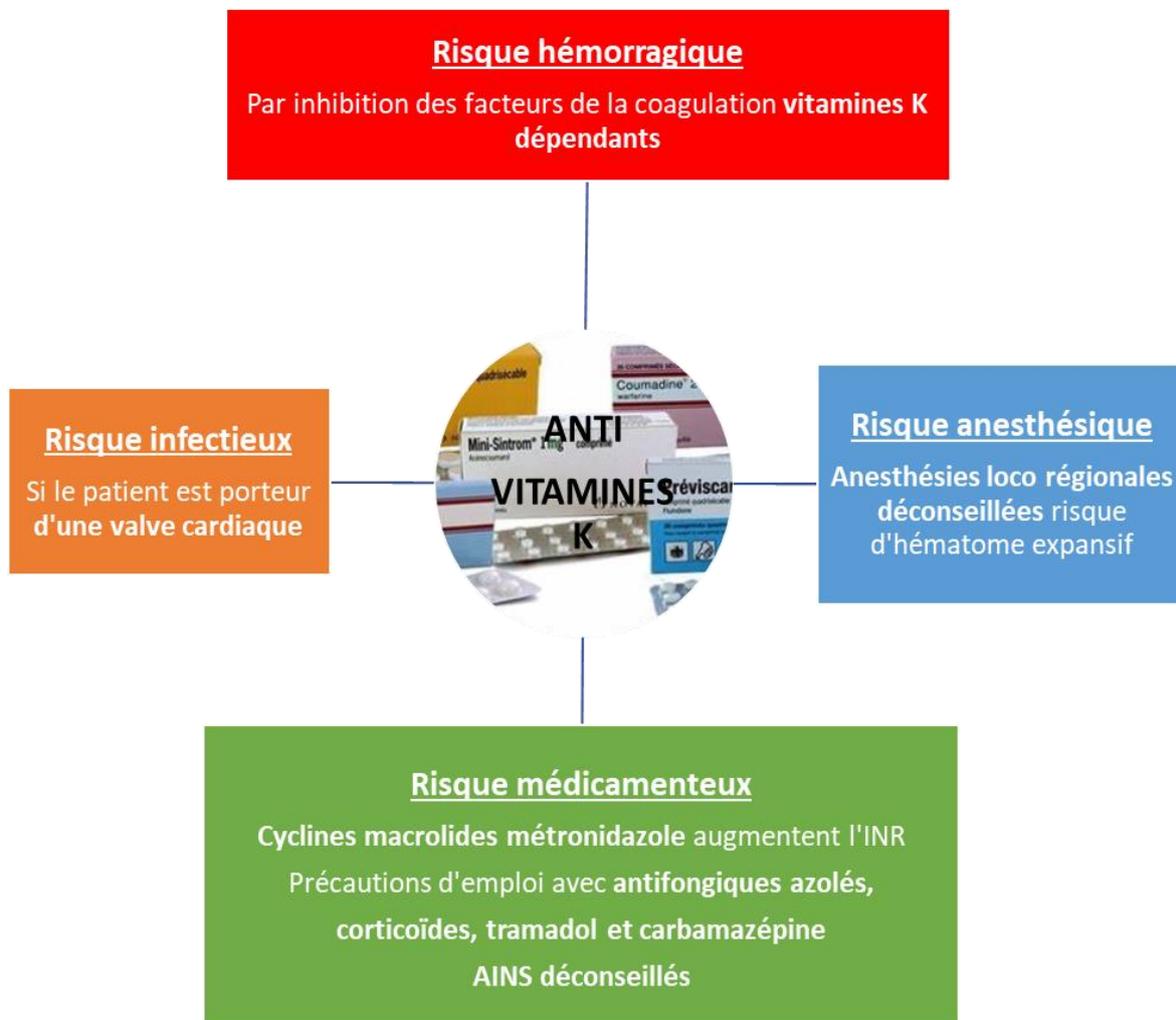


Figure 10 : Les risques médicaux des patients traités par antivitamines K en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [35,36]

Tableau 13 : La prise en charge des patients traités par antivitamines K avec un faible risque hémorragique (diagramme personnel) [35,36]

<b>Patients traités par antivitamines K avec INR ≤ 4 sans cofacteur de risque hémorragique</b>		
<b>Acte sans risque hémorragique</b>	<b>Acte à faible risque hémorragique</b>	<b>Acte à risque hémorragique élevé</b>
<b>Soins possibles en ville</b>	<b>Réalisable en ville</b> Protocole d'hémostase locale	<b>Prise en charge chirurgicale spécialisée</b>

Tableau 14 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par antivitamines K avec un haut risque hémorragique (diagramme personnel) [7,35,36]

<b>Patients traités par antivitamines K avec INR &gt; 4 ou patients médiqués aux AVK avec un facteur de risque hémorragique supplémentaire (insuffisance hépatique, thrombopénie) ou patients médiqués en bithérapie AVK et anti-agrégant plaquettaire</b>		
<b>Acte sans risque hémorragique</b>	<b>Acte à faible risque hémorragique</b>	<b>Acte à risque Hémorragique élevé</b>
<b>Soins possibles en ville</b>	<b>Prise en charge chirurgicale spécialisée</b>	

### 1.1.10 Les héparines

Les héparines sont des traitements prescrits dans le cadre de pathologies thrombo-emboliques dans un but préventif ou curatif. Elles sont administrées par voie injectable (intraveineuse ou sous-cutanée) en général dans le cadre d'un relai pour une durée de 10 jours maximum.

Leur principal risque médical est le **risque hémorragique** qui sera évalué par :

- **Le type de traitement** : héparine non fractionnées ou héparines de bas poids moléculaire
- **Le taux de plaquettes** (pour vérifier l'absence de thrombopénie induite par l'héparine) **et le TCA ou activité anti-Xa** (héparinémie)
- **La nature de l'acte**
- **Les éventuels cofacteurs de risque hémorragique** : insuffisance hépatique, thrombopénies.

Il existe un risque rare de thrombopénies induites par l'héparine et les chirurgies parodontales sont contre indiquées avec ces traitements[7]. Il existe un antidote : le sulfate de protamine.

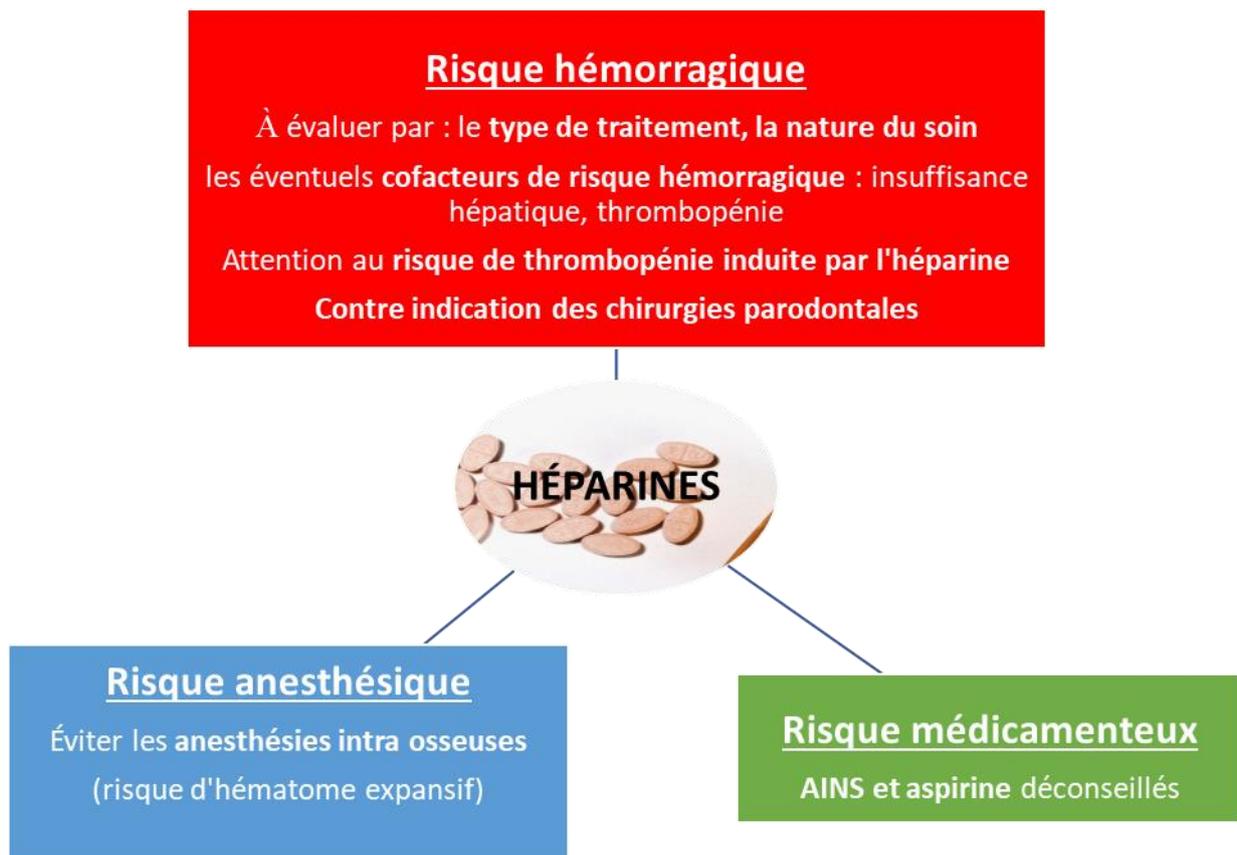


Figure 11 : Les risques médicaux des patients traités par héparine en chirurgie-dentaire (diagramme personnel) (36)

Tableau 15 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par héparine (tableau personnel) [39]

Patient traité par héparine		
Actes sans risque hémorragique	Actes à faible risque hémorragique	Actes à risque Hémorragique élevé
Soins possibles en ville		Prise en charge chirurgicale spécialisée

### 1.1.11 Les nouveaux anticoagulants oraux : anti-facteurs IIa et Xa de la coagulation

Les NACO sont des traitements prescrits dans le cadre de la prévention des pathologies thrombo-emboliques notamment en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire.

Leur principal risque médical est le **risque hémorragique** qui sera évalué par :

- **Le type de traitement : anti-IIa** (dabigatran) **et anti-Xa** (rivaroxaban, apixaban)
- **La nature de l'acte**
- **Les éventuels cofacteurs de risque hémorragique** : insuffisance hépatique, thrombopénies.

Il n'existe actuellement aucun moyen de monitorer leur activité anti coagulante contrairement aux autres familles d'antithrombotiques. Les anti Xa ne possèdent pas d'antidote tandis que le dabigatran peut être neutralisé par l'idarucizumab spécifiquement [37,38,40].

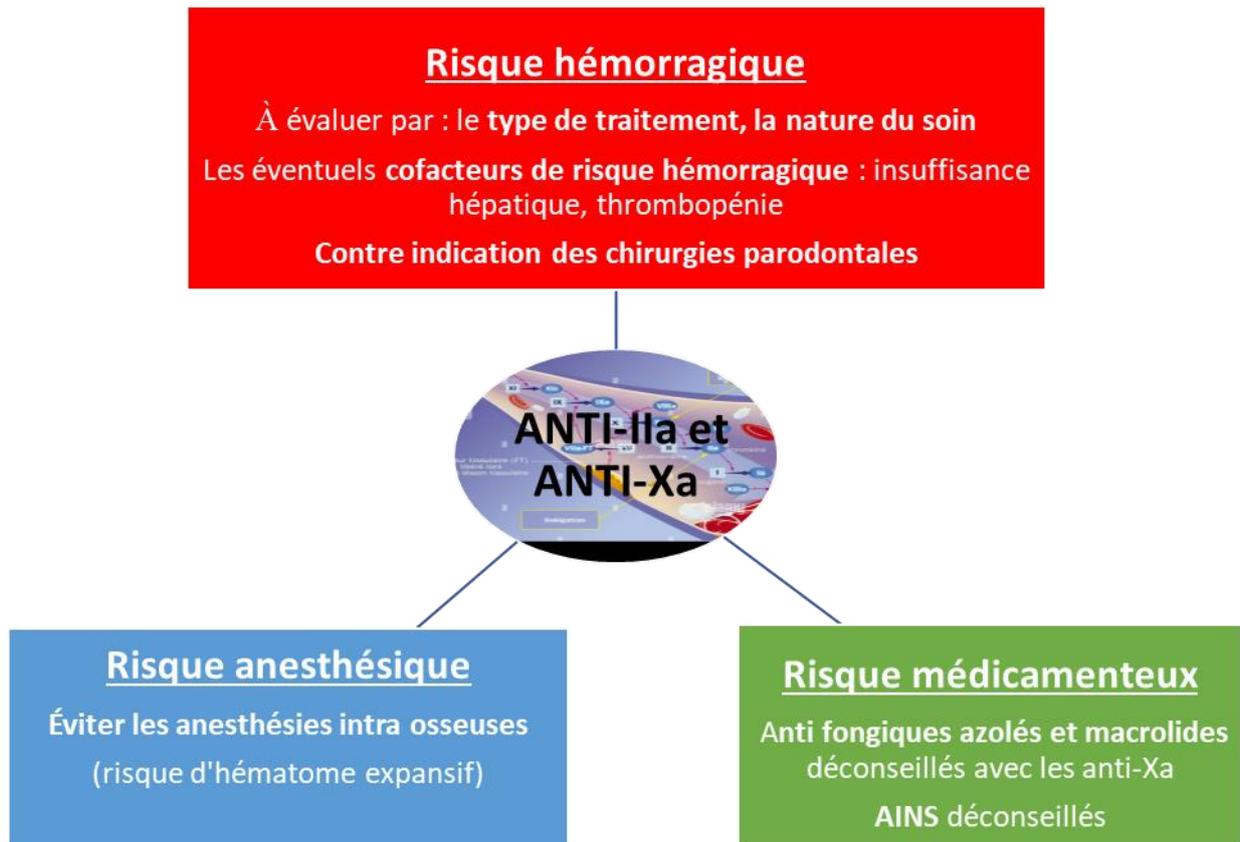


Figure 12 : Les risques médicaux des patients traités par anti IIa et anti Xa en chirurgie-dentaire (diagramme personnel) [37–39]

Tableau 16 : La prise en charge de patients traités par anti-IIa ou anti-Xa en chirurgie dentaire (tableau personnel) [37–39]

<b>Patient sous anti-IIa ou anti-Xa</b>		
<b>Actes sans risque hémorragique</b>	<b>Actes à risque hémorragique modéré</b>	<b>Actes à haut risque hémorragique</b>
<b>Soins possibles en ville</b>	<b>Prise en charge chirurgicale spécialisée</b>	

### 1.1.12 Le risque d'ostéo chimio nécrose (prise d'anti-résorptifs osseux)

La prise de certains traitements anti-résorptifs osseux peut engendrer, lors d'une agression du tissu osseux ou de manière spontanée, des lésions osseuses infectieuses et inflammatoires dénommées ostéonécrose des maxillaires [41].

Ces lésions handicapantes peuvent être évitées avec un protocole strict réalisé par une équipe pluridisciplinaire. Le chirurgien-dentiste de ville en est un maillon central. Il doit pouvoir assurer la prévention de l'apparition de ces lésions, le suivi de l'hygiène bucco-dentaire notamment et la surveillance régulière de la cavité buccale.

**Il est primordial d'évaluer la balance bénéfique / risque pour chaque acte. Un dialogue régulier avec l'équipe soignante est nécessaire.**

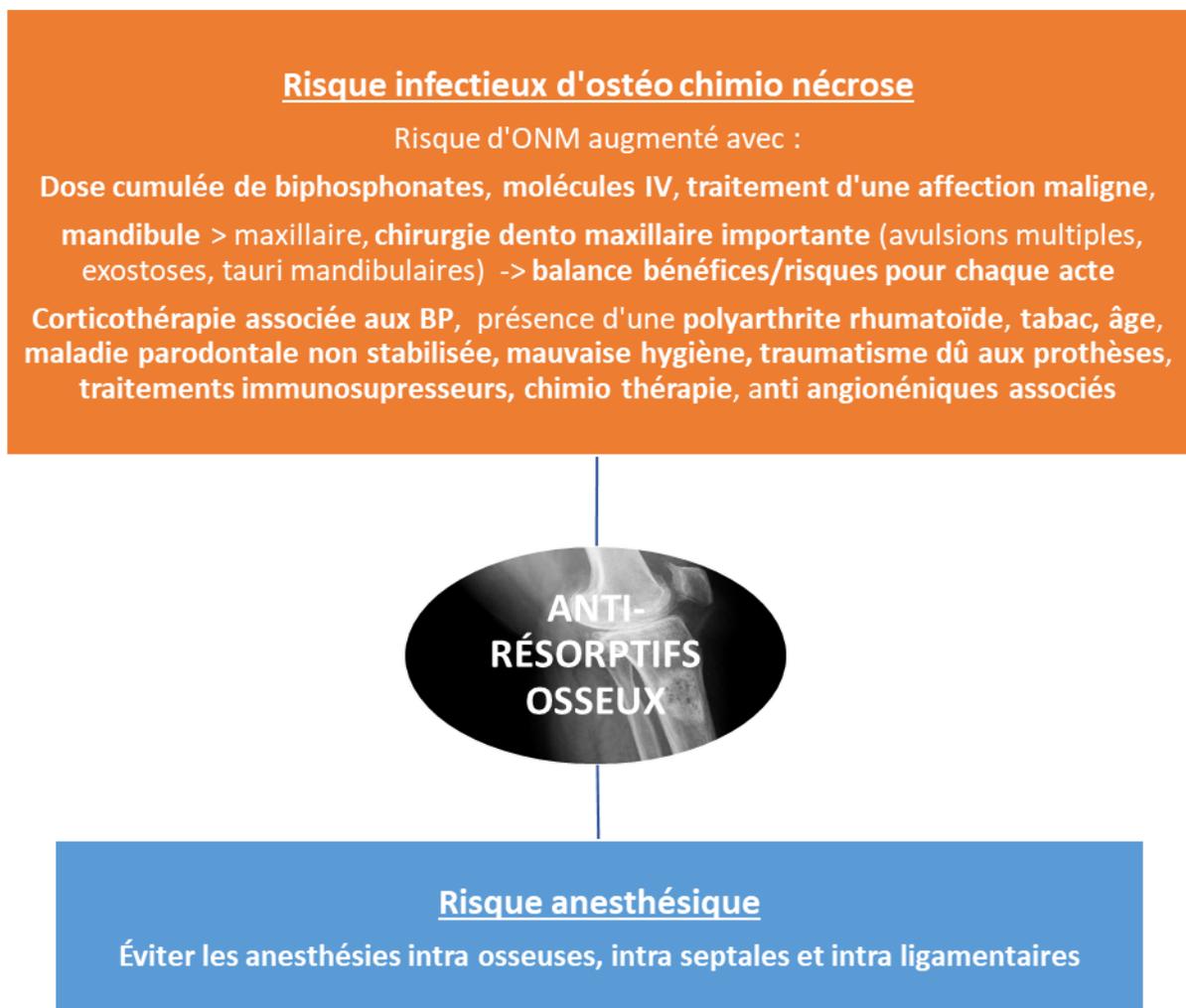


Figure 13 : Les risques médicaux du patient traité par anti-résorptifs osseux en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [12,42-44]

Tableau 17 : La prise en charge du patient avant l'instauration d'un traitement anti-résorptif osseux en chirurgie dentaire (tableau personnel) [45–47]

<p><b><u>Avant l'instauration du traitement :</u></b>  <b>La préparation à la radiothérapie est réalisable en ville en l'absence d'autre pathologie générale indiquant une prise en charge spécialisée</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prévenir le patient du risque</b> d'ostéonécrose</li> <li>- <b>Éradication des foyers infectieux</b> bucco dentaires :</li> <li>- <b>Soins restaurateurs ou extraction</b> quand le pronostic de la dent est réservé</li> <li>- <b>Motivation à l'hygiène</b> bucco-dentaire et au <b>sevrage tabagique</b></li> </ul>

Tableau 18 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient traité par anti-résorptifs osseux et ayant un faible risque d'ostéonécrose (tableau personnel) [44–46,48]

<p><b>Pendant ou après le traitement anti-résorptif osseux</b>  <b>Faible risque d'ostéonécrose des maxillaires</b></p>	
<p><b><u>Faible risque d'ostéo nécrose des maxillaires</u> : bonne HBD, pas de blessure de la muqueuse, pas de tabac, bon état de santé général, et parodontal, traitement pour une affection bénigne, voie orale ou IV annuelle, durée traitement inférieure à deux ans, avulsion simple</b></p>	
<p><b>Soins non invasifs Possibles en ville et Suivi bucco-dentaire annuel et au moindre symptôme</b></p>	<p><b>Soins invasifs avec manipulation osseuse peuvent être faits en ville mais requièrent cependant un protocole particulier Ou dans un service hospitalier dédié à leur prise en charge (Vacation biphosphonates du centre Abel Caumartin de Lille)</b></p>
<p><b>Remarque : la pose d'implants est possible chez ces patients</b></p>	

Tableau 19 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par anti résorptifs osseux et ayant un risque élevé d'ostéonécrose (tableau personnel) [43,45,46]

<b>Pendant ou après le traitement anti résorptif osseux</b> <b>Risque élevé d'ostéonécrose des maxillaires</b>	
<p><b>Risque élevé d'ostéonécrose des maxillaires</b> : traitement d'une pathologie maligne, corticothérapie associée aux BP, la présence d'une polyarthrite rhumatoïde, tabac, âge avancé, maladie parodontale non stabilisée, mauvaise hygiène, traumatisme dû aux prothèses, traitements immunosuppresseurs, chimio thérapie, anti angiogéniques associés, dose cumulée de biphosphates, molécules IV, traitement d'une affection maligne, mandibule, avulsions multiples.</p>	
Soins non invasifs	Soins invasifs
<p>Possibles en ville en évitant le contact de l'os :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soins restaurateurs</li> <li>- traitements endodontiques et amputations coronaires au lieu d'extraire</li> <li>- pose de contentions pour les dents mobiles</li> </ul> <p><u>Suivi bucco-dentaire tous les 4 mois</u></p>	<p><b>Si une / des avulsion(s) sont nécessaire(s) :</b></p> <p><b>Prise en charge hospitalière</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Extractions</b> uniquement pour les <b>dents mobiles stade 3 et foyers infectieux actifs</b></li> </ul> <p><b>Sous anesthésie locale</b> faiblement dosée en vasoconstricteurs  <b>couverture antibiotique</b> jusque cicatrisation complète de la plaie</p>
<p><b>Le traitement d'une ostéo chimio nécrose avérée se réalise en milieu hospitalier avec une surveillance clinique et radiologique régulière est requise, par l'équipe spécialisée.</b></p>	

### 1.1.13 L'ostéo radio nécrose



Figure 14 : Les risques médicaux des patients traités par radiothérapie cervico faciale > 30 Gray (diagramme personnel) [43,49]

La réalisation d'une radiothérapie ciblée sur la zone cervico-faciale peut engendrer, lors d'une agression du tissu osseux ou de manière spontanée, des lésions osseuses infectieuses et inflammatoires appelées ostéo radio nécroses. Celles-ci sont favorisées pas différents facteurs, le premier étant l'intensité de l'irradiation, celle-ci doit être supérieure à 30 Gray et doit concerner le territoire cervico facial. Sur les zones non concernées par l'irradiation ou si la dose appliquée est inférieure à 30 Grey, aucune précaution particulière n'est à prendre [50].

Ce risque est présent tout au long de la vie de l'individu. Il faut **donc contacter le radiothérapeute du patient pour obtenir une cartographie des zones irradiées** et pouvoir évaluer au mieux le risque d'ORN.

**Avant la réalisation d'une radiothérapie, il faut préparer le milieu buccal**, c'est-à-dire éradiquer tous les foyers infectieux potentiels. **Cette préparation peut s'effectuer au cabinet dentaire** lorsque le patient ne présente aucune pathologie impliquant une prise en charge spécialisée [47,49].

**Pendant la radiothérapie, il est recommandé d'instaurer un suivi en ville**, en revanche si des soins ou des extractions sont à réaliser, il conviendra de contacter le radiothérapeute qui décidera de la prise en charge.

Tableau 20 : La prise en charge d'un patient après une radiothérapie cervico faciale > 30 Gray (tableau personnel) [43,49]

<b>Après la radiothérapie cervico faciale d'une intensité &gt; 30 Gray</b>	
<b>Prévention : motivation à l'hygiène Réalizable en ville</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Suivi tous les 4 à 6 mois</b></li> <li>- <b>Vérification de la bonne réalisation</b> de la fluoroprofylaxie</li> <li>- Pour soulager l'hyposialie possibilité de <b>prescrire des substituts salivaires ou sialogogues</b></li> <li>- Les prothèses amovibles doivent être <b>atraumatiques et bien nettoyées</b></li> </ul>
<b>Les soins sont réalisables en ville</b> en évitant l'utilisation des <b>vasoconstricteurs et les anesthésies intra septales et intra-ligamentaires</b>	<b>Traitements endodontiques :</b> <b>Sous digue et sous antibioprofylaxie</b>
<b>Pour toute avulsion en site irradié :</b> <b>Prise en charge hospitalière</b>	<b>Une antibiothérapie sera à mettre en place jusqu'à cicatrisation muqueuse et la mise en place d'implants dentaire est possible mais à confier à un spécialiste.</b>
<b>La prise en charge des ostéo radio nécroses avérées doit être réalisée par un spécialiste.</b>	

## 1.2 Les lésions de la muqueuse buccale

Les patients porteurs de lésions de la muqueuse buccale sont une part importante de nos adressages au chirurgien oral. La difficulté de réaliser l'examen anatomopathologique au cabinet d'omni pratique et le caractère grave de l'hypothèse diagnostique cancéreuse pousse les chirurgiens-dentistes à adresser leurs patients porteurs de ce type de lésion vers un spécialiste.

Le diagnostic d'une lésion de la muqueuse buccale se réalise grâce à un examen clinique systématisé confirmé par l'examen anatomopathologique [50]. Par le biais d'une biopsie qui précède une analyse histopathologique, on peut confirmer ou d'infirmer l'hypothèse diagnostique.

En premier lieu, il faut faire l'anamnèse du patient :

- **Etat civil, âge, profession, situation familiale**
- **Motif de consultation**
- **Habitudes de vie, consommation de toxique** : alcool, tabac, et la **quantifier** (paquets/année, nombres de verre par jour, depuis combien de temps)
- **Para fonctions** (onychophagie, morsure de crayon ou facteur professionnel),
- **Hygiène bucco-dentaire et alimentaire,**
- **Les antécédant médicaux et chirurgicaux et psychologiques** : pathologies aiguës ou chroniques actuelles ou passées
- **Les traitements en cours**
- **Les allergies connues**

Dans un second temps, il convient de questionner **l'histoire de la maladie** :

- **Date et circonstances d'apparition**
- **Evolution** : caractère **aigu ou chronique**
- **Les thérapeutiques utilisées**
- **Signes généraux** : fièvre, **altération de l'état général**
- **Les signes fonctionnels** : **dysphagie, dysgueusie, douleur** et son intensité, **halitose, saignements** spontanés ou provoqués par le brossage

L'examen clinique de la muqueuse buccale se compose de l'inspection et de la palpation, l'inspection se réalise avec un bon éclairage, un abaisse langue et éventuellement des aides optiques. Il faudra aussi rechercher des adénopathies. La description d'une lésion de la muqueuse buccale doit suivre un protocole rigoureux et exhaustif, comme en dermatologie. Les lésions élémentaires doivent être recherchées, tout comme en dermatologie générale, et le moyen mnémotechnique ABCDEF peut aussi être utilisé [50].

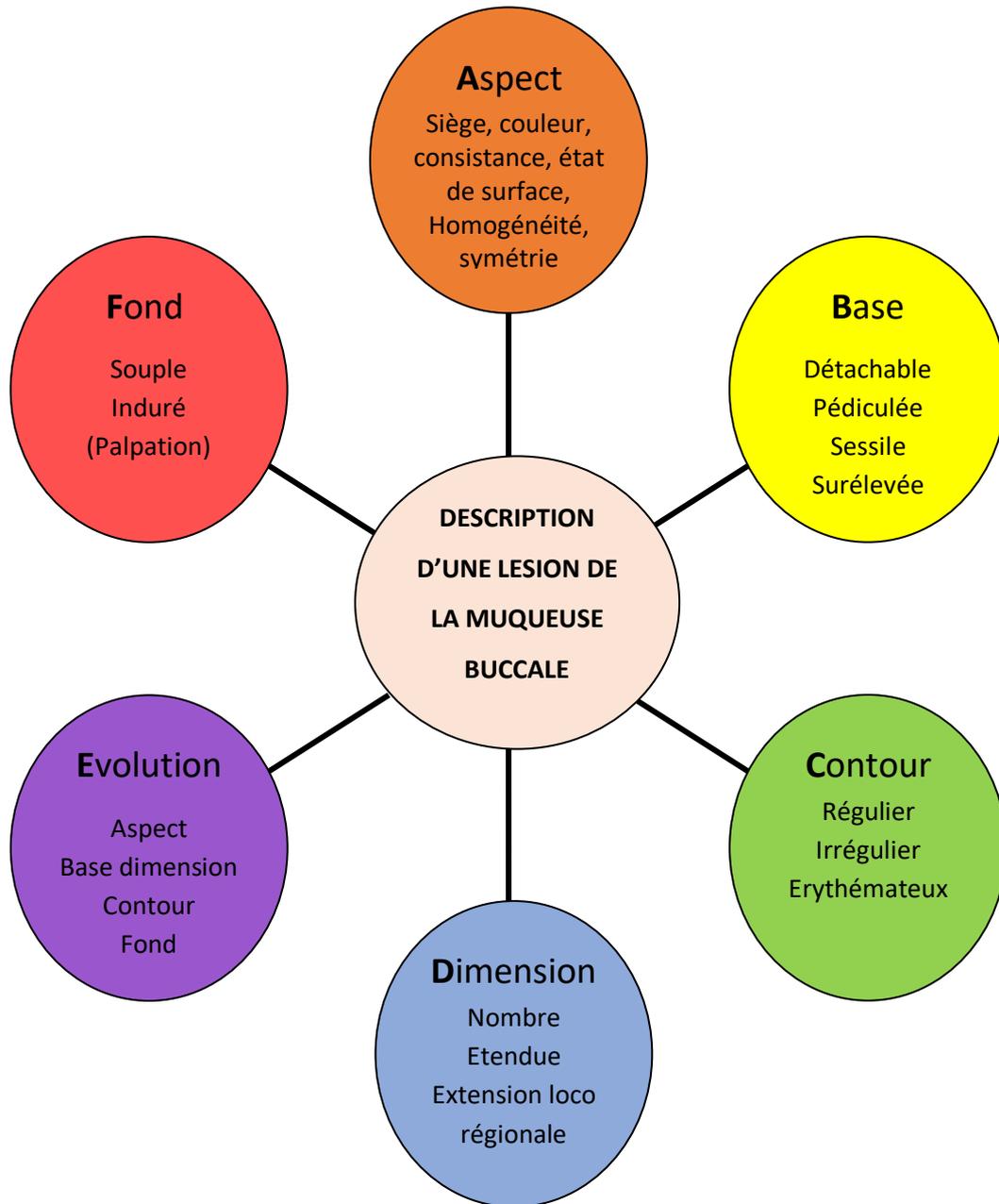


Figure 15 : Description d'une lésion de la muqueuse buccale (diagramme personnel)

[50]

Après l'analyse de la lésion élémentaire il faut rattacher celle-ci soit à une variation physiologique ou à une pathologie.

# Les lésions élémentaires en dermatologie buccale

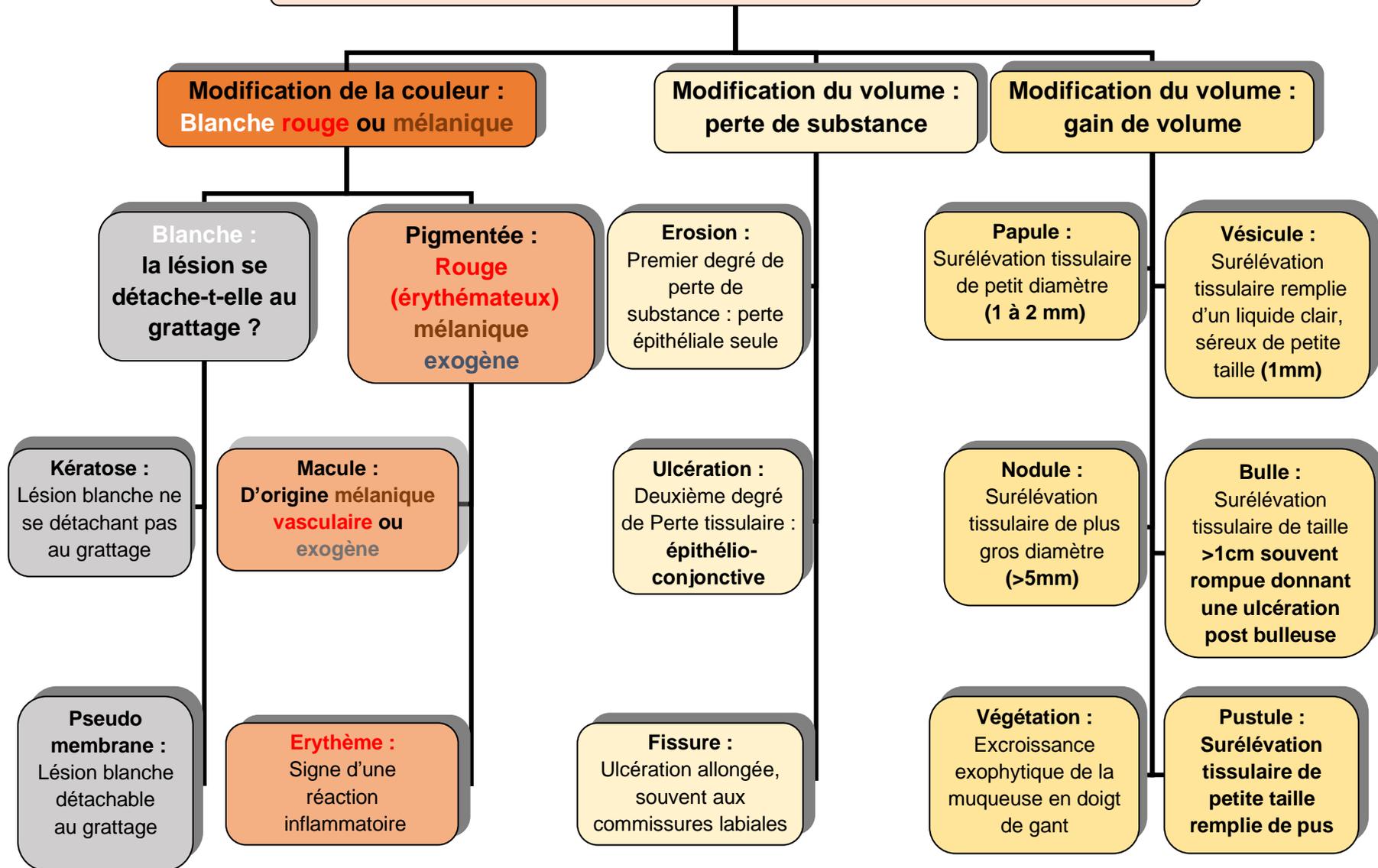


Figure 16 : Les lésions élémentaires en dermatologie buccale (diagramme personnel) [46].

Les patients porteurs de lésions de la muqueuse buccale sont une part importante de nos adressages au chirurgien oral. L'examen clinique est important dans le dépistage des cancers oro-faciaux. Face à une lésion suspecte de cancer deux options s'offrent au chirurgien-dentiste :

Soit celui-ci procède à la biopsie et l'envoi au laboratoire d'anatomopathologie pour un examen. Or la responsabilité de l'annonce incombe en effet au prescripteur de l'examen, il faut donc savoir-faire l'annonce d'un cancer. En 2006 a été mis en place le plan cancer qui permet à tout patient atteint de cancer ou de récurrence de bénéficier d'un dispositif d'annonce organisé et interdisciplinaire [51].

Il est tout à fait possible pour le praticien en chirurgie dentaire à l'aise avec la chirurgie de pouvoir réaliser des biopsies. Mais la difficulté de réaliser l'examen anatomopathologique au cabinet d'omni pratique et le caractère grave de l'hypothèse diagnostique cancéreuse pousse les chirurgiens-dentistes à adresser leurs patients porteurs de ce type de lésion vers un spécialiste. Celui-ci se chargera donc de la biopsie et l'annonce du diagnostic positif et de la prise en charge.

L'aspect technique de la biopsie n'est pas traité ici, mais le praticien réalisant la biopsie ne pourra s'affranchir d'une communication cette fois avec l'anatomopathologiste : celle-ci se réalise grâce à ce type de formulaires comprenant les informations suivantes :

- Nom, prénom, âge, sexe
- Les antécédents médicaux du patient : néoplasiques, infectieux, parodontaux
- L'histoire de la lésion : date d'apparition, chronicité, évolution (taille, forme, aspect)
- La **date et heure** du prélèvement
- Le **siège** exact du prélèvement avec si possible un schéma ou une photographie pré opératoire
- Enfin, les caractéristiques de la lésion :
  - o Siège
  - o Etendue
  - o Nature
  - o Couleur
  - o Aspect clinique (base, fond, bords)
  - o Consistance
  - o Evolution
  - o Aspect radiologique
  - o Les signes associés (locaux, régionaux, et à distance (adénopathies))
  - o Le diagnostic clinique présumé
  - o Les thérapeutiques éventuelles appliquées
  - o Le type de produit de fixation, ex : formol [50].

## 2 Les moyens de communication du chirurgien-dentiste

### 2.1 Le courrier médical

#### 2.1.1 Définition, intérêt, impact médico-légal

On note une certaine disparité dans la rédaction des courriers médicaux par le dentiste exerçant en cabinet libéral. En effet, le rythme des consultations d'une journée au cabinet dentaire complique la bonne réalisation de cet acte médical à part entière. Pour tous les cas de figure cités précédemment, le dentiste doit être en mesure de rédiger un courrier médical, nous verrons dans ce chapitre les règles simples à appliquer afin de simplifier sa rédaction.

De plus, le courrier est une pièce médico-légale revalorisée par la loi du 4 mars 2002 également appelée loi Kouchner est relative aux droits des malades [52]. Elle instaure une obligation d'information du soignant envers le patient. « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressée, cette preuve pouvant être apportée par tous moyens ».

Dans ce contexte, la qualité des courriers s'avère primordiale pour la bonne transmission des informations médicales. Le courrier devra contenir à la fois les données utiles au correspondant ici le chirurgien oral (exemple : quels examens ont été réalisés et les transmettre également au correspondant pour éviter leur répétition, quelles sont les pathologies du patient et ses traitements mais également les renseignements de la sphère orale (histoire de la maladie, facteurs environnementaux, échec de certains traitements, sémiologie, etc.)).

De façon générale, un courrier doit comprendre un certain nombre d'éléments indispensables :

- Le nom de l'expéditeur et du destinataire
- La date de consultation
- Le motif de consultation
- Les antécédents médicaux
  - o Médico-chirurgicaux
  - o Dentaires
  - o Médications
  - o Allergies
- L'histoire de la maladie générale et actuelle

- L'examen clinique :
  - o Exobuccal
  - o Endobuccal
- Les examens paracliniques réalisés et leurs résultats
- Le motif d'adressage
- Une/des hypothèse(s) diagnostique(s)
- Le plan de traitement avec la prise en charge immédiate, à moyen et long terme
- Le pronostic de la thérapeutique
- Préciser si des informations et explications ont été données au patient (ou à sa famille si c'est un enfant ou une personne atteinte de troubles cognitifs).

Aussi, nous pouvons y ajouter des informations complémentaires telles que :

- Formule de politesse de type remerciements (pour vos bons soins) ou demande de courrier retour (dans l'attente d'une réponse de votre part)
- Des remarques concernant une particularité éventuelle (anxiété, mobilité réduite etc.).

Une fois le patient traité pour son avulsion dentaire ou sa lésion dermatologique le chirurgien oral, se doit de réaliser un courrier de retour à son correspondant afin de clôturer l'adressage.

Le chirurgien-dentiste ayant pu obtenir toutes les informations sur ce que le chirurgien oral a pu faire au patient adressé. Il est évident que l'omnipraticien ressent une satisfaction plus importante lorsqu'un courrier de retour lui a été fait et ceci permet de renforcer les relations entre les deux correspondants.

De plus, on ne peut nier aussi la satisfaction plus importante du patient lorsqu'il obtient un courrier résumant sa pathologie, ses antécédents et résumant la raison pour laquelle il va consulter un spécialiste, et la réponse de celui-ci avec l'explication écrite de son traitement.

### **2.1.2 Modèle de courrier type à remplir**

Dans le but de simplifier la réalisation de courriers médicaux complets au cabinet dentaire, le modèle prérempli suivant reprend la structure générale de l'examen clinique spécifique au chirurgien-dentiste, précise quels examens cliniques ont été réalisés et intègre aussi des diagnostics.

Il est possible d'envisager de l'intégrer aux logiciels professionnels qui permettent de personnaliser le courrier avec les coordonnées du praticien expéditeur, du destinataire et du patient.

Dr. *Indiquer nom du chirurgien-dentiste expéditeur*

*Indiquer l'adresse du cabinet*

Tél. : *Indiquer coordonnées téléphoniques du cabinet*

Dr *Indiquer nom du correspondant.*

*Indiquer l'adresse du correspondant*

À *Préciser la ville*

Le *Indiquer date du jour*

PJ associée : *Préciser type de PJ associée Préciser où la trouver*

*Indiquer cher confrère/chère consœur*

## **MOTIF DE CONSULTATION**

J'ai reçu ce jour *Préciser, Indiquer Prénom-NOM du patient/de la patiente né(e) le Indiquer date de naissance* âgé(e) de *Préciser âge*, pour *Indiquer le motif de consultation, Si autre motif de consultation*

*Préciser se plaint de Indiquer les signes fonctionnels depuis Préciser la date d'apparition. Les douleurs sont Indiquer les caractéristiques de la douleur, apparues Préciser les circonstances d'apparition de la douleur, d'intensité indiquer intensité échelle numérique et associées à Indiquer signes associés caractère préciser modalités douleur durant indiquer durée douleur. Elle Indiquer présence prodromes.*

## **ANAMNESE**

Les **principaux antécédents médico-chirurgicaux** *Préciser* sont marqués par : *Préciser pathologies + traitements antérieurs et actuels, préciser pathologies + traitements antérieurs et actuels, Préciser pathologies + traitements antérieurs et actuels, Préciser autres pathologies + autres traitements antérieurs et actuels*

La liste actualisée des médicaments pris à ce jour par *Préciser* comprend : *Préciser médicaments (DCI) + posologie*

Le dernier bilan biologique sanguin, réalisée en date du *Indiquer date du dernier BBS*, montre *Préciser anomalies sanguines.*

De ce fait, un risque : *Préciser type de risque, Préciser type de risque, Préciser type de risque* est/sont à prendre en considération.

Parmi les **habitudes de vie** du patient, on note : *indiquer type d'addiction/habitude nocive à une fréquence de indiquer le type de fréquence* Le patient est également sujet à des para fonctions de type *Indiquer éventuelles para fonctions.*

Les **habitudes d'hygiène bucco-dentaires** *préciser* sont marquées par un brossage à raison de *Indiquer la fréquence du brossage à l'aide d'une brosse à dent Indiquer le type de brosse à dent à poils Indiquer le type de poils et un dentifrice Préciser le type de dentifrice.*

Ses **habitudes alimentaires** comprennent un régime *préciser type de régime* associées à *Indiquer les habitudes alimentaires, les prises alimentaires se faisant avec la fréquence suivante : préciser fréquence des prises alimentaires.*

## **EXAMEN CLINIQUE EXOBUCCAL**

- **Le visage** est *décrire aspect du visage.*, on note une *décrire l'harmonie des étages de la face*
- **A l'examen des téguments**, on note à l'**inspection** : *Indiquer type de lésion exo buccale situé(e) sur Préciser localisation de la lésion Préciser latéralité de la lésion.*  
**A la palpation**, on remarque : *Préciser sensations à la palpation des téguments.*
- **L'examen des aires ganglionnaires** met en évidence à l'**inspection et palpation** la présence de *Indiquer présence adénopathie(s)*
- au niveau des chaînes *Préciser aire ganglionnaire concernée. Préciser latéralité*
- de taille *Indiquer la taille.*
- Elle(s) est/sont *préciser sensibilité, préciser mobilité, Préciser nombre.*
- distribuées de manière *Préciser symétrie*
- et évoluant depuis *indiquer évolution.*
- La consistance est *préciser consistance.*
- La peau en regard est *décrire aspect téguments.*
  
- **L'examen des articulations temporo mandibulaires** montre une ouverture buccale *quantifier l'ouverture buccale.*
- Le trajet *Préciser à l'ouverture ou à la fermeture est détailler le trajet et préciser si caractère douloureux.*
- **À l'auscultation**, on note *décrire l'auscultation des ATM. Préciser à l'ouverture ou à la fermeture.*

## EXAMEN CLINIQUE ENDOBUCCAL

- A l'examen des muqueuses on note, à l'inspection : une/des lésion(s) élémentaires : *Indiquer type de lésion élémentaire Préciser le nombre.*
- situé(e)(s) sur *Indiquer localisation Préciser latéralité préciser maxillaire mandibule*
- distribuée(s) de manière *préciser la symétrie.*
- de taille *préciser taille lésion élémentaire*
- d'aspect *décrire aspect lésion*
- et de couleur *préciser couleur.*
- Le contour est *décrire contour.*
- La base est *décrire la base.*
- **À la palpation**, La consistance est *décrire consistance à la palpation,*
- Le fond est *décrire le fond à la palpation*
- L'évolution depuis l'apparition est *décrire l'évolution depuis l'apparition.*

### A l'examen du parodonte :

- **Le morphotype parodontal** est de type : *indiquer le morphotype parodontal.*
- La plaque dentaire est *décrire la plaque dentaire et localisé indiquer localisation préférentielle.*
- Le tarte est *décrire le tartre et localisé Indiquer localisation préférentielle*
- La perte d'attache clinique est *quantifier la perte d'attache clinique*
- et est présente sous forme de *préciser le type de perte d'attache.*
- Les saignements sont *décrire les saignements gingivaux.*

### A l'examen dentaire :

- L'arcade maxillaire est de forme *décrire forme arcade maxillaire*
- L'arcade mandibulaire est de forme *décrire forme arcade mandibulaire.*
- La formule dentaire est de *indiquer le nombre de dents dents.*
- Le coefficient masticatoire est *indiquer le coefficient masticatoire.*

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

- Il y a donc des *indiquer anomalies de nombre on voit indiquer anomalies de forme/structure sur préciser citer la/les dent(s) concernée(s)*
- La/les dent(s) suivante(s) présente(nt) une reconstitution coronaire de type *indiquer le type de reconstitution coronaire décrire la qualité de la restauration coronaire.*
- On note la présence de caries sur les dents *lister les dents cariées*
- La présence de dents dévitalisées, *lister les dents dévitalisées.,*
- Les dents suivantes sont nécrosées *lister les dents nécrosées*
- et les dents suivantes sont mobiles *lister les dents mobiles Préciser le type de mobilité et la quantifier.*

A l'examen de l'occlusion statique, on note :

Plan / Secteur	Antérieur	Canin	Postérieur
Sagittal (antéro-postérieur)	Surplomb <i>Préciser</i>	Classe d'Angle canine : <i>Préciser</i>	Classe d'Angle molaire : <i>Préciser</i>
Vertical	Recouvrement incisif : <i>Préciser</i>	Recouvrement canin : <i>Préciser.</i>	Occlusion : <i>Préciser</i>
Transversal	Centrage des centres inter incisifs : <i>Préciser</i>	Articulé : <i>Préciser</i>	Articulé : <i>Préciser</i>

- A l'occlusion dynamique, on note une *décrire l'occlusion dynamique avec /ou sans (préciser interférences T et NT).*
- La dent *citer la/les dents en malposition* présente une malposition de type : *indiquer le type de malposition.*
- L'examen des fonctions salivaires fait apparaître un débit salivaire : *décrire la fonction salivaire le test au sucre indique une quantité de salive indiquer résultats test au sucre. La texture de la salive est préciser texture salive.*

## **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

**L'examen radiographique** *Préciser type d'examen radiographique a été réalisé.*

Les examens **biologiques** *indiquer l'examen biologique montrent décrire les résultats de ces examens.*

**Des photographies** ont été réalisées ce jour mettant en évidence la lésion sur plusieurs clichés :

Photographie exobuccale de face	Photographie endobuccale de la lésion
Photographie exobuccale de profil	Photographie endobuccale de la lésion

## DIAGNOSTICS RETENUS

Au total, nous retenons les diagnostics suivants :

✓ **Diagnostic des muqueuses buccales :**

- *Indiquer pathologie.et/ou particularité anatomique si tumeur, le stade TNM est préciser stade tumeur préciser stade adénopathies. Préciser stade métastases.*
- Les brides et freins suivants *citer frein(s) concerné(s) sont décrire frein.*

✓ **Diagnostics parodontaux**

- *Indiquer maladie parodontale de stade préciser stade. et de grade préciser grade*

✓ **Diagnostics dentaires :**

- Des caries de stade Si/Sta *indiquer le stade de la carie* sont présentes sur les dents *indiquer les dents cariées.*
- Des anomalies dentaires de type *préciser anomalie de forme/structure.,*
- Des lésions non carieuses de type *préciser type de lésion non carieuse.* sur les dents *indiquer les dents cariées.*
- La dent n° *préciser dents reconstituées, lister les dents avec reconstitutions directes ou indirectes* présente(nt) une reconstitution coronaire de type *indiquer le type de reconstitution coronaire décrire la qualité de la restauration coronaire.*
- La présence de dents dévitalisées, *lister les dents dévitalisées.*
- Les dents suivantes sont nécrosées *lister les dents nécrosées et de dents mobiles lister les dents mobiles. Préciser stade de mobilité*

✓ **Diagnostics occluso-prothétiques :**

- Le surplomb *décrire surplomb*
- La classe dentaire est *préciser classe d'Angle Préciser molaire ou canine Préciser latéralité.*
- Dans le sens vertical : On note une *indiquer infraclusie / supraclusie. Indiquer molaire ou canine. Préciser latéralité.*
- Dans le sens transversal, on note *préciser décalage transversal. Préciser latéralité.*
- Des **malpositions** de type *indiquer le type de malposition, sont présentes sur les dents indiquer les dents cariées.*
- **Un édentement** de classe *indiquer la classe d'édentement modification indiquer la modification* de Kennedy-Applegate est présent.
- **L'articulation temporo mandibulaire** est atteinte par *indiquer pathologie ATM. Préciser latéralité.*

✓ **Diagnostics des dysfonctions salivaires** on note la/les pathologie(s) suivante(s) (*indiquer pathologie glandes salivaires la xérostomie est de cause indiquer cause xérostomie*)

✓ **Présence de foyer infectieux bucco-dentaire** *préciser caractère actif ou latent* **sur les dents** *Indiques les FIBD.*

## **PLAN DE TRAITEMENT PROPOSE**

Le plan de traitement **immédiat** ou à **court terme** : consiste à *indiquer plan de traitement à court terme* sur les dents *préciser dent(s) concernée(s)* dans le but de *indiquer le lien avec le motif de consultation*.

Le plan de traitement **différé à moyen/long terme** : consiste à *indiquer plan de traitement à moyen/long terme* : sur les dents *préciser dent(s) concernée(s)*, dans le but de *indiquer lien avec le diagnostic posé*. J'envisage par la suite de réaliser *préciser suite plan de traitement* sur les dents *préciser dent(s) concernée(s) indiquer lien avec diagnostic posé* Enfin, il conviendra d'instaurer un suivi *indiquer fréquence suivi* afin de pérenniser la remise en état bucco-dentaire fonctionnelle et esthétique.

Durée estimée du plan de traitement proposé : *indiquer durée du plan de traitement* environ comprenant *indiquer nombre séances* séances de soins au fauteuil.

## **CONSETEMENTS AUX SOINS / INFORMATION ECLAIREE**

J'ai fourni *Préciser* **les explications nécessaires** à la bonne compréhension du **plan de traitement global proposé** et des **risques associés** et me tiens à sa disposition pour toutes questions complémentaires. Les examens complémentaires utiles ou nécessaires pour assurer la continuité des soins ont été remis en main propre à *préciser*.

## **MOTIF D'ADRESSAGE**

Je remercie *préciser entrer nom du correspondant* de bien vouloir convoquer *préciser entrer nom du patient* pour *Préciser motif d'adressage*, et de me tenir informé *indiquer finalité de l'adressage* pour la suite.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie de recevoir, *préciser*, l'expression de mes sincères salutations,

Confraternellement,

Dr *indiquer nom de l'expéditeur*



## 2.2 Le courriel professionnel

De nombreux praticiens se penchent désormais vers le numérique afin de communiquer avec leurs correspondants. Or la transmission des données médicales est une question importante à se poser lorsque l'on souhaite communiquer avec d'autres praticiens et a fortiori sur internet.

Est-on libre d'échanger les données médicales des patients sans limite ?

Et peut-on librement échanger des données de santé sur internet via une boîte mail privée ou même professionnelle ?

### 2.2.1 La transmission de données médicales

L'article L. 1110-4 du **code de la santé publique**, dispose que :

« I. - Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles **a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.**

II. - **Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés** des informations relatives à une même personne prise en charge, **à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge** et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social » [53].

L'article R.4127-45 du CSP stipule que « à la demande du patient, ou avec son accord, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ». Ce qui veut dire qu'il ne transmet toujours que ce **qui est nécessaire pour cette prise en charge** et non tout ce que le patient lui a confié [54].

**La continuité des soins est un devoir.** Article R.4127-47 du CSP : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins doit être assurée [...] » [55].

**La transmission d'information est obligatoire dans certains cas,** L'article R.4127-64 prévoit que « lorsque les médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés » [56].

Les données médicales ne peuvent donc s'échanger **qu'entre professionnels de santé** et cet échange doit avoir pour but la meilleure prise en charge possible. Les informations doivent être **pertinentes, nécessaires et non excessives. Le patient doit être informé de ces échanges, ne pas s'y opposer, sans pour autant avoir son accord écrit.**

De nombreux praticiens choisissent le numérique afin de communiquer, cependant, la loi RGPD réglemente depuis peu l'échange des données de santé sur le net.

## 2.2.2 La loi RGPD

**La loi RGPD (règlement général sur la protection des données)** est une réglementation européenne concernant l'échange de données personnelles notamment les données médicales sur internet. Celle-ci régit le traitement de toutes les données personnelles des patients notamment les données de santé que ce soit à travers les dossiers patient papier ou dans les logiciels professionnels. Ces données collectées doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est strictement nécessaire à la prise en charge du patient au titre des activités de prévention de diagnostic et de soin [57].

Selon l'article 4-15 du RGPD, les données de santé sont définies comme : « les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne. » elles peuvent être passées, présentes ou futures. Elles prennent donc en compte les informations relatives à la personne physique, à des éventuelles pathologies, les résultats à des tests ou examens médicaux [58].

Le RGPD prévoit une exception qui est le cas où la personne physique donne son consentement au traitement de ses données, **ce consentement doit-être éclairé libre spécifique et univoque**. Les autres exceptions au RGPD concernent la prévention de la santé publique, la préservation des intérêts vitaux de la personne physique concernée, l'appréciation médicale, la médecine du travail ou la mise en œuvre du respect du pourcentage légal d'emploi de personnes atteintes de handicap, et la gestion des systèmes et services de santé ou de la protection sociale.

**Le RGPD permet de ne plus avoir de formalités à accomplir auprès de la CNIL pour le traitement de données nécessaires à la gestion de l'activité de cabinet dentaire. En revanche, il sera obligatoire de fournir à tout moment la preuve de la conformité des exigences RGPD [59].**

Nous avons donc vu que la loi RGPD régit les échanges d'informations médicales sur internet, En effet, les données de santé font partie des données personnelles particulièrement sensibles au regard de la loi, car susceptibles d'engendrer un risque élevé pour les personnes concernées en cas de perte ou de violation de données.

La messagerie électronique est souvent une zone fragile dans le système d'information des organisations. De nombreux piratages de boîtes mails ont été recensés ces dernières années particulièrement sur des informations sensibles comme des données de santé. En effet, les services largement étendus et gratuits comme Google, Yahoo, Hotmail, Microsoft sont très fragiles d'un point de vue sécurité informatique. La fragilité s'explique par les serveurs par lesquels transitent nos messages, appartenant à des sociétés, domiciliées parfois hors d'Europe [60].

Tout ceci explique l'obligation de sécuriser de bout en bout pour les échanges avec les patients ou les professionnels de santé.

Se pose aussi la question de l'envoi de documents aux patients. Il faut éviter de communiquer par courriel classique nous l'avons vu donc, comme pour le texte il faut se tourner vers des liens de téléchargement mais sécurisés. Exemple : Firefox Send® qui propose de crypter les pièces jointes, grâce à un code de vérification, un délai d'expiration du lien, un nombre limite de téléchargements etc.

## 2.2.3 Les messageries sécurisées de santé

Aujourd'hui, il existe plusieurs messageries sécurisées de santé parmi les plus connues : Lifen®, Mailiz et Apicrypt® afin de pouvoir communiquer par mail toute en sécurité elles possèdent la certification Hébergeur de données de santé délivrée par l'état (ASIP santé). Certaines d'entre elles sont payantes d'autres non, elles sont parfois compatibles entre elles et peuvent être compatibles avec les logiciels métier. Aujourd'hui seulement 7% des praticiens déclarent utiliser des solutions de chiffrement des mails pour communiquer avec leurs patients. A l'inverse, 33% des médecins disent utiliser une messagerie classique et 27% directement par SMS [61].

Mailiz : la messagerie sécurisée de santé proposée par les ordres de santé, auparavant nommée MMSanté elle est devenue mailiz en 2018. Elle est gratuite et accessible depuis le logiciel métier, une application mobile ou sur le site <https://mailiz.mssante.fr> grâce à une carte CPS [62].

Apicrypt® et lifen® : compatibles avec mailiz, payantes mais proposant des fonctionnalités supplémentaires.

## 2.3 Le dossier médical partagé ou mon espace santé

### 2.3.1 De 2011 à 2021 : Le dossier médical partagé

En 2011, est créé le dossier médical personnel, renommé en 2015 **dossier médical partagé**, et aujourd'hui renommé **mon espace santé**. Ce service se veut permettre un accès à tout un chacun à son dossier médical en ligne en toute sécurité et gratuitement. Cette initiative fut lancée à la suite de la loi du 13 août 2004 dans un but économique et d'augmentation de l'efficacité des diagnostics [63]. Après de nombreux échanges entre le ministère de la santé, l'assurance maladie et la caisse des dépôts et consignations, des expérimentations du DMP ont commencé en 2006 entre des médecins libéraux, hôpitaux et réseaux de soin. La conclusion de ses essais fut qu'il faudra plusieurs années pour concrétiser ce dossier médical partagé, le comité consultatif national d'éthique rendra un avis favorable prudent sur le projet.

En décembre 2010, est lancée une première version du DMP, accessible aux français par le biais d'un professionnel de santé ayant un logiciel homologué et en avril 2011 il y eut la possibilité de consulter le DMP directement par le patient.

Son coût fut évalué à un demi milliards d'euros à la fin 2011 dont 71 millions d'euros pour des prestataires privés [64]. Ces fonds provenant majoritairement de l'assurance maladie. Son efficacité restera être encore à prouver [65] en raison de son coût élevé et du faible nombre de français y ayant souscrit. En 2014, 420 000 dossiers seulement ont été créés sur les 5 millions prévus fin 2013 [66].

La cause de ce fiasco peut être attribuée au fait que le patient doit donner son accord pour l'ouverture de son compte et qu'il choisit ce qui paraît de ses informations médicales ainsi que les personnes pouvant y avoir accès. En conséquence de la méfiance de certains français à propos de la protection de leurs données privées, les médecins ont vu un faible intérêt à ce DMP.

En avril 2013, la nouvelle ministre de la Santé Marisol Touraine lance le DMP 2<sup>ème</sup> génération. Le 13 avril 2015, d'après l'article 25 de la loi santé, l'assurance maladie prend la gérance du DMP et le renomme dossier médical partagé. Ce ne sera qu'en 2018 avec Agnès Buzyn que le DMP sera disponible pour tous et l'ouverture est faite directement par le patient et plus par un professionnel de santé. Elle prévoit en plus une fonctionnalité « Blue Button » permettant au patient de récupérer l'ensemble de ses données en un clic et un accès aux données de remboursement [67].

#### **Les documents partagés :**

- Informations personnelles renseignées par le patient : allergies, antécédents familiaux, taille, poids, tension artérielle, glycémie.
- Antécédents médicaux, chirurgicaux
- Résultats de laboratoire (biologie, anatomopathologie)
- Imagerie, compte rendus radiologiques
- Carnet de vaccination
- Traitements en cours, ordonnances

Le but premier étant de fournir au médecin traitant une **information complète** pour éviter les redondances d'examens ou de prescriptions.

#### **Ses avantages** sont donc :

- **Economiques** pour l'assurance maladie et les mutuelles santé
- **La qualité des soins** pour le patient, la HAS considère que la bonne tenue du dossier patient est un critère primordial dans la qualité des soins portés au patient, (celles -ci faisant partie des « pratiques exigibles prioritaires » dans la certification des établissements de santé)
- D'un point de vue santé publique, pour la **surveillance épidémiologique et syndromique**.

Les principaux obstacles furent :

- Son **caractère chronophage**
- La **manque de rémunération spéciale** pour les professionnels de santé l'utilisant
- **Son contenu non structuré** (documents alignés ensembles)

Dans un rapport de 2017, la cour des comptes estimait que le DMP et la messagerie sécurisée de santé devaient être « conviviaux, agiles et interopérables » et exhaustifs. Ce qui n'était pas le cas jusqu'alors car le DMP restait un choix du patient, et les informations, et les personnes qui y avaient accès aussi [68].

### 2.3.2 A partir de février 2022 : Mon espace santé

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021, il n'était plus possible de créer de nouveaux DMP, mais il était toujours possible de consulter les anciens DMP même d'y rajouter des informations [69].

Ceci car en février 2022, arrive une nouvelle plateforme appelée **mon espace santé** qui englobera le DMP, et comportera en plus entre autres **une messagerie sécurisée et un agenda de santé**. Celle-ci se veut être un carnet de santé numérique interactif et permettre aux gens d'être acteurs de leur santé. Les personnes possédant un DMP avant juillet 2021, verront leurs données apparaître automatiquement dès l'activation de leur **espace santé** [67].

Mon espace santé fonctionne sur le même principe que le DMP pour la partie dossier médical, le patient doit autoriser les praticiens à pouvoir l'alimenter (médecin traitant, spécialiste, pharmacien). Il doit aussi autoriser les praticiens pouvant y avoir accès. Et même choisir de masquer certains documents) ce qui peut toujours engendrer un manquement à son caractère voulu exhaustif.

Ce service revendique **le caractère sécurisé** des données partagées et la préservation du secret médical. Le site Mon espace santé stipule même que les « données sont hébergées en France sur des serveurs répondant aux plus hautes normes de sécurité » et que « Ni l'Assurance Maladie, ni les mutuelles, ni la médecine du travail n'ont accès à ces données » [67].

Le plus important changement par rapport au DMP, est le mode d'activation de Mon espace santé qui se fera de manière automatique pour tous les Français en absence de leur opposition. En effet, un code confidentiel a été envoyé par mail à tous les assurés sociaux, qui permet d'activer ou de s'opposer à la création de mon espace personnel sur le site monespacesanté.fr. Après un délai de 6 semaines, et en l'absence d'opposition de la part de l'assuré, un espace santé sera automatiquement créé. Mais il sera possible à tout moment de créer ou de clôturer son espace personnel [70].

La nouveauté par rapport au DMP est la Messagerie sécurisée de santé : Il s'agit d'une messagerie privée et permettant de communiquer avec les professionnels de santé. Qui respecte donc les règles RGPD, comme vues précédemment.

## Conclusion

Il est essentiel d'avoir des moyens adaptés et pratiques pour avoir la meilleure prise en charge possible. La communication est indispensable à la bonne pratique de l'art dentaire que ce soit avec le prothésiste ou avec le médecin traitant ou spécialiste, elle est une vraie part de la pratique dentaire. Cette thèse s'est intéressée plus particulièrement à la communication entre le chirurgien-dentiste et le chirurgien oral.

Tout en rappelant les cas où le chirurgien-dentiste se doit d'adresser ses patients chez un spécialiste, elle a pour but également de diminuer les causes d'adressage excessifs qui peuvent engorger les cabinets de stomatologie. La chirurgie orale est une spécialité qui est en constante mutation, et oscille entre dermatologie buccale, extractions dentaires complexes, les chirurgies pré-implantaires et implantaires, muco-gingivales, chirurgie du péri apex, excrèses de kystes de tumeurs bénignes des maxillaires, traitement des dermatoses buccales et détection et suivi des lésions pré cancéreuses et cancéreuse, et parfois même les pathologies de l'appareil manducateur. Ainsi ce domaine de compétence très vaste implique que beaucoup de patients se retrouvent adresser à ces spécialistes ce qui conduit à des délais de prise en charge de plus en plus long. Fournir au patient ou directement au spécialiste un courrier d'adressage clair et précis permet de gagner un temps considérable pour le chirurgien oral et ne peut donc qu'améliorer la prise en charge du patient.

La première partie grâce à des arbres décisionnels précis a permis de présenter les conditions exigibles à l'adressage de patients au cabinet de ville. La seconde partie quant à elle détaille les différents moyens de communications des deux praticiens entre eux. Du courrier médical, incontournable et toujours d'actualité, au nouveaux moyens numériques tels que les messageries sécurisées de santé et la plateforme mon espace santé.

# Bibliographie

1. Edmond Andrieu. Traité complet de stomatologie. 1868.
2. Une brève histoire de la stomatologie. Medica. BIU Santé, Paris [Internet]. [Consulté le 27 juillet 2021].  
Disponible sur  
<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/presentations/orl/i.php>
3. Fricain JC. Je t'aime moi non plus... Une page d'histoire de la chirurgie orale a débuté il y a 100 ans [Internet]. L'Information Dentaire. 2019. Disponible sur :  
<https://www.information-dentaire.fr/formations/je-t-aime-moi-non-plus-une-page-d-histoire-de-la-chirurgie-orale-a-debute-il-y-a-100-ans/>
4. Lesclous P, Lefèvre B. La formation hospitalo universitaire spécialisée actuelle en chirurgie orale en France. Actual Odonto-Stomatol. 2017;(282):6-7.
5. Arrêté du 10 octobre 1949 : Création d'un certificat d'études spéciales de stomatologie délivré par les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et pharmacie.
6. Effectifs en stomatologie France 2018 [Internet]. Statista. [Consulté le 31 juillet 2021]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/520648/nombre-medecins-chirurgie-stomatologie-region-france/>
7. ADF-Risques Médicaux en odontologie [Internet]. studylibfr.com. [Consulté le 29 novembre 2021]. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/10025211/adf-risques-medicaux-en-odontologie>
8. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point. 2005.
9. Preston AJ. Dental management of the elderly patient. Dent update. 2012;39:141-144.
10. Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Buccale. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations. Med Buc Chir Buc. 2003;9(2)83-85.
11. Direction générale de la santé SD2B. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. 2006.
12. Vidal 2013. 89ème édition.
13. Ruquet M, Hüe O, Tosello A. « Le sujet âgé » Spécificités odonto-stomatologiques et examen clinique. Actual Odonto-Stomatol. 2012;(257):73-87.
14. Herman WW and Ferguson HW. Dental care for patients with heart failure: an update. JADA. 2010;141(7):845-853.
15. Hupp WS. Cardiovascular diseases. The American Dental Association practical guide to patient with medical conditions. John Wiley and Sons, Inc, Publication. 2012.
16. Warburton G and Caccamese JF. Valvular heart disease and Heart failure: dental

management considerations. Dent Clin N Am 50. 2006;493-512.

17. Haute Autorité de Santé. Insuffisance cardiaque. Guide du parcours de soins. 2012.

18. Rhodus NL, Little JW. Dental management of the patient with cardiac arrhythmias: An update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol. 2003;96:659-668.

19. AFSSAPS. Interactions entre dispositifs médicaux implantables actifs et dispositifs médicaux. 2005.

20. Badour et al. Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device Infections and Their Management: A Scientific Statement From the American heart Association. 2010;121:458-477.

21. Fondation Suisse de cardiologie. Influences perturbatrices sur les stimulateurs cardiaques et les défibrillateurs implantables. 2010.

22. Collège National des Enseignants de Cardiologie. Référentiel National de Cardiologie pour le DCEM. Angine de poitrine et infarctus myocardique. Site de la Société Française de Cardiologie. 2010

23. Hupp JR. Ischemic Heart Disease: Dental Management Considerations. Dent Clin. 2006;50(4):483-491.

24. Prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque. Recommandations formalisées d'experts Société Française d'Anesthésie Réanimation / Société Française de Cardiologie. 2011.

25. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour la prise en charge des patients après un infarctus du myocarde. Bull. Acad. Natle. Med. 2007;8:191.

26. Israels, S., et al., Bleeding disorders; characterization, dental considerations, and management. Journal of Canadian Dental Association, 2006;72(9):827.

27. Société française d'hématologie. Orientation diagnostique devant une thrombopénie. Université médicale virtuelle francophone. 2006.

28. Henderson, J.M., et al., Management of the oral and maxillofacial surgery patient with thrombocytopenia. J Oral maxillofac surg, 2001.59(4):421-427.

29. Société Francophone de Médecine Buccale et de Chirurgie Orale. Prise en charge des patients sous agents antiplaquetaires en odontostomatologie. Recommandations. 2005.

30. Firriolo FJ. Dental management of patients with end-stage liver disease. Dent Clin North Am. 2006;50(4):563-590.

31. Perdigão JPV, de Almeida PC, Rocha TDS, Mota MRL, Soares ECS, Alves APNN, et al. Postoperative bleeding after dental extraction in liver pretransplant patients. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2012;70(3):177-184.

32. Abouelalaa K, Nadaud J, Caumes D, Esnaut P, Favier JC. Haemorrhagic shock following a dental bleeding in a cirrhotic patient. Ann Fr Anesth Reanim. 2007;26(7-8):714-715.

33. Société francophone de médecine buccale et chirurgie buccale. Avulsions dentaires et kystectomie chez les patients présentant un déficit constitutionnel en facteur de l'hémostase : conduite à tenir. *Medecine buccale chirurgie buccale*, 2005;11(3):121-143.
34. HAS – Recommandations. Bon usage des antiplaquettaires. 2012.
35. Nematullah A and al. Dental surgery for patients on anticoagulants therapy with warfarine: a systematic review and meta-analysis. *JCDA*. 2009;75(1):41.
36. SFMBCB – Recommandations pour la prise en charge des patients sous anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. *Medecine buccale chirurgie buccale* 2006;12(4):187-212.
37. Lansonneur C, Guillou P, Hacquart A, Devisse M, Lelievre J, Le Gal G, Boisramé-Gastrin S. Nouveaux anticoagulants. Mise au point et enjeux en chirurgie orale. *Med Buccale Chir Buccale* 2012.
38. Fontana P Bounameaux H. the new anti thrombotics in 2009. *Rev Med Suisse* 2009;5(189):303-307.
39. SFCO / Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale / Argumentaire. 2015.
40. Les anticoagulants oraux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Consulté le 3 juin 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2851086/fr/les-anticoagulants-oraux](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2851086/fr/les-anticoagulants-oraux)
41. Fricain JC. Référentiel Internat chirurgie orale 2ème édition [Internet]. calameo.com. [Consulté le 31 juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004524024ea299603df2a>
42. American association of oral and maxillofacial surgeons position paper on bisphosphonates related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(3):369-376.
43. Lyons A, Ghazali N. osteoradionecrosis of the jaws; current understanding and its pathology and treatment. *British J Oral Maxillofac surg*. 2008;46:653-660.
44. Semaan Abi Najm et coll. Ostéonécrose des maxillaires dues aux biphosphonates : mise au point. *Méd buccale chir buccale*. 2008 ;14(1):5-18.
45. AFSSAPS. Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par biphosphonates. Source : <http://afssaps.fr/info-de-securite/lettres-aux-professionnels-de-sante/recommandations-sur-la-prise-en-charge-des-patients-traites-par-biphosphonates> 2008.
46. Société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie orale. Chirurgie orale et biphosphonates. Recommandations de bonnes pratiques. 2013.
47. Société française de chirurgie orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires (recommandations). 2012.
48. Société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie orale. Implantologie et biphosphonates. Recommandations de bonne pratique. 2012.

49. Référentiel Inter-régionaux en soins oncologiques de support. Radiothérapie et soins bucco-dentaires. Oncologie. 2011;13:378-383.
50. Fricain J-C, Boisrame S, Chaux-Bodard A-G, Cousty S, Devoize L, Lesclous P, Radoi L, Référentiel Internat : chirurgie orale. L'Information Dentaire. 2019.
51. Le dispositif d'annonce du cancer (Mesure 40 du Plan Cancer). [Internet] [Consulté le 12 avril 2022] 2006. Disponible sur : dispositif d'annonce - Institut National Du Cancer (studylibfr.com)
52. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Internet] [consulté le 12 avril 2021] disponible sur : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
53. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
54. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 3 juin 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515027/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/)
55. Article R4127-45 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 juin 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843580/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843580/)
56. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 juin 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912913/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913/)
57. Article R4127-64 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 20 mars 2022]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912933/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912933/)
58. Vollmer N. Article 4 EU règlement général sur la protection des données (EU-RGPD) [Internet]. SecureDataService; 2021 [consulté le 5 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.privacy-regulation.eu/fr/4.htm>
59. Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL [Internet]. [Consulté le 1 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
60. Le RGPD appliqué au secteur de la santé | CNIL [Internet]. [Consulté le 12 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/le-rgpd-applique-au-secteur-de-la-sante>
61. Médecins, comment communiquer par e-mail avec vos patients à l'ère du RGPD ? - Opus Numerica [Internet]. [Consulté le 9 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.opus-numerica.com/medecins-comment-communiquer-par-e-mail-avec-vos-patients/>
62. Mailiz [Internet]. [Consulté le 1 juin 2022]. Disponible sur : <https://mailiz.mssante.fr/>
63. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [Internet]. [Consulté le 9 mai 2022]. Disponible sur : Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

64. Acteurs Publics. DMP : 71 millions d'euros pour les prestataires privés | À la une | Acteurs Publics. [Internet]. [Consulté le 22 février 2022]. Disponible sur : <https://www.acteurspublics.fr/articles/dmp-71-millions-deuros-pour-les-prestataires-prives>
65. Revue Hospitalière de France - Coût du DMP : un rapport de la Cour des Comptes [Internet]. [Consulté le 22 février 2022]. Disponible sur : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Cout-du-DMP-un-rapport-de-la-Cour-des-Comptes>
66. Dossier médical personnel : un demi-milliard pour rien. leparisien.fr. [Internet] .2014 [Consulté le 22 février 2022]. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/societe/dossier-medical-personnel-un-demi-milliard-pour-rien-04-01-2014-3461831.php>
67. L'espace numérique de santé (ENS ou Mon espace santé) et le dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses | CNIL [Internet]. [Consulté le 12 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/lespace-numerique-de-sante-ens-ou-mon-espace-sante-et-le-dossier-medical-partage-dmp-questions>
68. L'avenir de l'assurance maladie. Cour des comptes. [Internet]. [Consulté le 1 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lavenir-de-lassurance-maladie>
69. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [Consulté le 22 février 2022]. Disponible sur : <https://www.dmp.fr/>
70. Connexion - Mon espace santé [Internet]. [Consulté le 1 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/sso/authentication.html>

# Annexes

## Annexe 1 : exemple de courrier dans le cas d'une demande d'avulsion de dents de sagesse

Dr X  
Coordonnées postales/ mail/ téléphonique

Dr Y  
Coordonnées du correspondant

Cher confrère,

J'ai reçu en consultation ce jour le xx/yy/zz le patient M. Z âgé de X années, pour une douleur diffuse et irradiante situées en regard des dents de sagesse mandibulaires associés à un gonflement de la gencive. Ces douleurs évoluent de manière intermittente depuis 2 ans environ et sont d'une intensité 6/10 ce jour.

Il n'a pas d'**antécédents** médico-chirurgicaux particuliers, a bénéficié d'un traitement orthodontique durant son adolescence et a reçu des soins dentaires sur ses 4 premières molaires. Le brossage des dents est réalisé deux fois par jour à l'aide d'une brosse à dent électrique à poils souples et d'un dentifrice du commerce. Le régime alimentaire est riche en glucides complexes et protéines, sans grignotage et avec une consommation raisonnée de boissons sucrées (2 à 3 fois par semaine).

A l'**examen exobuccal**, on note : un trismus léger, pas de rougeur mais une légère tuméfaction mandibulaire bilatérale sensible à la palpation et rénitente. Une adénopathie sensible, mobile et de taille inférieure à 1cm est palpable sous l'angle mandibulaire droit. Elle est rénitente et la peau en regard est saine. L'examen des ATM est normal.

A l'**examen endobuccal**, on note un état parodontal sain, une inflammation gingivale localisée avec la présence d'un érythème et d'une tuméfaction de la muqueuse gingivale recouvrant les faces distales des 38 et 48. La palpation de cette zone est douloureuse et laisse sourdre un liquide séreux à droite. Il y a également des reconstitutions coronaires par composite de bonne qualité sur les faces occlusales des quatre premières molaires.

Une **radiographie** panoramique jointe à ce courrier permet d'objectiver l'enclavement des 38 et 48 ainsi qu'une absence des germes de 18 et 28. L'axe des 38 et 48 étant horizontal, il ne présume pas une éruption spontanée.

Le diagnostic est une péri coronarite suppurée de la 48. Le traitement donné ce jour pour résoudre l'infection est de l'Augmentin à raison de 2g/j pendant 7 jours, et de bains de bouche à base de chlorhexidine à réaliser deux fois par jour après le brossage des dents. Je vous adresse ce patient afin de réaliser les avulsions. Aucun autre soin dentaire n'est à prévoir.

J'ai fourni au patients **les explications nécessaires** sur son traitement.  
Je vous prie de recevoir, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations,  
Bien confraternellement,

Dr X.

## Annexe 2 : exemple de courrier dans le cas d'une demande d'avulsions multiples avec risque hémorragique majoré

Dr X  
Coordonnées postales/ mail/ téléphonique

Dr Y  
Coordonnées du correspondant

Cher confrère,

J'ai reçu ce jour en consultation, le xx/yy/zz la patiente Mme. Z âgée de 68 ans, pour une remise en état de sa cavité buccale avant chimiothérapie prévue prévue en juin 2022 dans le cadre de sa thérapeutique contre le cancer du poumon découvert en avril 2022.

L'anamnèse révèle un cancer du poumon non métastasé, actuellement en phase de bilan pré thérapeutique avant l'instauration d'une chimiothérapie. La patiente présente un terrain alcoolotabagique (20 UPA) et est suivie en cardiologie pour une arythmie (ACFA) non valvulaire depuis 10 ans. Elle prend actuellement de la warfarine et du doliprane pour ses douleurs dentaires. Le risque associé est donc hémorragique. Le brossage des dents est effectué une fois par jour à la brosse à dent manuelle poils médium, l'alimentation est rendue difficile par l'édentement non compensé. Une consommation régulière de café sucré est rapportée, ainsi que des grignotages sucrés au long de la journée.

A l'**examen exobuccal**, on note un affaissement de l'étage inférieur de la face avec des fissures aux commissures labiales. Il n'y a pas d'adénopathies, l'examen de l'ATM révèle des craquements à l'ouverture et à la fermeture.

A l'**examen endobuccal**, je ne constate ni abcès ni fistule, les gencives inflammatoires et saignant au contact. L'examen du parodonte montre une gencive fine, un os épais, avec la présence de plaque dentaire abondante et généralisée. Du tartre est aussi présent uniformément, des récessions tissulaires marginales sont objectivables au niveau de toutes les dents ainsi que des poches parodontales. Au niveau dentaire sont présentes les dents 16, 17, 23, 25, 41, 42, 43, 31, 32, 33. Les dents 16 et 17 étant à l'état de racines, 23, 25 étant cariées au stade Si/Sta 2.4 et ne répondant pas aux tests de vitalité pulpaire. La 25 est égressée et le bloc antérieur mandibulaire mobile. L'examen salivaire est normal.



La radiographie panoramique jointe avec ce courrier montre la présence de racines résiduelles enfouies de 38 et 14. J'ai également demandé la réalisation d'un examen biologique de l'INR dont le résultat vous sera joint avec ce courrier par la patiente.

Les diagnostics sont les suivants : une maladie parodontale est au stade 4 (réhabilitation prothétique complexe) et grade C (>10 cigarettes par jour), une perte de dimension verticale par absence de calage postérieur et atteinte de l'ATM en conséquence. L'édentement est de classe II modification 5, les foyers infectieux bucco dentaires sont présents au niveau des dents 14 16 17 48 38 23 25.

Dans le cadre d'une réhabilitation prothétique globale, j'ai décidé de procéder à l'avulsion de toutes les dents afin de réaliser deux prothèses amovibles complètes. Je vous adresse donc la patiente afin de bien vouloir procéder aux avulsions. J'ai fourni à la patiente **les explications nécessaires** sur son traitement et la reverrai ensuite pour la réhabilitation prothétique.

Je vous prie de recevoir, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations,

Bien confraternellement,

Dr X.

### Annexe 3 : exemple de courrier dans le cas d'une demande de prise en charge ou second avis d'une lésion de la muqueuse buccale

Dr X

Coordonnées postales/ mail/ téléphonique

Dr Y

Coordonnées du correspondant

Cher confrère,

J'ai reçu en consultation ce jour le xx/yy/zz la patiente Mme. Z âgée de 45 ans pour une lésion de la muqueuse buccale non douloureuse apparue il y a 3 mois environ, sans notion d'aggravation.

La patiente ne présente pas d'antécédents médicaux si ce n'est la présence fréquente d'aphtes buccaux récurrents. L'hygiène bucco-dentaire est correcte et le régime alimentaire équilibré. A l'**examen exo buccal**, on ne note pas d'anomalie, l'examen des ATM est normal.

A l'**examen endo buccal**, son parodonte est sain, on note la présence d'une lésion blanche réticulée de taille d'2 cm de plus grand diamètre, située sur la muqueuse jugale droite, souple à la palpation et non douloureuse. Je note la présence de l'orifice du canal de Sténon, il constitue le point de départ de la lésion. La patiente présente de nombreuses restaurations de type amalgames et quelques couronnes dentaires mais ne présente pas de lésion carieuse active ni de foyer infectieux. L'occlusion est correcte et la salive est de bonne qualité.

**Une radiographie** panoramique a été réalisée et ne montre aucune anomalie outre la présence de couronnes dentaires sur les dents 16 et 26 et des restaurations par amalgame de bonne qualité sur les dents 17, 46, 47.

Au vu des éléments cliniques recueillis, mon hypothèse diagnostique est un lichen plan buccal. Le traitement proposé est l'abstention thérapeutique en l'absence de douleurs et la surveillance d'une éventuelle transformation maligne. Je vous adresse donc la patiente afin de confirmer ou infirmer le diagnostic, je la reverrai dans 6 mois pour un contrôle.

J'ai fourni au patient **les explications nécessaires** sur son traitement et joint à ce courrier la radiographie panoramique, les photographies intrabuccales de la lésion vous ont été transmises sur la plateforme Mailiz.

Dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie de recevoir, cher confrère, l'expression de mes sincères salutations,

Bien fraternellement,

Dr X.

## Annexe 4 : Tableau de la SFCO, classement des actes de chirurgie en fonction de leur risque hémorragique

Type de chirurgies et actes invasifs	Mesures préventives des complications hémorragiques
<b>Actes sans risque hémorragique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anesthésie locale</li> <li>Détartrage</li> </ul>	- Hémostase mécanique simple par pression
<b>Chirurgies et actes à faible risque hémorragique</b>	
(Chirurgies pour lesquelles une hémorragie extériorisée est facilement contrôlable par une hémostase chirurgicale conventionnelle *)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avulsion simple</li> <li>Avulsions multiples dans 1 même quadrant</li> <li>Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion &lt; 3cm)</li> <li>Chirurgie muco-gingivale (hors greffe gingivale avec prélèvement palatin)</li> <li>Chirurgie pré-orthodontique d'une dent enclavée, incluse</li> <li>Implant unitaire</li> <li>Dégagement implant(s) (pilier cicatrisation)</li> <li>Biopsie-exérèse muqueuse orale (≤1 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesure d'hygiène bucco-dentaire et détartrage</li> <li>Hémostase chirurgicale conventionnelle</li> <li>Acide tranexamique</li> </ul>
<b>Chirurgies et actes invasifs à risque hémorragique élevé</b>	
(Chirurgies pour lesquelles des pertes sanguines significatives et/ou transfusions plaquettaires sont rapportées dans la littérature, interventions d'une durée opératoire > 1 heure, interventions critiques par leurs localisations (sinus maxillaire, plancher buccal) et/ou difficilement contrôlables par une hémostase chirurgicale conventionnelle *).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avulsions multiples dans plusieurs quadrants</li> <li>Avulsion de dent(s) incluse(s)</li> <li>Implants multiples dans plusieurs quadrants</li> <li>Elévation du sinus (voie crestale, voie latérale)</li> <li>Greffes osseuses d'apposition (en onlay)</li> <li>Grefe osseuse particulaire et régénération osseuse guidée</li> <li>Chirurgie des tissus mous (lithiase salivaire)</li> <li>Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion &gt; 3cm)</li> <li>Fermeture d'une communication bucco-sinusienne</li> <li>Exérèse des pseudotumeurs et tumeurs bénignes de la muqueuse buccale (&gt; 1 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Même mesure préventive que pour une chirurgie à risque hémorragique faible à modéré</li> <li>Médicaments dérivés du sang, à base de fibrinogène et thrombine humains</li> <li>Electrocoagulation mono et bipolaire</li> <li>Privilégier les chirurgies mini-invasives (flapless et chirurgie implantaire guidée, abord du sinus par voie crestale...)</li> <li>Imagerie 3D préopératoire (sinus, région symphysaire) en cas de pose d'implant</li> </ul>

Figure 17 : Classement des actes les plus courants en chirurgie dentaire en fonction de leur risque hémorragique et les moyens préventifs d'après la SFCO [29].

## Table des figures

Figure 1 : Les risques médicaux du patient âgé en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [8–10] .....	15
Figure 2 : Les risques médicaux du patient insuffisant cardiaque en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,14–17] .....	17
Figure 3 : Les risques médicaux du patient arythmique en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,18–20] .....	18
Figure 4 : Les risques médicaux du patient coronarien en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [10,14,23,24] .....	19
Figure 5 : Les risques médicaux des patients atteints de thrombopénie en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [26–28] .....	20
Figure 6 : Les risques médicaux du patient porteur d'une hémophilie ou autre déficit en facteur de la coagulation en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [26,29] .....	22
Figure 7 : Classement des actes en chirurgie dentaire en fonction de leur caractère invasif ou non invasif d'après l'ADF [7].....	22
Figure 8 : Les risques médicaux du patient insuffisant hépatique (diagramme personnel) [7,30–32] .....	24
Figure 9 : Les risques médicaux des patients sous anti-agrégants plaquettaires en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [12,33,34].....	26
Figure 10 : Les risques médicaux des patients traités par antivitamines K en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [35,36] .....	28
Figure 11 : Les risques médicaux des patients traités par héparine en chirurgie-dentaire (diagramme personnel) [36] .....	30
Figure 12 : Les risques médicaux des patients traités par anti IIa et anti Xa en chirurgie-dentaire (diagramme personnel) [37–39] .....	32
Figure 13 : Les risques médicaux du patient traité par anti-résorptifs osseux en chirurgie dentaire (diagramme personnel) [12,42–44] .....	33
Figure 14 : Les risques médicaux des patients traités par radiothérapie cervico faciale > 30 Gray (diagramme personnel) [43,49] .....	36
Figure 15 : Description d'une lésion de la muqueuse buccale (diagramme personnel).....	39
Figure 16 : Les lésions élémentaires en dermatologie buccale (diagramme personnel) [46]. .....	40
Figure 17 : Classement des actes les plus courants en chirurgie dentaire en fonction de leur risque hémorragique et les moyens préventifs d'après la SFCO [29]. .....	67

# Tableaux

Tableau 1 : La prise en charge du patient âgé en chirurgie-dentaire (tableau personnel) [9,11–13] .....	16
Tableau 2 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient insuffisant cardiaque (tableau personnel) [15,17].....	17
Tableau 3 : la prise en charge en chirurgie dentaire du patient arythmique (tableau personnel) [18,20,21].....	18
Tableau 4: La prise en charge en chirurgie dentaire du patient coronarien après un épisode d'infarctus du myocarde (tableau personnel) [14,22–24].....	19
Tableau 5: La prise en charge en chirurgie-dentaire du patient atteint d'angor selon les stades de la société canadienne de cardiologie [14,23–25].....	19
Tableau 6 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients thrombopéniques (tableau personnel) [26–28].....	21
Tableau 7 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient hémophile ou porteur d'un autre déficit en facteur de la coagulation (tableau personnel) [26,29].....	23
Tableau 8 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient cirrhotique (tableau personnel) [31,32].....	25
Tableau 9 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient cirrhotique et insuffisant hépatique (tableau personnel)[30–32] .....	25
Tableau 10 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients sous antiagrégants plaquettaires en monothérapie (tableaux personnels) [33,34] .....	27
Tableau 11 : La prise en charge des patients sous antiagrégants plaquettaires en bithérapie en chirurgie dentaire (tableaux personnels) [33,34].....	27
Tableau 12 : La prise en charge en chirurgie dentaires des patients sous antiagrégant plaquettaire et anticoagulant (tableaux personnels) [33,34].....	27
Tableau 13 : La prise en charge des patients traités par antivitamines K avec un faible risque hémorragique (diagramme personnel) [35,36] .....	29
Tableau 14 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par antivitamines K avec un haut risque hémorragique (diagramme personnel) [7,35,36] .....	29
Tableau 15 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par héparine (tableau personnel) [39].....	31
Tableau 16 : La prise en charge de patients traités par anti-IIa ou anti-Xa en chirurgie dentaire (tableau personnel) [37–39] .....	32
Tableau 17 : La prise en charge du patient avant l'instauration d'un traitement anti-résorptif osseux en chirurgie dentaire (tableau personnel) [45–47] .....	34
Tableau 18 : La prise en charge en chirurgie dentaire du patient traité par anti-résorptifs osseux et ayant un faible risque d'ostéonécrose (tableau personnel) [44–46,48].....	34

Tableau 19 : La prise en charge en chirurgie dentaire des patients traités par anti résorptifs osseux et ayant un risque élevé d'ostéonécrose (tableau personnel) [43,45,46] .....	35
Tableau 20 : La prise en charge d'un patient après une radiothérapie cervico faciale > 30 Gray (tableau personnel) [43,49] .....	37

La communication entre le chirurgien-dentiste et le chirurgien oral / **Sawsen TIR.**

- p.71 : ill.17 ; réf. 70.

**Domaines** : Chirurgie orale

**Mots clés Libres** : moyens communication ; chirurgien-dentiste ; chirurgien oral ; spécialiste ; courrier médical ; dossier médical partagé ; messagerie sécurisée de santé ; adressage.

**Résumé de la thèse :**

La communication entre deux professionnels de santé est cruciale lorsque le patient nécessite un adressage à un spécialiste.

Dès lors que ceux-ci s'occupent du même territoire, la région oro-faciale, le chirurgien-dentiste et le chirurgien oral sont amenés à communiquer de manière régulière et exhaustive.

Nous verrons dans cette thèse dans quelles circonstances s'impose un dialogue avec le spécialiste en chirurgie orale. Ceci en exposant, à l'aide de tableaux décisionnels, les situations devant amener à adresser un patient en service spécialisé ou hospitalier.

Pour faciliter la rédaction du courrier médical par les chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers, un modèle de courrier type prérempli à destination des praticiens sera proposé.

Enfin, nous aborderons les nouvelles technologies qui permettent de moderniser cet échange tel que le dossier médical partagé et les messageries sécurisées de santé.

**JURY :**

**Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI**

**Monsieur le Docteur Xavier COUTEL**

**Madame la Docteure Nejma GHEHIOUECHE**