



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Médecin généraliste et chirurgien dentiste sur le pôle de santé
de la ville de Hem : comment mieux collaborer ?**

Présentée et soutenue publiquement le 06/07/2015 à 14h
Au Pôle formation
Par Clément Thiriez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre

Monsieur le Professeur Hervé Boutigny

Monsieur le Docteur Eric Vanpouille

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Matériels et méthodes	4
I. Préparation.....	4
II. Type d'étude	4
III. Déroulement des entretiens.....	4
IV. Analyse des données	5
Résultats.....	6
I. Caractéristiques des focus group :	6
II. La relation au quotidien et sa perception par les professionnels.....	7
A. Une collaboration rare mais appréciée	7
B. Méconnaissance du métier du confrère	7
C. Les motifs d'échange	8
D. Manque de communication par les dentistes.....	8
E. MG peu au courant des soins dentaires de leur patient.....	8
F. Regard différent sur le rôle du dentiste.....	8
G. D'avantage de collaboration souhaitée	9
III. Les freins à la collaboration	9
A. Le manque de connaissance du confrère.....	9
B. Les difficultés à communiquer	9
1. Lié aux moyens de communication	9
2. Lié au manque de temps.....	10
3. Par peur de déranger	10
C. Deux métiers bien différents.....	10
D. Une information cloisonnée	10
E. L'outil informatique peu plébiscité	11
IV. Les éléments facilitant l'échange.....	11
A. Bien connaître son interlocuteur	11
B. Les moyens de communication.....	12
1. Le téléphone	12
2. Le courrier.....	12
C. Enrichissement et sécurisation des échanges.....	12
D. Les logiciels comme aide à la communication.....	13
V. Les pistes d'amélioration	13
A. Un répertoire des praticiens de Hem	13
B. La place de l'informatique	13
C. L'utilisation d'un support matériel.....	13
D. Situations où la collaboration doit être renforcée.....	14
1. Les patients diabétiques	14
2. Les enfants.....	14
3. Les problèmes de dents de sagesse, d'apnées du sommeil.....	14
E. Mettre le patient au cœur de sa prise en charge	14
F. Accentuer le rôle d'éducation du MG.....	15
1. Impulser le recours au CD.....	15

2. Lutter contre la peur du dentiste.....	15
Discussion.....	16
I. Principaux résultats.....	16
II. Discussion de la méthode.....	16
A. Choix de la méthode qualitative	16
B. Choix des focus group	16
C. Les biais de l'étude	17
III. Discussion des résultats	17
IV. Perspectives	19
Conclusion	20
Références bibliographiques	21
Annexes.....	23
Annexe 1 : Courrier d'introduction aux participants.....	23
Annexe 2 : Guide d'entretien initial.....	24
Annexe 3 : Verbatims	26

RESUME

Contexte : Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes en médecine ambulatoire et peuvent retentir sur l'état général du patient. Le médecin généraliste, comme premier recours et coordinateur des soins, a un rôle à jouer en collaborant avec le chirurgien dentiste. Toutefois cette coopération semble rare. L'objectif de cette étude était de connaître le regard que portent les praticiens des deux professions sur leurs relations au sein du pôle de soin de la ville de Hem.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens collectifs incluant 9 médecins généralistes (MG) et 9 chirurgiens dentistes (CD) de Hem a été réalisée. Les échanges, enregistrés, s'articulaient autour d'un guide d'entretien pré-écrit et testé. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée sur QSR Nvivo.

Résultats : Les contacts sont rares entre MG et CD à Hem. La méconnaissance entre professionnels est le frein principal évoqué. La différence dans les modes de formation et d'exercice au sein des deux professions est un autre écueil. Les CD qui ont une activité manuelle, sollicitent épisodiquement les MG avant une extraction pour des renseignements portant surtout sur le traitement médicamenteux ; ils ne voient pas leur utilité dans la prise en charge de pathologies extra buccales. Les MG sont eux volontaires pour plus d'échanges et d'implication dans la prise en charge des soins bucco-dentaires mais ils sont limités par leur faible connaissance en la matière et frustrés par le manque de retour d'information de la part des CD. Le patient se retrouve donc souvent seul avec ses informations et parfois sa douleur. Il joue les intermédiaires entre les deux professions.

Conclusion : Le champ des pathologies bucco-dentaires échappe à une prise en charge pluri-professionnelle responsable dans l'intérêt du patient. Chaque soignant se borne à sa pratique et à ses habitudes empêchant des actes de prévention et de dépistage. Le pôle de soin de la ville de Hem, de part sa tradition d'échange entre les différents acteurs de la santé, est l'endroit idéal pour améliorer cette prise en charge. Cela passera par une meilleure connaissance entre professionnels.

Abstract

Context: oral pathologies are frequent in general medicine and have consequences on the patient's general state. The general practitioner (GP), as first resort and coordinator of treatments, has a role to play by working closely with the dental surgeon (DS). However this cooperation seems rare. This objective of this study is to find out how practitioners of these two professions view their relations among the medical services of the town of Hem.

Method: a quantitative study was realised through half-directed interviews with groups of 9 general practitioners and 9 dental surgeons of Hem. The exchanges, recorded, were carried out with an interview guide written and tested beforehand. A thematic analysis was then performed on QSR Nvivo.

Results: contacts between GPs and DSs are rare. Ignorance of each other's profession is the main obstacle that was brought up. The difference between the curricula and training programmes, and the way of practising is another difficulty. DSs have a manual activity and occasionally call upon the GPs before performing an extraction to mostly request information on the medical treatment. They don't see how involving GPs in treating extraoral pathologies could come helpful. GPs are willing to have more exchanges and be more involved in oral care but they are limited by their lack of knowledge and feel frustrated by the lack of feedback received from DSs. As a consequence patients are often left alone with their record and sometimes their pain. They act as intermediary between the two professions.

Conclusion: the field of oral pathologies elude from a responsible multi-professional patient management that could come in the interest of the patient. Both general practitioner and dental surgeons limit themselves to their practise and their habits, which limits prevention and screening. The area of Hem, with a tradition of exchange between the different actors of the health care sector, is the perfect place to improve the treatment and management of these pathologies. This will have to go through a better understanding among professionals.

INTRODUCTION

L'évolution des pratiques de santé tend vers une plus grande collaboration entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux. Depuis la loi de santé Hôpital Santé Patients Territoires (Loi HPST) du 22 juillet 2009 (1), le rôle du médecin généraliste comme pivot du parcours de soins est renforcé (2). La coopération entre soignant dans l'intérêt du patient se développe.

En médecine ambulatoire de nombreux réseaux de soins se créent comme les réseaux ville-hôpital (3), les maisons médicales, les maisons de santé dispersées ou encore les associations de professionnels de santé. Les relations entre le médecin généraliste et les différents confrères spécialistes, les pharmaciens, les infirmières et autres paramédicaux sont quotidiennes.

Un domaine semble échapper à ces pratiques, celui des pathologies bucco-dentaires. Elles sont pourtant fréquentes en médecine ambulatoire (4). La collaboration entre chirurgien dentiste (CD) et médecin généraliste (MG) est nécessaire mais trop rare notamment pour les patients dits à risques, polymédiqués, ou encore dans le cadre des soins d'urgence, du dépistage et de la prévention (5).

Les raisons de ce manque d'interactions entre les deux professions sont méconnues ainsi que le ressenti des praticiens sur ce sujet.

Il était donc opportun de s'intéresser à cette relation sur une zone géographique limitée : le pôle de santé en cours de structuration de la ville de Hem (59510). Les professionnels de santé de la ville ont coutume d'échanger régulièrement entre eux sur les thématiques de santé depuis la création d'une association en Loi 1901. Depuis 30 ans, beaucoup d'entre eux (médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes et orthophonistes) sont maîtres de stage et assurent la formation professionnalisante de leurs jeunes futurs collègues.

Quels regards les médecins généralistes et les chirurgiens dentistes de ce secteur portent-ils sur leurs relations ? Comment celles-ci s'opèrent-elles ? Quels moyens proposent-ils pour les améliorer ?

MATERIELS ET METHODES

I. Préparation

Une recherche initiale a été effectuée sur le catalogue universitaire de thèse SUDOC. La recherche bibliographique a été réalisée par le site du service commun de documentation de la faculté de médecine Lille 2, sur les bases de données CISMEF, EMC, PubMed. Les références retenues ont été compilées à l'aide du logiciel Zotero.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes et chirurgiens dentistes du pôle de santé de la ville de Hem grâce à des entretiens collectifs (focus group). Un courrier d'introduction a été préalablement envoyé aux participants (annexe 1).

III. Déroulement des entretiens

Trois focus group, regroupant à parité trois représentants de chaque profession, se sont déroulés entre le 18 février et le 25 mars 2015 au cabinet de l'animateur.

Un questionnaire portant sur la profession, l'âge, le sexe et l'année d'installation a été soumis aux participants.

Ils ont débattu pendant 1h30 autour de questions ouvertes portant sur leurs pratiques, les relations qu'ils entretiennent et les moyens de les améliorer.

Ces questions étaient extraites d'un guide d'entretien (annexe 2), préalablement élaboré en collaboration entre le chef de projet, un chirurgien dentiste et l'investigateur junior lui même thésard, puis testé sur des professionnels en

exercice. Il a été mis à jour après chaque débat, en tenant compte des réponses pour mieux explorer certaines thématiques.

L'arrêt du recueil d'information est intervenu après l'enregistrement de l'intégralité des chirurgiens dentistes du secteur, et non pas en raison de la saturation des données.

Les trois discussions ont été enregistrées, puis retranscrites manuellement in extenso sur Word. Les verbatims obtenus ont été anonymisés.

L'animateur des focus group était le chef de projet, l'investigateur junior qui était le thésard était responsable des enregistrements des données.

IV. Analyse des données

Un regroupement des phrases tirées des verbatim en catégorie puis sous catégorie, appelé codage, a été fait par deux personnes différentes sur le logiciel QSR NVivo 10. Une analyse thématique a alors été réalisée pour faire émerger les impressions dominantes et répondre aux questions de recherche.

RESULTATS

I. Caractéristiques des focus group :

Les trois focus group ont duré en moyenne 1 heure 26 minutes. La parité professionnelle entre chirurgien dentiste et médecin généraliste a été respectée. 13 hommes et 5 femmes (2 CD et 3 MG) ont participé à cette étude. La moyenne d'âge était de 49 ans et la durée moyenne d'exercice depuis l'installation 19 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes (MG)

<u>MG</u>	<u>Genre</u>	<u>Tranche d'âge</u>	<u>Année d'installation</u>
MG1	M	50-60	1990
MG2	M	50-60	1985
MG3	M	50-60	1988
MG4	M	50-60	1983
MG5	M	30-40	2014
MG6	F	50-60	1992
MG7	M	60-70	1980
MG8	F	50-60	1986
MG9	F	40-50	1999

Tableau 2 : Caractéristiques des chirurgiens dentistes (CD)

<u>CD</u>	<u>Genre</u>	<u>Tranche d'âge</u>	<u>Année d'installation</u>
CD1	M	40-50	1998
CD2	M	60-70	1977
CD3	M	20-30	2014
CD4	F	50-60	1982
CD5	M	50-60	1992
CD6	M	40-50	2011
CD7	M	30-40	2012
CD8	F	20-30	2014
CD9	M	50-60	1988

II. La relation au quotidien et sa perception par les professionnels

A. Une collaboration rare mais appréciée

La médecine générale et la chirurgie dentaire étaient perçues comme deux domaines qui n'interagissaient pas entre eux : « on a l'impression qu'il y a deux mondes médicaux qui tournent autour du patient mais qu'il n'y a pas de lien » (MG2). Le nombre de contacts directs entre MG et CD est faible : « ce n'est pas du tout une chose fréquente » (CD9), « je pense que depuis mon installation, si j'ai été sollicité cinq fois, c'est le maximum » (MG5).

En revanche, quand elle a lieu, cette collaboration semblait appréciée surtout par les MG : « c'est toujours bien de discuter avec vous » (MG2), « moi ce que j'apprécie de plus en plus, c'est la collaboration avec les autres professions » (MG4).

B. Méconnaissance du métier du confrère

Ils reconnaissent ne pas bien connaître l'activité de leur collègue : « vous ne savez pas ce que l'on fait nous, avec les contraintes et les problèmes que l'on a » (CD5).

C. Les motifs d'échange

Les échanges concernant les patients sous fluidifiants sanguins lors de soins dentaires étaient de loin les plus courants. Venaient ensuite les problèmes liés aux patients polymédiqués : *« j'ai eu un nouveau patient qui est arrivé avec une liste de médicaments assez impressionnante ; j'ai tout de suite appelé le médecin traitant »* (CD9). Les urgences dentaires liées à la douleur engendraient également des contacts, cette fois du MG vers le CD : *« on est souvent confronté dans mon cabinet à la personne qui n'arrive pas à avoir de rendez-vous rapide chez le dentiste, en disant « j'ai trop mal docteur »* (MG8). Enfin les malades avec valvulopathies et les soins chez un patient cancéreux sous chimiothérapie étaient également des motifs d'échanges entre les deux professions.

D. Manque de communication par les dentistes

Les dentistes assumaient une image de solitaire, peu enclin à la communication : *« entre chirurgiens dentistes on ne communique pas beaucoup d'ailleurs, on est plutôt un métier casanier, solitaire »* (CD2). *« C'est plus fermé chez nous »* (CD7).

E. MG peu au courant des soins dentaires de leur patient

Les médecins généralistes, habituels coordinateurs des soins, regrettaient fréquemment le peu d'information qu'ils avaient sur les soins bucco-dentaires de leur patient : *« j'ai beaucoup de difficulté à avoir des informations sur le suivi »* (MG2), *« on est jamais au courant »* (MG1).

F. Regard différent sur le rôle du dentiste

Les CD estimaient que l'axe de communication principal doit être du MG vers le CD : *« Je pense qu'il y a un sens dans les renseignements qui va mieux c'est-à-dire dans le sens médecin dentiste »* (CD1). Ils mettaient en avant la détention des informations patients par les MG et ne voyaient pas le rôle qu'ils pouvaient jouer auprès d'eux : *« je me demande nous, qu'est-ce qu'on peut vous apporter comme information »* (CD1).

A l'inverse, les MG mentionnaient que les CD avaient un rôle de dépistage à jouer : « *vous regardez la bouche des gens bien plus souvent que nous. A mon avis, vous devez dépister plus de lésions ORL que nous.* » (MG1)

G. D'avantage de collaboration souhaitée

Les CD comme les MG espéraient pouvoir développer leurs relations : « *il faut l'appeler plus souvent, moi je pense que je ne communique pas assez* » (CD3), « *il faut intégrer le chirurgien dentiste dans votre réseau* » (CD2).

Certains mettaient en avant la tradition d'échange qui existe sur le pôle de soins de la ville de Hem : « *moi c'est ce qui m'a attiré dans ce secteur, c'est cette spécificité d'échange et j'espère que cela va se propager* » (MG5).

III. Les freins à la collaboration

A. Le manque de connaissance du confrère

Il s'agit du frein principal évoqué par les participants : « *c'est vrai que si on ne se connaît pas, on ne va pas s'appeler.* » (CD6).

B. Les difficultés à communiquer

1. Lié aux moyens de communication

La communication par courrier, bien que fréquente, empêchait de retranscrire toutes les données du problème à solutionner : « *J'ai reçu un courrier d'un dentiste qui me dit : ce patient est sous anticoagulants et je dois faire une avulsion. Le problème c'est qu'il manque une donnée essentielle puisqu'il y a avulsion et avulsion* » (MG5).

L'email posait le problème du délai avant d'obtenir une réponse.

Le téléphone était vu comme parasite de l'activité manuelle des CD : « *Je me refuse à décrocher le téléphone une fois que j'ai commencé à travailler* » (CD6). Il était perçu comme moins sécurisant, d'un point de vue médico-légal, qu'un échange papier : « *on peut se mettre d'accord par téléphone mais une traçabilité est toujours nécessaire* » (MG6).

2. Lié au manque de temps

Cet argument était surtout avancé par les CD : « *il est assez difficile dans notre organisation, où on court toujours après le temps, de prendre le téléphone pour appeler* » (CD2).

3. Par peur de déranger

Les CD percevaient les médecins comme très occupés : « *je ne téléphone pas car j'ai toujours peur d'emmerder le médecin. Je me dis il doit être blindé de patients dans sa salle d'attente* » (CD6).

Les médecins redoutaient plus de gêner l'acte chirurgical : « *Je vous imagine mal, lorsque vous faites un soin, de répondre en même temps au téléphone; à moins d'avoir une oreillette, mais là ça devient compliqué!* » (MG1).

C. Deux métiers bien différents

Les chirurgiens dentistes mettaient en avant le caractère manuel de leur profession, ou l'acte technique prime avant toute autre chose : « *La différence entre les généralistes et nous, c'est que nous on fait des actes, on fabrique, on a toujours les mains à faire quelque chose* » (CD4), « *Nous en fait, en tant que dentiste, si on commence à se poser ce genre de question, on ne fait plus rien* » (CD1).

Les CD disaient ne pas avoir la même culture du travail en réseau que les MG : « *ce n'est pas pareil nous on est dentiste, dentiste dans son coin. Vous les médecins, vous avez les infirmières, les kinés... vous avez un réseau important, pas nous* » (CD9).

D. Une information cloisonnée

Les informations circulaient mal au sein du trio MG, CD et patient.

Les médecins regrettaient de ne pas connaître les soins dentaires en cours, ce qui les empêchait de communiquer les informations utiles aux CD (antécédent médicaux, traitement) : « *moi je pense qu'on est au courant a posteriori, donc on ne peut pas intervenir avant pour communiquer les informations* » (MG1).

Les MG souhaitaient être mieux informés du calendrier des soins notamment pour les patients à risque : « *Pour des patients en difficulté, des diabétiques, des patients âgés, on sait qu'ils ont des soins mais on ne sait pas où ils en sont, et est-ce*

qu'ils vont au bout. Est-ce qu'il y a une nécessité de suivi, est-ce qu'ils ont arrêté un soin en cours, et ça on ne le sait pas » (MG2).

Ils regrettaient que les patients conservent leur propres informations : *« Je ne suis pas sûr que le confrère dentiste ait eu l'information sur l'allergie, le patient ne va pas penser à lui dire » (MG3).*

E. L'outil informatique peu plébiscité

Les CD, bien qu'informatisés, disaient utiliser peu les logiciels : *« on a effectivement dans le logiciel un questionnaire qu'on peut remplir mais je dois dire que je ne le renseigne jamais » (CD2)*, qu'ils trouvaient chronophage : *« si en plus je dois commencer à rentrer dans l'ordinateur tout ce que je fais, je vois pas à quel moment je le fais » (CD5)* et ne connaissaient pas les messageries cryptées : *« apicrypt ça ne me dit rien du tout » (CD7)*. Le partage de données via les logiciels en ligne leur semblait trop compliqué : *« c'est une usine à gaz en plus » (CD5).*

Seuls les MG les plus âgés avaient une mauvaise image de l'outil informatique : *« c'est horriblement compliqué à remplir. Les logiciels sont assez rigides » (MG3).*

IV. Les éléments facilitant l'échange

A. Bien connaître son interlocuteur

Cet aspect primordial était mis en avant comme le préalable indispensable à une bonne relation par les deux professions: *« commençons par se connaître et après on collaborera. Tu ne peux communiquer qu'avec des gens que tu connais » (MG1)*. Les MG mettaient en avant la qualité des relations avec un confrère connu : *« c'est plus convivial, on n'a pas les mêmes relations avec les gens qu'on connaît » (MG4)*. Les CD insistaient eux sur l'intérêt de se connaître en cas de problème avec un patient : *« c'est vrai que quelquefois les patients cassent du sucre sur le dos des uns et des autres et je trouve que plus on est uni mieux c'est » (CD4)*, *« l'autre dentiste il a dit que c'était mal fait, là si on se connaît, on peut passer un coup de fil au confrère » (CD6).*

B. Les moyens de communication

1. Le téléphone

Le téléphone était plébiscité comme moyen de communication. Il était décrit comme pratique et souple d'utilisation comparativement au courrier : « *il y a une discussion et un échange hyper productif et rapide en plus* » (MG4), « *On peut très bien laisser un message et le soir il nous rappelle* » (CD6). De plus les généralistes étaient perçus comme disponible par les CD : « *honnêtement à chaque fois que j'ai eu à appeler un médecin, c'est rare que je ne l'ai pas eu* » (CD1).

2. Le courrier

Les CD appréciaient ce mode de communication « *je suis très courrier : j'ai fait un courrier en demandant quel traitement il prend, est-ce qu'il est possible de faire une avulsion* » (CD3), qu'on leur encourage à utiliser durant leur formation : « *à la faculté on nous a toujours appris : Il faut faire un courrier au médecin généraliste* » (CD6). Ils reconnaissaient unanimement son caractère rassurant d'un point de vue médico-légal : « *c'est bien d'avoir une trace écrite du médecin, comme ça nous, ça nous fait une sécurité* » (CD8).

Ce mode de communication fait intervenir le patient : « *le patient revient avec un petit mot* » (MG8).

C. Enrichissement et sécurisation des échanges

La communication interprofessionnelle était vue comme un moyen de sécuriser leur pratique surtout pour les CD : « *Donc pour sécuriser, je passe par le médecin généraliste, dès que c'est un peu flou* » (CD6), ainsi que pour le patient : « *Et le patient trouve que c'est bien, ça ne l'embête pas de retourner chez le médecin, justement ils sont sécurisés* » (CD6). Cela concernait notamment les nombreuses interrogations des CD sur les médicaments : « *en tant que dentiste il y a plein de médicaments que je ne connais absolument pas. Je ne sais pas du tout à quoi ça correspond* » (CD1).

Les MG mettaient en avant l'amélioration des connaissances que cela engendre : « *avec les expériences de chacun, on avance, et puis d'échanger les points de vue sur la manière de prendre en charge ça fait progresser* » (MG4).

D. Les logiciels comme aide à la communication

Les messageries cryptées sont utilisées par les MG qui les apprécient et les recommandaient aux CD qui, pour leur part, montraient un intérêt pour ces systèmes : *« c'est un vrai plus, il faudrait que l'on puisse accéder à ça » (CD9).*

Les CD appréciaient la possibilité de répertorier les coordonnées des médecins dans leur dossier : *« et puis même pour chaque patient, on peut mettre directement le nom de son médecin dans le dossier, son téléphone... c'est pratique » (CD8).*

V. Les pistes d'amélioration

A. Un répertoire des praticiens de Hem

Les professionnels partageaient du principe que le manque de connaissance entre collègues était le frein principal à leur bonne collaboration et qu'il fallait remédier à cela : *« ce qui serait bien c'est effectivement d'effectuer un listing avec les numéros de téléphone portable des médecins qu'on peut contacter » (CD7), « Donc je crois que la moindre des choses c'est de créer un fichier de correspondants » (MG1).*

B. La place de l'informatique

Contrairement à certains CD, les MG montraient un intérêt pour le partage accru de leurs informations : *« Si on avait tous un logiciel qui pouvait être transmissible, dont certaines données pourraient être transmissibles à d'autres professionnels de santé, je pense que ce serait intéressant » (MG2)*

C. L'utilisation d'un support matériel

L'utilisation d'un support papier résumant les informations principales du patient était évoqué à plusieurs reprises : *« il faudrait des fiches je trouve, avec le traitement et les antécédents, comme ça il l'a toujours sur lui » (CD4), « En plus dans nos logiciels on a le moyen de sortir les informations pertinentes, la dernière biologie, les lettres, les antécédents et de le donner aux patients » (MG4).* Un participant évoquait l'utilisation d'une carte à puce faisant écho au projet de dossier médical personnalisé *« le patient pourrait avoir une carte avec une puce contenant son histoire médicale » (CD5).*

D. Situations où la collaboration doit être renforcée

Les MG et les CD s'accordaient sur différentes situations où leurs ententes étaient primordiales et devaient être accrues.

1. Les patients diabétiques

Les participants étaient d'accord sur l'importance de renforcer leur collaboration dans ce domaine : « *ne serait-ce que pour les patients diabétiques avec des foyers infectieux dentaires, c'est important de pouvoir vous les envoyer* » (MG8).

2. Les enfants

La collaboration était perçue comme nécessaire vu l'état bucco-dentaire parfois déplorable des jeunes patients, d'autant qu'ils démarrent tardivement les consultations chez le CD : « *Nous les enfants, on ne les voit qu'à partir d'un certain âge, toute la partie avant c'est plutôt le pédiatre ou le médecin généraliste qui va pouvoir accompagner* » (CD7), « *Je pense que nous-mêmes, on a un rôle de prévention par rapport à cela ; ne serait-ce que dans nos consultations avec les petits. Moi je demande s'ils se brossent les dents* » (MG8).

Les MG déclaraient vouloir mieux connaître le calendrier du suivi préventif : « *il faut une meilleure information sur le rythme des consultations préventives* » (MG3).

3. Les problèmes de dents de sagesse, d'apnées du sommeil

Les médecins étaient mal informés sur le rôle et l'apport potentiel du CD dans la prise en charge de ces pathologies « *Par exemple les troubles d'articulé dentaire ou les dents de sagesse chez un adolescent, ça c'est intéressant, je pense qu'il faut renforcer notre coopération là dessus* » (MG1).

E. Mettre le patient au cœur de sa prise en charge

Le patient était très souvent utilisé comme intermédiaire entre le MG et le CD. Cela ne semblait pas gêner les participants qui proposaient de renforcer ce rôle afin de responsabiliser le patient : « *Ce partage d'information, l'idéal c'est qu'il transite par le patient lui-même* » (MG5), « *Je lui donne les informations qu'il partage* » (MG4).

F. Accentuer le rôle d'éducation du MG

1. Impulser le recours au CD

Les MG étant les praticiens de premier recours, y compris pour les pathologies bucco-dentaires, ils estimaient devoir initier la consultation auprès des CD : *« il ne s'agit pas de dire prenez votre BIRODOGYL mais peut-être devrions-nous nous demander qui est votre chirurgien-dentiste et aller le voir? » (MG1).*

2. Lutter contre la peur du dentiste

La peur du chirurgien dentiste était perçue comme un frein à l'accès aux soins bucco-dentaires ; le changement de cette image revenait aux MG : *« tant qu'on n'arrivera pas à améliorer notre image, vous, médecins dans vos cabinets médicaux, vous serez embêtés avec des états dentaires plus que médiocres ... Donc y a aussi une mentalité à changer et les médecins généralistes ont un rôle à jouer » (CD1).*

DISCUSSION

I. Principaux résultats

L'étude a confirmé que MG et CD communiquaient rarement mais qu'ils ne percevaient pas leur relation de manière négative.

Quand celle-ci s'opérait, elle se faisait plus fréquemment du chirurgien dentiste vers le médecin généraliste, essentiellement pour des problèmes d'avulsion chez des patients sous fluidifiants sanguins ou des interrogations sur les traitements. Le patient était encore trop souvent utilisé comme agent de liaison au détriment d'une communication directe et responsabilisée. La méconnaissance du confrère, le manque de temps et l'absence de culture de l'échange étaient les principaux freins avancés.

Les participants étaient heureux de ce premier contact qu'ils souhaitaient matérialiser par un répertoire des praticiens du pôle de soin de la ville Hem. La place de l'informatique dans leurs échanges restait à définir.

II. Discussion de la méthode

A. Choix de la méthode qualitative

L'étude avait pour but d'explorer la perception et le ressenti de professionnels ; la méthode de recherche qualitative était la plus appropriée selon Isabelle Aubin Auger et Laurent Letrillard (6) (7).

B. Choix des focus group

Confronter les praticiens des deux métiers en entretiens collectifs a permis une émulation entre participants avec l'émergence de nouvelles thématiques, non prévues par le guide d'entretien, sur lesquelles chaque intervenant pouvait réagir et livrer son jugement instantanément. Le sujet n'étant pas particulièrement sensible,

l'effet d'autocensure n'a pas été redouté. Les études similaires ont toujours utilisé des entretiens individuels (8) (9).

C. Les biais de l'étude

Un des critères d'inclusion était l'exercice au sein du pôle de soin de la ville de Hem. Les entretiens n'ont pas été menés jusqu'à saturation des données dans la mesure où le nombre de CD participant a été restreint au nombre de CD de ce secteur, soit 9. L'analyse a donc été limitée au seul avis des praticiens de Hem.

Il existait un biais de recrutement sous la forme de nombreux maîtres de stages universitaires qui figuraient parmi les MG ; ils étaient déjà sensibilisés à la plupart des thématiques abordées.

Le manque d'expérience du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative représentait un biais d'investigation.

Enfin comme dans toute analyse qualitative un biais d'interprétation a été possible malgré la double analyse des données.

III. Discussion des résultats

Les relations entre médecin généraliste et chirurgien dentiste au sein du pôle de soin de la ville de Hem étaient perçues positivement. Les CD trouvant les MG disponibles ; les MG se sentaient obligés de l'être en raison du besoin d'une réponse rapide des CD. Au fil des échanges l'étude mettait en évidence un certain manque d'estime de soi de la part des CD, qui ne percevaient pas le rôle qu'ils pouvaient jouer auprès des MG. En revanche, aucun lien d'inféodation d'une profession par rapport à une autre n'a été mis en évidence. Il n'y a pas de manque de considération des MG envers les CD comme cela avait été montré dans l'étude de F. Bontemps (8).

La communication directe était rare. Elle s'opérait préférentiellement du CD vers le MG, souvent pour sécuriser un acte chirurgical chez des patients sous traitement fluidifiant sanguin (même si tous reconnaissaient que les hémorragies étaient très rares), par peur du médico-légal (8) ou pour une interrogation sur un

traitement. L'étude a d'ailleurs fait ressortir la méconnaissance des CD sur de nombreux médicaments qu'on peut expliquer par leur faible prescription.

En dehors de ces situations où la réponse doit être rapide, les échanges étaient indirects. Ils s'opéraient épisodiquement par besoin réciproque de compétence mais rarement en amont des soins, et utilisaient très souvent le patient.

Différentes raisons ont été repérées dans l'étude; elles sont reprises ci après.

Les CD n'ont pas la culture de l'échange comme l'a montré le travail de A. Tenenbaum (9). Ils imputent cela au caractère isolé et manuel de leur exercice et l'absence de travail en réseau dans leur profession.

Les MG eux, sont peu sensibilisés aux soins dentaires, et reconnaissent un manque de connaissance qui peut être lié à la formation médicale initiale et continue.

L'étude montrait l'ignorance du métier de l'autre. Les professionnels bridait leurs échanges à cause des représentations souvent erronées qu'ils ont du métier de leur confrère. C'est le cas de l'indisponibilité supposée des MG ou sur le champ de compétence des CD que ne connaissaient pas les MG. Cela peut s'expliquer par les conditions de formation initiale qui créent d'emblée une séparation entre ces deux professions de santé (10).

Les praticiens ne se connaissaient pas et cela a freiné leur collaboration. Une étude anglaise avait montré une amélioration de la prise en charge des patients lorsque les cabinets des deux spécialités se connaissaient et collaboraient (11).

La communication indirecte s'opérait alors par le biais du patient qui était utilisé comme intermédiaire entre MG et CD. Cela semblait convenir aux praticiens qui prônaient un rôle encore accru du patient en lui confiant plus d'information. Une étude a montré qu'en délivrant les informations aux patients, celui-ci devenait d'avantage acteur de sa santé (12).

L'initiative de la consultation bucco-dentaire revenait majoritairement au patient (13), souvent dans l'urgence, rarement dans une démarche préventive. La responsabilité des MG est importante. La majorité reconnaissait ne pas regarder fréquemment la bouche de leurs patients. Ils regrettaient également leur méconnaissance du calendrier des consultations préventives ainsi que les programmes nationaux de dépistage tel que M'T dents (14). Rares sont ceux qui adressaient le patient aux CD.

Les CD, eux, ne voyaient pas les bénéfices qu'ils pouvaient apporter aux MG, notamment en terme de dépistage de maladies systémiques avec manifestation bucco-dentaire ou encore dans le dépistage de néoplasie ORL. Ils n'adressaient aucun patient aux MG pour un problème médical.

IV. Perspectives

Les pathologies bucco-dentaires sont de plus en plus fréquentes en médecine générale (4). Cela peut être lié aux problèmes financiers des patients (15), au délai de prise en charge des urgences par les CD ou à la peur de la consultation du chirurgien dentiste.

Les CD indiquaient voir peu de patients dans le cadre d'une consultation annuelle de surveillance. Ils intervenaient fréquemment sur des patients douloureux avec une altération de l'état dentaire déjà avancée. De plus, ces patients-là ne revenaient pas pour le suivi et avaient une vision à court terme des soins. Pourtant, des études ont montré le lien entre un mauvais état bucco-dentaire et certaines maladies cardio-vasculaires, pulmonaires (16) (17).

Le médecin généraliste a donc un rôle capital à jouer dans le traitement de la douleur dentaire mais plus encore en amont dans le dépistage des facteurs de risque de pathologies bucco-dentaires (18) et dans l'incitation du patient à une prise en charge spécialisée par un chirurgien dentiste.

Les MG ont clairement identifié certaines pathologies comme le diabète pour lequel le renforcement de leur collaboration était primordial.

L'étude a montré une volonté des différents acteurs de mieux collaborer à Hem.

CONCLUSION

Les pathologies bucco-dentaires de par leur fréquence et leur retentissement imposent une prise en charge active des CD mais également des MG et cela en concertation afin de passer d'une action purement curative à une action préventive et de dépistage. Cela passe par un meilleur échange d'information que permettent les nouveaux réseaux de soins comme celui de la ville de Hem. Il existe sur ce secteur une tradition d'échange qui va permettre d'aider au développement de ces relations. Celles-ci passeront par une meilleure connaissance des praticiens entre eux grâce notamment à des formations communes dans le cadre de l'association des professionnels de santé de la ville de Hem.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
2. Conseil National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES [en ligne].[S.I.] : CNGE ; [créé le 24 novembre 2012]. Consulté le 7 novembre 2014. Disponible : www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
3. Moutel G, Hervé C. Les réseaux de soins ville-hôpital : une approche de médecine globale. *Le Courrier de l'éthique médicale* 2001;1:27-9.
4. MADRID C., BOUFERRACHE K., MOLLER P. Pourquoi voir un docteur ? C'est un dentiste qu'il vous faut ! Santé buccale et médecine de premier recours: quels enjeux? *Revue Médicale Suisse*. 2006 ;89:2737-43.
5. LOPEZ I., JACQUELIN L.-F., BERTHET A., DRUO J.-P. Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant: conseils pratiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2007, 20, 63-69.
6. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
7. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire. [en ligne]. Université de Franche-Comté ; 2008. http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
8. Bastonero J. Communication entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes en libéral. [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille; 2014.
9. Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougou B, Hervé C, Moutel G. La relation médecin/chirurgien-dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients: Enquête au sein d'un réseau de santé. *La Presse Médicale*. Avr 2008;37(4, Part 1):564-70.
10. Haute autorité de santé (HAS) Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation [en ligne] : Paris : Haute autorité de santé. Avril 2008. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.
11. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J*. 11 avr 1998;184(7):343-7.

12. Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins [en ligne]. [Paris] : la documentation française ; 2003. Consulté le 7 juin 2015. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000714/>
13. Azoguy-Levy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Bulletin d'information en économie de la santé, Irdes. 2005;94:5-7.
14. Haute autorité de santé (HAS) Stratégie de prévention de la carie dentaire : recommandation : argumentaire [en ligne]. Paris : Haute autorité de santé ; 2010. Disponible : http://www.has_sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire.
15. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Economie publique. 2012 ;1-2(28-29) :123-47.
16. Scannapieco FA, Dasanayake AP, Chhun N. Does Periodontal Therapy Reduce the Risk for Systemic Diseases? Dental Clinics of North America. Jan 2010;(54):163-81.
17. Kuo L-C, Polson AM., Kang T. Associations between periodontal diseases and systemic diseases: A review of the inter-relationships and interactions with diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and osteoporosis. Public Health. avr 2008 ;122(4): 417-33.
18. Woosung S, Amid I, Marisol T. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviours: an overview of published systematic reviews. J Public Health Dent. 2004;64(3):164-72.

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier d'introduction aux participants

À Hem, le 4 décembre 2014

Cher collègue,

Suite au premier contact téléphonique que vous avez eu avec le Pr Jean Marc Lefebvre médecin généraliste à Hem, je me permets à mon tour de solliciter votre adhésion à l'étude que nous allons réaliser. Elle portera sur l'évaluation de la relation entre chirurgien dentiste et médecin généraliste au sein de la ville de Hem.

Fils de chirurgien dentiste et futur médecin généraliste, je réalise que les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes en médecine ambulatoire ; à l'heure d'une coordination souhaitée entre soignants, il apparaît important d'évaluer le ressenti des deux professions sur leur nécessaire collaboration ainsi que sur les pistes proposées pour l'améliorer. Il est prévu de réaliser ce travail sur une zone géographique limitée, celle du pôle de santé de la ville de Hem, en y associant Forest sur Marque et intégrant neuf chirurgiens dentistes et neuf médecins généralistes de ce secteur.

Pour cela, trois réunions regroupant à chaque fois six professionnels à parité identique seront organisées. Durant deux heures maximum, les praticiens échangeront autour de thèmes prédéfinis ; la réunion sera animée par une tierce personne indépendante de l'étude. Les débats seront enregistrés sous couvert d'anonymat, afin de dégager les informations marquantes et retirer des propositions d'amélioration.

Je souhaite vous rencontrer prochainement afin de recueillir votre adhésion au projet, et fixer une date acceptable pour tous pour ce moment d'échange convivial, respectueusement,

Clément THIRIEZ

Dr Jean Marc Lefebvre

Annexe 2 : Guide d'entretien initial

Clément THIRIEZ, investigateur

Pr Jean Marc LEFEBVRE, directeur de travail

Guide d'entretien qualitatif :

INTRODUCTION :

Ce travail porte sur les relations qui existent entre médecin généraliste (MG) et chirurgien dentiste (CD) lors de la prise en charge de patients communs au sein du pôle de santé de la ville de Hem (59510).

Il repose sur une étude qualitative menée par « focus group ».

La discussion entre MG et CD dure une heure et demie environ et est enregistrée afin de pouvoir assurer une retranscription fidèle des propos pour les analyser selon les techniques de recherche qualitative. Les réunions sont animées par un sénior habitué à la technique qui veille à la distribution équitable du temps de parole et à la relance des thématiques afin qu'elles soient toutes abordées selon le guide d'entretien ci dessous.

L'anonymat de chaque participant est respecté. Ils sont tous désignés par l'acronyme de leur profession suivi d'un chiffre.

L'objectif est que les participants puissent parler en totale liberté pour exprimer des expériences personnelles sur les relations entretenues.

Le but de l'étude est de recueillir le vécu, les réactions et les opinions sur la relation CD et MG dans la prise en charge du patient.

TRAME DE QUESTIONS À ABORDER :

Cet entretien doit respecter un certain canevas de questions que voici :

Votre logiciel, si vous êtes informatisés, laisse-t-il une place aux ATCD du patient ? Sa santé ? Ses soucis cardiologiques, rhumatologiques, rénaux, allergiques, un diabète, une grossesse, un traitement anticoagulant ?

Les ATCD d'anesthésies générales locales qui se seraient mal passées ?

La liste des médicaments vous est-elle fournie spontanément à vous les CD ?

Si le patient n'en dispose pas, réclamez-vous la dernière ordonnance du MG ?

Connaissez-vous et contactez-vous vos collègues MG ?

Connaissez-vous et contactez-vous vos collègues CD ?

Si non pour quelles raisons ?

Si oui, quelles en sont les circonstances? (de quelle manière ? A quelle fréquence ?)

Dans quelles circonstances êtes-vous, vous-même, contacté ?

A quoi cela a-t-il servi ?

Les raisons portaient-elles sur les maladies du patient pris en charge ?

Sur ses médicaments ? Sur ses allergies ?

Pouvez-vous dégager des motifs d'appel de votre collègue de l'autre discipline ?

Qui est le plus facile à déranger ? Le MG qui ne fait pas d'acte technique à chaque patient ou le CD ?

Comment cela se passe-t-il en pratique ? Courriers ? Mails ? « Patient facteur » ?

Le mail est-il adapté hors demande urgente ? Quelle est la proportion de demandes urgentes ? Quelles sont-elles (douleur ? hémorragie ?)

Quels bénéfices ou désagréments tirez-vous de cette communication ?

Quels sont les difficultés ou obstacles que vous avez rencontrés personnellement pour réaliser cet échange ?

Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant de faire cette démarche ?

Quel regard portez-vous sur la coopération entre CD et MG ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette relation ?

Y a-t-il selon vous des pathologies urgentes ou pas que vous pouvez ou devez gérer de concert ?

Le fait de vous connaître après cette réunion est-il important dans vos relations et cela les facilitera-t-elles ?

Annexe 3 : Verbatims

Le 18/02/2015

FOCUS GROUP 1 :

Animateur : Donc premier débat, alors on essaie d'avoir des réponses brèves, d'échanger entre nous de façon brève. Je reprends donc les propos de CD3 à l'instant : « avez vous la notion de ce qu'est la pluridisciplinarité, la pluri-professionnalité et un pôle de santé ?

Est-ce-que ça vous parle ces choses là ? Est-ce-que vous faites la différence entre discipline et métier, discipline et profession et connaissez-vous la notion de pôle de santé ?

SILENCE – PERSONNE NE REPOND

Animateur : C'est chaud, on y reviendra. Alors est-ce-que vous avez une structure informatique dans vos cabinets ?

MG3 : oui

Animateur : Peut-être plus simplement, est-ce-que quelqu'un n'est pas informatisé dans son exercice professionnel ? Bon, vous êtes tous informatisés. Est-ce-que vos logiciels tiennent compte des antécédents des patients ? Et y voyez-vous un intérêt ? Et dans ce cas là, sur quels antécédents tout particulier insistez-vous ?

MG1 : Bah oui les antécédents sont importants notamment pour moi les antécédents d'allergies surtout et les intolérances médicamenteuses.

CD1 : je vais parler pour les dentistes, je pense qu'on est tous informatisés et tous les logiciels ont un système d'intolérance qui est plus ou moins renseigné, après on fait en fonction de ce que nous disent nos patients et de ce qu'ils connaissent. Et en fait, souvent ils ne savent pas trop ce qu'ils prennent. « Vous prenez quoi ? » « biogaran » voilà. Donc pfff, c'est pas toujours très simple et des fois ils en prennent des tartines donc souvent ce qu'on demande c'est un double d'ordonnance et nous en tant que dentiste il y a plein de médicaments que je ne connais absolument pas. Je ne sais pas du tout à quoi ça correspond donc je leur demande ce qu'ils ont, pourquoi ils prennent ça, est-ce-que c'est un problème cardiaque ou autre et puis voilà et avec l'expérience ça nous paraît important ou pas donc on creuse ou pas. Et puis effectivement les allergies...

CD2 : Je suis informatisé, on a effectivement dans le logiciel un questionnaire qu'on peut remplir mais je dois dire que je ne le renseigne jamais, je fais remplir un questionnaire de santé quand une personne se présente. Je lui demande donc ce qu'elle a comme pathologie, ce qu'elle suit comme traitement. C'est vrai que c'est souvent très difficile de leur faire remplir car comme tu disais tout à l'heure (référence à CD1) ils connaissent très mal leur médicament, les indications pour certains quand même ils savent au moins à quoi sert le médicament mais c'est difficile de savoir ce qu'ils prennent exactement et ce qu'ils ont exactement donc c'est vrai qu'on a pas cette vigilance peut-être que pourrait amener l'ordinateur, de renseigner à propos d'un questionnaire électronique qui pourrait éventuellement déclencher une alarme au niveau des prescriptions mais bon nous ne sommes pas de gros prescripteurs, nous sommes presque des techniciens. La chirurgie nous amène parfois à avoir besoin de savoir ce que la personne suit comme traitement et c'est là où comme ce sont des médicaments classiques on finit par les connaître mais avec les génériques ça devient compliqué et la personne ne sait pas forcément le médicament. Si on a un doute il faut s'arrêter et regarder sur internet à quoi le médicament correspond et c'est vrai que parfois c'est compliqué.

MG2 : Pareil, on a un logiciel qui nous permet de connaître les allergies et les intolérances et les interactions. Pas toujours complètement rempli je le reconnais car ça prend énormément de temps mais bon c'est vrai que ça peut rendre service. (Silence)

J'étais entrain de réfléchir à la question précédente. Si on avait tous un logiciel qui pouvait être transmissible, dont certaines données pourraient être transmissibles à d'autres professionnels de santé, je pense que ce serait intéressant (adhésion CD2). Dans le champ antécédents, traitements, ça pourrait renseigner le dossier médical du patient.

Animateur : Si je comprends bien tu es entrain de plébisciter ou de réclamer que la possibilité que le logiciel puisse être en ligne, sur une base de données commune qui permettrait de limiter les risques de co-prescription néfaste ?

MG2 : Avec l'accord du patient, bien sûr. Et je pense que beaucoup d'entre nous en médecine générale migrent vers un logiciel qui va peut être permettre ça. Je pense que ça peut être une opportunité pour le patient de nous apporter de la rigueur dans la tenue de notre dossier médical. En tout cas c'est mon point de vue.

CD2: Je trouve cela très opportun. C'est dans le projet du dossier médical du patient qui sera incorporé à la carte vitale.

CD3 : Au cabinet c'est informatisé avec les intolérances, le traitement du patient. Encore faut-il que ce soit rentré. Je ne fais pas remplir systématiquement de fiche au patient. Souvent c'est le patient de lui-même. Ce sont souvent des patients polymédiqués donc dans ce cas là je demande souvent une lettre du médecin s'il y a des soins un peu invasifs à faire.

Je suis d'accord aussi avec le projet de la carte vitale c'est quelque chose à laquelle j'ai déjà pensé (adhésion MG3) aussi mais après ça pose des problèmes aussi de confidentialité si la carte est perdue. C'est quelque chose qui devrait être pensé.

Animateur : En attendant, apprécieriez vous le fait qu'on puisse pour tous les patients qui ont un traitement chronique vous fournir un simple document papier avec la liste des médicaments et l'indication du médicament, car on a des médicaments qui sont à indications multiples. Et le fait d'indiquer que tel médicament est pour telle pathologie alors qu'il pourrait très bien l'être pour une autre, pourrait--il vous séduire, vous plaire dans votre pratique à tous ? Médecins ou chirurgiens dentistes ? Car j'imagine qu'on peut aussi avoir des échanges entre médecins par exemple avec toi MG3 quand je t'envoie des gens en acupuncture.

MG3 : Je pense que parfois on sait ce que vous prescrivez... birodogyl ! (Rires des CD1 et CD2), mais parfois les patients nous disent : « j'avais des antibiotiques mais j'ai arrêté car j'avais des boutons ». Je ne suis pas sûr que le confrère dentiste ait eu l'info sur l'allergie après, et que le patient va penser à lui dire car il n'aime pas venir vous voir. Je ne vous apprend rien.

Pour revenir sur les antécédents, moi j'ai appris par mon chirurgien dentiste que je pouvais pas faire d'implant car je fumais. J'ai appris ça pour mon cas personnel. Je me suis dit des patients qui fument et qui ont des implants j'en ai quelques uns. Il m'a dit que j'allais avoir des foyers infectieux et des germes merdiques à traiter. J'ai une patiente pour qui ça s'est passé comme ça et qui devait avoir une greffe de valve mitrale. Ils ont dû tout lui retirer avant de la mettre au bloc en chirurgie.

Sur les antécédents on pense aux allergies et au traitement mais il y a aussi l'habitus, je pense au tabac. Demandez au patient s'il fume c'est pas compliqué pour vous à faire ou s'il a eu des soucis de germes dans son histoire dentaire pour qu'on ait l'info. Ou si un patient a eu pas mal d'antibiothérapies pour un souci urinaire, si on passe pas l'info ça c'est un antibiotique qui ne va pas agir que sur la cystite mais qui va agir de façon générale donc pour optimiser le choix d'antibiothérapie l'échange d'information sous support papier ou informatique est important.

J'ai changé de logiciel il y a deux semaines c'est horriblement compliqué à remplir. Les logiciels sont assez rigides il faut faire attention entre infarctus et il a un stent mais il n'a pas eu d'infarctus... Les logiciels ne sont parfois pas assez subtils donc c'est lourd à faire mais ce n'est pas une raison pour dire qu'il ne faut pas échanger. Il faut échanger (accord de tous) sur

les antécédents...

Animateur : Est-ce-que vous avez dans votre logiciel ou dans votre façon de travailler la notion de faire attention aux prescriptions antérieures du patient ou aux prescriptions antérieures des collègues quelque soit leur métier de manière à être sûr qu'il n'y a pas d'interférence médicamenteuse qui soit néfaste au patient ? Si vous avez la notion de la liste des médicament, est-ce-que vous êtes sur à chacune de vos prescriptions de ne pas interférer et de ne pas créer de la iatrogénie avec les prescriptions que vous faites ? Votre logiciel vous permet-il de vous mettre en alerte là dessus ou avez vous une attention toute particulière à cela ?

CD1 : Je pense que la réponse est évidente. Evidemment on aimerait bien ne jamais faire d'erreur. On essaie de faire attention. Mais à partir du moment où on a toutes les données en main c'est-à-dire est-ce qu'on connaît exactement. Comme là MG3 parlait d'infarctus et de stent. En tant que dentiste ça nous échappe totalement, (adhésion CD2), je ne suis pas cardiologue, je ne suis pas médecin donc si c'est un antibiotique plus spécialisé là dessus, moi personnellement ça me passe au dessus.

Animateur : Avez-vous la notion par exemple que certains antibiotiques peuvent provoquer des troubles du rythme mortel lorsqu'ils sont co-prescrits avec certains anti arythmiques ?

CD1 : Non, on n'a aucune formation là dessus. Je pense qu'il y a une différence majeure entre le métier de dentiste et de médecin. Je ne vais pas critiquer mais nous on est très pratique. On n'est pas tellement théorique. On a notre expérience, on construit des choses. Les médecins sont plus théoriques. Un logiciel pour un médecin est beaucoup plus utile que pour un dentiste car vous avez besoin de savoir les interférences entre tel et tel médicament (oui MG3, MG2 mitigé). Nous c'est beaucoup plus basique, c'est faire attention à ne pas faire de bêtise. Comme disait le CD2, on ne prescrit pas beaucoup. On le fait le moins possible. On évite de le faire pour ne pas faire de bêtise surtout pour quelqu'un qui a beaucoup de médicament pour ne pas faire d'interaction. Oui sinon ça m'est déjà arrivé d'appeler le 15 pour avoir un avis médical. Une fois j'ai eu un patient à 20 heures qui était allergique à tout et j'avais besoin de le mettre sous antibiotique, je ne savais pas quoi faire. Le SAMU ne savait pas non plus. Mais j'ai été rassuré on essaie de ne pas faire de bêtise mais on doit surement en faire comme les médecins par méconnaissance et pas parce qu'on est des guerriers. Les logiciels pour nous en tant que dentiste...s'il y a une petite alerte de temps en temps qui nous dit attention ce médicament là vous avez mis allergie à la pénicilline et puis voilà c'est de la pénicilline. Mais nous les dentistes, on fonctionne avec 4 antibiotiques à tout péter. On sait un peu comment ils fonctionnent mais pas tout et peut-être qu'on interagit avec des traitements médicaux et qu'on est totalement ignorant de ça mais parce qu'on est pas formés. On est formé sur le tas.

CD2 : On focalise sur les antibiotiques. Je comprends l'histoire de certains antibiotiques qui peuvent entraîner la tachycardie, pourtant pour avoir suivi pas mal de formation je ne me souvenais plus de ça, surtout quand on ne remet pas en pratique derrière.

Ce qui me semble dangereux c'est la prescription d'anti-inflammatoire (accord de tout le monde sauf MG1), je n'en prescris pratiquement jamais mais je suis sidéré par la quantité d'anti-inflammatoire que prennent les gens soit spontanément en automédication ou prescrits par des confrères. On zappe le paracétamol pour aller vers des formes comme le profenid ou des noms plus complexes que ça. On n'est pas des gros prescripteurs nous.

Animateur : on parle anti-inflammatoire, les chirurgiens-dentistes vous avez quelle position là dessus ? Pour information un patient diabétique insuffisant rénal on peut l'envoyer en réanimation, au rein artificielle avec un seul comprimé d'IEC, c'est un exemple ; mais il se peut très bien qu'il se passe rien aussi.

CD1 : Je suis tout à fait d'accord, c'est-à-dire qu'on fonctionne avec notre expérience, moi ça ne m'est jamais arrivé en 25 ans d'expérience. Je suis comme CD2 je prescris très peu. Quand on voit la quantité d'anti-inflammatoires, les patients prennent des anti inflammatoires

ça n'est pas rare pour d'autres pathologies dentaires. Nous en fait en tant que dentiste si on commence à se poser ce genre de question on ne fait plus rien. On essaye de se renseigner un peu avant pour ne pas faire de bêtises mais c'est assez exceptionnel, on fonctionne toujours pareil.

CD2 : j'abonde dans ton sens. Car souvent dans nos urgences c'est un acte technique qui fait céder la douleur. Quand le patient vient pour un problème dentaire, bien souvent c'est un acte technique qui règle le problème. Il peut y avoir en cas d'infection, besoin de mettre des antibiotiques anti-inflammatoires. La douleur sera à faire cesser très rapidement bien sûr, en association avec un geste local mais c'est vrai qu'on n'est pas des gros prescripteurs. Tu parlais du logiciel informatique tout à l'heure, on n'utilise pas vraiment l'informatique pour nous aider à prescrire quoique ce soit. C'est en fait notre expérience apprise sur le tas ou au sein des formations qu'on utilise.

CD1 : je reviens sur ce qu'on disait tout à l'heure : nous nous sommes pratiques, les médecins théoriques. On ne va pas faire céder le motif de consultation du patient par une prescription, nous on va le faire céder par un acte (adhésion MG2 et MG3). C'est ce que j'appelle la praticité. Vous les médecins vous prescrivez beaucoup car vous ne pouvez pas faire autrement : Le gars il a mal à l'épaule, vous allez pas ouvrir l'épaule. Nous il a mal à la première molaire en haut à droite et ben celle-là je l'ouvre.

Animateur : je n'ai pas beaucoup entendu CD3, MG3 et MG3.

MG3 : moi j'étais en train de me dire un truc. Finalement les anti-inflammatoires en vente libre, ils sont vendus en officine et on n'est pas capable de collecter l'information. Il y a un travail à faire sur la délivrance des anti-inflammatoires. Globalement les patients sont assez fidèles à leur pharmacien. Là on a une base de données sur ce qui a été acheté et délivré dans nos officines et ça nous intéresserait beaucoup de voir combien de patients avant d'aller chez leurs chirurgiens dentistes ont absorbé des antidouleurs (intérêt et accord CD1 CD2). Nurofen pour eux ça n'est pas un anti inflammatoire, c'est comme du paracétamol. D'ailleurs c'est marqué douleur et fièvre comme le paracétamol. Mais quand je leur dis ça c'est un anti-inflammatoire, vous pouvez faire une ostéite ou une cellulite, il y en a eu une à Roubaix il y a quinze jours ; Je me dis, comme ce sont les pharmaciens qui ont le monopole des médicaments en France, il y a là une mine d'information importante qui nous passe sous le nez et qui serait intéressant d'utiliser. S'ils ne le font pas, nous on peut s'optimiser dans l'échange, c'est dans l'intérêt du patient.

Les patients ne nous disent pas le tiers de ce qu'ils avalent. Ils savent que le médecin risque de faire sa petite colère et au fil du temps je suis convaincu qu'ils gardent de plus en plus d'informations, ils savent qu'ils ne doivent pas me répondre ça, et leurs réponses sont de plus en plus éloignées de la réalité, ce qui m'inquiète.

CD3 : je pense que oui il y a beaucoup d'auto-prescription avec les anti-inflammatoires. Moi j'en vois beaucoup au cabinet. Moi je prescris quand même des anti-inflammatoires mais uniquement avec les antibiotiques. C'est extrêmement rare que je prescrive juste des anti-inflammatoires. Après si ce sont des patients poly-médiqués, je ne met pas les anti-inflammatoires juste par précaution.

Après je n'étais pas non plus au courant pour les antibiotiques, mais on sait qu'il y a des interactions mais on ne sait pas qu'elles peuvent être aussi graves.

Mais si vous voulez un patient qui prend beaucoup de médicaments ou qui a des problèmes de santé, déjà on se méfie beaucoup plus de ce qu'on va prescrire.

Après c'est vrai que je ne pensais pas qu'un antibiotique pouvait avoir des effets aussi néfastes, ce sont des choses qu'on oublie avec la pratique quotidienne.

Animateur : donc encore une fois, si je comprends ce qui ressort de vos échanges, c'est qu'une base de données communes que vous pourriez consulter rendrait énormément service. Est-ce qu'en amont de cette base de données qu'il sera possible de consulter en ligne comme l'a évoqué MG2, est-ce que d'ici là, alors j'entendais CD1 qui avait eu un souci et qui avait

appelé le 15 pour avoir un médecin régulateur, est-ce que d'ici là certains d'entre vous ont la possibilité de décrocher le téléphone pour appeler le collègue de l'autre profession et discuter avec lui d'un patient? Comment faites-vous quand vous avez un doute? Est-ce que c'est le 15 ou est-ce que c'est le médecin traitant? Alors j'imagine qu'à 20 heures peut-être le médecin traitant n'est plus disponible... mais avez-vous le coup de fil facile? Les MG vers les CD quand vous savez que c'est un patient à problème qui est poly-médicamenté et qu'il doit y aller; et vous les CD vers les MG quand vous tombez sur quelqu'un comme le disait CD3, de complexe avec beaucoup de médicaments beaucoup de maladies?

Avez-vous le coup de fil facile premièrement? Et deuxièmement est-ce que c'est facile de déranger votre interlocuteur?

CD1 : moi personnellement, je ne sais pas si c'est le cas également des autres dentistes, on a rarement des patients avec des urgences vitales. Ce sont des problèmes de douleur mais ce ne sont pas des urgences vitales; on peut se permettre de différer le soins ou la consultation.

(Accord CD2)

Moi ça m'arrive de dire : « Écoutez vous prenez beaucoup de médicaments, j'ai pas envie de faire des bêtises, vous allez voir votre médecin traitant qui vous connaît sur le plan de la santé et il vous donnera, si c'est un problème infectieux dentaire, un antibiotique qui sera en adéquation avec vos problèmes et votre traitement. Le gars le lendemain il revoit son médecin, le médecin décide, et après nous on le revoit pour la suite éventuelle du soin. En tout cas chez moi ça fonctionne comme ça. On le sent ou on ne le sent pas; C'est pour ça aussi que je disais qu'il y a un côté pratique.

CD2 : je confirme également la pratique qui consiste à ne pas aller plus loin si on a un doute.

Par contre, pour répondre à la question, il est assez difficile dans notre organisation, où on court toujours après le temps, de prendre le téléphone pour appeler, et on sait que de l'autre côté il y aura probablement une difficulté aussi. Le téléphone c'est presque notre bête noire.

(Accord CD1). On a rarement le téléphone à côté de nous.

Animateur : donc j'en déduis que vous n'utilisez pas les bases de données de notre époque avec les applications et les emails, qui permettent de répondre de manière décalée aux demandes.

CD1 : bah il faut avoir les adresses email déjà !

Animateur : vous apprécieriez donc de les obtenir ?

CD1 : oui mais pour nous ça n'a pas grand intérêt dans le sens où nous on n'aura pas la réponse immédiate. On aura une réponse le lendemain. Si on est pas sûr non plus que le médecin traitant aura le temps de consulter ses emails, car vous devez avoir aussi des emplois du temps de dingues; et puis si vous avez des emails vous en avez peut-être 10 et le chirurgien dentiste il est bien gentil ... (rires)

On ne fonctionne pas du tout comme ça nous.

Animateur : et les téléphones portables vous seraient peut-être utiles ?

CD1 : oui les téléphones portables, à condition comme disait CD2 qu'on ait le temps de les utiliser ...

Animateur : et que le médecin décroche ?

CD1 : honnêtement à chaque fois que j'ai eu à appeler un médecin, c'est rare que je ne l'aie pas eu. (Accord CD2)

Souvent quand je tombe sur une secrétaire et qui le médecin n'est pas là, elle me donne son téléphone portable. Il n'y a pas d'obstruction là-dessus. Ou je regarde dans l'annuaire; mais c'est rare. On ne fonctionne pas avec les bases de données, on fonctionne rarement avec le téléphone.

CD3 : je pense que ce qui serait intéressant dans la base de données, c'est surtout de savoir est-ce qu'il y'a un risque infectieux, un risque hémorragique? C'est surtout ça qui nous intéresse. Après dans le traitement tout n'est pas intéressant, ce qu'on veut surtout savoir c'est

ce qu'on peut prescrire.

Animateur : je n'ai pas beaucoup entendu les MG sur leur capacité à interagir avec les CD, lorsqu'ils ont un patient qui a besoin de soins dentaires par exemple dans le cadre d'une pathologie néoplasique ORL ou pulmonaire ou en amont d'une intervention cardiaque pour une valvulopathie. Est-ce que vous les MG vous communiquez avec les dentistes, est-ce que vous êtes directifs avec le patient, est-ce que vous prenez votre téléphone ou alors faites un courrier ?

MG1 : alors moi je pense qu'on est au courant a posteriori (accord MG2); à part les abcès dentaires qu'on voit car les patients n'arrivent pas à aller chez le dentiste, à le voir rapidement, les soins de couronnes et tout ça on les voit après le début des soins donc on peut pas intervenir avant pour communiquer des informations.

Après peut-être qu'il faudrait mettre dans nos logiciels le nom et les coordonnées du chirurgien dentiste, mais on va agir a posteriori donc c'est un peu problématique.

Je pense que c'est à nous d'échanger car le patient vient souvent nous voir avant le chirurgien dentiste.

Tu parlais des pathologies néoplasiques et des valvulopathies, ces pathologies là sont prises en charge à l'hôpital ou en clinique. Je ne crois pas que ce sont les chirurgiens-dentistes de ville qui font des avulsions dentaires multiples dans le cadre d'une radiothérapie ou dans une chirurgie de valve, encore que je ne sais pas exactement ce que vous faites, ça c'est aussi un problème, je pense qu'ils vont chez le stomatologue.

Moi je vois plus notre collaboration pour des problèmes d'abcès, de caries. Si j'ouvre la bouche d'un diabétique et que je vois plein de caries, il ne s'agit pas de dire prenez votre BIRODOGYL mais peut-être devrions-nous nous demander qui est votre chirurgien-dentiste et aller le voir ? Je pense que notre coopération doit plus être sur l'éducation du patient et dans le cadre de la santé publique plutôt que sur des problèmes bien précis puisque finalement eux sont les médecins généralistes des dents et nous nous sommes les médecins généralistes des gens. (Forte adhésion de tous, surtout MG2)

Cibler des pathologies bien précises, Ça me dépasse un peu. Je ne me vois pas intervenir sur un problème de valve, d'avulsions multiples avant traitement d'un néo, je ne dis pas que ce n'est pas intéressant, mais je pense qu'il y a d'autres choses à discuter.

Par exemple les troubles d'articulé dentaire ou les dents de sagesse chez un adolescent, ça c'est intéressant, je pense qu'il faut renforcer notre coopération là dessus. Je pense que cette partie de la population, les enfants, c'est sur eux qu'il faut que l'on collabore car ce sont les adultes de demain qui développent des problèmes aussi bien médicaux que dentaires. Donc je pense qu'il faut prendre les gens qui ne consultent pas. : les adultes jeunes, les enfants et les patients à risque notamment les diabétiques.

Et là il y a un manque d'information. Effectivement on devrait mettre dans nos logiciels l'adresse du pédicure, du chirurgien-dentiste parce que c'est là que l'on va intervenir. Après les cas spécifiques de pathologies lourdes, pfff (blasé), collaborons, mais est-ce que ça a un intérêt pour nous tous ? je n'en sais rien.

MG2 : je rejoins tout à fait ce que dit MG1. On a l'impression qu'il y a deux mondes médicaux qui tournent autour du patient mais il n'y a pas de lien. Il faudrait développer pour les clients de tous les jours cette coopération pour des cas patients qu'on voit souvent. Je suis d'accord, les patients lourds nous concernent peu, puisqu'ils sont déjà bien suivis le plus souvent, dans un circuit hospitalier. Il faut donc effectivement se concentrer surtout en préventif sur les patients jeunes et les patients à risque comme les diabétiques.

MG3 : le dossier médical moi ça m'embête puisque toute l'information elle est là. Je dis à mes patients : je préfère que vous ayez une version papier chez vous pour que quand vous allez voir le collègue, le rhumatologue, le chirurgien-dentiste, vous ayez une liste écrite mise à jour de ce que vous prenez comme traitement, parce que c'est bien beau d'avoir des logiciels

qui restent sur nos bureaux ou sur des serveurs qui vont planter.

Le patient peut être porteur de son information. Je lui dis quand vous allez voir le chirdent, donnez lui ce document.

Je reviens sur le secrétariat. Je suis énervé par le barrage des secrétariats à la con. Avec les copains on peut accéder plus facilement ; mais les plateaux téléphoniques multi cabinets où les secrétaires un peu revêches car c'est pas toujours évident en salle d'attente. Mais je trouve que c'est parfois difficile d'avoir le dentiste directement.

CD2 : pour avoir déjà reçu des patients avec un dossier de ce type, c'est vrai que c'est très pratique surtout quand ils ont de gros antécédents et traitements.

MG1 : je suis d'accord avec toi mais encore faut-il savoir que ces patients viennent vous voir, c'est toujours ce que je dis, ils nous tiennent au courant a posteriori. Donc délivrer un message une fois que l'acte est passé, ça sert à quoi ? Si on ne sait pas ce qu'il se passe, comment peut-on intervenir ? On est jamais au courant, on est au courant que si vous nous téléphonez ou si le patient revient vers nous.

Nous les problèmes, c'est des problèmes d'infection, les saignements post extraction moi j'en ai jamais eu. On fait tout un foin sur les extractions sous Kardégic ou plavix ou anticoagulants. J'ai vu des extractions multiples sous coumadine, ça s'est très bien passé. (Désaccord CD3.)

Je crois que la moindre des choses c'est de savoir qui soigne qui et comment communiquer, voilà le vrai problème. On peut imaginer plusieurs moyens de communication, quel est le moins dérangeant pour tout le monde ? J'imagine mal lorsque vous faites un soin de répondre en même temps au téléphone, à moins d'avoir une oreillette, mais là ça devient compliqué. Il faut donc réfléchir pour communiquer mais en amont avant que l'acte soit fait.

CD1 : je vais aller un peu plus loin même. Vous les médecins êtes en première ligne dans la santé du patient, nous dentistes on s'occupe que d'une petite partie du corps humain et vous en gros du reste. Vous diagnostiquez une hypertension, un diabète vous le dites au patient qui nous le répète normalement lorsqu'il vient chez nous. Mais je me demande nous, qu'est-ce qu'on peut vous apporter comme information ? Je l'ai soigné pour une pulpite, bon très bien, mais je ne sais pas si ça vous est d'une grande utilité pour la suite des traitements. Après effectivement on peut vous signaler si on l'a mis sous antibiotique et il m'a fait un placard allergique comme ça. Mais cela reste exceptionnel.

Je pense qu'il y a un sens dans les renseignements qui va mieux c'est-à-dire dans le sens médecin-dentiste. Je pense que nous avons plus besoin de vous que vous de nous. Parce qu'on n'a pas grand chose à vous apprendre je pense. Il m'a fait une réaction anesthésique, c'est bien mais ça ne va pas changer votre traitement pour sa tension ! Enfin je pense. Je veux bien communiquer à outrance mais il faut avoir des choses à se dire et des choses utiles.

Nous on prend...

CD2 : ...on est demandeurs

CD1 : moi je n'ai jamais eu un coup de fil d'un médecin qui me demandait mon avis sur l'état dentaire d'un de ses patients. Jamais. Moi j'ai déjà appelé des médecins pour des problèmes donc voilà. Notamment le problème, qu'on n'a pas encore soulevé, des biphosphonates. Là par contre je suis un peu étonné du manque d'information qu'ont les patients par leur médecin sur les pathologies dentaires que ça peut ramener. Et nous si on ne sait pas que le patient est sous biphosphonate ça peut être très embêtant.

Il m'est déjà arrivé, in extremis, d'appeler la pharmacie d'à côté en disant : attend là, le médicament que la prend la patiente, ce serait pas un biphosphonate ? Alors je questionne la patiente pour savoir si son médecin ne lui avait pas dit qu'il fallait faire attention pour les extractions ? Absolument pas ! Et ça, ça m'est arrivé plusieurs fois.

Mais je ne pense pas que la remontée dentiste médecin soit aussi importante que la remontée médecin dentiste. Nous on apprend beaucoup plus de choses de jours.

Animateur : avez-vous déjà vu des complications sous biphosphonate ?

CD1 : non pas encore, j'espère ne jamais en voir.

Animateur : connaissez-vous la prévalence ?

CD1 : on est pratique nous !

Animateur : quasiment nulle. (Désaccord CD1 et CD2)

CD1 : c'est pas ce qu'on lit.

MG1 : le problème c'est que si ça arrive à un de tes patients, t'es dans la merde. Le risque zéro n'existe pas. (Rires + accord MG2)

Je pense que vous pouvez nous apporter quand même quelque chose. Il y a des pathologies gingivales que vous connaissez et qui peuvent être le reflet de pathologies beaucoup plus graves que nous on ne sait pas. (Accord CD2)

On va prendre un autre exemple : les orthèses d'avancée mandibulaire dans les syndrome d'apnée du sommeil, qui fait quoi ? Et comment on fait ? Moi j'ai eu des cas où on m'a dit faut faire des radios de crâne, moi je sais pas.

Mon patient ronfle chez qui je suspecte une apnée du sommeil qui est confirmée par le pneumologue mais qui ne supporte pas sa ventilation, je me dis est-ce que je vais emmerder le dentiste en lui demandant une orthèse d'avancée mandibulaire ? Est-ce que le patient rentre dans les critères pour en avoir une, d'une part ? Et d'autre part, est-ce que le dentiste est capable de me la faire ? Est-ce qu'on doit envoyer tous les mecs qui ont des syndromes d'apnée du sommeil non appareillable chez le stomatologue pour une orthèse d'avancée mandibulaire ? Je pense que non enfin j'en sais rien parce que ça cette pathologie qui est quand même hyper ancienne on en découvre de plus en plus.

Effectivement le flux d'informations et peut-être moins grand. Il n'est pas inintéressant lorsque ça remonte.

CD1 : ça n'est pas des urgences. Il faut que l'on sache rapidement si le gars si il est sous anticoagulants

MG2 : je reviens un peu sur ce que vous disiez tout à l'heure est-ce que de temps en temps vous, chirurgien-dentiste, vous repérez des pathologies qui nécessiteraient plus de prévention, un suivi quelque chose qui vous trouble peu ... par exemple une mauvaise hygiène alimentaire qu'il faudrait éduquer et comment faire pour nous le signaler ?

MG1 : Par exemple vous regardez la bouche des gens bien plus souvent que nous ; à mon avis vous devez dépister des néo ORL bien plus souvent que nous. Nous on ne les voit pas des trucs de la lchette vous les voyez peut-être avant nous. Qu'est-ce qu'on fait ?

Vous avez bien plus l'habitude de regarder les gencives, les loges amygdaliennes que nous qui les ouvrons que quand le patient nous dit « ah j'ai un petit peu mal là » « ça fait trois mois que j'ai un petit peu mal là docteur »

Animateur : je voudrais que l'on se recentre un peu sur CD3 et MG3 qui sont un peu léthargiques (rires) j'aimerais bien les entendre un petit peu participer au débat.

Vous lancez des choses très intéressantes, peut-être que l'on pourrait enrichir le débat avec eux.

CD3 : j'ai pensé aussi aux retours. On pourrait très bien adresser au médecin quelqu'un qui a des dents en mauvais état c'est quelque chose qu'on ne nous apprend pas, qui n'est pas dans les pratiques que l'on nous apprend pourtant ça devrait l'être. Un diabète ou quelque chose qui est caché, ce sont parfois des patients qui ont des dents en mauvaise santé et qui paraissent en mauvaise santé. On ne fait pas forcément le lien, par manque de temps peut-être. On adresse pas ce patient alors qu'il aurait besoin d'un bilan médical.

Animateur : je vais reformuler ma question différemment, tout à l'heure CD1 disait les MG ont plus de choses à nous apprendre que nous n'avons à leur apprendre. Est-ce que le problème est basé sur la communication entre les deux métiers essentiellement ou est-ce que le problème est basé sur la communication des deux métiers centrée sur le patient voire par l'intermédiaire et par le biais du patient ? La justification de notre métier c'est quand même bien les gens qu'on soigne.

CD1 : c'est ce que je disais tout à l'heure. Est-ce que nous en tant que dentistes on a énormément d'informations, mis à part des cas un peu exceptionnels comme disait CD3. Je n'ai pas de souvenir d'avoir vu des pathologies gingivales sur des personnes diabétiques qui s'ignoraient. Cela a été repéré par le médecin depuis belle lurette. Ça n'est pas un problème de gencive qui déterminerait souvent le fait qu'on détecte en diabète. Je ne suis pas spécialiste du diabète mais je pense qu'il y a d'autres pathologies dues au diabète que des problèmes de gencive. On ne va pas appeler le médecin systématiquement dès que le patient a une gingivite même ulcéro nécrotique en disant « il faudrait vérifier le diabète ». Donc on se centre sur le patient, on réfléchit. Mais c'est vrai que tout ce qui est problème alimentaire comme disait MG2, c'est connu aussi. C'est pas nous qui allons détecter une malnutrition. Ça n'existe plus vraiment. Si le patient boit du coca on va lui dire mais on ne va pas passer par le médecin.

Animateur : je profite de l'intervention de CD1, pour lancer le débat sur ce qui n'a pas été jugé comme prioritaire ou prévalant chez vous tous tout à l'heure qui est le problème de la personne âgée dont on sait très bien que dans le cadre de son maintien à domicile il lui faut pouvoir optimiser sa nutrition. Or le vieillissement de la population fait que on a de plus en plus de gens âgés qui ne sont pas au top niveau, que leurs problèmes dentaires pour peu qu'ils aient eus des variations de poids, qu'ils fassent l'objet d'une prothèse dentaire et que la prothèse dentaire n'est plus adaptée et ne leur permet plus de s'alimenter normalement. Et donc dans ce cas là quand vous les voyez n'êtes vous pas justement, dans le cadre du maintien à domicile de ces personnes là, la source fondamentale et basique si nous on ne les voit pas, s'ils ne sont pas malades ou s'ils ne se sentent pas malades. Êtes-vous pas la source de ce qui va faire qu'ils consultent et que vous puissiez faire quelque chose pour optimiser leur dentition ?

CD1 : c'est toujours pareil ce sont des cas très exceptionnels. Si je vois deux personnes âgées par an le problème de malnutrition ou qui ne se nourrissent pas bien à cause de leurs prothèses c'est vraiment à tout péter. C'est très rare ils viennent parce que leurs prothèses les blessent. Je me tourne vers les dentistes : est-ce qu'on a vraiment les capacités de le voir ? On n'a pas été formé pour cela. Ça n'est pas notre métier c'est pas qu'on s'en fout mais ça n'est pas la question que l'on se pose. La personne vient lorsque la prothèse la blesse. On va lui dire qu'elle n'est pas adaptée. On ne va pas lui demander ce qu'il arrive à manger ou pas. Et est-ce qu'il a suffisamment de vitamine B ou D. cela n'est pas notre problème.

Animateur : Ma question se portait uniquement sur l'adaptabilité de la prothèse pas sur les vitamines (rires)

CD3 : moi je dirai que c'est des problèmes auxquels on ne pense pas vraiment. Je rejoins CD1, ce sont des cas que l'on ne croise pas vraiment. Ce sont des cas que l'on voit tous les 2-3 mois.

CD2 : moi je vais dire que j'abonde dans ce sens là. Ce sont des gens qui viennent nous voir ce ne sont pas nous qui en général les envoyons vers le médecin traitant. Quand on les voit c'est parce qu'une prothèse ne va pas ou qu'ils ont besoin de soins dentaires. Ils viennent d'eux-mêmes ou ce sont des membres de la famille des accompagnants d'établissement type EPAD. Mais sinon je ne me vois pas avoir constaté une dégradation de la bouche d'un patient et de l'avoir envoyé voir son médecin traitant pour lui faire faire un bilan alimentaire. Il est vrai qu'au niveau de la bouche, tout à l'heure on parlait de gingivite et de dégradation dentaire. C'est vrai qu'on suit des personnes régulièrement et un moment en prenant de l'âge, on voit qu'il se passe quelque chose, les dents se dégradent à une vitesse faramineuse. On commence quelque chose et on ne s'en sort pas car ça n'arrête pas. Et là il m'est arrivé d'envoyer le patient vers son médecin traitant pour faire un bilan... car il y a quelque chose qui ne tourne pas rond. Et quand on s'en rend compte il est parfois trop tard car pour que les dents se dégradent à ce point là dans les 4-5 ans on lui trouve une chose assez grave.

MG3 : moi je pensais un peu au gynécologue (rires)

Animateur : On a pas prévu de parler des rapports oraux (rires)

MG3 : on a des tas de patients en soins primaires dont on n'est pas le médecin gynécologue mais chez qui on s'enquiert de savoir quand ils doivent revoir leur gynécologue... moi j'aimerais plus avoir un retour d'information sur quand est-ce que le chirurgien-dentiste souhaite revoir le patient pour que l'on puisse renforcer leur motivation à vous revoir. En addictologie, j'ai pas mal de patients sous méthadone. La méthadone ça dégage les dents à une vitesse dingue. (Accord des CD1 et CD2)

Ces patients ont une peur dingue de vous les dentistes. Ils ont peur de la douleur. Nous on les tient car on prescrit le médicament, s'ils ne l'ont pas, ça ne va pas. J'en vois beaucoup qui vont voir le dentiste une, deux, trois fois puis ensuite ils me disent qu'ils n'y vont plus car c'est bon, ils n'ont plus mal. Donc moi j'aimerais savoir le rythme du suivi, s'ils doivent être revus par exemple tous les deux mois pendant deux ans.

CD1 : je suis d'accord mais vous n'avez pas besoin de nous pour ça. C'est au médecin de demander aux patients quand est-ce que tu vas chez le dentiste.

MG2 : oui mais le problème c'est que vous seuls connaissez l'état dentaire de vos patients. Nous nous ne sommes pas capables de dire à quel rythme il faut faire la surveillance. (Vif intérêt de tous + accord CD1)

CD1 : nous le faisons en interne. On leur dit votre état dentaire nécessite un contrôle tous les six mois. Je ne vois pas l'intérêt de passer par le médecin.

MG3 : bah nous on pourrait le mettre en alerte dans nos logiciels. (CD1 souffle). Comme ça si il y a un oubli on peut lui dire.

CD2 : oui ça pourrait être pas mal.

CD1 : je suis admiratif si vous arrivez à le faire.

MG3 : on le fait pour les gynécos, les cardio, les endocrinologues... c'est notre boulot quotidien.

MG1 : c'est bien beau tout ça, mais si tu ne sais pas qui est son dentiste, qu'est ce que tu fais ? C'est pour ça il faut savoir qui soigne qui. Donc avant de mettre une alerte, il faut mettre les coordonnées du chirurgien-dentiste avec son numéro de téléphone. Et les dentistes devraient faire pareil avec les généralistes. Il faut commencer par faire des choses simples. Est-ce que tu as mon nom pour mes patients que tu soignes ? Moi je te le dis, je n'ai pas tes coordonnées. Donc je crois que la moindre des choses c'est de créer un fichier de correspondants (accord de tous.)

MG2 : je suis d'accord avec toi, il faut un début. Mais une fois que le début a commencé par exemple s'il y a un soin qui a commencé on ne sait pas du tout quand ça s'arrête le soin. Moi je suis des toxicomanes aussi, avec nécessité de soins importants et un gros risque infectieux, j'ai beaucoup de difficulté à avoir des informations sur leur suivi.

Pour des patients en difficulté, des diabétiques, des patients âgés, on sait qu'ils ont des soins mais on ne sait pas où ils en sont, et est-ce qu'ils vont au bout. Est-ce qu'il y a une nécessité de suivi, est-ce qu'ils ont arrêté un soin en cours, et ça on ne le sait pas. Et ça, ça pourrait nous être utile. Car si il y a un risque infectieux, il y a risque cardiaque...

CD1 : Je ne vois pas comment on peut faire ça. On soigne 20 patients par jour, on ne peut pas vous faire courrier à chaque fois. Parfois même nous, on ne sait pas ce que va devenir la dent.

MG2 : oui mais je parle de certains patients et patients à risques. Ça n'a aucun intérêt pour les patients en bonne santé, je suis complètement d'accord. Mais peut-être que pour les patients à risque, on n'est pas assez attentif nous ; puisque les soins dentaires sont très importants. Dans ces cas là il suffirait...

MG1 : oui mais si l'information est importante pour nous, pourquoi demander aux autres de nous la transmettre au lieu d'aller la chercher ? Plutôt que de dire : monsieur est-ce que vous avez des soins dentaires ? Il faut dire : qui est votre chirurgien-dentiste et lui passer un coup de fil. Moi ça m'est arrivé, la secrétaire me dit, comme tu disais il y a jamais d'urgence y a que des gens pressés... on peut très bien laisser son numéro de portable et le dentiste à la fin

de ses soins, ils nous rappellent et on s'arrange.

Je pense qu'il faut commencer par des choses simples, ne pas s'enflammer ; commençons par se connaître.

Animateur : si je comprends bien vous validez le fait qu'échanger est très important, les modalités restant encore à définir.

Est-ce qu'il vous semble dans la vie de vos patients qu'il existe des situations où votre action conjointe est insoutenable, indispensable ?

CD3 : c'est-à-dire ?

Animateur : est-ce que la collaboration entre médecin généraliste et chirurgien dentiste est indispensable dans la prise en charge de certains patients ? Lesquels par exemple ?

CD3 : oui, je pense toujours aux patients poly-médiqués. Après, pour les patients en bonne santé, ça ne nécessite pas d'appeler le médecin traitant.

Après c'est vrai qu'il faut l'appeler plus souvent, moi je pense que je ne communique pas assez. Par contre je suis très courrier : j'ai fait un courrier en demandant quel traitement il prend, est-ce qu'il est possible de faire une avulsion.

Animateur : j'ai cru comprendre CD 3 que tu avais eu une expérience dans une maison médicale à l'étranger... et tu disais dans ta façon de te présenter que cela avait été une expérience enrichissante.

CD3 : c'était un peu lourd, car chaque patient devait d'abord voir un médecin. Certains patients qui avaient des pathologies lourdes comme du diabète, une hypertension, étaient suivis et devaient voir un médecin en plus de nous.

Animateur : est-ce que cette coopération t'a paru intéressante ?

CD3 : oui.

MG1 : pour en revenir sur les patients susceptibles d'être intéressants, je pense qu'il faut penser aux enfants. Quand on regarde la bouche des enfants c'est catastrophique. (CD1 pas d'accord.) Ma question c'est : est-ce que ça nécessite une prise en charge, est-ce que vous soignez tous des petits gamins ? Est-ce qu'on peut vous les envoyer ?

CD2 : dès l'âge de deux ans et demi on commence.

CD1 : je vais répondre à ta question par une autre question : est-ce que tous les enfants sont pareils ?

MG1 : non. Mais en toute logique dans les examens obligatoires du 9^{ème} et 24^{ème} mois, on doit regarder la bouche des enfants. Je ne sais pas si tout le monde ici le fait. Moi je ne le faisais pas jusqu'à ce que je fasse une thèse avec un de mes internes, et maintenant que je le fais, je suis assez désagréablement surpris. Alors est-ce qu'on fait comme l'ancien dogme : on s'en fout, c'est des dents de lait.

CD2 : il y a toujours eu des programmes dédiés aux enfants. En ce moment c'est « aime tes dents ». Quand on voit les statistiques des gens qui sortent de notre cabinet après avoir reçu l'imprimé qui incite les parents à aller voir le dentiste avec les enfants, on est sidéré car il n'y a rien à payer, et les soins qui en découlent sont pris en charge à 100%, et pourtant les gens qui viennent représentent à peine 40 à 50 %. Le comble c'est que les gens qui viennent nous voir, c'était déjà des gens qui venaient déjà nous voir avant. (Rires de tous)

Ceux qui devraient venir, ne viennent pas. On ne sait pas quoi faire pour motiver les gens. Il y a toujours cette peur qui persiste. Après on peut évoquer nombre de cause, il y a des gens qui ne savent pas soigner les enfants, qui ont peur des enfants... (Accord de tout le monde.)

CD1 : ...qui ferment le mercredi ! (Rires)

MG2 : peut-être que nous ne sommes pas assez au courant de ces soins préventifs, on est pas

très formé à ça.

CD1 : il y a maintenant le gaz MEOPA, que certains utilisent avec quelques précautions... mais il faudrait déjà, comme disait MG3, changer notre image d'Épinal. On est plus en 1912...; pourquoi, alors que le gamin a deux ans et que c'est sa première visite chez le dentiste, il ne veut pas monter sur le fauteuil ? Parce que c'est les parents. (Accord de tous.) Il y a tout un système d'éducation à faire.

Quand il y a un enfant qui fout le bordel dans mon cabinet et que la maman dit : «attention le dentiste va te faire une piqûre, et t'arracher toutes les dents », je dis à la maman: «celui-là, s'il a mal aux dents, vous ne me l'amenez pas, vous vous débrouillez. »

Quand il y a un soin difficile à faire, c'est pas le gamin qui décide, souvent ce sont les parents qui sont les plus difficiles à gérer. Je leur dis aux parents, ce que je fais c'est pas pour moi, c'est pour vous, c'est pour le gamin, et aussi pour le médecin après avec son vaccin, pour que le gamin voit que ça marche pas de gueuler. C'est une éducation qui se fait un peu « dans le muscle », c'est vrai de temps en temps ça dégage. Mais le plus important, comme je dis, c'est que l'enfant n'ait pas mal. Et une heure après l'enfant il se sent con car il n'a pas mal. On arrive petit à petit à changer notre image d'Épinal.

Et tant qu'on n'arrivera pas à améliorer notre image, vous, médecin dans vos cabinets médicaux, vous serez embêtés avec des états dentaires plus que médiocres. Et avec des gens qui vont pas chez le dentiste parce qu'ils ont pas mal et qui, nous, vont venir nous faire chier en urgence avec un abcès, avec la gueule déformée. Et une fois qu'on aura réglé le problème, y aura plus personne, on les reverra plus. Donc y a aussi une mentalité à changer et les médecins généralistes ont un rôle à jouer. (Accord MG1 MG2.)

Nous quand on les voit ils ont mal c'est déjà trop tard, tandis que vous, vous pouvez les voir en amont et faire de la prévention dentaire ; comme nous, à l'inverse, on peut avoir des gamins de 50 kg, et demander aux parents : votre gamin il aurait pas un problème de nutrition ? Est-ce que vous êtes allés voir votre médecin ? Mais en général la réponse c'est oui mon médecin me l'a déjà dit. Là on peut avoir une interaction plus facile mais ça c'est la base. Après dans le cœur de nos métiers, je ne suis pas sûr qu'on puisse faire des échanges productifs, constants et fréquents entre nous ou alors sur des cas très ciblés.

Moi je veux bien, sûrement qu'on communique pas assez, mais après je me dis est-ce que les gens sont vraiment moins bien soignés ou pas...

CD2 : entre chirurgien-dentiste, On ne communique même pas beaucoup d'ailleurs, on est plutôt un métier casanier, solitaire.

CD3 : ce n'est que certains cas quand même, mais il ne faut pas se retenir d'appeler le médecin.

Animateur : on arrive à la fin du débat ; voyez-vous quelque chose à ajouter ?

MG1 : Non

Animateur : est-ce que vous estimez, après les échanges de ce soir, qu'ils ont modifié l'image que vous aviez du métier de l'autre ?

MG2: non. Pour ma part, ça me rappelle d'être plus attentif au suivi, de regarder plus souvent dans la bouche des gens. Ce qu'on néglige parfois par manque de temps, parce qu'on est accaparé par autre chose, alors qu'on peut repérer des choses par les dents.

Animateur : cela fait référence à ce que disait CD1, à savoir que quand les patients arrivent avec une douleur c'est qu'il est déjà trop tard et qu'il fallait le voir avant...

MG2 : c'est ça, ce serait d'être un peu plus préventif et inciter les gens à aller voir leur dentiste ; et puis c'est toujours bien de discuter avec vous car ça nous réactive...

CD3 : je reviens sur l'histoire des soins en retard. C'est vrai qu'on a beaucoup d'urgence. Souvent quand le patient vient c'est parce qu'il a mal et pas parce qu'il est adressé par le médecin ou un autre professionnel de santé. Et dans les examens de prévention, parfois il n'y a pas forcément de soins à faire ; il devrait y avoir des examens plus régulier, même après 18

ans il devrait y avoir des examens remboursés prévention car ce n'est pas seulement à 18 ans qu'il y a des problèmes à trouver.

MG3 : il faut qu'on soit mieux informé les consensus professionnels sur le rythme de la prévention, puisque comme il va évoluer tous les cinq ans, il faut une meilleure information sur le rythme des consultations préventives, car je suis pas sûr si on devait donner les recommandations tous les trois qu'on ait les mêmes avis...

CD1 : Moi j'ai mon père qui était médecin généraliste, donc le métier de médecin je le connais. Je me fais souvent la réflexion que j'ai bien fait de faire dentiste au lieu de médecin, je pense qu'on a une qualité de vie qui est meilleure que la vôtre car on travaille sur rendez-vous. Donc quand MG2 dit qu'il faut qu'on regarde plus la bouche de nos patients, c'est bien gentil, mais je sais votre rythme de boulot.

Nous on travaille sur une petite sphère, vous sur l'ensemble du corps ; si vous devez commencer en plus à faire ouvrir la bouche de vos patients... vous avez sûrement autre chose à foutre. Après, s'il y a quelque chose à ressortir pour vous, c'est peut-être pour certains patients diabétiques avec un diabète mal équilibré ou un gars avec des maux de tête, de penser dans ces moments-là aux dents et de regarder, et puis de motiver le patient à aller chez le dentiste après.

MG1 : commençons par se connaître et après on collaborera. Tu ne peux communiquer qu'avec des gens que tu connais.

CD2 : j'irai dans le même sens, la notion de réseau que vous connaissez puisqu'en tant que généraliste vous êtes obligés de travailler en réseau avec les spécialistes, il faut intégrer le chirurgien dentiste dans votre réseau. Quand vous avez besoin de nous, n'hésitez pas à motiver les gens à venir nous voir, et peut-être qu'en retour on solutionnera des problèmes plus généraux puisqu'il y a infection locale que tout le monde connaît. Et dans le cadre de grandes pathologies comme le diabète, c'est une nécessité de fonctionner comme ça.

Le 25/02/2015

FOCUS GROUP 2 :

CD5 : c'est une très bonne idée au départ. Mais mon idée personnelle, c'est qu'il faudrait chacun présenter ce qu'on fait. Déjà nous trois là, je vais pas dire qu'on fait des métiers différents mais presque.

Animateur : alors vas y, ça me va très bien, raconte nous ce que tu fais. (Accord CD1 et 3)

CD5 : la pratique de la dentisterie, je compare toujours ça à de la restauration : ça va du hamburger au restaurant quatre étoiles, et au milieu chacun fait un peu sa cuisine, en fonction de ses formations, des investissements qu'il a fait, d'un tas de paramètres qui va amener à la fois des problèmes, au milieu des contraintes que nous met la politique de santé de notre pays, et au milieu chacun fait du mieux qu'il peut avec ce qu'il a. Si bien que ce qu'on fait dans un cabinet A n'est pas du tout pareil que ce qu'on fait dans un cabinet B ou dans un cabinet C en terme d'objectif, en terme de traitement, en terme de plein de choses. Aujourd'hui on peut traiter une dent, on peut l'arracher, mettre un implant, on peut faire plein de choses. On peut traiter une dent, ou traiter la bouche de façon globale, il y a tellement de façons d'appréhender notre métier avec plein de façons différentes, avec un plateau technique qui peut aller de pas grand-chose à des plateaux techniques extrêmement lourds. Donc au milieu de tout ça, je

pense que nous on fonctionne sur le bouche à oreille, donc en fonction de ce qu'ils cherchent, les patients vont s'adresser a droite ou à gauche, et c'est là que l'échange avec les médecins est vachement compliqué, puisque vous, vous ne savez pas ce que l'on fait nous, avec les contraintes et les problèmes que l'on a.

Mais c'est compliqué, et plus ça va, et plus ça devient compliqué. C'est peut-être une idée complètement fausse que je me fais, mais le médecin n'a pas besoin de beaucoup d'investissement, peut-être que je me trompe, (moue désapprobatrice des MG), le prix de la consultation est le même pour tout le monde (MG pas d'accord), alors que chez nous ça va du prix d'une consultation à des sommes extrêmement lourdes, quand on commence à faire de la chirurgie osseuse ou autre... c'est pour ça qu'entre confrères ce n'est pas évident, et encore moins évident avec vous, parce que en fonction de ce que chacun fait, le rapport devient compliqué.

Animateur : compliqué pourquoi ?

CD5 : compliqué parce que, et c'est pour ça que c'est bien de faire ces réunions, on ne sait pas ce que fait l'autre.

Animateur : alors justement en l'occurrence, que fais-tu ?

CD5 : je fais du travail de spécialité mais je n'ai jamais voulu m'installer comme spécialiste en prothèse, en orthodontie, en implantologie, chirurgie osseuse, j'ai pratiqué toutes les choses ; je donne des cours dans une fac parisienne. Je fais des travaux pointus dans chaque chose, moyennant quoi je passe très peu de temps à faire de la gestion basique, les gens ne viennent pas chez moi en disant, tiens j'ai vu de la lumière donc je suis rentré. J'ai donc plus un travail de spécialité, tout en ayant conservé ma spécialité d'omni pratique, puisque ce qui me passionne dans mon métier c'est de prendre un cas et de l'amener jusqu'à Z, sans en référer à différents intermédiaires, ce qui génère beaucoup de problèmes. Les deux tiers de mon activité, c'est de récupérer des gens qui ont été faire un truc à droite, un truc à gauche, et à l'arrivée il n'y a rien qui marche parce qu'il n'y a pas de pilote dans l'avion. C'est le gros problème aujourd'hui, c'est que les jeunes qui arrivent se spécialisent tout de suite... en implantologie, ils ne savent même pas retirer une dent de sagesse incluse mais on leur apprend à mettre un implant, c'est beaucoup plus rentable que de soigner une dent ou faire un truc.

On est donc dans une situation compliquée, où même les dentistes entre eux ne connaissent pas la problématique de celui qui est derrière.

CD4 : je suis d'accord avec lui. Je qualifierai mon confrère de spécialiste, et je me qualifierai de généraliste. Maintenant on a envie d'une dentisterie un peu plus globale, mais on a du mal. Il faut être très formé, et à ce moment-là on essaye de toucher à tout, effectivement il y a beaucoup de spécialité : il y a de l'implantologie, la parodontologie... donc moi quand j'ai des cas, j'envoie à des confrères comme un médecin généraliste.

CD5 : parce que derrière tout ça il y a des contraintes financières...

CD4 : oui aussi, de matériel, et de sécu... on est hors nomenclature.

CD5 : parce que le plateau technique coûte extrêmement cher, on est hors nomenclature. Donc ça devient très compliqué. Moi j'ai un plateau technique extrêmement lourd, donc il y a des contraintes. On est dans un secteur libéral ; Plus on a des techniques pointues, plus le plateau technique coûte extrêmement cher. Donc à l'arrivée, on a des patients qui viennent, non seulement par ce qu'ils ont un problème X, mais aussi parce qu'ils ont les moyens. Et ça malheureusement, il ne faut pas faire de la langue de bois, c'est comme ça aujourd'hui.

CD6 : tout à fait je suis d'accord on est tous les trois « chirdents » mais on n'a pas la même activité. Là où je suis situé, je suis un peu bloqué pour tout ce qui est implantologie ; c'est un quartier qui n'a pas les moyens de faire des soins qui coûtent quand même assez cher, les gens

sont beaucoup à la CMU. Moi je me considère un peu comme l'éboueur de la dentisterie, c'était dire que j'extrait, pour parler crûment, toutes les dents pourries. Donc moi je fais mon boulot, j'aime bien, ça reste un boulot ultra basique, c'est vraiment de la chirurgie dentaire... je vais pas dire bas de gamme parce que je mets quand même les moyens pour faire du bon boulot, mais j'assainis les bouches. Parfois je me considère un peu comme éboueur, car les gens ne se lavent pas les dents, c'est un peu catastrophique. Mais les gens n'ont pas les moyens, donc je ne vais pas investir dans la formation pour de l'implantologie si je ne fais qu'un seul cas par an, ou les plateaux techniques coûtent extrêmement cher, pareil pour les formations, et puis je suis content de ce que je fais, je me considère vraiment comme généraliste de la chirurgie dentaire.

Par contre, j'évite de multiplier les correspondants ; Tout ce qui est implantologie, j'envoie chez un copain quand j'ai un patient qui a les moyens de faire quelque chose ; ou la parodontologie chez une copine. Ce sont toujours les mêmes personnes.

Mais je suis limité par mes patients et leurs faibles moyens, mais je suis heureux de ce que je fais.

Animateur : une petite remarque : tu parlais de formation payante : chez les dentistes, les formations sont payantes ? Vous n'êtes pas dans le domaine du DPC ?

CD4 et CD5 : il y a les deux.

CD6 : dès que ce sont des formations un peu pointues, c'est tout de suite hors de prix, il faut quand même qu'il y ait un retour sur investissement. Souvent ce sont des formations privées.

CD5 : en moyenne c'est 1000 € par jour (étonnement des MG). En plus ce sont des jours où on ne bosse pas, il faut payer la nourriture, le déplacement, l'hôtel également. Donc chez nous il y a une problématique financière qui est énorme (accord CD1)

CD4 : des deux côtés, du côté du patient et du praticien.

Animateur : on continue le tour de table de présentation...

MG6 : Je rebondis sur ce que disait CD5, nous aussi on fait de la médecine générale, qui fait écho à notre âge, à notre culture, à nos expériences, à nos intérêts. Et je pense que chaque médecin généraliste aura sa spécificité : Il y en a un qui font des infiltrations, d'autres de la gynécologie, de la phytothérapie, de la psychiatrie un petit peu, certains font des actes assez techniques. Donc je pense qu'en médecine générale il y a aussi un éventail très élargi d'exercices possibles avec du petit matériel, et avec des installations qui peuvent être, pas lourdes pas aussi coûteuses qu'en chirurgie dentaire, mais assez techniques : Y en a qui font de la cardiologie... donc je pense qu'en médecine générale, il y en a qui sont maîtres de stage, d'autres pas, donc je pense que c'est une discipline où on touche à tout, on peut toucher à tout. Personnellement, cela fait 20 ans que j'exerce, je viens de la psychiatrie ou j'étais PH, j'ai choisi médecine générale car j'en avais marre du système hospitalier, et je dois dire que je prends vraiment mon pied... j'ai dû changer en 20 ans, à peu près cinq fois ma façon de travailler et de manière assez fondamentale : de la psychiatrie j'ai découvert la pédiatrie en médecine générale, puis la micro nutrition, actuellement je m'intéresse à la phytothérapie ; Et entre deux j'ai découvert l'exercice en compagnie de jeunes étudiants, internes, ce qui donne des échanges tout à fait enrichissants et rafraîchissants, car ils nous amènent de la nourriture fraîche.

Donc je pense qu'il y a une émulation très diversifiée possible en médecine générale.

On va adresser, ou en tout cas moi c'est ce que je fais, des choses qui ne nous intéressent pas, que je n'ai pas envie de sur investir, j'envoie à des confrères médecins généralistes.

MG5 : je suis tout à fait d'accord, on a toute latitude pour choisir de faire l'exercice qu'on aime : il y a des médecins qui sont plus intéressés par la pédiatrie ou la petite chirurgie et qui vont réorienter leurs exercices sans quasiment aucun investissement, si ce n'est le temps pour parfaire ses connaissances, chose qu'on peut faire sur des formations ou via internet, ou on a une mine d'informations avec des sites extrêmement bien conçus, un regroupement des recommandations dans tous les domaines possibles et imaginables. Donc c'est vrai qu'on fait

l'exercice qu'on aime et qu'on envie.

Simplement quand on est en début d'exercice, CD2 tout à l'heure parlait des spécialités, au début on a pas du tout connaissance des spécialités de tel médecin, tel spécialiste, ou chirurgien dentiste, c'est un peu compliqué de savoir est-ce que ce chirurgien il fait plutôt du genou, plutôt de la hanche ?

Donc aussi bien pour les dentistes que pour nous, c'est une difficulté, car les gens nous demandent : est-ce que vous connaissez un bon gynéco, un bon dentiste. Et donc on fonctionne un peu à l'aveugle, au bouche-à-oreille sans élément factuel.

MG4 : alors moi j'ai découvert mon métier il y a 32 ans, et j'ai la chance de ne m'être jamais ennuyé, car il y a toujours une évolution, on se remet toujours en question. Comme disait MG3, on ne fait pas la même médecine au fil des années, on évolue, on prend des orientations différentes.

Ce qui m'a boosté aussi, c'est d'accueillir des internes, ça permet de se remettre en question de réapprendre. On vient dans l'accompagnement, on n'est pas des maîtres, c'est très stimulant. Pour rien au monde je changerai de métier.

C'est sûr qu'on a pas un plateau technique comme les dentistes, mais après on peut choisir les actes techniques que l'on veut faire ou non, en fonction de nos sensibilités, mais on ne peut pas tout faire : c'est tellement énorme, on a la chance de s'intéresser du bébé aux soins palliatifs et c'est la notre grande richesse. Mais on ne peut pas tout faire, donc on est obligé de se limiter et avec le temps il y a des choses que l'on préfère.

Moi ce que j'apprécie de plus en plus c'est la collaboration avec les autres professions. Moi ce que j'adore, c'est quand on envoie à un confrère pour un soin, par exemple un problème d'anti coagulation, eh bien on prend son téléphone et c'est très enrichissant.

Je pense qu'il faut qu'on apprenne à être moins fermé, d'un côté les médecins généralistes, de l'autre côté les « chirdents » ; bon je caricature mais c'est un enrichissement mutuel de travailler avec les kinés, avec des chirurgiens-dentistes, avec les pharmaciens... il faut qu'on arrête de se focaliser sur nous même.

Animateur: est-ce que vous estimez que vous faites le même métier qu'il y a 10, 20, 30 ans ? Est-ce que vous trouvez que votre métier a changé ?

MG4 : complètement. Ce ne sont plus les mêmes pathologies, les prises en charge ont complètement changé. Les pathologies sont de plus en plus lourdes, il y a de plus en plus de maladies chroniques, les rhinopharyngites on en voit... mais les maladies chroniques, les prises en charges au long cours c'est passionnant.

Animateur : alors les CD ? Êtes-vous d'accord ? L'avis de MG1, c'est que le métier a changé essentiellement du fait des patients. Est-ce que vous trouvez, s'il y a un changement dans votre métier, que cela vient de vos patients ou à cause de la société et des règles qu'on vous impose pour travailler ?

CD5 : moi je ne fais absolument plus le même métier que lorsque j'ai commencé il y a 28 ans. Par ce que je suis un énorme curieux de nature, et que je suis allé pousser toutes les portes que je pouvais. La vie a fait que je me suis hyper spécialisé dans plein de choses, donc je ne fais plus du tout la même chose que ce que je faisais avec passion à 28 ans. En revanche on a des contraintes externes qui sont devenues énormes, si bien que les jeunes, il y en a de moins en moins qui veulent s'installer en libéral, et c'est de plus en plus dur pour eux. Un jeune qui démarre, et qui est tout seul dans son truc, ça devient extrêmement lourd. Je pense que le métier est passionnant, quelque soit la façon dont on l'exerce, puisqu'aujourd'hui il y a une multitude de possibilités ; mais les contraintes sont de plus en plus lourdes, que ce soit en terme de principe de précaution, et vous les médecins vous êtes encore plus concernés que nous : dès que tu fais quelque chose il faut ouvrir les parapluies...

Les patients ont des façons très différentes d'appréhender leurs bouches et les demandes peuvent être très différentes.

Chez nous il y a la problématique santé et la problématique confort, c'est pas pareil : on peut

vivre sans dent mais on ne peut pas vivre avec une infection dentaire.

Ya la partie reconstructrice, puis la partie, comme tu disais tout à l'heure, où il faut enlever la dent parce qu'il y a une infection, une douleur... ce sont deux choses différentes, c'est un abord différent de la problématique santé.

CD6 : oui je suis assez d'accord pour dire que c'est difficile pour les jeunes quand on s'installe. La dentisterie c'est assez lourd ; d'ailleurs moi je sais que ce ne sera pas mon métier ad vitam aeternam. J'ai ma reconversion dans 10 ans déjà prévue. Mon boulot là, il est alimentaire.

Je trouve qu'il n'y a pas de reconnaissance de la part des gens. Parfois on fait des supers trucs, ils partent sans dire merci. Moi je fais plein d'actes gratuits, pour les CMU je ne mets même plus de couronne métallique, je fais tout en céramique, je paye tout de ma poche. C'est vrai que ça peut être pénible comme boulot, et moi je ne ferai pas ça toute ma vie.

J'ai repris des études de commercial... D'ailleurs dans notre boulot, il y a aussi un aspect commercial malheureusement. Il faut payer derrière, on est vendeur de couronne... On est plus vraiment médecin, on est commerçant et dentiste à la fois.

CD4 : moi je suis installé depuis un moment, j'ai fait des formations. Je dirais que jusqu'aux années 2000, l'envie de faire beaucoup de choses, les mutuelles suivaient mais j'ai l'impression qu'il y a eu comme une baisse; moi j'ai les deux, des CMU et les autres... mais de plus en plus CMU dans ma zone, avec des gens qui ne sont pas toujours sympas, qui sont très exigeants. Alors là, ça renverse le travail : avant les gens étaient contents, ils sortaient, ils se regardaient... maintenant c'est presque un dû pour certains, en plus les mutuelles remboursent de moins en moins. Donc moi je me retrouve par moment, je fais un plan de soins et là : « ah bah non je ne peux pas, je préfère attendre »... et finalement rien ne va.

Mais je trouve que depuis 50 ans on est dans une phase plus difficile ; donc je propose, quand les gens sont motivés, je fais. Et si ils ne sont pas motivés, je ne fais pas. Mais je n'insiste pas, je ne vends pas. C'est plus frustrant ces dernières années, à cause du coût également, le coût du matériel, le coût pour les patients également, des patients qui ne veulent pas dépenser, qui mettent leurs vacances avant. On a parfois des CMU, qui ont des appareils gratuits, et qui sont en plus très exigeants, qui veulent parfois retourner en Algérie et qui demandent pour que ce soit terminé avant... on n'a donc un panel varié de patients. Je trouve qu'avant c'était plus uniforme, plus respectueux.

Nous quand on fait un soin et qu'ils ne sont pas contents et qu'on met de notre poche, parce que pour les CMU on met de notre poche, c'est énervant.

Moi ce que j'aime bien dans mon métier ce sont les contacts : j'aime bien quand les gens viennent parler, j'ai l'impression de faire du social et j'aime ça. Ça fait parti un peu de mon métier, et ça ne me gêne pas. Dans ma pratique de la dentisterie j'ai eu un pic, et maintenant je m'accommode aux gens. Ils veulent faire, ils ne veulent pas faire, ils veulent discuter.

Animateur : alors les MG, est-ce que ce problème de reconnaissance vous le ressentez ?

MG6 : ça m'est égal, ça n'est pas la motivation de mon métier. Que les patients soient reconnaissants ou pas, c'est tout à fait secondaire pour moi. Je m'efforce de faire mon boulot correctement mais comme je l'entends en respectant bien sur les codes de déontologie, de bonne conduite, de prescriptions etc. Mais pour moi c'est une aventure dans le temps, c'est tout à fait possible mais généralement, les patients viennent ou ils ne viennent pas, il y en a qui vont être fidèles tout de suite et d'autres ça mettra des années et d'autres jamais.

Ce qui est important pour moi c'est l'échange. Et étant installé seul avant, j'en avais vraiment marre. Le changement en cabinet de groupe a complètement redynamisé mon métier et aussi le fait d'avoir des étudiants.

Mais la reconnaissance s'exprime dans la fidélisation. La reconnaissance c'est le sentiment que j'ai, vis-à-vis de moi-même, d'avoir bien fait mon boulot. Ce n'est pas aux patients de me dire merci. L'exigence je la porte vis-à-vis de moi-même. Mais je pense que ce problème de reconnaissance renvoie à sa propre frustration qu'on a du métier.

CD6 : on n'a effectivement pas forcément besoin de la reconnaissance mais j'ai l'impression que les patients maintenant sont dans une attitude conflictuelle par rapport à ce qu'on fait. J'ai l'impression que dès qu'ils peuvent te flinguer, c'est parti. J'ai l'impression que c'est de plus en plus. Les absentéistes, ce qui ne viennent plus, ou qu'on ne veut plus prendre, là tout de suite il fait un scandale.

Donc c'est vrai qu'on n'est pas obligé d'avoir toujours un merci, mais dès qu'il y a un problème on sait qu'on va prendre le boomerang en pleine figure.

CD4 : La différence entre les généralistes et nous, c'est que nous on fait des actes, on fabrique (accord de MG4) on a toujours les mains à faire quelque chose, c'est ça qui fait la difficulté de notre métier. Dès que le patient entre, déjà il a peur, (accord CD6) donc nous on doit passer cette étape de stress, et tout de suite on attaque on fait un acte technique ; donc forcément quand on fait un travail manuel toute la journée, parfois ça ne se passe pas toujours bien... donc la reconnaissance qu'on attend du patient, elle est liée au fait que l'on a fabriqué quelque chose, on s'est efforcé à façonner quelque chose qu'on espère beau ... (accord des CD)

CD5 : tu as mis de toi !

CD4 : oui on a mis de nous avec nos mains. Et ça du matin au soir toute la journée, c'est cet acte là qui est difficile parfois. Par rapport peut être à un médecin où, nous on a l'impression, qu'il écoute d'abord alors que nous on doit agir.

MG4 : la reconnaissance oui quand j'étais jeune, mais avec les années de moins en moins. J'essaie de faire mon travail correctement en fonction du patient, de ce qu'il veut, et de ce que je peux faire. Quand on a un merci c'est bien mais je ne cours pas du tout après ça. Ensuite ce que j'ai appris, c'est qu'on peut soigner des patients longtemps on correspond à une demande, et à un moment donné il peut y avoir des voix qui changent, c'est pas forcément un rejet mais les gens ont besoin d'autres choses, nous on évolue aussi. Au début on culpabilise un peu. Quelquefois par exemple quand on accompagne un patient en fin de vie, lorsqu'il part, le conjoint qui reste ne vient plus. En fait ce n'est pas qu'ils nous en veulent, c'est qu'ils sont envie de gommer une partie de leur vie. Donc c'est quelque chose qui est évolutif mais travailler pour la reconnaissance non.

Animateur : la peur des patients?

MG4 : j'ai plus peur de leur mauvaise foi, notamment quand ils viennent vous incriminer. Quelquefois on ouvre la porte et quelqu'un arrive et nous agresse alors qu'on a rien fait, c'est à nous de faire un travail d'écoute, à recentrer les choses. Les gens sont inquiets, ils viennent chez nous parce qu'ils ne sont pas bien, il y a parfois des mauvaises nouvelles à annoncer, il y a évidemment des pathologies de routine mais il y a aussi des choses lourdes. Donc il faut rassurer le patient, il faut, je n'aime pas le terme, se mettre au niveau du patient, il est hors de question d'imposer des choses : on a dans notre tête notre schéma idéal et on fait ce que l'on peut en fonction du patient.

On n'a pas ce côté technique, on ne façonne pas de la céramique, mais en quelque sorte on façonne notre relation que l'on a avec le patient.

MG5 : concernant la reconnaissance, pour moi elle est importante. Sans ça, on perd un peu le goût que l'on a pour ce métier, l'amour qu'on a pour ses patients, et la force de continuer à se former : ce qu'on a appris à la faculté il y a 10 ans c'est proche, mais en même temps c'est déjà plus valable. Il y a donc un effort permanent, donc si je n'ai pas la reconnaissance du patient, je pense que ce sera plus difficile. A l'extrême, un procès si ça m'arrive, ce sera extrêmement dur à vivre. Bien que, en médecine générale on est relativement à l'abri de ce genre de choses, pourvu qu'on communique.

Animateur : statistiquement, une fois sur une carrière.

MG5 : mais vu l'investissement mis dans notre métier, ce serait difficilement vécu.

Animateur : ... et toujours lié à un manque de communication de la part du soignant, toujours !

MG5 : c'est pour moi essentiel de savoir désamorcer une situation explosive et de reconnaître

ses fautes, surtout ouvertement.

MG4 : par contre tu ne dois jamais dire devant quelqu'un que tu es coupable, ça c'est pour les histoires d'assurance, non mais c'est pas des blagues, il ne faut jamais le dire... tu dis que tu ne sais pas...

MG5 : après on a la chance quand on est généraliste d'avoir une reconnaissance implicite : puisque les gens reviennent. Ils sont totalement libres, ils reviennent avec les enfants, ils en parlent dans leur entourage. Moi je vis ça extrêmement fort en ce moment puisque je suis installé depuis très peu et donc j'ai beaucoup de nouveaux patients qui me disent : « j'ai entendu parler de vous... » tout ça c'est très stimulant.

Après on parlait de frustration, je pense puisqu'on peut absolument tout faire en tant que généraliste, donc on n'arrivera jamais à tout faire, donc on sera toujours frustré et donc on aura toujours besoin de reconnaissance !

Après il y a un autre point sur lequel je voulais réagir, ce sont les patients CMU : nous en médecine générale on a pas du tout ce problème là, à se demander si ce sont les mêmes patients ! Moi les patients que j'ai, il y a peut être un biais de sélection, mais ils sont plutôt respectueux. Bien sûr il y a des têtes en l'air qui oublient les rendez-vous, le fait de ne pas payer le rendez-vous manqué, ça n'arrange pas les choses mais la plupart des gens en CMU sont respectueux, reconnaissants, en tout cas ceux que je vois.

Peut-être que la liberté qu'ont les patients de choisir leurs médecins, et aussi du médecin qui peut refuser de soigner ces patients, ça fait qu'on sélectionne nos patients, qu'on a la patientèle qui nous ressemble... mais en tout cas il n'y a pas cette relation, ou on fait les choses à perte et à contrecœur quand on a des patients en CMU.

MG4 : pour revenir sur l'argent, on n'a pas trop ce souci, puisqu'on est conventionné secteur 1, on a un tarif unique à 23 € la consultation avec quelques actes techniques, accord des CDs, donc le rapport à l'argent n'est pas le même.

MG5 : par rapport à la reconnaissance, je pense qu'il y a eu un long travail des médias et des politiques pour dégrader l'image des chirurgiens-dentistes accord CD1.

C'est ce qui se passe aujourd'hui avec les médecins généralistes et les médecins de toute spécialité, on affiche des statistiques avec des revenus bruts sans tenir compte des charges etc. Et on nous montre comme des rentiers assis derrière un fauteuil, un beau bureau ou derrière une roulette... en étant complètement déconnectés de la réalité, des charges sociales, des loyers, des investissements en matériel, en temps et en compétence...

CD5 : ça c'est de manière globale. Il y a une politique qui est menée de manière générale envers toutes les personnes qui ont des compétences. Je pense qu'un jeune aujourd'hui qui fait des études, un bac+5 il y a 20 ans, il trouvait un travail, aujourd'hui il ne trouve pas plus de boulot. Je pense qu'il y a non seulement une chasse au libéral, quelque soit la profession, il y a aujourd'hui un pilonnage qui est de tous les instants.

Animateur : après ce long préambule sur nos métiers mais qui était utile, nous allons entrer dans le concret : concernant l'informatisation des cabinets, êtes-vous équipés, est-ce que cela vous apporte quelque chose dans l'accompagnement du patient, est-ce que cela vous apporte quelque chose à vous-même également ?

CD6 : alors oui moi je me suis informatisé à fond, j'ai mis des grands écrans pour que le patient quand il est assis sur le fauteuil il voit la panoramique, j'ai acheté une caméra intra-buccale pour faire des photos des dents et leur expliquer ce qu'on va faire, car souvent le patient ne sait pas ce qui se passe dans sa bouche. Donc j'ai mis le maximum mais surtout pour l'information du patient. L'information pour le praticien : oui tous mes dossiers sont informatisés, je n'ai rien en papier. J'ai un ordinateur sur mon bureau, un sur mon plan de travail, donc dès que je ne sais plus quelque chose, direct je regarde sur l'ordinateur. Au niveau des données, je leur demande toujours s'ils ont des maladies, et s'ils ont des allergies à des médicaments.

Après pour les traitements, quand il y a beaucoup de médicaments et que je dois faire des

choses type extraction, je fais un courrier tout de suite au généraliste. Je leur dis vous ne téléphonez pas, vous y allez avec mon courrier et il va vous expliquer ce qu'il y a à faire. Moi dans mon courrier j'ai expliqué je dois arracher une dent, y'a un risque bactérien ou un risque hémorragique car il est sous kardegic-plavix, après moi je laisse le médecin généraliste gérer, moi je ne suis pas son médecin, moi je suis le dentiste.

MG4 : moi j'ai une position différente là-dessus. J'estime que quand vous nous téléphonez, nous on est à votre disposition parce qu'il y a nos impératifs sur les anticoagulants, il y a les recommandations de la société française sur la chirurgie dentaire, mais c'est vous qui faites l'acte, donc j'aime bien avoir un dialogue direct, quitte à le remarquer sur papier, en disant c'est vous les techniciens, ce n'est pas péjoratif, si vous qui êtes en bouche, qui avez besoin de sécurité qui avez des contraintes type saignement donc c'est vous qui décidez et c'est à nous de nous adapter en fonction des recommandations, donc il y a une discussion et un échange hyper productif.

Animateur : c'est ce que proposait CD3 par courrier. Toi MG1 tu préfères le téléphone.

MG4 : oui moi je prends mon téléphone souvent, et ensuite on se met d'accord. On fait l'extraction le matin, pas un vendredi soir si ça risque de saigner. Après est-ce que l'on met une éponge Spontex? un fil résorbable?... Ça dépend de ce que l'on fait. Est ce que ça saigne ou pas... je trouve que faire un courrier c'est pas la même chose.

CD6 : je suis tout à fait d'accord, Après on n'a pas la même vision. Mais à la faculté on nous a toujours appris : Il faut faire un courrier au médecin généraliste. Souvent je marque que je dois arracher une dent, qu'il y a un risque hémorragique, souvent les patients ne savent pas ce qu'ils prennent comme médicament ou ce qu'ils ont comme maladie... moi je leur dis, aller chez le médecin et on refait le point. Car la plupart du temps ils ne savent pas ce qu'ils prennent. Je commence toujours mon examen en leur demandant s'ils ont des problèmes de santé. Ils me disent que non. Ensuite je demande s'ils prennent des médicaments et là ils me disent que oui ! Donc pour sécuriser je passe par le médecin généraliste, dès que c'est un peu flou.

Animateur : et donc le retour du médecin généraliste se fait par courrier ? Comment ça se passe ?

CD6 : en gros moi je demande tout le temps quand il y a un risque hémorragique. Et le retour c'est : oui y a pas de souci, ou j'ai modulé le traitement ou je l'ai mis sous antibiotique. Souvent c'est le médecin généraliste qui fait tout d'un coup ; je demande pas forcément qu'il le mette sous antibio ça je peux le faire... souvent c'est un retour par courrier, ou il m'écrit un petit mot sur mon courrier. Mais au moins le patient a vu le médecin généraliste, ça le sécurise. Moi je leur dis toujours, je ne suis pas votre médecin, c'est la première fois que je vous vois, on a une extraction affaire, donc allez voir votre médecin, ça fait 20 ans qu'il vous suit, il vous connaît largement mieux que moi. Et le patient trouve que c'est bien, ça ne l'embête pas de retourner chez le médecin, justement ils sont sécurisés, ils reviennent et ils se rendent compte qu'on s'occupe bien d'eux au final.

MG5 : c'est vrai que par courrier il y a quelque chose qui manque, j'ai eu le cas en octobre. J'ai reçu un courrier d'un dentiste qui me dit ce patient est sous anticoagulants et je dois faire une avulsion. Le problème c'est qu'il manque une donnée essentielle puisqu'il y a avulsion et avulsion. Donc j'ai pris mon téléphone, et c'est comme ça que j'ai su qu'il y avait effectivement un fort risque hémorragique car c'était une dent incluse avec racine cassée... et donc ça changeait la décision, car quand on lit la recommandation, je l'avais imprimée pour la donner au patient. C'était délicat car je ne savais pas si le dentiste la connaissait, et je voulais pas du tout dire : « Je ne fais pas parce que c'est marqué comme ça ». Donc après j'ai préféré prendre mon téléphone avec la recommandation que j'avais imprimée au cas où il ne la connaissait pas, et après on a discuté et il m'a expliqué que ce qui chez nous se résumait en un seul mot « avulsion », chez ce patient là, c'était un peu plus lourd, et du coup on s'est mis

d'accord, alors que ça n'est pas forcément recommandé dans les publications, de moduler son traitement anticoagulant pour sa fibrillation auriculaire car les risques d'AVC lié la modulation de son anticoagulation étaient balancés par le risque hémorragique lié à son intervention dentaire.

MG4 : ce qu'on apprend dans les recommandations, sauf choses techniques particulières, c'est qu'on n'a pas besoin de toucher à l'anticoagulation. Mais c'est pour ça que moi j'aime bien le contact téléphonique car la référence dit « il n'y a pas besoin de bouger », mais vous techniquement vous avez parfois besoin que l'on bouge. Mais ça peut être conforté par un courrier notamment d'un point de vue médico-légal.

CD6 : moi le téléphone, je ne téléphone pas car j'ai toujours peur d'emmerder le médecin. Je me dis il doit être blindé de patients dans sa salle d'attente.

Animateur : est ce que vous êtes embêtés les MG quand les dentistes vous appellent ?

MG4 : absolument pas.

Animateur : est ce que vous pouvez concevoir qu'on embête les dentistes quand on les appelle ?

MG4 : Oui. On peut très bien laisser un message et le soir il nous rappelle. S'il fait un soin, il ne peut pas. Il nous rappelle le soir.

MG6 : c'est vrai que nous on est toujours joignable.

Animateur : d'autant que la décision que vous prenez, si je comprends bien, est rarement urgente. Quel est selon vous le meilleur moyen de communiquer ? Téléphone, papier, mail ?

MG4 : les mails il y a le problème de la confidentialité.

CD6 : j'avais vu un truc de la sécu, un système par mail sécurisé avec toutes les adresses de tout le monde, où on pouvait tous discuter ensemble... puis au final, je l'ai noté, ils m'ont créé une adresse puis plus rien. Alors que ça avait l'air bien sur le papier.

MG4 : il existe des messageries cryptés que l'on utilise type apicrypt. Tout est crypté, l'inscription n'est pas chère, une trentaine d'euros par an. Mais il n'y a pas de meilleur moyen de communication, ça dépend des circonstances.

CD6 : c'est vrai que le téléphone c'est quand même mieux, après on sécurise avec un courrier. Les 2, on peut faire les 2.

CD4 : oui moi aussi le téléphone, mais pareil peur de déranger. ça va vite, c'est sûr.

Animateur : téléphone mais comment ? Portable, fixe ?

CD4 : fixe à fixe. Cabinet à cabinet.

MG4 : Pour les portables, ça dépend de l'état de connaissance entre les personnes. Accord de tous.

CD4 : on situe plus un fixe professionnel qu'un portable, sur le portable un enfant peut appeler, un ami... parfois je laisse sonner mon téléphone portable quand je travaille, le fixe c'est professionnel. Le portable pas toujours.

CD5 : moi c'est que le fixe du cabinet, je n'utilise pas mon téléphone portable en journée, j'ai pas le temps de répondre. Donc c'est l'assistante qui est là qui prend les appels, et je retéléphone le midi ou le soir. Je me refuse à décrocher le téléphone une fois que j'ai commencé à travailler, après c'est la porte ouverte. J'essaie d'être très à l'heure dans mes rendez-vous, mon planning, donc le téléphone ce n'est pas possible. C'est comme représentant...

Après ça dépend des habitudes de travail. Moi je fais souvent de la grosse chirurgie donc tout est programmé ; le premier entretien dure 45 minutes où je reprends tous les antécédents, le traitement... je n'ai pas de problème de saignements puisque si ça arrive j'ai le plateau technique pour gérer. Donc je ne commence pas appeler ou à envoyer des courriers sauf vraiment cas particuliers mais c'est rare.

Moi je ne travaille pas dans une bouche sale. J'étais comme toi (CD3) il y a 28 ans quand j'ai commencé. Mais maintenant le patient qui vient avec une bouche sale il ne vient qu'une fois, la deuxième fois si c'est encore sale, je ne le soigne pas. C'est sûr qu'après ça sélectionne les

patients. Mais il m'a fallu des années pour fonctionner comme ça.

Les américains disent : on finit par valoir ce que l'on demande. Je pense que dans notre profession c'est ça, c'est dur à entendre, mais au niveau technique, l'acte technique que l'on fait il est là. C'est forcément gagnant-gagnant, car moi je ne conçois pas mon métier autrement qu'en me défonçant pour le patient. Celui qui ne veut pas faire des efforts, je ne l'oblige pas. C'est gagnant – gagnant ou c'est pas.

Animateur : est-ce qu'il y a d'autres pathologies qui vous posent des problèmes ?

CD6 : pour moi tout ce qui est cancer, prise de biphosphonate. Tout ça c'est un peu flou. Dans ces cas là je leur dis de voir le cancérologue ou le médecin généraliste, celui qu'ils peuvent voir le plus rapidement. Surtout les cancers, quand il y a une dent à enlever, c'est de savoir est-ce que c'est faisable ? Est-ce que c'est le moment ou pas ? Ou est-ce que le généraliste va nous dire : il faut pas l'emmerder pour l'instant et le mettre sous antibiotiques ?

Animateur : tu soulèves le problème des biphosphonates. Connaissez vous la prévalence ?

MG6 : bah c'est exceptionnel. Mais le truc c'est que quand ça ne va pas bien, c'est une catastrophe.

CD6 : c'est vrai que c'est quelque chose qui nous fait peur. J'avais fait une formation d'implantologie, où le mec nous montrait des photos et c'était impressionnant.

CD5 : Pour moi il y a 2 choses : Dès qu'il y a extraction ça s'appelle chirurgie. Dans la chirurgie il y a des contre-indications relatives et des contre-indications absolues, et ça on ne peut pas passer au dessus. Quelqu'un qui a un problème de valvulopathie cardiaque, tu ne peux pas lui faire une extraction surtout si la bouche est sale. Ça c'est une contre-indication absolue, ça c'est CHR c'est du domaine hospitalier. Après contre-indication relative c'est les biphosphonates, ça dépend de l'état général du patient et c'est dans tous les cas toujours une balance entre le bénéfice est le risque.

Animateur : soins en bouche avec une valvulopathie, vous dentiste en ambulatoire vous ne faites pas ?

CD5 : l'hôpital n'apporte rien, mais je me couvre, parapluie !

CD6 : moi je fais, mais toujours avec l'accord du généraliste.

CD5 : oui mais tu es responsable de ton acte, ça n'est pas parce que le médecin l'a mis sous antibiotiques... s'il y a un problème derrière c'est toi qui est responsable, c'est toi qui a fait l'acte.

Animateur : connaissez-vous la prévalence des endocardites sur valvulopathie ? Elle est extrêmement faible.

MG6 : moi je n'en ai vu aucune.

CD5 : oui mais s'il y en a une, on s'en souvient, il vaut mieux que ça arrive en fin de carrière... donc peu importe, c'est marqué dans tous les livres, le patient avec une valvulopathie c'est contre-indication absolue. Moi je ne vais pas me lancer là-dedans, sauf si je connais bien le patient et que je connais bien le médecin, à ce moment-là on se met en relation et je prends la décision de... mais il faut vraiment que ce soit sur la table, que le patient soit parfaitement informé, car encore une fois si il y a un problème c'est moi qui ai fait l'acte et donc ce sera ma responsabilité.

Maintenant avec la lourdeur du juridique, on ne peut pas s'embarquer là-dedans. Effectivement il y a 20 ans on faisait ça couramment, mais il n'y avait peut-être pas, comme tu disais tout à l'heure, le retour des patients qui peuvent te faire plonger au moindre problème.

Donc il faut mettre des barrières, et puis après il y a aussi l'échange, si y a un souci, un petit coup de téléphone au médecin, mais il faut surtout que ce soit clair dans la tête du patient.

CD4 : c'est vrai que l'on a des écrits, donc nous on les applique. C'est vrai qu'on a de plus en plus peur car il y a de plus en plus d'attaques, les patients sont de plus en plus procéduriers.

J'ai lu des choses comme tout le monde, donc je ne fais pas non plus les soins en cas de valvulopathie, j'envoie à l'hôpital.

Animateur : et vous les MG par rapport à la responsabilité ?

MG6 : je pense qu'on a une responsabilité partagée : à partir du moment où vous nous interrogez sur un acte, même si on ne le fait pas, on engage notre responsabilité dans la réponse qu'on vous donne. J'envoie un patient faire une coloscopie, si pendant la coloscopie il y a un problème je suis responsable. On ne peut pas vivre que dans le médico-légal, mais la traçabilité est importante, que ce soit un mail, quelque chose de marqué sur l'ordonnance, on peut se mettre d'accord par téléphone mais une traçabilité est toujours nécessaire.

Animateur : quelque chose m'a frappé quand vous êtes arrivés, c'est que visiblement vous ne vous connaissez pas ?

CD6 : c'est vrai que quand je suis arrivé à Hem, je ne me suis pas présenté. J'ai suivi les travaux, et puis ça a démarré tout de suite tête dans le guidon. La vie de famille en plus, les études reprises, pas le temps de se voir ni de se connaître.

Animateur : est-ce que cela est important que vous vous connaissiez ?

CD6 : oui c'est toujours intéressant, notamment si on a eu un problème avec un patient et que celui-ci en parle autour de lui, le confrère peut toujours me prévenir en disant attention y a ton patient... ou pour autres choses. On n'en revient à la reconnaissance.

Mais c'est vrai que c'est bien de se connaître, discuter, manger ensemble, parler de nos malheurs. Faut dire il y a plus de malheurs que de choses bien.

CD4 : c'est vrai que quelquefois les patients cassent du sucre sur le dos des uns et des autres et je trouve que plus on est uni mieux c'est. En plus parfois ils racontent n'importe quoi...

CD6 : il y en a qui arrivent et disent : « l'autre dentiste il a dit que c'était mal fait », là si on se connaît, on peut passer un coup de fil au confrère et lui demander : « t'as pas dit ça quand même » ? C'est vrai que si on ne se connaît pas, on ne va pas s'appeler. Au final on va croire le patient.

CD5 : ça je pense que c'est la base de la confraternité, quand un patient arrive en se plaignant, la moindre des choses c'est de passer un coup de fil au confrère. Et en général le son de cloche est très différent.

Le problème c'est que nous on fait du dessin sur une feuille qui bouge, parfois la feuille bouge beaucoup, donc nous on fait ce qu'on peut, pas toujours ce qu'on veut. Mais quand il sort, le patient oublie qu'il a été infernal mais il n'oublie pas quel dentiste lui a fait le soin. Donc à l'arrivée c'est toujours le praticien qui est en tort. D'où l'intérêt, je dirais même l'obligation entre guillemets, de se passer des petits coups de téléphone. On fait tous des erreurs, et en plus parfois on a des patients ingérables. D'où l'importance des échanges confraternels.

MG4 : moi je pense que c'est essentiel de se connaître, à la fois pour parler, échanger, progresser ; et puis ça évite plein de conflit. Avec les expériences de chacun, on avance, et puis d'échanger les points de vue sur la manière de prendre en charge. Et puis c'est plus convivial, on n'a pas les mêmes relations avec les gens qu'on connaît.

MG5 : tout à fait, moi c'est ce qui m'a attiré dans ce secteur, c'est cette spécificité d'échange et j'espère que ça va se propager, même tout seul dans un cabinet, on est pas seul puisqu'on connaît ses collègues et on travaille comme dans une espèce de grande maison de santé finalement qu'est la ville. On sait que si tel patient était suivi par tel médecin auparavant, ou qu'on est consulté au hasard du calendrier par un patient qui n'est pas le nôtre, on peut contacter la personne parce qu'on la connaît déjà à l'occasion d'une formation ; c'est un confort d'exercice et une sécurité. Encore une fois c'est un exercice de groupe à grande échelle. Ça permet de ne pas être seul, de ne pas prendre de décision... je veux dire qu'on peut référer le patient à d'autres avec nos sous spécialités, une fois qu'on se connaît mieux, c'est assez informel. Il n'y a pas de propriété finalement d'un patient, on travaille ensemble.

MG6 : c'est quelque chose qui a été certainement acquis, en tout cas sur le secteur Hem, depuis quelques années, et renforcé ces dernières années par l'arrivée des étudiants avec leurs échanges. N'étant pas du parcours universitaire local, ça été très difficile pour moi. En tout cas je vis cet échange que depuis quelques années.

Animateur : est-ce que l'accession à une base de données communes pour les praticiens d'Hem, et de pouvoir rentrer dans le dossier du patient, est-ce que ça pourrait vous servir aux uns et aux autres ?

CD5 : qui est-ce qui remplit la base de données ? Un praticien. Donc c'est une usine à gaz en plus. Les journées étant ce qu'elles sont, le problème est là : on parlait de tête dans le guidon tout à l'heure, entre le boulot, la famille, la fac, les réunions... dans ma journée, si en plus je dois commencer à rentrer dans l'ordinateur tout ce que je fais, je vois pas à quel moment je le fais.

Animateur : ce n'était pas ma question. Par exemple si le patient est allergique à quelque chose, ou si il ne connaît pas son traitement et qu'il ne m'a pas ramené l'ordonnance, avoir un moyen d'accès à ces informations de manière sécurisée.

CD5 : on revient à ce que l'on a dit tout à l'heure, S'il y a un doute, on passe un petit coup de fil.

MG5 : toute aide est la bienvenue, après c'est le patient qui est censé aussi être au courant de ses problèmes de santé. Ce partage d'information, l'idéal c'est qu'il transite par le patient lui-même. C'est quelque chose qu'on peut l'aider à remplir sur son propre téléphone, plutôt qu'un système décentralisé avec les problèmes de piratage, de sécurisation, d'accès non autorisé, ça prend tout de suite une ampleur phénoménale, chronophage.

Moi je remets toujours mon patient au centre de sa santé. Je lui donne les informations qu'il partage, ça peut se faire aussi par le biais d'une fiche sans être informatisé, pour simplifier problème.

CD5 : il a son carnet de santé de toute façon

MG6 : non ça n'existe plus.

CD5 : et sur la carte vitale il n'y a plus tout ça ? Donc il n'y a plus de suivi, pas de traçabilité sur les maladies, c'est uniquement sur l'ordinateur du médecin ?

CD4 : il faudrait des fiches je trouve, avec le traitement et les antécédents, comme ça il l'a toujours sur lui.

CD5 : le patient pourrait avoir une carte avec une puce contenant son histoire médicale.

Animateur : ça c'est dans les rêves !

MG4 : c'est ce qu'ils essayent de faire depuis 15 ans et qui ne marche pas. C'est la faisabilité qui bloque, c'est trop complexe à mettre en place.

Mais je rejoins MG5, il faut responsabiliser le patient. Il y a un exemple qui marche très bien c'est le dossier de maternité pour le suivi de grossesse. On donne tout le dossier à la femme enceinte et il n'y a jamais aucune perte. En plus dans nos logiciels on a le moyen de sortir les informations pertinentes, la dernière biologie, les lettres, les antécédents et de le donner aux patients, qui décide alors de l'accès.

CD5 : est-ce dans l'air du temps ? Responsabiliser le patient ! rires de tous

MG4 : c'est peut-être à nous à travailler. On a une consultation annuelle, qu'on ne fait pas ou alors de façon ponctuelle, mais moi j'essaie de leur donner régulièrement un résumé de l'année écoulée.

Animateur : coté médicament, on a pas abordé les interactions médicamenteuses ?

CD5 : moi je fais une grande confiance aux pharmaciens. En sachant que je préviens toujours le patient en disant : attention vous avez une liste de médicaments assez lourde, demandez absolument au pharmacien s'il n'y a pas une contre-indication dans votre traitement avec le médicament que je vous mets. Sachant que nous on a quand même un panel assez restreint de médicaments. J'estime que c'est leur responsabilité et leur métier de gérer ces problèmes là

dans notre panel de prescription, qui n'a rien à voir avec celui des médecins généralistes. Non personnellement je m'en remets à la compétence du pharmacien

CD6 : c'est vrai que je ne m'interroge pas sur les interactions. Quand je vois mon patient, j'ai l'impression qu'il n'a qu'un problème qu'au niveau des dents, j'oublie qu'il prend des médicaments autres que ce que je lui prescris.

Animateur : savez-vous que certains antibiotiques peuvent provoquer des arrêts cardiaques, ou envoyer au rein artificiel ?

CD4 : moi j'aurais envie de savoir mais je ne sais pas comment, il faudrait une formation. Je ne suis pas du tout apte à savoir que mon médicament peut provoquer tel ou tel effet. C'est vrai qu'on ne prescrit pas beaucoup, mais quand on prescrit, on prend un risque...

CD5 : nos prescriptions, c'est toujours un peu la même chose. D'où l'intérêt de connaître le patient, c'est pour ça que moi je passe du temps la première fois et après je n'en passe plus. Mais après il faut bien faire confiance à quelqu'un, si on dit au patient qu'il y a un risque, qu'il faut demander au pharmacien. Après le pharmacien il est docteur en pharmacie, d'ailleurs ça aurait été intéressant qu'il y en ait des présents ce soir...

Animateur : est-ce que ça veut dire que tu plébiscites de participer à des groupes d'échange interprofessionnel?

CD5 : pourquoi pas, à partir du moment où c'est cadré, bien organisé comme ce soir, ou c'est constructif. Mais l'intérêt est dans l'organisation de la chose, si c'est juste pour discuter autant aller au bar !

Animateur : avez vous des choses à ajouter ?

CD5 : pour revenir sur la première question quand on t'adresse des patients. Avant même d'envoyer un courrier, j'apprécierais qu'on me passe un coup de fil avant pour me dire voilà il y a tel ou tel patient, est-ce que tu peux le gérer ? Parce que parfois on m'adresse des patients pour des problèmes où ce n'est pas du tout mon truc. Donc un petit coup de téléphone ou alors je rappelle, et c'est oui ou non mais ça permet de ne pas faire perdre du temps à tout le monde.

Le 25/03/2015

FOCUS GROUP 3 :

Animateur : Quel est l'apport de l'informatique pour vous, un plus, un moins ?

CD7 : je pense que c'est un plus, parce que dans tous les cas en dentaire, que ce soit en imagerie, avec le numérique on gagne beaucoup de temps.

CD8 : Avec le numérique on ne perd pas les radios... en plus on est en réseau aussi, on partage tous les dossiers.

CD7 : Le fait d'être en réseau, d'un cabinet à l'autre même si l'un des deux praticiens est absent, d'un patient à l'autre, on peut accéder à toutes les données.

MG7 : avec votre réseau vous partagez tout, alors que nous, médecin généraliste, on s'écrit des courriers, mais on ne partage pas nos dossiers informatiques.

MG8 : entre dentiste non, vous ne partagez pas vos dossiers d'un cabinet à l'autre, c'est parce que vous êtes collaborateurs.

CD7 : dans un même cabinet on peut échanger sans problème

CD8 : c'est en cas d'absence de l'un ou de l'autre, en cas d'urgence, ou si un patient veut un rendez-vous plus rapidement, on a facilement accès aux données du patient.

Animateur : Y a-t-il dans le domaine informatique, un partage des dossiers, comme dans beaucoup de cabinets de médecine générale ?

MG8 : oui bien sûr. Certes, nous on n'a pas le même logiciel, mais mon associé peut venir consulter sur mon ordinateur sans problème.

CD8 : oui alors que nous c'est le même logiciel donc c'est plus pratique.

Animateur : ce ne sont pas des logiciels en ligne. Mais pourrait-on imaginer qu'il puisse y avoir un partage des dossiers avec d'autres dentistes de la ville ?

CD7 : si ce ne sont pas les mêmes logiciels, il y a des incompatibilités entre nos logiciels. Nous ne sommes pas équipés de logiciel sur le web.

Animateur : est-ce que vos logiciels contiennent les coordonnées téléphoniques de vos confrères, un fichier de correspondant ?

CD7 : oui il y a ce qu'il faut, un répertoire qui permet de mettre toutes les coordonnées des confrères que ce soit un médecin, un dentiste, un radiologue ou même les numéros utiles pour la maintenance...

CD8 : et puis même pour chaque patient, on peut mettre directement le nom de son médecin dans le dossier, son téléphone...

Animateur : et vous y voyez un intérêt ? De connaître son médecin, d'avoir un interlocuteur en cas de souci avec un traitement... ?

CD9 : cet après-midi j'ai eu un nouveau patient qui est arrivé avec une liste de médicaments assez impressionnante ; j'ai tout de suite appelé le médecin traitant pour savoir si je pouvais faire des extractions. Accord CD2 MG2.

CD8 : oui c'est ça c'est pour des patients poly-médiqués, des patients âgés qui ne connaissent pas bien leur traitement. Dès qu'on a un doute. Après pour les patients qui prennent peu de médicaments, il n'y a pas d'intérêt, c'est plus pour les patients à risques...

Animateur : Et vous ciblez quoi comme médicament gênant à votre niveau ?

CD9 : le risque hémorragique ! Les complications liées dues au diabète, les prémédications pour les antibiothérapies.

CD8 : oui les problèmes cardiaques aussi, les antécédents d'endocardite. Il y a aussi les nouvelles thérapeutiques comme les bisphosphonates et les biothérapies.

MG7 : N'ayez pas trop peur avec les biphosphonates. Ils sont en train de disparaître tout doucement

CD8 : oui on en a un peu peur !

Animateur : si je comprends bien il y a une certaine attente de la part des « chirdents » pour communiquer ; est-ce que vous les médecins avez une attente réciproque dans la prise en charge des patients ?

MG2 : moi je dirais que oui. Par exemple, ne serait-ce que pour les patients diabétiques avec des foyers infectieux dentaires, c'est important de pouvoir vous les envoyer. Je pense que la qualité de l'état dentaire c'est aussi important dans les pathologies cardiaques, diabétiques. Même chez les enfants, on voit parfois des états dentaires complètement délabrés.

Moi je n'hésite pas à regarder et à les envoyer.

Animateur : est-ce que vous voyez, les uns et les autres, dans la liste des médicaments des patients, poly-médiqués ou pas, les médicaments qui peuvent poser problème ? on devait parler des anticoagulants, y en a-t-il d'autres ?

MG8 : on est souvent embêté avec les aspirines mais a priori on a le retour que ça ne pose plus de problème...

CD9 : kardégic même en 160, ça ne pose aucun problème.

CD8 : oui c'est ça, souvent les médecins traitants disent qu'il faut arrêter, ou parfois c'est le patient qui arrête de lui-même.

- MG8 : Oui, on a des questions des patients, bon c'est tout nous on les informe.
- MG7 : il y a eu une thèse sur les avulsions multiples en stomatologie chez des patients sous AVK montrant qu'il n'y avait aucun problème.
- Animateur : est-ce que les nouveaux anticoagulants oraux vous posent problème ?
- CD7 : je n'ai pas encore eu l'information sur ces nouveaux anticoagulants, cependant je vais avoir une formation là-dessus la semaine prochaine à la faculté dentaire où on va évoquer le problème.
- Animateur : en avez vous déjà rencontré ?
- CD7 : pas à ma connaissance.
- CD9 : non c'est plutôt le Kardégic.
- CD8 : non ça me dit rien, ces nouveaux anticoagulants, pourtant je devrais connaître, je suis la plus jeune.
- MG7 : pradaxa, xarelto, il n'y a toujours pas d'antidote.
- CD9 : Est-ce qu'il y a des problèmes hémorragiques... aujourd'hui on a des techniques pour éviter tout ça : avec les injections de vasoconstricteurs, les sutures, les éponges hémostatiques... c'est pas un problème
- CD8 : je n'ai jamais eu à faire de point de suture.
- CD7 : une petite clé en silicone, ça règle le problème.
- Animateur : est-ce que dans vos prescriptions, il y a d'autres médicaments qui vous posent problème, est-ce que vous êtes attentifs aux risques des co-prescription ?
- MG1 : j'ai perdu une patiente sous anti inflammatoire qui a fait une cellulite dentaire massive. Elle est quand même décédée en 48 heures, je l'ai vu le mardi pour une rage de dents, le mercredi elle allait au CHR où elle a été opérée mais elle est décédée dans les 48 heures.
- CD8 : avec les anti inflammatoires, c'est vrai qu'il y a beaucoup d'automédication. Les gens prennent ça..., donc ce n'est pas forcément la prescription d'un médecin ou d'un dentiste
- CD9 : les antibiotiques aussi. Accord de tous. Ils en prennent deux jours et après ils arrêtent.
- CD8 : oui c'est ça, « ça trainait dans le placard.. »
- CD9 : Notre ennemi c'est l'automédication.
- CD7 : Me concernant, j'ai peu l'occasion de prescrire des anti-inflammatoires au cabinet.
- CD9 : pratiquement plus, antibiotiques si c'est nécessaire et antalgique.
- CD8 : moi aussi, le moins possible.
- CD9 : Avec ça c'est suffisant, on soulage le patient.
- Animateur : En parlant du paracétamol, avez-vous eu des retours des patients concernant l'émission de Michel Cymes et cette étude sur la dangerosité du paracétamol ?
- MG8 : oui j'ai eu des passions qui sont venus me dire que le paracétamol était dangereux. Moi je les rassure en leur disant qu'à posologie correcte il n'y a pas de raison qu'il y ait de souci.
- Après nous on est souvent confronté dans mon cabinet à la personne qui n'arrive pas à avoir de rendez-vous rapide chez le dentiste, en disant « j'ai trop mal docteur, il me faut un médicament, un antibiotique... ». C'est une demande fréquente. Ils nous disent « de toute façon le dentiste pourra pas me prendre car ma dent est infectée »
- CD8 : après c'est vrai que souvent le médecin met le patient sous antibiotique, alors qu'il n'y a pas toujours besoin, il faudrait plus un acte technique...
- MG8 : alors que doit-on faire ?
- CD9 : il faudrait que les dentistes prennent les urgences ! rires
- MG7 : il est quand même agréable avoir les chirurgiens-dentistes de garde le dimanche matin entre neuf heures et midi
- CD8 : Souvent les gens ne le savent pas il ne faut pas hésiter à le répéter. Les médecins de garde c'est logique mais dentiste de garde...
- MG7 : comment un patient peut accéder à votre Conseil de l'ordre pour votre tour de garde, par Internet ?

CD8 : je pense que la gendarmerie a la liste, la voix du Nord mais pas toujours. Il y a aussi un site Internet sur lequel il y a la liste mais il faut réussir à y accéder.

CD9 : c'est cdo.cd59.fr

MG7 : c'est bien pratique

MG8 : ça peut arriver aussi qu'on ait des patients qui arrivent avec une symptomatologie de pulpite dentaire, moi j'avais plutôt la notion qu'il fallait ouvrir la dent pour soulager le patient.

CD8 : tout à fait.

MG8 : Mais c'est pas toujours évident de trouver un chirdent... dans ces cas là on utilise des des antalgiques puissants, mais qu'est-ce qu'on peut proposer d'autres ? À part ouvrir la dent, Il n'y a rien d'autre à faire ?

CD7 : non il n'y a rien d'autre. Accord CD8.

CD9 : même du tramadole, ça ne dure pas longtemps.

Animateur : Dans le domaine des prescriptions, est-ce que vous, les dentistes, pouvez tous prescrire, ou avez-vous des limitations ?

CD8 : je ne sais pas si on a des limites de prescription légalement. Mais dans la pratique on se limite aux antidouleurs, antibiotiques, bains de bouche, anti-inflammatoire...

CD7 : je ne pense pas qu'on ait des limites réellement dans la prescription.

Animateur : Y compris dans les paliers 3 ?

CD7 : pff je pense. Après, d'ici là à ce qu'on prescrive des paliers 3...

CD8 : on ne le fait pas vraiment.

CD7 : mais je ne pense pas qu'on soit interdit...

Animateur : avez-vous des ordonnances sécurisées ?

CD7 : non

Animateur : Pouvez vous avoir des ordonnances sécurisées ?

CD7 : ce serait bien de se renseigner de ce point de vue là justement ! rires.

CD8 : On a du nous en parler pendant les études, mais on ne les a jamais utilisées.

Animateur : toujours dans le domaine des prescriptions, est ce que quand vous avez un nouveau patient qui arrive, vous lui réclamez un document du médecin traitant avec ses médicaments ?

CD9 : on fait remplir un questionnaire médical.

Animateur : et pour les patients qui ne savent pas ?

CD9 : je leur demande de venir avec l'ordonnance, et je regarde dans le Vidal à quoi ça correspond.

CD8 : oui moi aussi. Avant de faire une extraction ou un geste, soit le médecin fait la liste, ou souvent ils ont leur ordonnance avec eux, surtout ceux qui en ont beaucoup.

CD9 : les gens viennent presque tous avec leur ordonnance.

CD7 : au pire on se met au en relation avec le médecin traitant. Accord des CD.

Animateur : et justement, ça vous arrive souvent de prendre le téléphone et de contacter le médecin traitant ?

CD6 : pas tant que ça.

CD9 : une fois cette après midi ! six fois depuis le 1^{er} janvier donc en 3 mois.

MG7 : c'est déjà pas mal !

Animateur : ça veut dire que tu as été limité parce que c'était difficile de joindre le médecin traitant ?

CD9 : Ah non pas du tout, ils étaient disponibles. C'était pour ma sécurité de travail. Mais ce n'est pas du tout une chose fréquente.

Animateur : et les autres ?

CD7 : moi j'ai du appeler deux fois depuis janvier.

MG8 : moi j'ai déjà été appelé par les chirdents, y'a pas de soucis. Le plus souvent ce sont pour des problèmes d'anticoagulants...

CD9 : c'était pour relayer avec du lovenox...

Animateur : et les autres MG, êtes-vous sollicités par les chirurgiens-dentistes ?

MG9 : je pense que depuis mon installation, si j'ai été sollicité cinq fois, c'est le maximum. C'était toujours pour des problèmes d'anti coagulation, ... Kardégic

MG7 : par téléphone je ne me souviens pas. Mais souvent le patient revient avec un mot du chirdent comme quoi il faut mettre du lovenox à la place de l'AVK...

MG8 : on a, en effet, des échanges parfois par courrier. Le patient revient avec un petit mot.

Animateur : vous apprécieriez quoi pour échanger ? Le courrier ? Connaître le numéro de téléphone portable ? Encore que j'imagine que pour nous, médecin généraliste, c'est facile de décrocher, alors que pour vous qui faites un acte technique c'est plus dur.

CD9 : c'est l'assistante qui décroche le téléphone.

CD7 : ce qui serait bien c'est effectivement d'effectuer un listing avec les numéros de téléphone portable des médecins qu'on peut contacter, mais surtout avec les mails. Parce qu'avec les mails c'est très intéressant ; moi j'aime beaucoup les écrire.

CD8 : j'allais dire la même chose. Parfois c'est bien d'avoir une trace écrite du médecin, comme ça nous, ça nous fait une sécurité, au moins entre deux patients on oublie pas.

Animateur : et les autres ?

MG8 : oui moi je suis tout à fait pour, on s'envoie un mail.

CD9 : c'est quand même mieux une trace écrite. Par exemple cette après-midi : le médecin me répond et me dit : « si je ne vous donne pas de nouvelles c'est bon vous pouvez faire l'extraction mardi...! »

Rires de tous

Si je n'ai pas de nouvelles, je fais l'acte. Si tout va bien, tout va bien ; si tout va mal, je gère !

MG8 : médico-légalement, vous êtes impliqués.

CD7 : en cas de pépin, c'est toujours bon pouvoir justifier, on ne sait jamais. S'il fallait justifier, pour l'obligation de moyens. Accord MG8. Parce que même s'il n'y a pas d'obligation de résultat, il y a toujours l'obligation de moyens.

CD9 : donc ce serait mieux par mail.

CD7 : oui par mail effectivement

MG7 : êtes-vous inscrits sur le système d'intranet Apicrypte ?

CD7 : ça ne me dit rien du tout.

CD9 : non

CD8 : moi non plus ! Rires des CD

MG7 : l'inscription est modique, 62 € par an.

CD9 : est-ce que les dentistes sont au courant de ce système ?

MG7 : votre réaction aura montré que vous n'étiez pas au courant !

Animateur : tout ce qui est par exemple compte rendu de radio, de prises de sang, beaucoup de lettres hospitalières notamment tout l'hôpital de Roubaix, et bientôt le CHU de Lille théoriquement pour cette année communique de cette façon là. On reçoit directement les courriers en flux tendu, quelquefois avant la sortie des patients quand ils sont hospitalisés. L'intérêt c'est que quand on est informatisé, de façon tout à fait sécurisée, le mail ne peut aller s'inscrire que dans le dossier du bon patient, même chose pour la biologie.

CD9 : c'est un vrai plus. Il faudrait qu'on puisse accéder à ça.

MG7 : c'est un système en mémoire vive, donc si quelqu'un se branche dessus ça efface tout et le cryptage n'est jamais le même pour le même mot.

Animateur : je laisse un blanc des fois que des choses fusent, mais rien ne fuse.

Animateur : À quelle fréquence, vous, ...c'est une réponse que j'ai pas entendue sortir, vous les médecins vous avez l'habitude de contacter les chirurgiens dentistes où avez-vous eu de façon assez fréquente l'occasion de contacter des chirurgiens-dentistes ces dernières années ?

MG9 : j'ai pas vraiment contacté, c'est eux qui m'appelaient. Contacter je pense que je l'ai fait une ou deux fois pour des gens qui avaient des urgences dentaires, qui venaient me voir

en me disant : « j'ai un rendez-vous dans une semaine » mais je leur disais que ce n'était pas possible et qu'on allait essayer d'appeler le dentiste et de voir s'il n'y avait pas moyen d'avancer ça car on se sent un petit peu démuné. Il a mal et on voit bien qu'il y a un abcès. On se dit qu'est-ce qu'on fait une semaine comme ça. C'est chaud.

Et ça on l'a souvent quand même. Le délai une semaine, quand ce n'est pas 10 jours pour que le patient ait un rendez-vous. Ils reviennent toujours vers nous, « j'ai mal qu'est-ce que je fais ».

Animateur : alors justement les uns et les autres vous fonctionnez comment pour les urgences ? Parce qu'il y en a... après il faut définir ce qu'on appelle une urgence.

CD9 : c'est urgence, négligence ou exigence.

Animateur : urgence ressentie ou urgence réelle

CD9 : pour moi une vraie urgence, c'est 8h30 quand j'arrive quelqu'un devant la porte ou quelqu'un appelle. Pour moi c'est la seule vraie urgence c'est le gars qui n'a pas pu dormir de la nuit. Tout le reste c'est de la négligence ou de l'exigence.

Et maintenant dans le monde dans lequel on vit, c'est très difficile, alors avec Dorothée mon assistante, j'en prends quelques uns par jour suivant le travail que je dois faire, car on a quand même un travail artisanal on ne peut pas aller plus vite que la musique et puis après il y a la fatigue et puis c'est tout « là je suis un petit peu en retard, là j'avais encore une urgence là » on peut encore en prendre, on peut en prendre le samedi après-midi. On peut en prendre tout le temps tout le temps. Ce qui manque dans le système c'est avoir à mon avis dans chaque département un cabinet dentaire avec trois-quatre étudiants ou trois professionnels avec un cabinet dentaire ouvert tout le temps... pas tout le temps mais au moins où on pourrait adresser les urgences là-bas et tous les gens qui ont des exigences particulières.

Car nous on a un agenda bien rempli et on en prend en plus en plus.

CD8 : après c'est à la Fac dentaire...

CD9 : mais à la fac dentaire pourquoi ils ne le font pas ?

MG7 : mais il y a un service d'urgence à la Fac dentaire, c'est ouvert tout le temps ?

CD8 : mais il faut arriver tôt (rire)

CD7 : les urgences à la fac dentaire le problème c'est qu'il faut être là à neuf heures ou à 14 heures. Si vous arrivez à 11 heures 11h30 heures et demie en fin de matinée c'est fini ils ne prennent plus

MG7 : en permanence de soins les périodes de douleurs dentaires, la période la plus fréquente c'est le samedi soir après 22 heures.

Animateur : pourquoi tu parles de cela MG7 ?

MG7 : moi je fais de la permanence de soins

Animateur : donc le 15 bis, on peut tomber sur MG7 ?

MG7 : 03 20 33 20 33, le maximum de fréquence de douleurs dentaires dans les appels le samedi à partir de 22 heures jusqu'à 23 heures avec comme cri : « j'ai tellement mal que je me tape la tête contre les murs »

Animateur : donc on les envoie en urgence chir ?

MG7 : non. Dans ma tête je me dis : « tape plus fort tu vas finir par t'assommer » (rires). Ou alors j'ai mal aux dents depuis 15 jours mais je veux un dentiste tout de suite.

Pourquoi n'avez vous pas vu le chirurgien dentiste : « j'ai peur de la roulette ».

CD7 : j'avais un prof à la fac quand j'étais étudiant qui disait : « en dentaire il n'y a pas d'urgence il n'y a que des négligences la seule urgence c'est l'arrêt cardiaque. (rires) Paix à son âme il est décédé ce monsieur.

Animateur : est ce qu'il y a les uns ou les autres, d'autres pathologies sur un autre domaine, qui vous posent problème ou qui vous font peur quand vous voyez les patients arriver ou vous les médecins quand vous devez les envoyer ?

MG8 : les patients qui sont en chimio thérapie par exemple...

CD9 : c'est ce que j'allais dire. Avant la chimio, on peut tout mettre en place.

MG8 : Souvent je me rapproche du centre qui s'occupe de la chimiothérapie pour poser des questions en fonction de la chimio, c'est pas évident on se pose beaucoup de questions.

Animateur : Avis unanime ? Avis partagé ? D'autres avis ?

CD8 : Souvent y a plus des bilans dentaires qui sont demandés avant...

MG7 : en chirurgie oro-pharyngée pour néoplasie, en général l'avulsion multiple est d'emblée avant radiothérapie, avant chimiothérapie.

CD8 : oui mais tout ce qui est prothèse de hanches, pas mal de gens viennent pour des bilans avant les opérations.

CD7 : tout ce qui est prothèse de hanche, on recherche des foyers infectieux avant la chirurgie.

CD9 : voilà c'est ça, on fait un bilan infectieux avant les chirurgies orthopédiques. On fait une panoramique etc. ça c'est assez fréquent.

Animateur : ça c'est quelque chose qui existe depuis deux ans, depuis une grande étude américaine. Ce qui a tendance à généraliser c'est une étude américaine qui est sortie il y a deux ans, trois ans pardon.

CD 8 : Après tout ce qui est chimio c'est vrai que souvent les médecins à l'hôpital nous contactent. C'est vrai que j'ai déjà eu des patients où c'est directement le médecin qui m'a contacté parce que la dame avait un abcès on a discuté ensemble de ce qu'il fallait faire c'est pas nous tout seul dans notre cabinet, souvent c'est en groupe... quand c'est des extractions en urgence ou quelque chose comme ça.

Animateur : donc par rapport aux grands dogmes du souffle cardiaque ou de la maladie cardiaque, il y a 20 ou 30 ans, si je comprends bien dans votre discipline ce qui a beaucoup changé c'est l'émergence de la pathologie cancéreuse pour laquelle vous êtes maintenant régulièrement sollicités puisqu'en fait c'est la première chose dont vous avez parlé tous.

CD 8 : moi après les problèmes cardiaques, j'aime bien quand même demander, surtout lorsque le patient ne sait pas exactement ce qu'il a, j'aime bien quand même contacter le médecin traitant.

MG8 : par rapport oui aux pathologies cardiaques après il y a l'association de produits que vous pouvez utiliser, ça on n'y connaît rien en endobuccale ou les anesthésies...

CD8 : moi c'est plus si il faut mettre en place une antibiothérapie ou ? une antibioprofylaxie ou quelque chose comme ça.

CD7 : pour tout ce qui est anesthésiant... y'a pas tellement, à part la quantité d'adrénaline qui est relativement faible, il faudrait vraiment mettre pas mal de cartouches d'anesthésiant pour qu'il y ait des soucis

Animateur : la question suivante concernait les anesthésies. J'ai cru comprendre que l'anesthésie ne vous posait pas de problème particulier.

CD 9: non

CD7 : justement une fois j'ai eu le cas j'avais fait une anesthésie locorégionale, le patient est parti en crise d'épilepsie, il me disait qu'il n'avait jamais fait d'épilepsie, c'était quelqu'un qui n'avait pas de problème particulier mais je ne pense pas que c'était une réaction allergique liée à l'injection d'anesthésiant. Je n'ai jamais eu le cas.

CD9 : je croise les doigts, je n'ai jamais eu de problème allergique suite aux anesthésiants depuis 27 ans que je suis installé.

MG7 : avez vous le nouveau médicament qui remplace l'anapen pour les chocs anaphylactiques ?

Animateur : on a cru comprendre avant que les chocs anaphylactiques étaient peu prévalant.

MG7 : chez nous non plus.

CD7 : on est censé avoir l'atropine dans la trousse d'urgence (tous d'accord).

CD8 : après c'est vrai que nous les patients qui n'ont jamais eu d'anesthésie ça reste rare donc en règle générale il savent s'ils ont des allergies, à part peut être des enfants ou des gens qui n'ont jamais eu d'anesthésie

Animateur : le choc vagal et peut-être plus prévalant que les épilepsies...

Animateur : si je comprends bien vous relater à chaque fois un mode d'exercice qui est quand même un mode exercice qui assez bien cadré où vous exigez quand vous ne les avez pas les antécédents des gens, les thérapeutiques de façon précise, de manière à cibler vos propres traitements.

Concernant justement les traitements prescrits, concernant vos propres prescriptions, les uns comme les autres, les prescriptions orientées directement sur des médicaments à visée dentaires sont-elles fréquentes dans vos exercices réciproques les médecins et les chirurgiens-dentistes ? On va peut-être donner la parole aux médecins d'abord. Est-ce que vous avez beaucoup de prescription concernant des pathologies dentaires ?

MG8 : non pas énormément.

MG7 : quand ils ont mal à la gorge nous regardons. Quand ils viennent pour une pathologie où ils disent j'ai mal à la gorge, j'ai une angine on a quand même le réflexe de regarder. Ayant fait neuf mois de stomato pendant mes études, j'ai l'œil circulaire repère bien les trous et en fait je leur conseille aller voir le dentiste

MG8 : oui moi aussi, quand on regarde dans la bouche des patients, moi systématiquement si je vois un état dentaire un peu limite je leur dis allez chez le dentiste.

Animateur : il suffit de se mettre à 2 m et les faire parler...

MG8 : oui, l'haleine aussi (rires).

Je pense que nous-mêmes, on a un rôle de prévention par rapport à cela ; ne serait-ce que dans nos consultations avec les petits. Moi je demande s'ils se brossent les dents, je demande aux mamans comment elles font. J'essaie d'avoir ce côté préventif aussi, étant fille de dentiste ça aide bien !

CD7 : moi je suis tout à fait d'accord avec ça. Nous les enfants, on ne les voit qu'à partir d'un certain âge, toute la partie avant c'est plutôt le pédiatre ou le médecin généraliste qui va pouvoir accompagner.

MG8 : je pense que cela fait partie de l'examen clinique du nourrisson, comme le reste.

MG7 : pendant les examens systématiques, tu as le 9^{ème}, le 24^e et autres et on te demande le nombre de dents, C'est marqué dans le carnet de santé.

Animateur : et comme réponse vous avez : « ah bah docteur c'est pas grave c'est des dents de lait elles vont tomber » (rires)

MG8 : ah oui ça on l'a.

Animateur : c'est une réponse du coin ça.

MG7 : Au fait, quand on voit des caries sur des dents de lait, faut-il ou non les traiter ? Parce que les parents parfois ils reviennent en disant « le dentiste a dit que c'était pas grave, c'était une dent de lait ».

CD9 : ça c'est parce que le dentiste n'avait pas envie de le faire !!

MG8 : ou que l'enfant ne s'est pas laissé faire ; parfois avec les enfants ça n'est pas facile.

CD9 : c'est le genre de situation où il ne faut pas les forcer. Si l'enfant n'est pas coopératif...

MG2 : Comment veux tu soigner un enfant quand ils ne sont pas coopératifs ?

Animateur : qui n'est pas coopératif ? L'enfant ou le parent ?

MG2 : les deux !

CD9 : la maman hyper protectrice...

CD8 : ah ça c'est terrible...

CD7 : si tu n'es pas sage, le dentiste va te faire une piqûre ! Malheureusement on entend encore trop souvent cela et ce n'est pas bon du tout. On affole inutilement l'enfant, alors qu'aujourd'hui les anesthésies se passent bien.

CD8 : si t'es pas sage, tu iras à la faculté dentaire !

CD9 : c'est l'éducation des parents.

MG7 : lesquels parents laissent tout faire à leurs enfants.

CD9 : oui.

Animateur : on n'a pas parlé argent. Comment ça fonctionne un cabinet ? Est ce que ça coute cher ? Vos honoraires arrivent il à couvrir ?

CD9 : je vais dire une phrase simple : les honoraires ne couvrent pas les frais du cabinet, et on se rattrape sur les prothèses dentaires. Accord des CD. C'est une politique voulue par les syndicats c'est comme ça depuis 25 ans, c'est toujours la même comédie, et ça va encore durer 15 ans que je travaille. C'est un système vicieux, mais c'est comme ça, on est coincé.

MG8 : les techniques évoluent vachement en dentaire, vous avez des produits de plus en plus techniques, et qui ont un coût j'imagine.

CD9 : à titre d'exemple, une lime réciproque à usage unique c'est 10 €. Donc pour un soin c'est facilement 80 €. Donc comment tu fais pour rentabiliser ; et ça c'est un problème national, ça n'est pas local.

Là j'ai un problème de compresseur, j'ai demandé aux fournisseurs, C'est 4400 € le compresseur !!

CD7 : il y a la maintenance également qui coûte cher.

CD9 : On a un gros problème de coût.

MG8 : est-ce que vous faites de l'implantologie ? Parce que ce serait bien que vous nous fassiez une formation là dessus à nous médecin. Moi j'ai vu des patients revenir au cabinet avec des hématomes. Donc j'aimerais bien savoir comment ça se passe, comment réagir en cas de complication, faut-il le renvoyer. J'avoue que je n'y connais rien.

CD9 : un implant posé, voué au succès, ça ne fait pas mal. Une réaction oedémateuse oui, une hémorragie ça peut arriver mais pas de douleur. S'il y a une douleur, c'est que l'implant part un peu en fibrose au lieu d'une ostéo-intégration.

MG8 : tout ça, ça mériterait qu'on soit un peu au courant nous les médecins généralistes. Il faudrait qu'on organise une rencontre entre médecin généraliste et chirurgien-dentiste dans le cadre de l'ALPS. Ça, ça m'intéresserait car j'ai déjà eu des retours de patients. Les indications de l'implantologie, parce que parfois les patients me demandent, et je ne sais pas. Ce sont des techniques qui évoluent tellement, moi je n'y connais pas grand chose.

CD7 : et puis les indications et contre-indications de l'implantologie sont assez vastes. Ça dépend de l'état général.

MG8 : est-ce qu'un patient cardiaque peut avoir un implant ? C'est une question qu'on m'a déjà posé.

CD9 : si son état est stable : oui !

MG8 : je me doute bien. Mais je ne connais pas toutes les indications, contre-indications. Je pense que pour vous, l'implantologie c'est aussi un moyen de gagner votre vie ?

CD9 : c'est valorisant.

CD7 : pour moi ça permet aussi de proposer une alternative dans les plans de traitement.

CD9 : plus confortable qu'un appareil.

Animateur : on a entendu des réactions assez vives des CD concernant la codification des actes. J'ai trouvé les médecins assez timorés sur ce sujet.

MG8 : oui parce que nos consultations à 23 € depuis 2002, ça commence à bien faire.

CD9 : faut pas vous inquiéter, vous allez bientôt l'avoir en tiers payant !!

MG7 : je pense que je serai à la retraite quand on sera augmenté. Du temps de Mitterrand, nous n'avons pas été augmenté d'honoraire durant ses deux septennats.

Et avec le tiers payant on va faire de la comptabilité, on ne verra plus patient, on ira au RSA !!

CD9 : vous allez devoir embaucher des comptables.

J'ai deux confrères qui ont un cabinet qui tourne bien ; à deux ils ont quatre assistantes : il y en a une qui ne va s'occuper que des tiers payant ! Je lui ai dit : « Philippe tu te rends compte que tu payes une secrétaire pour faire le boulot de la sécu ! »

MG7 : dans les entreprises privées, tu as un comptable pour dix actifs.

MG7 : J'ai une question : nous avons ici des mutuelles qui possèdent des cabinets dentaires. Est-ce que cela vous pose problème ou pas ?

CD9 : il y a beaucoup de mutuelles qui proposent des partenariats avec les dentistes

CD8 : ça pose problème.

CD9 : personnellement j'ai toujours dit non, Mais il faut savoir qu'il y a des chirdents qui acceptent des partenariats avec des mutuelles et qui, tranquillement, dévient les patients. J'ai des cas d'implantologie, où la mutuelle à proposé moins cher que chez moi, ou finalement le patient est allé voir ailleurs.

Donc il y a, quelque part, un petit mouvement de fond qui commence à ébranler les professions libérales.

MG8 : bien sûr

CD7 : c'est ce qu'ils cherchent. Accord CD8. Ce sera au détriment des patients tout ça ; parce que les mutuelles leur but c'est de faire du fric donc il faudra abattre, abattre, un certain nombre de soins et de patient par jour, donc ce sera au détriment de la qualité.

Ça va toucher également le secret médical, puisque les mutuelles vont vouloir mettre leur nez dans le plan traitement, dans la liberté de soins...

MG8 : oui bien sûr.

CD9 : si on pousse à l'extrême, on devra se demander est-ce qu'on conserve la dent ? c'est autant, est-ce qu'on arrache, c'est autant.

MG8 : ça va être de la négociation financière

CD9 : ça, c'est très très dangereux pour la médecine.

CD7 : Plus le non libre choix du praticien par le patient, puisque si sa mutuelle lui impose un praticien... c'est une atteinte aux libertés.

MG2 : dans le cadre de vos actes d'implantologie, de prothèses est-ce que c'est tarifé ?

CD9 : moi je suis hors nomenclature.

Animateur : alors comment fonctionnez vous ? Vous demandez quelle est la couverture du patient j'imagine ? Vous demandez à quel niveau la mutuelle rembourse ?

CD9 : je fais trois devis. Un devis de prothèse adjointe et un devis de prothèse conjointe et d'implanto et le patient fait ce qu'il veut.

CD7 : il a le consentement éclairé.

CD 9 : oui il a tout, il ne peut pas dire je vous ai imposé un traitement, après ils l'envoient à leur mutuelle comme ça il savent de combien ils seront de leur poche. Après ils voient si c'est possible ou pas financièrement.

Animateur : je me permets d'insister parce que on entend tout et n'importe quoi chaque fois, jamais vous ne demandez aux patients à quel niveau rembourse la mutuelle pour pouvoir vous caler en fonction de la mutuelle, comme on voit chez certains chirurgiens-dentistes.

CD9 : on a un travail artisanal. Je calcule mes honoraires comme j'ai envie de vivre et je ne négocie pas. Aucune mutuelle ne rembourse intégralement l'acte que je fais, le patient sera toujours de sa poche. Même s'il a un remboursement de 400 %, 400 % de pas grand-chose ça ne fait pas grand-chose. Car les remboursements en dentisterie sont très faibles.

CD8 : ce n'est pas grand chose.

CD9 : une couronne est remboursée 75 € euros et c'est comme ça depuis 25 ans.

CD7 : ça et le détartrage, ce sont vraiment les deux choses qui n'ont pas évolué.

Mais c'est vrai que le tarif de base d'une couronne ne couvre même pas le prothésiste

CD9 : ne couvre pas les frais de prothésiste c'est vrai. Donc même avec une bonne mutuelle tu n'arrives pas au tarif dentaire. Donc quoi qu'il fasse le patient en est de sa poche, et ça n'est pas normal. C'est pas normal que le soin soit sous-payé, et que le tarif de la prothèse soit surévalué. Je parle honnêtement on est entre nous. Le ratio et de 20-80 alors qu'il devrait être de 40-60.

CD7 : un cabinet dentaire devrait pouvoir vivre de ses soins.

CD9 : à Paris ils ont fait un cabinet dentaire qui ne faisait que des soins, eh bien il a dû mettre la clé sous la porte. Ils ont montré que ça n'était pas possible.

CD8 : ça favorise aussi l'augmentation des prothèses, couronner un peu facilement.

MG7 : est-ce que la base de remboursement des soins dentaires a la même origine que celle des lunettes qui a été élaborée après la guerre de 14... ?

CD9 : non non je ne crois pas. Quand ils ont créé la sécurité sociale, la dentisterie et l'optique ont été mises à part. Tandis qu'en Allemagne elles ont tout de suite été intégrées, c'est pour ça qu'il y a beaucoup d'Allemands qui ont une bouche en meilleur état que les français.

C'est la suite logique de tout ce qui a été fait depuis 50 ans. Si les gens ont peur d'aller chez le dentiste c'est parce qu'ils savent que ça va leur coûter un bras, donc ils attendent ils attendent.

MG8 : je pense que tu as tout à fait raison. Les gens hésitent à se soigner car ça représente un certain coût.

CD9 : il y a ceux qui ont compris, qui viennent régulièrement, tous les six mois il font des contrôles. Il y a des familles qui ont compris et donc tu leur fais moins de gros soins.

MG8 : est-ce qu'il y'a encore des campagnes de prévention, dans les écoles ?

CD9 : je crois que dans les écoles ça n'existe plus

CD7 : ça a été supprimé il y a pas longtemps.

CD9 : mais il existe toujours les bilans bucco-dentaires.

MG7 : comment faites-vous avec les CMU et les AME ? Qui est-ce qui est remboursé ?

CD8 : c'est un tarif qui est imposé par la sécurité sociale, que ce soit les couronnes, les soins, tout est imposé.

Animateur : j'entendais tout à l'heure que la couronne était un soin sous rémunéré, que vous y étiez de votre poche, alors comment faites-vous avec les patients en CMU ?

CD9 : je ne le dis pas si c'est enregistré ! Rires. Par principe je ne fais pas de céramique sur un patient CMU. Je fais une couronne provisoire mais pas de céramique sur les CMU parce, toujours dans ma conscience, un smicard on lui donnera 70 € pour une couronne céramique, un CMU 375€ qu'on va donner au dentiste. Donc si la Sécu elle sait donner 375 à un CMU et seulement 70 à un smicard... moi j'ai fait ma part, je ne fais pas de céramique aux CMU. C'est mon petit côté antisocial. Tu comprends, c'est honteux. Je prends toujours l'exemple d'un p'tit gars qui travaille, il se tape la tête, il se casse une dent, il arrive chez moi et je vais lui dire qu'il y en a pour 500 € pour une céramique. La Sécu donne 75, sa mutuelle 25, il lui reste 400€ de sa poche à sortir, sur un mois à 1000€... Et le CMU, qui lui est tranquille chez lui, il va avoir 300 € et moi j'aurais rien à dire, je suis obligé de lui faire. Ca c'est vraiment antisocial.

MG7 : la preuve, c'est qu'ils ont besoin de CMU, ils ont besoin de chômeurs.

CD7 : pour être élu !

CD9 : je vais même pas encore aller plus loin : un accident de travail, c'est à la charge de l'accidenté et jamais de la sécurité sociale. J'ai un mécano qui vient il a pris un retour de bar dans les dents, mille morceaux, je le vois je lui dit qu'il faut tout refaire y en a pour 1500 €, je marque bien « en accident de travail », eh bien au final la sécu ne l'a remboursé que les 300€, le reste de sa poche. Je me suis battu avec le dentiste conseil, il m'a dit désolé c'est comme ça. Donc s'il s'était cassé les os du visage il aurait été pris en charge à 100 % mais là pour la prothèse : rien !

CD7 : l'accident du travail va couvrir 100% du tarif de base...

Animateur : des questions à vous poser aux uns et aux autres ?

MG3 : À partir de quel âge souhaitez-vous qu'on vous adresse les enfants quand on détecte une anomalie ?

CD9 : 4 ans. Un premier contact avec le dentiste à quatre ans. Souvent on soigne les parents, l'enfant est là il regarde, je le met sur le fauteuil, je compte les dents...

CD8 : ou avant quand il y a vraiment des caries flagrantes. On ne fera pas forcément un soin, mais au moins on peut revoir l'hygiène avec les parents, l'alimentation, l'éducation.

Animateur : est-ce que vous estimez que la réunion de ce soir vous a apporté quelque chose ?

MG8 : j'aime bien les échanges confraternels, les échanges de pratiques, au moins ça permet

de voir qu'on a chacun nos soucis. C'est vachement bien.

CD9 : moi je suis content de voir que les dentistes ne sont pas à part du monde médical, mais qu'on en fait partie prenante.

MG7 : tu dis ça parce que tu as un travail d'artisan, un peu seul dans ton coin.

MG8 : nous c'est pareil.

CD9 : non ce n'est pas pareil nous on est dentiste dentiste, dans ton coin. Vous les médecins, vous avez les infirmières, les kinés... vous avez un réseau plus important.

CD7 : c'est plus fermé chez nous.

CD9 : un est spécialiste des dents, mais qu'est-ce que spécialiste des dents.

Animateur : il y a eu un appel du pied fait par MG8 pour une rencontre...

MG8 : moi j'aimerais bien que vous veniez à l'AFPS. Ce serait bien si vous organisez une réunion sur « qu'est-ce que notre profession », etc...

Animateur : connaissiez-vous l'association des professionnels de santé de Hem avant de venir ?

MG7 : il suffit de payer sa cotisation !

MG8 : les patients nous parlent de leur dentiste, donc moi j'aime bien savoir qui c'est, situer un visage.

CD9 : dans votre questionnaire médical quand vous rencontrez un patient, est-ce que vous demandez le nom du dentiste ?

MG8 : je le demande s'il y a des soins...

MG7 : non ils te le disent.

CD9 : Y a-t-il des bilans de prévu pour les patients qui rentrent en EHPAD ?

MG9 : non ce n'est pas prévu et on a parfois d'énormes difficultés à obtenir des soins dentaires. Moi j'ai beaucoup de patients âgés avec des troubles cognitifs pour lesquelles les déplacements sont compliqués. L'absence de soins dentaires est un obstacle à leur santé de manière générale. C'est la cause de leur amaigrissement, de leur chute par faiblesse musculaire.

Mais on peut aussi être en difficulté avec des enfants qui ont des troubles autistiques, déjà nous pour les examiner c'est compliqué alors pour les soins dentaires que faire ?

CD9 : il y a un centre spécialisé en MEOPA à Villeneuve d'Ascq pour les enfants difficiles.

MG7 : après on peut passer par le stomato sous anesthésie générale.

AUTEUR : Nom : Thiriez

Prénom : Clément

Date de Soutenance : lundi 6 juillet 2015

Titre de la Thèse :

Médecin généraliste et chirurgien dentiste sur le pôle de soin de la ville de Hem : comment mieux collaborer ?

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : médecin généraliste, chirurgien dentiste, collaboration, ville de Hem, pôle de soin

RESUME :

Contexte Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes en médecine ambulatoire et peuvent retentir sur l'état général du patient. Le médecin généraliste, comme premier recours et coordinateur des soins, a un rôle à jouer en collaborant avec le chirurgien dentiste. Toutefois cette coopération semble rare. L'objectif de cette étude était de connaître le regard que portent les praticiens des deux professions sur leurs relations au sein du pôle de soin de la ville de Hem.

Méthode : Une étude qualitative par entretien de groupes semi-dirigés incluant 9 médecins généralistes et 9 chirurgiens dentistes de Hem a été réalisée. Les échanges, enregistrés, s'articulaient autour d'un guide d'entretien pré-écrit et testé. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée sur QSR Nvivo.

Résultats : Les contacts sont rares entre MG et CD à Hem. La méconnaissance entre professionnels est le frein principal évoqué. La différence dans les modes de formation et d'exercice au sein des deux professions est un autre écueil. Les CD qui ont une activité manuelle, sollicitent épisodiquement les MG avant une extraction pour des renseignements portant surtout sur le traitement médicamenteux ; ils ne voient pas leur utilité dans la prise en charge de pathologies extra buccales. Les MG sont eux volontaires pour plus d'échanges et d'implication dans la prise en charge des soins bucco-dentaires mais ils sont limités par leur faible connaissance en la matière et frustrés par le manque de retour d'information de la part des CD. Le patient se retrouve donc souvent seul avec ses informations et parfois sa douleur. Il joue les intermédiaires entre les deux professions.

Conclusion : Le champ des pathologies bucco-dentaires échappe à une prise en charge pluri-professionnelle responsable dans l'intérêt du patient. Chaque praticien se borne à sa pratique et à ses habitudes empêchant des actes de prévention et de dépistage. Le pôle de soin de la ville de Hem, de part sa tradition d'échange entre les différents acteurs de la santé, est l'endroit idéal pour améliorer cette prise en charge. Cela passera par une meilleure connaissance entre professionnels.

Composition du Jury :

Président : Pr Glantenet Raymond

Asseseurs : Pr Lefebvre Jean Marc (DT)

Pr Boutigny Hervé

Dr Vanpouille Eric