

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 21 septembre 2020

Par Florence VAN ARKEL

Née le 12 mars 1992 à Nieuwegein (Pays-Bas)

Repérage, information et orientation des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires par les médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Pr. Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, CHU Limoges
Présidente

Pr Patrice VIROT, Professeur Universitaire Emerite en Cardiologie, CHU Limoges
Juge

Pr. Joël BRIE, Professeur Associé des Universités, en Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Limoges
Juge

Dr. Elodie COUVE-DEACON, Maître de Conférence Universitaire en Bactériologie-Virologie, CHU Limoges
Juge

Dr. Nadège LAUCHET, Maître de Conférence Associée en Médecine Générale, CHU Limoges
Juge

Dr. Gilles PETIT, Docteur en Médecine Générale,
Membre Invité



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 septembre 2020

Par Florence VAN ARKEL

Né(e) le 12 mars 1992 à Nieuwegein (Pays-Bas)

Repérage, information et orientation des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires par les médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine

Thèse dirigée par Nadège LAUCHET

Examineurs :

Pr. Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, CHU Limoges
Présidente

Pr Patrice VIROT, Professeur Universitaire Emerite en Cardiologie, CHU Limoges
Juge

Pr. Joël BRIE, Professeur Associé des Universités, en Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CHU Limoges
Juge

Dr. Elodie COUVE-DEACON, Maître de Conférence Universitaire en Bactériologie-Virologie, CHU Limoges
Juge

Dr. Nadège LAUCHET, Maître de Conférence Associée en Médecine Générale, CHU Limoges
Juge

Dr. Gilles PETIT, Docteur en Médecine Générale,
Membre Invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
TREVES Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

A mes parents, mes étoiles du Berger

Remerciements

Remerciements aux membres de mon jury de thèse :

Professeur Nathalie Dumoitier,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci d'avoir été à l'écoute et disponible durant mon cursus limougeaud.

Professeur Patrice Viot,

Tous mes remerciements pour votre disponibilité, et votre présence dans mon jury de thèse. Votre expérience en cardiologie ainsi que l'éducation thérapeutique sont d'une aide précieuse pour l'épanouissement de cette thèse.

Professeur Joël Brie,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Votre présence en qualité de chirurgien maxillo-facial est assurément un bel enrichissement pour ce travail.

Docteur Elodie Couve-Deacon,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vos connaissances en matière de bactériologie sont un véritable atout pour cette étude.

Docteur Nadège Lauchet,

Merci de m'avoir accordé le privilège d'être ma directrice thèse. Merci pour ton accompagnement, tes conseils et ta disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci pour ta gentillesse, le partage de tes connaissances et ta patience.

Docteur Gilles Petit, mon ami,

Merci d'avoir accepté de devenir invité d'honneur à ma thèse. Merci pour ta générosité, ton savoir, et ta disponibilité. Merci d'avoir été un pilier durant mon internat, et un tuteur hors pair.

Remerciements aux membres de ma famille :

Merci Maman pour ton éternelle aide et ton amour. Merci pour ton investissement infini dans mon épanouissement, tous ces repas préparés, ce linge lavé, ces heures à m'écouter réciter. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Merci pour tout Papa. Cette thèse s'est inspirée de toi. Mes études de médecin se sont inspirées de toi. Merci pour tes attentes interminables devant la piscine pendant que j'évacuais mon stress. Merci pour ta patience, tes conseils et tes valeurs. Merci pour ta sympathie et ton humour qui guideront, je l'espère, mes relations patient-médecin dans mon exercice futur.

Encore merci à mes parents, de m'avoir donnée l'opportunité de grandir au milieu de deux cultures.

Merci Cédric, mon Amour, qui a toujours été là dans les moments heureux et difficiles. Merci pour tous ces voyages et passions communes, qui nous ont forgé et construits les personnes que nous sommes, les médecins en devenir. L'avenir est devant nous.

Merci Eline, ma sœur qui a toujours cru en moi. Merci pour le bonheur de notre enfance qui a fait de moi la personne que je suis. Merci de m'avoir aidée pour ma thèse. Merci de m'avoir comblée en tant que marraine d'Axel.

Merci Mémé, ma deuxième maman. De là-haut je sais que tu veilles sur nous. Aujourd'hui je vais accomplir ton rêve de devenir docteur. Je décrocherai les étoiles pour que tu puisses être là.

Merci à mes beaux-parents, Claude et Christophe, grâce auxquels nous avons toujours le frigo rempli le dimanche soir, un bureau pour travailler, un chien à balader, et des escapades pour s'échapper : le ski, le Jai, la Rochelle, Chamonix...

Merci à ma cousine Jolien, qui ne comprendra pas ce texte en français. Merci pour les heures passées au téléphone, à partager les joies et les peines, à s'écouter, à rire, à se rappeler nos bonheurs d'enfant et d'adolescentes. Merci d'être là.

Merci à ma famille des Pays-Bas, Tante Loes, Tante Coby, Ome Léo, Wijnand et Sandra, Yvette (et Bruno), Nick, d'être venus de si loin pour fêter cet événement.

Merci à mon parrain Ome Ton et sa femme Tante Marga d'avoir été là pour moi, pour tous les jeux de société que nous avons dévorés.

Merci Claire et Yoann de votre gentillesse et d'avoir fait le déplacement avec votre petit trésor Ewen.

Remerciements à mes amis

Merci ma Momo pour ta joie de vivre, ta folie et ta sagesse. Merci pour ta franchise, tes talents culinaires et la câlinothérapie rousse de ton fidèle compagnon à 4 pattes Maurice, dont c'est sûrement la première dédicace dans une thèse. Porto, Biarritz, on trouvera plus exotique.

Merci Marine, partie s'exiler à Nancy pour devenir gynécologue, mon ex-voisine à Marseille et amie depuis 10 ans, pour ta douceur, ton écoute et tes conseils. Merci pour ce voyage humanitaire merveilleux au Pérou, qui nous a permis de vivre une belle aventure. Je nous vois déjà dans nos cabinets avec vue mer.

Merci Fifine, ma première amie en France, qui après toutes ces années, 18 ans après, est là pour assister à mon serment d'Hippocrate. L'historienne qui sommeille en toi ne sera pas déçue de son voyage en terre inconnue (Limougeaud ;))

Merci Julie, ma pneumologue préférée, pour ces années d'externat à Marseille, à courir sur la Corniche, travailler ensemble ou se faire des soirées tisane de mamie (ou des soirées tout court mais je n'ai assez de pages pour les décrire).

Merci Marie-Mathilde, pour ces heures passées à nous défouler au Bord de Vienne, sur un vélo ou le soir à la piscine. Merci de partager cette passion commune pour le triathlon.

Merci Mayke, mon amie de maternelle, venue exprès d'Amsterdam, pour ta gentillesse. Merci d'être venue partager ce moment et créer de nouveaux souvenirs.

Merci Sandrine Petit, devenue une véritable amie durant mon cursus à Limoges. Merci pour ta bienveillance et ton rire communicatif. Avec Gilles vous êtes mes Joyaux Creusois.

Merci Emeline, experte en cadavrologie partie s'expatrier chez les irréductibles gaulois/bretons, pour ces bons moments passés ensemble, à découvrir le Bio et tes recettes artistiques. On va devenir docteur quasiment le même jour !

Merci Clémence, ma future consoeur, pour toutes ces heures à la BU et en dehors de la BU, on va bien profiter.

Merci Chacha, tu as été une de mes belles rencontres de l'internat. Merci pour ton grain de folie, ton côté génie kitch, tes repas généreux, Roger, et Porto.

Merci Lise, Maéva, Julien, mes compagnons d'apprentissage, de partage et futurs confrères. Ça a été un plaisir de partager ces moments avec vous, nos repas reportés, les crêpes de Juju, nos présentations orales, la grossesse de Maéva pendant le confinement...j'espère qu'on gardera contact !

Merci à mes ex-voisins préférés, Justine et Maël, à côté desquels nous avons passé 2 ans et demie dans un immeuble limougeaud typique, à partager des livres et des repas aux saveurs souvent asiatiques.

Pas merci à la pandémie du Covid-19, qui nous a fait vivre une crise mondiale pendant cette année 2020, année de préparation de la thèse, où les doutes et l'inconnu ont bouleversé notre quotidien de médecin.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	21
I. Contexte.....	22
I.1. État des lieux de l'accès aux soins en Nouvelle Aquitaine.....	22
I.1.1. Répartition des chirurgiens-dentistes en Nouvelle Aquitaine.....	22
I.1.2. Répartition des médecins généralistes en Nouvelle aquitaine	23
I.1.3. Contexte psycho-social de l'accès aux soins dentaires.....	25
I.2. Les principales pathologies et complications infectieuses bucco-dentaires reconnues par le médecin généraliste	27
I.2.1. Les principales pathologies bucco-dentaires	28
I.2.1.1. La carie.....	28
I.2.1.2. Les maladies parodontales	29
I.2.2. Les principales complications infectieuses bucco-dentaires.....	30
I.2.2.1. Les complications locales d'origine bucco-dentaire	30
I.2.2.2. Les complications générales d'origine bucco-dentaire.....	30
I.3. Les patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires pris en charge par le médecin généraliste.....	31
II. Matériel et méthode	33
II.1. Objectif de l'étude.....	33
II.2. Questionnaire	33
II.2.1. Description	33
II.2.2. Diffusion du questionnaire	34
II.3. Population d'étude.....	34
II.4. Recueil de données.....	35
II.5. Analyse statistique.....	35
III. Résultats	36
III.1. Caractéristiques des médecins répondeurs	36
III.2. Repérage des patients à risque par le médecin généraliste	39
III.3. Information orale et prévention.....	44
III.4. Orientation des patients à risque par le médecin généraliste.....	48
IV. Analyse et discussion	59
IV.1. Les limites et forces de l'étude.....	59
IV.1.1. Les limites.....	59
IV.1.2. Les forces de l'étude	61
IV.2. Profil des répondants	61
IV.3. Stratégie de prise en charge de la santé bucco-dentaire par le médecin généraliste.....	62
IV.3.1. Repérage des patients à risque.....	62
IV.3.2. Information orale concernant les risques.....	64
IV.4. Pistes d'amélioration de la coopération médecin généraliste/dentiste.....	65
Conclusion	71
Références bibliographiques.....	73
Annexes	79
Serment d'Hippocrate	87

Table des illustrations

Figure 1 : Le Panier 100% santé : exemples des modifications tarifaires en 2020.....	26
Figure 2 : Illustration des abcès dentaires, stade terminal de la carie	28
Figure 3 : Illustration des maladies parodontales.....	29
Figure 4 : Nombre d'années d'exercice en valeur absolue	36
Figure 5 : Milieu d'exercice des médecins répondeurs en pourcentages	37
Figure 6 : Département d'exercice des médecins généralistes répondeurs, le numéro du département est donné à titre indicatif entre parenthèse.....	37
Figure 7 : Type d'exercice en pourcentages	38
Figure 8 : Types de MSP	38
Figure 9 : Position des médecins vis à vis de l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire de leurs patients.....	39
Figure 10 : Position des médecins vis à vis de l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire de leurs patients en fonction du nombre d'années d'exercice	40
Figure 11: Statut sur l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire des patients des médecins travaillant en MSP avec dentiste	41
Figure 12 : Fréquence déclarée de consultation d'un dentiste (en valeur absolue).....	42
Figure 13 : Raisons pour lesquelles les médecins n'interrogent pas leurs patients sur le suivi dentaire	43
Figure 14 : Statut des médecins vis-à-vis de la délivrance de l'information concernant les complications infectieuses bucco dentaires des patients à risque.....	44
Figure 15 : Statut des médecins qui interrogent spontanément leur patient sur le suivi dentaire par rapport à la délivrance de l'information sur les complications dentaires	45
Figure 16 : Type de consultation au cours desquelles le patient est informé des risques infectieux bucco-dentaires	46
Figure 17 : Raisons pour lesquelles le patient à risque n'est pas informé des complications infectieuses bucco-dentaires.....	47
Figure 18 : Relations avec les dentistes selon les médecins généralistes	48
Figure 19 : Relations entre médecin et dentiste travaillant dans la même MSP	49
Figure 20 : Statut des médecins interrogés à propos de la prise de contact avec le dentiste.....	49
Figure 21 : Statut des médecins en fonction du nombre d'années d'exercice à propos de la prise de contact avec le dentiste.....	50
Figure 22 : Type de dentiste contacté préférentiellement.....	52
Figure 23 : Raisons pour lesquelles les médecins généralistes contactent les dentistes.....	53
Figure 24 : Moyens utilisés par les médecins généralistes pour contacter le dentiste	54
Figure 25 : Facteurs nécessaires pour un parcours de soin optimal du patient à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.....	55

Figure 26 : Statut des médecins généralistes vis à vis de l'utilisation d'un cahier de correspondance papier avec le dentiste	56
Figure 27 : Raisons pour lesquelles les médecins n'utiliseraient pas le cahier de correspondance	57
Figure 28 : Statut des médecins concernant l'utilisation d'une alerte logiciel sur le suivi dentaire	58
Figure 29 : Plan d'action régional en faveur de la santé bucco-dentaire	69

Table des tableaux

Tableau 1 : Données publiques 2020 des chirurgiens-dentistes par département de la Nouvelle Aquitaine	23
Tableau 2 : Données publiques 2019-2020 des médecins généralistes libéraux par département de Nouvelle Aquitaine	24
Tableau 3 : Comparaison des proportions de médecins par département selon le CDOM avec les résultats de l'étude	60

Introduction

« *Le monument buccal est un solide édifice avec ses arcades, sa voûte, son palais, son plancher ; il est un fragile patrimoine génétique avec ses dents, pierres de fondation et leurs racines structurales* » (1).

Le Dr Saint Pierre, chirurgienne-dentiste et psychothérapeute de la fin du XX^{ème} siècle, avait ainsi décrit la dualité de ce qu'est la sphère orale.

Une étude du Lancet publiée en 2018 sur la prévalence des principales 354 pathologies dans le monde rapporte, tout sexe confondu, parmi 195 pays de 1997 à 2017, que les pathologies de la sphère orales sont les plus prévalentes (2).

L'Assemblée Mondiale pour la Santé en 2007 a mis en évidence le lien entre santé orale, santé globale, et qualité de vie (3).

Au travers de la littérature, nous avons pu retrouver de nombreux liens entre la santé bucco-dentaire et les pathologies couramment rencontrées par les médecins généralistes. Parmi ces dernières nous citerons le diabète, les maladies cardio-vasculaires, ou encore les pathologies respiratoires chroniques.

Ainsi, l'inflammation chronique du parodonte serait due à des facteurs intrinsèques non modifiables (âge, sexe, ethnie) et des facteurs extrinsèques modifiables (tabagisme, diabète, sédentarité, infections virales...) (4).

A contrario, les pathologies métaboliques tels que le diabète, les pathologies cardio-vasculaires tels que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral seraient intimement liés à un état inflammatoire intra-buccal (5).

Nous pouvons alors nous interroger sur les patients porteurs de ces pathologies et de leur risque accru aux complications infectieuses d'origine bucco-dentaire. Ces personnes sont en effet suivies par le médecin généraliste, au centre de l'offre de soins (6).

Nous nous sommes ainsi attachés, à travers une étude descriptive, à étayer les particularités du repérage des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires par leur médecin de famille. Nous avons voulu développer nos connaissances vis-à-vis de la prévention bucco-dentaire délivrée par les médecins généralistes, ainsi que l'état actuel de la collaboration avec les chirurgiens-dentistes.

I. Contexte

I.1. État des lieux de l'accès aux soins en Nouvelle Aquitaine

I.1.1. Répartition des chirurgiens-dentistes en Nouvelle Aquitaine

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Nouvelle Aquitaine a mis à disposition une cartographie des professionnels de santé libéraux, dont médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, par zone via un outil interactif nommé Cartosanté® (7).

En parallèle, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes a également développé un outil cartographique disponible en ligne, permettant d'accéder aux densités de chirurgien-dentiste par 100 000 habitants par département de la France métropolitaine et départements d'Outre-mer, en se basant sur les données de population générale de l'INSEE de 2015 (8). Elle permet également d'avoir un aperçu de la part des dentistes salariés et libéraux, la part de féminisation, l'âge moyen des professionnels ainsi que la part des dentistes de 65 ans et plus.

En calculant la moyenne des densités des départements de la nouvelle Aquitaine via l'outil Excel, la densité régionale est de 5,6 dentistes /10 000 habitants en 2020. En comparaison avec les densités de la région Provence Alpes Côte d'Azur à 8,3/10 000 habitants et de celle de l'Île-de-France à 6,9/10 000 habitants, la région est moins pourvue en termes de démographie odontologique. La densité nationale de chirurgiens-dentistes est de 6,7/10 000 habitants, les chiffres de la région Nouvelle Aquitaine sont donc en dessous de la moyenne nationale.

Par ailleurs, en se basant sur les données du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (CNOCD), la Nouvelle Aquitaine compte 3797 chirurgiens-dentistes inscrits au CNOCD en avril 2020 parmi lesquels 3444 sont libéraux (soit 91%) et 353 sont salariés (soit 9%). Cette prédominance de l'activité libérale se retrouve dans les résultats à l'échelle nationale où la France compte 36 363 dentistes libéraux (soit 86,10%) et 5876 salariés (soit 13,9%). A noter que le CNOCD ne précise pas la part hospitalière des dentistes salariés (Tableau 1).

La répartition des chirurgiens-dentistes est hétérogène. En effet, en Nouvelle Aquitaine les densités de chirurgiens-dentistes par 10 000 habitants sont différentes d'un département à l'autre. Sans surprise, elle est sous dense ou « très sous-dotée » majoritairement dans les zones rurales notamment des départements de la Creuse, des Deux-sèvres, de la Vienne, de la Charente, de la Haute-Vienne, et du Lot et Garonne (9).

D'après l'outil Cartosanté®, le nombre de chirurgiens-dentistes est stable depuis 2010 autour de 3200 professionnels libéraux, avec en revanche une augmentation du nombre de bénéficiaires des soins dentaires : 634 740 bénéficiaires enregistrés en 2009, contre 2 139 374 en 2018.

Tableau 1 : Données publiques 2020 des chirurgiens-dentistes par département de la Nouvelle Aquitaine

Département	Nombre de dentistes libéraux en 2020	Nombre de dentistes salariés en 2020	Densité de dentistes par 10 000 habitants	Total inscrits au tableau de l'Ordre en 2020
Gironde	1139	119	8,5	1258
Landes	249	24	7,0	273
Pyrénées Atlantiques	554	52	9,2	606
Lot et Garonne	138	27	5,0	165
Dordogne	195	11	4,9	206
Charente maritime	376	19	6,3	395
Charente	156	22	5,0	178
Corrèze	132	8	5,8	140
Haute Vienne	157	31	5,0	188
Creuse	37	10	3,9	47
Vienne	182	10	4,5	192
Deux Sèvres	129	20	4,0	149

Il convient de contextualiser ces données, notamment en les comparant à celles d'autres acteurs impliqués dans la prise en charge des patients, et plus exactement les médecins généralistes libéraux qui vont nous interpeler au cours de cette étude. Nous allons de ce fait parler de ces derniers sans tarder.

I.1.2. Répartition des médecins généralistes en Nouvelle aquitaine

Le médecin généraliste est le médecin de premiers recours dans la prise en charge globale de la santé des patients. Il apparaît alors intéressant de connaître leur nombre ainsi que leur répartition dans la région.

D'après l'annuaire de l'Ordre National des Médecins, la Nouvelle Aquitaine comptait 9734 médecins généralistes actifs inscrits en avril 2020, contre 3797 chirurgiens-dentistes. Cet annuaire ne permet malheureusement pas de distinguer la part des médecins généralistes

libéraux des salariés. Il permet de connaître la part des médecins hommes ou femmes, et de rechercher le nombre d'inscrits par département ou région.

Les derniers chiffres concernant le nombre ainsi que la densité des médecins généralistes libéraux par 10 000 habitants datent de 2019, disponibles sur l'outil Cartosanté (7), mis en ligne par l'ARS. L'ensemble des données a été résumé dans le tableau 2.

Tableau 2 : Données publiques 2019-2020 des médecins généralistes libéraux par département de Nouvelle Aquitaine

Département	Nombre de médecins généralistes libéraux en 2019	Densité d'omnipraticiens libéraux par 10 000 habitants	Total de médecins généralistes actifs inscrits au tableau de l'Ordre en 2020
Gironde	1777	11,2	2860
Landes	418	10,3	657
Pyrénées Atlantiques	735	10,9	1294
Lot et Garonne	228	6,0	429
Dordogne	331	8,0	557
Charente Maritime	674	10,5	1111
Charente	266	7,5	471
Corrèze	202	8,4	340
Haute Vienne	433	11,6	688
Creuse	97	8,2	161
Vienne	410	9,4	694
Deux Sèvres	284	7,6	472

Ainsi, lorsque nous comparons la densité par 10 000 habitants des chirurgiens-dentistes, quel que soit leur statut de salarié ou d'indépendant, avec la densité par 10 000 habitants des médecins généralistes libéraux, nous nous apercevons que l'offre de soins en soins primaires est plus importante que l'offre de soins dentaires.

A titre d'exemple, la densité de médecins généralistes est de 11,6 médecins pour 10 000 habitants en Haute Vienne, contre 5 dentistes pour ce même nombre d'habitants.

Il apparaît alors inévitable que les patients aient plus fréquemment recours au médecin généraliste plutôt qu'au dentiste. L'omnipraticien joue de ce fait un rôle de pivot central pour

les soins, y compris bucco-dentaires. Il devient alors indispensable pour le repérage, l'information et l'orientation des patients nécessitant des soins bucco-dentaires.

C'est dans ce contexte que l'accès à un chirurgien-dentiste en Nouvelle Aquitaine paraît complexe, d'autant plus qu'il existe d'autres facteurs explicatifs que nous allons maintenant exposer.

I.1.3. Contexte psycho-social de l'accès aux soins dentaires

Sur un tout autre versant, il convient de rappeler le contexte social de recours aux soins dentaires à l'heure actuelle.

L'inégalité d'accès aux soins dentaires est décrite dans de nombreux rapports. Un article rédigé par Santé publique France en 2018 (10) rapporte l'origine multifactorielle de cette problématique : financière, territoriale, culturelle et médicale. Ces freins peuvent coexister.

Tout d'abord, il est admis dans la croyance collective que les soins dentaires sont onéreux. Il en découle un recours fréquent à l'automédication et aux médecines parallèles avec un renoncement d'emblée aux soins dentaires, dont en témoigne une étude en 2011 sur les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (11). L'étude évoque un renoncement prédominant pour les soins dentaires et l'optique en raison des dépassements d'honoraires fréquents.

Pourtant, les patients ne semblent pas informés du taux de remboursement des soins dentaires les plus courants. Les tarifs des actes sont imposés à tous les praticiens conventionnés pour la majorité des prises en charge tels que détartrages, consultations simples, soins des caries, dévitalisations ou encore extraction dentaire. Ces derniers sont totalement pris en charge par les organismes de protection sociale et les assurances complémentaires, à hauteur de 2 visites par an (12).

Les pouvoirs publics français n'ont que très peu développé des campagnes de prévention bucco-dentaire à l'attention de la population adulte, hormis les femmes enceintes depuis janvier 2014. En limitant la prévention à une partie de la population, celle-ci devient inefficace, et l'enfant ayant été suivi dans l'enfance, interrompra son suivi à l'âge adulte faute de mise en place de campagnes de soins dentaires (13).

Depuis avril 2019, le tarif de certains actes prothétiques a été plafonné. L'éventail n'a été élargi que récemment, au premier janvier 2020, avec le « panier 100% santé », permettant la suppression du reste à charge dans des situations bien définies, pour bénéficier de prothèses fixes ou amovibles chez un dentiste conventionné, à condition que le patient ait souscrit un contrat de complémentaire santé responsable (14). Ces réformes ne sont donc que récentes et peinent à être intégrées au système de santé actuel.

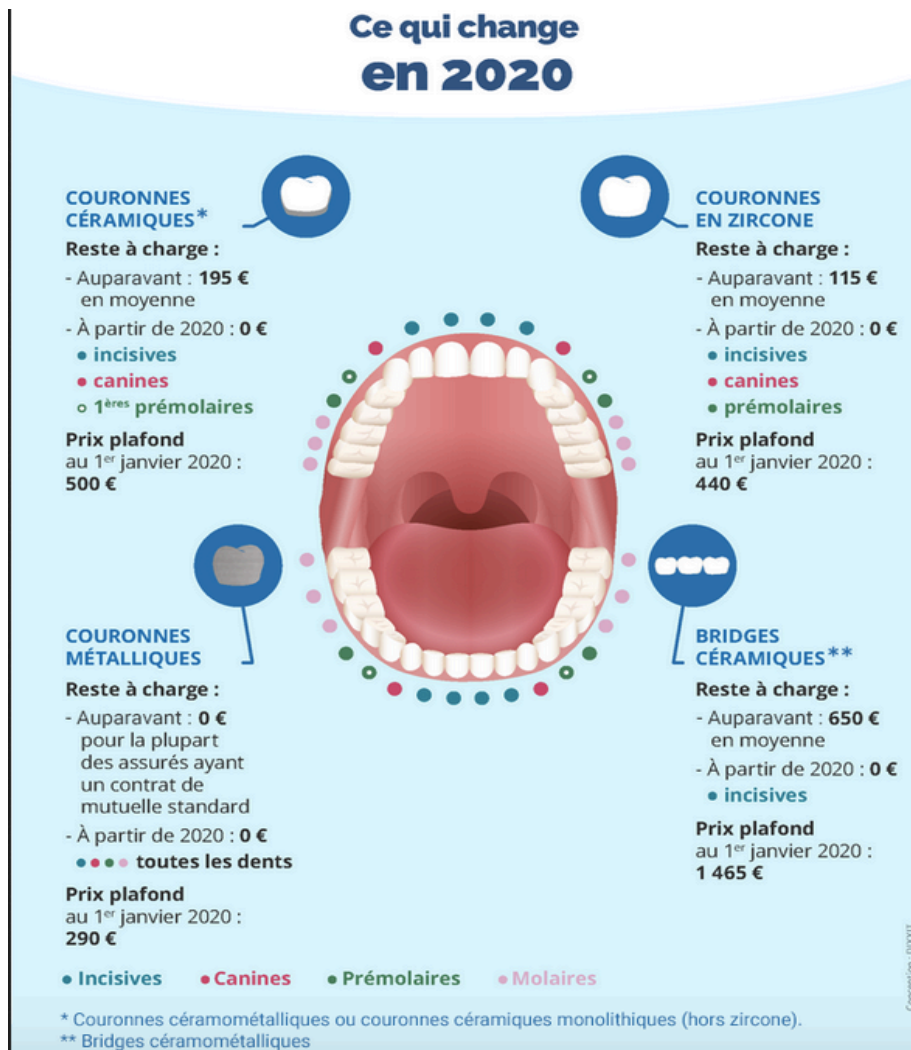


Figure 1 : Le Panier 100% santé : exemples des modifications tarifaires en 2020

Source : site internet <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>

Il convient d'ajouter que les anesthésies locales n'appartenant pas aux actes CCAM bucco-dentaires (15), sont donc non codifiables, et ainsi non éligibles au remboursement, restant à la charge des patients. Cela peut expliquer l'existence d'une appréhension des soins dentaires chez les patients n'ayant pas les moyens financiers pour bénéficier de ce support anesthésique.

Ensuite, la répartition hétérogène des chirurgiens-dentistes, évoquée en première partie, explique l'inégalité de l'accès, et donc le recours, aux soins dentaires dans la population générale.

Par ailleurs, il s'avère que la majorité des patients ne consultent un dentiste qu'en urgence, dans un contexte d'anxiété et de douleur, retenant une expérience négative avec ce dernier (16). Cela entretiendrait la phobie dentaire, décrite par Edmund Bourne, psychiatre américain, comme un stress post traumatique lié à l'appréhension d'une perte de contrôle du fait de

l'anesthésie et du confinement dans le fauteuil (17). Il apparaîtrait intéressant que le médecin généraliste, de par son rôle privilégié auprès du patient, puisse s'entretenir au préalable avec ces patients anxieux, nécessitant des soins dentaires, afin de lever les obstacles et de proposer des aides thérapeutiques si nécessaires.

S'ajoute à cela l'absence de besoin ressenti en soins dentaires préventifs, perçu par la population, en dehors de tout contexte douloureux ou esthétique (18), notamment chez les patients issus de milieux défavorisés (19). Il serait profitable d'aborder la prévention bucco-dentaire en dehors de tout contexte aigu, par exemple, lors d'une consultation de médecine générale ou de campagnes publicitaires de la sécurité sociale, afin de sensibiliser les patients à la nécessité de consulter un dentiste.

Ainsi, le défaut de recours à un chirurgien-dentiste est multifactoriel. L'insuffisance des consultations dentaires préventives relève d'une part de la responsabilité des patients, et d'autre part du médecin généraliste, pilier de la prise en charge globale de la santé des patients.

Il apparaît alors pertinent de connaître l'intérêt de la prévention bucco-dentaire, notamment pour éviter l'apparition de complications infectieuses bucco-dentaires. Ce travail étant une thèse de médecine générale, nous nous attacherons à simplifier les pathologies orales infectieuses.

I.2. Les principales pathologies et complications infectieuses bucco-dentaires reconnues par le médecin généraliste

Par infection bucco-dentaires, l'on peut citer les causes bactériennes, virales, mycosiques ou même parasitaires comme la toxoplasmose (20).

Parmi les causes virales les plus courantes, l'on retrouve les infections à Human Papilloma Virus, Herpès Simplex Virus, Varicelle Zona Virus, ou les coxsackies pour le syndrome pied-main-bouche (21) (22).

Concernant les mycoses, l'on peut évoquer la candidose (23) parmi une centaine d'espèces fongiques.

Enfin, les causes bactériennes peuvent provenir d'espèces pathogènes de la sphère orale ou d'origine systémique telle que la scarlatine, la syphilis ou encore la tuberculose. A titre anecdotique, il est intéressant de rappeler l'historique de leur découverte. Ainsi, Anton van Leeuwenhoek (1632-1723), drapier et biologiste néerlandais du XVIII^e siècle, serait un des précurseurs ayant découvert les bactéries de la sphère orale, grâce à l'invention du microscope. Il travaillait avec la Royal Society de Londres ainsi qu'avec le médecin et anatomiste néerlandais Reinier de Graaf. Au travers des âges, la communauté médicale s'est intéressée à cette population orale microscopique. Une étude américaine de 2010 s'est intéressée aux espèces bactériennes présentes dans la sphère orale humaine chez des sujets sains (24). Chaque individu possède un microbiote oral unique, bien que l'on retrouve des espèces communes récurrentes tels que *Streptococcus* qui est largement prédominant, suivi du *Haemophilus*, *Neisseria*, *Prevotella*, *Veillonella*, ou encore *Rothia*. Un dérèglement de ce microbiote commensal en faveur des espèces pathogènes expliquerait l'apparition de pathologies bucco-dentaires.

De nos jours, il existe une base de données du microbiome oral humain nommée eHOMD, mis à jour en 2017, mettant en évidence 771 espèces dont 70% cultivables (25).

Les bactéries sont responsables des principales complications bucco-dentaires chez l'Homme (26). De ce fait, bien que les étiologies des pathologies infectieuses de la sphère orale soient nombreuses, nous ne nous attacherons qu'aux pathologies d'origine bactérienne par souci de simplification. Les pathologies qu'elles engendrent sont également diverses avec l'existence ou non de complications qui en découlent.

Ainsi, cette sous-partie ne reposera pas sur un étalage exhaustif de ces dernières, mais s'attachera plutôt à faire quelques rappels utiles à la pratique du médecin généraliste.

Tout d'abord nous évoquerons la carie et les maladies parodontales d'une part et leurs complications d'autres part. Ces complications peuvent être loco-régionales voire générales, se développant à distance du foyer responsable.

I.2.1. Les principales pathologies bucco-dentaires

I.2.1.1. La carie

Selon le Larousse Médical (27), la carie est une « *maladie détruisant les structures de la dent évoluant de la périphérie (émail) vers le centre de la dent (pulpe dentaire).* »

« *Les caries non traitées des dents définitives constituent l'affection la plus courante selon le rapport sur la charge mondiale de morbidité en 2017* » (28)

Les abcès dentaires :



Figure 2 : Illustration des abcès dentaires, stade terminal de la carie

Source : site internet <https://www.antibio-responsable.fr/maladies/infections-bouche/infections-parodonte>

La carie évolue en 4 stades :

- Destruction de l'émail par productions acides des bactéries orales
- Atteinte de la dentine : hypersensibilité au chaud ou au froid, et pour le sucré ou le salé
- Pulpite ou « rage de dents »
- Abcès dentaire

Son origine est multifactorielle. Les facteurs environnementaux tels que l'alimentation riche en glucides et le tabac ne seront pas abordés.

Elle résulte de l'accumulation de la plaque dentaire, biofilm microbien composé majoritairement de bactéries et de débris alimentaires se déposant sur les dents. La formation de la carie est influencée par des facteurs génétiques, hormonaux ou même pHmétriques (20).

L'acidité causée par le reflux gastro-oesophagien ou liée à des vomissements itératifs chez les sujets présentant des troubles de la conduite alimentaire par exemple, favorise la formation de la carie dentaire. Ces informations sont utiles au médecin généraliste, acteur fréquent dans la prise en charge du reflux gastrique.

Elle est également favorisée en cas de xérostomie médicamenteuse courante en cas de prise de neuroleptiques, ou post-radique, où l'hyposialie favorise le développement bactérien (29).

Ainsi, en se rappelant ces informations basiques concernant la pathologie dentaire la plus courante, le médecin généraliste pourrait rester vigilant avec les personnes porteuses de ces pathologies, y compris au stade asymptomatique.

I.2.1.2. Les maladies parodontales

Toujours selon le Larousse médical (27), le parodonte est l' « Ensemble des structures qui assurent la fixation et le soutien de la dent sur les maxillaires. On distingue le parodonte profond (os alvéolaire, ligament, cément) du parodonte superficiel (gencive). »

La maladie parodontale :

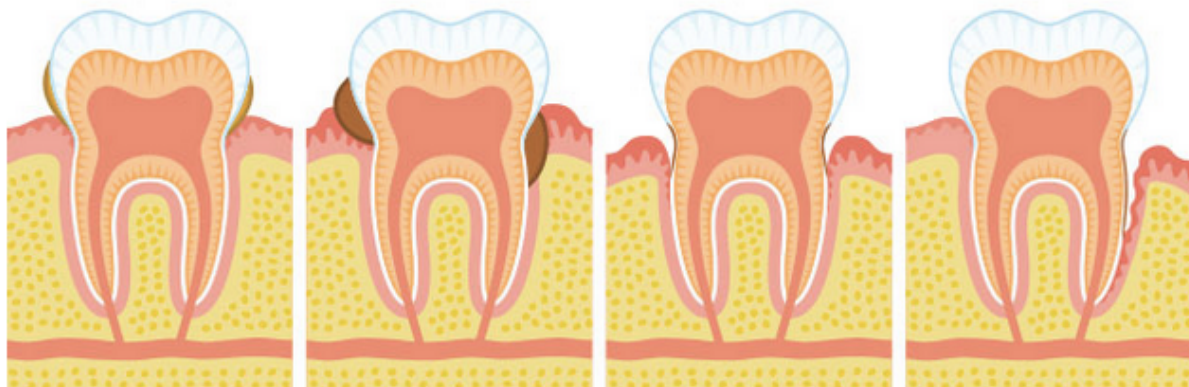


Figure 3 : Illustration des maladies parodontales

Source : site internet <https://www.antibio-responsable.fr/maladies/infections-bouche/infections-parodonte>

Les maladies parodontales sont donc l'ensemble des pathologies touchant ces structures.

L'on évoque ainsi initialement la gingivite, due à une accumulation du biofilm dentaire qui en se minéralisant se transforme en tartre (30), traduites par une hypertrophie gingivale plus ou moins hémorragique au contact. Elle se retrouve à type d'exemple chez les patients atteints d'hyperthyroïdie ou chez les femmes enceintes. Elle peut être ulcéro-nécrotique chez les patients porteurs d'un déficit immunitaires, responsable d'une destruction brutale de la gencive et de l'os.

Par la suite, les gingivites non traitées peuvent se compliquer et s'étendre au tissu conjonctival voire à l'os alvéolaire, nommée alors parodontite où la destruction osseuse, irréversible, peut entraîner à terme un déchaussement dentaire.

C'est en connaissant la physiopathologie des pathologies bucco dentaires les plus prévalentes, que nous comprenons et anticipons plus aisément les potentielles complications qu'elles peuvent engendrer.

I.2.2. Les principales complications infectieuses bucco-dentaires

En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est penchée sur le sujet (28).

I.2.2.1. Les complications locales d'origine bucco-dentaire

Ainsi, la simple carie peut évoluer en abcès dentaire comme nous l'avons déjà évoqué. Les structures adjacentes à la sphère bucco-dentaire peuvent de cette même façon s'infecter, responsables d'infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) de proximité tels que la sinusite maxillaire ou l'otite, voire le phlegmon ou la cellulite cervico-faciale (31)(32).

I.2.2.2. Les complications générales d'origine bucco-dentaire

Nous évoquerons les principales complications à distance des infections bactériennes bucco-dentaires ainsi que les pathologies courantes rencontrées en médecine générale.

Sur un versant purement bactériologique, leur dissémination par voie hématogène peut être coupable d'endocardite et d'abcès cérébraux (33). L'infection de contiguïté peut engendrer une médiastinite (34). De plus, au niveau du liquide synovial de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, des bactéries de la sphère orale ont été retrouvées, notamment *Actinobacillus Actinomycetemcomitans* et *Porphyromonas Gingivalis* (35) (36). Cette découverte permet de s'interroger sur une possible relation entre les bactéries pathogènes intra-buccales et les rhumatismes inflammatoires, cette piste restant à confirmer par des études supplémentaires.

Par ailleurs, sur un versant immunologique, certaines bactéries orales seraient responsables de surinfections pulmonaires voire de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) (37)(38). Ces pathologies respiratoires auraient notamment des facteurs de risque communs avec la maladie parodontale, cette dernière étant considérée comme un cofacteur responsable des décompensations respiratoires chez les patients BPCO (39). Elles seraient liées à une augmentation de la production de facteurs pro-inflammatoires se disséminant via la circulation générale, et favorisant la libération de radicaux oxydatifs par des polynucléaires neutrophiles à distance de la sphère orale, au niveau de l'arbre bronchique.

De même, par un mécanisme allergique et neuro-végétatif tel que décrit dans une thèse de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse en 2018 (33), les infections orales favoriseraient l'entretien de tendinopathies chroniques.

Enfin, de nombreuses études se sont intéressées à la relation des infections bucco-dentaires avec les coronaropathies ou encore les accidents vasculaires cérébraux (40) (41). Divers mécanismes pourraient expliquer ce lien : soit elle serait liée à la dissémination hématogène du pathogène oral avec bactériémie, soit lié à un mécanisme inflammatoire avec déclenchement d'une cascade de marqueurs pro-inflammatoires, notamment les interleukines

IL-1 β , IL-6, IL-8, LPS, TNF- α , et la prostaglandine E2. Une autre piste serait la production de toxines pro athérogènes tels que le Thromboxane A2 par des bactéries orales pathogènes comme *P. gingivalis*.

Pour finir, le diabète favorise l'apparition de maladies parodontales (42). En effet, l'hyperglycémie favoriserait la croissance des bactéries de la plaque dentaire ainsi qu'une réponse inflammatoire détruisant du tissu conjonctif, favorisant les parodontites. En même temps, l'inflammation chronique induite par une maladie parodontale contribuerait au mécanisme d'insulinorésistance et donc à une hyperglycémie.

I.3. Les patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires pris en charge par le médecin généraliste

Ainsi, la lecture de travaux de recherche a permis d'identifier les personnes à risque de complications infectieuses bucco-dentaires. En effet, une revue de littérature de 2015 (43) a ainsi étudié la relation entre pathologies parodontales et maladies systémiques rencontrées couramment en soins primaires tels que le diabète, les maladies cardio-vasculaires ainsi que le cancer. Comme cité dans l'introduction, l'Assemblée Mondiale pour la Santé a mis en évidence en 2007 le lien entre santé orale, santé globale, et qualité de vie. Ainsi, une mauvaise hygiène bucco-dentaire contribue négativement à la santé globale du patient, notamment en cas de pathologie chronique, comme le diabète ou les patients atteints du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

D'après cette étude, de nombreuses pathologies auraient des facteurs de risque communs avec les maladies parodontales. Ces facteurs de risques sont liés au mode de vie et donc prévisibles, tels que l'alcool et le tabac (44).

Par ailleurs, la littérature regorge de données sur le diabète et les pathologies parodontales. Elles ont permis de démontrer que les infections dentaires déséquilibrent le diabète et vice versa (43) (42)(45).

A titre d'exemple, la Société Française de Chirurgie Orale a ainsi établi en 2012 des recommandations concernant les patients à risque d'infections bucco-dentaires (46) :

- Diabétique, surtout si le diabète est déséquilibré avec une HbA1c > 7%
- Neutropénie avec les polynucléaires neutrophiles < 500/mm³
- Patient sous corticothérapie générale au long cours > 10mg/j équivalent prednisone, ou 1 mg/kg/j sur une durée > 8 jours
- Radiothérapie cervico-faciale : prévoir un rendez-vous (RDV) dentaire avant toute irradiation puis après irradiation pour des doses > 30 Gy, tous les 4-6 mois
- Cardiopathie avec un risque d'endocardite infectieuse
- Patient sous chimiothérapie
- Patient sous immunosuppresseurs ou transplanté : RDV dentaire avant puis tous les 4-6 mois
- Patient dès le diagnostic d'une sérologie VIH positive et lors du suivi du patient porteur du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA).

- Patient sous biphosphonate dans le cadre d'une pathologie maligne ou non
- Patient candidat d'une prothèse articulaire : bilan dentaire avant puis suivi de la population générale

Ainsi, concernant les patients à risque pris en charge en médecine générale, nous retiendrons surtout le patient diabétique, le patient porteur d'une cardiopathie, les patients sous biphosphonate ou corticothérapie au long cours.

S'ajoutent à ces patients, ceux porteurs de BPCO et de rhumatismes chroniques inflammatoires ainsi que les patients présentant des conditions physico chimiques propices au développement bactérien intra buccal. Cela concerne, entre autres, les patients présentant un reflux gastro-oesophagien, anorexiques ou boulimiques, ainsi que les patients à risque d'hyposialie lié aux effets atropiniques iatrogènes.

Intéressons-nous enfin à la prévalence de ces pathologies en consultation de médecine générale.

Les médecins généralistes prennent en charge 87% des patients diabétiques selon Santé Publique France (47). De ce fait, ces derniers jouent un rôle primordial dans la prise en charge de cette maladie, ainsi que dans la prévention de ses complications.

Une étude française de 2006 s'est intéressée à la prévalence du reflux gastro-œsophagien en soins ambulatoires. Selon elle, plus de 10% des patients consultant leur médecin généraliste présentaient des symptômes de pyrosis ou de régurgitations (48).

Une étude internationale publiée en 2002 a estimé la prévalence de la BPCO en France à 3,2% (49). Il n'existe pas de pourcentage de sa prévalence en soins primaires en France mais la littérature évoque une augmentation majeure des patients BCPO au cours du XIXème siècle.

Concernant la prévalence des maladies cardio-vasculaires en soins primaires (hypertension artérielle, antécédent de syndrome coronarien aigu, fibrillation atriale), elle est de 21% selon un étude britannique publiée en 2018 (50).

Concernant les complications ORL de proximité, la sinusite maxillaire est dans 10 à 12% d'origine dentaire (51). Selon une étude américaine de 2016, 11% de la population adulte aurait présenté une sinusite cette année-là, et l'odynophagie représenterait 2,1% des consultations en médecine ambulatoire (52). Par ailleurs, la majorité des otites sont d'origine dentaire chez l'adulte (53).

En somme, le médecin généraliste est largement impliqué dans la prise en charge des personnes à risque de complications infectieuses bucco-dentaires. L'Union Française de la Santé Bucco Dentaire s'est attachée, dans son rapport, à évoquer l'importance de la prévention bucco-dentaire et recommande un repérage des patients nécessitant un suivi dentaire plus attentif, compte tenu d'un terrain fragile (54).

Il apparaît donc intéressant de s'intéresser quant à la mise en pratique de ces recommandations par les médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine et de repérer les freins à son application optimale.

II. Matériel et méthode

II.1. Objectif de l'étude

Ce travail est une étude observationnelle quantitative descriptive transversale menée de décembre 2019 à mars 2020 en Nouvelle Aquitaine.

Son objectif principal était d'évaluer comment les médecins généralistes repèrent, informent et orientent les patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier le type de patient qui nécessite l'intervention du médecin généraliste pour son suivi dentaire ainsi que d'identifier les pistes d'amélioration de la collaboration médecins généralistes avec les dentistes.

L'hypothèse de départ était que les médecins généralistes ne repèrent, n'informent, et n'orientent pas suffisamment les patients à risque de complications infectieuses. Nous avons également supposé qu'il existe un manque de relation entre les médecins généralistes et les dentistes.

La finalité à l'issue de cette étude est d'améliorer les pratiques de prévention bucco-dentaire en soins primaires pour les patients à risque de complications infectieuses ainsi que d'optimiser la relation interprofessionnelle médecin généraliste et dentiste.

II.2. Questionnaire

II.2.1. Description

Le questionnaire est ciblé sur le repérage, l'information et l'orientation des personnes à risque de complications infectieuses bucco-dentaires par les médecins généralistes. Ces personnes ont pu être identifiées grâce aux lectures bibliographies réalisées en amont de cette thèse (39)(41)(42).

Il a été rédigé sur Google Form en décembre 2019, et comporte 20 questions. En effet, nous avons limité le nombre de questions dans le but d'être le moins chronophage possible pour les médecins généralistes répondants et ainsi de maximiser le nombre de réponses. Par ailleurs, le questionnaire comporte des questions à choix fermés, afin de limiter les biais de rédaction, et de faciliter le recueil des données.

Un entretien auprès de 2 chirurgiens-dentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges réalisé au préalable de l'étude, le 31 octobre 2019, nous a permis d'éclairer les axes de recherches et de construire le questionnaire.

Les cinq premières questions s'intéressent à l'identité des médecins généralistes tout en respectant l'anonymat : à noter le nombre d'années d'exercice, le milieu, le département et le type de structure dans lequel ils exercent. S'ils exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), il a été demandé de préciser si un dentiste y travaille.

Trois questions portent sur le repérage des patients à risque, en demandant dans l'affirmative la fréquence de consultation d'un dentiste, et dans le cas contraire pour quelle raison le patient n'était pas interrogé à ce sujet.

Trois questions s'intéressent à la délivrance de l'information par les généralistes au sujet des complications, notamment à quel moment et avec quel type de patient.

Cinq questions évoquent l'orientation du patient à risque ainsi que la relation avec le dentiste. Enfin quatre questions interrogent les médecins sur des outils d'aide à la coordination (Dossier Médical Partagé, alerte logiciel) ainsi que les moyens d'optimiser leur collaboration avec les dentistes du même secteur géographique.

II.2.2. Diffusion du questionnaire

Initialement nous avons dû faire face à deux refus de diffusion de thèse, d'abord par l'Union-Régionale-des-Professionnels-de-Santé de Nouvelle Aquitaine et ensuite par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Nouvelle Aquitaine. En effet, ces instances ne peuvent communiquer les coordonnées des praticiens. Ainsi, un premier contact téléphonique avec les secrétaires des douze Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la Nouvelle Aquitaine a été établi le 12 janvier 2020. Le but de ces appels était de s'informer sur les modalités de diffusion de questionnaire de thèse. Sur les 12, 4 ont affirmé faire suivre directement par mail les questionnaires à la population cible. Quatre autres ont garanti mettre un lien sur leur site internet afin que les médecins puissent accéder au questionnaire jusqu'à la date butoire fixée initialement au 24 janvier 2020. Un conseil départemental a répondu traiter au cas par cas la demande de diffusion de questionnaires qui a finalement été accordée. Un autre a affirmé avoir des problèmes internet pour diffuser le questionnaire. Un n'a pas répondu aux 3 appels téléphoniques, et enfin un avait besoin de l'accord de leur commission de thèse avant de statuer de la possibilité de diffuser, qui a dans un premier temps été refusé, puis finalement accepté après relance.

Finalement, 9 conseils départementaux de la Nouvelle Aquitaine ont été contactés par mail le 12 janvier 2020 suite à l'entretien téléphonique afin de faire suivre le questionnaire de thèse : la Charente, la Charente-Maritime, la Corrèze, la Creuse, les Landes, les Pyrénées-Atlantiques, les Deux-Sèvres, la Vienne et la Haute Vienne. Parallèlement des mails contenant le lien du questionnaire ont été envoyés directement aux 148 maîtres de stages universitaires de la faculté de Limoges. Le Conseil départemental de la Gironde ayant demandé des pièces justificatives, celles-ci ont été envoyées le 19 janvier 2020. Une relance des 10 conseils départementaux de l'Ordre des médecins a été faite par mail le 24 janvier 2020 pour repousser l'échéance des réponses possibles jusqu'au 15 février 2020. Des questionnaires ont été envoyés tardivement par un conseil départemental, après la deuxième date butoire. Selon Google Form, la dernière date d'envoi était le 7 mars 2020. Un dernier questionnaire a été envoyé le 13 mars 2020 mais n'a pas pu être exploité pour l'analyse statistique, compte tenu d'un retour trop tardif.

II.3. Population d'étude

Ce travail s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes libéraux installés en Nouvelle Aquitaine, la plus grande région de France, comportant 12 départements.

II.4. Recueil de données

Les réponses du questionnaire ont été récupérées via le Google Form directement :

- Le nombre de répondants
- Les dates d'envoi des questionnaires remplis
- Les réponses aux questions

II.5. Analyse statistique

Les données ont été rentrées manuellement dans un tableur Excel, puis traduites sous forme de chiffres, puis analysées sous forme de tableaux et de graphiques.

III. Résultats

Au total, 137 réponses ont été recueillies du 12 janvier 2020 au 13 mars 2020. En raison de questionnaires remplis de manière non conforme, 4 ont été exclus. Ainsi, 133 questionnaires ont été exploités pour l'analyse statistique.

III.1. Caractéristiques des médecins répondants

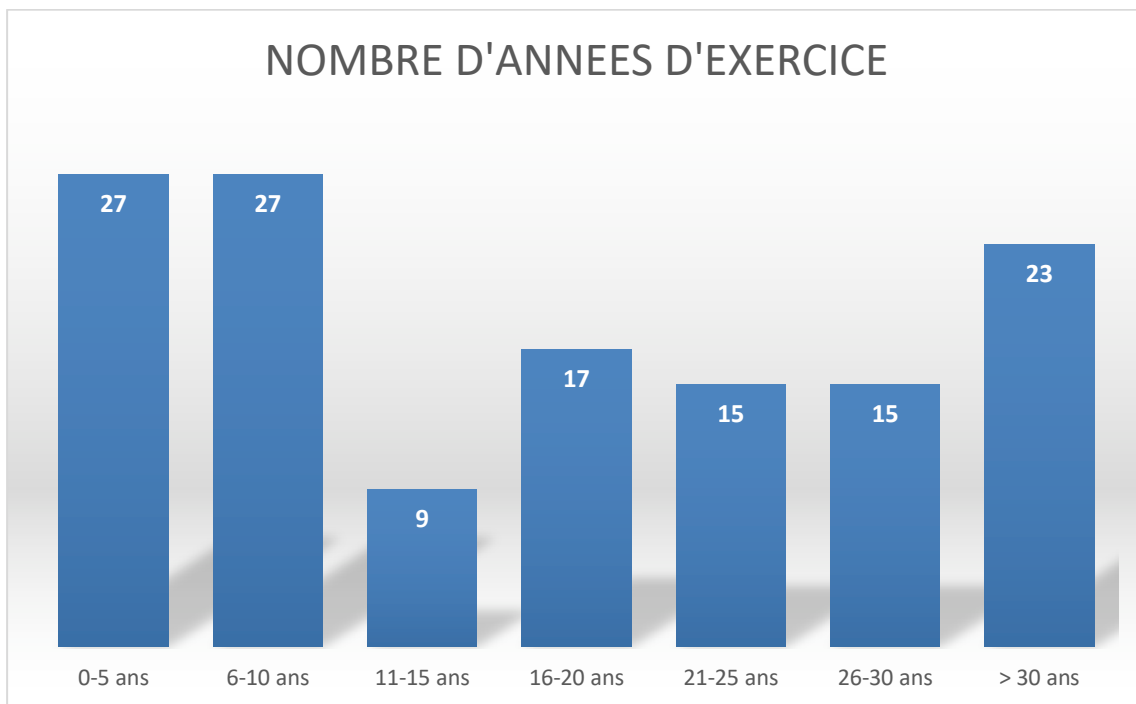


Figure 4 : Nombre d'années d'exercice en valeur absolue

Concernant le nombre d'années d'exercice, les répondants étaient autant de médecins fraîchement installés, que des médecins installés depuis plus de 30 ans. Avec une moyenne de 18,85 ans d'exercice soit presque 19 ans. (Figure 4)

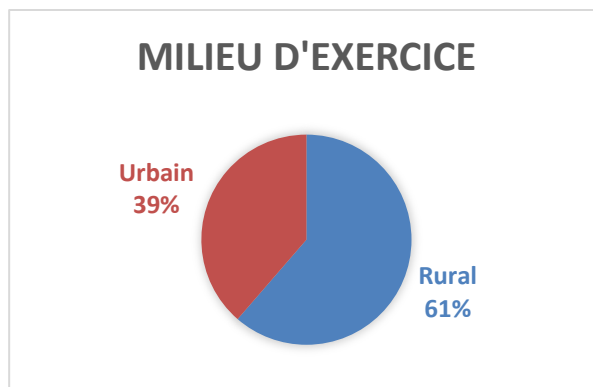


Figure 5 : Milieu d'exercice des médecins répondeurs en pourcentages

Plus de la moitié des répondeurs travaillaient en milieu rural, 39% exerçaient en ville. (Figure 5)

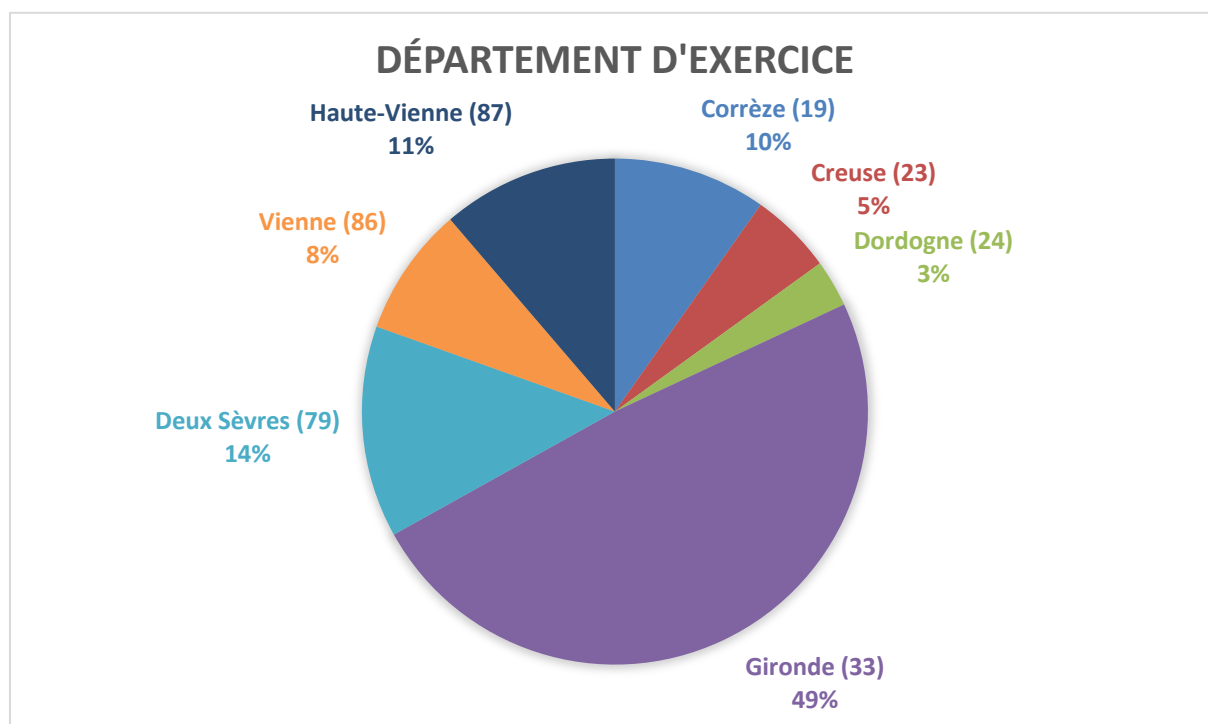


Figure 6 : Département d'exercice des médecins généralistes répondeurs, le numéro du département est donné à titre indicatif entre parenthèse

Concernant les départements d'exercice, les médecins généralistes de Gironde étaient majoritaires (49%), suivi des Deux Sèvres (14%), de la Haute Vienne (11%), et de la Corrèze (10%). Huit pourcents des médecins exerçaient dans la Vienne, 5% dans la Creuse et 3% dans la Dordogne. (Figure 6)

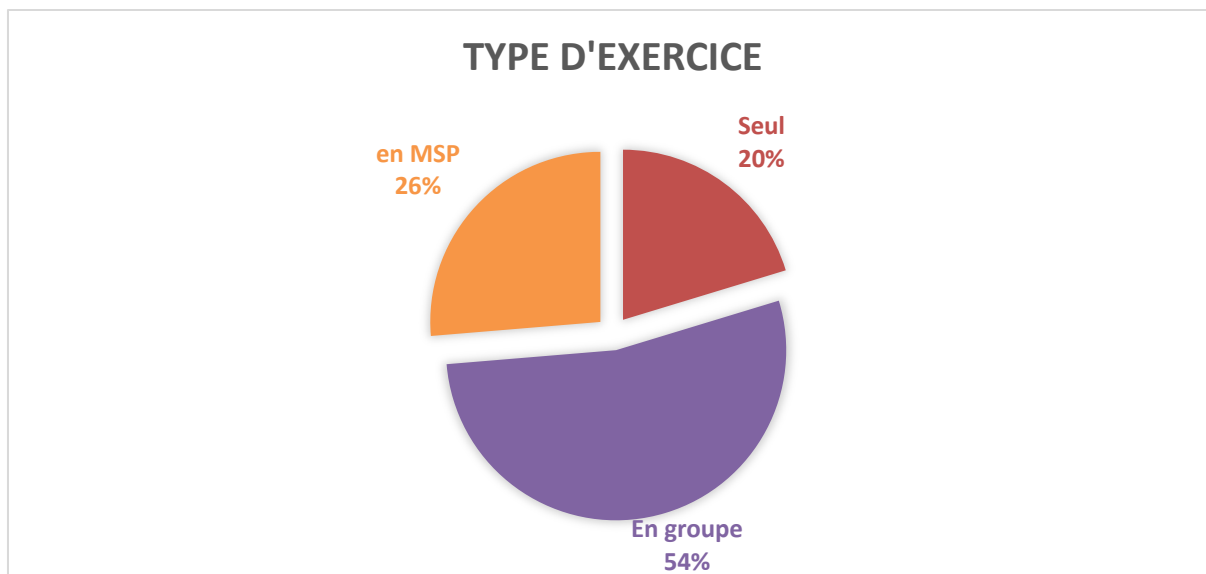


Figure 7 : Type d'exercice en pourcentages

Plus de la moitié exerçait en groupe, 26% travaillaient dans une structure pluridisciplinaire type Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et 20% étaient installés seuls. (Figure 7)

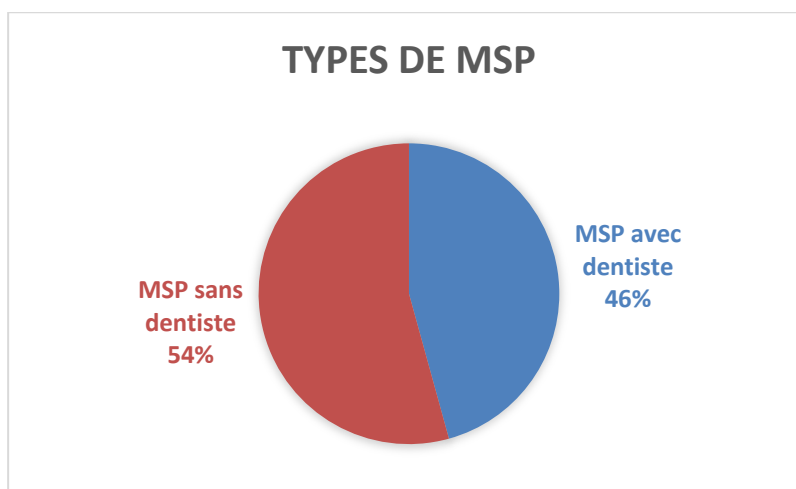


Figure 8 : Types de MSP

Un peu plus de la moitié des MSP dans lesquelles travaillaient les médecins répondants n'avaient pas de dentiste. Sur les 35 médecins en MSP, 16 avaient un dentiste soit 46%. (Figure 8)

III.2. Repérage des patients à risque par le médecin généraliste

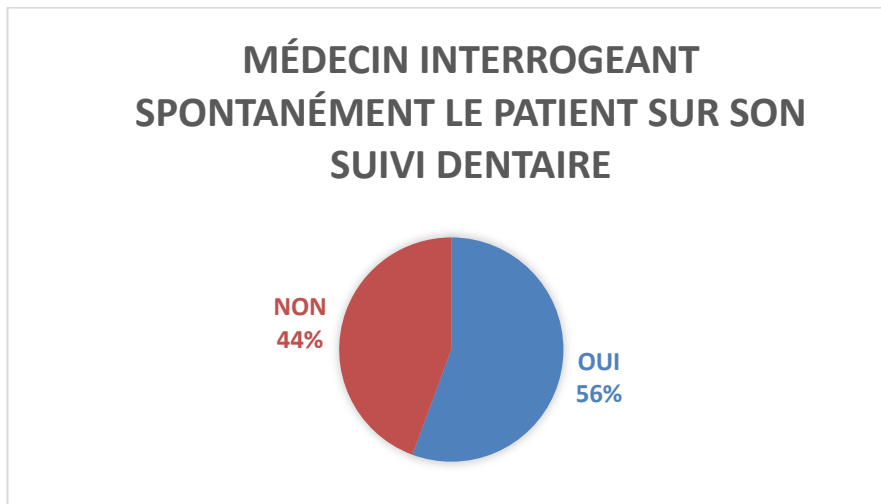


Figure 9 : Position des médecins vis à vis de l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire de leurs patients

A peine un peu plus de la moitié (56%) des médecins répondants interrogeaient de manière spontanée leurs patients sur leur suivi dentaire, soit 74/133 médecins. (Figure 9)

Quarante-quatre pourcents des médecins généralistes n'interrogeaient pas leurs patients à ce sujet. Parmi les médecins répondants n'interrogeant pas le patient à risque au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires, 2 ont déclaré ne pas y penser.

En stratifiant le nombre d'années d'exercice des médecins répondants par tranche de 5 ans, de 0 à plus de 30 ans, nous avons analysé l'interrogatoire spontanée du patient sur son suivi dentaire en fonction du nombre d'années d'exercice du praticien. (Figure 10)

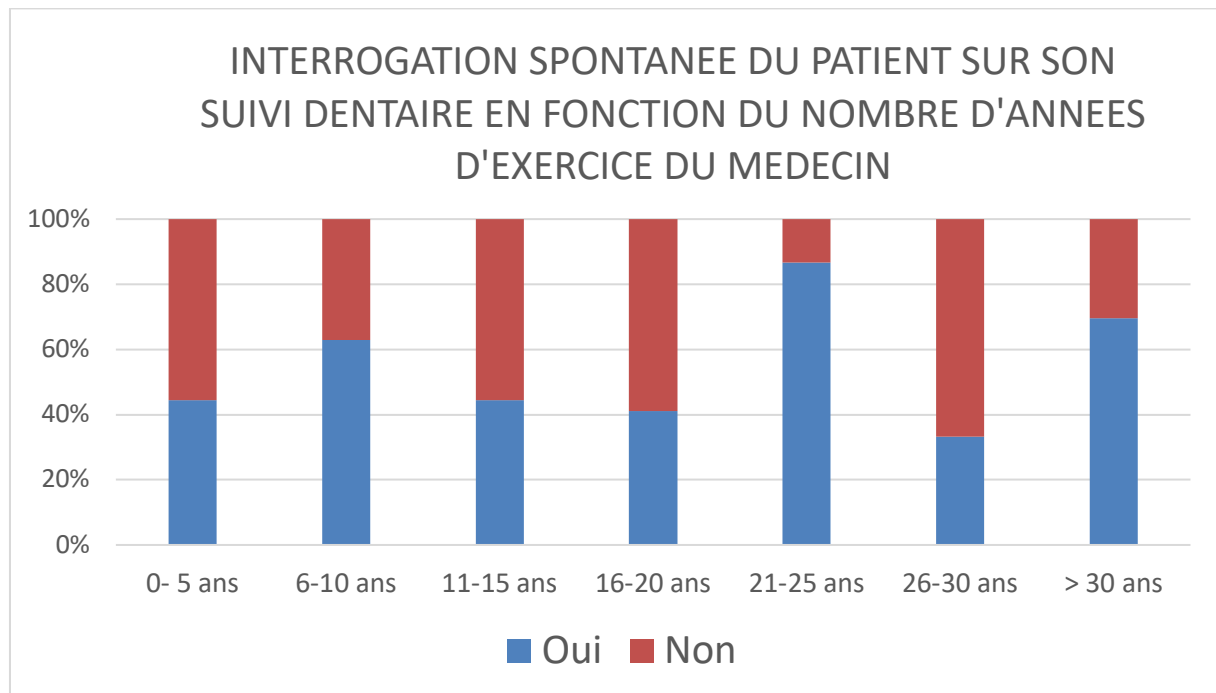


Figure 10 : Position des médecins vis à vis de l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire de leurs patients en fonction du nombre d'années d'exercice

Sur les 27 médecins ayant 5 ans ou moins d'exercice :

- 12 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 44%
- 15, soit 56%, ne le faisaient pas.

Sur les 27 médecins ayant 6 à 10 ans d'exercice :

- 17 interrogeaient spontanément soit 63%,
- 10, soit 37%, ne le faisaient pas.

Sur les 9 médecins ayant 11 à 15 ans d'exercice :

- 4 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 44%,
- 5, soit 56%, ne le faisaient pas.

Sur les 17 médecins ayant 16 à 20 ans d'exercice :

- 7 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 41%,
- 10, soit 59%, ne le faisaient pas.

Sur les 15 médecins avec 21 à 25 ans d'exercice :

- 13 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 87%
- 2, soit 13%, ne le faisaient pas.

Sur les 15 médecins ayant 26 à 30 ans d'exercice :

- 5 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 33%,
- 10, soit 67%, ne le faisaient pas.

Sur les 23 médecins ayant plus de 30 ans d'exercice :

- 16 interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire soit 70%,
- 7, soit 30%, ne le faisaient pas.

Avant 15 ans d'exercice, 33 des 63 médecins soit 52 %, interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire

Après 15 ans d'exercice, 41 des 70 médecins, soit 59%, interrogeaient spontanément leur patient sur le suivi dentaire.

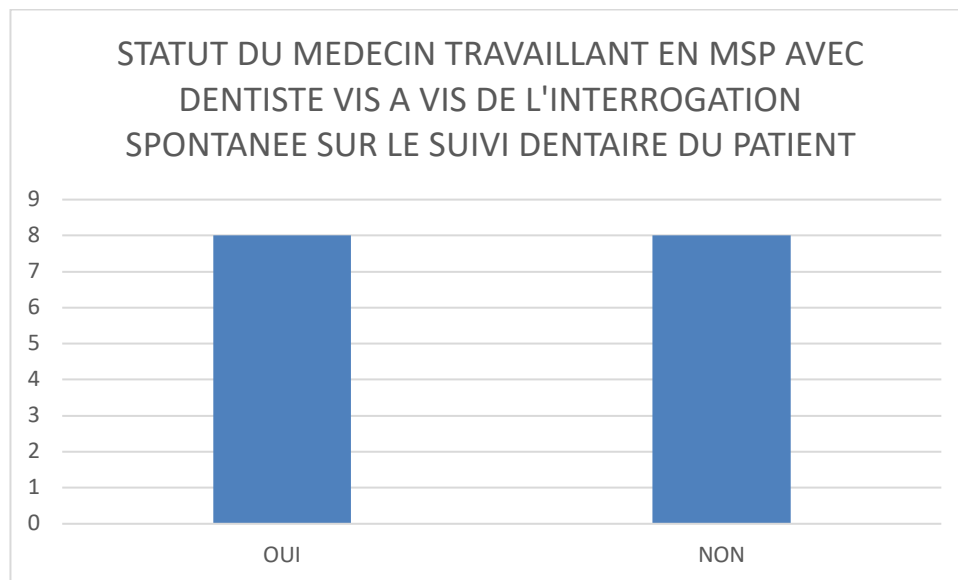


Figure 11: Statut sur l'interrogation spontanée sur le suivi dentaire des patients des médecins travaillant en MSP avec dentiste

Parmi les 16 médecins exerçant en MSP avec dentiste, 50% interrogeaient spontanément leurs patients au sujet de leur suivi dentaire. (Figure 11)

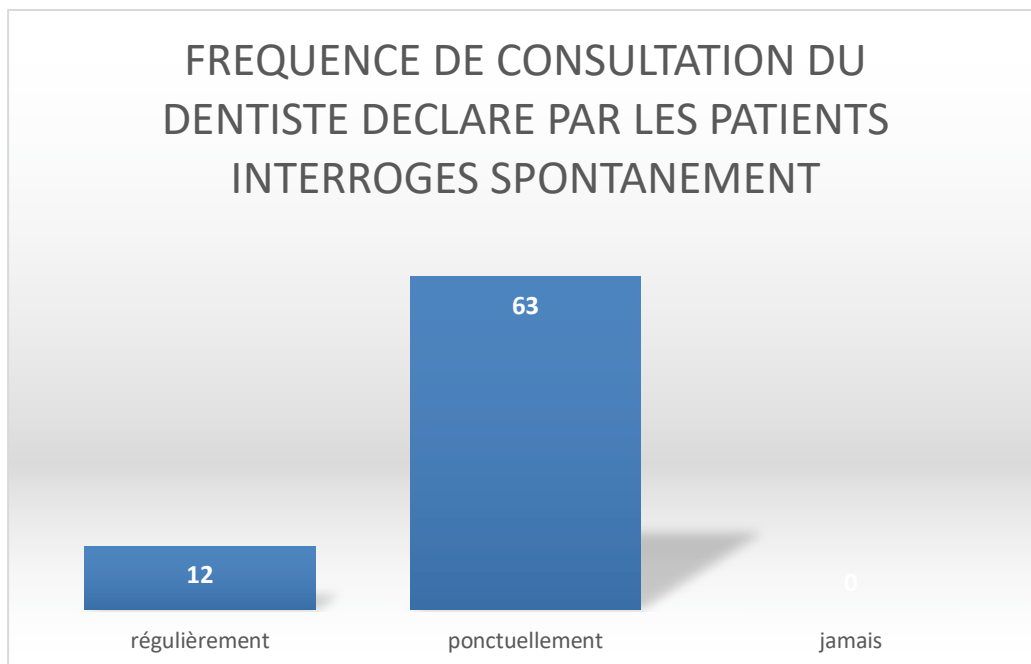


Figure 12 : Fréquence déclarée de consultation d'un dentiste (en valeur absolue)

Parmi ces 75 médecins, 84% évoquaient que leurs patients déclaraient voir le dentiste ponctuellement. Seulement 16% d'entre eux, évoquaient que leurs patients déclaraient consulter le dentiste régulièrement. Aucun ne rapportait l'absence de consultation du dentiste par leur patient. (Figure 12)

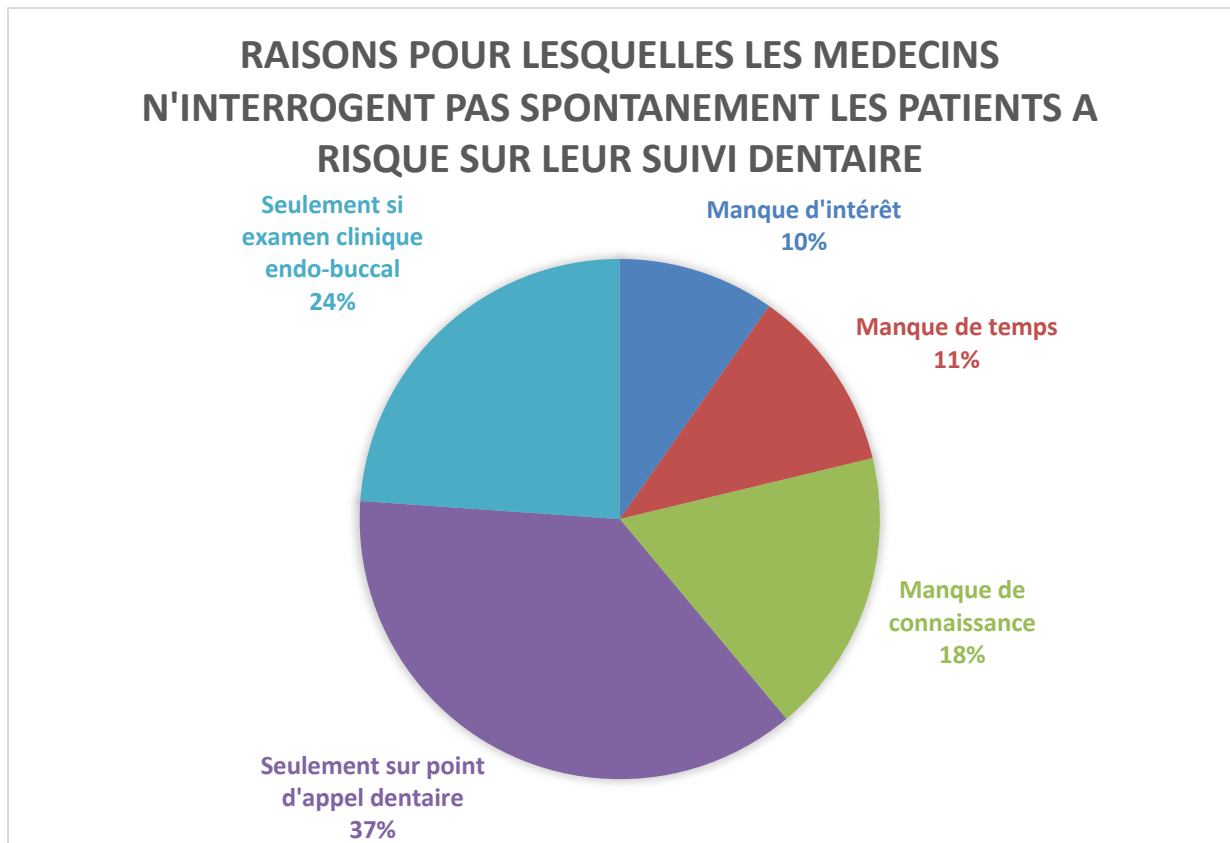


Figure 13 : Raisons pour lesquelles les médecins n'interrogent pas leurs patients sur le suivi dentaire

Parmi les médecins n'interrogeant pas spontanément leurs patients à risque, soit plus d'un tiers :

- Vingt-sept médecins ne les interrogeaient qu'en cas d'examen clinique endo-buccal.
- Vingt déclaraient ne pas le faire à cause du manque de connaissance,
- Treize ne le faisaient pas par manque de temps
- Onze médecins n'interrogeaient pas leurs patients par manque d'intérêt.

(Figure 13)

III.3. Information orale et prévention

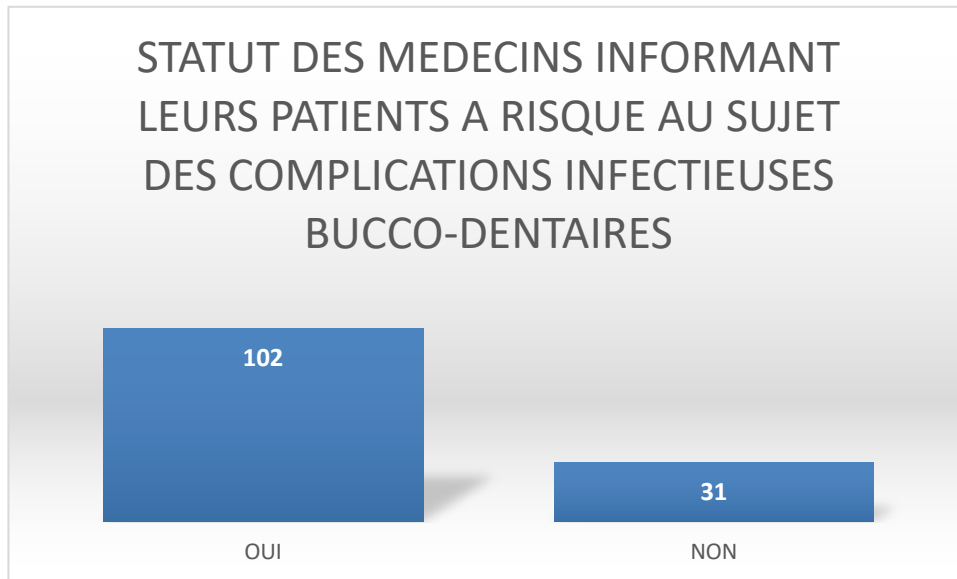


Figure 14 : Statut des médecins vis-à-vis de la délivrance de l'information concernant les complications infectieuses bucco dentaires des patients à risque

Plus des trois quarts des médecins interrogés, soit 77%, déclaraient informer leurs patients à risque à propos des complications infectieuses bucco-dentaires.

Environ un quart, soit 23% des médecins interrogés, n'informaient pas leurs patients au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires. (Figure 14)

Deux médecins déclaraient ne pas les en informer car n'y pensaient pas.

Un autre médecin partait du principe que les patients à risque avaient déjà été informés auparavant par les autres spécialistes : « *le valvulopathe par le cardiologue, le patient candidat d'une prothèse totale de hanche par le chirurgien orthopédique* ».

**STATUT DES MEDECINS QUI INTERROGENT
SPONTANEMENT LEURS PATIENTS SUR LEUR SUIVI
DENTAIRE PAR RAPPORT A LA DELIVRANCE DE
L'INFORMATION SUR LES COMPLICATIONS DENTAIRES**

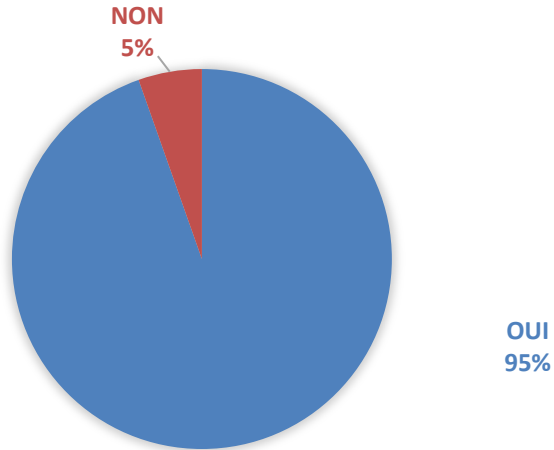


Figure 15 : Statut des médecins qui interrogent spontanément leur patient sur le suivi dentaire par rapport à la délivrance de l'information sur les complications dentaires

Ainsi, parmi les 74 médecins qui interrogeaient spontanément leur patient sur leur suivi dentaire, 70 les informaient au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires qu'ils risquaient de contracter. Quatre médecins ne les informaient pas. (Figure 15)

CONSULTATIONS AU COURS DESQUELLES LE PATIENT EST INFORME DES RISQUES INFECTIEUX BUCCO-DENTAIRES

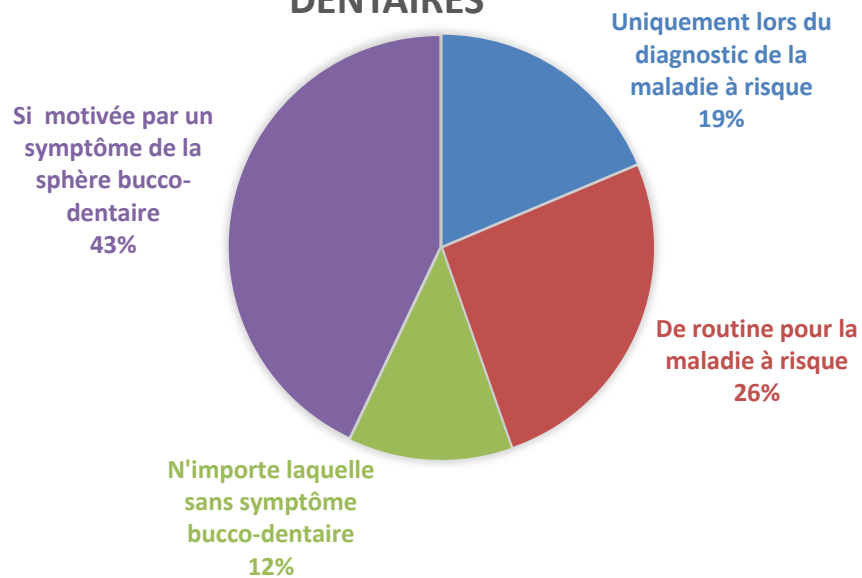


Figure 16 : Type de consultation au cours desquelles le patient est informé des risques infectieux bucco-dentaires

Dans 43% des cas, soit moins de la moitié des cas, le médecin déclarait informer son patient des risques infectieux s'il consultait pour un symptôme de la sphère orale.

Vingt-six pourcents des médecins délivraient cette information à leur patient au cours d'une consultation de routine pour leur maladie à risque.

Dix-neuf pourcents des médecins n'informaient leur patient de ces risques qu'au cours de la consultation d'annonce de leur maladie à risque de complications.

Enfin, 12% des médecins interrogés ont déclaré aborder ce problème sans qu'il n'y ait de point d'appel particulier. (Figure 16)

RAISONS POUR LESQUELLES LES MEDECINS GENERALISTES N'INFORMENT PAS LEURS PATIENTS A RISQUE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES BUCCO-DENTAIRES

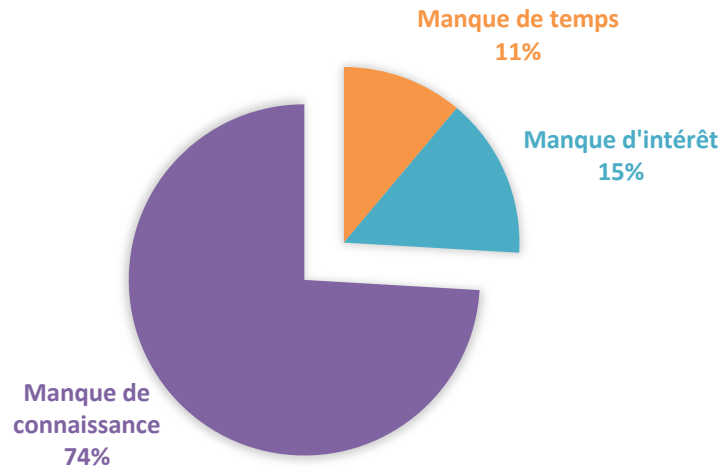


Figure 17 : Raisons pour lesquelles le patient à risque n'est pas informé des complications infectieuses bucco-dentaires

Parmi les médecins n'informant pas leurs patients à risque au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires, 20 ne le faisaient pas à cause d'un manque de connaissance sur les infections bucco-dentaires.

Quatre médecins n'informaient pas leurs patients par manque d'intérêt, 3 médecins par manque de temps. (Figure 17)

III.4. Orientation des patients à risque par le médecin généraliste

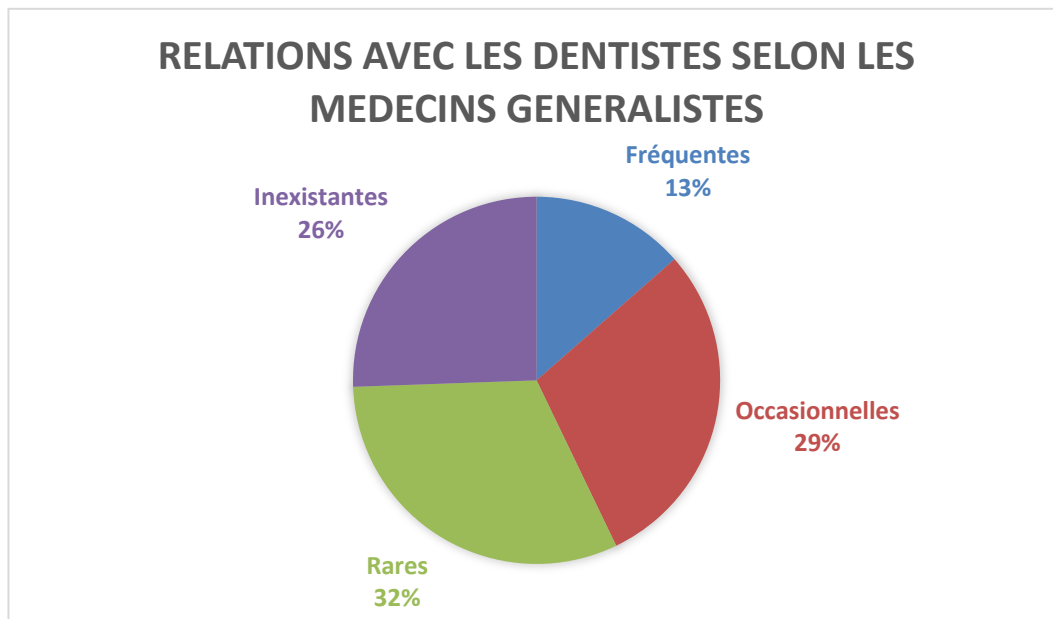


Figure 18 : Relations avec les dentistes selon les médecins généralistes

Quasiment 60% des relations dentistes-médecins généralistes étaient soit rares (32%), soit inexistantes (26%).

Trente-neuf médecins décrivaient des relations inter professionnelles occasionnelles.

Dix-huit médecins déclaraient des relations fréquentes avec les dentistes. (Figure 18)

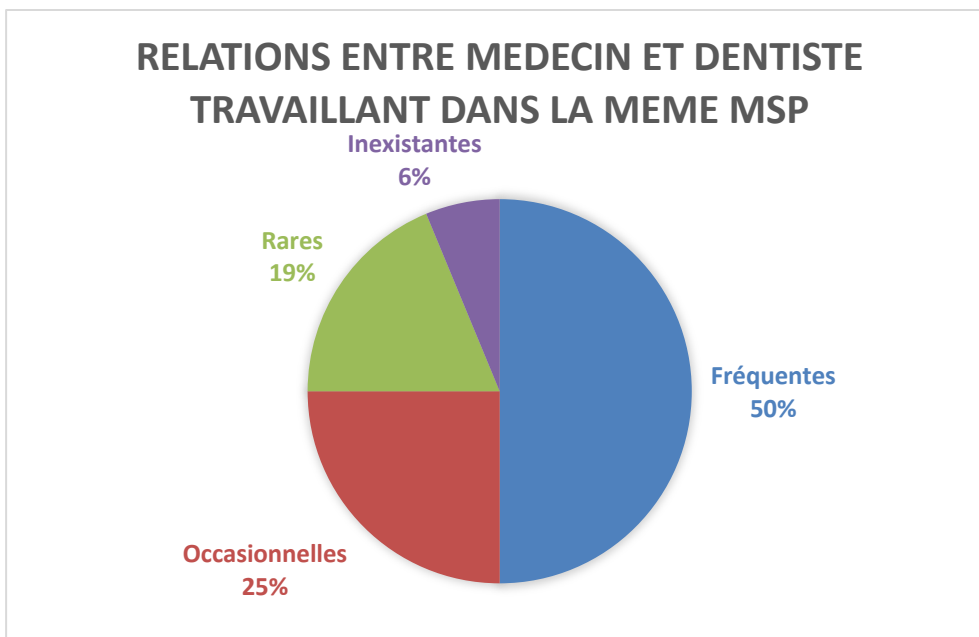


Figure 19 : Relations entre médecin et dentiste travaillant dans la même MSP

Les trois-quarts des relations entre médecin et dentiste de la même MSP étaient fréquentes ou occasionnelles. Un médecin sur les 16 médecins évoquait l'absence de relation avec le dentiste de sa MSP. (Figure 19)

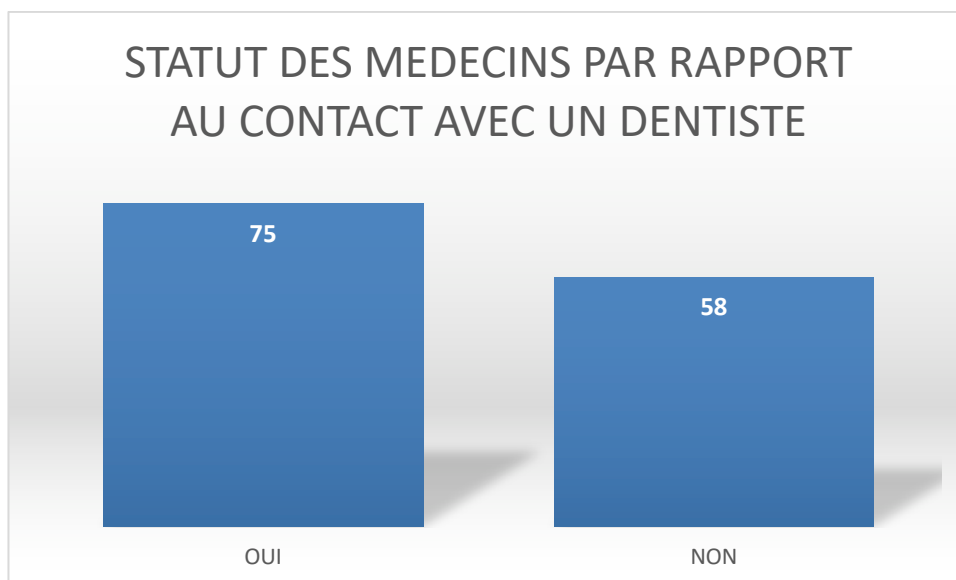


Figure 20 : Statut des médecins interrogés à propos de la prise de contact avec le dentiste

Parmi les 133 médecins généralistes répondants, 56% déclaraient avoir contacté un dentiste pour leurs patients, 44% ne le faisaient pas. (Figure 20)

En stratifiant le nombre d'années d'exercice des médecins réponders par tranche de 5 ans, de 0 à plus de 30 ans, nous avons analysé l'existence d'un contact entre le médecin répondeur et le dentiste en fonction du nombre d'années d'exercice du praticien. (Figure 21)

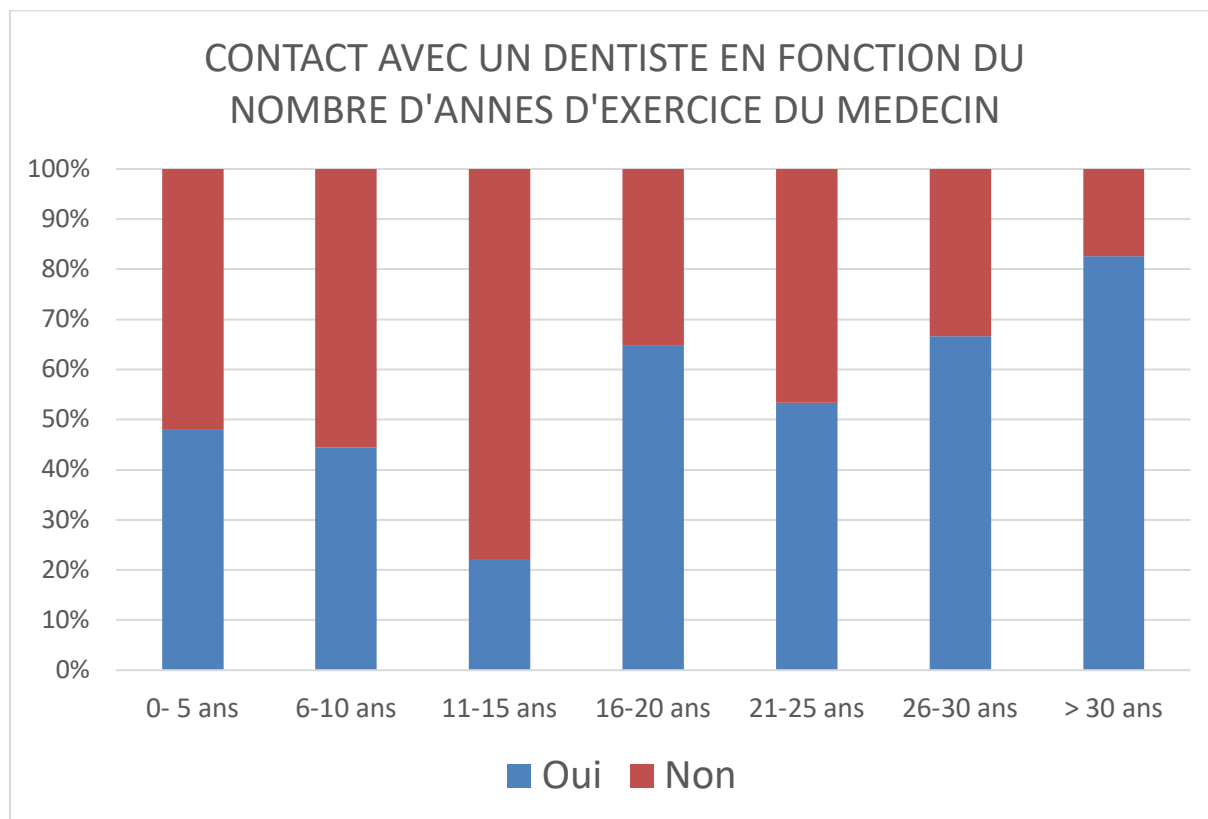


Figure 21 : Statut des médecins en fonction du nombre d'années d'exercice à propos de la prise de contact avec le dentiste

Sur les 27 médecins ayant 0 à 5 ans d'exercice :

- 13 contactaient le dentiste soit 48%,
- 14 soit 52% ne le contactaient pas.

Sur les 27 médecins interrogés ayant entre 6 et 10 ans d'exercice :

- 12 contactaient le dentiste soit 44%
- 15, soit 56%, ne le contactaient pas

Sur les 9 médecins ayant entre 11 et 15 ans d'exercice :

- 2 contactaient le dentiste soit 22%,
- 7, soit 78%, ne le contactaient pas.

Sur les 17 médecins ayant 16 à 20 ans d'exercice :

- 11 contactaient le dentiste soit 65%,
- 6, soit 35%, ne le contactaient pas.

Sur les 15 médecins ayant entre 21 et 25 ans d'exercice :

- 8 contactaient le dentiste soit 53%,
- 7, soit 47%, ne le contactaient pas.

Sur les 15 médecins ayant entre 26 et 30 ans d'exercice :

- 10 contactaient le dentiste soit 67%,
- 5, soit 33%, ne le contactaient pas.

Sur les 23 médecins ayant plus de 30 ans d'exercice :

- 19 contactaient le dentiste soit 83%
- 4, soit 17%, ne le contactaient pas.

Avant 15 ans d'exercice, 27 des 63 médecins, soit 43%, contactaient le dentiste.

Après 15 ans d'exercice, 47 des 70 médecins, soit 67%, contactaient le dentiste.

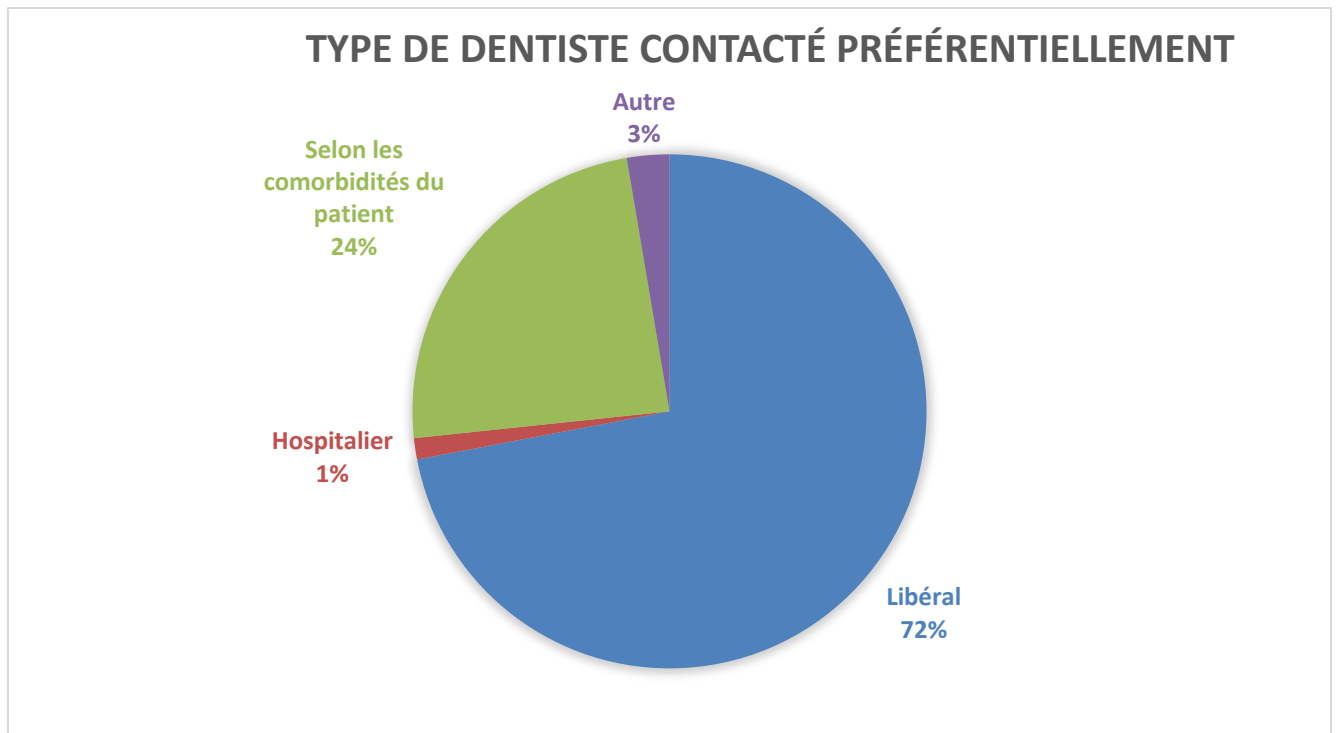


Figure 22 : Type de dentiste contacté préférentiellement

Dans la majorité des cas (72%), le médecin généraliste contactait un dentiste libéral.

Dans près d'un quart, ce choix était fait en fonction des comorbidités du patient.

Dans 1 % des cas, il était fait appel préférentiellement à un dentiste hospitalier.

Une minorité (3%), dans la part « autre » évoquait contacter de préférence le dentiste du patient. (Figure 22)

Un seul médecin répondeur n'a pas précisé s'il contactait un dentiste libéral ou hospitalier.

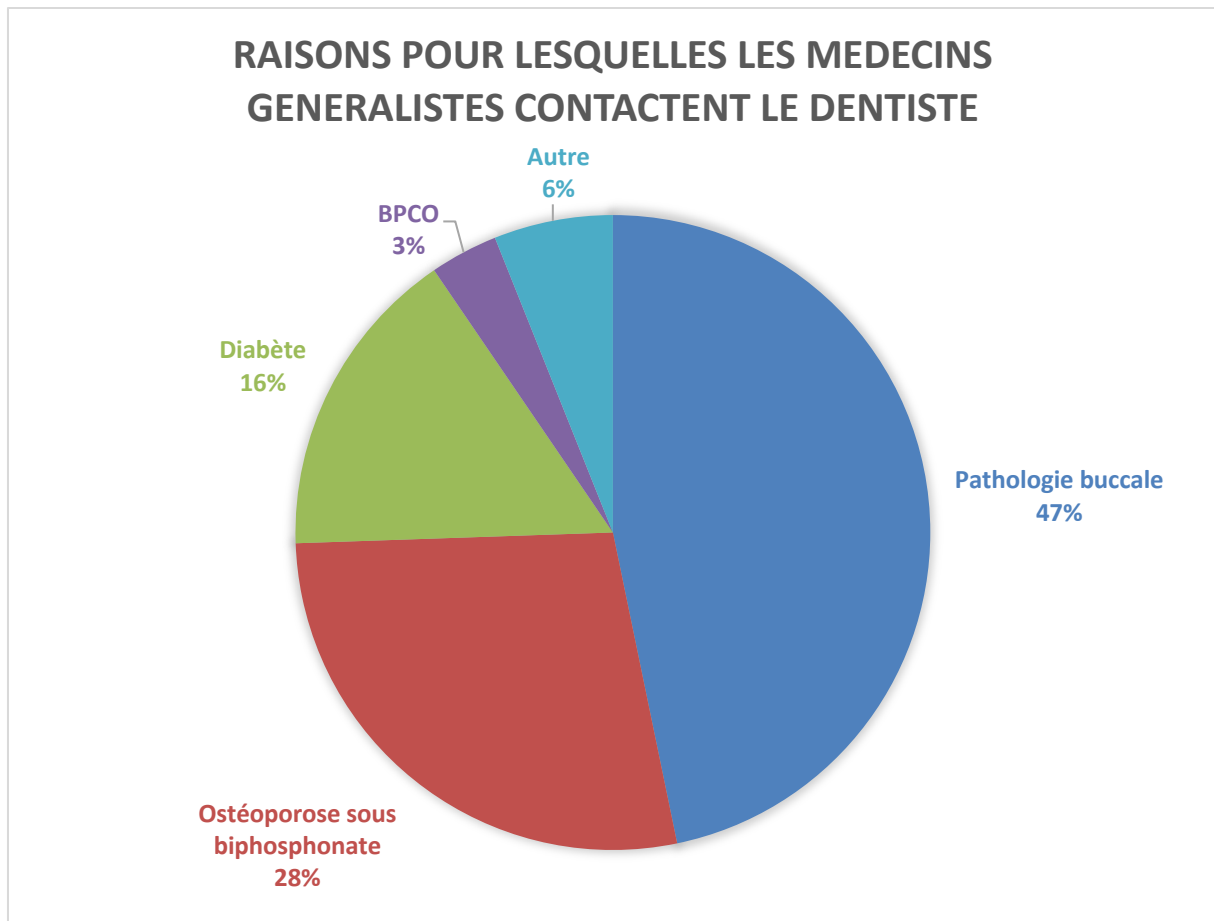


Figure 23 : Raisons pour lesquelles les médecins généralistes contactent les dentistes

Dans près de la moitié des situations (47%), le médecin généraliste contactait le dentiste pour une pathologie buccale qui ne semblait pas du ressort du médecin.

Dans 28%, ce contact était établi pour le patient ostéoporotique sous traitement par biphosphonate.

Dans 16% des situations, le généraliste contactait le dentiste pour ses patients diabétiques.

Dans 3% des cas, ce contact se faisait pour les patients porteurs de BPCO.

Dans la catégorie « autre », qui représentait 6%,

- 3% des médecins contactaient le dentiste en cas de valvulopathies
- 3% le contactaient lorsque leur patient prenait un traitement anticoagulant au long cours. (Figure 23)

MOYENS UTILISES PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR CONTACTER LE DENTISTE

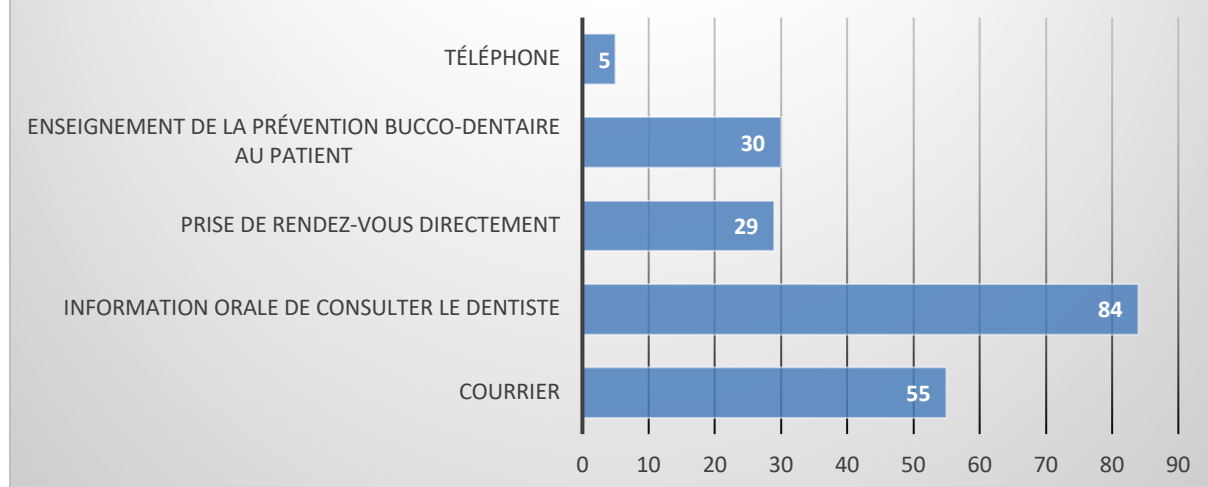


Figure 24 : Moyens utilisés par les médecins généralistes pour contacter le dentiste

Ainsi, 41% des médecins répondants délivraient l'information orale à leurs patients sur la nécessité de consulter un dentiste.

Vingt-sept pourcents des médecins lui rédigeaient un courrier et 14% prenaient le rendez-vous pour leur patient chez le dentiste.

Trois pourcents des médecins ont précisé qu'ils utilisaient le téléphone, moyen qui n'avait pas été proposé dans le questionnaire.

Quinze pourcents des médecins généralistes interrogés, enseignaient la prévention bucco-dentaire à leur patient. (Figure 24)

FACTEURS NECESSAIRES POUR UN PARCOURS DE SOIN OPTIMAL DU PATIENT A RISQUE DE COMPLICATIONS INFECTIEUSES BUCCO-DENTAIRES D'APRES LES MEDECINS GENERALISTES

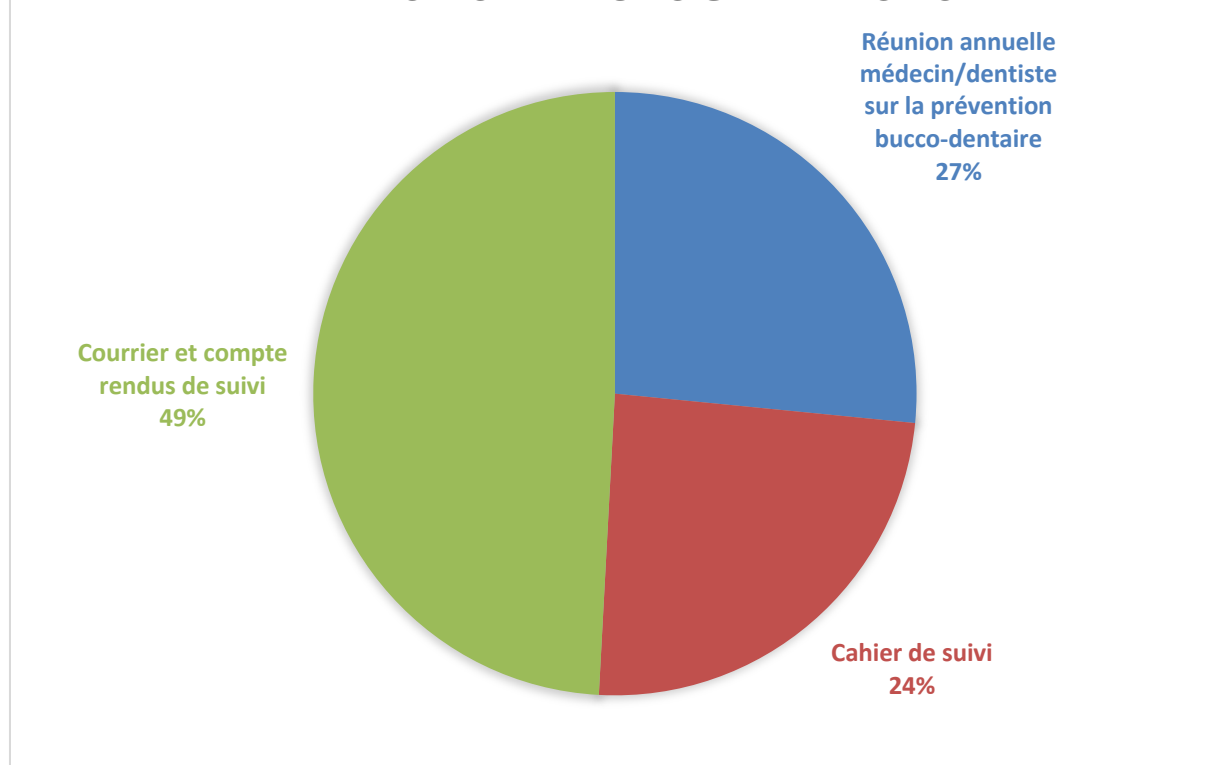


Figure 25 : Facteurs nécessaires pour un parcours de soin optimal du patient à risque de complications infectieuses bucco-dentaires

Environ la moitié des médecins préconisaient des comptes-rendus et courriers afin d'améliorer le parcours de soin du patient entre le médecin généraliste et le dentiste.

Près d'un quart serait partant pour utiliser un cahier de suivi pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Vingt-sept pourcents participeraient à des réunions annuelles entre médecins généralistes et dentistes du même secteur. (Figure 25)

Dans cette même question était proposé la réponse « autre » aux médecins répondants. Afin d'optimiser le parcours de soin du patient entre les deux professionnels, deux médecins parmi les 133 répondants, proposaient d' « **en parler régulièrement en consultation** ».

Un autre médecin proposait d' « *inscrire les dentistes dans le **Dossier Médical Partagé (DMP)*** ».

Un médecin proposait que « *les pouvoirs publics pourraient organiser des **campagnes de prévention bucco-dentaire*** ».

Un autre encore proposait d' « **améliorer le remboursement des soins dentaires** », et un médecin proposait l'amélioration de la « **formation des médecins généralistes** » au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires des patients à risque.

Un médecin affirmait que « **c'est au patient de se prendre en charge** ».

Deux médecins travaillant au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire expliquaient la manière dont ils communiquaient avec le dentiste de la structure. Ainsi, un médecin partageait le **même logiciel** avec ce dernier, un autre organisait des **réunions de concertation** avec les membres de Maison de Santé Pluridisciplinaire dont le dentiste au cours duquel ils discutaient des patients.

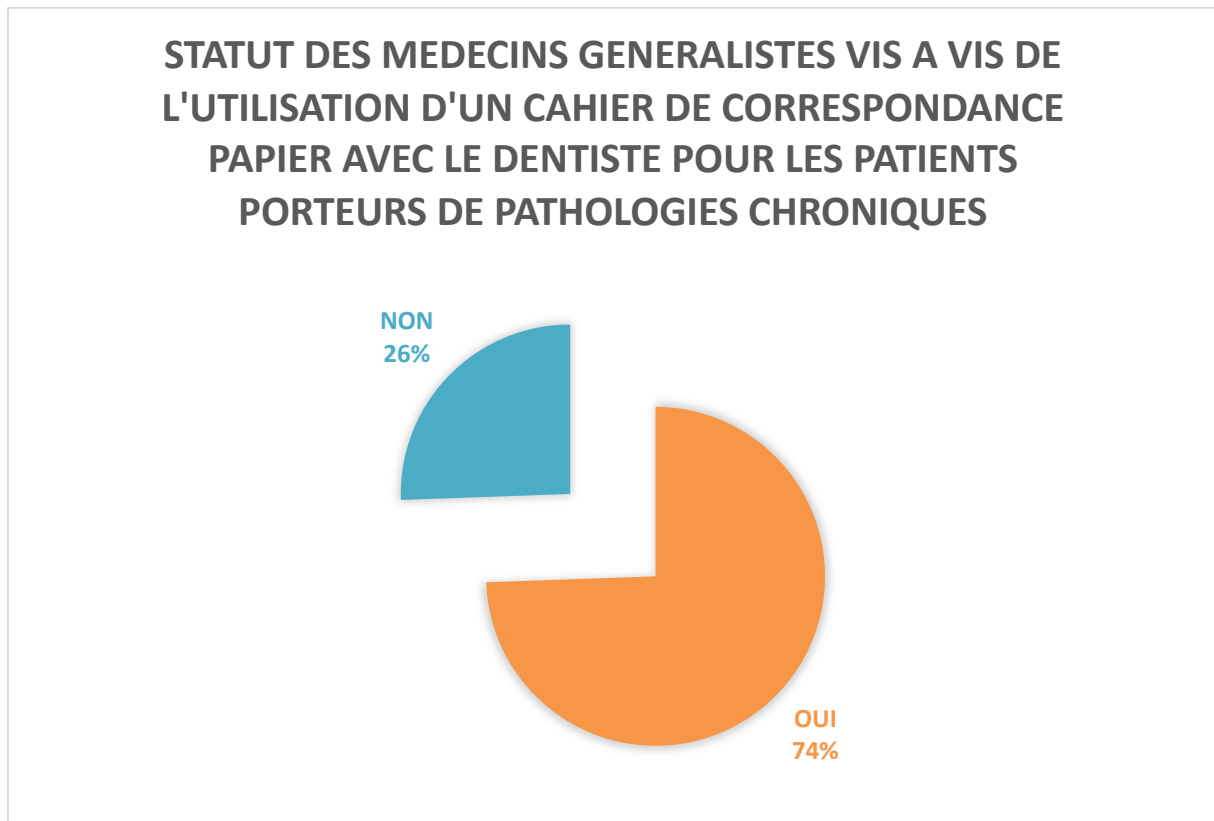


Figure 26 : Statut des médecins généralistes vis à vis de l'utilisation d'un cahier de correspondance papier avec le dentiste

Près des trois quarts (74%) des médecins interrogés se disaient favorables à l'utilisation d'un cahier de correspondance entre médecins généralistes et dentistes pour le suivi des patients porteurs de maladies chroniques. Trente-quatre médecins ne l'utiliseraient pas. (Figure 26)

Concernant le Dossier Médical Partagé, cinq médecins critiquaient le format papier du DMP évoqué dans le questionnaire. Un autre proposait d'utiliser le même logiciel informatique que le dentiste, ce qui était déjà réalisé dans une MSP d'un des médecins interrogés.

RAISONS POUR LESQUELS LES MEDECINS GENERALISTES N'UTILISERAIENT PAS LE CAHIER DE CORRESPONDANCE AVEC LE DENTISTE POUR LES MALADES CHRONIQUES

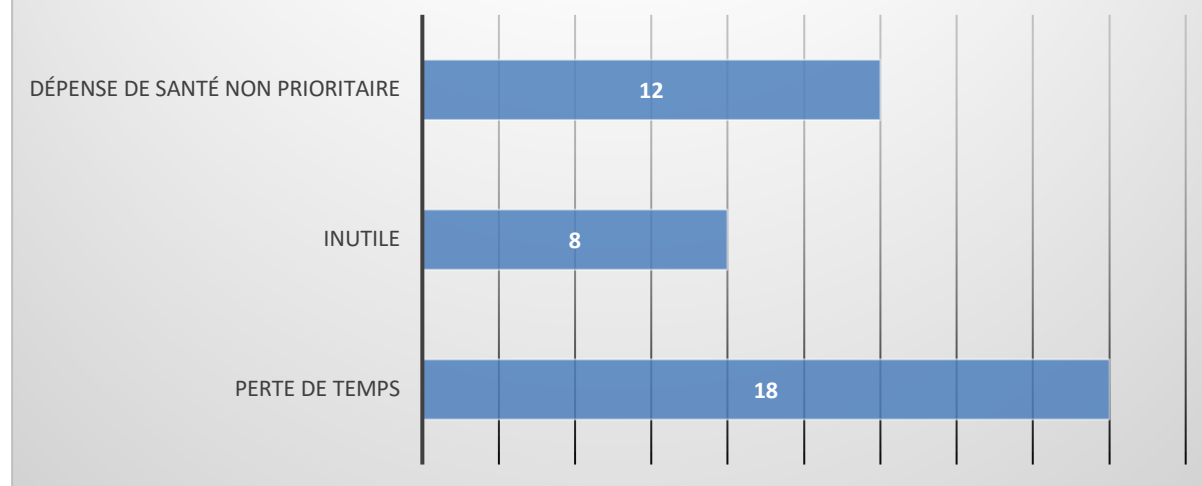


Figure 27 : Raisons pour lesquelles les médecins n'utiliseraient pas le cahier de correspondance

Parmi ceux qui n'utiliseraient pas ce cahier de correspondance (34 médecins sur 133) :

- 47% le considéraient comme une perte de temps,
- 32% comme une dépense de santé non prioritaire
- 21% comme inutile. (Figure 27)

STATUT DES MEDECINS GENERALISTES PAR RAPPORT A LA PROPOSITION D'UTILISER UNE ALERTE LOGICIEL SUR LE SUIVI DENTISTE

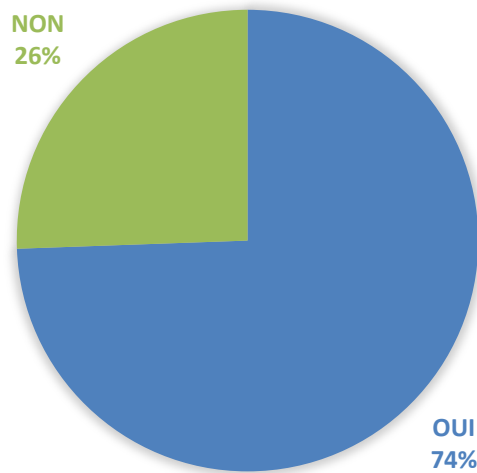


Figure 28 : Statut des médecins concernant l'utilisation d'une alerte logiciel sur le suivi dentaire

La majorité, soit 74% des médecins généralistes répondeurs (soit 99/133 médecins) étaient intéressés par l'utilisation d'une alerte logiciel rappelant la nécessité du suivi dentaire de leur patient à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.

Environ un quart des médecins n'était pas intéressé par ce rappel informatique. (Figure 28)

IV. Analyse et discussion

IV.1. Les limites et forces de l'étude

IV.1.1. Les limites

Notre étude présente un biais de sélection, dans la mesure où nous n'avons pas pu recueillir les réponses des médecins issus des douze départements concernés. Ainsi, l'étude voulue régionale a été confrontée aux difficultés de prise de contact avec la population cible, notamment du fait de la protection des données des médecins par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) telle que décrite dans le Règlement Général de la Protection des Données (RGPD)(55). En effet, le RGPD a été adopté récemment par le Parlement Européen, le 27 avril 2016. Il établit des règles ayant pour objectif la protection des libertés et droits fondamentaux des personnes physiques ainsi que la protection de leurs données personnelles (56). Il n'est donc pas possible d'accéder aux adresses mail des médecins généralistes libéraux sur le site du CDOM. Leur numéro de téléphone n'est affiché qu'à condition que ces derniers l'aient autorisé.

Nous n'avons malheureusement pu recueillir des réponses de médecins généralistes libéraux installés dans les départements de la Charente, de la Charente Maritime, des Landes, du Lot-et-Garonne ni des Pyrénées Atlantiques.

Il en découle un manque de représentativité de notre échantillon pour l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine et une validité externe diminuée.

Néanmoins, lorsque nous comparons nos données en termes de représentativité départementale à la proportion départementale de l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés inscrits au CDOM, les chiffres tendent à se ressembler. Par exemple, la proportion des médecins des départements répondants inscrits au CDOM est de 50,3% en Gironde et de 49% dans notre étude. (Tableau 3)

Tableau 3 : Comparaison des proportions de médecins par département selon le CDOM avec les résultats de l'étude

Département	Proportion de médecins des 7 départements répondeurs inscrits au CDOM (en %)	Proportion de médecins des 7 départements répondeurs de notre étude (en %)
Gironde	50,3	49
Deux Sèvres	8	14
Vienne	11,6	8
Haute Vienne	12,2	11
Corrèze	5,7	10
Creuse	2,7	5
Dordogne	9,4	3

Du fait d'une prise de contact indirecte avec la population cible, il n'a pas été possible de connaître le nombre total de questionnaires envoyés. Nous ne pouvons donc pas évaluer le nombre de répondants parmi les interrogés ni le taux d'intérêt qu'a suscité notre étude.

Ainsi, nous avons reçu les réponses des médecins volontaires et pouvons évoquer le biais d'auto-sélection, où les médecins répondeurs sont probablement plus intéressés que l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés.

Le travail s'appuyant sur un recueil de questionnaires, le biais de déclaration est inévitable. Parfois, cela s'est ressenti lorsque des réponses étaient inadéquates avec les questions, notamment lorsque deux réponses étaient données alors qu'une seule réponse était demandée.

L'étude tendant à valoriser la prévention bucco-dentaire, un biais de prévarication peut exister dans la mesure où le médecin répondeur peut déclarer s'y intéresser mais, en réalité, ne pas appliquer cette prise en charge.

En somme, l'influence d'une étude descriptive sur la communauté médicale, bien que limitée, permet cependant de souligner l'état actuel des connaissances, y compris en termes d'épidémiologie. Elle permet de soulever des questionnements sur nos pratiques, afin de proposer des pistes pour les améliorer. Nous pouvons alors éclairer le lecteur sur les points forts de l'étude.

IV.1.2. Les forces de l'étude

Concernant les points forts, l'étude a pu recueillir et analyser les réponses de 133 médecins généralistes libéraux de 7 départements, présentant des profils divers et des pratiques variées.

L'utilisation de questionnaires courts et volontairement simplifiés, comportant des questions à choix fermés, a permis d'augmenter les chances de réponses complètes au questionnaire et d'éviter le biais de mesure.

Peu d'études de médecine générale s'intéressent aux patients adultes à risque de complications infectieuses bucco-dentaires, qui de manière générale dans l'esprit commun reste l'apanage des chirurgiens-dentistes. Pourtant, les patients concernés sont bel et bien suivis régulièrement par le médecin traitant en consultation comme en témoignent les chiffres de prévalence, évoqués dans la première partie (48)(50).

Un entretien auprès de chirurgiens-dentistes du CHU de Limoges au préalable de la réalisation de l'étude, a permis de recueillir l'avis d'expert et de préciser les points clé à aborder :

- Les patients à risque de complications bucco-dentaires,
- Les principales complications et leurs causes,
- Le parcours de soin du patient
- Les raisons de l'absence de démocratisation du recours aux soins dentaires
- Le rôle du médecin traitant dans la prévention bucco-dentaire

La discussion avec les acteurs directement impliqués dans la santé bucco-dentaire a été un véritable bénéfice en terme pratique, parfaitement complémentaire aux informations recueillies dans la littérature.

IV.2. Profil des répondants

Du fait de la protection des données, nous avons été heurtés à des difficultés pour contacter la population cible. En effet, les questionnaires ont été envoyés de manière indirecte, par le biais de 10 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la Nouvelle Aquitaine, via un mail ou bien par la mise à disposition du lien du questionnaire en ligne sur leur site internet. Nous ne pouvons donc pas savoir combien de médecins ont été sollicités ni le pourcentage des répondants.

Concernant le profil des médecins répondants, le Conseil National de l'Ordre des Médecins analyse de manière générale les médecins généralistes en fonction de leur âge, leur genre, leur département d'exercice et de leur activité : régulière, intermittente, sans activité retraité ou non retraité (57).

Pour cette étude, nous ne nous sommes pas attachés à leur genre ni leur âge, mais plutôt au nombre d'années d'exercice, que nous avons arbitrairement stratifié par période de 5 ans. Cette stratification avait été utilisée afin d'étudier si avec l'expérience le médecin développait davantage un réseau ou exerçait plutôt en autonomie. Nous avons pu constater qu'au-delà de 15 ans d'exercice, davantage de médecins avaient tendance à contacter un dentiste. Cette stratification allait également permettre de voir si les générations de médecins plus jeunes s'intéressaient davantage ou non à la prévention bucco-dentaire. Finalement, nous n'avons pas retrouvé de grande différence statistique par rapport au nombre d'année d'exercice du praticien répondant. Un échantillon plus grand permettrait de statuer plus aisément vis-à-vis de cette hypothèse, en faveur ou non d'une différence de pratique, que cela concerne

l'interrogatoire spontanée sur le suivi dentaire, ou le contact avec le dentiste, en fonction du nombre d'années d'exercice.

De plus, interroger notre population cible sur leur milieu d'exercice nous a semblé pertinent, en ayant en tête le contexte d'hétérogénéité de répartition géographique des chirurgiens-dentistes en Nouvelle Aquitaine. Dans cette étude, les médecins répondants exerçaient majoritairement en milieu urbain, sans que cette proportion soit écrasante par rapport à la part de médecin exerçant à la campagne. Cet équilibre n'est malheureusement pas comparable. En effet, il n'existe pas d'autres données épidémiologiques concernant l'activité rurale ou urbaine des médecins généralistes libéraux en France. Il devient alors intéressant de suggérer une telle étude.

La majorité des médecins répondants exerçaient en groupe, un quart en MSP et peu exerçaient seuls. L'on pourrait alors évoquer les particularités du profil prédominant des médecins généralistes libéraux répondants aux questionnaires de thèses. Travaillant majoritairement à plusieurs, nous pouvons supposer qu'ils puissent être davantage impliqués dans la recherche en soins primaires et le compagnonnage des internes. Il se peut également, que simplement la part de médecin généraliste travaillant seul tend à diminuer et que ce mode d'exercice ne soit plus le plus courant. A noter que seulement un peu moins de la moitié des MSP comptaient un dentiste au sein de leur structure.

IV.3. Stratégie de prise en charge de la santé bucco-dentaire par le médecin généraliste

Le premier objectif de ce travail était d'évaluer comment les médecins généralistes repéraient, informaient et orientaient les patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.

IV.3.1. Repérage des patients à risque

Ce travail s'est plus particulièrement attaché à ce type de patients d'une part, de par leur plus grande vulnérabilité par rapport à la population générale et d'autre part, par leur suivi régulier par le médecin généraliste. Ce dernier joue un rôle primordial dans la prise en charge globale dont celle bucco-dentaire, qui se fera en relais avec le dentiste.

Seulement un peu plus de la moitié des médecins répondants interrogeaient spontanément leur patient sur leur suivi dentaire. Près d'un cinquième des médecins évoquait l'absence d'interrogatoire à ce sujet à cause du manque de connaissance en matière de complications bucco-dentaires. Ce point a également été soulevé dans l'étude d'une thésarde en médecine générale de la faculté de Nancy effectuée en 2017 sur les problèmes rencontrés par les médecins généralistes sur les pathologies bucco-dentaires (58). Presque la totalité des médecins interrogeant spontanément leurs patients sur leur suivi dentaire les informaient sur les risques infectieux bucco-dentaires encourus.

Certains médecins répondants évoquaient même l'absence d'intérêt pour la prévention bucco-dentaire. Ce point est intéressant à soulever.

Nous devons alors nous interroger afin de savoir quel est l'acteur responsable, selon eux, de la prévention des pathologies infectieuses de la sphère orale ?

Un patient à risque qui n'est pas repéré par le médecin traitant, risque de ne pas avoir de suivi dentaire. S'il n'est pas informé du risque infectieux, du fait de sa pathologie, il ne pourra pas prendre les précautions nécessaires pour éviter leur apparition.

Si nous n'en discutons jamais, nous ne pouvons repérer les patients avec une phobie des soins dentaires, phobie fréquente (59).

Rappelons l'historique de la peur du dentiste, responsable de l'absence fréquente de recours au chirurgien-dentiste. Des textes datant de 1800 avant J.C., écrits par les Sumériens, habitants de la Mésopotamie, décrivaient le ver des dents, responsable de caries. Ce ver était assimilé à un démon ou mauvais esprit qui nécessitait en plus des soins dentaires, un rituel pour s'en débarrasser (60).

Dans *l'hygiène bucco-dentaire du XVIIème au XIXème en France* de C. David (61), est relaté l'évolution des pratiques de la chirurgie dentaire qui a reconnu plusieurs rebonds. Initialement réalisés par les barbiers au Moyen-Âge, ces derniers seront interdits dès 1425 à exercer l'art dentaire, qui sera réservé aux chirurgiens. Cependant, la loi Allarde de 1791 accorde la liberté à chacun d'exercer le métier qu'il souhaite, ouvrant la porte au charlatanisme. Ce n'est qu'en 1892 qu'une loi stipule que ce n'est qu'à l'issue d'études de médecine ou de chirurgien-dentiste que l'on peut exercer la profession de chirurgien-dentiste.

Un médecin répondeur affirmait *« je pars du principe que c'est au patient de se prendre en charge »*. Cette remarque mérite réflexion.

En effet, le rôle du médecin généraliste n'est pas d'imposer un suivi spécialisé. Il lui appartient de conseiller son patient, et d'avoir recours à l'éducation thérapeutique, qui, selon l'OMS (62) *« 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. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »*.

Or, si nous prenons l'exemple du patient diabétique, nous nous rendons aisément compte que ces derniers ont recours fréquemment aux spécialistes, tels qu'ophtalmologiste ou le cardiologue. C'est le médecin traitant le coordonnateur de ce suivi spécialisé, afin d'aider le patient et de maintenir un suivi conforme aux recommandations françaises.

Le suivi dentaire s'intègre dans cette prise en charge globale. Le médecin traitant a alors son rôle à jouer dans le suivi dentaire, et d'y veiller, sans pour autant prendre tous les rendez-vous à la place du patient. Il revient au praticien d'évaluer le degré d'accompagnement nécessaire pour ce suivi.

Ainsi, le tiers des médecins répondeurs évoquant discuter de ce sujet uniquement en cas de point d'appel dentaire, ne jouerait pas son rôle en matière de prévention, qui est pourtant une clé fondamentale en soins primaires, comme cela est rappelé dans la fiche numéro 16 du

Référentiel Métier du Médecin Généraliste (63) qui comprend les compétences du médecin généraliste: « *Établir un programme personnalisé de bilans et de prévention* ».

Après avoir interrogé 133 médecins généralistes, les profils de patients à risque sont énoncés, et reconnus spontanément : les patients porteurs de valvulopathies, les patients diabétiques, les patients coronariens, les patients porteurs de BPCO, les patients ostéoporotiques sous biphosphonate. Les patients sous anticoagulants sont également une cause fréquente de prise de contact avec le dentiste. Les médecins n'ont pas évoqué les patients porteurs de RGO, de rhumatismes inflammatoires, ou encore les patients à risque d'hyposialie ou d'un excès d'acidité intra-buccale, pourtant à risque selon la littérature (29) (36).

Cependant, concernant la prise de biphosphonate, il n'existe pas de preuve à l'heure actuelle de leur imputabilité directe quant à une ostéonécrose mandibulaire. Elle serait plutôt liée à des traumatismes de la muqueuse orale pratiqués en amont du traitement, au cours par exemple d'une extraction dentaire à visée préventive, ou d'érosions préalables tels que carie ou parodontite. L'infection bactérienne serait ainsi une composante de l'ostéonécrose (64)(65).

IV.3.2. Information orale concernant les risques

Une fois les profils de patient à risque repérés, il convient de mettre en place un suivi rapproché, afin que la prise en charge dentaire s'intègre dans la prise en charge globale. En effet, la majorité des patients interrogés par leur médecin généraliste déclarait voir le dentiste ponctuellement. Il n'y a qu'une minorité de patients qui déclarait le consulter régulièrement. Il devient alors évident que le médecin traitant peut jouer sur ce point, en stimulant les patients à risque, en les incitant à aller consulter le chirurgien-dentiste en dehors de tout épisode aigu, de manière préventive, au moins une fois par an.

Un médecin répondeur partait du principe que cette information « *a déjà été délivrée par le spécialiste d'organe notamment en cas de valvulopathie ou de chirurgie orthopédique* ».

Pourtant, ces patients sont suivis de près par le médecin généraliste, tous les 3 mois en général. Ce suivi régulier est l'atout du médecin généraliste qui peut développer ainsi une relation plus étroite avec son patient par rapport à la majorité des spécialistes d'organe. Ainsi le médecin traitant pourrait aborder plus facilement certains sujets, dont la prévention. Il s'agirait de cibler les différents sujets, y compris pour la prévention bucco-dentaire, sans s'éparpiller. En effet, le but recherché est l'alliance thérapeutique et non d'énumérer à chaque consultation une liste de risques encourus du fait de la pathologie chronique.

Cette alliance se crée via l'éducation thérapeutique du patient.

Ainsi, il existe depuis 2004 le dispositif *Asalée* (Action de Santé Libérale en Equipe) (66). Ce dispositif, mis en place suite à la demande de médecins généralistes des Deux-Sèvres, puis généralisé sur le plan national, permet à des infirmières et infirmiers diplômés d'État de consulter en autonomie des patients porteurs de pathologies chroniques, centrées autour de l'éducation thérapeutique de patients bien définis. Il permet le suivi des patients diabétiques, des patients à risque cardio-vasculaires ou porteurs de BPCO ainsi que les patients présentant des troubles cognitifs.

Plus récemment, depuis 2018, il existe la formation pour devenir Infirmier de Pratique Avancée aussi appelé IPA (67). Elle permet à des infirmiers diplômés d'État ayant 3 ans d'expérience minimum de valider un diplôme d'IPA en deux ans, reconnu comme l'équivalent d'un master.

Ces derniers pourront réaliser des actes de suivi et de prévention dont des « *conseils hygiéno-diététiques adaptés* », dans le cadre de pathologies bien définies (68) dont le diabète, ou l'accident vasculaire cérébral. Nous pouvons alors imaginer que ces conseils de prévention puissent s'étendre à la prévention bucco-dentaire, et ainsi compléter la prise en charge des médecins généralistes et des dentistes.

Le rôle du médecin généraliste, en plus de ceux que nous venons d'évoquer, est complémentaire au médecin spécialiste dans les cas de pathologies néoplasiques ou infection à VIH, si nous nous appuyons sur les pathologies évoquées dans les recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale évoquée en première partie de cette thèse (46).

Globalement, les médecins répondants informaient les patients à risque, des complications infectieuses bucco-dentaires. Un quart ne le faisait pas en raison, une fois de plus, du manque de connaissances à ce sujet. En revanche, seul 5% des médecins qui s'intéressaient spontanément au suivi dentaire de leur patient ne les informaient pas au sujet des complications possibles. L'on constate ainsi que les médecins qui interrogent leurs patients, ont plus tendance à les informer des risques. Nous pouvons alors supposer que le fait de parler du suivi dentaire permet de penser à prévenir le patient des risques bucco-dentaires. Il devient alors intéressant de stimuler ce point en consultation de médecine générale, une fois de plus dans un souci de prévention.

Une fois nos patients informés des risques encourus à cause de leur pathologie ou traitements, vient alors à l'esprit la question de la prise en charge des pathologies infectieuses bucco-dentaires.

Nous allons ainsi aborder un quatrième volet afin de répondre au deuxième objectif secondaire de cette étude. Notamment, identifier les pistes d'amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et dentistes.

IV.4. Pistes d'amélioration de la coopération médecin généraliste/dentiste

Seule une minorité des médecins répondants avaient des relations professionnelles fréquentes avec les dentistes. La majorité évoquait des relations occasionnelles, rares voire inexistantes. Ces réponses doivent nous interpeller.

Effectivement, nos résultats sont en faveur de notre hypothèse que les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et dentistes sont peu fréquentes. L'on peut alors supposer que ces deux professionnels communiquent peu, laissant le parcours de soin du patient à l'errance. L'autonomie totale du patient à ce sujet peut être source d'absence d'un suivi régulier, voire de suivi tout court.

Pourtant, quasiment les trois-quarts des médecins interrogés auraient déjà contacté un dentiste. Cela suppose que le lien est faisable, mais peu fait en pratique. Nous devons alors nous poser des questions. Pour quelles raisons n'existe-t-il pas de collaboration régulière entre médecin généraliste et chirurgien-dentiste à l'heure actuelle en Nouvelle Aquitaine ? Est-ce un problème de formation initiale ou continue ? Est-ce parce que la collaboration entre les deux métiers n'est pas valorisée tant sur un plan financier que moral ?

Dans presque la totalité des cas, le médecin généraliste libéral contacte un chirurgien-dentiste libéral. Les dentistes hospitaliers sont peu contactés.

Cela peut s'expliquer d'une part, par un nombre de dentistes libéraux plus important que des praticiens hospitaliers, comme évoqué en première partie. D'autre part, nous pouvons supposer que les libéraux soient plus facilement joignables, ou que les patients consultent ces derniers de préférence, à l'opposé de ceux exerçant en structure hospitalière.

Enfin, nous pouvons supposer que cette préférence soit liée à l'organisation française des soins en soins dits primaires, secondaires et tertiaires. Les chirurgiens-dentistes libéraux sont considérés, comme les médecins généralistes, comme des acteurs de soins primaires (69).

Nous pouvons rappeler brièvement la définition des soins primaires, secondaires et tertiaires afin de mieux comprendre l'organisation des soins en France.

Ainsi, l'article L1411-11 du Code de la Santé Publique (71) rappelle les rôles du médecin généraliste : « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique* ». Les services d'accueil des urgences font également partie de la médecine de premiers recours.

Les soins secondaires concernent les autres spécialités médicales qui se pratiquent en libéral : « *Les soins secondaires ou tertiaires ont en commun de regrouper des services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d'un domaine pathologique donné* » (73).

Les soins tertiaires se réalisent au sein de centres hospitaliers : « *le terme « soins tertiaires » est donc souvent utilisé pour décrire des centres hospitaliers offrant les services de soins les plus spécialisés, dont les plus prestigieux sont les centres hospitaliers à vocation d'enseignement et de recherche.* » (73)

Ces soins hiérarchisés ne doivent pas être cloisonnés mais interagir. Cette organisation de soins ne doit pas constituer un obstacle au parcours de soin des patients.

Par ailleurs, un quart des médecins s'adapte aux comorbidités du patient. Elles n'ont pas été précisées mais nous pouvons présumer que plus elles sont nombreuses ou compliquées, tels qu'une néoplasie active de la sphère ORL, ou encore le VIH, plus le médecin aura tendance à adresser le patient à l'hôpital, ces pathologies exigeant un suivi très spécialisé. Cette supposition n'a pas été vérifiée, et reste de l'ordre de la discussion.

Il convient d'ajouter, en s'interrogeant sur le parcours de soin des patients nécessitant une prise en charge dentaire, que les anesthésies locales n'appartiennent pas aux actes CCAM bucco-dentaires (15). Ainsi l'anesthésie locale est non éligible au remboursement, restant à la charge des patients. Cela peut expliquer l'existence d'une appréhension des soins dentaires chez les patients n'ayant pas les moyens financiers pour bénéficier de ce support anesthésique. Le renoncement aux soins médicaux a d'ailleurs été analysé via un sondage en novembre 2019 réalisé par OpinionWay pour le journal « les Echos » (74) où le renoncement aux soins dentaires pour raison financière est le premier évoqué.

Les raisons pour lesquelles les médecins répondants de notre étude contactaient les dentistes étaient majoritairement pour une pathologie buccale qui ne semblait pas appartenir aux compétences du médecin généraliste.

Ainsi, le premier motif de collaboration n'était pas la prévention mais le soin curatif. Cette constatation est peu surprenante quand seulement la moitié des médecins répondus interrogeaient sans point d'appel dentaire leur patient au sujet de leur suivi par un dentiste.

Environ un quart des médecins répondus contactaient un dentiste en cas de traitement par biphosphonate pour ostéoporose. Pourtant, selon une étude américaine de 2015, l'ostéonécrose mandibulaire est dix fois plus rare lorsque ce traitement est pris pour traiter l'ostéoporose que pour traiter le cancer (75). Aucun médecin répondus n'a évoqué spontanément cette pathologie.

Moins d'un cinquième des médecins répondus contactaient un dentiste pour leur patient diabétique. Pourtant, en France, les médecins généralistes sont responsables du suivi de 87% de l'ensemble des patients diabétiques. Nous devons alors nous interroger sur le suivi dentaire des patients diabétiques. Est-ce que l'absence d'un suivi régulier augmente la morbi-mortalité de ces patients fragiles ?

Enfin, sans que cela n'ait été abordé spontanément dans notre questionnaire, 6% des médecins répondus ont évoqué contacter un dentiste en cas de pathologie valvulaire cardiaque ou en cas de prise d'anticoagulants.

Nous pouvons alors constater qu'il est plus facilement admis parmi les connaissances du médecin, les précautions à prendre en vue d'une éventuelle extraction dentaire ou autre traitement invasif de la sphère buccale à haut risque hémorragique, majoré par les traitements anticoagulants.

En évoquant spontanément la prévention des valvulopathies cardiaques, nous pouvons supposer que l'endocardite à point de départ dentaire est prévenue avec plus de spontanéité par les médecins généralistes que d'autres pathologies non évoquées : les rhumatismes inflammatoires, les tendinopathies chroniques, les décompensations de BPCO....

En effet, intéressons-nous à la formation initiale des médecins généralistes. Nous pouvons alors citer l'item BPCO de l'Examen Classant National dans le Collège de Pneumologie. Le cours n'aborde à aucun moment la prévention bucco-dentaire (76). De même, l'item de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), évoque en première partie l'origine multifactorielle de la maladie, en citant discrètement entre parenthèses le rôle des infections bucco-dentaires : « *La PR est une maladie multifactorielle, de cause inconnue, impliquant des facteurs génétiques [...] et des facteurs environnementaux (tabagisme, microbiote buccal, microbiote intestinal...)* » (77). Cependant, le suivi dentaire n'est pas abordé lorsqu'il s'agit de la prise en charge multidisciplinaire de la maladie.

Enfin, l'item consacré à l'endocardite infectieuse (78) insiste d'une part sur l'origine microbiologique orale : « *Les streptocoques les plus fréquents sont les streptocoques oraux, d'origine buccodentaire* », et d'autre part rappelle dans la partie traitement la prise en charge dentaire du foyer oral infectieux « *Éradication d'un foyer infectieux primitif (avulsions dentaires)* » et la nécessité du « *Maintien d'un bon état buccodentaire et consultation chez le dentiste 1 à 2 fois/an* ».

Ainsi, parmi les ouvrages référentiels du deuxième cycle des études médicales en France, c'est le chapitre consacré à l'endocardite infectieuse qui insiste davantage sur l'étiologie bactériologique bucco-dentaire que ceux par exemple de la BPCO et de la PR. Cette constatation pourrait expliquer que les médecins généralistes répondants de notre étude contactent plus spontanément le dentiste en cas de valvulopathies.

Concernant les moyens de communication utilisés, l'information orale est utilisée de façon prépondérante, et parfois uniquement. Plus d'un tiers des médecins écrivaient un courrier à l'attention des dentistes, tandis qu'un cinquième prenait le rendez-vous à la place du patient. Quelques médecins évoquaient dans la partie « autre » le téléphone comme moyen de communication. Ainsi, il existe déjà des moyens pour faciliter la collaboration entre le médecin généraliste avec le chirurgien-dentiste. Nous pouvons alors nous interroger sur l'intérêt de mettre en place une manœuvre standardisée, plus facile et rapide, qui soit moins chronophage qu'une prise de rendez-vous en présentiel. Le compte rendu ou courrier de suivi semble d'ailleurs convenir à une grande partie des médecins répondants (près de la moitié). Le téléphone pourrait se développer, avec par exemple, un numéro réservé aux professionnels.

L'idée d'une réunion annuelle entre professionnels de santé du même secteur autour de la prévention bucco-dentaire a été soumise dans notre questionnaire, et validée par plus d'un quart des médecins répondants. Cette proposition pourrait aider à l'amélioration des relations interprofessionnelles ainsi qu'au développement d'un parcours de soin standard du patient à risque de complications infectieuses bucco-dentaires, voire élargi à la population générale.

Enfin, les trois-quarts des médecins répondants se disent favorables à l'utilisation d'un cahier de correspondance papier pour le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques telles que le diabète ou les valvulopathies. Un médecin a critiqué le format papier, qui selon lui, se perd facilement. Nous pourrions évoquer une clé-USB en réponse à cette remarque, ou un outil informatique. Toutefois, au vu de l'âge de la majorité des patients concernés, ce format ne semble pas le plus adapté et la clé peut également se perdre... Pour les médecins qui ne l'utiliseraient pas, a été évoqué la perte de temps majoritairement. L'on pourrait alors proposer une consultation dédiée à la prévention bucco-dentaire, valorisée par la sécurité sociale en proposant une codification de cet acte, ou la collaboration avec un infirmier Asalée ou IPA. Cela permettrait de concentrer les informations sur la prévention bucco-dentaire chez le patient à risque de complications.

A noter que seulement un peu moins de la moitié des MSP où exercent les médecins répondants, comptaient un dentiste au sein de leur structure.

Lorsque les deux professionnels travaillent au sein de la même structure, les rapports sont plus fréquents que s'ils ne sont pas collègues. Cette constatation est peu surprenante. Nous pourrions alors évoquer la nécessité du développement de MSP avec dentiste, afin de favoriser la collaboration avec le médecin généraliste. Cela a d'ailleurs été décrit par un médecin répondant, qui évoque la facilitation de cette coopération via l'utilisation du même logiciel, ou encore, chez un autre, via des réunions régulières.

Notre proposition d'alerte logiciel sur le suivi dentaire du patient à risque, comme un « pense-bête », a intéressé près des trois quarts des médecins généralistes répondants. Cela témoigne de l'intérêt porté à une aide extérieure pour intégrer le suivi dentaire dans le suivi général. Il serait pertinent de proposer son inclusion dans les logiciels informatiques utilisés par les médecins généralistes libéraux. Cette piste pourrait être développée par les divers réseaux de logiciels médicaux, ou par les instances de santé publique.

Enfin, découvert a posteriori de ce travail, nous pouvons ajouter que cette thèse de médecine générale pourrait mettre en lumière l'avis des médecins généralistes concernant les ambitions de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine. En effet, en 2018, un Plan d'Actions Régionales en faveur de la santé bucco-dentaire, programmé jusqu'en 2023 a vu le jour (79).

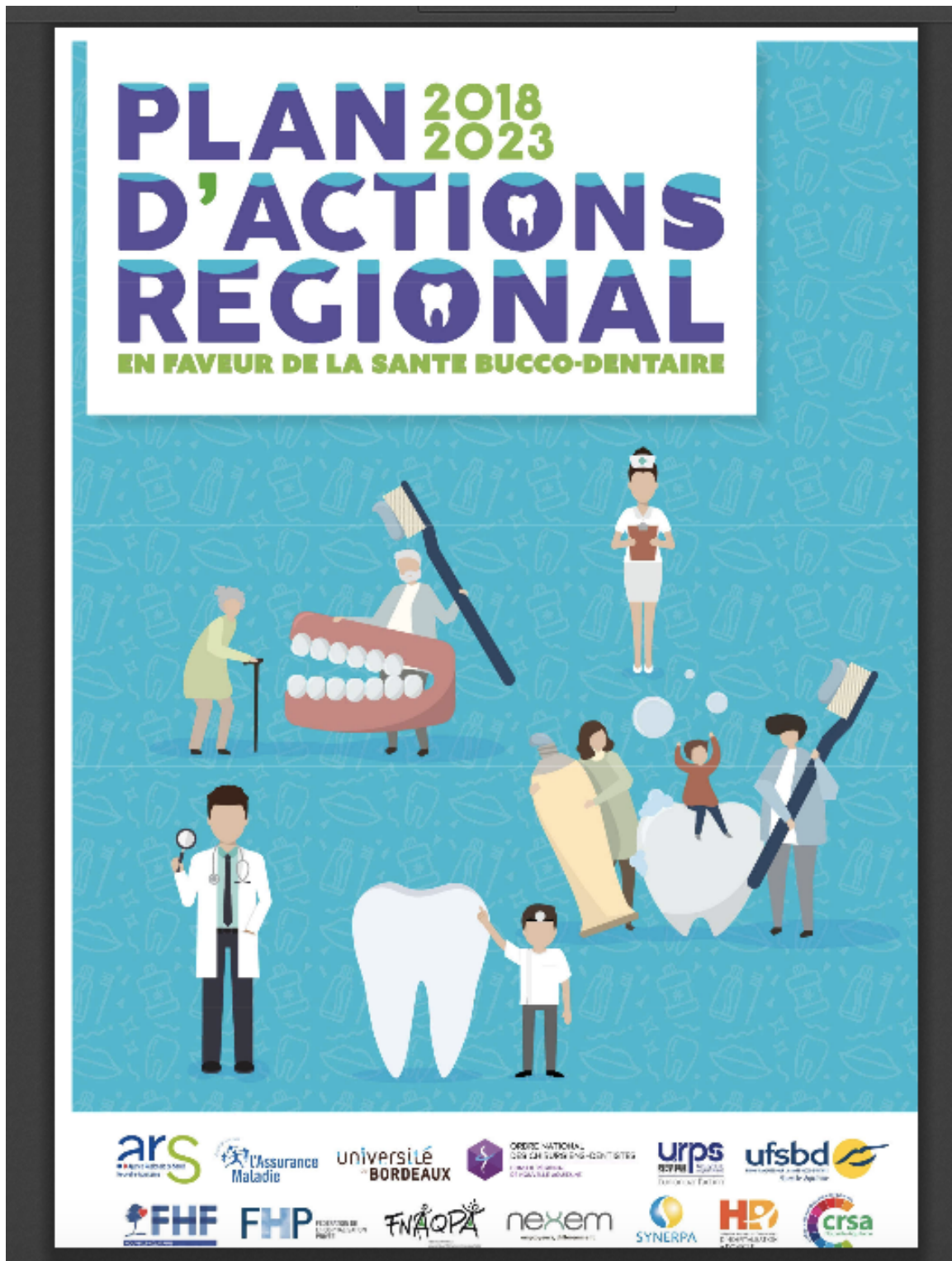


Figure 29 : Plan d'action régional en faveur de la santé bucco-dentaire

Source : site internet : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-09/Plan_Bucco_Dentaire_NA_2018_2023.pdf

L'agence affirme dans ce document que la santé bucco-dentaire est source d'inégalités sociales et territoriales.

Ce plan aurait plusieurs objectifs :

- Améliorer la prévention, dans un objectif de réduction des inégalités de santé,
- Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins,
- Renforcer la qualité des soins et des prises en charge,
- Améliorer la transversalité, la cohérence du système de santé régional.

« L'objectif général de ce plan est d'améliorer le parcours de santé bucco-dentaire par la prévention, le dépistage précoce (bilans) et les soins de l'ensemble des personnes, enfants et adultes, en Nouvelle-Aquitaine. Les propositions d'actions du présent plan se veulent complémentaires des mesures de droits commun avec des mesures renforcées pour les populations spécifiques dont l'état de santé bucco-dentaire est le plus dégradé ou porteur de graves retentissements sur l'état général de santé : personne en situation de handicap, de dépendance ou de précarité et personnes souffrant de maladies chroniques (diabète et maladies cardiovasculaires en particulier) ».

Ainsi, en ce qui concerne la Nouvelle-Aquitaine, il resterait trois ans pour mettre en place des nouvelles stratégies pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients.

Il appartient aux nouvelles générations de médecins de reconsidérer les responsables de la prévention bucco-dentaire, si ce n'est déjà rentré dans les mœurs.

Conclusion

Ce travail de thèse s'est attaché à rappeler l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prévention des complications infectieuses bucco-dentaires des malades chroniques.

Les problématiques de l'étude, ciblée sur la région Nouvelle Aquitaine en France, se voient partagées à l'international, où le praticien de premiers recours des soins dentaires n'est pas instinctivement le dentiste comme l'on pourrait le croire. Ainsi, une étude Australienne de 2006 a analysé dans quelles situations le médecin traitant se retrouve confronté à des pathologies bucco-dentaires, évoquant ses difficultés, à cause du manque de connaissances à ce sujet (80). De même aux Etats-Unis, devant le manque de connaissances des médecins au sujet des pathologies bucco-dentaires, l'Université de Washington développe depuis 2003 l'offre de formation en santé orale avec un curriculum spécifique qui s'articule autour de cinq axes : la santé dentaire du grand public, les caries, les pathologies parodontales, les cancers oraux et les interactions oro-systémiques (81). Il semblerait que le programme proposé par l'ARS Nouvelle Aquitaine soit un pas vers l'amélioration de la prévention des complications bucco-dentaires. Cette prévention s'articulant autour du repérage, de l'information et de l'orientation des patients vulnérables.

Notre étude a permis, en interrogeant les médecins généralistes libéraux installés, de mettre en exergue les points à améliorer, mais également de mettre en avant un intérêt médical pour la santé orale qui mériterait d'être davantage encadré voire standardisé.

Les pistes d'amélioration de la collaboration entre les médecins généralistes et les dentistes sont à développer, tels que les MSP avec dentistes, les comptes-rendus et courriers systématiques, un cahier de correspondance, une alerte logiciel... Ces pratiques permettraient d'optimiser le parcours de soin des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.

En parallèle, il est intéressant de rappeler le développement des moyens mis en œuvre pour faciliter l'accès du patient à l'éducation thérapeutique, y compris par des acteurs complémentaires aux médecins généralistes (Asalée, IPA...).

L'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), association de chirurgiens-dentistes fondée en 1966, a proposé en 2014 l'inscription de l'assistant dentaire au Code de la Santé et « *d'inclure des actes de prévention, des actes d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique à sa pratique dans la définition de son référentiel métier* » (54). Son rôle consisterait à promouvoir la santé bucco-dentaire et notamment l'hygiène bucco-dentaire.

L'UFSBD propose également de créer un carnet de santé et d'accompagnement partagé pour les patients handicapés et d'inclure le chirurgien-dentiste sans restriction dans le DMP.

Ainsi, il existe une volonté bilatérale d'amélioration des pratiques en termes de prévention bucco-dentaire.

Nous pouvons nous orienter à l'issue de ce travail, sur une évolution positive des pratiques en termes de prévention bucco-dentaire par les acteurs de santé de premier recours : médecins généralistes, infirmiers qualifiés, pouvoirs publics, chirurgiens-dentistes et assistants dentaires.

Notre champ de compétence en médecine générale, témoigne de cet intérêt commun.

Ce travail pourrait inspirer des travaux ultérieurs multidisciplinaires, et servir à l'amélioration de l'organisation du parcours de soin du patient à risque de complications infectieuses bucco-dentaires.

Il serait intéressant de proposer, par exemple, des études sur la faisabilité du DMP avec le chirurgien-dentiste, la pertinence d'une alerte logiciel sur le suivi dentaire, la distribution d'un cahier de correspondance pour les patients vulnérables et sa pertinence...

Références bibliographiques

1. Saint-Pierre F. La bouche, entre plaisir et souffrance. Paris: EDITIONS ESKA 2000; 1999. (médicale).
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl.* 10 2018;392(10159):1789-858.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Soixantième Assemblée Mondiale de la Santé. 2007.
4. Makkar H, Reynolds MA, Wadhawan A, Dagdag A, Merchant AT, Postolache TT. Periodontal, metabolic, and cardiovascular disease: Exploring the role of inflammation and mental health. *Pteridines.* févr 2018;29(1):124-63.
5. Carrizales-Sepúlveda EF, Ordaz-Farías A, Vera-Pineda R, Flores-Ramírez R. Periodontal Disease, Systemic Inflammation and the Risk of Cardiovascular Disease. *Heart Lung Circ.* nov 2018;27(11):1327-34.
6. legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Sect. Titre II, Article 36 2009. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&cat](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879483)
[egorieLien=id#JORFARTI000020879483](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&cat)
7. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12
8. Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes. Cartographie publique ONCD [Internet]. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
9. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/?view=map12&indics=zonage_conv.z_gene#c=report&cha](http://cartosante.atlasante.fr/?view=map12&indics=zonage_conv.z_gene#c=report&chapter=dentiste&report=r01&selgeo1=reg.75&selgeo2=fra.99)
[pter=dentiste&report=r01&selgeo1=reg.75&selgeo2=fra.99](http://cartosante.atlasante.fr/?view=map12&indics=zonage_conv.z_gene#c=report&chapter=dentiste&report=r01&selgeo1=reg.75&selgeo2=fra.99)
10. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. [Oral health inequalities: Determinants of access to prevention and care in France]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* avr 2018;30(2):243-51.
11. Sass C, Runfola S. Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : enquête dans les CES de l'Assurance Maladie [Internet]. 2011. Disponible sur: [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf#xd_co_f=M2NjZWRhYTYtODU2OC00NDQ2LWlyNzktODQ3ODc2MThlZDUx~)
[utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf#xd_co_f=M2N](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf#xd_co_f=M2NjZWRhYTYtODU2OC00NDQ2LWlyNzktODQ3ODc2MThlZDUx~)
[jZWRhYTYtODU2OC00NDQ2LWlyNzktODQ3ODc2MThlZDUx~](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf#xd_co_f=M2NjZWRhYTYtODU2OC00NDQ2LWlyNzktODQ3ODc2MThlZDUx~)

12. Remboursement des soins dentaires | service-public.fr [Internet]. www.service-public.fr. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33956>
13. Yeni I, Eslous L, Delavelle FS, Nizri D. Le remboursement des frais dentaires. *Trib Sante*. 2017;n° 57(4):63-70.
14. Soins et prothèses dentaires [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>
15. Assurance Maladie. Les grands principes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3903/document/grands_principes_ccam_bucco-dentaire_mai_2019_assurance_maladie.pdf
16. Tellez M, Kinner DG, Heimberg RG, Lim S, Ismail AI. Prevalence and correlates of dental anxiety in patients seeking dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. avr 2015;43(2):135-42.
17. Bourne EJ. Manuel du phobique et de l'anxieux. 5^e éd. Groupe Eyrolles; 2011. 242/424 p.
18. Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158842.
19. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Roland M. Dental status and oral health quality of life in economically disadvantaged French adults. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent*. oct 2004;24(5):264-9.
20. Ruhin B, Bertrand J-C. Lésions dentaires et gingivales. 2002;52(17):1947-56.
21. Fatahzadeh M. Oral Manifestations of Viral Infections. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin*. 1 sept 2017;25(2):163-70.
22. Clarkson E, Mashkoo F, Abdulateef S. Oral Viral Infections: Diagnosis and Management. *Dent Clin North Am*. 1 avr 2017;61(2):351-63.
23. Baumgardner DJ. Oral Fungal Microbiota: To Thrush and Beyond. *J Patient-Centered Res Rev*. 28 oct 2019;6(4):252-61.
24. Bik EM, Long CD, Armitage GC, Loomer P, Emerson J, Mongodin EF, et al. Bacterial diversity in the oral cavity of ten healthy individuals. *ISME J*. août 2010;4(8):962-74.
25. Verma D, Garg PK, Dubey AK. Insights into the human oral microbiome. *Arch Microbiol*. mai 2018;200(4):525-40.
26. Wade WG. The oral microbiome in health and disease. *Pharmacol Res*. mars 2013;69(1):137-43.
27. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - recherche médicale [Internet]. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/recherche_medicale/15770

28. Organisation Mondiale de la Santé. Santé bucco dentaire [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2018 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
29. Vissink A, Jansma J, 's-Gravenmade EJ. [Cause, effects and treatment of hyposalivation]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* mars 1992;99(3):92-6.
30. Barboni S. Données actuelles sur la composition du tartre et ses implications biologiques. Lorraine; 2004.
31. Bali RK, Sharma P, Gaba S, Kaur A, Ghanghas P. A review of complications of odontogenic infections. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015;6(2):136-43.
32. Ogle OE. Odontogenic Infections. *Dent Clin North Am.* avr 2017;61(2):235-52.
33. Vigourel L. Tendinopathie et état de santé bucco-dentaire [Internet]. Toulouse; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2521/1/2018TOU33074.pdf>
34. Migliario M, Bello L, Greco Lucchina A, Mortellaro C. Descending necrotizing mediastinitis. Two cases consequent on odontogenic infections and a review of literature. *Minerva Stomatol.* oct 2010;59(10):551-60.
35. Han YW, Wang X. Mobile microbiome: oral bacteria in extra-oral infections and inflammation. *J Dent Res.* juin 2013;92(6):485-91.
36. Cheng Z, Meade J, Mankia K, Emery P, Devine DA. Periodontal disease and periodontal bacteria as triggers for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2017;31(1):19-30.
37. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol.* sept 2006;77(9):1465-82.
38. Peter KP, Mute BR, Doiphode SS, Bardapurkar SJ, Borkar MS, Raje DV. Association between periodontal disease and chronic obstructive pulmonary disease: a reality or just a dogma? *J Periodontol.* déc 2013;84(12):1717-23.
39. Liu Z, Zhang W, Zhang J, Zhou X, Zhang L, Song Y, et al. Oral hygiene, periodontal health and chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Clin Periodontol.* janv 2012;39(1):45-52.
40. Aarabi G, Heydecke G, Seedorf U. Roles of Oral Infections in the Pathomechanism of Atherosclerosis. *Int J Mol Sci.* 6 juill 2018;19(7).
41. Bourgeois D, Inquimbert C, Ottolenghi L, Carrouel F. Periodontal Pathogens as Risk Factors of Cardiovascular Diseases, Diabetes, Rheumatoid Arthritis, Cancer, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Is There Cause for Consideration? *Microorganisms.* 9 oct 2019;7(10).
42. Yuen HK, Wolf BJ, Bandyopadhyay D, Magruder KM, Salinas CF, London SD. Oral health knowledge and behavior among adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 1 déc 2009;86(3):239-46.
43. Mawardi HH, Elbadawi LS, Sonis ST. Current understanding of the relationship between periodontal and systemic diseases. *Saudi Med J.* févr 2015;36(2):150-8.

44. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* sept 2005;83(9):661-9.
45. Rochereau T, Azogui-Lévy S. La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? 2013;6.
46. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Médecine Buccale Chir Buccale.* août 2012;18(3):251-314.
47. Santé Publique France. Prise en charge médicale et thérapeutique du diabète [Internet]. 2019 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/diabete/prise-en-charge-medicaire-et-therapeutique-du-diabete
48. Bruley Des Varannes S, Marek L, Humeau B, Lecasble M, Colin R. Gastroesophageal reflux disease in primary care: Prevalence, epidemiology and Quality of Life of patients. *Gastroentérologie Clin Biol.* 1 mars 2006;30(3):364-70.
49. S R, M D, Pm C, Nb P, Jb S, Pa V, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: Subjects' Perspective of Confronting COPD International Survey [Internet]. Vol. 20, *The European respiratory journal.* *Eur Respir J;* 2002 [cité 23 mai 2020]. Disponible sur:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412667/?from_single_result=Impact+of+COPD+in+North+America+and+Europe+in+2000%3A+subjects%27+perspective+of+Confronting+COPD+International+Survey&expanded_search_query=Impact+of+COPD+in+North+America+and+Europe+in+2000%3A+subjects%27+perspective+of+Confronting+COPD+International+Survey
50. W H, A M, R C, Ts H, P S, A C, et al. Incidence and Prevalence of Cardiovascular Disease in English Primary Care: A Cross-Sectional and Follow-Up Study of the Royal College of General Practitioners (RCGP) Research and Surveillance Centre (RSC) [Internet]. Vol. 8, *BMJ open.* *BMJ Open;* 2018 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30127048/?from_term=prevalence+disease+in+primary+care&from_filter=ds1.y_5&from_pos=8
51. Mehra P, Murad H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin. *Otolaryngol Clin North Am.* avr 2004;37(2):347-64.
52. Russell MD, Russell MS. Urgent Infections of the Head and Neck. *Med Clin North Am.* nov 2018;102(6):1109-20.
53. Earwood JS, Rogers T, Rathjen NA. Ear Pain: Diagnosing Common and Uncommon Causes. *Am Fam Physician.* 1 janv 2018;97(1):20-7.
54. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie «globale» de santé. 2014.
55. Bercy Infos. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi [Internet]. 2019 [cité 5 juill 2020]. Disponible sur:
<https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-sur-protection-des-donnees-rgpd>
56. Le règlement général sur la protection des données - RGPD | CNIL [Internet]. [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

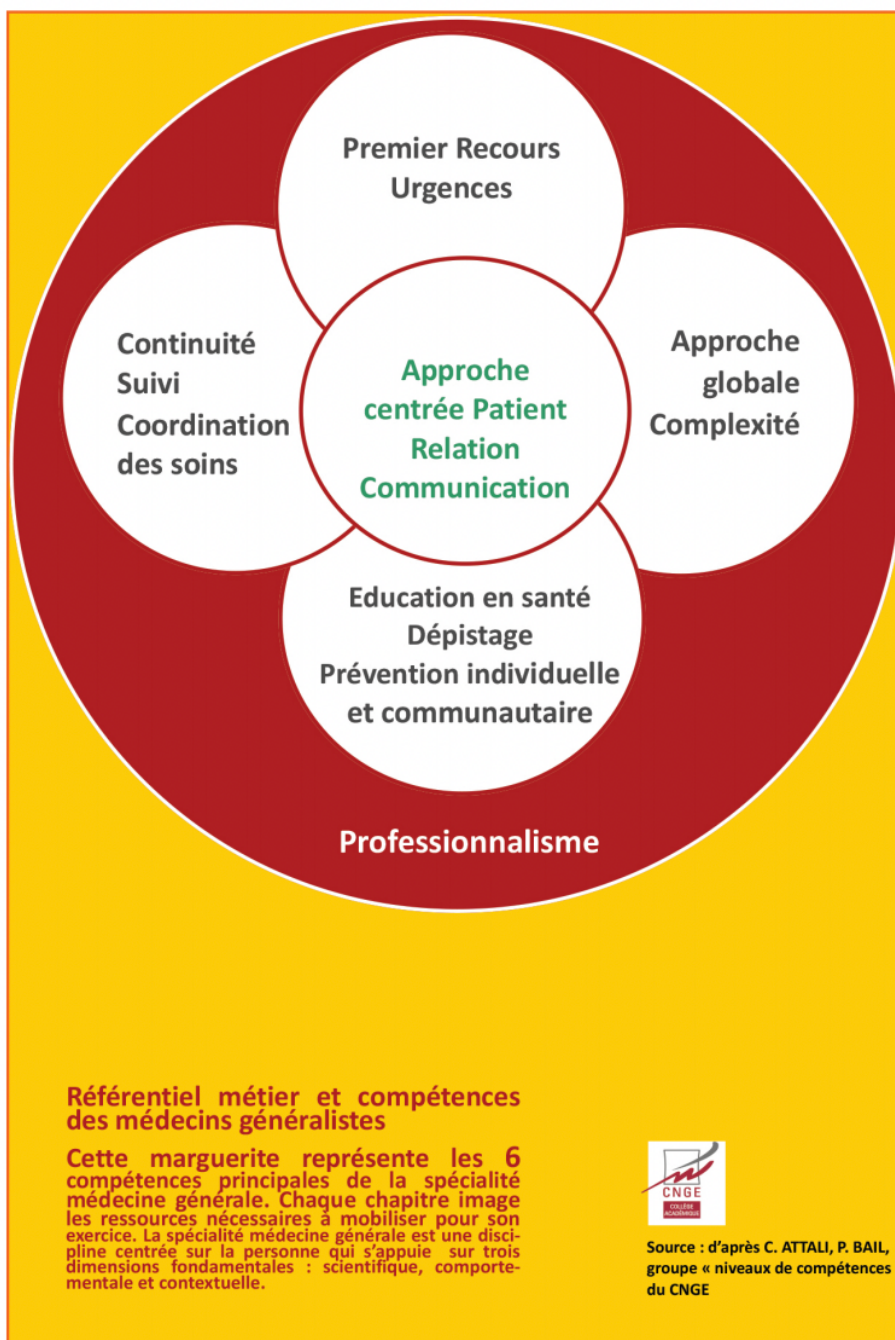
57. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
58. Weber E. Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans. Lorraine; 2017.
59. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016;8:35-50.
60. Hubmann A. The toothworm. The story of a folk medicine belief [Internet]. 2008. Disponible sur: https://epub.uni-regensburg.de/10806/1/Dissertation_Hubmann.pdf
61. David C. Hygiène bucco-dentaire du XVIIe au XIXe siècle en France. L'HARMATTAN; 2010. 150 p.
62. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
63. Collège de Basse Normandie des Généralistes Enseignants. Pour un Référentiel Métier du Médecin Généraliste [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/212/fichier_dr51_referentiel_metier46229.pdf
64. Saad F, Brown JE, Van Poznak C, Ibrahim T, Stemmer SM, Stopeck AT, et al. Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. mai 2012;23(5):1341-7.
65. Polymenidi I, Carballo S, Trombetti A. Risque d'ostéonécrose des maxillaires avec l'utilisation des biphosphonates. Rev Médicale Suisse. 2014;10:1930-4.
66. Asalée : un dispositif accessible aux infirmières libérales [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2018 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/302963/asalee-un-dispositif-accessible-aux-liberales.html>
67. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
68. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.
69. Union nationale des caisses d'assurance maladie U nationale des professions de santé. Accord-cadre interprofessionnel [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-reference/accord-interprofessionnel/accord-cadre-interprofessionnel>
70. Société Française de Médecine Générale. Les soins primaires.
71. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
72. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. 2015 p. 91.

73. de Pourvoirville G. Traité d'économie et de gestion de la santé [Internet]. Vol. L'organisation des soins. 2009. 401-406 p. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--9782724611144-page-401.htm>
74. Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? [Internet]. Les Echos. 2019 [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>
75. Dodson TB. The Frequency of Medication-related Osteonecrosis of the Jaw and its Associated Risk Factors. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am*. nov 2015;27(4):509-16.
76. Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 205 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [Internet]. 2018. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2018/09/item_205_BPCO_2018.pdf
77. Polyarthrite rhumatoïde [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-19.php>
78. Endocardite infectieuse [Internet]. 6e édition. ALINEA Plus; 2020. (ECN.PILLY). Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2020/ecn-2020-ue6-149-nb.pdf>
79. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Plan d'actions Régional en faveur de la santé bucco-dentaire 2018-2023 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-09/Plan_Bucco_Dentaire_NA_2018_2023.pdf
80. Madrid C, Bouferrache K, Moller P. [Why try a doctor when you need a dentist? Oral health and primary care medicine: what are the issues?]. *Rev Med Suisse*. 29 nov 2006;2(89):2737-43.
81. Mouradian WE, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, Marshall SG, et al. An oral health curriculum for medical students at the University of Washington. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mai 2005;80(5):434-42.

Annexes

Annexe 1. Les compétences du médecin généraliste	80
Annexe 2. Questionnaire de l'étude	81
Annexe 3. Entretien du 31/10/2019 avec les Praticiens Hospitaliers du pôle odontologie du CHU de Limoges, les Dr Michlovsky et Dr Creste	84

Annexe 1. Les compétences du médecin généraliste



Annexe 2. Questionnaire de l'étude

- 1) Quel est votre nombre d'années d'exercice ?
- 2) Dans quel milieu exercez-vous ?
 - a. Rural
 - b. Urbain
- 3) Dans quel département exercez-vous ?
- 4) Dans quelle structure exercez-vous ?
 - a. Seul
 - b. En groupe
 - c. En MSP
- 5) Si vous travaillez en MSP : a-t-elle un dentiste ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 6) Spontanément, interrogez-vous vos patients dits à risque de complications infectieuses bucco-dentaires ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 7) Si oui, à quelle fréquence vous déclarent-ils consulter le dentiste ?
 - a. Régulièrement
 - b. Ponctuellement en cas de problème sans suivi régulier
 - c. Jamais
- 8) Si non, pourquoi n'interrogez-vous pas vos patients à risque quant à leur suivi dentaire ?
 - a. Par manque d'intérêt, je délègue cette tâche au dentiste
 - b. Par manque de temps
 - c. Par manque de connaissance sur les patients à risque
 - d. Seulement sur point d'appel dentaire pour lequel le patient consulte
 - e. Seulement si examen clinique endo-buccal
 - f. Autre
- 9) Informez-vous vos patients au sujet des complications infectieuses bucco-dentaires ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 10) Si oui, quand ?
 - a. Uniquement lors du diagnostic de leur maladie à risque de complications infectieuses bucco-dentaires

- b. Au cours d'une consultation de routine pour la maladie à risque
- c. Au cours de n'importe quelle consultation sans symptôme de la sphère bucco-dentaire
- d. Au cours d'une consultation motivée par un symptôme de la sphère bucco-dentaire
- e. Autre :

11) Si non, pourquoi ne les informez-vous pas ?

- a. Par manque de temps
- b. Par manque d'intérêt, je délègue cette tâche au dentiste
- c. Par manque de connaissance

12) Comment décrieriez-vous les relations avec les dentistes de votre secteur ?

- a. Fréquentes
- b. Occasionnelles
- c. Rares
- d. Inexistantes

13) Vous arrive-t-il de contacter un dentiste pour la prise en charge d'un patient ?

- a. Oui
- b. Non

14) Si oui, contactez-vous préférentiellement :

- a. Un dentiste libéral
- b. Un dentiste hospitalier
- c. Cela des comorbidités du patient
- d. Autre :

15) Pour quelles raisons envisagez-vous de contacter un dentiste ?

- a. En cas de plainte spontanée du patient sur une pathologie buccale qui ne semble pas de votre ressort
- b. Pour le suivi d'un patient ostéoporotique sous biphosphonate
- c. Pour le suivi d'un patient diabétique
- d. Pour le suivi d'un patient atteint de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- e. Autre :

16) Comment contactez-vous le dentiste ?

- a. En adressant votre patient chez le dentiste avec un courrier
- b. En informant le patient de la nécessité de consulter un dentiste
- c. En prenant vous-même son rendez-vous

- d. En enseignant à votre patient l'importance de la prévention bucco-dentaire
 - e. Autre :
- 17) D'après vous quels sont les principaux facteurs nécessaires à un parcours de soin optimal des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires ?
- a. Renforcer la collaboration médecin généraliste/dentiste en organisant une réunion annuelle des professionnels du même secteur sur la prévention bucco-dentaire des patients dits à risque
 - b. Création d'un cahier de suivi pour les patients porteurs de pathologies dits à risque de complications
 - c. Utilisation de courriers de suivi avec compte rendu des consultations
 - d. Autre :
- 18) Utiliseriez-vous le cahier de correspondance médecin généraliste/dentiste si cela était créé (comme un DMP papier) chez les malades chroniques, notamment diabétiques et insuffisants cardiaques (valvulopathie, coronarien...) pour leurs consultations (bi)-annuelles ?
- a. Oui
 - b. Non
- 19) Si non, pourquoi ?
- a. Perte de temps
 - b. Inutile
 - c. Dépense de santé non prioritaire
 - d. Autre :
- 20) Utiliseriez-vous une alerte dans votre logiciel pour le suivi dentaire ?
- a. Oui
 - b. Non

Annexe 3. Entretien du 31/10/2019 avec les Praticiens Hospitaliers du pôle odontologie du CHU de Limoges, les Dr Michlovsky et Dr Creste

Propos recueillis

1.« Quels sont les patients à risque ? »

« Les patients toxicomanes, les patients sous psychotropes sont à risque, car il existe une diminution de la production salivaire, réduisant l'action de la salive qui a un rôle dans la déglutition mais également antiseptique.

Les pathologies pulmonaires sont liées aux infections orales par inhalation des sécrétions buccales. Les troubles de la conduite alimentaire, à cause des vomissements répétés, entraînant une modification du pH oral sont à risque de développer des infections bucco-dentaires.

Les femmes enceinte avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire sont à risque de prématurité foetale. Enfin, les fumeurs s'exposent davantage au risque infectieux oral. Les greffés de moelle s'exposent au risque de greffon contre l'hôte et sont à risque de développer un lichen plan.

Il faut savoir classer les risques en fonction de 3 entités :

- La pathologie*
- Le mode de vie*
- Les traitements*

En définitive il est rare que les médecins généralistes envoient leurs patients au service d'odontologie/stomatologie de l'hôpital, ce sont plutôt les dentistes qui les adressent ».

2. « Quelles sont les principales complications et leurs causes ? »

« L'ostéonécrose de la mâchoire (essentiellement la mandibule, rarement l'os maxillaire) due à une prothèse dentaire mal adaptée peut être responsable d'une plaie mettant l'os à nu chez un patient sous biphosphonate ne l'ayant par exemple pas signalé au dentiste (car une seule injection par an, donc oublis fréquents)...ou encore chez un patient ayant bénéficié de radiothérapie pour une néoplasie cervico-faciale...

L'on retrouve les gingivites notamment chez les patients avec des leucémies ou ayant bénéficié de radiothérapie au niveau de la face ou du cou.

Les ulcérations gingivales sont fréquentes.

Il existe une majoration du risque d'AVC et d'infarctus du myocarde à cause de l'inflammation chronique que vont causer les bactéries au niveau du parodonte ».

3. « Quel est le parcours de soin du patient ? »

En Haute Vienne, l'accessibilité du dentiste est plus difficile que celle du médecin généraliste. Ainsi, les patients, pour un symptôme comme la douleur dentaire, consulteront en premier leur médecin généraliste.

Depuis avril 2019 il existe une revalorisation du bilan dentaire chez le diabétique pris en charge par la CCAM.

Les femmes enceintes et les enfants bénéficient également d'une prise en charge à 100% pour des consultations dentaires annuelles (et une pendant la grossesse).

4. « Pourquoi la prise en charge dentaire est si peu démocratisée au sein de la population générale? »

« Il existe un manque de formation initiale dans les études de médecine. Très peu d'heures sont consacrées aux pathologies bucco dentaires et ainsi les médecins généralistes ne se sentent pas assez formés pour aborder le sujet avec leurs patients.

De plus, il existe comme un tabou autour de la bouche, considéré comme dégoûtant, mais surtout la sphère intime. L'examen oral peut être délicat.

Enfin, l'appréhension de la douleur du soin dentaire rebute les patients. En effet, le problème en France est que l'anesthésie n'est pas codable donc non remboursé. Ainsi, le MEOPA n'est pas remboursé par la CCAM et l'acte avec ou sans anesthésie est au même prix. Il reviendrait donc aux libéraux les frais de l'entretien et de l'acquisition des anesthésiants... On peut utiliser le MEOPA en libéral depuis 3-4 ans, mais en pratique il est peu utilisé du fait qu'il soit payant et non remboursé.

Ainsi, il existe un manque d'observance de la part des patients du fait de la douleur... »

5. « Quel est le rôle des médecins généralistes dans la prévention bucco-dentaire selon vous ? »

« Le médecin généraliste devrait jouer le rôle d'un relais local et du quotidien du patient estampillé « patient à risque ». Il permet d'identifier précocement le problème.

Les patients à risque devraient être adressés plutôt en stomatologie au CHU si le cas est compliqué, alors qu'en réalité les médecins généralistes les adressent aux dentistes libéraux.

Il faudrait demander systématiquement aux patients leur suivi dentaire qui devrait être d'une fois par an.

Il ne faut pas assister les patients. Dans les grandes villes avec des facultés dentaires, il existe des pédodontistes qui sont spécialisés dans la prise en charge des soins dentaires des enfants. Cela n'existe pas à Limoges. »

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Repérage, information et orientation des patients à risque de complications infectieuses bucco-dentaires par les médecins généralistes de Nouvelle Aquitaine

Cette étude observationnelle descriptive transversale de médecine générale a été menée de décembre 2019 à mars 2020 dans la région Nouvelle Aquitaine, France. Elle s'intéresse à l'implication des médecins généralistes dans la prévention bucco-dentaire.

A travers une contextualisation de l'accès aux chirurgiens-dentistes, un approfondissement de l'environnement psycho-social du recours aux soins dentaires et un rappel des principales pathologies à risque d'infections bucco-dentaires, il a été possible, via le questionnement de 133 médecins généralistes, d'accéder aux réalités du terrain.

Ce travail a ainsi pu décrire les problématiques de la prise en charge des patients à haut risque par le médecin de famille, lié notamment au manque de connaissance à ce sujet (74% ne les informaient pas des risques pour cette raison), et leurs difficultés relationnelles avec les chirurgiens-dentistes : environ 60% décrivaient des relations rares voire inexistantes.

La principale raison de contact était une pathologie orale (49% des cas) et non pas la prévention de complications. Les solutions proposées pour améliorer le parcours du soin des patients à risque de complications ont ainsi pu resurgir tels que la rédaction de comptes-rendus (49%), l'utilisation d'un cahier de correspondance (24%), des réunions interprofessionnelles (27%), ou encore le développement de Maison de Santé Pluridisciplinaires avec dentistes ou d'une alerte logiciel pour le suivi dentaire.

Ainsi, la prévention bucco-dentaire appartient aux compétences du médecin généraliste, il conviendrait de développer les outils nécessaires à sa mise en œuvre, nécessairement pour les patients à haut risque de complications.

Mots-clés : prévention bucco-dentaire, compétences des médecins généralistes, amélioration des relations médecins-dentistes

Early detection, information and orientation of high risk patients of oral infections by general practitioners of Nouvelle Aquitaine (France)

This observationnel descriptive general medicine essay has been led from december 2019 to march 2020 in Nouvelle Aquitaine, France. It analyses the interest of general practitioners in oral prevention. Taking care of the regional context about the acces to dentists, the psycho-social environment of oral care and a sustain description of the main systemic diseases with high risk of oral infections, it has been possible, after interviewing 133 General Practitioners (GP), to know more about the reality of the organization of oral care in France. This study shows the lack of knowledge of the GP in oral health (74% did not inform their patients about the infectious risks for this reason), and inter-professionnal relation difficulties: about 60% of the GP had rarely contact with a dentist. The main raison of contact was oral disease (in 49%), not prevention. To optimize the patient way of care, solutions were found : redaction of reports (49%), use of a correspondence notebook (24%), interprofesionnal meetings (27%), the development of Multidisciplinary Nursing Homes with dentists, or software alerts for dental follow-up. To sum up, oral prevention care is one of the GP's skills, and should be more developed, obviously for high risk patients.

Keywords : oral health care prevention, general practitioners roles, improving of interprofessional relationship between general practitioners and dentists

