

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude qualitative de faisabilité d'un protocole visant à
améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et
médecins généralistes en soins primaires**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2021 à 16h
Au Pôle Formation
par **Manon JAKOBEK**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jan Baran

Madame le Docteur Cécile Olejnik

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine Cazeuneuve

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UFSBD	Union Française de la Santé Bucco-Dentaire
SFMG	Société Française de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
MeSH	Medical Subjects Headings
IA	Intelligence Artificielle
DMP	Dossier Médical Partagé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelles
CdS	Centre de Santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ONCD	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
ENS	Espace Numérique de Santé

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	3
I. La santé bucco-dentaire.....	3
A. Définitions	3
B. Données épidémiologiques	3
C. Santé bucco-dentaire et santé générale	4
1. Le diabète	4
2. Les maladies cardiovasculaires	5
3. Les affections pneumologiques.....	5
4. Les manifestations rhumatologiques	5
5. Les maladies gastroentérologiques.....	5
D. Les principales affections bucco-dentaires rencontrées	6
1. La carie dentaire	6
2. Les maladies du parodonte.....	6
3. Les cancers buccaux	7
II. Médecin généraliste et pathologies bucco-dentaires	7
A. Le médecin généraliste, souvent premier interlocuteur.....	7
B. Manque de connaissances des médecins généralistes	8
C. Des aides diagnostiques insuffisantes	9
III. Un manque de coordination	9
A. Une relation quasi inexistante	9
B. Les obstacles à la communication	10
C. Une communication pourtant essentielle	11
D. Des professionnels de santé pourtant enclins à la communication.....	11
IV. Les objectifs de l'étude	12
MATERIELS ET METHODES	13
I. Le choix de la méthode qualitative	13
A. Définition	13
B. Un peu d'histoire	13
C. La notion de « proof of concept ».....	14
II. Les entretiens de groupe focalisés.....	15
A. Définition	15
B. Pourquoi cette méthode ?	15

C. Le déroulement.....	16
D. L'enregistrement et la retranscription.....	18
III. Participants à l'étude.....	18
A. Leur recrutement.....	18
B. Critères d'inclusion.....	19
C. Les caractéristiques des participants.....	20
IV. Analyse.....	21
A. Le logiciel NVivo.....	21
B. La triangulation des données.....	21
RESULTATS.....	22
I. Etat des lieux actuels.....	22
A. L'état de bucco-dentaire, miroir de l'état de la santé générale.....	22
B. Manque de personnel soignant.....	22
C. Manque de communication.....	23
D. Problématique d'emploi du temps.....	24
E. Manque d'informations sur le patient.....	25
F. Dépassement du champ de compétence de chacun.....	26
II. Les pistes d'amélioration.....	28
A. Etablissement d'un courrier d'adressage.....	28
B. Le coup de fil au professionnel.....	30
C. Utilisation du DMP.....	30
D. Organisation de réunions interprofessionnelles.....	32
E. Création d'un groupe What's App.....	32
F. Utilisation des messageries sécurisées.....	33
G. Création d'une fiche navette.....	33
H. Sélection de trois outils.....	37
III. Problématiques des trois outils.....	38
A. Relatives au coup de téléphone.....	38
B. Relatives au groupe What's App.....	40
C. Relatives à la fiche navette.....	42
1. Les premières impressions.....	42
a. De la part des patients.....	42
b. De la part des chirurgiens-dentistes.....	43
c. De la part des médecins généralistes.....	44
2. Un gain de temps pour les chirurgiens-dentistes.....	45
3. Un moyen de s'intéresser davantage à la santé dentaire.....	46
4. Peu de temps pour la mise en pratique.....	46

5. Problématique géographique	48
6. Risque de perte	48
IV. Solutions apportées	49
A. Optimisation de la fiche navette	49
1. Création de différents formats	49
2. Améliorations de l'esthétique et du contenu	50
3. Une prise en charge au cas par cas	53
4. Diffusion à grande échelle	54
5. Une fiche davantage axée sur l'échange et le suivi	55
B. Optimisation du groupe What's App	57
C. Favoriser les rencontres	58
D. L'éducation thérapeutique du patient	61
1. Le médecin généraliste, acteur principal	61
2. Le rôle central du patient	63
DISCUSSION	65
I. Les limites de l'étude	65
A. Le recrutement des investigateurs	65
B. L'échantillon	66
C. L'analyse	66
D. Les résultats	66
E. Le contexte	66
II. Les forces de l'étude	67
A. La méthode qualitative, une méthode de choix	67
B. Les bénéfices du distanciel	68
C. La période de test	68
D. La triangulation des données	69
III. Améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes	69
A. Pourquoi ?	69
B. Comment ?	71
IV. La mise en pratique des trois outils	73
V. Les perspectives d'amélioration	76
A. L'appel téléphonique	76
B. Le groupe What's App	77
C. La fiche navette	80
VI. La place du patient	82
A. L'éducation pour la santé	82

B. Dans quel cadre sommes-nous ?.....	83
C. Le rôle des soignants.....	84
D. Le patient au centre de cette coordination	86
VII. Les aspects socio-économiques.....	87
A. Les résistances internes	87
B. Les résistances externes	89
VIII. Vers l'Espace Numérique de Santé.....	91
CONCLUSION	93

RESUME

Contexte : La santé bucco-dentaire fait partie des indicateurs de santé générale et est essentielle à la qualité de vie. Les pathologies-bucco-dentaires représentent un problème de santé publique majeur en raison de leurs prévalence et incidence élevées. Elles impactent négativement l'état de santé général. Il existe de nombreux obstacles à la communication entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes. Ces professionnels de santé sont rarement en contact. Le manque de coordination nuit à une prise en charge optimale du patient. Pourtant, ces derniers manifestent une volonté de travailler ensemble afin d'améliorer la prévention, l'éducation des patients et le dépistage précoce des pathologies.

Méthode : Cette étude qualitative a été menée grâce à la participation de 6 chirurgiens-dentistes et 9 médecins généralistes. Nous avons mis en place deux sessions de groupes focus via le logiciel de visioconférence Teams. Ces entretiens ont tous été menés jusqu'à saturation des données. Les données ont été ensuite analysées avec le logiciel NVivo et triangulées à l'aide d'un investigateur extérieur à l'étude. L'objectif était de déterminer puis de tester un ou plusieurs protocole(s) visant à améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes et d'en évaluer leur faisabilité en soins primaires.

Résultats : L'étude a permis de caractériser trois outils pouvant être efficaces en pratique courante pour améliorer cette coordination : l'appel téléphonique est sous-utilisé en pratique courante. Pourtant, c'est un outil très efficace car il permet l'échange direct et précis d'informations. Le groupe What's App, outil à fort potentiel, nécessiterait toutefois un cadre plus précis quant à sa mise en place notamment sur le nombre de participants et ses limites en termes de zone géographique. La fiche navette est l'outil phare de notre étude, elle a fait consensus. En plus de rassembler l'ensemble des informations capitales et utiles sur un patient pour les professionnels de santé, elle permettrait un véritable échange entre eux. Cela optimiserait donc le suivi et éviterait le retard de soins en ne laissant de côté aucune information. Toutefois, nous nous sommes rendu compte qu'il est parfois difficile pour les professionnels de santé de changer leurs habitudes actuelles souvent très ancrées. Les cartes sont désormais entre leurs mains.

Conclusion : Chaque outil de coordination : appel téléphonique, groupe What's App et fiche navette comporte évidemment ses avantages et ses inconvénients. Ils sont tous réalisables en pratique courante. Ils sont surtout complémentaires. Leur utilisation conjointe pourrait être un réel plus dans la prise en charge et le suivi du patient et aiderait considérablement chirurgiens-dentistes et médecins généralistes à mieux se coordonner.

INTRODUCTION

I. La santé bucco-dentaire

A. Définitions

Selon l’OMS, la santé bucco-dentaire se définit par « *l’absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d’infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d’autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler et donc son bien-être psychosocial.* » (1)

La dentition a plusieurs fonctions : la mastication des aliments, la production des sons mais aussi l’expression des sentiments. (2) Au-delà des aspects médicaux, un mauvais état bucco-dentaire, est souvent lié à la marginalité et constitue un obstacle à l’insertion sociale et professionnelle. (3)

B. Données épidémiologiques

Les affections bucco-dentaires touchent près de 3,5 milliards de personnes dans le monde. Elles se classent donc parmi les maladies chroniques les plus fréquentes. (1) En raison de leur prévalence et incidence élevées, elles représentent un réel problème de santé publique. (4) D’autant plus qu’elles touchent tous les types de populations à différents degrés.

Bien que très fréquentes, une grande partie des maladies bucco-dentaires sont cependant évitables et peuvent être traitées précocement.

Selon un communiqué de presse de l’OMS de 2004, « *les maladies bucco-dentaires telles que la carie dentaire, les maladies du parodonte (pathologies de l’ensemble des tissus de soutien de la dent) et les cancers de la cavité buccale et du pharynx posent un problème de santé partout dans le monde, dans les pays industrialisés comme, dans les pays en développement, surtout dans les communautés les plus pauvres.* » (5)

C. Santé bucco-dentaire et santé générale

L’état de santé bucco-dentaire et l’état de santé général sont étroitement liés. (6) L’état bucco-dentaire peut être considéré comme le reflet de la santé. En effet, les maladies générales ont un impact sur l’état de santé bucco-dentaire, au même titre que le mauvais état bucco-dentaire aggrave l’état de santé général. (7) La santé bucco-dentaire est donc essentielle à la qualité de vie.

Les affections du parodonte (ensemble des tissus de soutien de la dent) sont liées à l’hygiène bucco-dentaire, aux habitudes de vie et à différents facteurs de risque d’ordre général :

1. Le diabète

Le diabète aggrave l’état parodontal et réduit l’efficacité du traitement engagé tout comme les affections parodontales ont tendance à déséquilibrer le diabète en majorant l’insulinorésistance. (6)

2. Les maladies cardiovasculaires

Les parodontites augmenteraient le risque d'infarctus, d'AVC et d'athérosclérose carotidienne. Elles augmenteraient le risque de rupture d'anévrisme par la présence de bactéries issues du parodonte dans la paroi de l'aorte. La liaison entre affections parodontales et endocardite infectieuse chez les malades ayant une cardiopathie valvulaire à haut risque est bien connue depuis des décennies. (6)

3. Les affections pneumologiques

Les infections bucco-dentaires augmentent le risque d'infection pulmonaire et peuvent surinfecter une atteinte pulmonaire préexistante. De plus, le mauvais état bucco-dentaire est significativement associé à une aggravation des bronchopneumopathies chroniques obstructives. (6)

4. Les manifestations rhumatologiques

Plusieurs études font le lien entre les affections parodontales et la polyarthrite rhumatoïde. En effet, les maladies parodontales jouent un rôle essentiel dans l'étiologie de la polyarthrite rhumatoïde et le traitement des parodontites réduit la sévérité de celle-ci. (6)

5. Les maladies gastroentérologiques

Bien que les relations soient plus controversées, plusieurs études évoquent une relation entre les parodontites, la pathogenèse de la pancréatite chronique et l'augmentation possible du risque de cancer du pancréas ainsi que l'augmentation de sa mortalité. (6)

D. Les principales affections bucco-dentaires rencontrées

1. La carie dentaire

De par sa fréquence, la carie dentaire est considérée comme la principale affection bucco-dentaire en France. Initialement réversible, elle comporte plusieurs stades d'évolution ayant chacun une prise en charge spécifique. (8)

Les enfants et les adolescents en sont particulièrement vulnérables. En 2006, d'après l'UFSBD, elle touche encore plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45% des enfants de 12 ans. L'alimentation sucrée, dont le grignotage, le manque d'hygiène bucco-dentaire, l'insuffisance de recours aux soins en sont les principaux facteurs de risque. (3)

2. Les maladies du parodonte

L'atteinte de l'espace biologique parodontal au niveau du sillon gingivo-dentaire et des gencives, peut aboutir à différentes pathologies, allant de la gingivite, forme la plus fréquente, aux parodontites plus complexes, nécessitant des thérapeutiques adaptées et un suivi régulier. (8)

Elles peuvent rapidement entraîner un déchaussement des dents et une destruction de l'os alvéolaire. Elles sont à l'origine d'un grand nombre de pertes dentaires dans la deuxième moitié de la vie. Les principaux facteurs de risque sont le diabète, le tabagisme, l'immunodépression. (3)

3. Les cancers buccaux

Les cancers de la sphère buccale n'ont cessé d'augmenter ces dernières années dans les pays industrialisés. Ils sont essentiellement liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac. Leur incidence en France est la plus élevée d'Europe.

(3)

II. Médecin généraliste et pathologies bucco-dentaires

A. Le médecin généraliste, souvent premier interlocuteur

Les pathologies bucco-dentaires sont un motif de consultation très fréquent chez le médecin généraliste. En effet, en 2017, parmi les 278 motifs de consultation répertoriés dans le dictionnaire des résultats de consultation en Médecine Générale établi par la SFMG, 20 étaient en rapport avec une pathologie bucco-dentaire. (9)

Plusieurs facteurs amènent le patient à consulter d'abord son médecin traitant plutôt que son chirurgien-dentiste.

Parmi ces facteurs, l'aspect financier, constitue un frein non négligeable. Les tarifs souvent élevés des soins dentaires et leur faible taux de remboursement par la Sécurité Sociale sont une des raisons majeures du renoncement aux soins. (10)

Trouver un dentiste de nos jours est également de plus en plus difficile. Le facteur démographique représente donc un autre facteur amenant le patient à se tourner en premier lieu vers le médecin généraliste. Aujourd'hui, la France compte

40 000 chirurgiens-dentistes soit une densité moyenne de 63,1 dentistes pour 100 000 habitants. Mais, comme pour le cas des autres professionnels de la santé, il existe une grande disparité géographique. (11)

La peur du patient de consulter le dentiste par crainte de la douleur est citée également dans plusieurs études.

Le médecin généraliste se retrouve donc acteur principal, non seulement dans la prévention, mais également dans le dépistage des affections bucco-dentaires. (9)

B. Manque de connaissances des médecins généralistes

Le médecin généraliste travaillant en soins primaires, se retrouve confronté à des situations de pathologies bucco-dentaires dégradées et complexes.

Une étude réalisée en 2004 dans un réseau de santé met en évidence l'insuffisance de formation des médecins généralistes en termes de pathologie bucco-dentaires, en effet : *« les médecins expriment leur manque de formation dans ce domaine que ce soit dans le cursus initial ou en formation médicale continue. Ils jugent leurs connaissances trop floues sur les pathologies bucco-dentaires et l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Conscients de leurs lacunes, les médecins s'estiment incompétents [...] »* (12)

Il en est de même du point de vue des chirurgiens-dentistes, qui, d'après une thèse de Médecine Générale menée en 2014, estiment que les connaissances des médecins généralistes sur les pathologies dentaires sont insuffisantes, ce qu'ils ne

critiquent pas, mais qu'ils expliquent par le peu de temps consacré à leur apprentissage au cours des études de Médecine. (13)

Pourtant, il est important que les médecins généralistes soient formés à la prise en charge de ces pathologies qu'ils rencontrent fréquemment dans leur pratique quotidienne.

C. Des aides diagnostiques insuffisantes

Au même titre que Antibioclic® pour les pathologies infectieuses, ou Ophthalmoclic® pour les pathologies ophtalmologiques par exemple, un outil diagnostique, Dentacllic® a été créé il y a quelques années pour les médecins de premiers recours.

Son utilisation se limite à la prise en charge de la douleur dentaire non traumatique de l'adulte et son élaboration a été faite essentiellement par des médecins généralistes, donc par des professionnels de santé non-experts dans la santé bucco-dentaire ce qui nuit à la qualité de l'outil. (14)

III. Un manque de coordination

A. Une relation quasi inexistante

Le rôle du médecin généraliste, en soins primaires, est essentiel dans la coordination des soins avec les différents intervenants de santé et notamment avec le chirurgien-dentiste. Toutefois cette communication semble rare. (15)

D'après la même étude de 2004, parmi les médecins généralistes interrogés, la moitié d'entre eux n'adressent jamais leur patient chez les chirurgiens-dentistes, 8 sur 12 ne demandent pas à leur patient s'ils ont un chirurgien-dentiste, 11 sur 12 n'ont jamais été en relation régulière avec un chirurgien-dentiste pour le suivi d'un patient, et la moitié seulement conseille de consulter. (12)

B. Les obstacles à la communication

Il existe de nombreux obstacles à la communication entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes :

- Culturels : sentiment d'isolement des chirurgiens-dentistes et impression d'être incompris par les médecins généralistes qui jugent leur pratique différente de la leur. (12)
- Types de prise en charge : notion d'injustice de la part des médecins généralistes pour la tarification des actes de soins-dentaires plus souple que pour celle des médecins. (12)
- Formation inadéquate : comme cité plus haut, manque des connaissances des médecins généralistes sur les pathologies bucco-dentaires. (12)
- Méconnaissance des professions : ignorance du champ de compétence de chacun. (12)

Enfin, les rares échanges entre ces professionnels de santé concernent principalement des cas aigus, urgents, et ne s'intègrent pas dans le suivi du patient et dans sa prise en charge globale

C. Une communication pourtant essentielle

Selon l'HAS, le défaut de communication est une des principales causes des événements indésirables en milieu de soins. Elle a d'ailleurs établi un guide à la communication entre professionnels de santé. (16)

Il existe un clivage entre le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste et le patient, liée au manque de communication, entraînant alors une perte de chance pour ce dernier. Le parcours patient nécessite d'être amélioré. La collaboration avec les équipes dentaires est capitale. Il faut favoriser la communication.

D. Des professionnels de santé pourtant enclins à la communication

Selon les résultats du travail de recherche de 2014 étudiant la relation entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes : *« la majorité des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes regrettent la rareté de leur communication. Ils manifestent une volonté de travailler ensemble en particulier afin d'améliorer la prévention, l'éducation des patients et le dépistage précoce des pathologies. »* (13)

Une autre thèse de Médecine Générale, réalisée en 2017 sur le pôle santé de la ville de Hem a montré une volonté des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes à mieux collaborer entre eux. (15)

D'autant plus que les deux professionnels ont réciproquement « besoin » l'un de l'autre : le chirurgien-dentiste a besoin de connaître les informations du patient,

comme ses antécédents, ses traitements en cours, ses allergies... Tout comme le médecin généraliste peut être amené à le faire pour des situations qui dépassent son champ de compétence.

IV. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude sera, au travers d'échanges entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes, d'établir un ou plusieurs protocoles qui font consensus de manière à améliorer la coordination entre ces deux professionnels de santé.

Nous recueillerons les principales critiques de ce(s) protocole(s) afin d'en apporter des améliorations éventuelles et en déterminer ainsi leur faisabilité et leur reproductibilité.

Les objectifs indirects de l'étude seront donc d'améliorer les échanges entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes au niveau de la santé bucco-dentaire, de repérer plus rapidement les problèmes du patient, de fluidifier ainsi son parcours de soins et d'éviter les retards de soins et la perte de chance.

D'où notre question de recherche : comment améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes en soins primaires.

MATERIELS ET METHODES

I. Le choix de la méthode qualitative

A. Définition

Selon Mays et Pope (1995), « *Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.* »

On pourrait croire que l'étude qualitative s'oppose à l'étude quantitative qui, à sa différence, n'utilise pas une quantité importante de données mais a pour but principal de recueillir des données de fond. (17)

En réalité, ces deux méthodes de recherche sont plutôt complémentaires. En effet, la recherche qualitative ne vise pas à chiffrer ou mesurer mais s'inscrit plus volontiers dans une démarche interprétative en collectant des données verbales pour ainsi comprendre les caractéristiques de la population étudiée, ses habitudes et ce qui peut les pousser à agir de telle ou telle manière. (18)

B. Un peu d'histoire

Il faut remonter aux années 1920 pour voir émerger les premières recherches qualitatives. Les premières recherches ont été dirigées par les sociologues et les anthropologues sur des phénomènes humains dans leur environnement naturel. (19)

Ensuite, ce sont les études de marché (notamment en marketing) qui, à partir des années 1950, ont beaucoup utilisé des techniques de recueil de données comme les entretiens et les groupes focus, qui sont spécifiques à la recherche qualitative. (19)

Ce n'est qu'aux alentours des années 1990 que les chercheurs en santé se sont approprié ces méthodes. La notion de recherche qualitative est citée pour la première fois en 2003 dans le MeSH de Medline. (19)

C. La notion de « proof of concept »

Traduit de l'anglais par « preuve de concept » cette méthode de recherche a pour but de tester, auprès d'un échantillon de personnes, une ou plusieurs solutions et d'en apporter une preuve concrète de sa faisabilité. (20)

Elle est très utilisée dans le domaine du marketing, de l'informatique (IA et Big Data), de l'ingénierie, avant la mise en place d'un projet nouveau. En effet, il faut éprouver le concept avant le déploiement plus large celui-ci. (21)

L'objectif est donc de démontrer la faisabilité d'un protocole en le testant sur une période définie dans le temps et avec une mise en situation réelle afin de répondre à la question suivante : « Est-ce réalisable ? » (21)

Cette méthode permet de repérer les forces et les faiblesses d'un protocole pour ainsi en apporter les modifications éventuelles avant sa diffusion.

Cette méthode de travail nous est apparue comme la méthode de choix pour notre étude étant donné que l'objectif principal est d'élaborer divers protocoles en fonction des attentes et des besoins des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes et de les tester auprès d'eux afin d'améliorer leur coordination en soins primaires.

II. Les entretiens de groupe focalisés

A. Définition

D'après le guide de méthodologie des thèses en Médecine Générale, le recueil de données par focus groups est « *un groupe de discussion semi structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance. [...] Cette méthode de recueil des entretiens repose donc sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.* » (22)

B. Pourquoi cette méthode ?

Cette méthode était donc la méthode idéale pour notre recherche qualitative car elle permettait à la fois de rassembler les expériences de chacun liées au manque de coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes, d'élaborer un protocole pour pallier ce manque et aussi de recueillir les impressions et remarques après test de ce protocole.

C. Le déroulement

Nous avons donc mis en place, deux entretiens de groupe focalisés, avec pour chacun, deux séances, soit quatre au total. Ces entretiens ont été réalisés à trois mois d'intervalle permettant ainsi le test du ou des protocole(s) élaboré(s).

Nous avons réalisé, avec mon directeur de thèse, un guide d'animation permettant de définir précisément le déroulement de la séance, celui-ci étant reproductible d'une séance à l'autre et avait pour but d'articuler les différentes questions de l'entretien tout en respectant une certaine limite de temps.

Compte tenu de la pandémie de Covid-19, les entretiens n'ont malheureusement pas pu être réalisés en présentiel. Ils ont donc été menés via le logiciel de visioconférence Teams. Un lien permettant de rejoindre la réunion a été envoyé au préalable à tous les participants. Les investigateurs n'ont pas été indemnisés ni rémunérés en échange de leur participation à l'étude.

Les groupe focus ont été animés par un modérateur neutre à l'étude qui a l'habitude de mener ce genre d'entretiens et est donc capable de dynamiser un groupe, tout en gérant les objectifs de l'étude ainsi que le temps.

Les deux premiers entretiens se sont déroulés le lundi 14 décembre 2020 et le jeudi 17 décembre 2020. Celui du lundi, a regroupé 5 médecins généralistes et 3 chirurgiens-dentistes, il a duré 94 minutes. Quant à celui du jeudi, il a réuni 4 médecins généralistes et 3 chirurgiens-dentistes et a duré 73 minutes.

Le but de ces deux premiers entretiens, étaient de recueillir les expériences et vécus des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes en lien avec le manque de coordination entre ces deux professionnels de santé. A partir de ces témoignages, les participants déterminaient alors un ou plusieurs moyens de communication afin de pallier ce manque.

Les deux entretiens suivants ont eu lieu le 15 mars 2021 et le jeudi 18 mars 2021. Ils réunissaient les mêmes participants qu'aux premiers focus groupes mais pas forcément le même jour, en fonction de leurs disponibilités. Le premier a réuni 4 médecins généralistes et 3 chirurgiens-dentistes, il a duré 56 minutes. Le second, 3 médecins généralistes et 3 chirurgiens-dentistes, pour une durée de 74 minutes. 2 médecins généralistes ont donc été perdus en cours d'étude car ils n'ont malheureusement pas pu participer aux entretiens suivants, un était en vacances à ce moment-là et un autre n'a pas réussi à se connecter.

L'objectif de ces deux entretiens suivants était de recueillir les impressions de chacun des professionnels, après test et mise en pratique des différents protocoles élaborés en première partie ainsi de déterminer leur faisabilité et leur généralisation en pratique courante (proof of concept).

Les groupes focus ont été menés jusqu'à saturation des données. Nous n'avions pas de limite de temps donc la fin des entretiens a été prononcée dès lors qu'aucune nouvelle idée n'était exprimée de la part de l'ensemble des participants.

D. L'enregistrement et la retranscription

Chaque entretien a été enregistré via l'enregistreur intégré à l'ordinateur portable via lequel je participais à la réunion en tant qu'observatrice. Par mesure de sécurité, j'ai également enregistré les réunions via le dictaphone de mon Smartphone. Je pouvais ainsi repérer et noter surtout les attitudes non verbales et gestuelles de chaque participant.

Puis, j'ai retranscrit chaque entretien en intégralité. Chaque retranscription a été relue par mon directeur de thèse, permettant de repérer les éventuelles erreurs que j'aurais pu commettre.

Un formulaire de consentement avait été remis à chaque participant avant les entretiens, permettant ainsi de recueillir leur accord quant aux enregistrements et à l'utilisation des données, tout en respectant l'anonymat de chacun et le secret médical. (*Annexe 1*).

Ce formulaire faisait également office de contrat pour la participation aux différentes réunions.

III. Participants à l'étude

A. Leur recrutement

Le fondement même des études qualitatives est de ne pas être représentatif des populations étudiées : le but n'est pas de mesurer, mais d'identifier et de comprendre certaines pratiques ou attitudes.

C'est pourquoi, nous avons effectué un recrutement téléphonique dans un premier temps, de chirurgiens-dentistes et de médecins généralistes des Hauts de France en les sélectionnant de manière aléatoire et non exhaustive dans l'annuaire.

Nous avons donc contacté 93 médecins généralistes et 66 chirurgiens-dentistes. Les personnes intéressées nous ont laissé leur adresse de messagerie informatique. Nous avons donc pu leur envoyer notre brochure élaborée par nos soins, avec toutes les informations nécessaires (*Annexe 2*) ainsi qu'une fiche explicative plus détaillée pour chaque discipline. (*Annexes 3 et 4*)

Nous avons donc établi une liste initiale de 12 médecins généralistes. 2 d'entre eux nous ont finalement fait comprendre qu'ils n'auront pas le temps et 1 n'a plus donné suite à nos courriels.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, le recrutement était plus compliqué, nous avons finalement réussi à en réunir 6 au total.

B. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des médecins généralistes étaient d'exercer la Médecine Générale ambulatoire, en soins primaires, sur le territoire des Hauts-de-France.

Ceux des chirurgiens-dentistes étaient d'exercer la Chirurgie-Dentaire, en soins primaires, sur le territoire des Hauts-de-France.

C. Les caractéristiques des participants

Finalement, 9 médecins généralistes et 6 chirurgiens-dentistes ont donc été inclus dans notre étude. Afin de mieux les connaître, nous leur avons remis un questionnaire de renseignement (*Annexe 5*) en amont qui rassemblait plusieurs informations dont leur âge, leur sexe, leurs données de pratique et leur installation informatique.

Grâce à ce questionnaire, nous avons établi deux tableaux regroupant les données quantitatives des différents investigateurs, un tableau pour chaque discipline. (*Annexes 6 et 7*). Ces données sont déclaratives.

Ainsi, l'âge des chirurgiens-dentistes s'étendait de 25 à 54 ans avec une moyenne de 39,1 ans. Le sex-ratio était de 2 hommes pour 1 femme. La moyenne d'années d'installation était de 11,8 ans. L'exercice était urbain pour 66,7% des participants. Les logiciels métiers utilisés en pratique étaient variés : Trophy®, Visiodent®, Julie® et Logos®. Le nombre moyen d'actes réalisés par jour était de 18. Un seul chirurgien-dentiste utilisait une messagerie sécurisée dans sa pratique (Mailiz®).

En ce qui concerne les médecins généralistes, les plus jeunes étaient âgés de 29 ans et le plus âgé de 62 ans, soit une moyenne de 36,5 ans. Le sex-ratio était de 3,5 hommes pour une femme. La moyenne d'années d'installation était chiffrée à 13,6 ans. 55,5% d'entre eux exerçaient en zone semi-rurale, 33,4 en zone urbaine et 11,1% en zone rurale. Les logiciels métiers utilisés en pratique étaient eux aussi très variés : Médistory®, Hellodoc®, WEDA®, Axisanté® et Crossway®. Le nombre d'actes moyen

par jour s'élevait à 26,4. Enfin, 77,8% d'entre eux utilisaient une messagerie sécurisée au cours de leur pratique quotidienne : Apicrypt®, pour 100% des utilisateurs.

IV. Analyse

A. Le logiciel NVivo

Nous avons utilisé le logiciel NVivo, qui est un logiciel d'analyse qualitative performant pour organiser, visualiser et analyser les données qualitatives non encore structurées afin d'approfondir notre analyse et d'identifier les liens de connexion entre les différentes données recueillies.

A partir des sources des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes, nous avons élaboré d'abord les codes de premier niveau via les verbatims de ces derniers. Ensuite, nous avons regroupé ces codes afin de faire émerger des sous-catégories, puis des catégories et enfin des thèmes, soit les codes de second niveau permettant alors la production des résultats de notre recherche. Ceci constitue la phase de théorisation des données ayant pour but de d'intellectualiser les allégations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes.

B. La triangulation des données

Un chercheur indépendant et moi-même avons codé chaque retranscription de chaque entretien sur le logiciel NVivo, séparément. Compte tenu du caractère parfois subjectif des verbatims, ceci permettait d'avoir un consensus sur l'analyse des données en passant par une réécoute des entretiens en cas d'éventuelle discordance.

RESULTATS

I. Etat des lieux actuels

A. L'état de bucco-dentaire, miroir de l'état de la santé générale

Plusieurs participants ont rappelé l'importance de l'état de santé bucco-dentaire dans l'état de santé global. Certains d'entre eux ont également souligné le fait que les patients avaient tendance à oublier ce point essentiel, considérant la santé bucco-dentaire comme une discipline à part et non reliée à l'apparition de potentielles pathologies plus générales.

- *“Pour beaucoup de gens, ils ont l'impression que la bouche c'est vraiment quelque chose à part.” (Référence 2 - FG 2.2)*
- *“Je pense que ça pourrait permettre de leur faire comprendre que le corps c'est un ensemble, qu'il faut prendre soin de cette partie pour que tout fonctionne bien.” (Références 3 et 4 – FG 2.2)*

B. Manque de personnel soignant

Dans l'introduction, nous avons mentionné le problème de la pénurie de chirurgiens-dentistes en France, et cela s'est confirmé dans notre étude. En effet, plusieurs chirurgiens-dentistes ont ciblé le manque grandissant de ces professionnels de santé sur le territoire des Hauts-de-France.

- *“Dans le Pas-de-Calais ça commence vraiment à être la grande crise.”*
(Référence 2 – FG 1.1)
- *“C’est impossible cette année de prendre des nouveaux patients...”* (Référence 5 – FG 1.1)

C. Manque de communication

Un frein majeur à la coordination entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes est le manque de communication entre ces deux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. Ce manque de communication a été fortement souligné, autant par les chirurgiens-dentistes que par les médecins généralistes.”

- *“On rentre pas encore assez en relation avec les médecins généralistes (...) On essaie un peu plus, mais c’est encore un peu compliqué.”* (Référence 3 – FG 2.2)
- *“C’est vrai que c’est intéressant cette thèse parce qu’on a peu de contact avec les dentistes, vraiment.”* (Référence 7 – FG 2.2)

D’après les investigateurs, le manque de communication se manifeste à plusieurs niveaux : aussi bien par le manque de courriers que par la rareté des appels téléphoniques ou des échanges par mail.

- *“Bon moi en ce qui me concerne, sur huit mille cas, j’ai du avoir euh... trois courriers de médecins !”* (Référence 5 – FG FG 1.1)
- *“J’ai déjà eu peut-être, deux appels de dentistes, ça fait trente ans que je bosse !”* (Référence 1 – FG 2.2)

- *“J’envoie jamais de mail, de messages, aux médecins généralistes.”*
(Référence 24 – FG 1.1)

D’autant plus que le manque de communication n’est pas sans retentissement sur le suivi du patient. Cela peut même nuire à une prise en charge optimale, par le manque de consignes sur les soins en cours ou la surveillance à apporter.

- *“La coordination elle ne fonctionne pas, parce qu’on ne sait pas !”* (Référence 4 – FG 1.1)
- *“On est un peu perdus parce qu’on les renvoie vers leur médecin sans pour autant plus d’infos sur les soins à apporter ou autre...”* (Référence 10 – FG 1.1)
- *“C’est vrai qu’on ne prend pas spécialement le temps de s’appeler derrière pour savoir un petit peu où ça en est quoi.”* (Référence 15 – FG 1.2)

D. Problématique d’emploi du temps

Le manque de temps constitue un autre frein à la coordination repéré au cours de cette étude, autant par les chirurgiens-dentistes que par les médecins généralistes.

- *“J’avoue que..., une journée au cabinet, enfin en tout cas, en ce qui me concerne, j’ai pas vraiment le temps d’appeler de façon fréquente pour discuter d’un patient.”* (Référence 11 – FG 1.1)

La difficulté de trouver un créneau de consultation rapide chez le chirurgien-dentiste en cas d’urgence dentaire notamment, est un autre problème rapporté de

nombreuses fois au cours des différents entretiens par les médecins généralistes, empêchant ainsi, la fluidité du parcours de soins.

- *“Tous les créneaux de rendez-vous étaient pris pour les deux prochains mois.”*
(Référence 1 – FG 1.2)
- *“Mais c’est vrai que pour avoir un créneau d’urgence parfois, c’est difficile.”*
(Référence 6 – FG 1.1)

E. Manque d’informations sur le patient

Les chirurgiens-dentistes rencontrent très souvent dans leur pratique, une difficulté pour retrouver certaines informations sur le patient dont ils ont besoin. Ces informations sont pourtant capitales et essentielles à une prise en charge optimale.

Une bonne partie de ces patients, n’est pas en mesure de leur fournir ces informations pour des raisons diverses et variées. D’où l’intérêt pour le chirurgien-dentiste, d’avoir un accès direct à ces quelques informations importantes.

- *“Le gros souci que moi j’ai dans ma pratique de tous les jours, c’est des patients qui prennent des médicaments et qui ne savent pas pourquoi ils le prennent. (...) et des fois ça compromet les actes”* (Références 10 et 12 – FG 1.2)
- *“Evidemment, ce serait bien d’avoir immédiatement sous la main, quelques petites informations essentielles pour nous.”* (Référence 1 – FG 1.1)

Un questionnaire médical est remis à chaque nouveau patient en début de prise en charge par le chirurgien-dentiste.

D'une part, ce questionnaire est complété uniquement par le patient qui n'est pas toujours au courant de ses pathologies et de ses traitements et ne sait pas forcément quelles informations sont pertinentes pour le chirurgien-dentiste. De plus, il n'est pas remis à jour au fur et à mesure des consultations. Sa monotonie et sa longueur découragent également le patient, qui de ce fait, ne remplit pas le questionnaire de façon très sérieuse.

D'autre part, ce questionnaire médical n'est pas vraiment adapté à la pratique des chirurgiens-dentistes selon eux, car il ne cible pas les informations vraiment utiles à la prise en charge dentaire.

- *“C'est plus compliqué pour eux une fiche en noir et blanc effectivement, où il y a quarante mille questions en plus, qui ne soit pas forcément en plus adéquate à la pratique quoi.” (Références 4 et 5 – FG 2.2)*
- *“C'est vrai que nous des fois, sur le questionnaire médical, on pose des questions qui sont voilà... qu'on pose pour la première consultation mais on n'y revient pas. (Référence 6 – FG 2.2)*

F. Dépassement du champ de compétence de chacun

Chaque professionnel, chirurgien-dentiste ou médecin généraliste, se retrouve confronté, dans sa pratique quotidienne, à des situations ou des éléments dont il n'a pas connaissance et qui dépassent son champ de compétence.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, la méconnaissance des médicaments, de leurs génériques, et de leurs interactions, est un thème qui a été rapporté de nombreuses fois.

- *“Les traitements pharmacologiques, moi je ne les connais pas.” (Référence 24 – FG 1.2)*
- *“Je ne connais pas tous les génériques de toutes les spécialités, malheureusement on est dentistes.” (Référence 2 – FG 1.1)*

Ils comptaient également sur le médecin généraliste pour les aiguiller dans certaines de leurs prises en charge pouvant déséquilibrer des pathologies générales. Ils ont besoin d’une certaine sécurité par rapport à leurs gestes.

- *“J’ai besoin du toubib, j’ai besoin qu’il me dise : bah voilà, est-ce qu’on va prendre le risque ? Là j’ai besoin de lui dans mon plan de traitement.” (Référence 46 et 47 – FG 1.2)*

Les médecins généralistes, quant à eux, se sentaient souvent démunis face à certaines pathologies dentaires pour lesquelles ils ne savaient pas comment réagir. Ils rapportent parfois agir par défaut face à un souci dentaire et temporiser, sans vraiment être certain que leur stratégie soit la bonne.

- *“Parce que c’est vrai que nous, médecins généralistes, au niveau des soins dentaires, on est quand même un petit peu ignorants. (Référence 48 – FG 1.2)*

- *“Je sais qu’il y a beaucoup de médecins généralistes qui, dès qu’ils ont un souci dentaire, qui ne sont pas à même d’orienter correctement le patient.” (Référence 40 – FG 1.2)*
- *“Le souci pour les soins dentaires, on opte toujours pour des solutions un peu de... on a toujours cette tendance à balancer les antibiotiques (...) on botte un peu en touche” (Références 14 et 15 – FG 1.2)*

II. Les pistes d’amélioration

A. Etablissement d’un courrier d’adressage

Afin d’améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes, et notamment la transmission des informations, quatre chirurgiens-dentistes sur les six ont suggéré l’idée de créer un courrier d’adressage regroupant les informations capitales dont ils ont besoin. Ce courrier serait à rédiger par le médecin généraliste du patient lors de la découverte d’une pathologie nécessitant des soins dentaires. Ce dernier le transmettrait à son chirurgien-dentiste lors de ladite consultation.

- *“Il y a quelques petites informations essentielles où effectivement, j’aimerais bien avoir un accès direct à la venue du patient.” (Référence 2 – FG 1.1)*
- *“C’est bien rappeler la liste des médicaments, des traitements que le patient prend sur le courrier. C’est éventuellement donner le dernier INR si le patient est sous AVK, la raison de la mise sous Xarelto.” (Référence 3 – FG 1.2)*

Six médecins généralistes utilisent déjà cet outil lors de leur pratique quotidienne mais ils proposent de l'améliorer en n'inscrivant sur ce courrier que les informations les plus pertinentes pour le chirurgien-dentiste.

- *“Nous en tant que médecin généraliste, on fait un courrier systématique.”*
(Référence 12 – FG 1.1)
- *“Il n'a pas besoin d'un courrier qui fait deux pages avec tous les antécédents dont il n'a rien à faire et tous les traitements qui ne sont pas pertinents.”*
(Référence 16 – FG 2.1)

Afin de faciliter encore plus la tâche aux chirurgiens-dentistes et étant donné que ceux-ci n'ont parfois pas connaissance des traitements médicamenteux et surtout de leurs différentes indications, deux médecins généralistes ont émis l'idée d'utiliser une fonctionnalité des logiciels médicaux, à savoir la liaison des traitements médicamenteux aux différents antécédents du patients.

- *“Enfin nous, médecins, on est à même de faire des courriers avec euh... enfin avec Crossway, on peut catégoriser les antécédents avec les traitements qui correspondent.”* (Référence 9 – FG 1.2)
- *“C'est catégoriser ! Et ça on peut le faire avec les logiciels.”* (Référence 11 – 1.2)
- *“Ça je pense que pour le chir-dent c'est génial, parce que du coup, il n'a pas à chercher dans le Vidal et cetera.”* (Référence 10 – FG 1.2)

B. Le coup de fil au professionnel

Bien que les deux professionnels de santé utilisent parfois le coup de téléphone au professionnel dans leur pratique, on se rend compte que cet outil de communication n'est pas utilisé si facilement. Pourtant, cet outil est très efficace car il permet d'avoir une réponse immédiate en cas de manque d'informations ou encore de doute sur une prise en charge.

- *“Donc ça m'arrive d'appeler directement le médecin.” (Référence 2 – FG 1.1)*
- *“J'ai appelé quelquefois le chirurgien-dentiste” (Référence 2. FG 1.2)*
- *“C'est beaucoup plus rapide de décrocher son téléphone et d'appeler son généraliste pour lui demander.” (Référence 1 – FG 2.1)*

Chirurgiens-dentistes et médecins généralistes ont proposé d'utiliser cette méthode plus régulièrement et plus largement afin d'améliorer la communication.

- *“Le téléphone est quand même ce qu'il y a de plus efficace hein.” (Référence 3 – FG 1.1)*
- *“Il faut pas avoir peur de s'appeler quand on a une interrogation.” (Référence 5 – FG 1.2)*

C. Utilisation du DMP

Le DMP, ou dossier médical partagé, carnet de santé numérique, rassemblent les données médicales du patient. Les professionnels de santé qui prennent en charge le patient ont normalement accès à ce dossier en ligne. Cependant, celui-ci est

largement sous-utilisé. De plus, un des six chirurgiens-dentistes n'y a visiblement pas accès.

- *“J’ai jamais cliqué sur le DMP, j’avoue.” (Référence 12 – FG 1.1)*
- *“Là où je travaille, je sais que quasiment personne n’utilise le DMP.” (Référence 13 – FG 1.1)*
- *“On ne peut pas savoir si le patient est diabétique, sous anti-coagulant, voilà, on n’a pas accès à ce fameux DMP en tant que chirurgien-dentiste.” (Référence 16 – FG 1.1)*

Pourtant, le DMP permettrait aux chirurgiens-dentistes d’avoir un accès direct aux informations dont ils ont besoin comme par exemple, la dernière ordonnance du patient ou ses derniers courriers médicaux. Développer cet outil serait donc une autre piste afin d’améliorer la coordination.

- *“Il y a des informations qui sont potentiellement accessibles pour les professionnels via le DMP, on peut avoir accès aux courriers par exemple.” (Référence 1 – FG 1.1)*
- *“Je pense que le DMP, développer le DMP ce serait, je pense, une très bonne idée, de mon point de vue.” (Référence 7 – FG 1.1)*
- *“Créer un dossier commun avec les dentistes, ce serait génial !” (Référence 3 – FG 1.2)*

D. Organisation de réunions interprofessionnelles

Une autre piste d'amélioration, largement citée lors des groupes focus, serait de se réunir et de mettre en place des groupes d'échange de pratiques entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes afin d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, partager leurs interrogations dans le but de résoudre des situations professionnelles problématiques et ainsi de faire évoluer leur pratique.

- *“Il faudrait peut-être organiser une réunion de temps en temps, dans une zone particulière entre dentistes et médecins, pour discuter un petit peu d'un certain nombre de choses, de nos prises en charge...” (Référence 1 – FG 1.1)*
- *“Je dirais qu'il faut favoriser le travail d'équipe.” (Référence 5 – FG 1.2)*

E. Création d'un groupe What's App

Il n'est pas toujours possible de se réunir en présentiel, d'autant moins avec les circonstances sanitaires actuelles. C'est pourquoi, l'idée de créer des groupes d'échanges de pratique, en virtuel, par l'intermédiaire d'un réseau social, a été soulevée. Le réseau social What's App est celui qui a été le plus cité loin devant Facebook ou les groupes Messenger par exemple, et donc celui qui serait le plus compatible avec ce genre de pratiques.

- *“Il y a des groupes d'échange de pratiques sur tous les réseaux sociaux, pourquoi pas créer ce genre de groupe aussi avec les dentistes, à la mode d'un groupe d'échange de pratique mais via effectivement, par exemple What's App.” (Références 2 et 3 – FG 1.1)*
- *“Le groupe What's App, ça me paraît être intéressant.” (Référence 12 – FG 1.2)*

- *“Je pense que le groupe What’s App doit être utile pour partager éventuellement des informations un peu plus générales.” (Référence 1 – FG 2.1)*

F. Utilisation des messageries sécurisées

Les messageries sécurisées sont utilisées avant tout pour la réception des résultats biologiques ou les courriers de spécialistes. En revanche, elles ne sont pas utilisées afin d’échanger entre professionnels de santé, notamment sur des problématiques qui ne relèvent pas de l’urgence. Cela sous-entend cependant, d’avoir dans son répertoire, l’adresse e-mail du chirurgien-dentiste ou du médecin généraliste en question.

- *“Je regardais à peine, c’était pour les biologiques, mais c’est tout. On pourrait éventuellement s’en servir pour une demande par exemple.” (Référence 4 – FG 1.1)*
- *“C’est pour ça que ce serait bien d’avoir un agenda avec les mails des chirurgiens-dentistes et des médecins, comme ça on peut l’envoyer directement et être sûrs qu’ils le reçoivent.” (Référence 1 – FG 2.2)*

G. Création d’une fiche navette

Tout d’abord, les médecins généralistes ont fait remarquer qu’ils aimeraient avoir, a posteriori de l’adressage de leurs patients chez le chirurgien-dentiste, un retour de celui-ci quant au diagnostic ou à la prise en charge effectuée.

- *“Et en retour du certificat d’adressage, on a un compte-rendu de la part du dentiste, ça pourrait être bien.” (Référence 8 – FG 1.1)*

De cette remarque, a émergé l'idée d'une fiche d'échange, regroupant de manière claire et synthétique, les informations capitales dont a besoin le chirurgien-dentiste afin de prendre en charge leurs patients de manière la plus optimale et la plus sécurisée possible. Cette idée a fait l'unanimité auprès des investigateurs.

- *“On pourrait inventer une fiche d'échange entre médecins généralistes et dentistes, avec toutes les informations nécessaires.” (Référence 17 – FG 1.1)*

Nous avons d'abord demandé aux médecins généralistes quelles informations ils estimaient importantes de transmettre au chirurgien-dentiste. Puis, nous nous sommes tournés vers les chirurgiens-dentistes afin de savoir d'une part s'ils étaient d'accord ou non avec les propositions des médecins généralistes et si, d'autre part, ils avaient éventuellement des éléments à ajouter à cette liste.

La liste finale était la suivante :

1. Les maladies chroniques :

- un diabète (équilibré ou non avec la dernière hémoglobine glyquée)
- un cancer, avec le traitement en cours le cas échéant (notamment radiothérapie de la sphère oro-faciale)
- un antécédent de greffe d'organe (avec son éventuel traitement immunosuppresseur)

2. Les valvopathies :

- le port ou non d'une prothèse valvulaire
- un éventuel antécédent d'endocardite
- une éventuelle cardiopathie congénitale

3. Les traitements en cours :

- un anti-coagulant (avec le dernier INR, le cas échéant)
- un anti-agrégant plaquettaire
- une corticothérapie (avec son dosage)
- un traitement par Bisphosphonates (fréquence, forme orale ou injectable)

4. Un traitement substitutif aux opiacés (si oui : lequel)**5. Une intoxication :**

- alcoolique
- tabagique

6. Les allergies connues**7. Une zone pour une éventuelle description clinique**

Un des médecins généralistes a parlé de l'intérêt d'ajouter une case destinée au dentiste avec la possibilité pour celui-ci, de mettre un mot sur la prise en charge effectuée. Mais, cette idée ne faisait pas consensus donc nous avons laissé la fiche telle qu'elle dans un premier temps.

- *“C’est vrai que nous on pourrait noter sur cette fiche une petite case avec ce qu’a fait le dentiste. Et donc du coup, là, ça serait à vous les dentistes de noter un petit peu ce que vous avez fait.” (Référence 73 – FG 1.1)*

Cette fiche serait à remplir par le patient avec l'aide de son médecin traitant. Elle serait ensuite remise au patient qui lui, la transmettrait à son chirurgien-dentiste lors de la consultation en question.

- *“On pourrait par exemple, créer une fiche comme ça, nous on la donne au patient, on dit : vous la remplissez quand vous voulez et surtout quand vous allez voir votre dentiste, vous y allez avec cette fiche-là.” (Référence 18 – FG 1.1)*
- *“Nous on peut... on pourrait remplir tout à fait cette fiche pour savoir si le geste peut être fait ou pas.” (Référence 14 – FG 1.2)*

Nous nous sommes vraiment attardés sur cette idée car c'était l'idée phare, celle qui a été le plus citée et développée au cours de ces groupes focus par les participants de l'étude. Nous avons donné à cette fiche d'échange interprofessionnelle, le nom de « fiche navette » car nous avons trouvé que ce terme correspondait parfaitement à son rôle : celui d'une navette, d'un élément de liaison entre médecin généraliste et chirurgien-dentiste.

Les différents participants nous ont fait comprendre que la fiche devait être ludique et qu'elle devait donner envie d'être remplie afin de favoriser son utilisation et sa diffusion. A l'inverse du questionnaire médical que les dentistes remettent à chaque nouveau patient en début de suivi, qui lui, visiblement, ne fait pas l'unanimité.

- *“Je vois au cabinet, le questionnaire médical, c'est vraiment que du noir et blanc, ça donne pas envie.” (Référence 2 – FG 1.2)*

La version 1 de cette fiche navette, c'est-à-dire celle créée à l'issue des deux premiers groupes focus, figure en annexe. (*Annexe 8*)

H. Sélection de trois outils

Pour conclure ce débat, nous avons demandé aux participants de hiérarchiser ces outils afin de sélectionner, parmi ceux cités plus haut, les outils les plus pertinents (qu'ils soient généraliste-dépendants, dentiste-dépendants ou patient-dépendants). Nous leur avons ensuite demandé d'identifier quelles mesures faisaient consensus et celles réalisables par tous afin de n'en retenir que trois.

Ces trois outils que les participants à l'étude ont décidé de tester sont :

- l'appel téléphonique au professionnel
- le groupe d'échange interprofessionnel via le réseau social What's App
- la fiche navette

En ce qui concerne le coup de téléphone, les investigateurs se sont engagés à communiquer davantage par téléphone pendant les 12 semaines de test.

Le groupe What's App a été créé le 25 janvier 2021, soit 7 semaines avant la deuxième partie des entretiens. Les intervenants souhaitant en faire partie, m'ont transmis leur numéro de téléphone portable. Parmi eux, un médecin généraliste et un chirurgien-dentiste ne m'ont pas communiqué leurs coordonnées mobiles. Le temps écoulé entre la fin des premiers groupes focus et la création au groupe correspond au temps qu'il a fallu pour récupérer toutes les coordonnées mobiles des investigateurs.

La fiche navette (*Annexe 8*), telle que décrite dans la partie précédente, a été envoyée sur les boîtes mails des investigateurs le 6 janvier 2021 soit 9 semaines et demie avant les groupes focus suivants.

III. Problématiques des trois outils

A. Relatives au coup de téléphone

Les investigateurs n'ont globalement pas utilisé l'outil du téléphone plus fréquemment qu'avant les premiers groupes focus pendant ces 12 semaines de test.

Un des chirurgiens-dentistes expliquait qu'il appelait déjà assez régulièrement le médecin généraliste du patient lorsqu'il avait besoin d'informations. D'où sa réponse à notre question : *“est-ce que vous avez l'impression de l'avoir fait plus ou différemment depuis qu'on en a parlé la dernière fois ?”* :

- *“Non parce qu'en cas de doute, je passais déjà assez facilement un coup de fil alors, voilà quoi, j'ai pas vraiment changé. Je le fais et je le faisais.”* (Références 4 et 5 – FG 2.1)

D'autres chirurgiens-dentistes ont souligné la grande efficacité de cet outil afin d'obtenir des informations immédiates, claires et complètes. D'autant plus que le médecin traitant, en général, assure un suivi régulier à ses patients et il est la personne la plus à même de répondre aux questionnements des chirurgiens-dentistes.

- *“Bah au moins si j'ai besoin d'informations tout de suite, vu que je suis confronté au patient face à moi, bah c'est plus rapide.”* (Référence 9 – FG 2.2)
- *“Ben en fait comme il connaît ses patients, il connaît ses médicaments et il savait ce qui était possible ou pas. Donc tout de suite on a été bien guidés.”* (Référence 5 – FG 2.2)

Les médecins généralistes étaient globalement plus réticents. En effet, certains ont eu du mal à mettre en pratique cette mesure par crainte de déranger leur interlocuteur, le chirurgien-dentiste en l'occurrence, en plein acte.

- *“Je suis toujours un peu mal à l’aise de me dire que je vais peut-être déranger la personne.” (Référence 4 – FG 2.1)*

Un des médecins généralistes poursuivait en disant que les seules circonstances pour lesquelles il était amené à le faire, étaient vraiment pour des cas urgents, dont les soins ne pouvaient être différés. La plupart de ses collègues étaient d'accord avec lui.

- *“Du coup j’ai quand même tendance à décrocher le téléphone que si vraiment il y a quelque chose que j’estime être vraiment urgent, qui nécessite vraiment d’être vu rapidement.” (Références 6 et 7 – FG 2.1)*
- *“Le téléphone, le coup de fil, c’est effectivement plus comme M. avait l’air de dire, en cas d’urgence.” (Référence 15 – FG 2.1)*

Et l'urgence dentaire semblait être plutôt rare en Médecine Générale libérale :

- *“Et c’est vrai que j’ai jamais eu l’occasion, là encore sur les trois mois qui viennent de passer, d’avoir vraiment quelque chose d’urgent.” (Référence 8 – FG 2.1)*

B. Relatives au groupe What's App

Le groupe What's App s'est avéré être un échec. Les seules interventions qui ont eu lieu sur ce groupe étaient pour l'une d'entre elles, la nôtre : nous avons tenté de relancer les investigateurs en les incitant à se servir de ce groupe pour toute question, un avis ou encore une urgence éventuelle. Ce à quoi certains d'entre eux ont répondu qu'ils n'avaient pas eu de demande particulière pouvant faire l'objet d'une question sur ce groupe.

- *“Je n'ai pas encore eu de patient avec un problème dentaire depuis la dernière fois personnellement.”*

Une autre intervention était pour discuter d'une amélioration sur la fiche navette dont nous parlerons dans la partie suivante. La dernière intervention était celle d'un médecin généraliste qui avait visiblement oublié l'existence de ce groupe :

- *“J'ai un peu décroché et je m'en excuse.”*

Le premier problème identifié par les investigateurs pour expliquer cette absence d'échange, est que certains, pour des raisons diverses et variées, ne sont pas inscrits sur les réseaux sociaux et sur What's App en l'occurrence.

- *“Moi je n'ai aucun réseau social donc je ne pourrai pas.” (Référence 1 – FG 1.1)*
- *“Ouais moi je me suis désinscrite de What's App, je n'y suis plus.” (Référence 2 – FG 2.2)*

Un autre problème rapporté par plusieurs d'entre eux est le faible nombre de consultations chez le médecin généraliste en rapport avec une problématique dentaire, qu'on peut éventuellement rapporter au laps de temps, peut-être un peu juste, de 7 semaines de test. Les médecins généralistes ayant eu des consultations pour motif dentaire n'ont manifestement pas eu besoin d'aide.

- *“J’ai eu seulement trois patients venus pour des problèmes dentaires.”* (Référence 4 – FG 2.2)
- *“Pas assez de patients. Il n’y a pas eu assez de patients.”* (Référence 3 – FG 2.2)
- *“C’est vrai que le groupe What’s App, moi je l’ai pas utilisé parce que j’ai pas eu vraiment de nécessité par rapport à ça.”* (Référence 2 – FG 2.2)

Le troisième et dernier problème souligné lors de ces seconds focus groupe se rapporte à la situation géographique. En effet, compte tenu de la sélection aléatoire des participants à l'étude, ces derniers étaient répartis un peu partout sur le territoire du Nord-Pas-de-Calais et n'ont jamais eu l'occasion de travailler ensemble auparavant.

- *“Donc là le groupe What’s App ensemble, on l’a pas trop... je l’ai pas trop utilisé avec vous parce qu’on est loin.”* (Référence 6 – FG 2.2)

D'où la difficulté pour eux de communiquer sur le groupe. D'une part les participants ne se connaissaient pas personnellement et d'autre part, lorsque le chirurgien-dentiste a une éventuelle question sur un patient, il est préférable pour lui

de contacter le médecin traitant qui suit le patient, celui qui détient les informations dont il a besoin. Tout comme le médecin généraliste, préférera contacter pour un patient donné, son chirurgien-dentiste référent.

- *“Ben le groupe What’s App, quand on pose une question en tant que dentiste à un médecin généraliste, on la pose au généraliste du patient, donc euh... c’est compliqué s’il n’est pas sur le groupe.” (Référence 1 – FG 2.1)*
- *“C’est vrai que je me vois mal utiliser le groupe What’s App pour réclamer entre guillemets, un rendez-vous urgent alors que si ça se trouve, ce sont des chirurgiens dent qui ne sont pas du tout du coin.” (Référence 7 – FG 2.1)*

C. Relatives à la fiche navette

1. Les premières impressions

a. De la part des patients

D’après les déclarations des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes suite à la mise en circulation de la fiche navette, les patients qui ont pu tester la fiche l’ont visiblement beaucoup apprécié.

- *“Moi de mon côté, la patiente à qui j’ai donné la fiche, pareil, elle était très réceptive, elle disait : ah c’est nouveau ? C’est cool !” (Référence 4 – FG 2.2)*
- *“Pour l’instant honnêtement, j’ai eu deux retours : super hein !” (Référence 8 – FG 2.2)*

L’esthétique de la fiche ne les a pas non plus laissés indifférents.

- *“Mais elle était réceptive aussi, au contraire de trouver ça enfantin, elle trouvait que c’était mignon.” (Référence 6 – FG 2.2)*

Certains ont pu même prendre conscience de l’importance de certaines informations qu’ils n’auraient pas forcément pensé à transmettre à leur chirurgien-dentiste sans l’existence de cette fiche.

- *“Ils ont pris conscience que tout geste n’était pas anodin.” (Référence 9 – FG 2.2)*

Nous n’avons qu’un seul retour négatif cité par un des chirurgiens-dentistes. En effet un de ses patients voyait plutôt cette fiche comme une démarche de plus à effectuer, une lourdeur supplémentaire.

- *“C’est plus une corvée qu’autre chose en fait.” (Référence 4 – FG 2.1)*

b. De la part des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes ont été enchantés par la fiche navette, ils l’ont trouvée très bien élaborée. Les éléments qui y figurent sont vraiment pour eux, les éléments clés dont ils ont besoin lors de leur pratique quotidienne. Ils ont également apprécié son côté synthétique et son côté pratique avec sa facilité de remplissage.

- *“C’est vrai que là c’est très ciblé sur ce qui nous intéresse, donc c’est vraiment bien.” (Référence 17 – FG 2.2)*

- *“Ouais, moi j’ai trouvé la fiche vachement intéressante, et je la trouve super bien faite.” (Référence 1 et 2 – FG 2.2)*
- *“Et c’est simple, ça prend 5 minutes à remplir quoi !” (Référence 13 – FG 2.2)*

Ils ont également été séduits par son visuel qui selon eux, inciterait davantage les patients et les chirurgiens-dentistes eux-mêmes à la compléter.

- *“Même pour les gens, ça donne plus envie de remplir une fiche comme ça.” (Référence 16 – FG 2.2)*

c. De la part des médecins généralistes

Les médecins généralistes, quant à eux, ont également été conquis par la fiche, et ce à l’unanimité. Ils partageaient l’avis qu’elle regroupait l’essentiel des données utiles au chirurgien-dentiste.

- *“Par contre j’ai utilisé la fiche navette que je trouve vraiment très sympa, ça m’a rendu pas mal de services.” (Référence 3 – FG 2.2)*
- *“Déjà avoir ciblé, comme on les a bien identifiés les red flags, les antécédents à ne pas louper, c’est déjà bien !” (Référence 5 – FG 2.1)*

L’aspect visuel de cette fiche est aussi un point fort selon eux qui favoriserait l’adhésion aux soins.

- *“Ça donnerait presque envie d’aller chez le dentiste !” (Référence 8 – FG 2.2)*

- *“Le côté, alors tout simplement, avec les couleurs (...) pour certains patients qui sont un peu bordéliques on va dire, ça peut aider.” (Référence 4 – FG 2.1)*

2. Un gain de temps pour les chirurgiens-dentistes

Les investigateurs de chaque discipline étaient tous d'accord pour dire que cette fiche rendrait un réel service au quotidien aux chirurgiens-dentistes étant donné qu'ils n'auraient plus à passer du temps à collecter les informations dont ils ont besoin. Ils seraient ainsi plus sereins lors de la réalisation de gestes plus techniques.

- *“Mais c'est vrai que ça nous rendrait bien service, on pourrait gagner du temps.” (Référence 2 – FG 2.2)*
- *“Parce qu'en plus, on pose juste les questions par rapport à ce qui est indiqué donc au moins les grosses contre-indications pour certains gestes, on a déjà tout.” (Référence 1 – FG 2.2)*

Bien que la fiche ne ferait pas gagner de temps aux médecins généralistes, elle ne leur en ferait pas perdre énormément pour autant. La fiche est en effet simple et rapide à remplir. En outre, ils seraient d'accord pour aider leurs confrères dentistes dans leur chasse à l'information.

- *“Ouais la navette elle rend surtout service au dentiste. On va la remplir pour le dentiste pour qu'il n'ait pas à galérer dans sa quête d'informations. Ça va aider le dentiste et ça va lui faire gagner du temps.” (Référence 10 et 11 - FG 2.2)*

3. Un moyen de s'intéresser davantage à la santé dentaire

Grâce à cette fiche, de nombreux médecins généralistes ont avoué s'être intéressés davantage à la santé bucco-dentaire de leurs patients. Ils se sont ainsi aperçus que la coordination entre les deux professions passait obligatoirement par la case transmission d'informations. Ils se sont également rendu compte qu'ils ne s'attardaient pas assez sur la dentition de leurs patients et que cela devrait devenir un peu plus systématique à l'avenir.

- *“Ça m’a quand même poussé à m’intéresser un petit peu plus aux soins dentaires de mes patients de manière générale.” (Référence 1 – FG 2.1)*
- *“Par contre, en effet, ça m’a un peu plus sensibilisé, à faire un peu plus attention, à informer un peu plus les patients.” (Références 4 et 5 – FG 2.1)*
- *“Je trouve qu’on manque de clinique, on a moins le temps et ça peut obliger justement à penser aux dents.” (Référence 4 – FG 2.2)*

4. Peu de temps pour la mise en pratique

Les neuf semaines et demie de test de la fiche navette n'ont manifestement pas été suffisantes.

Premièrement, il y a eu peu de consultations relatives à des problématiques dentaires du côté des médecins généralistes. Et, sur ce peu de consultations, la plupart des médecins généralistes ne se sont pas spécialement sentis en difficultés donc ils n'ont pas forcément pensé à utiliser la fiche navette.

- *“J’ai eu aucune demande par rapport à des soins dentaires. Alors effectivement je veux bien essayer de la mettre en place, mais sans demande, c’est toujours un peu compliqué.” (Référence 2 – FG 2.1)*
- *“J’ai pas eu spécialement de choses qui m’auraient posé souci au point de solliciter les chirurgiens-dentistes.” (Référence 6 – FG 2.1)*

Certains médecins généralistes rattachaient ce peu de demandes à l’intervalle de temps un peu court pour expérimenter cette fiche.

- *“En quelques mois de temps, est-ce qu’on a vraiment toujours systématiquement beaucoup de demandes à ce niveau-là ?” (Référence 1 – FG 2.1)*
- *J’ai pas eu de retour parce que je trouve que le délai il était assez court.” (Référence 6 – FG 2.1)*

Ainsi, il n’y a pas eu de retour du professionnel en face. Les chirurgiens-dentistes ont de leur côté donné quelques fiches navettes à leurs patients dans le but de la faire remplir par le médecin généraliste, mais n’ont eu de nouvelles. Les médecins généralistes ont quant à eux, rempli un certain nombre de fiches avec leurs patients, mais les patients ne sont pas forcément allés voir leur dentiste dans cet intervalle.

- *“J’ai pas eu de retour du dentiste en lui-même.” (Référence 5 – FG 2.1)*

- *“Donc j’en ai donné mais j’ai pas eu de retour parce qu’il faut le temps que les patients d’une part aillent voir leur généraliste et d’autre part que je les revoie au cabinet.” (Référence 3 – FG 2.1)*

5. Problématique géographique

Une nouvelle fois revient le problème géographique, cité plus haut dans la partie sur l’appel téléphonique : les investigateurs sont originaires de zones différentes, voire opposées, donc cela a gêné la bonne diffusion et l’échange optimal de la fiche navette.

- *“C’est vrai que du coup, on n’a pas été confrontés à la fiche, parce qu’on ne travaille pas dans le même secteur.” (Référence 1 – FG 2.2)*

6. Risque de perte

Un autre problème souligné plusieurs fois par les participants est le risque de perte de la fiche navette. Néanmoins, il faudrait d’abord que le patient pense à apporter la fiche lors d’une consultation chez son dentiste. Etant donnés les délais de rendez-vous parfois longs, le patient risque effectivement d’oublier l’existence de cette fiche et de l’égarer.

- *“C’est vrai qu’un papier sur deux, ça finit soit dans le fond du coffre de la bagnole ou de la baraque.” (Référence 4 – FG 2.1)*
- *“Effectivement la fiche, elle risque de traîner dans ses affaires pendant peut-être six mois, un an, avant qu’il aille voir son dentiste.” (Référence 9 – FG 2.1)*

- *“Et je me demande si en cas de rendez-vous à trois mois, les patients vont y penser.” (Référence 3 – FG 2.2)*

IV. Solutions apportées

A. Optimisation de la fiche navette

1. Création de différents formats

Afin de satisfaire une majorité de personnes, il faudrait tout d’abord créer différents formats de fiche navette. Le format A4 papier est le format privilégié par un plus grand nombre d’investigateurs en raison de l’espace qu’il laisse pour compléter la fiche.

- *“Ouais format A4, j’avoue que j’aime bien, parce qu’on a quand même de la place.” (Référence 8 – FG 2.2)*

Mais d’autres préféreraient un format de poche afin que la fiche soit rangée plus facilement.

- *“Moi je la vois plus en format carte postale, pour qu’il puisse la mettre dans son portefeuille ou dans sa pochette avec sa carte vitale.” (Référence 16 – FG 2.2)*
- *“Alors si c’est un format carte postale, éventuellement, les remarques, on peut les faire à l’arrière.” (Référence 5 – FG 2.2)*

Certains préféreraient même un format totalement informatisé, intégré au logiciel métier et une transmission de la fiche directement par courriel, pour éviter justement le risque de perte et pouvoir la modifier plus facilement.

- *“J’imagine assez facilement un patient perdre sa fiche (...) alors que si je l’ai dans mon logiciel métier, elle sera enregistrée, c’est vrai que je pourrai quand même la ressortir assez facilement et la modifier facilement.” (Référence 5 et 6 – FG 2.1)*
- *“Par contre, ça serait intéressant, comme on est tous plus ou moins informatisés, de pouvoir la remplir par Internet (...) parce que papier, on en a trop quoi.” (Références 1 et 2 – FG 2.2)*

2. Améliorations de l’esthétique et du contenu

Dans la rubrique “valvulopathies”, concernant les cardiopathies congénitales, un chirurgien-dentiste aimerait que l’on précise si la cardiopathie congénitale est cyanogène ou non. Concernant les Bisphosphonates, les chirurgiens-dentistes aimeraient connaître leur durée de traitement et la prise conjointe ou non de corticoïdes.

- *“Il faut faire attention quand c’est cardiopathie congénitale cyanogène, ça fait partie du groupe A maintenant, et par contre non-cyanogène, c’est réparti dans la population commune en fait donc ça pourrait être sympa de préciser juste ce petit truc-là.” (Référence 2 – FG 2.1)*
- *“Dans les dernières recommandations qu’on a nous au niveau des chirurgies, Bisphosphonates depuis moins de trois ans avec des corticoïdes, il y a des*

risques de nécrose. Après Bisphosphonates de plus de trois ans par voie orale, il y a des risques de nécrose aussi.” (Références 10 et 11 – FG 2.1)

Les chirurgiens-dentistes aimeraient par ailleurs, avoir l’avis du médecin sur le besoin ou non d’arrêter un anti-coagulant lors d’un geste chirurgical dentaire.

- *“Pour tout ce qui est anti-coagulant (...) ça serait top de savoir si vous, d’un point de vue médical, enfin vous les médecins, si vous considérez que c’est nécessaire ou non de faire un relais s’il y a une grosse chirurgie.” (Référence 3 – FG 2.1)*

Deux des chirurgiens-dentistes ne voyait pas vraiment l’utilité de préciser si le patient était sous anti-agrégant plaquettaire ou non.

- *“L’anti-agrégant plaquettaire, c’est sympa à avoir comme info mais c’est moins important que les anti-coagulants et les Bisphosphonates.” (Référence 4 – FG 2.1)*
- *“Je sais pas si c’est nécessaire de mettre les anti-agrégants plaquettaires.” (Référence 6 – FG 2.1)*

Les médecins généralistes, quant à eux, conseillaient de rajouter un espace précisant si un traitement antibiotique a été introduit ou non. Certains ne trouvaient pas pertinent de faire figurer la partie sur l’alcool. Un autre médecin trouvait intéressant l’idée de faire figurer un schéma avec la topographie dentaire. Enfin, un dernier

suggérerait de rajouter (sur les conseils d'un collègue dentiste) une case avec les antécédents infectieux.

- *“Et pourquoi pas, éventuellement en plus mettre : antibiotique, si oui, lequel.”*
(Référence 3 – FG 2.2)
- *“Il y a la rubrique alcool qui me choque un peu, éventuellement on pourrait enlever la rubrique alcool ou mettre tabac et alcool dans le même truc, sur la gauche.”* (Références 5 et 6 – FG 2.2)
- *“Mettre la topographie avec juste avoir à cocher la dent en question, ça peut être sympa.”* (Référence 9 – FG 2.2)
- *“Ce que les dentistes auraient voulu ajouter, c'est une ligne sur les infections : hépatite B, hépatite C, VIH.”* (Référence 17 – FG 2.2)

Concernant la fiche en elle-même, dans son agencement, les investigateurs regrettaient le manque de place pour des éventuelles remarques du médecin généraliste. Pour y remédier, ils suggéraient simplement d'agrandir la case « remarque » pour ainsi avoir plus de place pour les potentielles annotations avec la possibilité par exemple, d'inscrire l'hypothèse diagnostique du médecin.

- *“Mais y'a peut-être pas beaucoup de place pour noter, pour le médecin généraliste. Mais bon c'est tout, il suffit de faire plus long, plus grand.”*
(Références 16 et 17 – FG 2.1)
- *“Et du coup éventuellement cette fiche pourrait servir de courrier d'adressage en agrandissant la zone remarque.”* (Référence 2 – FG 2.2)

Enfin, les deux professionnels de santé, aimeraient tous qu'il y figure une zone pour inscrire les coordonnées du chirurgien-dentiste et du médecin traitants du patient.

- *“Après, vu que vous avez parlé aussi, du point de vue du téléphone, c’est vrai qu’inclure le numéro de téléphone dans la fiche, ça peut être bien, justement comme un moyen de communication, c’est une valeur ajoutée quoi.” (Référence 30 – FG 2.2)*

La version finale de la fiche navette avec les modifications apportées suite aux suggestions des investigateurs, figure en annexe (*annexe 9*).

3. Une prise en charge au cas par cas

Evidemment, en fonction des différents types de patients que les professionnels de santé auront en face d’eux, la fiche navette ne sera pas utilisée de la même façon. Il est donc important, comme pour n’importe quel soin ou conseil, d’adapter sa prise en charge à la personne intéressée.

- *“C’est sûr que tu vas pas réagir de la même manière, ça va dépendre de la capacité de compréhension du patient.” (Référence 11 – FG 2.1)*
- *“Si j’ai un patient qui a du mal à comprendre les messages que j’ai envie de lui faire passer et à l’inverse si j’ai un patient qui a un niveau socio-professionnel assez élevé, j’aurais pas le même discours.” (Référence 14 – FG 2.1)*
- *“A un patient sous tutelle, curatelle, c’est flagrant qu’il n’est pas en auto-gestion on va dire, c’est pas indispensable de lui remettre directement, mais le remettre potentiellement à l’accompagnant.” (Références 20 et 21 – FG 2.1)*

Selon quelques intervenants, certains patients adhéreront davantage à ce principe de fiche navette s'ils sont déjà engagés dans des soins dentaires à l'heure où on leur transmet la fiche navette.

- *“S’il n’est pas encore en cours de soins à ce moment-là, il va se dire : bah c’est bien gentil, il me donne un papier mais là j’ai pas besoin d’aller voir mon chirurgien-dentiste donc je le prends pour lui faire plaisir.” (Référence 7 – FG 2.1)*
- *“Si le plan de traitement est déjà établi, les devis signés et tout ça, là effectivement on donne la feuille, je pense qu’il y a des grandes chances qu’elle revienne remplie.” (Référence 10 – FG 2.1)*

Cela n’empêche pas d’essayer de diffuser la fiche à l’ensemble de la patientèle même en l’absence de pathologie dentaire à l’instant T.

- *“C’est vrai que c’est faisable de la généraliser à une patientèle, c’est complètement possible à partir de 18 ans.” (Référence 16 – FG 2.2)*

4. Diffusion à grande échelle

Afin de favoriser la généralisation de cette fiche et sa diffusion à grande échelle, plusieurs stratégies ont été proposées par les investigateurs. La première serait de déposer la fiche navette sur un site Internet sécurisé et disponible pour tous.

- *“Je pense que ça peut être bien de mettre un lien, sur Internet, ou sur le Conseil de l’Ordre, ou un truc un peu safe, pour que ça se diffuse à grande échelle, ça pourrait être intéressant.” (Référence 5 et 6 – FG 2.2)*

Un autre moyen de diffusion, simple et efficace, serait le bouche-à-oreille, c’est-à-dire parler de cette fiche au maximum dans l’entourage professionnel.

- *“Et en parler aussi autour de soi, parce qu’on a quand même pas mal de médecins ou dentistes dans nos connaissances.” (Référence 7 – FG 2.2)*

La troisième stratégie serait de remettre la fiche navette au plus grand nombre de patients possible, que ce soit le médecin généraliste ou le chirurgien-dentiste, le premier propagateur.

- *“Donnez-lui la fiche pour qu’il retourne voir le médecin généraliste, c’est vrai que ça peut être un moyen de diffusion.” (Référence 10 – FG 2.2)*

“Ça va être diffusé forcément, parce qu’on a des patients d’un petit peu partout.” (Référence 11 – FG 2.2)

5. Une fiche davantage axée sur l’échange et le suivi

Le regret de certains médecins généralistes vis-à-vis de cette fiche navette est son caractère à sens unique. En effet, les chirurgiens-dentistes disposeraient à présent de toutes les informations dont ils ont besoin mais les médecins généralistes aimeraient en retour, être au courant des soins ou interventions dentaires réalisées sur leurs patients, avoir un retour lors d’un adressage chez le dentiste.

- *“C’est vrai que pour l’instant, c’est plutôt à sens unique hein.” (Référence 8 – FG 2.2)*
- *“C’est vrai que moi ça m’intéresserait d’avoir un petit retour.” (Référence 7 – FG 2.2)*
- *“Ouais ça peut être bien, déjà pour savoir quel a été le soin et puis pouvoir le marquer dans les antécédents.” (Référence 13 – FG 2.2)*
- *“Après si on généralise à toute la patientèle, à ce moment-là, il faut rajouter le suivi sur la feuille.” (Référence 4 – FG 2.2)*

D’où l’idée de créer une sorte de carnet de santé dentaire en plusieurs volets. Le premier volet serait la fiche navette déjà établie avec les modifications apportées. Le deuxième volet serait sous la forme d’un tableau où chaque professionnel pourrait inscrire la date, le diagnostic et/ou le soin ayant été fait ce jour-là pour ainsi obtenir un véritable suivi dentaire et intégrer chaque professionnel à la prise en charge.

- *“Donc un tableau avec des lignes courtes, comme ça, ça prend pas trop de temps au dentiste, ils peuvent remplir ça très rapidement et nous pour le suivi, c’est pas mal.” (Référence 20 – FG 2.2)*
- *“On pourrait s’assurer qu’ils aient vu le dentiste parce qu’à l’arrière il y aurait : a vu le dentiste telle date, justes soins dentaires simples ou RAS, ou ce genre de choses.” (Référence 15 – FG 2.2)*
- *“Puis je pense que ça peut être sympa de faire participer tout le monde quoi.” (Référence 29 – FG 2.2)*
- *“On soignera plus de problèmes dentaires, on aura plus de suivi dentaire de manière générale.” (Référence 47 – FG 2.2)*

B. Optimisation du groupe What's App

Une première façon d'optimiser le groupe What's App et d'y favoriser les échanges serait la création de groupes What's App par zones géographiques. En effet, nous venons de voir dans la partie précédente qu'un des gros freins à la communication sur ce groupe a été la distance entre les professionnels de santé qui ne se connaissaient pas.

- *“Si les gens ont déjà vu les noms, soit des chirurgiens-dentistes, soit des médecins généralistes, ils seront peut-être plus enclins à communiquer de cette manière-là.” (Référence 4 – FG 2.1)*

Territorialiser permettrait d'avoir sur le même groupe, chirurgiens-dentistes et médecins généralistes d'une même zone. Ainsi, chaque professionnel pourrait communiquer avec le chirurgien-dentiste ou le médecin traitant attribué à leur patient.

- *“Il y aurait plus de chance de tomber sur le chirurgien-dentiste traitant du patient avec quelque chose de territorial.” (Référence 4 – FG 2.2)*

Un des médecins généralistes nous a raconté que lui et leurs confrères avaient créé justement un groupe What's App à l'échelle de leur maison de santé pluriprofessionnelle et que cela fonctionnait très bien.

- *“Nous on a un petit groupe What's App à l'échelle de la maison de santé.” (Référence 7 – FG 2.2)*

Un autre point important souligné par les investigateurs serait de limiter le nombre de personnes par groupe What's App pour ne pas risquer de saturer le groupe et ainsi éviter de décourager les différents interlocuteurs à lire les différentes notifications, ou qu'une information importante se noie dans la masse de messages.

- *“L'inconvénient de What's App c'est le nombre de participants, enfin le nombre de personnes dessus.” (Référence 1 – FG 1.1)*
- *“On a pas le temps de tout lire, finalement on oublie le réseau et c'est fini.” (Référence 3 – FG 1.1)*

Les participants à l'étude nous ont aussi fait part de leur avis sur le rôle des groupes What's App. Certains voyaient plus le groupe comme un moyen d'échanger sur des bonnes pratiques de manière générale alors que pour d'autres, il serait un moyen d'obtenir un avis précis sur un patient ou une situation clinique en particulier.

- *“C'est plus dans l'échange, peut-être de bonnes pratiques ou des choses comme ça, sans forcément que ça concerne un patient en particulier.” (Références 1 et 2 – FG 2.1)*
- *“Pour le groupe What's App, je pense que ça peut être sympa quand il y a des difficultés par rapport à une situation où on se pose une question, est-ce qu'on a bien fait ou pas.” (Référence 2 – FG 2.2)*

C. Favoriser les rencontres

Se connaître personnellement est un atout non négligeable pour favoriser la communication entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes selon eux. Que

ce soit pour appeler directement le professionnel par téléphone, ou échanger via un réseau social, le fait de ne pas se connaître est un obstacle et freinent de nombreuses personnes.

- *“C’est-à-dire que dans une logique collaborative, si on ne se connaît pas, finalement je pense qu’on aura pas tendance à s’appeler.” (Référence 7 – FG 1.2)*
- *“Dès qu’on connaît la personne, on prend notre téléphone, la relation elle est tout de suite différente.” (Référence 2 – FG 1.2)*

Pour cela, exercer d’un établissement de santé pluriprofessionnel est une solution.

- *“Je vais m’installer dans une maison médicale, une maison de santé pluridisciplinaire où le dentiste est sur place et on peut aller toquer à sa porte. Et donc ça facilite les choses d’être dans un exercice pluridisciplinaire.” (Référence 18 – FG 1.2)*

Pour ceux qui ont choisi de travailler seul ou entre confrères d’une même discipline, une solution serait d’organiser des réunions interprofessionnelles, en présentiel ou en virtuel. En effet, le simple fait de mettre un physique sur un nom inciterait davantage à aller vers les autres.

- *“Il faudrait essayer une fois, deux fois ou trois fois par trimestre, qu’on se rencontre tout simplement pour mettre une tête sur un nom.” (Références 23 et 24 – FG 1.2)*
- *“Ça permet de discuter entre nous, de se filer nos numéros de portable perso, des SMS...” (Référence 22 – FG 1.2)*

Certains professionnels ont réussi à créer et entretenir une relation plus privilégiée avec le dentiste ou le médecin généraliste et ils se rendent compte que cela leur facilite grandement la vie.

- *“C’est devenu un peu mon référent entre guillemets. Et maintenant dès que j’ai un pépin, j’essaye de l’appeler. Y’a une certaine relation de confiance qui s’est installée.” (Références 9 et 10 – FG 1.2)*
- *“Heureusement que j’ai des copains dentistes quoi. Ça m’a permis de comprendre beaucoup de choses.” (Référence 12 – FG 1.2)*

En plus de rendre service au chirurgien-dentiste et au médecin généraliste, cela rendrait également service au patient, qui est au cœur de cette coordination et se sentirait davantage dans une relation de confiance. Cela favoriserait ainsi son adhésion aux soins.

“Un patient qui sent que le médecin connaît bien son pharmacien, son dentiste, ça crée une espèce d’unité, qui donne cette espèce de cohésion, ça rassure. C’est gagnant-gagnant, ça valorise tout le monde et ça, ça me paraît vraiment essentiel.” (Références 15 et 16 – FG 1.2)

D. L'éducation thérapeutique du patient

1. Le médecin généraliste, acteur principal

De nombreux médecins généralistes ont rappelé leur rôle essentiel dans l'éducation thérapeutique de leurs patients. Pour eux, cette éducation commencerait inévitablement par s'assurer de la bonne compréhension par les patients de leurs pathologies et des soins en cours. Sans cela, les patients seraient beaucoup moins observants.

- *“La certitude que j'ai, c'est que les gens n'adhèrent bien que quand ils ont compris. Cette phase de compréhension, elle est essentielle, à tous les niveaux.” (Références 1 et 2 – FG 1.2)*

Cela est notamment valable pour la fiche navette : sa généralisation à grande échelle et son efficacité ne seraient possibles qu'en expliquant au patient son intérêt et les raisons de sa mise en place.

- *“Il faut informer le patient de pourquoi on fait cette fiche.” (Référence 1 – FG 2.2)*
- *“Et leur expliquer un petit peu quelle était l'idée derrière ça, de faciliter un petit peu la communication avec les chirurgiens-dentistes et le médecin généraliste.” (Référence 1 – FG 2.1)*

Elle pourrait d'ailleurs même servir d'outil pédagogique afin d'expliquer au patient ses pathologies et tout ce qui s'y rattache.

- *“Quand je dis éduquer, c’est répéter au patient, à chaque fois qu’ils ont des soins, il faut continuer de répéter : oui bonjour Docteur, ah oui, avant de me faire les soins, il faut que je vous dise que je suis sous anti-coagulant. C’est aussi pour nous l’occasion de leur rappeler et renforcer encore et encore, avec la fiche, cette idée-là.” (Références 2 et 3 – F 1.2)*
- *“Pour moi, c’est le patient qui va transmettre la fiche au médecin et je pense qu’il va prendre conscience des pathologies qu’il a.” (Référence 9 – FG 2.2)*

Un autre rôle du médecin généraliste serait d’apprendre au patient, les informations pertinentes et incontournables sur sa santé, et les changements et nouveautés éventuels sur le plan médical, pour les transmettre au chirurgien-dentiste.

- *“Parce que justement, si on veut qu’il se rende compte que ce qu’il prend c’est pas anodin, alors ça passe par l’éducation bien sûr, mais il faut qu’il se rende compte que les traitements qu’il a, ils sont importants.” (Référence 7 – FG 2.1)*

D’après les chirurgiens-dentistes, le médecin généraliste est un acteur essentiel dans l’éducation thérapeutique et donc dans la coordination des soins. En effet, dans une très grande majorité de cas, il est le professionnel de santé de premiers recours pour les patients, celui qu’ils rencontrent le plus souvent et le plus facilement dans leur parcours de soins. De plus, ils ont très souvent une grande confiance et un immense respect pour leur généraliste, ce qui aurait tendance à favoriser leur adhérence aux soins.

- *“Je pense que s’il y a un acteur, qui, dans leur tête est très important, c’est leur toubib, qui s’occupe de leur santé dans l’ensemble.” (Référence 9 – FG 2.2)*
- *“Le toubib est quand même quelqu’un qui est important pour eux, qui est... on pourrait dire Monsieur.” (Référence 12 – FG 2.2)*

2. Le rôle central du patient

Le médecin généraliste a certes un rôle primordial dans la coordination des soins mais il est essentiel de rappeler que rien n’est possible sans le patient. En effet, une bonne coordination entre chirurgien-dentiste et médecin généraliste est en réalité une relation triangulaire où le patient est au centre. Et cette relation se doit d’être équilibrée pour être efficiente. Chacun des intervenants était d’accord pour qualifier le rôle du patient comme essentiel dans la coordination.

- *“Tout s’articule autour de lui en fait. C’est lui la pièce importante.” (Référence 21 – FG 2.2)*
- *“Effectivement on prend la décision à trois.” (Référence 3 – FG 1.2)*
- *“Parce qu’on peut toujours envoyer directement au spécialiste en shuntant le patient mais c’est un peu ne pas lui faire confiance du coup, et encore plus avec l’éducation thérapeutique qu’on fait actuellement, comme on disait, donc le shunter, c’est pas terrible.” (Références 8 et 9 – FG 2.1)*

Une idée, ressortie de nombreuses fois au cours des entretiens, serait de responsabiliser davantage le patient pour qu’il devienne acteur de sa santé. En effet, plusieurs investigateurs ont remarqué que le patient était parfois passif dans sa prise en charge, ce qui constituait un obstacle à la coordination.

- *“En fait je me suis aperçu que le patient n’était pas participatif, il était passif par rapport à ça et il se rend pas compte que c’est important pour nous, pour lui et le toubib.” (Référence 4 – FG 2.2)*
- *“Première mesure ça serait de mettre le patient au cœur de la coordination, de lui donner un rôle plus important, de le mettre au cœur de nos discussions.” (Références 10 et 11 – FG 1.2)*

Grâce à la fiche navette, on renforcerait encore plus cette idée et on placerait ainsi le patient au cœur de la coordination. C’est lui qui fait l’intermédiaire entre les deux professionnels de santé. Et cette chaîne serait effectivement rompue si la fiche navette n’arrive pas à bon port.

- *“C’est à lui de la remplir, c’est à lui de la donner chez le dentiste, donc c’est sûr qu’il a son rôle à jouer, et pas des moindres.” (Référence 1 – FG 1.1)*
- *“C’est lui qui est le lien de la communication puisque c’est lui qui tient la navette.” (Référence 30 – FG 2.2)*
- *“Donc le type il devient acteur de ces deux professionnels de santé, et pour une fois on passe pas uniquement par le toubib et le dentiste.” (Références 33 et 34 – FG 2)*

DISCUSSION

I. Les limites de l'étude

A. Le recrutement des investigateurs

Les participants à l'étude ont été initialement recrutés via un démarchage téléphonique par sélection aléatoire dans l'annuaire. Les 6 chirurgiens-dentistes et les 9 médecins généralistes qui ont finalement participé à l'étude nous avaient recontacté préalablement pour confirmer leur présence aux groupes focus. Il existe donc un biais de recrutement. Les 15 participants étaient intéressés par le sujet de notre étude. Ils n'étaient donc pas représentatifs des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes puisque tous étaient motivés et disponibles pour prendre part à ce travail.

A noter que sur les 93 médecins généralistes et les 66 chirurgiens-dentistes contacter, seulement 9 médecins et 6 dentistes ont accepté de participer à l'étude. La moitié a d'emblée décliné notre invitation par manque de motivation et/ou de temps. Le reste regroupait les professionnels de santé que nous n'avons pas réussi à joindre directement et ceux n'ayant pas donné suite à nos relances. On pourrait donc penser qu'une partie assez importante de ces professionnels de santé est peu encline au changement et donc à l'amélioration de la coordination entre eux. Néanmoins, ces résultats ne sont pas extrapolables puisque cet échantillon n'est pas représentatif.

B. L'échantillon

Le nombre de participants à un entretien de groupe focus est idéalement de 6 à 8 personnes afin d'assurer une bonne dynamique de groupe tout en permettant à chaque personne d'avoir l'opportunité de s'exprimer. Nos deux premiers groupes focus rassemblaient respectivement 8 et 7 participants. Les deux suivants, 7 et 6 personnes. L'effectif était donc suffisant, même si faible. Néanmoins, le but de notre étude n'était pas d'être statistiquement significatif.

C. L'analyse

Toute étude qualitative comporte inévitablement un risque de subjectivité et donc un biais d'interprétation. La triangulation des données avec une personne extérieure à l'étude a permis de limiter ce biais sans pouvoir l'éliminer totalement.

D. Les résultats

Le contexte de dialogue de groupe influence les données recueillies lors des entretiens. Les participants construisent leur représentation du sujet étudié tout au long du débat. Il existe donc un biais inhérent à la situation de groupe. En effet, les investigateurs sont orientés via le plan du guide d'entretien établi antérieurement. C'est pourquoi, toute interprétation des résultats doit être contextualisée afin d'éviter une généralisation excessive.

E. Le contexte

En raison de l'épidémie de Covid-19 circulant encore fortement pendant notre étude, nous avons été contraints de réaliser nos groupes focus de manière virtuelle

via le logiciel de visioconférence Teams, ce qui sous-entend d'être assez familiarisé avec ce genre d'outil. Certains investigateurs ont d'ailleurs rencontré des difficultés à se connecter malgré les explications préalables. Ceci nous a d'ailleurs coûté un participant qui n'a pas réussi à rejoindre la réunion lors du second entretien. Cela peut donc constituer un biais de profil des participants.

Le fait de réaliser les entretiens en ligne limite forcément les influences interpersonnelles, d'autant plus que certains n'ont pas réussi à maintenir allumée leur webcam. Les autres ne pouvaient donc pas se rendre compte des expressions du visage, du corps, de certaines réactions de leurs interlocuteurs.

Enfin, mener un entretien de manière dématérialisée peut s'avérer plus compliquée pour l'animateur du groupe focus qui reçoit parfois plusieurs réponses simultanément. Ceci peut limiter sa réactivité et gêner une bonne structuration du débat. Le logiciel Teams comporte une fonctionnalité "je lève la main" qui a permis au modérateur d'attribuer plus simplement la parole aux participants à tour de rôle.

II. Les forces de l'étude

A. La méthode qualitative, une méthode de choix

La méthode qualitative permet via les groupes focus une compréhension d'un phénomène en profondeur et une grande richesse dans la collecte des données. C'est une méthode adaptée à la Médecine Générale car elle permet de décrire et d'obtenir des explications plus significatives sur un sujet par l'intermédiaire du vécu des participants en consultation, leurs opinions et leurs sentiments.

B. Les bénéfices du distanciel

Le fait de réaliser l'étude de manière dématérialisée a permis de réduire les délais puisque les investigateurs n'ont pas eu à se déplacer pour participer aux réunions, ils ont pu y participer directement de leur domicile dès leur retour du travail. Il a donc été plus facile et plus rapide de fixer des dates pour réunir tout le monde.

Cela a permis également aux investigateurs de s'exprimer plus librement lors des groupes focus, de limiter le potentiel stress provoqué par le déroulement des réunions dans une salle d'entretien en face à face. De plus, bien que les participants soient identifiés via l'interface du logiciel, le fait d'être derrière leur ordinateur leur confère un sentiment d'anonymat qui peut ainsi les inciter à aller au fond de leur pensée sans craindre le jugement des autres intervenants.

Le traitement des données était également plus rapide car j'ai pu enregistrer le déroulement des réunions directement via mon ordinateur portable. Cela a grandement facilité ma retranscription par la suite.

C. La période de test

Les investigateurs ont eu une période de 7 semaines pour le groupe What's App, 9 semaines pour la fiche navette et 12 semaines pour l'appel téléphonique, afin de tester ces différents outils. Cet intervalle de temps était nécessaire pour leur permettre d'avoir le temps de prendre en main ces outils et d'en repérer leurs avantages, leurs inconvénients et les potentielles améliorations à apporter. Cependant, certains investigateurs nous ont quand même fait comprendre qu'une période de test un peu plus longue aurait peut-être permis de rencontrer davantage de

situations en lien avec une problématique dentaire, notamment pour tester la fiche navette ou le groupe What's App.

D. La triangulation des données

Faire appel à une personne extérieure à l'étude lors du codage des données sur le logiciel NVivo, a permis de limiter le biais d'interprétation qui existe inéluctablement lors d'une étude qualitative. Ainsi, s'il existait des discordances dans le traitement et le classement des verbatims, nous avons procédé à une réécoute de l'enregistrement puis une discussion avec ce tiers indépendant afin de trouver finalement un accord.

E. Le concept de saturation

Les groupes focus ont été menés jusqu'à saturation des données, donc jusqu'à ce qu'aucun autre élément n'émerge de la part des investigateurs. Le modérateur animant les entretiens s'est donc assuré à chaque entretien que chaque participant n'avait plus de nouvelles idées à apporter au débat.

III. Améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes

A. Pourquoi ?

Selon le guide méthodologique de la DGOS du ministère chargé de la santé de 2012, la coordination des soins se définit comme « *une action conjointe des professionnels de santé en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients* »

en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » (23)

Chirurgiens-dentistes et médecins généralistes ont donc réciproquement besoin l'un de l'autre pour permettre une prise en charge optimale de leurs patients en termes de santé bucco-dentaire et donc de santé générale.

Pour le médecin généraliste, cette prise en charge passe inévitablement par une amélioration de la prévention et par un dépistage précoce des pathologies bucco-dentaires afin de limiter le retard de soins et la dégradation évitable de ces pathologies. D'autant plus qu'il reste le professionnel de premier recours. Il manifeste lui-même un désir de formation plus approfondi au dépistage des pathologies bucco-dentaires car ils se sent souvent dépassés par certaines situations cliniques. De plus, le cabinet de médecine générale n'est parfois pas adapté à la prise en charge de ces pathologies par manque de matériel notamment. Il a donc besoin d'entrer en communication avec le chirurgien-dentiste, ne serait-ce que pour avoir son avis sur un cas clinique donné, la nécessité et le choix d'une antibiothérapie, obtenir des conseils pour une prise en charge ou alors tout simplement pour lui adresser un patient.

Pour le chirurgien-dentiste, une prise en charge idéale commencerait d'abord par avoir accès à des informations essentielles bien précises sur leurs patients afin de sécuriser leurs gestes. Le questionnaire médical complété à chaque début de prise en

charge n'est pas adapté, car souvent incomplet, rempli par le patient et surtout, il n'est pas mis à jour régulièrement. Ensuite, le chirurgien-dentiste n'a pas connaissance de l'ensemble des termes médicaux, des médicaments, de leurs génériques et surtout de leurs indications. Il se retrouve donc parfois en difficultés et aimerait recevoir l'aide d'un médecin et son avis, notamment lors de certains gestes techniques.

Les moyens de communication actuels (appel téléphonique, courriers d'adressage...) ne s'appliquent qu'à une prise en charge aiguë et urgente. Chaque professionnel de santé a manifesté dans cette étude, le désir d'obtenir un retour de la part du confrère en face, afin d'être tenu au courant du diagnostic, de la prise en charge, du suivi potentiel et de toute nouvelle information importante. Sans cette communication, certaines informations capitales sont perdues et cela peut nuire au patient. Il conviendrait alors de créer un outil permettant un échange durable entre chirurgien-dentiste et médecin généraliste et pas uniquement une communication brève et discontinue entre eux comme ce qu'il se passe actuellement.

B. Comment ?

Trois outils qui rentreraient dans cette définition d'échange durable, ont donc été établis et testés auprès des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes.

Le premier, l'appel téléphonique, bien que déjà adopté en pratique courante, serait un bon moyen d'améliorer cette coordination à condition d'être correctement utilisé. Actuellement, médecins généralistes et chirurgiens-dentistes s'en servent uniquement pour obtenir une information à un instant T. Ils n'exploitent pas assez cet outil par peur notamment de déranger le professionnel à l'autre bout du fil et ne

l'utilisent que très rarement. Pourtant, il leur permet d'avoir un contact direct et est donc le moyen de communication le plus efficace.

Le second, la création de groupe What's App, est un autre outil intéressant de coordination. Il permet en effet de partager des informations sur un patient, de poser une question lors d'une situation complexe, d'envoyer des photographies. Son gros avantage est qu'il laisse le temps au professionnel de santé interrogé de réfléchir à une question donnée. De plus, le fait qu'il regroupe plusieurs personnes implique une certaine intelligence collective, qui permet une multiplication des réflexions, qui deviennent alors plus riches. Les réponses obtenues sont donc plus affinées.

Enfin, la fiche navette, dispositif phare de notre étude, est vraisemblablement l'outil le plus adapté qui a séduit un plus grand nombre d'investigateurs, à une coordination idéale entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes. Elle permettrait d'obtenir d'une part toutes les informations sur un patient donné et d'autre part d'assurer un suivi tracé via un véritable carnet de santé bucco-dentaire. Elle a aussi l'avantage d'être présente dans le temps.

Nous avons pu voir dans les groupes focus qu'il était très souvent difficile de fluidifier le parcours du patient entre les consultations chez le médecin généraliste et chez le dentiste qui ne sont pas toujours disponibles en même temps. Nombreux des médecins généralistes exprimaient leurs difficultés à trouver un rendez-vous de consultation rapide pour leurs patients chez le chirurgien-dentiste. La fiche navette permettrait justement de temporiser et de ne laisser aucune information importante de

côté pour que chaque professionnel soit au courant de l'avancée d'une prise en charge et qu'ils puissent ainsi mieux synchroniser leurs agendas.

Toutefois, nous pensons que ces trois outils comportent chacun leurs avantages et qu'ils sont complémentaires. Leur utilisation conjointe permettrait selon nous, d'améliorer davantage la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes.

IV. La mise en pratique des trois outils

Pour rappel, les participants à l'étude se sont engagés à communiquer davantage par téléphone. Cet outil n'a malheureusement pas pu être exploité comme nous l'avions envisagé. En effet, les investigateurs ont continué à se servir de cet outil uniquement pour les situations urgentes et sans intégrer l'appel téléphonique dans une démarche de suivi au long cours. Nous aurions aimé davantage d'implication de leur part, en effet, lors des seconds entretiens, il nous a semblé que les participants n'ont pas vraiment essayé de changer leur pratique.

Le groupe What's App n'a pas non plus été concluant. Les participants ont justifié cette absence d'échange pertinent par la distance kilométrique entre les différents professionnels de santé qui ne se « connaissent » désormais que par l'intermédiaire des entretiens. Ils nous ont aussi rapporté que le délai de test n'était pas suffisant pour être confrontés à des problématiques dentaires. Cependant, ces résultats nous ont quand même étonnés et déçus. Sachant qu'ils participaient à une étude, les investigateurs auraient à notre sens pu trouver au moins une problématique

dentaire pouvant être intéressante à explorer afin de tester notre outil. Encore une fois, nous avons pu noter un certain manque d'entrain.

La fiche, pour véritablement entrer dans la définition de « navette », mériterait de s'intégrer davantage dans une perspective d'échange entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes. Les investigateurs ont regretté leur caractère unilatéral s'adressant plutôt au chirurgien-dentiste et n'incluant pas le médecin généraliste au suivi.

Mais finalement, très peu de fiches navettes ont été remplies par les médecins généralistes et très peu ont été distribuées par les chirurgiens-dentistes. Pourquoi ? Les participants ont justifié cela par l'éloignement entre eux et le manque de problématiques dentaires sur la période de test. Mais, nous avons aussi ressenti un manque de motivation. Cette fiche a pu être perçue comme une contrainte supplémentaire nécessitant du temps en plus pour son remplissage. Or, le manque de temps est déjà un problème préexistant à notre étude. Nous nous demandons si finalement les médecins et les dentistes sont réellement enclins au changement et si cette fiche navette est réellement réalisable en pratique malgré l'enthousiasme exprimé par les investigateurs.

Enfin, il faut tout de même préciser que cette fiche ne sera pas utilisable chez l'ensemble de la population. Les patients souffrant de certaines pathologies mentales par exemple, ne seront pas en mesure de comprendre l'intérêt de la fiche ni même de l'apporter à chaque consultation. Aussi, cette fiche navette n'est pas adaptée aux

enfants. Toutefois, une partie dans le carnet de santé est spécialement dédiée à la santé bucco-dentaire mais malheureusement cette partie semble sous voire inutilisée.

Il est donc difficile de modifier les habitudes des professionnels de santé qui ont manifestement des pratiques bien ancrées laissant peu de place au changement. De plus, prendre du temps supplémentaire sur l'emploi du temps pour tester les différents outils n'est pas très lucratif et peut constituer un autre frein. Bien que les investigateurs étaient initialement volontaires pour participer à notre étude, on se rend bien compte que leur intérêt est finalement limité et qu'il existe donc une certaine ambivalence dans leurs propos.

Nous nous devons aussi de souligner le contexte sanitaire particulier au moment de notre étude. La pandémie de Covid-19, circulant encore très fortement à cette période, a pu jouer en notre défaveur. En effet, les professionnels de santé ont pris énormément de retard sur leur emploi du temps. Les rendez-vous de consultation ont été totalement réorganisés pour limiter la transmission du virus. Les patients ont déserté les cabinets aussi bien chez le médecin généraliste que chez le chirurgien-dentiste par peur de contracter le virus. Ensuite, les soignants ont été réquisitionnés en centre de vaccinations lors de la campagne vaccinale contre le Covid-19. De plus, les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé plus vulnérables face à cette épidémie. En effet, selon l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes par exemple, les chirurgiens-dentistes sont deux fois plus contaminés par le Covid-19 que dans l'ensemble de la population française (24), ce qui a entraîné leur mise incapacité d'exercer pour un temps donné. Tout cela a limité l'utilisation de nos outils, par manque

de temps à consacrer au test de ceux-ci, et peut aussi expliquer le faible nombre de consultations en lien avec des problématiques dentaires.

V. Les perspectives d'amélioration

A. L'appel téléphonique

Nous avons cité précédemment l'outil SAED, qui est un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé établi par la HAS (16). Les participants à l'étude ont exprimé leurs difficultés et leurs réticences à entrer en communication avec le chirurgien-dentiste ou le médecin généraliste. L'appel téléphonique, qui semble pourtant anodin, nécessite une certaine structuration et organisation afin de se faire comprendre au mieux par l'interlocuteur. L'objectif principal de cette standardisation est de *« prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis. »* (16)

Il résume les 4 étapes de la communication pour l'appelant à savoir :

- S = situation
- A = antécédents
- E = évaluation clinique
- D = demande

Une fois que les professionnels de santé auront appris à structurer une conversation téléphonique, ils pourraient ensuite intégrer cet outil au suivi de leurs patients. On pourrait alors envisager que le médecin généraliste appelle le chirurgien-

dentiste référent pour un avis, mais aussi à titre d'information lors d'un changement notable dans la santé du patient (la mise en place d'une valve cardiaque, l'introduction d'anti-coagulants ou de Bisphosphonates par exemple). Tout comme le chirurgien-dentiste pourrait contacter le médecin traitant afin connaître leur position sur une prise en charge, mais également de les informer d'un diagnostic après un adressage, de l'évolution d'une pathologie, ou de la mise en place de matériel dentaire, entre autres.

Cet appel se rajoutant certes à la fin de la consultation pourrait justement être un gain de temps dans la prise en charge future des patients et éviter l'apparition de certaines complications pouvant être anticipées et prévenues.

B. Le groupe What's App

Les investigateurs ont souligné le grand potentiel de cet outil en créant des groupes What's App par zones géographiques en fonction de leurs lieux d'exercice. Cependant, les limites de ces territoires restent floues : regrouperaient-ils des chirurgiens-dentistes et médecins généralistes d'un même quartier ? D'une même ville ? D'une même région ? Quel est le nombre optimal de participants à un même groupe pour ne pas risquer de saturer les échanges ? De plus, certains professionnels de santé ne sont pas inscrits sur les réseaux sociaux et ne désirent pas le faire : comment donc ne pas mettre de côté certains professionnels de santé et les intégrer dans la coordination ?

De nos jours, il existe deux types d'exercice coordonné, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CdS). Ils permettent tous une prise en charge globale du patient, un travail coordonné autour de lui et une meilleure

accessibilité aux soins. Leur principale différence réside dans le statut des professionnels de la structure : ils exercent en libéral dans une MSP tandis qu'ils sont salariés par la structure dans un CdS.

Un des médecins généralistes exerçant en MSP nous a confié faire partie d'un groupe What's App regroupant une grande partie des professionnels de santé travaillant au sein de cette structure. Il a souligné sa grande efficacité puisque tous les professionnels se connaissent et n'hésitent pas à demander un avis à leur confrère lorsqu'ils en ressentent le besoin. Il est plus facile pour eux aussi de mieux coordonner les soins en ayant la possibilité via ce groupe d'obtenir un rendez-vous rapide auprès d'un de leurs confrères.

On pourrait donc déjà imaginer que chaque MSP puisse créer son groupe What's App pour ainsi fluidifier le parcours de soins du patient.

Aucun des participants à l'étude n'exerçait dans un centre de santé mais il pourrait également être intéressant de créer un groupe What's App commun au sein d'un même centre de santé tout comme pour les MSP.

Nous tenions à parler également des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui « regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. » (25). Elles aident les professionnels de santé à mieux se coordonner et mieux structurer leurs relations.

Afin d'illustrer cela, prenons un exemple : lors de l'émergence des centres de vaccinations contre le Covid-19, un groupe What's App a été créé par la CPTS Grand Douai. Mon directeur de thèse et moi-même, sommes mobilisés depuis le début et nous sommes engagés à participer à cette campagne vaccinale. Nous faisons tous les deux partie de ce groupe What's App qui est maintenant devenu indispensable afin de nous organiser, répondre à des interrogations de tout type, nous informer des dernières recommandations etc. Nous sommes à présent 97 médecins sur ce groupe et il fonctionne très bien. Nous nous connaissons maintenant presque tous car avons eu l'occasion de travailler ensemble sur des vacations et un certain climat de confiance et de bienveillance règne dans ce groupe, il est donc très facile d'échanger.

Il pourrait donc être envisageable de créer, selon ce modèle, des groupes What's App regroupant les chirurgiens-dentistes et les médecins généralistes d'une même CPTS.

Par ailleurs, une application Team'Doc, alias le What's App médical, a été créée fin 2018 par Sacha Rozencwajg, interne en Anesthésie-Réanimation, avec l'aide de ses collègues, pour faciliter les échanges entre professionnels de santé. (26) Elle est téléchargeable (Android et IOS) depuis juin 2019. Elle est gratuite et s'adresse aux professionnels de santé exerçant aussi bien en hôpital, en clinique ou en cabinet. Elle permet de disposer de toutes les informations sur les patients en direct, le suivi, les diagnostics à faire, le résultat des examens et améliore énormément la fluidité des transmissions médicales. (27)

Le fait d'être créée par des soignants fait de Team'Doc un outil adapté aux professionnels de santé. Cela pourrait faire changer d'avis certains soignants réticents à l'utilisation des groupes What's App pour le partage d'informations soumises au secret médical car cette application dispose d'une messagerie 100% sécurisée.

C. La fiche navette

Son organisation finale, validée par l'ensemble des investigateurs de notre étude comporte deux volets :

- le premier, rempli par le médecin généraliste, avec le patient, regroupant toutes les informations utiles et capitales pour le chirurgien-dentiste
- le second, le tableau de coordination des soins bucco-dentaires, permettant l'échange d'informations entre les deux professionnels et le suivi des patients sur le long terme

Le peu d'investigateurs et l'intervalle de temps ne permettaient pas une diffusion de cette fiche navette à grande échelle. Ce n'était de toute façon pas le but de notre étude. Pour l'avenir, il a été évoqué dans les entretiens, la mise à disposition de cette fiche navette sur une plateforme sécurisée et connue de tous. La plateforme qui nous semble la plus adaptée pour cette généralisation est l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et le Conseil de l'Ordre des Médecins. En effet, pour les médecins généralistes, le site Internet du CNOM comporte une rubrique "Documents types et démarches". Sur le site de l'ONCD, on peut trouver un espace documentaire, avec une rubrique "chirurgiens-dentistes et patients" avec divers documents à télécharger. La fiche navette pourrait être ajoutée à ces deux emplacements sous réserve de l'accord des administrateurs.

De plus, les mesures de diffusion initiales ne sont pas encore bien établies. Distribuerait-on la fiche d'abord aux patients ayant des soins dentaires en cours ? Ou bien à l'ensemble de la population générale quel que soit leur motif de consultation ? Comment faire pour que le patient pense à amener cette fiche à chaque consultation chez le chirurgien-dentiste ou à chaque consultation chez le médecin généraliste en lien avec un souci dentaire ? Comment faire en cas de perte de cette fiche ou de détérioration ?

Un autre point à éclaircir concerne le format de la fiche navette. Les professionnels de santé interrogés n'étaient pas tous d'accord. Cette fiche resterait-elle uniquement sous format papier ? Y a-t-il possibilité de l'intégrer au logiciel métier ? Serait-il plus facile d'avoir un échange entièrement informatisé par e-mailing par exemple ?

Selon nous, après avoir étudié l'ensemble des possibilités, celle qui nous paraît la plus adaptée est le format papier car il permettra une diffusion plus simple et plus rapide de cette fiche dans un premier temps. Il reste bien entendu possible pour le professionnel de santé de scanner cette fiche pour l'insérer dans le dossier informatique du patient afin de le retrouver et le ressortir facilement lors d'une éventuelle perte. L'intégration au logiciel métier nous semble pour le moment trop compliquée à mettre en place par souci d'interopérabilité. L'échange par e-mailing semble pour l'instant inenvisageable puisque les professionnels de santé ont rarement accès à l'adresse de messagerie électronique du dentiste ou du médecin référent. Tout cela n'est pas figé et reste bien entendu modifiable à tout moment selon l'évolution de la diffusion de la fiche navette et de la coordination entre professionnels.

VI. La place du patient

A. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé regroupe trois types d'activités, de la plus large à la plus spécifique :

- L'éducation pour la santé du patient : elle concerne la maladie, mais aussi tous les comportements généraux de santé, le mode de vie du patient
- L'éducation du patient à sa maladie : elle s'intéresse à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et rechutes et aux comportements liés à l'existence de cette maladie
- L'éducation thérapeutique du patient : elle s'intéresse au traitement, curatif ou préventif (28)

D'après la définition de l'OMS de 1998 : « *L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des collectivités* ». (29)

Pour simplifier cette définition un peu lourde, prenons un exemple : apprendre aux enfants, de toute origine sociale, et par n'importe quelle manière le brossage quotidien et correct des dents est une éducation pour la santé essentielle en matière de santé bucco-dentaire.

Le fait d'être délibéré est important car il sous-entend de prendre des initiatives envers les personnes qui en ont besoin et qui souvent, ne sont pas demandeuses. Cette éducation nécessite d'être adaptée autant que possible au patient concerné.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une branche de l'éducation pour la santé qui touche directement au traitement, qu'il soit curatif ou préventif. C'est une forme de prévention tertiaire, mais c'est surtout une modalité de soin. Elle a été officiellement reconnue par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale. C'est une approche pluridisciplinaire qui fait appel à de multiples professionnels de santé pour transmettre aux patients leur savoir ou leur savoir-faire sur une pathologie chronique donnée afin que ces derniers puissent la gérer au mieux au quotidien. (29)

L'OMS en donne une définition précise, mais plus digeste que la précédente :
« *L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ». (29)

B. Dans quel cadre sommes-nous ?

Avec l'outil de la fiche navette, nous rentrons davantage dans le cadre d'une éducation pour la santé au sens large du terme. En effet, toujours selon l'OMS :
« *l'éducation pour la santé du patient concerne tant la maladie que les comportements de santé et mode de vie du patient, même ceux non concernés par la maladie, dans une logique de culture sanitaire.* » L'éducation à la santé vise donc à agir au niveau du mode de vie et des représentations du patient. (30)

Le but de notre fiche navette est d'une part de mettre à disposition aux professionnels de santé, l'ensemble des informations à connaître sur un patient afin de prévenir au mieux l'apparition de pathologies bucco-dentaires ou d'effets indésirables d'un traitement ou d'un geste. Il est aussi d'assurer un suivi régulier pour lequel aucun professionnel ne doit être mis de côté afin de ne pas ignorer certains éléments pouvant avoir de lourds retentissements sur la santé du patient.

D'autre part, le professionnel de santé, peut également se servir de cette fiche comme outil d'éducation. En effet, nous avons pu voir tout au long de cette étude que le patient a du mal à lier son état de santé bucco-dentaire et le retentissement sur son état de santé général. A titre d'exemple, pour lui, il ne saisit pas toujours le lien entre un traitement anti-coagulant introduit pour une pathologie cardiaque et des soins dentaires. Grâce à cette fiche, c'est justement l'occasion pour le médecin et le dentiste de faire comprendre au patient les nombreuses connexions qu'il existe entre état de santé bucco-dentaire et état de santé générale et ainsi de l'intégrer à cette démarche d'éducation. C'est avec ce rôle bien précis que nous rentrons donc dans le cadre de l'éducation à la santé.

Nous en avons d'ailleurs parlé brièvement lors du tout dernier groupe focus. Lorsque nous avons posé la question, chaque participant était d'accord et enthousiaste à l'idée que la fiche navette puisse servir d'outil d'éducation à la santé.

C. Le rôle des soignants

L'IRESP de Auvergne-Rhône-Alpes, a créé un guide méthodologique de promotion à la santé et plus spécifiquement d'éducation à la santé dans lequel elle

explique que l'information est nécessaire mais non suffisante pour espérer des changements de comportement sur les individus. Ces derniers ont besoin d'autre chose que la connaissance des risques pour une maladie donnée pour adopter des comportements favorables à leur santé. (31)

Les recherches en éducation pour la santé menées depuis les années 1970 ont conclu que le comportement de santé résulte d'une intrication complexe entre :

- les connaissances : la dimension du savoir
- les représentations et valeurs : la dimension du savoir être
- les aptitudes et compétences : la dimension du savoir faire
- la dimension environnementale qui est déterminante. (31)

Le rôle des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes grâce à la fiche navette, est de prendre en considération toutes ces dimensions en passant par trois approches : le soignant explique d'abord au patient l'ensemble des items présents sur la première page, l'importance de chacun d'entre eux et les interconnexions entre sa santé générale et sa santé bucco-dentaire : c'est l'approche cognitive. Puis le patient prend alors conscience des risques pour sa santé et des éléments de prévention existants : c'est l'approche responsabilisante. De ce fait, le patient se retrouve totalement impliqué dans la prise en charge en servant d'intermédiaire entre chaque professionnel de santé ce qui favorise le contrôle de sa santé : c'est l'approche participative. (31)

D. Le patient au centre de cette coordination

Toute cette mise en place s'effondre sans le patient qui joue un rôle capital dans cette coordination. C'est lui qui est au centre de l'échange de la fiche navette entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes. C'est à lui de penser à amener la fiche systématiquement lors d'une consultation chez son chirurgien-dentiste puis de penser à la montrer à son médecin. C'est à lui de penser à l'apporter lors d'une consultation chez son médecin traitant pour motif dentaire. Mais il doit également y penser lors d'un changement sur son état de santé pouvant avoir un retentissement sur son état de santé bucco-dentaire. D'où l'importance d'une bonne éducation préalable par le médecin généraliste mais aussi par le chirurgien-dentiste.

Les participants à l'étude avaient bien insisté sur ce point fondamental lors des groupes focus. Ils ont rapporté que grâce à la fiche navette, certains patients ont pu justement réaliser l'importance de la santé bucco-dentaire et prendre conscience de certains risques. Bien que le rôle d'information du soignant reste capital, le patient reste l'acteur numéro un de la coordination avec l'outil de la fiche navette. Cette notion du patient acteur de sa santé a d'ailleurs été actée dans la loi Kouchner du 4 mars 2002. Elle place le patient au cœur du système, et définit les droits du patient de décider de sa prise en charge médicale mais également de demander des comptes sur le traitement et les actes médicaux dont il bénéficie. (32) Le patient ne peut plus seulement être l'objet des soins qui lui sont délivrés, il en est un acteur essentiel.

La HAS a récemment publié en juillet 2020 une recommandation qui vise à soutenir et inciter l'engagement des patients dans le monde de la santé et de les impliquer le plus possible dans l'organisation des soins et leur prise en charge. (33).

L'objectif final étant que le patient, directement impliqué dans le système de soins, puisse perfectionner une prise en charge main dans la main avec les différents acteurs de santé. La fiche navette est donc un outil particulièrement adapté pour aider justement cette collaboration en responsabilisant le patient dans ses soins.

C'est un concept qui visiblement fait ses preuves puisque de nombreux participants ont souligné lors des entretiens l'enthousiasme des patients liée à la fiche navette, qui se sentaient alors impliqués et valorisés, ce qui favorisait leur adhésion aux soins.

VII. Les aspects socio-économiques

Bien que peu abordés par les investigateurs lors des entretiens, il nous semblait important de parler des obstacles sur le développement d'une bonne coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes. En effet, de nombreuses inégalités de santé existent malheureusement et tout particulièrement dans la santé bucco-dentaire.

A. Les résistances internes

Les investigateurs ont souligné lors des seconds entretiens les grandes inégalités de soins liées au contexte social, notamment en ce qui concerne les soins dentaires. Ils ont avoué avoir une prise en charge différente en fonction du patient : ils sont conscients qu'il est nécessaire de prendre plus de temps avec les patients ayant un niveau socio-économique précaire qui sont premièrement moins susceptibles de consulter et deuxièmement moins sensibles à l'éducation pour la santé.

Pour illustrer cela, citons une étude de 2018 publiée dans l'ouvrage Santé Publique : le pourcentage de dents cariées dépend directement du niveau d'éducation, de la profession, du statut d'immigrant, du type de couverture sociale. En France, 45 % des ouvriers déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29 % des cadres. Après l'âge de 50 ans, le nombre de dents manquantes non remplacées s'élève en moyenne à 2,7 chez les hommes de la population générale, alors qu'il atteint 11,7 chez les consultants de centres de soins gratuits. (34)

Selon une autre étude de 2006, réalisée sur des enfants de 5 à 10 ans, ces inégalités existent dès le plus jeune âge. En effet, à l'âge de 5 ans, les enfants scolarisés dans des quartiers défavorisés ont un nombre moyen de dents cariées cinq fois supérieur à celui des enfants scolarisés dans les autres quartiers. (35)

Pour expliquer ce déséquilibre, nous nous sommes appuyés sur les résultats de différentes études : le manque de connaissance de ces populations des pathologies bucco-dentaires, de leur processus de développement et de leurs facteurs de risques et donc de leur prévention sont des aspects non négligeables. Aux phases initiales de développement, ces maladies sont souvent asymptomatiques et sans retentissement esthétique. Ces populations ne voient donc pas l'intérêt ni le bénéfice à consulter par mesure préventive. Ceci dit, une fois la maladie installée, on note une franche détérioration de la qualité de vie bucco-dentaire chez ces personnes. Mais étonnement, celles-ci ne sont pas en demande de soins.

Une étude menée en France en 2007 dans une population issue de quartiers défavorisés montre qu'environ la moitié des personnes qui mentionnent des dents à

traiter, n'a pas consulté un chirurgien-dentiste depuis plus d'un an. (35) Les patients vulnérables, face à certains symptômes réagissent donc plus volontiers en les négligeant et en s'y habituant. Les sociologues expliquent que dans un contexte de cumul de difficultés les individus se protègent en considérant la maladie comme un évènement extérieur à eux-mêmes. Ces patients commencent à réellement entreprendre une démarche de soins lorsqu'ils sont victimes d'une perte d'autonomie. Or, c'est rarement le cas avec les pathologies bucco-dentaires. (36)

Chez les populations les plus démunies, nous pouvons lister de multiples obstacles à l'accès aux soins (difficulté d'accessibilité aux transports, garde d'enfants, barrière de la langue par exemple). Ils sont aussi moins soutenus par leur entourage que les populations plus favorisées. Ceci a tendance à renforcer un sentiment d'isolement dans un contexte psycho-social déjà précaire et limite alors leurs démarches pour agir sur leur santé et particulièrement dans le domaine bucco-dentaire. (36)

B. Les résistances externes

Ces résistances n'ont malheureusement pas du tout été mentionnées lors de nos groupes focus. Effectivement, parler d'argent reste quelque chose de visiblement difficile et tabou. Néanmoins, c'est un point qui mérite d'être abordé dans cette étude. En 2018, le coût moyen annuel des dépenses dentaires en France s'élève à 177 euros par adulte, pour un reste à charge de 74,08% avant prise en charge par la complémentaire santé. Ces chiffres sont en hausse par rapport à l'année 2017. En effet, un adulte dépensait en moyenne 169 euros pour un reste à charge de 72,74%. (37)

Les populations défavorisées renoncent aux soins dentaires avant même d'entrer dans le système de soin. Certains actes dentaires sont pris en charge à 70 % par l'assurance maladie. Mais, le ticket modérateur et/ou les dépassements d'honoraires sont problématiques, notamment pour les patients qui n'ont pas d'assurance maladie complémentaire.

L'accès à la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc), qui lève la barrière financière pour la majorité des soins, ne garantit pas pour autant l'accès aux soins. En 2010, 26 % des bénéficiaires de la CMUc ont déclaré avoir renoncé à un soin dentaire avant de consulter. Les patients ont tendance à ignorer que les tarifs sont imposés à tous les praticiens conventionnés pour la majorité des actes et notamment pour tous les soins précoces tels que les détartrages, les consultations, les soins conservateurs et sont totalement pris en charge par les organismes de protection sociale et les assurances complémentaires. (34)

Les communications de presse, qui ne font aucune distinction entre les modalités de prise en charge des types de soins dentaires, participent à la diffusion de l'idée d'un accès aux soins financièrement difficile pour tous les actes. (36)

Le seul point ayant été cité lors des entretiens par les investigateurs est le manque de chirurgiens-dentistes et leur répartition inégale sur le territoire français, les structures de soins s'avèrent donc parfois difficiles à atteindre. Aussi, il existe très peu de structures hospitalières ou communautaires en dehors des cabinets dentaires libéraux, structures qui pourraient rassurer le patient sur une éventuelle prise en charge intégrale.

Enfin, une certaine discrimination de la part des chirurgiens-dentistes a été évoquée dans une étude de 2011, ceux-ci refusant la prise en charge des patients les plus démunis. En effet, 31,6 % des dentistes parisiens testés dans cette étude, refuseraient des patients bénéficiaires de la CMUc pour des raisons économiques. (38)

VIII. Vers l'Espace Numérique de Santé

Deux grands projets sont en cours afin de revaloriser entièrement le système de santé en passant notamment par le développement de l'exercice coordonné via le numérique :

- Le Ségur de la Santé avec la création de 584 CPTS en plus des 172 déjà en fonctionnement et 1889 maisons de santé créées sur le territoire. (39)
Cette coordination passera par le déploiement massif du volet numérique de la santé pour lequel 2 milliards d'euros lui ont été dédiés. (40)
- « Ma Santé 2022 » : qui est en engagement collectif annoncé par le président de la République Emmanuel Macron en 2018 dont un des leviers principaux est le développement de la e-santé par la mobilisation des technologies numériques. (41)

Le but ultime est de généraliser via la création de l'Espace Numérique de Santé, le partage de données entièrement sécurisé entre les différents professionnels de santé et leurs patients. L'ENS, devrait donc voir le jour dans un futur proche et permettra au patient de devenir véritablement acteur de sa santé et aux professionnels de santé de mieux se coordonner, toujours dans l'objectif d'optimiser la prise en charge

du patient. Cet espace regroupera toutes les informations d'un patient donné dont le Dossier Médical Partagé. Il permettra de centraliser tous les documents du patient quelle que soit leur origine (médecine de ville, hôpital, secteur médico-social). Les patients auront aussi la possibilité de communiquer avec les soignants via des messageries sécurisées. Cet espace permettra également l'échange entre soignants de photographies ou d'imageries médicales. Nous ne citerons pas toutes les possibilités de cet espace qui semblent sans limite d'autant plus que cette plateforme sera amenée à évoluer et pourra être personnalisée d'un utilisateur à l'autre. Ce projet prometteur devrait être opérationnel dès janvier 2022. (42)

CONCLUSION

Les trois outils de coordination cités et établis par nos investigateurs sont tout à fait réalisables en pratique courante, lors des consultations de routine en soins primaires. Ils sont tous simples d'utilisation, utiles, rapides à mettre en place, pertinents et tout à fait intégrables à l'exercice aussi bien au cabinet de Chirurgie-Dentaire qu'à celui de Médecine Générale.

L'appel téléphonique au professionnel de santé est un outil sous ou mal utilisé en consultation. Pourtant, c'est le moyen de communication le plus efficace car il permet d'avoir un contact direct avec le chirurgien-dentiste ou le médecin généraliste et donc d'obtenir un échange d'informations précis et de qualité.

Le groupe What's App est un outil très prometteur à condition d'y apporter certaines précisions quant au nombre de participants et à ses limites en termes de zone géographique. Il aurait tout à fait sa place au sein d'une maison ou d'un centre de santé, qui sont d'ailleurs en plein développement actuellement.

La fiche navette, outil mis en lumière lors de notre étude, est celui qui a fait consensus auprès de nos investigateurs. Après certaines modifications sur le fond et la forme, elle permettrait, en plus d'apporter toutes les informations utiles et essentielles au professionnel de santé, de créer un authentique échange entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes. Elle pourrait constituer un véritable carnet de santé bucco-dentaire et apporterait un réel avantage au suivi et à la prise en

charge globale du patient. On pourrait l'intégrer au futur Espace Numérique de Santé prévu pour 2022.

Chaque outil comporte bien entendu ses forces et ses faiblesses mais ils sont surtout complémentaires. Les utiliser de manière conjointe renforcerait encore plus la coordination et l'échange d'informations entre chirurgiens-dentistes et médecins généraliste autour du patient.

Grâce à cette étude, nous avons donc répondu à notre question de recherche en trouvant des solutions pour améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes en soins primaires. Mais, tout cela sous-entend que les professionnels de santé soient prêts à modifier leurs pratiques actuelles. Nous avons pu nous rendre compte au travers des différents entretiens qu'il n'est pas toujours simple de faire évoluer des habitudes très ancrées. Ils ont donc un grand rôle à jouer dans la mise en place et la généralisation des différents outils. Par ailleurs, rien n'est faisable sans le patient qui est au cœur de cet échange et a entièrement sa place dans toutes les étapes de cette coordination.

Nous pourrions envisager, après avoir modifié les outils avec toutes les remarques et conseils des investigateurs, mettre en place une seconde étude, à plus grande échelle et sur une période plus longue afin d'évaluer chaque outil après une large diffusion de ceux-ci. On pourrait aussi par ce travail, interroger le patient puisqu'il fait partie intégrante de la coordination et voit la pratique médicale sous un autre angle afin d'obtenir un travail complet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Santé bucco-dentaire, [en ligne]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health/>
- (2) Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. (Page consultée le 08/08/2021). Anatomie de la dent, nom et fonction des dents, éruption des dents, [en ligne]. <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-enfants/anatomie-et-fonction-de-la-dent/>
- (3) Ministère des Solidarités et de la Santé. Synthèse du plan national de prévention bucco-dentaire, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf
- (4) Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. Evolutions. 2016 Mar;(35).
- (5) Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Communiqué de presse, nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde, [en ligne]. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/fr/index.html/>
- (6) Gauzeran D. Maladies parodontales chez l'homme et maladies systémiques. Bull Acad Vét France. 2014;167(1):19-22.
- (7) Radoï L, Veille-Finet A, Dupuis V, Folliguet M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. Rev Geriatr 2016 ; 41 (1) : 5-16.
- (8) Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre M-L. La santé bucco-dentaire en France. Revue ADSP. 2005 Juin;(51):4-8.
- (9) Weber E. Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans [Thèse de Doctorat en Médecine Générale]. Nancy: Université de Lorraine Faculté de Médecine de Nancy; 2017.
- (10) Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre M-L. Inégalités d'accès aux soins dentaires. Revue Après-Demain. 2017;(42):30-32.
- (11) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
- (12) Tenenbaum A. La relation médecin chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient : les évolutions nécessaires. Analyse dans le cadre d'un réseau de santé

[Mémoire de master 2 de recherche en éthique]. Paris 5: Université René Descartes Faculté de Médecine; 2004-2005.

(13) Bontemps F. Relations entre les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Paris: Université Paris Descartes Faculté de Médecine; 2014.

(14) Hingre F. Elaboration et évaluation d'un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des douleurs dentaires non traumatiques de l'adulte à l'usage des médecins de premiers recours [Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Générale]. Nancy: Université de Lorraine Faculté de Médecine de Nancy; 2018.

(15) Thiriez C. Médecin généraliste et chirurgien-dentiste sur le pôle de santé de la ville de Hem : comment mieux collaborer ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine Générale]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de Médecine h Henri Warembourg; 2015.

(16) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles, [en ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante/

(17) Scribbr. (Page consultée le 08/08/2021). Etude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse, [en ligne] <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>

(18) Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ?. Le Libellio d'AEGIS. 2011;7(4):47-58.

(19) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Lettrilliart L et GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

(20) Granger L. (Page consultée le 08/08/2021). Proof of concept : l'essentiel à connaître pour l'utiliser à bon escient, [en ligne] <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/poc.htm/>

(21) Miezan A. (Page consultée le 08/08/2021). Un proof of concept ? Mais pour quoi faire ? [en ligne] <https://www.islean-consulting.fr/fr/organisation-dsi/un-poc-mais-pour-quoi-faire/>

(22) Touboul P. (Page consultée le 08/08/2021). Recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale, [en ligne] https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf/

(23) Direction Générale de l'Offre de Soins. (Page consultée le 08/08/2021). Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf/

- (24) Portail de la Médecine Bucco-Dentaire. (Page consultée le 08/08/2021). Covid-19 : les chirurgiens-dentistes deux fois plus contaminés que les Français selon l'URPS-Auvergne-Rhône-Alpes, [en ligne] <https://www.information-dentaire.fr/actualites/covid-19-les-chirurgiens-dentistes-deux-fois-plus-contamines-que-les-francais-selon-l-urps-auvergne-rhone-alpes/>
- (25) Agence Régionale de Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé, [en ligne] <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante/>
- (26) Gervais J-B. (Page consultée le 08/08/2021). Bientôt dans vos services : Team'Doc, le What's App médical ! [en ligne] <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/bientot-dans-vos-services-teamdoc-le-whatsapp-medical/>
- (27) Team'Doc. (Page consultée le 08/08/2021). L'application sécurisée dédiée à la communication et l'organisation entre soignants, [en ligne] <https://teamdoc.fr/>
- (28) Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. Recherche en Soins Infirmiers. 2009 Mar;(98):36-38.
- (29) Vocabulaire Médical. (Page consultée le 08/08/2021). Education pour la santé/Education thérapeutique du patient, [en ligne] <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/296-education-pour-la-sante-education-therapeutique-du-patient/>
- (30) Fournier C. L'éducation du patient. Laennec. 2002 Jan;50:15-24.
- (31) Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes. (Pas consultée le 08/08/2021). L'éducation pour la santé : quelle approche ? [en ligne] http://ireps-ara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-methodo/methodo_approche.pdf/
- (32) Clinique Charcot. (Page consultée le 08/08/2021). Droits des usagers. Le patient usager, acteur de sa santé, [en ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/FORMATION.pdf/>
- (33) Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, [en ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire/
- (34) Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France. Santé Publique. 2018 fév;30:243-251.
- (35) Enjary C, Tubert-Jeannin S, Manevy R, Roger-Leroi V, Riordan PJ. Dental status and measures of deprivation in Clermont-Ferrand, France. Community Dent Oral Epidemiol. 2006;34(5):363-71.

(36) Chauvin P, Parizot I. Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens. Etudes et Recherches. Paris : Les éditions de la Direction Interministérielle à la Ville ; 2007. 126 p.

(37) Verspieren, courtier en assurances. (Page consultée le 08/08/2021). Le coût des soins dentaires poursuit son évolution en 2018, [en ligne] <https://donnees-sociales.verspieren.com/2019/05/03/le-cout-soins-dentaires-poursuit-son-evolution-2018/>

(38) Desprès C, Couralet P. Le test de discrimination (testing) scientifique en question : analyse critique de la méthode dans le cadre du refus de soin. Rev Epidemiol Santé Publique. 2011;59(2):77-89.

(39) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Ségur de la santé : un an de transformations pour le système de santé, [en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_-_premier_anniversaire_du_segur_de_la_sante.pdf/

(40) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Comprendre le volet numérique du Ségur de la santé : présentation, objectifs et périmètre, [en ligne] https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Segur_ChantierD_DocCommun_VF.pdf/

(41) Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 08/08/2021). Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins, [en ligne] <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins/>

(42) Morlet-Haidara L. Le futur Espace Numérique de Santé : un formidable outil de prévention. Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance-Maladie. 2021 Jan;(28):30-35.

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement remis et signé par chaque investigateur avant les entretiens

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Les informations recueillies durant l'entretien sont enregistrées dans un fichier informatisé par Manon JAKOBK dans le respect de l'anonymat des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes participants. La base légale du traitement est de 12 mois.

Aucun nom de patient ne sera mentionné au cours de l'entretien.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Manon JAKOBK et Antoine CAZEUNEUVE.

Elles sont conservées pour toujours étant donné que le travail de recherche final sera accessible sur internet.

En signant ce formulaire, je m'engage également à participer au 2^{ème} focus groupe ayant lieu en mars 2021.

Je soussigné(e) _____ atteste avoir été informé(e) que des données personnelles sont collectées dans le cadre de ce travail de recherche et ce, dans le respect de l'anonymat des investigateurs, et consent à ne pas donner de noms de patients au cours de l'entretien afin de respecter le secret médical.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

Annexe 2 : Flyer d'invitation aux groupes focus

VENEZ NOUS AIDER À AMÉLIORER LA COMMUNICATION
ENTRE

Chirurgiens-dentistes et médecins généralistes

Etude qualitative de faisabilité d'un protocole intégrant au dossier médical partagé du patient les indicateurs de santé bucco-dentaire en lien avec les chirurgiens-dentistes

Première session (1 date au choix)
14/12/20 19h30-21h30
17/12/20 19h30-21h30

Deuxième session (1 date au choix)
15/03/21 19h30-21h30
18/03/21 19h30-21h30

Pour davantage d'informations, veuillez lire le document explicatif ci-joint

Contact
manon.jakobek@yahoo.fr
06.83.98.78.80

De chez vous via un lien sur le logiciel Teams

Annexe 3 : Invitation détaillée aux groupes focus destinée aux chirurgiens-dentistes

Madame, Monsieur,

Je mets en place un travail de recherche-action dans votre territoire.

Pour ce travail de thèse pour mon doctorat, j'ai besoin de vous chirurgiens-dentistes !

Le travail en maison de santé est attractif. Le travail en équipe de soins de premiers recours s'écrit aujourd'hui à partir de vos ressentis, de vos besoins, de vos problématiques vécues comme les traitements et indications des patients chroniques, les allergies, les diabétiques, les anti-ostéoporotiques, ...

L'intégration des chirurgiens-dentistes dans la démarche n'a jamais donné lieu à des recherches ou publications. C'est le moment de faire partie d'un premier pas innovant ! Vos démarches et vos repères m'intéressent.

Comment mieux collaborer avec l'équipe de soins primaires et le médecin généraliste en particulier ?

Il sera possible d'échanger et de repérer en toute agilité une protocolisation des situations fréquentes et simples. Travailler ce protocole et le tester durant 2/3 mois avec vos confrères médecins généralistes en ouvrant le dialogue, c'est une façon de démarrer.

FOCUS GROUPE n°1 : élaboration des éléments du protocole

Date AU CHOIX selon vos disponibilités :

- **Lundi 14 décembre 2020 de 19h30 à 21h30**
- **Jeudi 17 décembre 2020 de 19h30 à 21h30**

FOCUS GROUPE n°2 : recueil de vos impressions après test du protocole

Date AU CHOIX selon vos disponibilités :

- **Lundi 15 mars 2021 de 19h30 à 21h30**
- **Jeudi 18 mars 2021 de 19h30 à 21h30**

Dans le contexte sanitaire actuel, les entretiens ne pouvant se faire en présentiel, je vous propose d'échanger en virtuel via un logiciel de visioconférence (Teams). Vous recevrez un lien sur votre boîte mail le jour J pour directement accéder à l'entretien focalisé. Les horaires ont été choisis pour permettre un travail libéral.

Merci de m'indiquer la date qui vous arrange le plus parmi les créneaux proposés ci-dessus.

Afin de garantir le bon déroulement de ma recherche et son aboutissement, je vous demande de vous engager à participer aux deux entretiens de décembre et de mars sinon je ne pourrai malheureusement pas aller au bout de mon travail de thèse.

L'intégralité des séances sera enregistrée afin de traiter les données par la suite mais je vous garantis la sécurité ainsi que le respect du secret médical.

Manon JAKOBEK (interne en Médecine Générale)

Annexe 4 : Invitation détaillée aux groupes focus destinée aux médecins généralistes

Madame, Monsieur,

Je mets en place un travail de recherche-action dans votre territoire.

Pour ce travail de thèse pour mon doctorat, j'ai besoin de vous médecins généralistes !

Le travail en maison de santé est attractif. Le travail en équipe de soins de premiers recours s'écrit aujourd'hui à partir de vos ressentis, de vos besoins. L'information partagée autour du patient est acquise dans les délégations de tâches et entre médecins via le logiciel métier.

L'intégration des chirurgiens-dentistes dans la démarche n'a jamais donné lieu à des recherches ou publications. Lors de mon parcours en maison de santé, j'ai vu les différentes problématiques en santé bucco-dentaire : abcès, implants, sinusites dentaires, effets des traitements, ... Ces situations sont fréquentes mais sans protocole et sans place pour un partage.

Construire le premier socle commun d'un protocole afin de faciliter l'échange entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes, c'est ma proposition.

Travailler ce protocole et le tester durant 2/3 mois avec nos confrères chirurgiens-dentistes en ouvrant le dialogue, c'est une façon de démarrer.

FOCUS GROUPE n°1 : élaboration des éléments du protocole

Date AU CHOIX selon vos disponibilités :

- **Lundi 14 décembre 2020 de 19h30 à 21h30**
- **Jeudi 17 décembre 2020 de 19h30 à 21h30**

FOCUS GROUPE n°2 : recueil de vos impressions après test du protocole

Date AU CHOIX selon vos disponibilités :

- **Lundi 15 mars 2021 de 19h30 à 21h30**
- **Jeudi 18 mars 2021 de 19h30 à 21h30**

Dans le contexte sanitaire actuel, les entretiens ne pouvant se faire en présentiel, je vous propose d'échanger en virtuel via un logiciel de visioconférence (Teams). Vous recevrez un lien sur votre boîte mail le jour J pour directement accéder à l'entretien focalisé. Les horaires ont été choisis pour permettre un travail libéral.

Merci de m'indiquer la date qui vous arrange le plus parmi les créneaux proposés.

Afin de garantir le bon déroulement de ma recherche et son aboutissement, je vous demande de vous engager à participer aux deux focus de décembre et de mars sinon je ne pourrai malheureusement pas aller au bout de mon travail de thèse.

L'intégralité des séances sera enregistrée afin de traiter les données par la suite mais je vous garantis la sécurité ainsi que le respect du secret médical.

Manon JAKOBEK (interne en Médecine Générale)

Annexe 5 : Fiche de renseignement des professionnels de santé investigateurs (données déclaratives)

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Âge : _____ ans

Sexe : F M

Adresse e-mail :

1^{er} focus groupe : Lundi 14/12/20 Jeudi 17/12/20

2nd focus groupe : Lundi 15/03/21 Jeudi 18/03/21

Profession : Chirurgien-dentiste Médecin généraliste

Mode d'activité : rural semi-rural urbain

Logiciel métier utilisé en pratique : _____

Nombre d'années d'installation : _____ années

Nombre d'actes par jour : _____ actes/jour

Utilisation d'une messagerie sécurisée : oui non

Si oui, laquelle : _____

Annexe 6 : Tableau des caractéristiques des 9 médecins généralistes investigateurs (données déclaratives)

INITIALES	AGE	SEXE	INSTALLATION	LIEU	LOGICIEL	ACTES /JOUR	MESSAGERIE SECURISEE	LAQUELLE	INTERVENTIONS FOCUS GROUP
AD	29 ans	M	2 ans	Semi-rural	Hellodoc	35	Oui	Apicrypt	28
AR	62 ans	M	35 ans	Semi-rural	Axisanté	30	Oui	Apicrypt	38
AW	31 ans	M	1 an	Urbain	Médistory	15	Oui	Apicrypt	33
CM	29 ans	M	/	Urbain	WEDA	25	Non	/	23
CN	30 ans	M	/	Semi-rural	/	/	Non	/	6
MB	32 ans	M	2 ans	Semi-rural	Hellodoc	20	Oui	Apicrypt	17
MM	29 ans	F	/	Rural	Axisanté	30	Oui	Apicrypt	8
PV	29 ans	M	/	Semi-rural	Hellodoc	30	Oui	Apicrypt	95
VP	58 ans	F	28 ans	Urbain	Crossway	26	Oui	Apicrypt	84
	Moyenne 36,5	SR HF 3,5	Moyenne 13,6	Semi-rural 55,5 %	Varié (5 ≠)	Moyenne 26,4	Oui 77,8 %	Apicrypt 100 %	Moyenne 36,9

Annexe 7 : Tableau des caractéristiques des 6 chirurgiens-dentistes investigateurs (données déclaratives)

INITIALES	AGE	SEXE	INSTALLATION	LIEU	LOGICIEL	ACTES /JOUR	MESSAGERIE SECURISEE	LAQUELLE	INTERVENTIONS FOCUS GROUP
FM	53 ans	F	25 ans	Urbain	Trophy	20	Non	/	74
GL	54 ans	M	23 ans	Urbain	Visiodent	18	Non	/	56
NJ	44 ans	M	17 ans	Rural	Julie	20	Oui	Mailliz	66
RV	26 ans	M	1 an	Semi-rural	Logos	15	Non	/	23
ZD	25 ans	F	1 an	Urbain	Trophy	15	Non	/	21
PD	33 ans	M	4 ans	Urbain	Trophy	20	Non	/	32
	Moyenne 39,1	SR HF 2	Moyenne 11,8	Urbain 66,7 %	Varié 4 ≠	Moyenne 18	Non 83,3 %	Mailliz 100 %	Moyenne 45,3

Annexe 8 : Première ébauche de la fiche navette à la suite des premiers groupes focus

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

MALADIES CHRONIQUES

Diabète : oui non
Dernière HbA1c : _____

Cancer(s) : oui non
Si oui, traitement en cours : _____

Greffe d'organe : oui non
Lequel : _____ Immunosuppresseur : _____

VALVULOPATHIE

Prothèse valvulaire :
oui non

Antécédent d'endocardite :
oui non

Cardiopathie congénitale :
oui non

TRAITEMENT SUBSTITUTIF

oui
non

Si oui, lequel :
Méthadone
Subutex

MÉDICAMENTS

Anti-coagulant : oui non
Si oui, lequel : _____ Dernier INR : _____

Bisphosphonates : oui non
Nom : _____ Fréquence : _____
Oral Injectable

Anti-agrégant plaquettaire : oui non

Corticothérapie : oui non
Dosage : _____

TABAC

oui
non

Nombre de cigarettes :
_____ cigarettes/jour

ALCOOL

oui
non

Nombre de verres :
_____ verres/jour

ALLERGIE

oui
Laquelle : _____
Non connue

REMARQUES

Chirurgien-dentiste

FICHE NAVETTE

Médecin généraliste

Annexe 9 : Version finale de la fiche navette modifiée suite aux suggestions des investigateurs (recto)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

MALADIES CHRONIQUES

Diabète : oui non

Dernière HbA1c : _____

Cancer(s) : oui non

Si oui, traitement en cours : _____

Greffe d'organe : oui non

Lequel : _____ Immunosuppresseur : _____

VALVULOPATHIE

Prothèse valvulaire :

oui non

Antécédent d'endocardite :

oui non

Cardiopathie congénitale cyanogène :

oui non

TRAITEMENT SUBSTITUTIF

oui

non

Si oui, lequel :

Méthadone

Subutex

MEDICAMENTS

Anti-coagulant : oui non

Si oui, lequel : _____ Dernier INR : _____

Possibilité de le suspendre pour une chirurgie dentaire ? _____

Bisphosphonates : oui non

Nom : _____ Fréquence : _____

Oral Injectable > 3 ans ? _____

Corticothérapie conjointe : oui non

Dosage : _____

Anti-agrégant plaquettaire : oui non

TOXIQUES

Tabac : oui non

Nombre de cigarettes/jour : _____

Alcool : oui non

Nombre de verres/jour : _____

ALLERGIE

oui

Laquelle : _____

Non connue

Remarques :

ANTECEDENTS INFECTIEUX

Hépatite B :

Hépatite C :

VIH :

Année : _____

HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE

Introduction oui

antibiothérapie : non

Laquelle : _____

Chirurgien-dentiste

Nom : _____

Tél : _____

FICHE NAVETTE

Date : ___ / ___ / ___

Médecin généraliste

Nom : _____

Tél : _____

Annexe 9 : Version finale de la fiche navette modifiée suite aux suggestions des investigateurs (verso)

FICHE NAVETTE

Date	Professionnel consulté	Diagnostic	Soins effectués	Prochaine consultation	Éléments à surveiller

AUTEUR : Nom : JAKOBEK

Prénom : Manon

Date de soutenance : 14 Octobre 2021

Titre de la thèse : Etude de faisabilité d'un protocole visant à améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes en soins primaires.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Faisabilité, Soins primaires, Coordination, Chirurgiens-dentistes, Qualitatif

Contexte : La santé bucco-dentaire fait partie des indicateurs de santé générale et est essentielle à la qualité de vie. Les pathologies-bucco-dentaires représentent un problème de santé publique majeur en raison de leurs prévalence et incidence élevées. De plus, elles impactent négativement sur l'état de santé général. Il existe de nombreux obstacles à la communication entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes. Ces professionnels de santé sont rarement en contact. Le manque de coordination nuit à prise en charge optimale du patient. Pourtant, ces derniers manifestent une volonté de travailler ensemble afin d'améliorer la prévention, l'éducation des patients et le dépistage précoce des pathologies.

Méthode : Cette étude qualitative a été menée grâce à la participation de 6 chirurgiens-dentistes et 9 médecins généralistes. Nous avons mis en place deux sessions de groupes focus via le logiciel de visioconférence Teams. Ces entretiens ont tous été menés jusqu'à saturation des données. Les données ont été ensuite analysées avec le logiciel Nvivo et triangulées à l'aide d'un investigateur extérieur à l'étude. L'objectif était de déterminer puis de tester un ou plusieurs protocole(s) visant à améliorer la coordination entre chirurgiens-dentistes et médecins généralistes et d'en évaluer leur faisabilité en soins primaires.

Résultats : L'étude a permis de caractériser trois outils pouvant être efficaces en pratique courante pour améliorer cette coordination : l'appel téléphonique est sous-utilisé en pratique courante. Pourtant, c'est un outil très efficace car il permet l'échange direct et précis d'informations. Le groupe What's App, outil à fort potentiel, nécessiterait toutefois un cadre plus précis quant à sa mise en place notamment sur le nombre de participants et ses limites en termes de zone géographique. La fiche navette est l'outil phare de notre étude, elle a fait consensus. En plus de rassembler l'ensemble des informations capitales et utiles sur un patient pour les professionnels de santé, elle permettrait un véritable échange entre eux. Cela optimiserait donc le suivi et éviterait le retard de soins en ne laissant de côté aucune information. Toutefois, nous nous sommes rendu compte qu'il est parfois difficile pour les professionnels de santé de changer leurs habitudes actuelles souvent très ancrées. Mais les cartes sont désormais entre leurs mains.

Conclusion : Chaque outil de coordination : appel téléphonique, groupe What's App et fiche navette comporte évidemment ses avantages et ses inconvénients. Ils sont tous réalisables en pratique courante. Mais ils sont surtout complémentaires. Leur utilisation conjointe pourrait être un réel plus dans la prise en charge et le suivi du patient et aiderait considérablement chirurgiens-dentistes et médecins généralistes à mieux se coordonner.

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Dr Jan BARAN, Dr Cécile OLEJNIK (chirurgie-dentaire)

Directeur de thèse : Dr Antoine CAZEUNEUVE